

Ministère de l'Education Nationale
Université de Bamako

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie,
Et d'Odontostomatologie
Année : 2005 - 2006

Thèse N°.....

THESE

**ETUDE EPIDEMIOCLINIQUE DES
ACCIDENTS
DOMESTIQUES TRAUMATIQUES DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET DE TRAUMATOLOGIE DE L'HOPITAL
GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement ledevant la faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par
Mr BOUBACAR DOUMBOUYA
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président :	Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Membre du jury :	Docteur Mohamed A. TRAORE
Codirecteur de thèse :	Docteur TIEMAN Coulibaly
Directeur de thèse :	Professeur Abdou Alassane Touré

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A Allah

Le clément

Le tout puissant

Le miséricordieux

D'avoir permis à ce travail d'arriver

A son terme

Au Prophète Mohamed

Paix et Salut sur lui

A mon père Faciqui Doumbouya

Jamais je ne saurais te rendre hommage à la hauteur des efforts consentis pour mon éducation. Toute ta vie, tu as œuvré pour m'assurer un confort matériel et moral allant même jusqu' à tout sacrifier pour faire de moi une personne à ton image. Ton amour, ta générosité, ton courage, ton sens de l'honneur, de la dignité et le respect des valeurs morales font que tu resteras pour moi le meilleur exemple.

Puisse le bon Dieu t'accorder encore longévité, santé et bonheur afin que nous puissions, profiter des bons moments que nous offre la vie.

A ma mère Teninba Traoré

Avec toi je comprends aisément la portée de la pensée qui dit :

« Dieu n'aurait pu être partout, par conséquent il créa les mères »

Tu demeures cette mère inlassable, cette force, ce réconfort pour moi.

Ce modeste travail ne suffit certes pas à récompenser tant d'années de sacrifices, puisse t-il cependant adoucir tes peines. Dieu seul pourra te récompenser et te garder encore longtemps avec nous. Amen ! Ce travail est le tien

A mes frères et sœurs ; Aminata, Fatoumata, Ibrahim, Sékou, Aïssata, Almamy Ibrahim,

Unis par les liens du sang j'ai toujours bénéficié de votre aide morale et surtout votre compréhension. Votre soutien et votre assistance tout au long de ce difficile parcours m'ont été d'un réconfort inoubliable. Puisse Dieu renforcer nos liens et maintenir notre famille unie. Ce travail est vôtre.

A tous mes oncles et tantes,

Je suis le résultat d'un combat collectif. Vos conseils et soutiens indéfectibles ont largement contribué à la réalisation de mon être.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance

A mes cousins et cousines,

Certains d'entre vous sont des amis, d'autres des complices. Merci pour tout le bonheur et le plaisir que nous avons vécus ensemble ces années durant ; ce travail est aussi vôtre.

A mes beau-frère Oumar Dianka, Dr Boubacar Touré,

Plus que de beaux-frères, vous avez été pour moi des aînés, des personnes à qui je pouvais me confier. Merci pour votre soutien moral et encouragements que vous m'avez apportés tout au long de ma formation ; trouvez ici le reflet de votre contribution et l'expression de ma profonde gratitude.

A Marie Diarra et Familles

Vous m'avez guidé dans la vie, en tant qu'oncle. Que de choses j'ai pu apprendre chez vous, je m'en souviendrai toujours ; elles seront pour moi un regard vers le passé et une source d'inspiration pour l'avenir.

Ce travail est aussi vôtre.

A mon meilleur ami Dr Souleymane Diakité

Pharmacien biologiste

Un vrai ami est un trésor ; qui en a trouvé, a trouvé un abri sûr ; plusieurs personnes entrent et sortent de notre vie ; les vrais amis sont ceux qui restent pour toujours :

Que Dieu nous permette de rester un modèle pour nos enfants. Amen !

A mes amis Ogobara Kodjo, Bernard Niaré, Mohamed Maba Traoré, Cheick Oumar Tidiani Diarra, Harouna Doumbia, Aly Bazi

Nos chemins se sont croisés par le hasard de la vie ; quel heureux hasard de la vie ! N'est ce pas ? Sachez que je vous aime.

Dr Sory Traoré, Dr Aliou A Maïga, Amadou Djibo Centre hospitalier Mère Enfants « Le LUXEMBOURG »

C'est l'occasion pour dire qu'avec vous, j'ai compris le véritable sens d'un travail d'équipe : j'ai beaucoup appris à vos côtés, merci pour la franche collaboration

A mes camarades et promotionnaires Dr Fatoumata I Konaté, Aïssata Dolo, Zeinabou Siby, Rokia Boité, Ousmane Konaré, Adama T Doumbia, Fatoumata Diagouraga, Dr Ina Maïga, Dr Souleymane Maïga, Ibrahim Diabaté, Mahamane Mariko, Djénéba Maïga, Chiaka Cissé, Check Tidiane Sangaré, Abdoul Karim Sangaré, Mamadou Tembely, Alou Diakité,

Le chemin est encore long et le combat ne fait que commencer. Merci pour tout ces moments passés ensemble ; ce travail est vôtre.

Au Docteur Alex Rossi et sa femme Christine :

Pour votre affection et votre amour, pour tout ce que vous m'avez fait à mon endroit et continues de faire, pour l'aide et les encouragements que vous m'avez apportés tout au long de mon cycle les mots adéquats me manquent pour vous témoigner ma reconnaissance. Trouvez dans ce travail l'expression de mon profond attachement.

A mes amis de l'A.A.A.M.M (Association pour l'Assistance et l'Approvisionnement Médical du Mali)

Nous formons une famille ; puisse Dieu la consolider. Je ne vous remercierai jamais assez de tout l'effort fourni pour le Mali. Toute ma gratitude.

REMERCIEMENTS

Aux Docteurs Ibrahim ALWATA, Adama Sangaré

Merci pour les conseils et l'enseignement que nous avons bénéficié auprès de vous ; trouvez ici l'expression de notre reconnaissance.

A l'informaticien Mr Ousmane Guindo

Vous m'avez aidé tout au long de ce travail : votre souci pour le travail bien fait, votre rigueur et votre sens élevé de l'humanité m'ont beaucoup impressionné. Auprès de vous, j'ai beaucoup appris en outil informatique. Acceptez ici ma profonde reconnaissance. Ce travail est vôtre.

Aux Faisant fonction d'internes, Externes et tout le personnel du service de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré

Nous avons passé de bons moments ensemble. Bonne chance à tous.

Aïché Haïdara : secrétaire au service de traumatologie et de chirurgie orthopédique H .G.T

Vous m'avez beaucoup aidé pour la réalisation de cette thèse. Je ne puis rester insensible à cette entière disponibilité. Ce travail est vôtre.

REMERCIEMENT PARTICULIER A notre Maître : Dr Frédéric Pierre BORRIONE

Ancien interne des Hôpitaux de Marseille

Médaille d'or des Hôpitaux

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et
Traumatologiques

Membre Titulaire de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique (SOFECOT)

Membre de l'International Society for Advanced Technologies (ISTA)

Membre de la Société Française de Cancérologie Privée

Membre de Groupe d'Etude de Substituts OSSEUX (GESTO)

Président du Club d'Etude et de la Fixation externe en Chirurgie Orthopédique

Président du Centre d'Etude et d'Evaluation des Traitements de l'Arthrose
(CEETAR)

Manager de Orthoconsulting SARL

Manager de BLB Trading SARL

Chef du Service d'Orthopédie de la Clinique la « Casamance »

Président du Comité de Lutte contre les infections nosocomiales, Clinique
la Casamance

Concepteur de la Prothèse ARCAD – ARCAD HA – ARCAD L et XL

Concepteur de la Prothèse TMF Longue

Concepteur du Fixateur Externe SEQUOIA

Cher Maître, nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous avez fait en
acceptant de juger ce travail. Nous n'oublierons jamais votre disponibilité et
l'accueil chaleureux que vous nous avez réservés.

