

Les accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants de 0 à 15 ans au Mali

Accidents of the everyday life (AcVC) about children from 0 to 15 years old at Mali

DIANGO DM 1, TALL F 2, AG IKNANE A 3, DIALLO 1, KEITA M 4, KEITA M 5.

1 Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Gabriel Touré 2 Service d'anesthésie réanimation CHU Kati
3 Institut national de recherche en santé publique Bamako 4 Département d'Anesthésie-réanimation-urgence CHU Point G
5 Service de chirurgie infantile CHU Gabriel Touré

RESUME

Objectif :

Etudier le profil épidémiologique AcVC chez les enfants de 0 à 15 ans au SUC du CHU Gabriel Touré.

Méthode :

Étude rétrospective et prospective sur une durée de deux ans. La population de notre étude était des enfants victimes d'AcVC quelques soient les causes durant la période d'étude. La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) a permis une catégorisation utile pour juger de leur gravité.

Résultats :

Pendant deux années d'études, nous avons colligé 960 cas d'AcVC chez l'enfant de 0 à 15 ans (sur 44524 consultations); ce qui a représenté 2,16% des motifs de consultation au suc pendant la même période.

Les tranches d'âges (4-7 ans) et (12-15 ans) étaient les plus représentés avec respectivement 28,65% et 31,98%, le sexe masculin était le plus touché soit 63,8% des cas avec un sex-ratio de 1,7. Les AcVC étaient survenus hors domicile dans la majorité des cas soit 79,79%. Les enfants non scolarisés étaient les plus touchés soit 33,44% des cas. L'AVP était la cause la plus fréquente soit 49,48% des cas et le TC la lésion la plus fréquente avec 42,81%. L'évolution était favorable dans 90,7% des cas. Le coût de prise en charge variait en fonction des causes de l'AcVC, globalement la moyenne était de 25.926,43 FCFA avec des extrêmes allant de 10.000 à 100.000 FCFA (1 euro = 655 FCFA).

Conclusion:

Au terme de notre étude, nous disons que les AcVC chez les enfants de 0-15 ans demeurent un problème majeur de santé publique. Sa prise en charge pré hospitalière et hospitalière est loin d'être optimale.

Mots clés : AcVC, enfant, épidémiologie.

ABSTRACT:

Objective:

To study the epidemiologic profile AcVC about children from 0 to 15 years old at SUC of HUC GABRIEL TOURE.

Method:

Retrospective and explorative study on a duration of two years. The population of our study was children victim of AcVC whatever the causes during this study period. The clinical classification of patients to the emergencies allowed a useful categorization to judge their gravity.

Results:

During two years of study, we have collected 960 cases of AcVC about children from 0 to 15 years old (on 44524 consultations); what accounted for 2.16% of the reasons for consultation to SUC for the same period. Old sections 4-7 years and 12-15 years were the most represented with respectively 28.65% and 31.98%, the male sex was the most touched either 63.8% of cases with a sex-ratio of 1.7. The AcVC had occurred out of residence in the most of cases either 79.79%. The not provided education children were most touched either 33.44% of cases. The accident of the public highway was the most frequent cause either 49.48% of cases and the cranial traumatism the most frequent lesion with 42.81%. Evolution was favorable in 90.7% of cases. The cost of assumption of responsibility varied according to the causes of the AcVC, globally the average was 25,926.43 FCFA with extreme going from 10,000 to 100,000 FCFA (1 euro= 655 FCFA).

Conclusion:

At the end of our study, we say that the AcVC in the children of 0-15 years remain a main issue of public health. Its assumption of responsibility préhospitalière and hospitalière is far from being optimal.

Key words: AcVC, children, epidemiology.

INTRODUCTION :

Un accident de la vie courante, ou AcVC, peut être considéré comme un traumatisme non intentionnel qui n'est ni un accident de la circulation ni un accident du travail. Les décès par AcVC (accidents domestiques, de sport, de loisir et à l'école) représentent la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 15 ans (à l'exclusion des enfants de moins d'1 an, pour lesquels des pathologies liées à la période néonatale constituent une part importante des décès) [1]. En 2006, en France les AcVC étaient responsable de 6,3 % de la mortalité totale chez les enfants de moins de 15 ans selon les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). La morbi-mortalité infantile figure en bonne place parmi les indicateurs de l'état de santé d'une population.

L'importance de ce phénomène en termes de santé publique prend toute sa dimension quand on sait que de nombreux survivants à un AcVC sont atteints de séquelles parfois très invalidantes. Au cours de cette étude d'une durée de deux ans nous nous sommes fixés l'objectif d'étudier le profil

épidémiologique des AcVC chez les enfants de 0 à 15 ans au SUC du CHU Gabriel Touré.