Vos conseils ont été d'un grand apport pour la réalisation de ce travail.

Veillez acceptez cher Maître, nos sentiments d'estime, de respect et de
reconnaissance.

HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY

A Notre maître et Président du Jury : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de santé publique,

Chef du D.E.R de santé publique à la FMPOS

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher Maître, la spontanéité avec laquelle vous avez acceptée de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et votre modestie.

Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous un maître apprécié.

Recevez cher maître l'expression de notre reconnaissance.

**A notre maître et directeur de thèse : Professeur Abdou Alassane
TOURE**

Professeur Agrégé de chirurgie orthopédique et traumatologique.

Chef du service de traumatologie et d'orthopédie de l'Hôpital Gabriel
Touré

Chef du D.E.R de chirurgie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et de
Traumatologie.

Directeur Général de l'Institut national de Formation en Sciences de
la Santé

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher Maître, nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que
vous nous avez accordé. Vos qualités humaines, scientifiques et votre
simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître
apprécié.

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves et espérons être dignes de la
confiance que vous nous avez placée.

Soyez assuré cher maître de notre profonde gratitude et de notre attachement
fidèle.

A notre Maître et codirecteur de thèse : Docteur TIEMAN

Coulibaly

Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'Hôpital Gabriel Touré

Maître de conférences à la Faculté de Médecine et de Pharmacie

et d'Odontostomatologie de Bamako

Cher maître, votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de ce travail qui d'ailleurs est vôtre.

Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un homme exemplaire.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez assurés de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge Docteur Mohamed A Traoré

Chirurgien traumatologue à l'hôpital de Kati

Directeur de l'hôpital de Kati

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

Nous avons été très touchés par votre gentillesse, votre disponibilité et la vitalité qui vous anime.

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges.

Soyez assurés de toute notre considération et notre estime.

LISTE DES ABREVIATIONS

O I T : Organisation Internationale du travail

H G T: Hôpital Gabriel Touré

U S A: United States of America

O M S: Organisation Mondial de la Santé

A C V C : Accident de la Vie Courante

C N A M T S : Caisse Nationale de L'Assurance Maladie des travailleurs salaries

I N P S : Institut National de Prévoyance Sociale

PLAN

I – Introduction et objectifs

II- Généralités

1-Généralités sur les accidents domestiques

a) Définition

b) Classification nomenclature et mécanisme des accidents

2 – Généralités sur les traumatismes

III- Notre étude

1) Matériels et méthodes

2) Résultats

3) Commentaires et discussions

4) Conclusions et recommandations

IV- Référence bibliographiques

V- Annexes

I

INTRODUCTION

I- Introduction et Objectifs

I-1) Introduction

Les accidents domestiques se définissent comme des événements fortuits, dommageables survenant brutalement au domicile des victimes ou dans les environs. Ils constituent un problème de santé avec une incidence élevée dans la population surtout au niveau des enfants, des adolescents et des adultes [1]. A travers le monde, deux enquêtes européennes sur les accidents domestiques et loisirs ont permis à Duval et Al de faire un premier constat : celui de juillet 1986 à juillet 1990, sur 26952 cas d'accidents domestiques chez les enfants de 2 à 17ans, [5] un second de 1986 à 1991 sur 280 cas d'accidents de chute à partir de sa hauteur chez les enfants, les adolescents et les adultes [7].

Au Mali en général et au service de traumatologie de chirurgie orthopédique en particulier de l'Hôpital Gabriel TOURE aucune étude n'a été faite jusqu'à présent sur les accidents domestiques traumatiques aussi le but du présent travail est de faire le point sur les aspects épidémiologiques et cliniques des accidents domestiques traumatiques vise les objectifs suivants :

I-2Objectifs :

Objectif général

Etudier les accidents domestiques traumatiques sous les aspects cliniques et épidémiologiques dans le service de traumatologie et de chirurgie Orthopédique de Hôpital Gabriel TOURE de janvier à juin 2005.

Objectifs spécifiques

- Evaluer la fréquence des accidents domestiques traumatiques dans le service de chirurgie orthopédique H.G.T de janvier à juin 2005.
- Rechercher les facteurs de risque.
- Décrire les méthodes de diagnostics et proposer quelques solutions pour la prévention.

II

GENERALITES

1- Généralités sur les accidents

a- **Définition** : Le manuel de codage des accidents domestiques et loisirs [21] de l'union européenne définit un accident comme tout événement indépendant de la volonté de l'homme caractérisé par la libération soudaine d'une force extérieure qui peut se manifester par une blessure corporelle.

b- Classification et nomenclature des accidents

Les accidents peuvent être classés en 2 groupes

- Les accidents intensionnels
- Les accidents non intensionnels

b-1 Les accidents intensionnels : comprennent les suicides et les tentatives de suicides, les agressions et violences, les faits de guerre.

b-2 Les accident non intensionnels : peuvent être classés en :

b-2-1 accidents de la circulation

b-2-2 accidents du travail

b-2-3 accidents de la vie courante (accidents domestiques, accidents de sports, accidents scolaires, accidents de vacances et de loisirs).

b-2-1 accidents de la circulation :

Définitions :

Il s'agit de tout accident survenant sur la route, dans lequel au moins un véhicule en mouvement est impliqué et qui a entraîné une blessure ou des dégâts matériels.

Selon le ministère français de l'équipement il s'agit des accidents corporels de la circulation routière ; ils doivent survenir sur la voie publique, impliquer au moins un véhicule et provoquer un traumatisme corporel nécessitant un traitement médical avec ou sans hospitalisation [17].

Selon Wallar « un accident arrive lorsqu'il y a un déséquilibre entre le potentiel de l'organisme et les exigences de l'environnement, ce potentiel peut être insuffisant par rapport à l'environnement normal ou à une situation inhabituelle. »

Selon Norman « un accident de la route est rarement dû à une cause unique, il réside dans le comportement du complexe conducteur du véhicule milieu au cours des quelques instants qui précèdent l'événement. »

b-2-2 accident de travail :

b-2-2-1 Définition : Les accidents du travail constituent des événements qui ont des conséquences sociales sérieuses pour les travailleurs et leur famille. Ils sont responsables d'une grande morbidité, d'invalidité, et coûtent chers pour l'employeur et pour la collectivité, ils demeurent alors un véritable problème de santé publique.

Le code de prévoyance sociale (CPS) du Mali précise en son article 70 :

« est considéré comme accident de travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou l'occasion du travail à toute personne salariée exerçant son activité professionnelle dans la république du Mali ou pour le compte d'un employeur domicilié au Mali ».

L'article 71 du même code poursuit « sont également considérés comme accident du travail, l'accident survenu à un travailleur pendant son trajet de sa résidence au lieu du travail et vice versa dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par intérêt personnel ou

indépendant de son emploi, et l'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont à la charge de l'employeur.

Epidémiologie des accidents de travail

Ils sont environ 180.000 morts et 110 millions de blessés chaque année dans le monde. Certains sont mortels d'autres ont comme suite une incapacité permanente, totale ou partielle. Ainsi selon les estimations de l'OIT le bilan des accidents du travail dans les pays en développement (sans la chine) aurait été en 1980, d'environ 33 000 morts et 8 millions de blessés dans le seul secteur agricole qui emploie près de la moitié de leur population active.

En Europe, il y a environ 10 millions d'accidents de travail par an dont 20.000 environ sont mortels.

Au Mali de 1959 à 1998 on a enregistré 50.990 cas d'accidents de travail déclarés dont 1611 cas d'accidents graves et 523 cas d'accidents mortels, avec en moyennes 1275 cas d'accidents de travail par an.

Ces chiffres sont de loin en deçà de la réalité, car les accidents du travail survenus dans le secteur informel non déclarés à l'INPS, échappent à toute statistique.

Les accidents de travail restent encore une préoccupation majeure dans notre pays, du fait de leur nombre 1275/an et de leur gravité.

b-2-3 accidents de la vie courante_: Ce terme regroupe :

Les accidents domestiques et les accidents de sport.

Rappel - général

Les accidents de la vie courante, un problème majeur de santé publique

Les accidents de la vie courante sont très fréquents. Leur dénombrement est difficile et dépend notamment de leur gravité qui détermine elle même le type de recours aux soins ou le mode de prise en charge de l'accidenter [4].

En France 19 000 personnes décèdent chaque année d'un ACVC soit 3,6% des causes de décès [20]. Ce nombre est en diminution depuis le début des années 1980 probablement grâce aux campagnes d'information et de prévention contre

les accidents menés depuis une vingtaine d'années. Il reste cependant élevé par comparaison aux mêmes données de mortalité des autres pays de l'Union Européenne et de nombreux décès apparaissent encore comme évitables grâce aux mesures de préventions de réglementations de formations adaptées [1]. Il va probablement augmenter dans les prochaines années compte tenu de l'augmentation prévue de la proportion des personnes âgées dans la population. Dans les 15 pays de l'Union Européenne, on déplore environ 80.000 décès par ACVC chaque année [16] et dans le monde plusieurs millions [13].

Parmi les personnes ayant eu un ACVC et qui n'en sont pas décédées, certaines en gardent des séquelles. Peu d'études font le point sur les conséquences des accidents graves, qui sont à l'origine d'une part importante des handicaps [15].

Un domaine mieux documenté est celui des ACVC qui ont entraîné un recours aux soins hospitaliers. En France on estimait en 1993 qu'une hospitalisation sur huit était due aux accidents [2]. Quant aux recours à des soins ambulatoires (médecins, et paramédicaux exerçant en ville) pour ACVC ils nécessitent des enquêtes adaptées auprès des patients ou auprès des professionnels concernés. Enfin les moins graves des ACVC sont les moins bien connus dans la mesure où ils ne donnent lieu à aucun recours aux soins ou n'entraînent qu'une automédication non spécifique.[18]

La répartition quantitative des ACVC en fonction de leur gravité apparente mesurée par leur devenu ou leur prise en charge a fait l'objet de publication. Tous âges confondus, pour un décès par ACVC, les autres ACVC qui surviennent dans le même temps conduisent selon certaines estimations, à 40 hospitalisations, 340 recours aux services d'urgence et 450 recours aux médecins généralistes [5]. Chez les jeunes de moins de 25 ans, pour un décès par ACVC les proportions correspondantes sont 150–2700 [22]. Ces rapports entre recours aux soins donnent une idée des fréquences relatives des ACVC selon leur gravité.

Le coût des ACVC a été rarement étudié en France. Une étude de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) réalisée en 1997 auprès d'assurés sociaux de deux caisses primaires d'assurance maladie rendait compte d'une moyenne estimation des coûts (coût direct plus coût des arrêts de travail) entre 100 et 500 euro par accidents et par an en France [9]. Cette estimation est certainement inférieure à la réalité, parce que seuls les coûts intéressant la CNAMTS étaient retenus et parce que le calcul était limité à une courte période après l'accident. Des études plus complètes restent à faire dans ce domaine très peu exploré jusqu'à présent en France. A l'étranger des travaux plus nombreux ont montré que les dépenses liées aux ACVC pouvaient représenter près de 10% des dépenses totales de santé [9].

Aux Pays-Bas par exemple les seuls coûts médicaux directs annuels liés aux ACVC ont été estimés à 1000 euros par accidenté, d'où une dépense représentant 3,5% du budget total consacré aux soins pour une population égale au quart de celle de la France, de structure d'âge proche et de risque d'ACVC comparable [9]. Ces approches financières ne rendent par ailleurs que très incomplètement compte des souffrances et de dommages de vie irréparable causés par les ACVC.

Au Mali malgré leur importance le ACVC n'occupent pas (ou pas encore), la place qui pourrait leur revenir dans les préoccupations de santé publique.

Pour expliquer le relatif manque d'intérêt pour les ACVC on peut avancer différentes raisons en particulier :

- Un obstacle sémantique (l'accident considéré comme une fatalité chez d'autres s'oppose à la conception de maîtrise de destin).
- Absence des connaissances fournies par l'épidémiologie.
- Le fait que les causes et circonstances survenues des ACVC soient très diverses contribuent à brouiller la perception de leur importance.
- Les noyades, les accidents de bricolages, les brûlures, les chutes en parapente, les accidents par arme à feu ou arme blanche, les accidents d'animaux ont en

effet peu de points communs. Les différentes causes d'ACVC sont nombreuses et variées.

On peut évoquer aussi des réflexes de refus par rapport à des recommandations de protection ou de prévention vécues comme limitant la liberté individuelle ou de plaisir de certaines activités (sportives notamment).

b-2-3-1 Les accidents de sports ou loisirs

b-2-3-1-1 Définition : les accidents de sport recouvrent l'ensemble des accidents survenus lors d'une activité sportive pratiquée au sein d'un club, au cours d'activités de loisirs, ou encore lors de cours d'éducation physique et sportive [11].

b-2-3-1-2 Notion générale : le sport est une des activités socio-économiques les plus mobilisantes de notre époque aussi tous les pays doivent s'efforcer de donner une audience plus large au sport en appliquant d'avantage les médias.

Cependant la fréquence des traumatismes accidentels n'a pas augmenté de façon marquante ce qui redeviendrait à signifier que ces traumatismes sont prévenus par la méthodologie améliorée de l'entraînement ainsi que l'amélioration de l'équipement. La pratique est très bénéfique mais souvent elle n'est pas sans dommage pour l'organisme (possibilités de traumatisme laissant des séquelles définitives qui peuvent entraîner la mort).

b-2-3-1-3 Les différents types accidents de sport : peuvent être : Contusion, plaie, luxation, déchirure musculaire, lésions ostéo - articulaire, fracture, Fractures- luxation

b-2-3-2 Les accidents domestiques

Les accidents domestiques peuvent être définis comme étant des événements fortuits, dommageables survenant brutalement au domicile des victimes ou dans les environs. Ils constituent un problème de santé avec une incidence élevée dans la population surtout au niveau des enfants, des adolescents et des adultes [1]. Les différents types d'accidents domestiques sont : les brûlures, les

intoxications, les obstructions par les corps étrangers, les noyades, les traumatismes.

Les brûlures par

- Flamme
- Liquide ou par vapeur chauds
- Contacts chimiques
- Brûlures électriques

Les intoxications par

- Ingestion de produits toxiques
- Inhalation
- Contaminations trans cutanées
- Contaminations oculaires
- Contamination à travers la muqueuse nasale

Les différentes substances en causes sont :

Les organophosphorés.

Les organochlorés.

Le pétrole.

Autres produits.

Les corps étrangers par

- Pièces de monnaie
- Graines d'arachide
- Noix
- Insectes
- Débris métalliques ou végétaux
- Perles etc

Les noyades par

- Chute dans une piscine

- Submersion dans une baignoire
- Chute dans un puits

Les Chocs :

- Chutes de hauteur ou dans des fossés
- Contusions avec différents objets
- Blessures avec les objets tranchants ou pointus
- Blessures par armes à feu

Les différentes manifestations : dont on distingue les étiologies suivant

Les Fractures- luxations

Les Fractures

Les entorses

Les Luxations

Les Plaies

Les Elongations

Les Traumatismes crâniens

b-2-3-3 Les mécanismes et préventions d'accidents domestiques :

Les accidents domestiques sont très fréquents et touchent tout particulièrement les personnes âgées à tel point qu'ils constituent la troisième cause de décès chez l'adulte après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pourtant, beaucoup seraient évitables si les règles élémentaires de sécurité étaient respectées.

Chaque année, plus de 8 millions de personnes en France sont victimes d'accidents domestiques.