PATIENTS ET METHODE :

Il s'agissait d'une étude sur 02 ans comprenant deux phases : une rétrospective (aout 2004 à juillet 2005) et l'autre prospective (Aout 2005 à juillet 2006). La population était des enfants victimes d'AcVC quelque soit la cause durant la période d'études. La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) a permis une catégorisation utile pour juger de leur gravité. L'évaluation porte sur les éléments suivants : motif d'admission, l'état clinique, recueil des paramètres vitaux (PA, pouls, conscience, température). Le patient est classé :

CCMU1 : lorsque le patient présente une pathologie pour laquelle aucun risque vital ou d'aggravation n'est prévisible à court ou à moyen terme et ne nécessite pas d'examen para cliniques (biologique, radiologique).

CCMU2 : lorsque le patient présente une pathologie pour laquelle aucun risque vital n'est prévisible à court ou à moyen terme mais qui requiert un ou plusieurs examens.

CCMU3 : lorsque le patient est susceptible de s'aggraver sans que le pronostic vital ne soit engagé.

CCMU4 : lorsque le pronostic vital est engagé et nécessite un geste de réanimation.

CCMU5 : lorsque le pronostic vital est très sombre.

Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude, tout enfant de 0 à 15 ans, admis au SUC pour AcVC quelque soit la cause et le type, dont l'état nécessitait une hospitalisation ou une surveillance d'au moins 24 h et appartenant à la classe CCMU3, 4 et 5.

Critères de non inclusion :

N'étaient pas inclus dans notre étude :

- Tout enfant victime d'AcVC dont le décès était constaté à l'admission au SUC.
- Tout enfant admis au S.U.C dont l'hospitalisation n'était pas liée à un AcVC.
- Tout enfant admis au SUC dont le dossier était incomplet
- Tout enfant admis au SUC pour AcVC et appartenant aux classes CCMU1 et 2.
- Seront exclus les traumatismes intentionnels (les suicides et homicides)

Variables suivantes étaient mesurées :

- Les variables d'identification : âge, sexe, profession, adresse,
- Les variables cliniques : type de lésion, gravité, traitement et évolution.
- Les paramètres: les causes de l'AcVC, mécanismes, l'heure d'arrivée, délais d'admission, durée de séjour, examens complémentaires, lieu de survécu, mois, année.

Gestion et analyse des données :

Les logiciels SPSS version 12.0 et EPI info version 6.0 ont servi à la saisie et l'analyse des données. Le

test statistique χ^2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs avec une probabilité $P \leq 0,05$.

RESULTATS :

Pendant les deux années d'études, nous avons colligé 960 cas d'AcVC chez les enfants de 0 à 15 ans (sur 44524 consultations); ce qui a représenté 2,16% des motifs de consultation au suc du CHU Gabriel Touré pendant la même période (Tableau I). Les tranches d'âges (4-7 ans) et (12-15 ans) étaient les plus représentées avec respectivement 28,65% et 31,98% (Tableau I). L'âge moyen était de 8 ± 3 ans avec des extrêmes allant de 4 mois à 15 ans. Le sexe masculin était le plus touché soit 63,8% des cas avec un sex- ratio de 1,7. Les AcVC étaient survenus hors domicile dans la majorité des cas soit 79,79% (tableau I). Les enfants non scolarisés étaient les plus touchés soit 33,44% des cas (tableau II). Par rapport à la cause des accidents de la voie publique, ceux classés CCMU 3 étaient les plus représentés avec 84,27% des cas (tableau 3). L'évolution était favorable dans 90,7% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Il ressort de notre étude que les AcVC évoluaient avec l'âge. La distribution de ces tranches d'âges avait montré 2 pics : un pic infantile (4 à 7 ans) avec 28,65% et un pic juvénile (12 à 15 ans) avec 31,98%. Ce même constat était fait par BAHEBECK.J et al [2]. Le pic infantile pourrait s'expliquer par le premier contact avec la route de l'école et la découverte de l'environnement, le pic juvénile par la crise d'adolescence. Dans notre étude comme dans celle de Adama S [3], les AcVC frappaient beaucoup plus le jeune garçon (63,90%) que la jeune fille (36,10%). Toutes les catégories étaient intéressées. Cependant les non scolarisés étaient les plus représentés soit 66,56%. L'explication pourrait être le faible taux de scolarisation des enfants au Mali. Dans notre série, le TC apparaissait comme la lésion la plus fréquente avec 35,30% des cas. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que les AcVC de gravité mineure et moyenne étaient pris en charge en périphérie. A cela s'ajoutait la fréquence élevée des AVP et des chutes parmi les causes. La mortalité globale était faible (9,3% des cas); cela confirme les études précédentes [3,4,5]. La mortalité intra hospitalière des AcVC était faible parce que, faute de secours et de transport conventionnel, la plupart des patients gravissimes décédaient sur le site de l'accident, ou pendant le transport.