Les personnes âgées sont particulièrement exposées et les conséquences peuvent être graves. C'est ainsi que ces accidents domestiques représentent la principale cause de décès prématurés essentiellement chez les personnes de 45 ans et plus. Il apparaît clair qu'en ayant conscience de ces dangers potentiels il est facile de prendre des précautions pour éviter les dits accidents.

b-2-3-3-1 Les intoxications

Chez l'adulte, ce sont surtout les médicaments qui peuvent être responsables d'intoxication, par inattention ou plus regrettable encore, par automédication

- Rapportez les médicaments périmés chez votre pharmacien
- Ne changez jamais un médicament
- Ne buvez jamais un sirop au goulot, le risque de surdosage est réel
- Ne prenez jamais un médicament sur le seul conseil d'un proche prenez plutôt avis auprès de votre médecin ou votre pharmacien.

b-2-3-3-2 Les noyades

Bien qu'elles concernent majoritairement les enfants, les adultes sont également exposés au risque de noyades lorsqu'ils ne respectent pas les règles élémentaires de sécurité à la mer, au fleuve comme à la piscine ;

On peut résumer ces règles comme suite

- Ne vous baignez jamais seul
- Entrez progressivement dans l'eau en particulier s'il fait très chaud ou si l'eau est froide
- Evitez de vous baigner après un repas très copieux et / ou si vous avez absorbé une importante quantité d'alcool à la plage, ne vous baignez pas en dehors de la zone surveillée et des heures de surveillance
 - Respectez les drapeaux de sécurité vert (baignade autorisée) orange (baignade surveillée mais dangereuse, rouge (baignade interdite)

b-2-3-3-3 Les brûlures

Elles se produisent souvent pendant les vacances, par exemple à l'occasion d'un barbecue c'est cependant dans la cuisine que les risques de brûlures restent les plus importants.

Prévention

- Faites attention aux friteuses et aux projections d'huiles bouillantes, ne remplissez pas trop votre autocuiseur

- N'essayez pas d'allumer ou de raviver un barbecue à l'aide d'un liquide inflammable, tel l'alcool
- Ne touchez jamais une lampe halogène avec les doigts
- Ne posez jamais un aérosol sur une source de chaleur comme un radiateur ou de plaques de cuisson, ne jetez jamais un aérosol, même vide, au feu
- Faites vérifier votre chaudière à gaz tous les ans

b-2-3-3-4 Les chutes de sa hauteur ou dans les fosses :

Elle représentent l'accident le plus fréquent et se produisent surtout au domicile. Chaque année près d'une personne sur trois, âgée de 45 ans et plus est victime d'une chute ; les raisons sont nombreuses : éclairage insuffisant, sol glissant, manque de point d'appui, problème de santé (baisse de la vue trouble, de l'équilibre, ostéoporose malaise etc.) très souvent ces chutes se produisent lors de la marche au cours d'activités ménagères ou de jardinage, leur gravité tient au risque de traumatisme et de fracture.

Prévention : La première des mesures préventives est donc d'aménager son habitat pour le rendre plus sûr.

- Eviter les descentes de lit qui glissent ou les tapis non fixés au sol pose des tapis antidérapants dans les escaliers
- Multipliez les points d'appuis, notamment en installant des bords d'appuis dans la salle de bain et une rampe d'escalier.
- Mettez un tapis antidérapant au fond de la douche ou de la baignoire.
- Ajoutez des éclairages
- Dans la cuisine, rangez à portée de main les ustensiles dont vous – vous servez le plus souvent
- Evitez de monter sur un tabouret, utilisez plutôt un escabeau bien stable [4].

2- Généralités sur les traumatismes

a- Définition : Il s'agit d'état créé par l'action d'une violence externe sur le corps. Au cours des traumatismes, toutes les parties du corps peuvent être atteintes. Les atteintes osteo-articulaires occupent une place très importante, elles sont plus souvent provoquées par une chute, un choc direct ou indirect, une torsion ou des mouvements forcés [8].

Les principales lésions traumatiques connues sont : les fractures, les luxations, les entorses, les contusions, les plaies et les claquages musculaires.

a-1 Les Fractures :

La fracture est une solution de continuité complète ou incomplète d'un os. Les fractures peuvent être ouvertes ou fermées. Il peut y avoir déplacement ou non des fragments.

Signes cliniques de fractures :

Sur le plan clinique, une fracture se traduit par des douleurs, une impotence fonctionnelle ; à l'examen clinique, elle se traduit par une déformation et des mouvements anormaux du segment concerné. La radiographie précise l'importance du déplacement.

En présence de toute fracture, il faut rechercher des complications immédiates : l'ouverture du foyer de fracture, une lésion vasculaire ou une atteinte nerveuse. [8]

a-2 Les Luxations :

La luxation est un déplacement ou un écartement produit entre deux surfaces articulaires qui normalement se trouvent face à face. Si la perte des rapports entre deux surfaces articulaires est totale, il s'agit d'une luxation complète. Si les rapports sont partiellement modifiés, il s'agit d'une subluxation.

On distingue deux grandes variétés de luxations : les luxations traumatiques et les luxations congénitales.

Les luxations traumatiques des membres supérieurs sont plus fréquentes que celles des membres inférieurs.

Signes cliniques des luxations :

Le diagnostic est en règle facilement devant l'association des trois éléments suivants : la douleur, la déformation, l'impotence fonctionnelle. Le diagnostic peut être cependant difficile, lorsque l'articulation est profonde. La radiographie permet de confirmer la luxation.

Dès que le diagnostic de la luxation est posé, après contrôle radiographique et examen clinique complet la réduction doit être pratiquée d'urgence. Dans des cas exceptionnels où la réduction ne peut être obtenue par des manœuvres externes, il faut alors pratiquer une réduction sanglante.

Les luxations congénitales sont en rapport avec des malformations anatomiques prédisposantes.

Elles ne se manifestent toute fois qu'avec le fonctionnement de l'articulation ou à l'occasion d'un traumatisme. Ainsi, doivent-elles être systématiquement recherchées dès les premières années. [8]

a-3 Les entorses :

Une entorse est une lésion traumatique d'une articulation provoquée par un mouvement brutal de distorsion avec élongation ou arrachement des ligaments, sans déplacement des surfaces articulaires, ni fracture.

En pratique, il faut distinguer les entorses bénignes et les entorses graves.

a-3-1 Les entorses Bénignes :

À la suite d'un mouvement mettant brutalement en tension les ligaments d'une articulation, apparaît une vive douleur à la mobilisation et à une tuméfaction

articulaire. L'examen recherche l'existence d'un point douloureux au niveau du ligament étiré, étudie les mouvements normaux de l'articulation et recherche l'existence de mouvements anormaux. Seul un examen radiographique minutieux permet d'éliminer un arrachement osseux ou une fracture parcellaire.

a-3-2 Les entorses graves :

Elles sont caractérisées par l'existence de mouvements anormaux dus à l'arrachement ou à une rupture ligamentaire. La recherche de ces mouvements est très douloureuse et dans certains cas sera pratiquée sous anesthésie générale. L'examen radiographique précise l'importance de l'arrachement osseux et les possibilités thérapeutiques. Les entorses graves sont difficiles à traiter et les séquelles fonctionnelles sont fréquentes.

L'immobilisation plâtrée doit être maintenue pendant plusieurs semaines. Après cette période d'immobilisation, une intervention peut être nécessaire, lorsque persiste une instabilité articulaire. [8]

a-4 Les claquages :

Un claquage est une rupture à la suite d'un effort violent de quelques fibres d'un muscle non encore échauffé ou fatigué. Le claquage se traduit par une douleur vive exagérée par la mobilisation de la région atteinte. La mise au repos de la région intéressée est la première chose à faire. Des applications de glace peuvent au début limiter l'existence de l'épanchement sanguin. Des massages doux ne seront entrepris qu'après quelques jours.

a-5 Les contusions :

Une contusion est une lésion provoquée par la pression, le frottement, ou le choc d'un corps mou ou contondant et ne s'accompagnant pas de plaie.

Les lésions profondes sont souvent étendues parfois, un épanchement se produit sous la peau, principalement à la cuisse et aux jambes.

a-6 Les plaies :

Une plaie est une solution de continuité du revêtement cutané qui, dans certaines conditions peut poser des problèmes de chirurgie réparatrice.

On distingue : les piqûres, les coupures et les plaies contuses.

Une piqûre est habituellement une effraction tégumentaire limitée où le risque essentiel est l'infection.

Son traitement est simple et consiste en une désinfection locale.

La coupure est une ouverture plus ou moins étendue et plus ou moins profonde de la peau au bord rectiligne.

Lorsque la coupure est une dimension importante, son traitement doit être chirurgical pour éliminer tout risque d'infection et d'hémorragie [3].

Les plaies contuses sont des plaies aux bords déchiquetés.

Les traumatismes peuvent concerner différentes parties du corps humain. C'est ainsi qu'on distingue les traumatismes crâniens, les traumatismes thoraciques, les traumatismes abdominaux, les traumatismes du bassin, les traumatismes du rachis et les traumatismes des membres. Ces traumatismes peuvent être fermés ou ouverts.

b- traumatisme crânien : c'est un choc accidentel sur le crâne, compliqué ou non de lésions de l'encéphale.

Les TC sont fréquents, leur principale cause est représentée par les accidents de la route, responsables de la moitié des traumatismes sévères, en particuliers chez les sujets jeunes, chez qui, ils constituent la première cause de la mortalité. En dehors des cas les plus bénins, caractérisés par une douleur, un hématome, ou une plaie du cuir chevelu, les TC peuvent être source de lésions primaires (qui

apparaissent immédiatement) ou secondaires (qui se produisent de quelques heures à plusieurs mois après le traumatisme).

Diagnostic :

L'interrogatoire du blessé ou de son entourage permet d'évaluer la violence de l'accident et de savoir s'il y a eu perte de connaissance, ce qui peut suggérer la formation d'un hématome.

L'examen immédiat qui sera répété au cours de la surveillance s'attache aux points suivants : état de conscience, autres signes neurologiques, plaies du cuir chevelu, état hémodynamique et respiratoire. Les radiographies du crâne à la recherche de fracture sont systématiques.

En cas de perte de connaissance et même si le blessé semble aller parfaitement bien, une surveillance de 24 à 48 h à l'hôpital est recommandée.

En cas de coma ou d'autres signes neurologiques, l'hospitalisation dans un service de neurochirurgie s'impose. Le scanner permet de mettre en œuvre un traitement adapté à chaque cas [10].

c- Les traumatismes de la colonne cervicale :

Ces traumatismes sont produits par des mécanismes variés, la forme la plus commune est produite par extension de la tête et du cou après un impact facial où à la suite d'un choc en arrière en l'absence d'appui-tête.

La mise en tension du ligament vertébral antérieur va arracher l'angle antérieur et inférieur d'un corps vertébral. Dans ce mécanisme l'impact facial est bas situé (menton par exemple) et les forces sont dirigées vers le haut et vers l'arrière ; quand elles sont encore plus verticalisées, elles provoquent une fracture des pédicules de C2 (axis). Si un impact au niveau du front crée une extension de la tête et une compression de la colonne cervicale, l'appui des épineuses les unes sur les autres va provoquer des fractures à ce niveau.

Si la compression est plus axiale, les corps vertébraux peuvent subir des tassements ainsi que les masses latérales de l'atlas. Puis rarement une fracture sera provoquée par une flexion intérieure de la colonne cervicale associée à une

compression ; elle est alors bas située. (C5-C6 : cinquième et sixième vertèbres cervicales le plus souvent).

Les fractures de l'odontoïde sont produites par les efforts appliqués horizontalement dans la région médio faciale [11].

d- Les traumatismes thoraciques :

Parmi ces atteintes respiratoires ce sont des contusions pulmonaires qui attirent actuellement l'attention. Il semble que leur identification soit souvent délicate en dehors d'une observation directe opératoire ou autopsique (selon C1 GOT).

Les images pulmonaires apparues précocement sont difficiles à séparer des aspirations du sang dans les alvéoles quand il existe une hémorragie bucco pharyngée ou nasale : à l'opposé les images d'apparitions plus tardives doivent être distinguées des multiples causes d'opacités parenchymateuses observables autour du traumatisme grave.

Ces lésions peuvent s'observer en l'absence de fracture de côtes.

Les atteintes vasculaires (l'artère pulmonaire et ses gros troncs) sont relativement rares et représentent 12 à 15% des accidentés décédés.

e- Les traumatismes abdominaux :

Ils sont présents dans 20-30% des autopsies de traumatisés [19] et souvent associés à des lésions thoraciques et crâniennes. Tous les organes abdominaux peuvent être lésés si l'on considère les traumatismes ayant été l'objet de laparotomie exploratrice.

La rate est lésée une fois sur deux, le foie une fois sur quatre, le grêle une fois sur huit puis rarement et par ordre de fréquence décroissante, les reins, le colon, le diaphragme, le pancréas, l'estomac, le duodénum, et la vessie.

f- Les traumatismes du bassin : peuvent être classer soit en fracture soit en disjonction.

Les fractures du bassin sont des fractures graves parce qu'elles surviennent au cours de traumatismes importants, chez des polytraumatisés et ce sont les complications immédiates qui font la gravité de leur pronostic (lésions urinaires,

lésions vasculaires, lésions intestinales, choc traumatique). Elles consolident rapidement et sans séquelles si elles n'intéressent pas l'articulation de la hanche et si elles ne troublent pas la statique du bassin par l'importance des déplacements fragmentaires. Les disjonctions symphysaires (du pubis) sont d'un pronostic bénin, sauf lésions des parties molles associées.

Les traumatismes des membres :

Ce sont les fractures, les luxations, les entorses, rencontrées dans la majorité des cas.

III

NOTRE ETUDE METHODOLOGIE

Matériels et méthodes :

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital Gabriel TOURE (HGT) de Bamako.

- **Situation géographique de l'hôpital Gabriel TOURE :**

Jadis dispensaire central de la ville de Bamako, c'est en 1959 que cette infrastructure fut nommée Hôpital Gabriel TOURE. Il se trouve au centre administratif de la ville, et est limité :

- à l'est par le quartier « Medina – coura »
- à l'ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI)
- au nord par l'Etat Major des armées de terre,
- au sud par le TRANIMEX (Transit International Import Export).

Il comporte 11 services médicaux et chirurgicaux auxquels s'ajoutent les services sociaux et administratifs, le laboratoire d'analyses, la pharmacie, la morgue, la buanderie, le service de maintenance.

- **-Aperçu général du service de chirurgie orthopédique et traumatologique :**

Il comprend 2 bâtiments :

- **Un bâtiment principal** situé au rez-de-chaussée du Pavillon « Benitiéni Fofana » dans la partie nord de l'Hôpital.
- **Un bâtiment annexe** dans la partie sud surplombant le service de réanimation adulte.