CONCLUSION :

Les traumatismes chez les enfants de 0-15 ans demeurent un problème majeur de santé publique. Une prise en charge pré hospitalière et hospitalière est loin d'être optimale.

La réduction de la mortalité justifie un peu d'organisation, un peu d'attention et beaucoup de volonté.

Tableau I : Répartition des patients selon les causes de l'AcVC et la tranche d'âge

| Causes | Effectif | 0-3 ans | 4-7 ans | 8-11 ans | 12-15 ans |
|---------------------|------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| | | % | % | % | % |
| AVP | 475 | 12,2 | 31,6 | 18,9 | 37,3 |
| Chute | 213 | 23,9 | 27,7 | 24,4 | 23,9 |
| Brûlure | 123 | 50,4 | 27,6 | 16,3 | 5,7 |
| Morsure de serpent | 80 | 2,5 | 25,0 | 26,3 | 46,3 |
| CBV | 38 | 0,0 | 5,3 | 13,2 | 81,6 |
| CE | 11 | 63,6 | 27,3 | 9,1 | 0 |
| Eboulement | 7 | 0 | 57,1 | 42,9 | 0 |
| Accident de sport | 4 | 0 | 25 | 75 | 0 |
| Accident de travail | 5 | 0 | 0 | 20 | 80 |
| Autres | 4 | 0 | 50 | 50 | 0 |
| Total | 960 | 18,8 | 28,6 | 20,6 | 32,0 |

Autres = mouvement de panique, chute de fagots.

Tableau II : Répartition des patients selon les causes de l'AcVC et les catégories.

| Causes | Effectif | Catégories d'enfants | | | |
|---------------------|------------|----------------------|------------------|-----------------|-----------------------------|
| | | scolarisés | travailleurs (1) | dans la rue (2) | Surveillance non adaptée(3) |
| AVP | 475 | 41,5 | 41,3 | 10,1 | 7,2 |
| Chute | 213 | 37,6 | 6,1 | 14,6 | 41,8 |
| Brûlure | 123 | 11,4 | 2,4 | 17,9 | 68,3 |
| Morsure de serpent | 80 | 3,8 | 52,5 | 42,5 | 1,3 |
| CBV | 38 | 52,6 | 42,1 | 2,6 | 2,6 |
| CE | 11 | 9,1 | 0 | 9,1 | 81,8 |
| Eboulement | 7 | 14,3 | 57,1 | 0 | 28,6 |
| Accident de sport | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Accident de travail | 5 | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Autres * | 4 | 25 | 0 | 0 | 75 |
| Total | 960 | 33,4 | 29,1 | 14,3 | 23,23 |

(1) : Apprentis, aide ménagère, petit commerçant, petit berger, petit cultivateur.

(2) sans activité ; (3) = surveillance non adaptée à l'âge de l'enfant.

Tableau III : Répartition des patients selon les causes et la gravité des lésions

| Causes | Effectifs | Gravité des lésions | | |
|---------------------|------------|---------------------|-------------|-------------|
| | | CCMU 3 % | CCMU 4 % | CCMU 5 % |
| AVP | 475 | 82,11 | 17,89 | 0 |
| Chute | 213 | 88,73 | 11,27 | 0 |
| Brûlure | 123 | 76,42 | 22,77 | 0,81 |
| Morsure de serpent | 80 | 91,25 | 8,75 | 0 |
| CBV | 38 | 92,11 | 7,89 | 0 |
| CE | 11 | 100 | 0 | 0 |
| Eboulement | 7 | 71,43 | 28,57 | 0 |
| Accident de sport | 4 | 100 | 0 | 0 |
| Accident de travail | 5 | 100 | 0 | 0 |
| Autres | 4 | 50 | 50 | 0 |
| Total | 960 | 84,27 | 15,63 | 100 |

BIBLIOGRAPHIE :

- Bourdessol H, Thélot B. Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante. In : Beck F, Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements. Saint-Denis:Inpes;2007:378-412.
- Wilbert J.H, Thompson G.H. The multiple injured child in: skeletal trauma in children vol.3 Philadelphia Saunders Company 1998: 70-80
- Sogodogo Adama Les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 12 ans au SUC du CHU de Gabriel Touré. Thèse de Méd : Bko, 2001. ref : 01-M-110 Consultable à l'URL <http://www.keneya.net/fmpos/theses.pdf>
- Bahebeck J, N Ngowe Ngowe M, Djientcheu V, Atangana R, Binam F, Simo moyo, Sosso M Le traumatisme infantile: etude de 116 cas observés à l'hôpital général de Yaoundé. Médecine d'Af Noire 2004-51 (1) pages 32-35
- Koïta Kadiatou Evaluation des délais de prise en charge des urgences au SUC de l'HGT. Thèse de Med : Bko, 2006. ref : 06-M-115 Consultable à l'URL <http://www.keneya.net/fmpos/theses.pdf>