On y trouve :

- 1) Un (1) bureau pour le chef de service le professeur,
- 2) Un (1) bureau pour le maître de conférence
- 3) Deux (2) bureaux pour les assistants chefs de clinique,
- 4) Un (1) bureau pour le neurochirurgien expatrié,

- 5) Un (1) bureau pour les consultations externes,
- 6) Deux (2) bureaux pour les deux majors,
- 7) Un (1) secrétariat,
- 8) Deux (2) salles de garde, dont l'une pour les étudiants faisant fonction d'internes et l'autre pour les médecins en spécialisation de chirurgie générale,
- 9) Deux salles de soins,
- 10) Une salle de plâtrage,
- 11) Un bloc opératoire à froid au service et un autre bloc commun au service des urgences chirurgicales,
- 12) Quinze (15) salles d'hospitalisation totalisant 66 lits

Le personnel se compose de :

- 13) Un (1) chef de service professeur de traumatologie,
- 14) Un (1) maître de conférences,
- 15) Deux (2) assistants chefs de clinique,
- 16) Un (1) neurochirurgien expatrié,
- 17) Plusieurs médecins en formation du Certificat d'Etudes Spécialisées de chirurgie générale,
- 18) Huit (8) kinésithérapeutes dont deux rattachés à la salle de plâtrage,
- 19) Une (1) secrétaire,
- 20) Trois (3) manœuvres,
- 21) Plusieurs étudiants de médecine et de pharmacie faisant fonction d'internes et des stagiaires de la Faculté de médecine et d'autres Ecoles de santé,

Les activités du service

Les activités du service comprennent :

- les consultations externes du lundi au jeudi
- les interventions chirurgicales du lundi au jeudi

- les consultations de neurochirurgie tous les mercredi
- les activités de rééducations fonctionnelle tous les jours ouvrables
- les visites des malades hospitalisés par les assistants chef clinique et le maître de conférence tous les jours
- la visite générale des malades hospitalisés avec le chef de service les vendredi

2-Type d'Etude

Il s'agit d'une étude longitudinale

3-Période d'Etude

Elle s'est étendue sur une période allant de janvier 2005 à juin 2005

4-Population d'Etude

Il s'agit d'accidents domestiques traumatiques admis au service des urgences chirurgicales et au service de chirurgie orthopédique pendant la période d'étude

5-Echantillonnages

Critères d'inclusions

Ont été inclus dans l'étude : les patients ayant consulté dans le service pour accidents domestiques traumatiques ayant bénéficié d'un dossier médical complet

Critères de non- inclusion :

Ont été exclus dans l'étude : les patients dont le dossier médical était incomplet. Ainsi 101 patients ont été retenus.

6-Recueil des données

Le recueil a été fait à partir d'une fiche d'enquête dont l'exemplaire est porté en annexes.

Les données ont été saisies sur Word et Excel et analysées sur logiciel SPSS

RESULTATS

2-RESULTATS

a- Fréquence : Sur 2500 patients, 101 ont fait des accidents domestiques traumatiques de janvier à juin 2005 soit 4% des cas.

b- Caractéristiques sociodémographiques des patients

Répartition des patients en fonction des tranches d'âges et du sexe

Tableau I

Sexe	Masculin		Féminin	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
Tranches d'âge				
<20	12	25	14	26
20-39	17	35	10	19
40-59	8	17	13	25
60-79	5	10	9	17
>79	6	13	7	13
Total	48	100	53	100

Les extrêmes étaient de 1 an et 83 ans

Le sexe ratio a été de 1,10 en faveur du sexe féminin

Répartition des patients en fonction de la profession

Tableau II

Profession	Effectif absolu	Pourcentages %
Ménagère	26	25.7
Elève/Étudiant	25	24.8
Profession libérale	23	22.8
Fonctionnaire	20	19.8
Pas de profession (enfants)	7	6.9
Total	101	100

Les ménagères étaient les plus représentées avec 26 cas, soit 25,7% .

Réparation des patients en fonction de leurs provenances

Tableau III

Provenances	Effectif absolu	Pourcentages %
CommuneI	18	17.8
CommuneII	16	15.8
CommuneIII	27	26.7
CommuneIV	22	21.8
CommuneV	10	9.9
CommuneVI	8	7.9
Total	101	100

27 cas avaient été observés en commune III (26,7%).

Répartition des patients en fonctions des mois de survenue

Tableau IV

Mois de Survenue	Effectif absolu	Pourcentages %
Janvier	9	8,8
Février	17	16,7
Mars	29	28,7
Avril	18	17,8
Mai	14	14
Juin	14	14
Total	101	100

29 cas d'accidents domestiques traumatiques soit, 28,71% des cas avaient été observés pendant le mois de mars contre seulement 8,91% des cas au mois de janvier.

Répartition des patients en fonction du jour de survenue

Tableau V

Jours de la semaine	Effectif absolu	Pourcentages %
Lundi	12	11,8
Mardi	9	8,9
Mercredi	8	7,9
Jeudi	14	14
Vendredi	14	14
Samedi	20	19,8
Dimanche	24	23,6
Total	101	100

Le plus grand nombre d'accidents ont été observés pendant le dimanche soit, 23,76% des cas.

Répartition des patients en fonction de l'heure de Survenue

Tableau VI

Heures de Survenue	Effectif absolu	Pourcentages %
08h-10h	9	8,9
10h-12h	24	23,7
12h-14h	14	13,9
14h-16h	9	8,9
16h-18h	15	14,8
18h-20h	14	14
20h-22h	5	4,9
22h-00h	9	8,9
00h-02h	2	2
Total	101	100

L'intervalle de temps 10-12 heures était le plus rencontré soit 23,76 % des cas.

Répartition des patients en fonction des causes de l'accident

Tableau VII

Cause de l'accident	Effectif absolu	Pourcentages %
Chute de hauteur	62	61,3
Chute dans les fosses	24	23,7
Objet tranchant ou pointu	10	10
Arme à feu	5	5
Total	101	100

62 cas d'accidents étaient dus à des chutes de hauteurs soit 61,3 %.

Répartition des patients en fonction du diagnostic à l'entrée

Tableau VIII

Diagnostic à l'entrée	Effectif absolu	Pourcentages %
Fractures des membres	38	37,6

Luxation	30	29,7
Plaies Linéaires	11	10,8
Simple Contusion	9	8,9
Entorse	8	8
Elongation	5	5
Total	101	100

38 patients ont observé des fractures des membres, soit 37,6%

Répartitions des patients en fonction des méthodes utilisées pour le diagnostic Tableau IX

Méthodes Utilisées pour le Diagnostic	Effectif absolu	Pourcentages %
Examen Physique	30	28,6
Radiographie Standard	69	70,1
Scanner	2	1,3
Total	101	100

69 patients ont eu une radiographie (70,1% des cas).

Répartition des patients en fonction du temps écoulé entre survenue de l'accident et la prise en charge

Tableau X

Temps écoulé entre l'accident et la prise en charge	Effectif absolu	Pourcentages %
Moins d'une heure	19	18,9
1<4	5	4,9
4<8	9	8,9
8<12	9	8,9
12<16	2	2
16<20	2	2
24<	2	2
24≤	53	52,4
Total	101	100

--	--	--

53 patients étaient pris en charge plus d'un jour après l'accident soit, 52,48%.

Répartition des patients en fonction de la méthode de traitement institué

Tableau XI

Méthode de Traitement Institué	Effectif absolu	Pourcentages %
Orthopédique	81	80,2
Chirurgicale	20	19,8
Total	101	100

Le traitement était surtout orthopédique (80,2% des cas).

Répartition des patients selon l'évolution

Tableau XII

Evolution	Effectif absolu	Pourcentages %
Pas de complication	78	77,2
Complications Précoces	3	3,0
Complications Tardives	20	19,8
Total	101	100

L'évolution était favorable dans 78,2% des cas contre l'apparition des complications précoces dans 3% des cas.

Répartition des patients en fonction des types de complications récentes

Tableau XIII

Types de complications Récentes	Effectif absolu	Pourcentages %
Hémorragie	52	51,5
Perte de connaissance initiale	49	48,5
Total	101	100

52 patients ont observé une hémorragie, soit 51,5%

Répartition des patients en fonction des types de complications tardives

Tableau XIV

Types de Complications Tardives	Effectif absolu	Pourcentages
Cal-viscieux	65	64,4
Pseudarthrose	36	35,6
Total	101	100

65 patients ont observé un cal-viscieux, soit, 64,4 %

COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

3- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

DONNES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Selon les tranches d'âges et du sexe

La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude a été celle de 20 – 39 ans soit, 26,76% pour le sexe féminin.

Cette fréquence élevée chez les femmes adultes jeunes pourrait s'expliquer à la fois par l'hyperactivité de cette population jeune disposées généralement à faire

les travaux ménagers à la maison, le manque de prévention de cette tranche d'âge qui considère que l'accident est une fatalité contre laquelle on ne peut lutter il est considéré comme l'effet du hasard, imprévisible et donc inaccessible à la prévention.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus par plusieurs auteurs dont :

-Brazile S [2], Guez M, Mouquet MC [10]

Selon le sexe

La prédominance féminine, 52,48% dans notre série avec le sexe ratio de 1,10 pour les femmes s'expliquerait par la différence entre les travaux domestiques féminin et masculin, par une présence permanente aux foyers, et leur habitude vestimentaire (jupe serrée, chaussure à semelle longue).

Ces résultats se rapprochent ceux de **Bourdessol H [3]**

-Krug E. Injury [13] explique ceci par le fait que les hommes passent moins de temps à la maison que les femmes.

Selon la profession

Pendant notre étude on a noté une prédominance élevée des ménagères et des élèves et étudiants soit 25,7% et 24,8% des cas.

La plupart des accidents domestiques concernent les ménagères.

La fréquence chez les élèves et étudiants s'explique par le fait qu'ils s'adonnent aux activités, jeux et loisirs comportant de grands risques d'accidents domestiques traumatiques.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus par **Meerding WJ [15] et World Health Organisation [22]**

Selon la provenance

Pendant notre étude la plupart des accidents domestiques traumatiques venaient de la commune III soit 26,7% des cas.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la croissance démographique est élevée, les familles nombreuses comportant des enfants à bas âges, la précarité des conditions de logements ou d'éclairage, le mauvais revêtement du sol (présence de boue dans la cour), le mauvais écoulement des eaux usées, le surpeuplement la misère et la mauvaise éducation (promiscuité), le manque de locaux ou d'emplacements appropriés pour les jeux des enfants qui ont lieu à proximité des décharges publiques ou des routes fréquentées contribuent aussi aggraver la situation.

Ce constat se rapproche de celui de **Sogodogo A [19]**

Selon le mois

Le mois de Mars a été le plus concerné par les accidents domestiques traumatiques soit : 28,71% des cas.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce mois correspond à la plus grande période de chaleur ; qui favorise la nervosité, la déshydratation, de la recherche d'endroit frais par la population dont les toits des maisons pour se reposer

Ce constat se rapproche de celui de **Sogodogo A [19]**

Selon le jour de survenue

La prédominance d'accident a été observée pendant le dimanche soit : 23,76% des cas.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce jour correspond à une journée de repos, la majeure partie de la population se retrouve en famille et d'autre en profite pour les travaux domestiques.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus par **Baudier FO, Janvrin MP [1]**

Mulder. S [16]

Selon l'heure de l'accident

Pendant notre étude la plus part des accidents étaient observés entre 10H- 12H soit 23,76% des cas.

Cette fréquence élevée serait due au fait que cette heure correspond au début de beaucoup des travaux domestiques : les ménagères, les professions libérales, les élèves et étudiants pendant le Week-end ou en vacances.

Ce constat se rapproche à celui de **Rogmans. W [18]**

Selon les causes de l'accident

Il ressort de notre étude que les chutes de hauteur occupent une proportion très élevée soit, 61,39% des cas

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par : le manque d'équilibre et la fragilité osseuse chez les personnes âgées, la nature violente des jeux chez les jeunes, la surveillance insuffisante des enfants, la présence des caniveaux non fermés.

Ces résultats concordent avec ceux de **Duval et al [7]** par contre **World Health Organisation** avait retrouvé une fréquence plus basse des chutes de la hauteur soit 36% en France.

Selon le diagnostic

Pendant notre étude les fractures des membres apparaissent comme les accidents les plus fréquents avec 37,6% des cas.

Cela pourrait s'expliquer par le mécanisme même des accidents par chute des hauteurs : expose aux fractures des membres, chute avec réception fractures sur les membres supérieurs ou inférieurs provoquant une hyper extension ou hyper flexion entraînant les fractures.

D'autres raisons constitutionnelles et anatomiques expliqueraient la fréquence des fractures des membres par l'ostéoporose chez les personnes âgées, l'immaturation osseuse chez les enfants

Ces résultats se rapprochent de ceux de **Union Européenne [21]** Par contre **World Health Organisation** avait trouvé une fréquence plus élevée soit 39,3% des cas.

Selon les méthodes de diagnostics

Pendant notre série la plupart des patients ont eu une radiographie standard soit 71,1 % des cas cette fréquence élevée serait due au fait que la radiographie standard est le premier examen complémentaire demandé dans le service de chirurgie orthopédique.

Ce constat se rapproche à celui de **Sogodogo A [19]**.

Selon le temps écoulé entre l'accident et la prise en charge

Il ressort dans notre série que la plupart des patients soit, 52% des cas passe plus d'un jour entre le temps écoulé et la prise en charge de l'accident

Cela s'expliquerait d'une part par le manque de moyen financier, et l'ignorance conduisant les patients à consulter en premier lieu chez les tradithérapeutes. Et d'autre part, l'inaccessibilité aux soins (défaillances de moyens de transports)

Ce résultat se concorde avec celui de **Sogodogo A [19]**

Selon les méthodes de traitements

Dans notre étude le traitement était orthopédique dans 80,2% contre 19,8% de traitement chirurgical.

Cela s'expliquerait d'une part par la nature des accidents domestiques traumatiques qui accompagne de lésions relativement bénignes. Il faut également noter que certains malades refusent de se faire opérer.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus par **Fatoumata. S [8]** et **Sogodogo A** avait trouvé une fréquence moins élevée des traitements chirurgicaux soit 11% des cas.

Selon l'évolution

L'évolution était favorable dans 78,2% des cas contre l'apparition des complications précoces dans 3% des cas.

Cela s'expliquerait d'une part essentiellement par la qualité de la prise en charge des patients et d'autre part par la relative simplicité des lésions.

Ce résultat se rapproche de celui de **Fatoumata. S [8]**

CONCLUSION

CONCLUSION

La présente étude de type longitudinale portant sur 101 cas d'accidents domestiques traumatiques : au service de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré a abouti sur les conclusions suivantes :

Les accidents domestiques traumatiques sont un problème de santé publique aussi bien que dans les pays développés et les pays en voie de développement comme le **Mali**. Certains facteurs de risque ont été retrouvés

- Une prédominance féminine, soit 53%.
- La tranche d'âge de 20 à 39 ans a été la plus touchée avec 19% des cas
- Les ménagères ont été les plus concernés par les accidents domestiques traumatiques avec 25,7% des cas.
- La commune III est la plus concernée soit 26,7% des cas d'accidents survenus, surtout le dimanche soit 23,6% des cas.
- Certaines complications récentes soient 51,5% des cas et tardives soient 64,4% des cas. Ont été respectivement des pourcentages.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Aux Ministères des travaux publics

- Vulgariser les mesures de prévention des accidents domestiques traumatiques.

Aux ministères de la sécurité et de la protection civil

- Lutter contre la délinquance, l'alcool, et la drogue.
- Renforcer les mesures de sécurités aux frontières en vue d'assurer un meilleur contrôle des trafics des armes légères.

Aux ministères de la santé

- Elaborer des politiques nationales pour la prévention des traumatismes et plaider en faveur de l'affectation des crédits plus importants à cette activité.
- Former un plus grand nombre de spécialiste en traumatologie pour pouvoir constituer des équipes de spécialistes fonctionnant 24/24 heures pour la prise en charge efficace et rapide des accidents domestiques traumatiques.

- Créer une unité assistance psychologique pour une meilleure réinsertion sociale des accidentés domestiques traumatiques.

Aux prestataires du service de traumatologie

- Informer la population sur les risques des accidents domestiques traumatiques.
- Inciter la population à consulter très tôt dès qu'il y a accidents domestiques traumatiques.

A la population

- Aménager les habitats pour une plus grande sécurité.
- Adapter les instruments à utiliser aux travaux domestiques pour éviter les accidents domestiques traumatiques.

Aux Autorités Sanitaires :

- Mettre sur pied des équipes de spécialistes fonctionnant 24 /24 heures pour la prise en charge des sujets victimes d'accidents domestiques traumatiques.
- Assurer une meilleure prise en charge des blessés victimes d'accidents domestiques traumatiques sur le plan psychologique afin d'assurer leur réinsertion sociale.
- Mettre en place une surveillance systématique des traumatismes dus aux accidents domestiques.
- Apprendre aux gens à dispenser les premiers secours.
- Le Médecin ou infirmier doit tenir un registre de déclaration d'accidents domestiques traumatiques pour un suivi correct de ces blessés.

Aux personnels socio sanitaires:

Former et le recycler le personnel de santé.

A la population

Aménager son habitat pour le rendre plus sûr.

Eviter de monter sur un tabouret utiliser plutôt un escabeau bien stable.

Travailler sous éclairages suffisants.

IV

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IV REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

1 - BAUDIER F O, JANVRIN M P

Prévention des accidents de la vie domestique guide des programmes coopératifs.

2 -BAZILE S, BERTON E, GARRY F, PIERRE L J.

Enquête sur les accidents de la vie courante : résultats 1987 à 1994

Dossiers d'études et statistiques 1987-08 :114p.

3 - BOURDESSOL H. JANVIN M-P BAUDIER F

Accident santé 2000, volume 2 : 359-87.

4 - CEPI DC. INSERM

Cause de décès, d'accidents domestiques. Site Internet <http://sc8.vesinet.fr>

1080/.

5 - DUVAL et AL

Enquête européenne sur les accidents domestiques et loisirs, accidents d'enfants d'adolescents de 26992 cas entre juillet 1986 et juillet 1990 en France (Paris)

Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, 1993-04-19p.

6- DUVAL et al

Discours d'attention : accident domestique chez les enfants de 2 à 17 ans en juillet 1986.

7 - DUVAL et al

Étude d'accident domestique : à partir de chute de sa hauteur chez les enfants et les adolescents et les adultes : 280 cas de 1990 à 1992.

8- FATOUMATA. S :

Utilisation des consommables dans la contention plâtrée au service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'H.G.T Thèse de Med Bko le 172-2003

9 - Garry F :

Le coup des accidents domestiques de la vie courante à travers l'enquête de CNAMTS 1997 journées scientifiques de l'INVS décembre 2001.

10 - GUEZ M, Mouquet MC

Une hospitalisation sur huit(8) est due à un accident en 1993 dans les services de soins de courte durée, informations rapides, SESI, juin 1997, N°90.

11 - GORGI .R ; PLAS.F

Traumatologie et rééducation Masson Edition, Paris à paraître 1996

12 - GOT CI

Les lésions de la pathologie routières Aspect anatomo-pathologique, Hôpital Raymond Point Caré, 104 Boulevard Raymond Point Caré 92380 Garches N°92 Mars-Avril 76

13 - KRUG E. Injury

A leading cause of the global burden of disease, World Health Organisation 1998.

14- LAROUSSE MEDICAL, VOLUME III, 1990; 1

15 - MEERDING WJ, BIRNIE E, MULDER. S

Cost of injuries in the United States. Injury Control & Safety promotion 2000: 2:97-113.

16 - MULDER. S

Surveillance and priority-setting where to start in preventing home and leisure accident? , Vrije Universiteit, Amsterdam, 2001.

17 - NEGUESSON : D

Etude des aspects épidémiologiques lésionnels et thérapeutiques des traumatismes osteo – articulaires au service de chirurgie orthopédique de l'HGT
thèse de med Bko 48-2002 à propos de 5127 cas.

18- ROGMANS. W

Les accidents domestiques et le loisir des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union Européenne : définis pour demain. Santé publique 2000, volume 12, N°3, 283-98.

19- SOGODOGO : A

Les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 12 ans au service des urgences chirurgicales de l'HGT thèse med Bko 57-2002 à propos de 157 cas.

20 - TURG E. Injury:

A leading cause of the global burden of disease Geneva. World Health organisation. 1999.

21 - UNION EUROPEENNE

Le manuel de codage de l'accident domestique : MAG OMS, Santé Monde 1993 ; 1.

22- World Health organisation

Atlas of mortality in europe. Geneva. 1997.

V

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : Etude Longitudinale

Les accidents domestiques : Traumatiques

1-1 Nom _____ 2) Age _____ 3) Sexes
Prénom _____ Féminin
Masculin

4)Profession ----- 5) Commune ----- 6)Quartier

7 Région : ----- 8) Cercle -----

9) Mois de l'année

Jan	Févr	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc

10) Jours de la semaine

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

11) Heures de L'accidents

Entre 8h – 10h	
Entre 10h – 12h	
Entre 12h – 14h	
Entre 14h – 16h	
Entre 16h – 18h	
Entre 18h – 20h	
Entre 20h – 22h	
Entre 22h – 00h	
Entre 00h – 02h	
Entre 02h – 04h	
Entre 04h – 06h	
Entre 06h – 08h	

II -LOCALISATION DES LESIONS OU FRACTURES

1-Membres supérieures

	1 Oui	2 Non
- Epaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avant Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Membres Inférieures

	OUI	NON
- Bassin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Cuisse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Genou	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Jambe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Cheville	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

3)Agents Traumatiques ou Vulnérables

	1Oui	2 Non
a) Chute de sa hauteur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b) Chute dans les fosses	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c) objet tranchant ou pointu	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d) Arme feu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e) Autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

4- Diagnostique de l'accident

a) Simple contusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fracture des membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) plaies linéaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

- | | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| d) Traumatisme crânien | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| e) Elongation | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| f) Entorse | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| g) Luxation | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| h) Autres | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |

5) Temps Ecoulé entre l'accident et la prise en charge

- Moins d'1 heure
- 1 – 4 heures
- 4 – 8 Heures
- 8 – 12 heures
- 12 – 16 heures
- 16 – 20 heures
- 20 – 24 heures
- 1 Jour
- Plus d'1 jour
- 1 Mois
- 1 Année

III) EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- 1) Radiographie
- 2) Echographie
- 3) Scanner
- 4) Autres

IV) METHODES DE TRAITEMENTS

- 1) Traitement Orthopédique

2) Traitement chirurgical

V) EVOLUTIONS

1) Complications Précoces

2) Complications tardives

3) Pas de complications

4) Durée D'hospitalisation

5) Durée de Traitement

6) Mortalité

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Doumbouya

Prénom : Boubacar

TITRE DE LA THESE

Etude épidémioclinique des accidents domestiques traumatiques dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'H.G.T à propos de 101 cas.

Année universitaire : 2005-2006

Pays d'origine Mali:

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Santé publique / traumatologie

Résumé :

Les accidents domestiques traumatiques se définissent comme des événements fortuits dommageables survenant brutalement aux domiciles des victimes ou dans les environs.

Notre travail avait pour objectif de faire une approche épidémioclinique des accidents domestiques traumatiques à l' H.G.T. Il s'agit d'une étude longitudinale qui s'est déroulée au service de traumatologie de l'H.G.T de Bamako sur une période de 6 mois allant de janvier à juin 2005 et a porté sur 101 patients victimes d'accidents domestiques traumatiques il a permis de déboucher sur les résultats suivants :

- Une prédominance féminine, soit 53%.
- La tranche d'âge de 20 à 39 ans a été la plus touchée avec 19% des cas
- Les ménagères ont été les plus concernés par les accidents domestiques traumatiques avec 25,7% des cas.
- La commune III est la plus concernée soit 26,7% des cas d'accidents survenus, surtout les dimanches soit 23,6% des cas.

-Certaines complications récentes soient 51,5% des cas et tardives soient 64,4% des cas. Ont été respectivement des les pourcentages.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En Présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, le ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure.