



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N°378

Les accidents domestiques chez l'enfant: Enquête auprès des parents

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/10/2023

PAR

Mohammad Ghazi Faleh Alodat

Né le 22/04/1997 à IRBID - Royaume Hachémite de Jordanie

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE MO

TS-CLÉS

ENFANT - ACCIDENTS DOMESTIQUES - FACTEURS DE RISQUE - PREVENTION -
ENQUÊTE AUPRÈS DES PARENTS

JURY

Mr. Mme M. BOUROUS

PRESIDENT

Professeur en pédiatrie

.Mr. W. LAHMINI

RAPPORTEUR

Professeur en

Mme. pédiatrie A. BENALI

Professeur en psychiatrie

Mme. S. AITBATAHAR

Professeur en pneumo-

phtisiologie **L. BENANTAR**

Professeur en neurochirurgie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأحقاف



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS

**UNIVERSITE CADI
 AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vicedoyenne à la Recherche et la Coopération

: Pr. Hanane RAISS

Vicedoyenne aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Ghizlane DRAISS

Vicedoyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine ELHOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	Pédiatrie	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuropharmacologie	ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique
KHATOURI Ali	Cardiologie	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire
NIAMANER Radouane	Rhumatologie	CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie-générale
KRATIK Hadija	Gastro-entérologie	AIT-SABI mané	Pédiatrie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique
KISSANINajib	Neurologie	OULADSAÏAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
SARFI Smail	Urologie	DAHAMIZakaria	Urologie
MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie	ELHATTAOUI Mustapha	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	ELFIKRI Abdelghani	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	KAMILIEI Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
MANSOURINadia	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	MAOULAININE Fadl mrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MOUTAJ Redouane	Parasitologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	AITAMEUR Mustapha	Hématologie biologique
ZOUHAIR Said	Microbiologie	AMINEMohamed	Epidémiologie clinique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	ELADIBA Ahmed	Anesthésie-réanimation

		Rhassane	
ELFEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
YOUNOUSSaid	Anesthésie-réanimation	CHERIFIDRISSI EL GANOUNINajjat	Radiologie
FOURAIJKarima	Chirurgie pédiatrique	BOURROUS Monir	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	ADMOU Brahim	Immunologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	LAOUADI Nass	Néphrologie
ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ELHOUDZI Jamila	Pédiatrie
SORANA Nabila	Microbiologie-virologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
JALAL Hicham	Radiologie	AMROLamyae	Pneumo-phtisiologie
OUALIIDRISSI Mariem	Radiologie	ZYANI Mohammad	Médecine interne
ZAHLANE Mouna	Médecine interne	GHOUNDALE Omar	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	QACIF Hassan	Médecine interne
NARJIS Youssef	Chirurgie générale	BENDRISS Laila	Cardiologie
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	MOUFID Kamal	Urologie
HAJJI btissam	Ophtalmologie	QAMOUSSE Youssef	Anesthésie-réanimation
ELANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ELBARNI Rachid	Chirurgie générale
ABOUELHASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie
LAGHMAR Mehdi	Neurochirurgie	ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BASRAOUI Dounia	Radiologie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	RAISHanane	Anatomie Pathologique
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	BELKHOUA Hlam	Rhumatologie
MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie	ZAOUISanaa	Pharmacologie
ELHAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	MSOUGARYassine	Chirurgie thoracique
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELMGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
ELBOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	DRAISS Ghizlane	Pédiatrie
LAKMICHIMohamed Amine	Urologie	ELIDRISSISLITINENadia	Pédiatrie
AGHOUTANEIMouhtadi	Chirurgie pédiatrique	RADANoureddine	Pédiatrie
HOCAR Ouafa	Dermatologie	BOURRAHOUATA Aicha	Pédiatrie
ELKARIMISaloua	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
ELBOUCHTI Imane	Rhumatologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
BASSIRAHlam	Gynécologie-obstétrique	ANIBAKhalid	Neurochirurgie
BOUKHANNILahcen	Gynécologie-obstétrique	TAZIMohamed Ilias	Hématologie clinique
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
BENHIMAMohamed	Traumatologie-orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie

Amine			
HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	ADALI Imane	Psychiatrie
ELKHAYAR Mina	Réanimation médicale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	HAROUK Karam	Gynécologie-obstétrique
ATMANEEI Mehdi	Radiologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie cytogénétique
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	ELKAMOUNI Yousef	Microbiologie-virologie
BELBARAKAR Hizlane	Oncologie médicale	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
ALJSoumaya	Radiologie	ELMEZOUARIE Mostafa	Parasitologie mycologie
OUBAHASofia	Physiologie	ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale
ELHAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	GHAZIMI rieme	Rhumatologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
MLIHATOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
MARGADOmar	Traumatologie-orthopédie	MOHSINE Abdelilah	Radiologie
KADDOURISaid	Médecine interne	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ELKHADER Ahmed	Chirurgie générale	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
LAKOUICHIM Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	CHRAA Mohamed	Physiologie
DAROUASSI Yousef	Oto-rhino-laryngologie	ZARROUKI Yousef	Anesthésie-réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	AITBATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique, hygiène)
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
NADERYoussef	Traumatologie-orthopédie	BAALLAL Hassan	Neurochirurgie
SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation	BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	AKKAR Rachid	Gastro-entérologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	BABA Hicham	Chirurgie générale
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOU Omar	Néphrologie

ABDELFETTAHYouness	Rééducationetréhabilitationfonctionnelle	SIRBOURachid	Médecined'urgenceetdecatastrophe
REBAHIHoussam	Anesthésie-réanimation	ELFILALIOualid	Chirurgie Vasculairepériphérique
BENNAOUIFatiha	Pédiatrie	EL-AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
ZOUIZRAZahira	ChirurgieCardio-vasculaire	HAJJIFouad	Urologie
SEBBANIMajda	Médecine Communautaire(Médecinereventive,santé publiqueethygiene	OUMERZOUKJawad	Neurologie
ABDOUAbdessamad	ChirurgieCardio-vasculaire	JALLALHamid	Cardiologie
HAMMOUNENabil	Radiologie	ZBITOU MohamedAnas	Cardiologie
ESSADIIsmail	Oncologiemédicale	RAISSIAbderrahim	Hématologieclinique
MESSAOUDIRedouane	Ophtalmologie	BELLASRISalah	Radiologie
ALJALILAbdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	DAMIAbdallah	MédecineLégale
LAFFINTIMahmoudAmine	Psychiatrie	AZIZZakaria	Stomatologie et chirurgiemaxillofaciale
RHARRASSIIssam	Anatomie-patologique	ELOUARDIYoussef	Anesthésie-réanimation
ASSERRAJIMohammed	Néphrologie	LAHLIMI FatimaEzzahra	Hématologieclinique
JANAHHicham	Pneumo-phtisiologie	ELFAKIRIKarima	Pédiatrie
NASSIMSABAHTaoufik	Chirurgie réparatrice etplastique	NASSIHHouda	Pédiatrie
ELBAZMeriem	Pédiatrie	LAHMINIWidad	Pédiatrie
BELGHMAIDISarah	Ophtalmologie	BENANTARLamia	Neurochirurgie
FENANEHicham	Chirurgiethoracique	ELFADLI Mohammed	OncologieméOdicale
GEBRATILhoucine	Chimie	AITERRAMIAdil	Gastro-entérologie
FDILNaima	Chimie de coordination bio-organique	CHETTATIMariam	Néphrologie
LOQMANSouad	Microbiologie et toxicolgieenvironnementale	BOUTAKIOUTEBadr	Radiologie

ProfesseursAssistants

NometPrénom	Spécialité	NometPrénom	Spécialité
SAYAGHSanae	Hématologie	SAHRAOUIHoussam Eddine	Anesthésie-réanimation
DOUIREKFouzia	Anesthésie-réanimation	AABBASSIBouchra	Pédopsychiatrie
ELHAKKOUNIAwatif	Parasitologiemycologie	SBAIAsma	Informatique
BELARBIMarouane	Néphrologie	HAZIMERaja	Immunologie
AMINEAbdellah	Cardiologie	CHEGGOURMouna	Biochimie
CHETOUIAbdelkhalek	Cardiologie	RHEZALIManal	Anesthésie-réanimation
WARDAKarima	Microbiologie	ZOUITABtissam	Radiologie

ELAMIRI MyAhmed	Chimie de Coordinationbio-organique	MOULINESouhail	Microbiologie-virologie
CHAHBIZakaria	Maladiesinfectieuses	AZIZIMounia	Néphrologie
MEFTAHZellarab	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	BENYASSYoussef	Traumato-orthopédie
ROUKHSIRedouane	Radiologie	BOUHAMIDIAhmed	Dermatologie
ELGAMRANIYounes	Gastro-entérologie	YANISSESiham	Pharmaciegalénique
ARROBAdil	Chirurgie réparatrice etplastique	DOULHOUSNEHassan	Radiologie
SALLAHIHicham	Traumatologie-orthopédie	KHALLIKANESaid	Anesthésie-réanimation
ACHKOUNAbdessalam	Anatomie	BENAMEURYassir	Médecinenucléaire
DARFAOUIMouna	Radiothérapie	ZIRAOUIOualid	Chimiéthérapeutique
EL-QADIRYRabiy	Pédiatrie	IDALENEMalika	Maladiesinfectieuses
ELJAMILIMohammed	Cardiologie	LACHHABZineb	Pharmacognosie
HAMRI Asma	ChirurgieGénérale	ABOUDOURIBMaryem	Dermatologie
ELATIQIOumkeltoum	Chirurgie réparatrice etplastique	AHBALATariq	Chirurgiegénérale
BENZALIMMeriam	Radiologie	LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie
ABOULMAKARIMSiham	Biochimie	ESSAFTIMeryem	Anesthésie-réanimation
LAMRANIHANCHIASmae	Microbiologie-virologie	RACHIDI Hind	Anatomiepathologique
HAJHOUIFarouk	Neurochirurgie	FIKRIOussama	Pneumo-phtisiologie
ELKHASSOUIAmine	Chirurgiepédiatrique	ELHAMDAOUIOmar	Toxicologie
SBAAIMohammed	Parasitologie-mycologie	ELHAJJAMIAYoub	Radiologie
FASSI FIHRI Mohamedjawad	Chirurgiegénérale	BOUMEDIANEEI Mehdi	Traumato-orthopédie
BENCHAFAlIlias	Oto-rhino-laryngologie	RAFISana	Endocrinologie et maladiesmétaboliques
SLIOUIBadr	Radiologie	JEBRANEIham	Pharmacologie
ELJADIHamza	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	LAKHDARYoussef	Oto-rhino-laryngologie
AZAMIMohamedAmine	Anatomiepathologique	LGHABIMajida	MédecineduTravail
YAHYAOUIHicham	Hématologie	AITLHAJEI Houssaine	Ophtalmologie
ABALLANajoua	Chirurgiepédiatrique	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgiegénérale
MOUGUIAhmed	Rhumatologie	ELMOUHAFIDFaisal	Chirurgiegénérale

LISTEARRETEELE04/10/2023



DEDICACES



J'aimerais avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.

C'est avec amour, respect et gratitude que



✿ J'édie cette thèse... ✍



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عند خلقك ورضى نفسك ووزنة عرشك ومداد
كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك
الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

*Au bon Dieu, le Tout Puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidée sur le droit chemin. Je vous
dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et
remerciements pour votre clémence et miséricorde.*

Amachère Maman, ABIR GHARAIBAH

Tu m'as donné la vie et l'envie de vivre. Je t'admire tant pour ta bonté, ton altruisme et ton courage. Merci d'être ce puits inépuisable d'amour, cet océan de tendresse. Merci pour ton temps, tes conseils et pour tous tes sacrifices. Merci pour tes prières et ta bénédiction.

Tu étais toujours là à mes côtés pour me réconforter, soulager mes peines et partager mes joies. Si

J'en suis là aujourd'hui, c'est surtout grâce à toi. Puisse ce jour être l'exaucement de tes prières restant formulées.

Je ne pourrai jamais te remercier assez. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini.

Puisse Dieu, tout puissant, te prêter une longue vie, santé et bonheur. J'espère que tu es fière de moi.

A mon cher Papa, GHAZIFAL EHALODAT

Tu as toujours été pour moi un exemple d'honnêteté, de sérieux et de persévérance. Ces valeurs que tu m'as enseignées m'ont guidées

tout le long de ces années, vers le chemin de la connaissance et l'amour de la science, et resteront pour moi durant la vie un idéal sans semblable. Tu as été et tu es

toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines et ton perfectionnisme. Je te dédie ce travail comme un modeste témoignage de mon profond amour et mon respect illimité et j'espère réaliser, aujourd'hui un de tes rêves et être digne de porter ton nom.

Puisse Dieu tout puissant te préserver de tout mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

*AmeschersfrèresBILALALODATET
AHMADALODAT*

*Jevousdédiectetravailentémoignagedemavivereconnais
sanceetdema profondeestime. Vousm'avez toujoursétéunesource
d'inspiration et une idole d'ambition. Merci pour
votre
soutien. PuisseDieuvouspréserveretvousprocurerbonh
euretréussite.*

Amesamis...

*Ensouvenir desmomentsmerveilleuxquenousavonspasséseta
uxlienssolidesquinousunissent. Ungrandmercipourvotresout
ien, vosencouragementssetvotreaide. J'ai trouvéeenvous
leréfugedemesmomentslesplusdurs. Avec tout monaffectione
testime, jevoussouhaitebeaucoupderéussiteetdebonheur, aut
ntdansvotrevieprofessionnellequepersonnelle.
JeprieDieupourquenotreamitiésoitéternelle.*

*ANOTREMAITRE MADAMELEPROFESSEU
RWIDADLAHMINI
PROFESSEURENURGENCEPEDIATRIQUE*

*Permettez-moidevousremercierpourlabienveillance, la
gentillesseetlaspontanéitéaveclesquellesvousm'avezdirig
éaudébutdecetravail. Vosqualitésscientifiquesetpédagogi
ques
m'inspirentbeaucoupd'admirationetderespect.
Veuilleztrouvericiletémoignagedemagratitudeetmareconn
aissancelesplussincères.*

*Atoutlepersonnel duservice d'urgence pédiatrique au CHU Mohammed
VI*

Jevousremercie infiniment pourvotreaidetrèsprécieuse,ainsiquepourvoseffortsfournis. Veuilleztrouvericiletémoignagedema profondeestime.

*AtousmesProfesseursdelaFacultédeMédecineetdePharmaciede
Marrakech*

Unethèseestlefruitdeplusieursannéesd'étudesetjenesauraisoublierdansmesdédicacesl'ensembledemesprofesseursetmaîtresquiontcontribuédeprèsoudeloïnàl'élaborationdecetravail.

Atoutlepersonnel dela faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

Atousceuxquiontaidéde loïn ou de près à l'élaboration de ce travail.

Atousmesenseignantstoutaulongdemesétudes...Atousceuxquim esontchersetquej'aiomisdeciter...



REMERCIEMENTS



ANOTREMAITREETPRESIDENTDETHESEMONSIEURLEPROFESSEUR
MONIRBOURROUS
PROFESSEURETCHÉFDESERVICED'URGENCEPEDI
ATRIQUE-CHÛMOHAMMEDVI

Vous m'avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de mathèse. J'ai eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect. Puissent des générations et des générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'ad'égale que votre sagesse et votre bonté.

Veillez, Cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de ma très haute considération.

ANOTREMAITREETRAPPORTEURDETHESEMADAMELEPROFESS
EURWIDADLAHMINI
PROFESSEUR AUSERVICED'URGENCEPEDIATRIQUE-
CHÛMOHAMMEDVI

Pour tous les efforts inlassables, et toute la patience que vous avez déployée pour que ce travail soit élaboré. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, qui m'ont profondément ému, resteront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de ma profession. Ce fut pour moi, un honneur et un grand plaisir d'avoir préparé mathèse sous votre guidance et nul mot ne qualifie ma gratitude. Je vous prie de bien vouloir trouver dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mes sentiments les meilleurs.

ANOTREMAITREETJUGEDETHÈSEMonsieurLEPROFES
SEURABDESLAMBENALI
PROFESSEURENPSYCHIATRIE-
L'HOPITALMILITAIREAVICENNEVMARRAKECH

Vous me faites un grand honneur de siéger avec moi dans ce respectable jury. Je suis très reconnaissant de la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. J'ai apprécié votre rigueur, votre gentillesse et je vous porte une grande considération pour vos qualités humaines et votre compétence professionnelle. Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

ANOTREMAITREETJUGEDETHÈSEMADAMELEPROFES
SEURSALMAAITBATAHAR
PROFESSEUREN Pneumo-Phthysiologie-CHUMOHAMMEDVI

C'est un grand honneur de vous voir siéger dans le jury de mathèse. Merci pour votre sympathie et votre bienveillance. Votre compétence et vos qualités professionnelles nous servent d'exemple. Veuillez croire à l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

ANOTREMAITREETJUGEDETHÈSEPROFESSEUR
AMIABENANTAR.
PROFESSEURDENEUROCHIRURGIEL'HOPITALIBNTOFAIL

- Nous vous remercions pour la simplicité que vous avez témoignée en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. En acceptant de juger ce travail, vous nous accordez un très grand honneur. Veuillez agréer, mon professeur, à mon plus grand respect et ma sincère reconnaissance



LISTEDESFIGURES



LISTEDESFIGURES

Figure1 : Répartition des parents selon le sexe

Figure 2 : Répartition des parents selon l'état civile

Figure 3 : Répartition des parents selon le niveau d'études

Figure 4 : Répartition des victimes d'accidents domestiques selon le sexe

Figure 5 : Répartition des victimes selon l'âge

Figure 6 : Répartition des accidents domestiques selon les mois de l'année

Figure 7 : Répartition des accidents domestiques selon leur type

Figure 8 : Répartition selon le lieu de prise en charge de l'enfant après l'accident domestique

Figure 9 : Répartition des réponses sur la notion du danger domestique selon les parents

Figure 10 : Répartition des lieux les plus dangereux dans la maison selon les parents

Figure 11 : Répartition des lieux de rangement des produits d'entretien selon les parents

Figure 12 : Répartition selon l'utilisation des parents de bouteilles d'eau minérale pour stocker des produits d'entretien.

Figure 13 : Répartition des lieux de rangement des médicaments selon les parents



LISTE DES TABLEAUX



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Nombre d'enfants par famille

Tableau II: Classification des motifs de consultations

Tableau III: Répartition des accidents domestiques des enfants selon la fratrie

Tableau IV: Classification des accidents domestiques selon leur type

Tableau V: Classification des chutes selon leur lieu

Tableau VI: Répartition des accidents domestiques selon leur lieu de survenue

Tableau VII: Classification des conséquences dramatiques possibles des accidents domestiques

Tableau VIII: Classification des causes de la prédominance des accidents chez l'enfant

Tableau IX: Mesures de prévention proposées par les parents:

Tableau IX: Classification des lieux de rangement des produits d'entretien

Tableau X: Comparaison de l'âge moyen de survenue des accidents domestiques selon la littérature.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

AD	:Accidentsdomestiques
AVC	:Accidentdeviécourante
AFNOR	:AssociationFrançaisedeNormalisationA
NAH	:Agence NAtionaledeHabitat
APC	:AiredPatrimoineCommunautaire
BMH	:Bureauunicipald'hygiène
BOT	:Blessuresparobjetstranchants
CA	:Centred'antipoison
CE	:Courantélectrique
CFES	:ComitéFrançaisd'EducationpourlaSanté CHR
	:CentreHospitalier Régional
CHU	:CentreHospitalierUniversitaire
CSAP	:ChildSafetyActionPlan
DADO	:DeteccióndeAccidentesDomésticosydeOcio DP
	:Doigtsde porteEDG:EndDecadeGoals
EHLASS	:EuropeanHomeandLeisureAccidentSurveillanceSystem ESP
S	:EnquêteSantéet Protection sociale
HASS&LASS	: Home Accident Surveillance System &Leisure Accident
SurveillanceSystemIA	:Intoxicationaccidentelles
ICE	:Ingestion decorpsétranger
IM	:Intoxicationmédicamenteuse
INPES	: Institut National de Prévention et d'Education pour la
SantéINSERM	: Institut National de la Santé Et de la Recherche
MédicaleInVS	:InstitutdeVeilleSanitaire
IPAD	: Institut de Prévention des Accidents
DomestiquesMICS	:Multiple IndicatorClusterSurvey
NEISS	:NationalElectronicInquirySurveillanceSystem

OCDE	:Organisation pour la Coopération et le Développement en Europe
OMS	:Organisation Mondiale de la Santé
ORL	:Oto-Rhino-Laryngologie
PNI	:programme national d'immunisation
RGPH	:Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SPA	:The Royal Society for the Prevention of Accidents
UE	:Union Européenne
UNICEF	:United Nations International Children's Emergency Fund
US	:United States
WHO	:World Health Organisation



Plan



INTRODUCTION	1
MATERIELSETMETHODES	4
RESULTATS	7
I.Profilsocialdesparents	8
1.Nombre,âgedes parents interrogées	8
2.État civildesparents	8
3.Niveaud'étudedesparents	9
4.Niveausocio-économiquedesparents	10
5.Nombred'enfants parfamille	10
6.Donnéessurl'enfant consultant	10
II.Lesantécédentsd'accidentsdomestiquesetleurscaractéristiques	12
1.Antécédents d'accidents domestiqueschezlesenfants	12
2.Nombred'enfantsvictimesd'accidentsdomestiques	12
3.Sexe desvictimesdesaccidentsdomestiques	12
4.Age de survenuedesaccidentsdomestiques	13
5.Les accidentsdomestiquesselonlesmoisdel'année	13
6.Les accidents domestiquesdesenfants selonlafratrie	14
7. Lesdifférentstypesd'accidentsdomestiques	15
8. Lieudesurvenuedesaccidentsdomestiques	18
9.Nécessitédesoins aprèsl'accident etlieudeprise encharge	19
III.ETATDESCONNAISSANCESDESMÈRESSURLESDANGERSDOMESTIQUES	20
1.Lanotiondedangerdomestique	20
2.Lazonelaplusdangereusedanslamaison	20
3.Lesconséquencespossiblesd'unaccidentdomestiquechezl'enfant	21
4.Causesdelasurvenuedesaccidents domestiqueschezl'enfant	22
5.Lesgestesde premierssecours	23
IV.Habitudesetattitudespratiquesdesparentsenmatièredeprévention	24
1.Lieudestockagedesproduitsd'entretien	24
2.Accessibilités des produitsd'entretienauxenfants	25
3.Utilisation debouteillesd'eauminéralepourstockerdesproduits Ménagers	25
4.Présenceetaccèsauxmédicaments	26
5.Chauffageenhiver	26
6.Lacuisine	27
7.Ladouche	27
8.Lesfenêtresetbalcons	27
9.Lesportes	28
10.L'électricité	28
11.L'escalier	28
DISCUSSION	29
1.Incidenceet gravitédesaccidentsdomestiques dansle monde	30
1.1Épidémiologiedesaccidentsdomestiques	32
1.1-1L'âgedesurvenuedesaccidentsdomestiques	32
1.1-2Lesexedesenfantsvictimesd'accidentsdomestiques	34

1.1-3	Lestypesdesaccidentsdomestiques	34
1.1-4	Évolutionetpriseencharge	
2.	Facteursderisquedesaccidentsdomestiqueschezl'enfant	42
3.	Impactsur le systèmedesante	49
4.	Prévention	52
5.	Les limites de l'étude	
	Recommandations	59
	CONCLUSION	62
	RESUME	64
	ANNEXES	71
	BIBLIOGRAPHIE	78



INTRODUCTION



Les accidents domestiques (AD) représentent un problème sérieux de santé publique en pédiatrie. Ils sont responsables d'une lourde morbidité et mortalité parmi la population pédiatrique et font l'objet de nombreuses campagnes de prévention aux pays industrialisés⁽¹⁾

Dans les pays en voie de développement, les accidents domestiques occupent une place grandissante dans la pathologie de l'enfant mais ils restent encore sous-estimés et négligés par la population et par les systèmes de santé.

Au Maroc, l'ampleur réelle de la pathologie accidentelle de l'enfant reste encore méconnue en raison de l'absence de données et de statistiques nationales. La pathologie accidentelle devient de plus en plus fréquente dans notre pays avec une mortalité importante⁽²⁾

Les accidents domestiques sont caractérisés par leur fréquence et leur bénignité habituelle, même si certains peuvent entraîner des séquelles graves, voire la mort⁽³⁾.

Il existe de nombreuses définitions des accidents dans la littérature. Les accidents domestiques font partie essentielle de la pathologie traumatique.

Les traumatismes sont causés par une exposition aiguë à des agents physiques tels qu'énergie mécanique, chaleur, électricité, agents chimiques, radiations ionisantes, qui interagissent avec le corps dans des quantités ou des taux excédant le seuil de tolérance humaine⁽⁴⁾.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit le traumatisme comme « le dommage physique causé à une personne lorsque son corps a été soumis, de façon soudaine ou brève, à un niveau d'énergie intolérable »⁽⁵⁾.

Deux types de traumatismes se distinguent:

- Les traumatismes intentionnels comprenant les suicides, tentatives de suicide, les agressions et violences et les dégâts de guerre.
- Les traumatismes non intentionnels qui constituent les accidents domestiques sur lesquels porte notre étude :

Les accidents domestiques (Ad) apparaissent donc comme un traumatisme non intentionnel qui résulte d'un

n accident de la route ni d'un accident du travail. Mais dans la maison ou dans ses abords immédiats : garage, jardin, cour...

Le domicile, jusqu'alors considéré comme un havre de paix et de sécurité, se transforme en un lieu de tous les dangers faisant de l'enfant la principale victime.

L'objectif de cette étude consiste à:

- Evaluer l'état des connaissances des parents par rapport aux accidents domestiques.
- Connaître les attitudes pratiques des parents en matière de prévention des accidents domestiques.
- Discuter la nécessité d'un programme de prévention dans un but de sensibilisation des parents sur les dangers domestiques et leurs conséquences.
- Étudier la prévalence des accidents domestiques chez les enfants des familles appartenant à l'échantillon étudié.
- Proposer quelques recommandations de prévention à la lumière de expériences internationales discutées.



MATERIEL SET METHODES



1. Type de l'étude

Ils'agit d'une étude de prospective type enquête auprès de 500 parents choisis au hasard après leur consentement à l'aide d'un questionnaire préétabli et standardisé.

2. Période de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une durée de 06 mois du premier Avril au 31 Septembre 2023.

3. Lieu de l'étude

L'enquête s'est déroulée au service des Urgences pédiatriques de l'Hôpital Mère Et Enfant de MARRAKECH (centre hospitalier universitaire Med 6)

4. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre enquête les parents d'enfants âgés de 06 mois à 15 ans ayant été victimes ou non d'un accident domestique et qui ont accepté de renseigner le questionnaire.

5. Critères d'exclusion:

Les questionnaires non dûment remplis par faute de compréhension ou par refus des parents de répondre à plusieurs questions.

6. Recueil des données

Le recueil des données s'est effectué sur un questionnaire préétabli et standardisé diffusé en ligne via Google Forms, puis rempli par une seule personne pour éviter les biais.

7. Le questionnaire

Le questionnaire était composé de 45 questions. Il comprenait 3 parties:

1. Informations Générales
2. Etat des connaissances
3. Habitudes et attitudes (Annexe 1)

8. Analyses des données

La saisie des résultats a été réalisée par le logiciel EXCEL et logiciel Epi-info.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentages.



Resultats



I. Profil social des parents:

1. Nombre et âge des parents interrogés:

Dans le cadre de notre enquête, 500 parents étaient interrogés mais uniquement 465 questionnaires étaient intègres, nous avons eu 58% mères et 42% pères (Fig. 1)

L'âge des parents allait de 20 ans à 54 ans avec une moyenne de 37 ans.

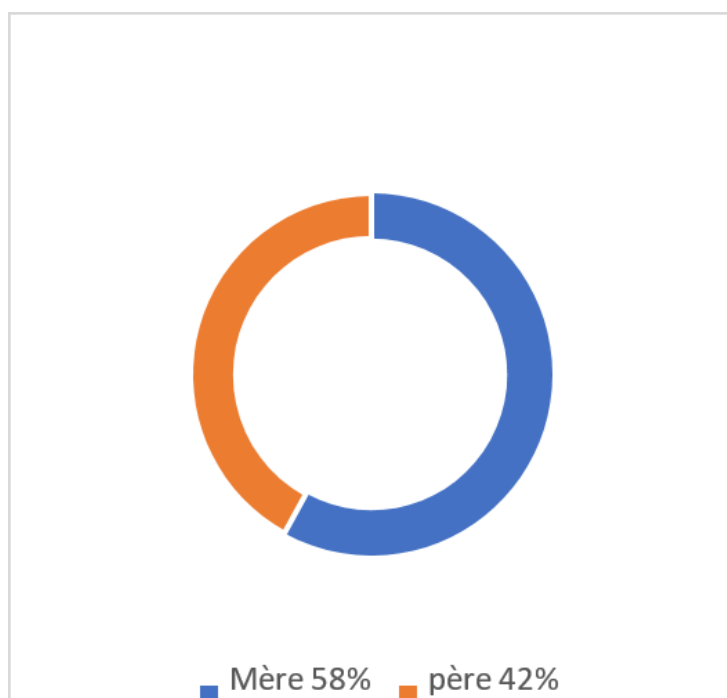


Figure 1: Répartition des parents selon le sexe

2. État civil des parents:

Parmi les 465 parents interrogés, 92% étaient mariés et 8% étaient soit veufs soit divorcés (fig. 2).

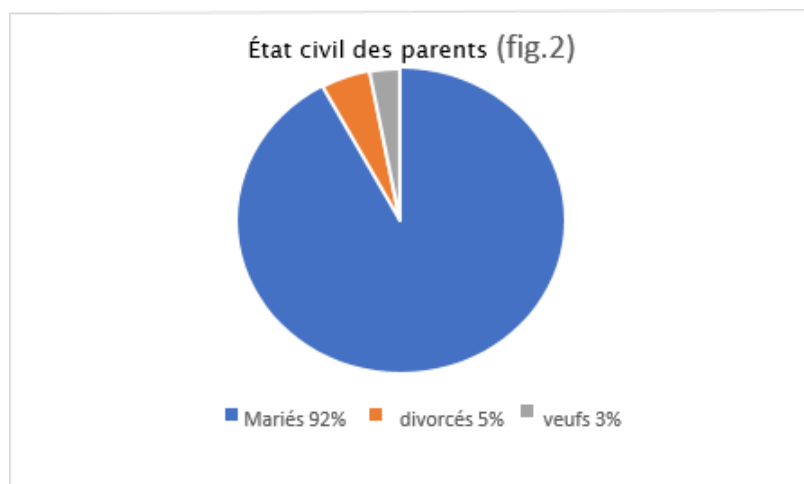


Figure2: Répartition des parents selon l'état civil

3. Niveau d'étude des parents:

Le niveau d'étude était variable avec une nette prédominance des parents de niveau d'étude primaire à hauteur de 46%, 22% des parents avaient suivi des études jusqu'au secondaire, 24% des parents étaient analphabètes et seuls 12 % des parents ont suivi des études supérieures.(Fig.3).

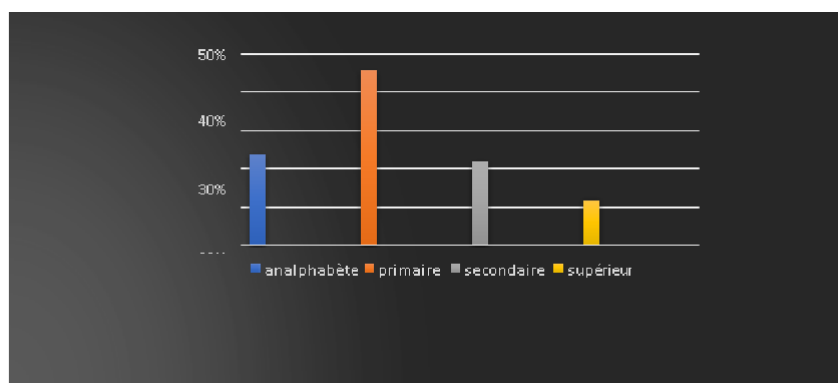


Figure3: Répartition des parents selon le niveau d'études

4. Niveau socio-économique des parents:

Concernant le niveau socioéconomique des parents interrogés, 42 % estimaient que leur niveau de vie était bas, 52% qualifiaient leur niveau socio-économique de moyen, et les 6% restants le considéraient haut.

42% des familles concernées par l'étude résidaient en zone urbaine et 58% vivaient en zone rurale.

Le type d'habitation était variable : 20 % habitaient dans un appartement et 62 % dans une maison et 18% en chambre.

5. Nombre d'enfants par famille:

Le nombre d'enfant par famille était variable, il pouvait aller d'un enfant unique jusqu'à 9 enfants avec une moyenne de 3.08 enfants par femme. Le nombre total d'enfants concernés par cette enquête était de 1062 enfants.

Tableau: Nombre d'enfants par famille

NOMBRE D'ENFANT PAR FEMME	EFFECTIF	POURCENTAGE
1	55	18.9
2	116	40
3	73	25.1
4	23	7.9
5	13	4.4
6	9	3.1
9	1	0.3

6. Données sur l'enfant consultant:

L'âge moyen des enfants consultants était de 5 ans avec des extrêmes allant de 9 mois à 12 ans (Ecart type = 44,897 mois soit 3.74 années).

Les motifs de consultation étaient divers avec une nette prédominance de la pathologie oto-rhino-laryngologique suivie de près de la pathologie digestive.

Tableau I: Classification des motifs de consultations

MOTIF DE CONSULTATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
ORL	350	32,8
Angine aiguë	270	
Otitite	56	
Epistaxis	10	
Gingivorragies	4	
TROUBLES DIGESTIFS	234	22
Intoxication alimentaire	106	
Diarrhée isolée	74	
Oxyurose	16	
Douleurs abdominales	15	
Constipation	13	
VARICELLE	123	11.6
ALLERGIE	114	10.7
Allergie cutanée	82	
Rhinite	17	
Conjonctivite	15	
TOUX	113	10.7
VACCINATION	38	3.6
OREILLONS	19	1.8
CYSTITE	19	1.8
ANEMIE	11	1
PLAIE	10	1
GONALGIE	10	1
TROUBLE DE CYCLE MESTURIEL	10	1
CEPHALEES AIGUES	11	1

II. Les antécédents d'accidents domestiques et leurs caractéristiques:

1. Antécédents d'accidents domestiques chez les enfants:

Nous avons demandé aux parents si leurs enfants ont déjà été victimes d'un accident domestique, 399 soit 86 % des réponses étaient positives, et seulement 66 soit 14% des réponses étaient négatives.

2. Nombre d'enfants victimes d'accidents domestiques:

→ Sur les 1062 enfants concernés par l'enquête, 501 ont déjà été victimes d'un accident domestique soit environ 47% de l'effectif et totalisaient à eux seuls 563 accidents domestiques.

→ Parmi ces 501 enfants, 41 étaient multi-accidentés et comptaient 2 accidents domestiques chacun. 3 enfants présentaient 3 antécédents d'accidents domestiques à leur actif.

3. Sexe des victimes des accidents domestiques:

Sur les 501 enfants victimes d'accidents, 335 étaient de sexe masculin soit 66.9 % de l'effectif contre 33.1 % de filles. (fig.4)

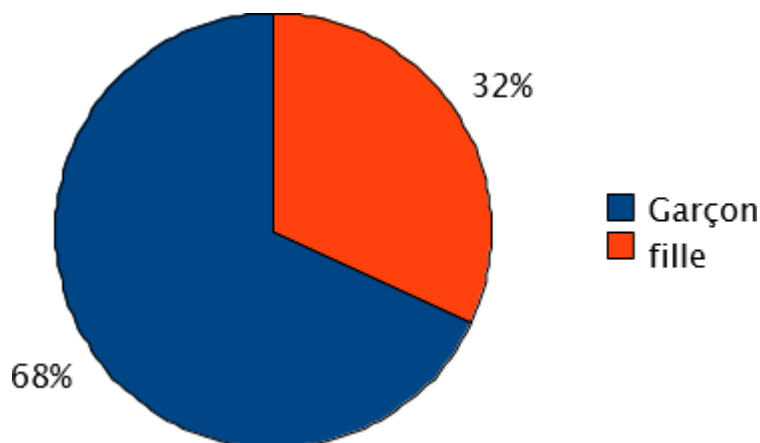


Figure 4: Répartition des victimes d'accidents domestiques selon le sexe

4. Age des survenues des accidents domestiques:

L'âge des enfants au moment de survenue était compris dans une fourchette allant de 6 mois à 12 ans avec une moyenne d'âge de 66 mois soit environ 5 ans et 6 mois. (Fig.5)

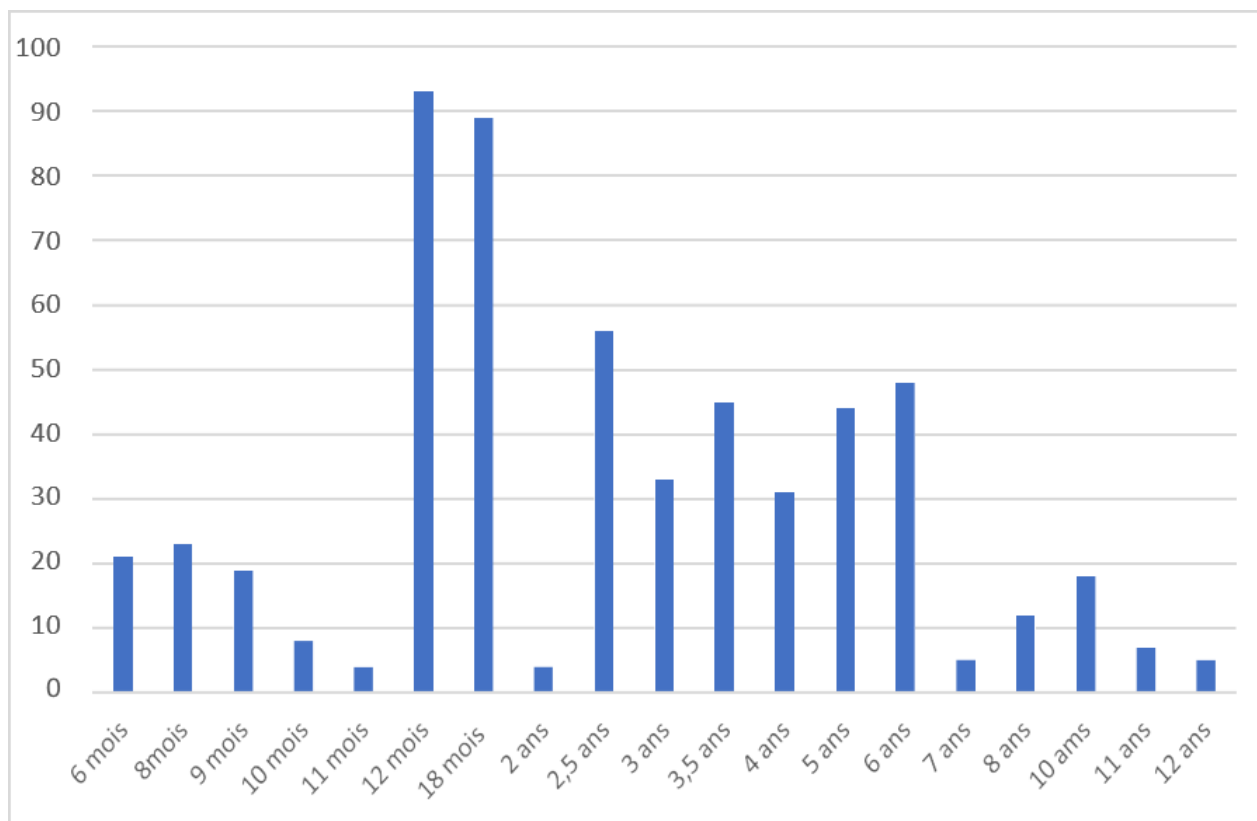


Figure 5: Répartition des victimes selon l'âge

5. Les accidents domestiques selon les mois de l'année

Parmi les 563 cas d'accidents domestiques, nous avons constaté que pendant le mois d'Avril il y a eu le plus d'accidents avec un pourcentage de 12,4%. (Fig. 6)

Nous avons également constaté que 86,9% des accidents domestiques sont survenus dans la journée.

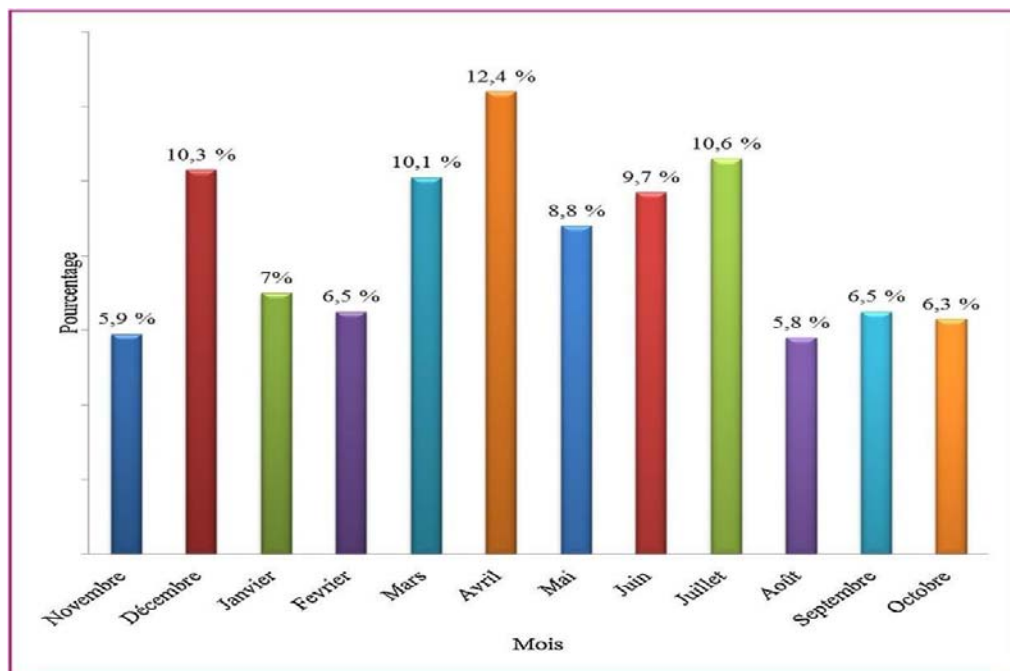


Figure6:Répartitiondesaccidentsdomestiquesselonlesmoisdel'année

6. Lesaccidentsdomestiquesdesenfants selon la fratrie:

Parmi notre enquête, la 1^{ère} fratrie représentait le pourcentage le plus élevé :32,3%.

TableauIII:Répartitiondesaccidentsdomestiquesdesenfants selon la fratrie

Variables	Pourcentage
1 ^{ère}	32,3
2 ^{ème}	22,7
3 ^{ème}	18,9
4 ^{ème}	12,1
5 ^{ème}	6,0
6 ^{ème}	3,2
7 ^{ème}	2,2
8 ^{ème}	2
9 ^{ème}	0,6

7. LES DIFFÉRENTS TYPES D'ACCIDENTS DOMESTIQUES:

Les différents types d'accidents domestiques que nous avons trouvés dans notre enquête étaient classés comme suit:

- Les chutes (chaise, lit, balcon, escaliers...)
- Les brûlures
- Les corps étrangers
- Les plaies par objet tranchant
- Les intoxications
- Les asphyxies
- L'électrisation
- Les noyades

Les résultats ont été rapportés dans le tableau 4.

Tableau IV: Classification des accidents domestiques selon leur type

TYPED'ACCIDENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Chute(chaise,lit,balcon,escalier)	316	56
Brûlure	91	16
Corps étranger	62	11
Objet tranchant	45	8
Intoxication	28	5
Asphyxie	11	2
Electrisation	5	1
Noyade	5	1

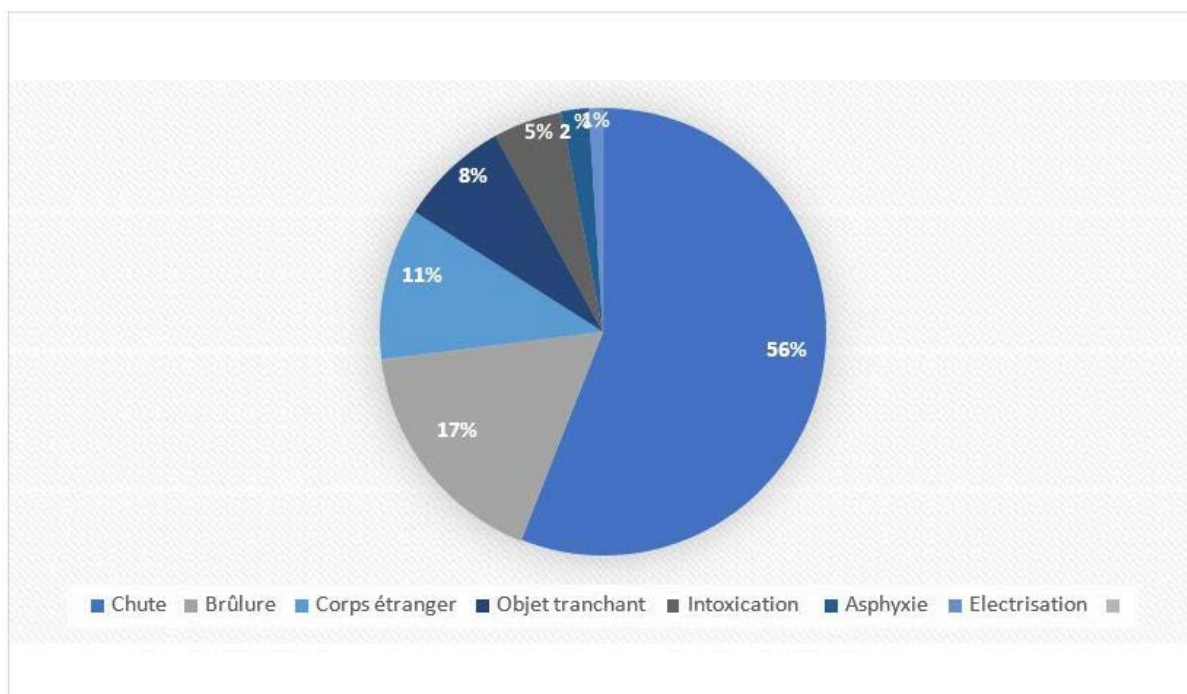


Figure 7: Répartition des accidents domestiques selon leur type

7.1 Les intoxications:

Dans notre enquête, 28 cas d'intoxications aiguës ont été enregistrés. Il s'agissait de 22 intoxications à l'eau de Javel et de 6 intoxications médicamenteuses. Les victimes étaient réparties en 17 garçons et 11 filles dont la moyenne d'âge était de 3 ans et 8 mois. Dans 9 cas, le recours à l'hospitalisation était de mise ainsi que 12 consultations aux urgences pédiatriques alors que les 7 cas restants n'ont eu besoin d'aucune consultation ni d'aucun soin.

7.2- Les chutes:

Les chutes représentaient 56% de l'ensemble des accidents domestiques colligés dans notre enquête. 74 % des victimes étaient de sexe masculin (234 garçons) contre 26 % de filles. L'âge des survenues des chutes variait de 6 mois à 12 ans avec une moyenne d'âge de 5 ans.

Le lieu de survenue de la chute était variable comme l'illustre le tableau IV, la gravité aussi. Sur les 316 cas de chutes rapportés, il y a eu 47 admissions aux urgences pédiatriques, 52 consultations au centre de santé, 39 soins à domicile et tandis que 178 victimes n'ont pas eu besoin de soins.

Tableau V: Classification des chutes selon leur lieu

TYPEDECHUTE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Escaliers	173	54.6
Chaise	32	10.1
Lit	39	12
Balcon, fenêtre	22	7
Table à manger	7	2.3
Des hauteur	34	11
Baignoire	6	2
Vélo	3	1

7.3-Les brûlures:

Les brûlures domestiques ont fait 91 victimes dans notre échantillon. Il s'agissait de 67 garçons et 29 filles âgés de 7 mois à 9 ans avec une moyenne d'âge de 2 ans et 5 mois. L'agent causal était représenté par : les liquides chauds (50 %), suivi des brûlures par flammes (25 %) puis des brûlures par contact avec des objets chauds (25 %). La gravité des brûlures était variable, l'hospitalisation était nécessaire dans 32 cas (dont un pendant une semaine), l'admission aux urgences pédiatriques dans 25 cas, le recours aux soins au centre de santé dans 19 cas et l'application de soins locaux à domicile dans 6 cas. Les 4 victimes restantes n'ont eu besoin d'aucun soin.

7.4-Inhalation et ingestion de corps étrangers:

Parmi les enfants de l'échantillon étudié, 62 cas d'inhalation de corps étrangers ont été rapportés. Les victimes étaient 24 filles et 38 garçons. L'âge de survenue était compris entre 1 an et 12 ans (moyenne d'âge = 5 ans et 8 mois). L'agent causal était le plus souvent un jouet (de petite taille) sauf dans un cas où l'agent était de nature alimentaire (une cacahuète). Une hospitalisation et 45 admissions aux urgences ont été rapportées.

7.5-L'électrification:

L'électrification a concerné 5 enfants dans l'étude. Ils'agit de 2 filles et 3 garçons tous âgés de 3 ans à 6 ans. Dans 4 cas, l'admission aux urgences s'est avérée nécessaire tandis que dans un cas des soins à domicile sont suffi.

7.6 -Les plaies par objet tranchants:

Les plaies par objet tranchants représentaient 8 % des accidents domestiques de l'enquête ; 45 enfants étaient victimes, 32 garçons et 13 filles. L'âge de survenue se situait dans une fourchette allant de 1 an à 11 ans (moyenne = 3 ans et 3 mois).

Leur prise en charge a consisté en 18 admissions aux urgences pédiatriques, 13 consultations au centre de santé et 10 cas de soins à domicile. Quatre enfants n'ont pas eu besoin de soins.

8. LIEU DE SURVENUE DES ACCIDENTS DOMESTIQUES:

Dans notre enquête, 2 lieux arrivaient en tête : la cuisine dans 24% des cas et les escaliers à hauteur de 23,5%, suivis par ordre décroissant du salon, de la chambre, de la salle de bain, du balcon et du jardin.

Tableau VI: Répartition des accidents domestiques selon leur lieu de survenue

LIEU	EFFECTIF	POURCENTAGE
Escaliers	146	26
Cuisine	135	24
Salon	107	19
Chambre	107	19
Salle de bain	33	6
Balcon	22	4
Jardin	9	1.5
Garage	4	0.5

9. NÉCESSITÉ DESOINS APRÈS L'ACCIDENT ET LIEU DE PRISE EN CHARGE:

Parmi les 563 accidents domestiques répertoriés, 293 ont nécessité le recours à des soins soit 52 % des cas.

Le lieu de prise en charge était variable par ordre décroissant : les urgences pédiatriques dans 42 % des cas suivies des soins en centre de santé dans 22,2 %, des soins à domicile dans 18,4 % des cas, 10 % des victimes ont eu besoin d'appeler le centre antipoison, ce qui représente 36 % des enfants victimes d'intoxication aiguë, et le recours à une hospitalisation dans 7,4 % des cas. (Fig.8).

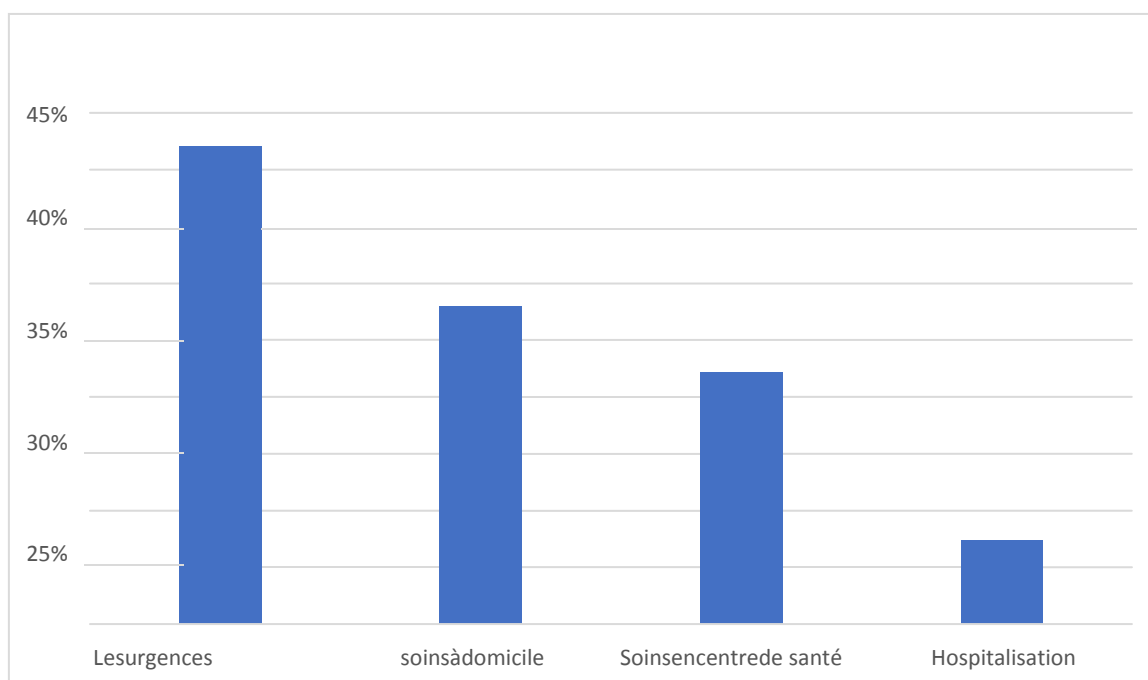


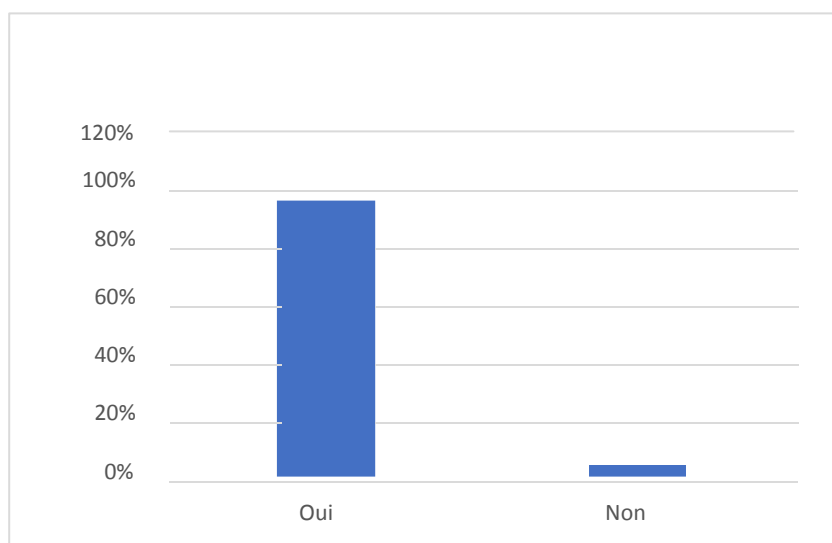
Figure 8: Répartition selon le lieu de prise en charge de l'enfant après l'accident domestique

III. ETAT DES CONNAISSANCES DES PARENTS SUR LES DANGERS DOMESTIQUES:

MESTIQUES:

1. LA NOTION DE DANGER DOMESTIQUE:

À la question: «La maison constitue-t-elle un lieu dangereux pour les enfants?», 446 parents sur 465 ont répondu ou soit 96% de réponses favorable



s.

Figure 9: Répartition des réponses sur la notion du danger domestique selon les parents

2. LA ZONE LA PLUS DANGEREUSE DANS LA MAISON:

Selon 56 % des parents, le lieu le plus dangereux au sein de la maison était la cuisine pour 240 suivies des escaliers pour 125 puis de la douche pour 36, les balcons et fenêtres 28 et enfin le salon pour 11 parents. Seuls 25 parents se sont abstenus de répondre à cette question ne sachant quel lieu choisir.

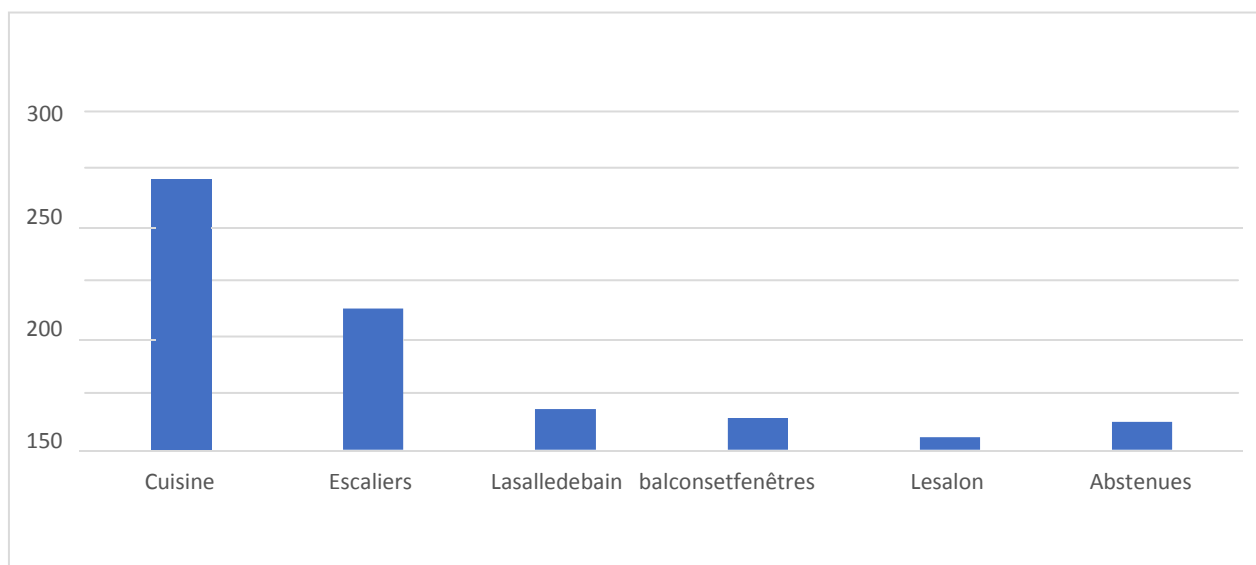


Figure 10: Répartition des lieux les plus dangereux dans la maison selon les parents

3. LES CONSÉQUENCES DRAMATIQUES POSSIBLES D'UN ACCIDENT DOMESTIQUE CHEZ L'

ENFANT:

À la question: «Un accident domestique peut-il avoir des conséquences dramatiques?», les parents ont répondu oui à l'unanimité.

Selon eux, les conséquences des accidents domestiques peuvent être dramatiques et diverses comme illustré dans le tableau VII.

Tableau VII: Classification des conséquences dramatiques possibles des accidents domestiques

REPONSE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Brûlure	135	29
Chute	74	16
Fracture	48	10.3
Traumatisme crânien	45	9.6
Electrisation	37	8
Hospitalisation	34	7.35
Plaie	29	6.25
Intoxication	21	4.6
Asphyxie	17	3.6
Handicap	8	1.6
Noyade	9	1.9
Décès	8	1.8

4. CAUSES DE LA SURVENUE DES ACCIDENTS DOMESTIQUES CHEZ L'ENFANT:

À la question «est-ce que vous pensez que l'enfant est plus exposé?», les parents ont répondu oui à l'unanimité

La question posée était la suivante : «pourquoi l'enfant est-il plus victime des accidents domestiques?» Les réponses étaient variées (tableau VIII), 5 parents s' étaient abstenus de répondre.

Tableau VIII: Classification des causes de la prédominance des accidents chez l'enfant

REPONSE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Inconscient du danger	148	31.8
Curieux, touche à tout	92	19.7
Hyperactif, turbulent	54	11.6
Fragile, vulnérable	60	12.9
Inattentif, maladroit	41	8.9
Jeune âge	36	7.7
Manque d'attention des parents	22	4.7
Désobéissant	7	1.7
Abstention	5	1

5. Les gestes de premiers secours

À la question : est-ce que vous connaissez les gestes de premiers secours ? :

- 41% des parents affirmaient connaître les gestes de premiers secours, 34% de ces parents ont connu ces gestes grâce aux médias, 28% par leurs parents, 16% par les médecins, 10% par des amis, et 10% par d'autres personnes et 2% grâce à l'école.
- La réponse était non chez 59% des parents.

5.1. Possibilité d'éviter la survenue de l'accident domestique chez l'enfant :

Cette question était adressée aux 465 parents ayant rapporté la notion d'accidents domestiques chez leurs enfants. Ils étaient 195 à avoir répondu que l'accident domestique était inévitable soit environ 42% des réponses négatives contre 270 réponses positives.

5.2 MOYENS DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DOMESTIQUES :

Les 270 parents ayant répondu favorablement à la question précédente, ont proposé diverses méthodes de prévention en fonction de leur expérience personnelle comme l'illustre le tableau VI.

Tableau IX: Mesures de prévention proposées par les parents :

REPONSE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Surveillance constante des enfants (Ne jamais les laisser seuls)	130	48
Ranger les produits toxiques dans un placard fermé à clés	40	15
Interdire aux enfants l'accès à la cuisine	32	11.8
Mettre les objets tranchants et inflammables hors de la portée des enfants	26	9.5
Interdire aux enfants l'accès au balcon et aux fenêtres	18	6.8
Mettre en place des protections pour prises de courant	13	4.8
Mettre des barreaux aux lits des enfants	6	2.4
Mettre des barreaux aux fenêtres	5	1.7

IV. Habitudes et attitudes pratiques des parents en

matière de prévention:

1. Lieu de rangement des produits d'entretien:

Les lieux de rangement des produits d'entretien étaient variables comme mentionnés sur le tableau IX:

Tableau IX: Classification des lieux de rangement des produits d'entretien

REPONSE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Placard en haut	277	59.5
Placard en bas	124	26.7
A portée de main	64	13.8

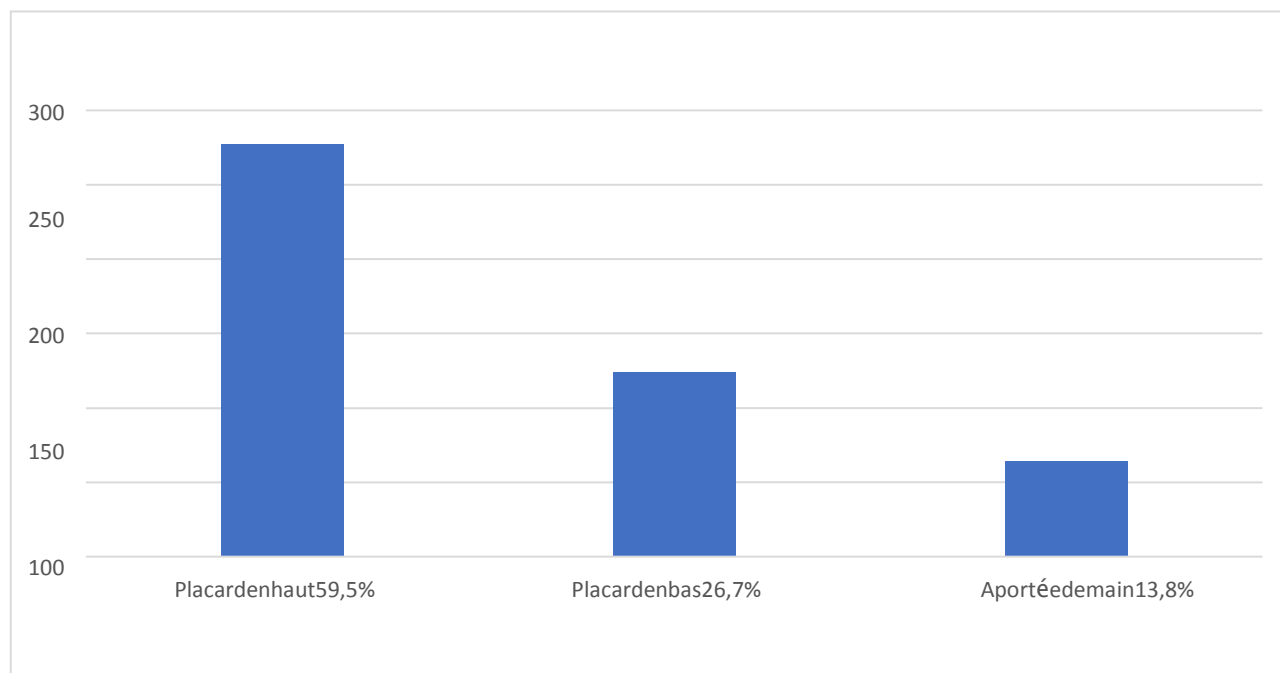


Figure 11 : Répartition des lieux de rangement des produits d'entretien selon les parents

2. Accessibilité des produits d'entretien aux enfants:

A cette question, 345 parents ont déclaré que le lieu de stockage des produits d'entretien n'était pas accessible aux enfants tandis que les 120 autres affirmaient la possibilité d'accès des enfants à ces produits.

3. Utilisation de bouteilles d'eau minérale pour stocker des produits ménagers:

Le stockage des produits ménagers dans des bouteilles d'eau minérale était de l'ordre de 28%.

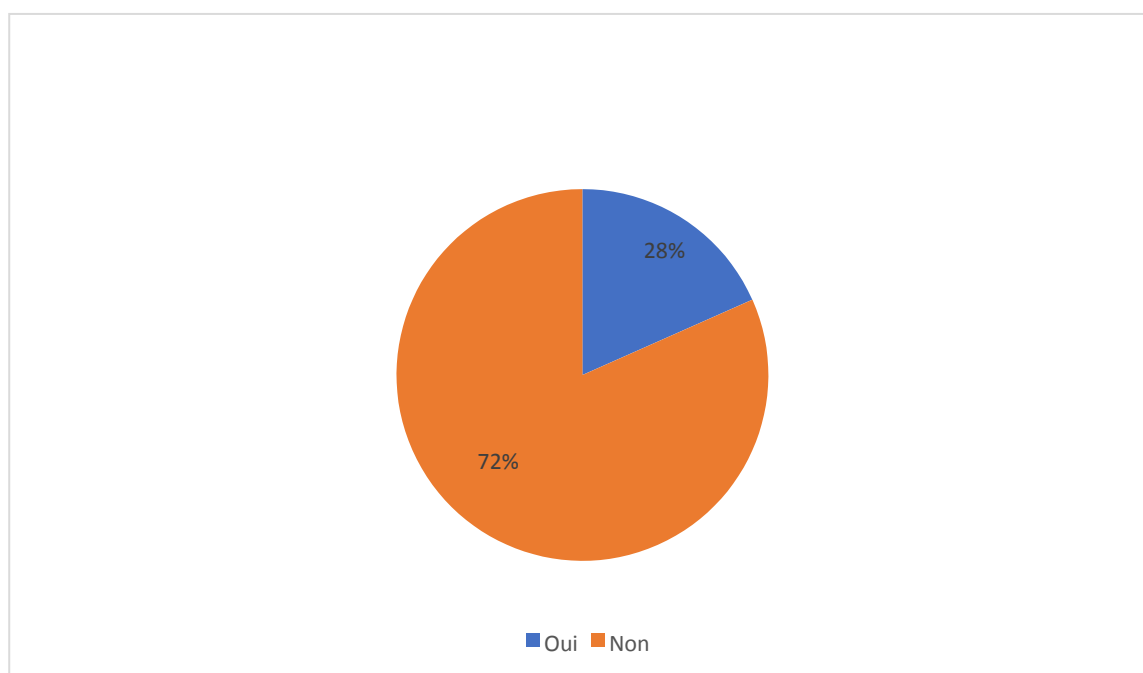


Figure 12: Répartition selon l'utilisation des parents de bouteilles d'eau minérale pour stocker des produits d'entretien.

4. Présence et accès aux médicaments:

Des médicaments en cours d'utilisation étaient présents chez 418 des parents interrogés soit 90 %. Leur lieu de stockage était variable : 245 dans un placard en haut, 117 parents les stockaient dans le réfrigérateur, 77 dans un placard en bas et 26 à portée de main.

Ces lieux étaient accessibles aux enfants dans 37 % des cas, ces lieux étaient fermés à clé dans 63 % des cas.

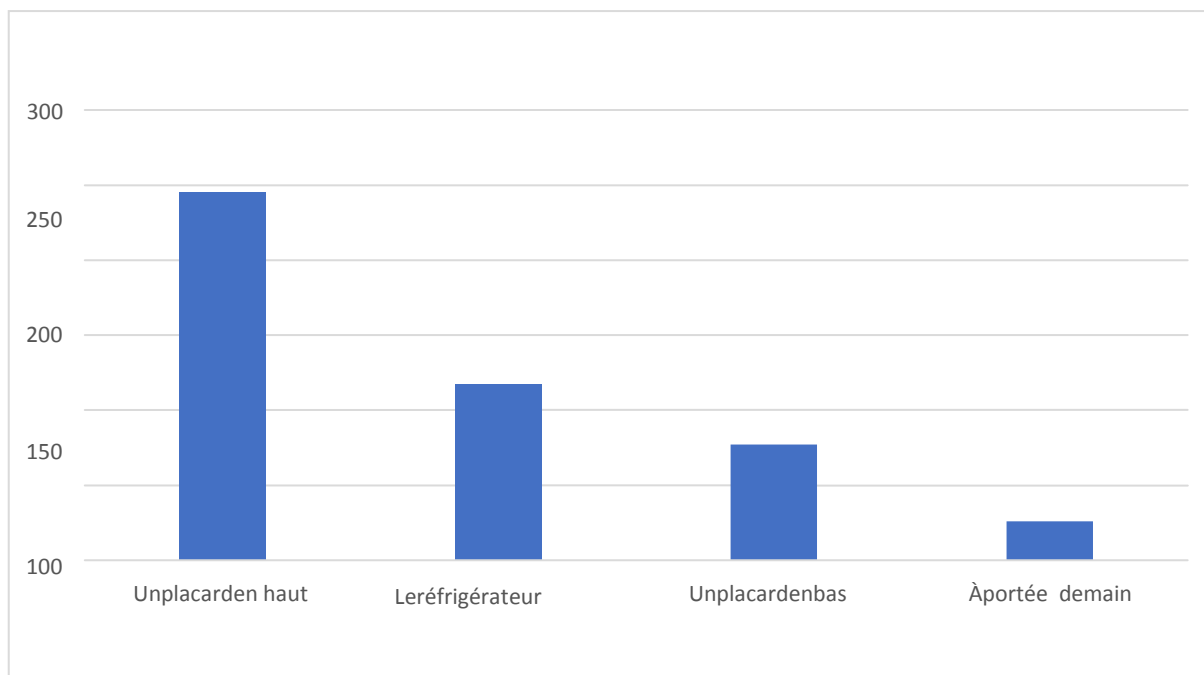


Figure 13: Répartition des lieux de rangement des médicaments selon les parents

5. Chauffage en hiver:

Les sources de chaleur utilisées en hiver pour chauffer la maison étaient:

Le brasero en tête de liste avec 66 % des réponses, le chauffage électrique dans 14 % des cas, la bonbonne de gaz de 3 kg dans 10 % des cas, la cheminée dans 6% des cas et le chauffage mobile dans 4% des cas.

Cette source de chaleur était placée dans 81 % des cas dans le salon, dans 10 % des cas dans la cuisine, dans 6 % des cas dans la chambre à coucher et dans 3 % des cas dans la douche.

6. La cuisine:

À la question : « L'enfant joue-t-il dans la cuisine ? », 73 % des parents ont répondu oui contre 27 % ayant répondu non.

La participation de l'enfant aux tâches ménagères comme éplucher les légumes était de l'ordre de 20 %.

Le lieu de rangement des objets tranchants dans la cuisine comprenait : un placard en haut dans 65 % des cas, un placard en bas dans 30 % des cas, à portée de main dans 5 %.

Pour allumer le feu 96 % des parents enquêtés ont déclaré utiliser un briquet et 4 % utilisaient des allumettes.

7. La douche:

93 % des parents enquêtés, ont déclaré être présents lors de la douche de leurs enfants.

Selon eux, le risque encouru par l'enfant lors du bain était en premier lieu l'anoyade à 43 %, suivies des brûlures à 38 % et la chute à 19 %.

8. Les fenêtres et balcons:

La présence de barreaux aux fenêtres de la maison était l'une des questions posées lors de notre enquête. Les réponses étaient positives dans 79 % des cas contre 21 % négatives.

Parmi ces 79 %, la disposition des barreaux permettait à un enfant de passer au travers dans 7 % des cas.

La présence de balcons dans l'habitation était de l'ordre de 46 % et l'accessibilité des enfants à ces derniers était de 75 %.

9. Les portes

A la question : « avez-vous des protections pour ouverture et fermeture des portes ? »
67% des réponses étaient positives.

10. L'électricité :

L'utilisation de protections pour prises de courant était de 27 %, 21% caches prises et
6% prises spéciales.

11. Les escaliers

A la question: « avez-vous des protections pour
les escaliers » La réponse était Oui dans 46% des cas, non dans 32%
des cas et pas d'escaliers dans 22% des cas.



DISCUSSION



1. Incidences et gravités des accidents domestiques dans le monde

Dans la plupart des pays industrialisés, les accidents domestiques constituent un problème de santé publique. Ils ont mis en place plusieurs systèmes nationaux de surveillance des accidents domestiques. Ces différents systèmes visent à collecter des données sur les accidents domestiques des adultes et des enfants dans des hôpitaux présélectionnés répartis dans tout le pays pour fournir des rapports annuels.

Parmi ces systèmes nous pouvons citer le système EHLASS pour les pays européens (European Home And Leisure Accident Surveillance System), le système HASS & LASS en Angleterre (Home Accident Surveillance System & Leisure Accident Surveillance System) et le système NEISS aux États-Unis et en Australie (National Electronic Inquiry Surveillance System).

A l'heure actuelle, le Maroc ne dispose pas d'un registre dédié à la survenue des accidents domestiques.⁽⁶⁻⁹⁾

En Europe une étude a été portée sur l'incidence et les caractéristiques des blessures subies par les enfants à domicile dans six pays de l'Union européenne, les données des services d'urgence et des patients hospitalisés sur les blessures subies par les enfants âgés de 0 à 18 ans à leur domicile pour les années 2003-2004 ont été extraites de la base de données européennes sur les blessures en Autriche, au Danemark, en France, Pays-Bas, Portugal et Suède. L'incidence de ces blessures subies par les enfants à la maison était de 44,9/1000 habitants⁽¹⁰⁾.

Une étude basée sur des registres dans laquelle les données de mortalité pour 16 pays européens ont été extraites de la base de données en ligne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la mortalité afin de calculer les taux annuels moyens d'accidents non intentionnels chez l'enfant et les regrouper selon leur niveau de développement économique. La majorité de ces pays à économie moyenne ont eu tendance à avoir des taux d'incidence de blessures à domicile plus élevés que les pays à revenu élevé. Les cinq principales causes de blessures, tous pays confondus, étaient l'noyade/submersion, les lésions thermiques, l'empoisonnement, les chutes et les homicides. Ils représentaient tous près de 90 % des

décès dus à des blessures à domicile. Il a été constaté que les blessures domestiques étaient la principale cause de décès par blessure chez les enfants de moins de 5 ans parmi les 16 pays européens étudiés⁽¹¹⁾.

En France, 1,5 à 2 millions d'AcVC ont été rapportés chez les enfants moins de 15 ans chaque année avec recours aux urgences hospitalières. Le lieu de survenue des AcVC chez les enfants était principalement la maison (36 %), suivi par des accidents sur les aires de sport et de jeux (17 % au total) et à l'école (13%)⁽¹²⁾.

En 2006, 266 enfants de moins de 15 ans sont décédés d'un AcVC en France métropolitaine, soit un taux de 2,4 décès pour 100 000⁽¹³⁾. Selon les estimations de 2012, 56 168 enfants de moins de 15 ans étaient victimes d'AcVC, chez les nourrissons de moins de 1 an, 80% des événements sont survenus à domicile⁽¹³⁾.

En Belgique, une étude réalisée au cours d'une période de 12 mois a permis d'enregistrer les incidents domestiques via un réseau comprenant 100 médecins généralistes situés à travers le territoire national. Les données collectées ont permis d'estimer le nombre total de cas examinés par les médecins généralistes à 241 900 par an, soit une incidence de 246 cas pour 10 000 habitants par an⁽¹⁴⁾.

En Espagne, les accidents d'enfants ont augmenté et sont devenus la première cause de mortalité dans une tranche d'âge entre 1 et 14 ans, selon (Instituto Nacional de Consumo) les accidents causent dans ce pays plus de 30 % des décès à ces âges, ce qui signifie qu'environ un million de garçons et de filles meurent chaque année à cause d'un accident⁽¹⁵⁾.

Au Royaume-Uni, 75 enfants de moins de 15 ans sont décédés des suites d'un accident domestique en un an, soit environ 25 % de tous les décès dus à des blessures chez les enfants⁽¹¹⁾.

En Amérique, Entre 1993 et 1999, plus de 39% des consultations pédiatriques aux services d'urgence étaient attribuables à des blessures chez les enfants et les adolescents de moins de 20 ans. La maison était le lieu le plus fréquent de blessures non intentionnelles, représentant 4 millions de visites aux urgences par an. Les enfants de moins de 5 ans ont fait l'objet de 1,

million (43%) de visites pour des blessures en milieu résidentiel chaque année⁽¹⁶⁾.

En Tunisie, dans une étude rétrospective de 231 cas d'accidents domestiques dans l'enfance menée au sein de la division de pédiatrie générale de l'hôpital Hedi Chaker à Sfax sur une période de 5 ans (2008–2012), la prévalence des AD était de 1,37 cas pour 1000 hospitalisations⁽¹³⁾.

Au Mali, la prévalence des accidents domestiques chez les enfants de 0 à 59 mois dans la capitale Bamako était de 11,27%⁽¹⁷⁾.

Au Bénin, en 2007, une enquête menée dans la commune d'Ouidah a révélé une prévalence des accidents domestiques de 66,1%⁽¹⁷⁾.

Au Maroc, une étude portant sur les accidents non intentionnels chez les patients de l'hôpital des enfants de Rabat a été menée sur une période de 4 ans, durant laquelle 1245 patients ont consulté pour ce type d'accidents. Sur ces 1245 patients, 545 dossiers ont été sélectionnés pour l'étude. Le lieu de l'accident a été étudié, et il a été constaté que la majorité des accidents (46,4 %) se sont produits à domicile⁽¹⁸⁾.

Selon notre enquête portant sur 1062 enfants, 501 enfants ont présenté ce type d'accidents, soit 47% des enfants. Aucun décès n'a été rapporté lié à un accident domestique.

1.1 Épidémiologie des accidents domestiques

1.1-1 L'âge des survenues des accidents domestiques

Dans notre étude, l'âge moyen des survenues des accidents domestiques était de 5 ans 6 mois.

En effet, cette tranche d'âge apparaît comme la plus exposée à la survenue des accidents domestiques. Ceci peut être expliqué par les particularités de l'enfant âgé de moins de 5 ans qui est en plein développement psychomoteur, est en phase de découverte de son environnement, d'acquisition et de conquête de son autonomie, d'exploration et de quête d'expériences nouvelles.

Nos données comparées aux données de littératures sont exposées dans le tableau X

Étude	Lieu d'étude	Population AD	Durée	Extrémité des âges	Âge moyen
-------	--------------	---------------	-------	--------------------	-----------

I N.MEKAOUI(18)	Rabat(Maroc)	500	3 Mois	5 mois à 18ans	4ans
a Maalouletal(13)	SFAX (Tunisie)	231	5ans	1jourà14ans	2ans
b A.S.Mohamed(19)	Dakar(Sénégal)	103	1an	-	4,2ans
I N.ABOUSSAD(21)	Marrakech (Maroc)	112	2 Mois	6moisà 12ans	3ans
e N.Bhuvaneswari(21)	Inde	622	3 Mois	5à 10ans	6ans
a Notreétude	Marrakech	501	5 ans et 6 Mois	6moisà 12ans	5ans

X: comparaison de l'âge moyen des survenues des accidents domestiques selon la littérature.

Lorsqu'on examine les données provenant d'une étude menée en Inde, il apparaît que les accidents domestiques ont touché principalement les enfants âgés de 5 à 10 ans en Inde, bien que l'âge moyen des accidents domestiques soit de 6 ans en Inde(21).

Nos résultats se rapprochent de l'étude menée en Inde et Rabat mais sont différents de l'étude menée à Marrakech où l'âge moyen était moindre. Cela pourrait être expliqué par la taille de l'échantillon et le recrutement de patients de la consultation et non du service des urgences.

Selon l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante menée en France 2002-2003, plus de 3 accidents domestiques sur 4 ont eu lieu avant l'âge de 2 ans⁽¹²⁾.

Il existe cependant des différences entre les pays. Elle peut être due à différents facteurs, tels que les différences géographiques, culturelles et économiques entre les régions.

La comparaison des données d'études menées dans des contextes géographiques différents peut apporter une contribution importante à la compréhension des causes des accidents domestiques chez les enfants et à la mise en place de stratégies efficaces pour les prévenir.

Les résultats de ces études peuvent être utilisés pour convaincre les autorités à élaborer des stratégies de prévention et de sensibilisations.

1.1-2 Les sexes des enfants victimes d'accidents domestiques

Les études convergent vers une nette prédominance masculine dans la survenue des accidents domestiques.

L'étude menée dans 5 hôpitaux de 4 centres urbains canadiens a révélé que 60% des victimes d'accidents domestiques étaient des garçons⁽²²⁾. Ce taux est proche de notre étude qui a montré que 68% des victimes d'accidents domestiques étaient des garçons.

Il convient de noter que plusieurs études menées dans diverses régions, telles que celles menées au Service de Pédiatrie de l'Hôpital Hédi Chaker de Sfax en Tunisie, à Dakar au Sénégal, l'enquête sur les accidents domestiques à Marrakech, et celle menée en Inde, ont toutes rapporté une prédominance également masculine^(13, 19-21).

1.1-3 Les types des accidents domestiques

a) Les chutes

Les chutes à domicile peuvent survenir chez l'enfant par plusieurs mécanismes: chute du lit ou d'un berceau (pour les nourrissons), chute des bras d'un parent, chute des escaliers, d'une fenêtre ou plus simplement de la propre hauteur de l'enfant. Elle représente l'une des causes les plus fréquentes des accidents domestiques chez l'enfant et dont la gravité est variable.

Plusieurs études aux États-Unis ont révélé que les chutes pédiatriques non intentionnelles sont la principale cause de visites aux urgences pour les blessures chez les enfants de moins de 5 ans.

de 5 ans, et sont considérés comme le facteur important de blessures chez les enfants⁽²³⁾.

Dans une autre étude réalisée à l'hôpital Aga Khan de Karachi, au Pakistan, il a été déterminé que les chutes étaient le type de blessure involontaire le plus courant chez les enfants dans les foyers. En effet, le taux de chutes avait atteint 59%⁽²⁴⁾.

Dans notre étude, les chutes étaient la première cause d'accident domestique, représentant 56% des cas. Ces résultats sont cohérents avec les données trouvées dans d'autres études similaires⁽²⁵⁻²⁷⁾.

b) Les blessures par objet tranchants

Les blessures par objet tranchants peuvent entraîner des lésions de gravité variable.

En Inde par Sachin Singh Yadav et al. rapportent que les blessures causées par des objets tranchants étaient la deuxième cause d'accidents domestiques chez les enfants avec un taux de 14%⁽²⁵⁾.

Ces résultats sont en accord avec les résultats de notre enquête où nous avons constaté que les blessures causées par des objets tranchants représentaient 8% des accidents domestiques.

Les blessures par objet tranchants peuvent être fréquentes chez les enfants en raison de leur curiosité naturelle et de leur manque de compréhension des dangers potentiels. Les objets tranchants peuvent inclure des couteaux, des tondeuses à cheveux, des ciseaux et d'autres objets ménagers couramment utilisés dans la cuisine ou le salon. Les enfants peuvent facilement accéder à ces objets s'ils ne sont pas correctement rangés ou protégés.

De plus, les enfants peuvent les considérer comme des outils de jeu ou d'exploration sans se rendre compte des risques potentiels. Les parents et les gardiens doivent donc être conscients de ces risques et prendre des mesures pour protéger les enfants, comme ranger les objets tranchants dans des tiroirs verrouillés ou les ranger hors de portée des enfants.

c) Les brûlures

Une étude transversale a été menée auprès de 250 mères fréquentant les cliniques pour bébés dans les centres des soins de santé primaires de la ville de Buraidah en Arabie saoudite.

Les résultats ont montré que les

brûlures étaient l'une des blessures les plus courantes à la maison, avec un taux de 11%⁽²⁸⁾.

Notre étude a également montré que les brûlures étaient une cause fréquente d'accidents domestiques chez les enfants, avec un taux de 16%.

Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des mesures de prévention des accidents domestiques pour minimiser les risques de brûlures et d'autres blessures pour les enfants.

Des initiatives telles que la sensibilisation spécifique aux risques de brûlures, la formation des parents et la mise en place de normes de sécurité pour les appareils ménagers pourraient aider à réduire les taux d'accidents domestiques liés aux brûlures. De plus, les centres de soins de santé pourraient jouer un rôle clé en fournissant des conseils et des orientations aux parents sur la manière de gérer les risques de brûlures dans leur domicile.

Les accidents de brûlure sont fréquents chez les enfants en raison de leur immaturité, les enfants peuvent être attirés par les sources de chaleur telles que les plaques de cuisson, les fours et les poêles, sans comprendre les dangers associés. De plus, leur peau est plus fine et plus sensible que celle des adultes, ce qui les rend plus vulnérables aux brûlures. Les enfants peuvent également renverser des liquides chauds sur eux-mêmes ou toucher des surfaces chaudes sans s'en rendre compte.

d) Ingestion de corps étranger (ICE)

Dans notre étude nous avons constaté que l'ingestion de corps étranger ne représentait relativement qu'une faible partie des cas, soit 4%. Cependant, les résultats de l'étude prospective sur les accidents domestiques de l'enfant à Brazzaville, Congo, ont révélé une situation différente, où les ingestions étaient la cause dominante des accidents domestiques, représentant 56,1% des cas⁽²⁹⁾.

Une étude a été réalisée à l'Hôpital d'Enfants de Rabat pour évaluer l'impact du confinement de la pandémie du Covid-19 sur les blessures à domicile des enfants. Cette étude a porté sur une période de cinq mois, du 20 janvier 2020 au 12 juin 2020, et a concerné tous les enfants âgés de 0 à 18 ans qui ont été admis aux urgences pédiatriques. Au total, 13 616 patients ont été

admis, parmi lesquels 296 enfants ont été hospitalisés pour des blessures à domicile. Avant le confinement, ces admissions représentaient 1,5% du total, mais pendant le confinement, ce chiffre a augmenté à 4,3%. La cause la plus fréquente était l'ingestion de corps étrangers, avec un pourcentage de 33,2%⁽³⁰⁾.

La différence entre les résultats de notre étude et ceux de l'hôpital d'enfants à Rabat peut être expliquée par la différence de méthodologie utilisée dans les deux études. En effet, l'étude menée à l'hôpital de Rabat a inclus tous les enfants âgés de 0 à 18 ans qui ont été admis aux urgences pédiatriques, tandis que notre étude a été menée à partir d'un questionnaire administré auprès de 500 parents choisis au hasard après leur consentement. Il convient également de noter que les deux études ont été menées à des périodes différentes, l'étude de l'hôpital ayant été réalisée en 2020 pendant la pandémie de Covid, tandis que notre étude a été menée en 2023. De plus, la taille de l'échantillon diffère considérablement, l'étude de l'hôpital de Rabat ayant été menée sur un échantillon de 13 616 enfants, tandis que notre étude a été menée sur un échantillon de seulement 500 parents.

Selon une étude rétrospective sur une durée de 5 ans (Octobre 2014–Décembre 2019) menée au service des Urgences Pédiatriques du CHU Mohammed VI de Marrakech et portant sur l'ingestion de corps étrangers, une série de 289 cas a été colligée.⁽⁶⁾

e) Inhalation de corps étranger (IhCE)

L'inhalation de CE laryngo-trachéo-bronchiques est un problème universel, constituant une cause importante de morbidité et de mortalité infantiles⁽³¹⁾.

En effet, elle peut entraîner une asphyxie et le décès du fait des particularités anatomiques des voies respiratoires hautes de l'enfant. Sur le moyen à long terme, elle peut être responsable de bronchopneumopathies à répétitions voire de la destruction du parenchyme pulmonaire.

Selon une étude rétrospective menée au service des Urgences Pédiatriques du CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une durée de 6 ans (Février 2014–Décembre 2019) portant sur l'inhalation de corps étrangers une série de 171 cas a été colligée⁽³²⁾.

En Allemagne, environ 1 400 cas d'inhalations survenaient chaque année⁽³³⁾.

Son incidence est très élevée en Chine également⁽³⁴⁾.

Aux Etats-Unis, l'inhalation de CE chez l'enfant est estimée à 29.9/100 000. Sa gravité est alarmante : l'inhalation de CE représentait la quatrième cause de décès par accident chez l'enfant et était responsable de 160 décès en une année⁽³⁵⁾.

Au Maroc, selon une étude menée à Rabat 524 cas d'inhalation de CE sont recensés dans le service de réanimation pédiatrique polyvalente de l'hôpital d'enfants de Rabat entre janvier 2005 et décembre 2010⁽³⁶⁾.

f) Les intoxications médicamenteuses (IM)

Du fait de leur fréquence et de leur danger potentiel les intoxications médicamenteuses chez l'enfant ont fait l'objet de nombreuses publications nationales et internationales.

Les résultats de l'étude menée à l'Hôpital d'Enfants de Rabat en 2014 ont montré que les intoxications médicamenteuses représentaient 10,8% des accidents domestiques chez les enfants⁽²⁾. Notre enquête a trouvé un taux de 1%.

Les données de la littérature montrent que les intoxications médicamenteuses représentent une proportion importante des accidents domestiques chez les enfants.

Selon une étude menée aux Etats-Unis, le taux de mortalité des enfants par empoisonnement a été réduit de moitié depuis la fin des années 1970.

Cependant, le pourcentage de tous les décès d'enfants par empoisonnement attribuables à des médicaments a presque doublé, passant de 36% à 64%⁽³⁷⁾.

Il est possible que les intoxications médicamenteuses chez les enfants soient plus fréquentes en raison de leur curiosité naturelle et de leur manque de compréhension des dangers potentiels des médicaments.

Ces résultats montrent que les intoxications médicamenteuses sont un problème sérieux pour la santé et la sécurité des enfants. Il est important de sensibiliser les parents et les

enfants aux dangers potentiels des médicaments à la maison et de veiller à ce qu'ils soient stockés en

toute sécurité et hors de la portée des enfants. De plus, il est crucial que les parents connaissent les symptômes d'une intoxication médicamenteuse et sachent quoi faire en cas d'urgence.

Ces données sont importantes car elles mettent en lumière la fréquence des accidents domestiques chez les enfants. Les intoxications médicamenteuses peuvent être graves et potentiellement mortelles, il est donc important de prendre des mesures pour les prévenir.

g) Les intoxications accidentelles (produits ménagers et diluant)

Lors de notre étude sur les accidents domestiques chez les enfants, nous avons constaté que les intoxications accidentelles n'ont représenté que 4% des accidents. Cela contraste avec les résultats d'une étude publiée en Tunisie en 2019⁽¹³⁾.

Les intoxications aux produits d'entretien ménagers sont dues à l'accessibilité de ces produits aux enfants.

Les produits d'entretien sont souvent placés dans des rangements en dessous de l'évier donc accessibles à l'enfant et sont transvasés dans des bouteilles d'eau minérale ou de limonade qui prêtent à confusion.

Les intoxications accidentelles peuvent représenter un risque majeur pour les enfants dans leur environnement domestique.

Une étude sur les conséquences à long terme de ces intoxications accidentelles sur la santé des enfants serait également pertinente, car cela permettrait d'évaluer l'impact de ces accidents sur la santé mentale et physique des enfants, ainsi que sur leur qualité de vie future.

h) Électrisation

Une étude menée dans 4 hôpitaux de niveau tertiaire de Bujumbura en 2017 au Burundi a montré que l'électrisation était responsable de 0,1% des accidents domestiques chez les enfants. Dans notre étude, nous avons constaté des résultats différents, avec un pourcentage de 1% d'électrisation⁽³⁸⁾.

L'électrisation peut entraîner des blessures graves et potentiellement mortelles, il est donc important de prendre des mesures pour la prévenir.

Les causes de survenue de l'électrisation dans notre contexte pourraient être expliquées

par un manque de connaissances et de sensibilisation à la sécurité électrique, à l'accès facile aux sources d'électricité, ou à un manque de précautions prises par les parents ou les personnes chargées de la surveillance des enfants.

1.1-4 Évolution et prise en charge

a) Recours à un professionnel de santé

Les accidents domestiques peuvent avoir des conséquences graves sur la santé et le bien-être des enfants. Il est donc important de garantir une prise en charge rapide et adéquate en cas d'accident. Une étude menée en Algérie a révélé que seulement 21,8% des accidents domestiques chez les enfants ont entraîné une sollicitation immédiate des professionnels de la santé, ce qui est préoccupant.

Malheureusement, dans 20,1% des cas, aucune action n'a été entreprise pour gérer l'accident⁽³⁹⁾.

Dans notre étude, nous avons constaté que 64,2% des victimes d'accidents domestiques ont consulté un professionnel de santé pour leur prise en charge. Cependant, il est inquiétant de constater que 18,4% des victimes n'ont pas consulté de professionnel de santé.

Ces résultats montrent que la prise en charge des accidents domestiques chez les enfants varie considérablement selon les régions et les contextes. Il est donc important de continuer à sensibiliser les parents et les soignants à l'importance de solliciter immédiatement les professionnels de santé en cas d'accident domestique, et de fournir un accès adéquat aux soins médicaux pour les victimes d'accidents. Les efforts visant à améliorer les pratiques de prise en charge des accidents domestiques chez les enfants doivent être poursuivis pour garantir la santé et le bien-être des enfants.

b) Le recours au Centre Antipoison

En 2003, plus de 1,5 million d'expositions au poison ont été signalées pour les personnes âgées de 19 ans et moins aux centres antipoison aux États-Unis. La majorité des cas signalés concerne les enfants de moins de 4 ans, représentant 46% des cas⁽⁴⁰⁾.

Dans notre étude, 35,9% des enfants victimes d'intoxication aiguë ont eu recours à appeler

le centre antipoison.

Les données collectées par les centres antipoison sont utilisées pour identifier les dangers des produits et protéger la population en utilisant des méthodes telles que le réemballage, la reformulation, le réétiquetage et l'interdiction. La soumission en temps quasi réel des données des centres antipoison à l'échelle nationale permet une surveillance continue des données, générant des alertes en cas de valeurs anormales, suggérant un possible incident chimique ou bioterroriste, un problème de santé publique en émergence, une nouvelle forme d'abus de substances, un risque de produit non reconnu ou une contamination alimentaire ou eau.

Au Maroc, le centre antipoison est joignable 24h / 24h et 7j sur 7j. Le numéro du CAP : 0801000180

c) Le recours à une hospitalisation

Les résultats d'une étude sur les enfants ayant subi des blessures involontaires à domicile et ayant nécessité de se présenter à l'hôpital dans cinq sites sélectionnés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (Bangladesh, Colombie, Égypte, Malaisie et Pakistan) sont préoccupants, ainsi les taux d'hospitalisation des enfants blessés sont élevés, atteignant 24 % (41). Dans notre étude ce taux était de 7.4 %, qui reste également un taux élevé.

Selon une étude sur l'épidémiologie des blessures subies par les enfants de moins de cinq ans à la maison en Nouvelle-Zélande, le taux d'hospitalisation des enfants âgés de 0 à 4 ans à la suite d'une blessure subie à la maison était de 737 pour 100 000 habitants par an (27).

Cette différence importante pourrait s'expliquer par les caractéristiques des échantillons de patients dans les deux études. Cependant, il est important de souligner que le taux d'hospitalisation élevé est une source de préoccupation, car il indique que de nombreux enfants souffrent de blessures graves.

Il est donc essentiel d'améliorer la prévention des blessures chez les enfants pour éviter les hospitalisations inutiles. Des campagnes de sensibilisation et d'éducation à la sécurité à domicile, ainsi que des programmes de formation pour les soignants, pourraient être efficaces pour réduire le nombre de blessures chez les enfants et par conséquent le taux d'hospitalisation.

Les gouvernements et les organisations de santé devraient également fournir un accès à des soins de santé de qualité pour les enfants blessés afin de réduire les coûts pour les familles et éviter les complications potentielles des blessures.

Enfin, des recherches supplémentaires devraient être menées pour mieux comprendre les facteurs qui contribuent aux taux élevés d'hospitalisation des enfants blessés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, afin de développer des solutions efficaces pour améliorer la sécurité et la santé des enfants dans ces régions.

2. Facteurs de risque des accidents domestiques chez l'enfant:

Les accidents domestiques frappent plus particulièrement les jeunes enfants en raison d'un certain nombre de facteurs favorisants. Il s'agit tout d'abord de caractéristiques propres à chaque enfant dits facteurs endogènes tels que son développement psychomoteur progressif, ses capacités physiques et sa croissance; puis de caractéristiques liées à son environnement matériel, humain et social dits facteurs exogènes⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

2.1 Facteurs liés à l'enfant ou facteurs endogènes:

L'enfant doit évoluer dans un monde conçu dans sa globalité pour et par des adultes. Cependant son développement physiologique ne le lui permet pas de faire face aux différentes situations à risque de la vie courante comme pourrait le faire un adulte. L'enfant est pourvu de caractéristiques propres quant à son développement physique, psychomoteur et affectif qu'il convient de connaître et de faire connaître afin de lui garantir une meilleure sécurité domestique^(45,46).

2.1-1 Le développement physique:

L'enfant, au cours de son développement, est sujet à des périodes de forte croissance durant lesquelles il est particulièrement instable et maladroit. Ils'agit essentiellement des premières années de vie et du pic de croissance pré-pubertaire.

La croissance de l'enfant entraîne chez ce dernier des modifications morphologiques et des proportions des différentes parties du corps responsables d'instabilité motrice et de troubles de l'équilibre.

Chez le nouveau-né par exemple, la tête représente à la naissance près du quart de la hauteur corporelle. Cette proportion tend à se réduire au cours de la croissance pour ne représenter que le huitième à la fin de l'adolescence. Ceci est responsable d'une variation non négligeable du centre de gravité de l'enfant : initialement haut situé chez l'enfant en bas-âge, il tend à s'abaisser au cours de la croissance du fait de la diminution du volume de la tête. Tout se corrige progressivement par le développement du segment inférieur.

Le rapport entre les longueurs sommet du crâne-pubis/pubis-talon est de 1,7 à la naissance, de 1,5 à 1 an, de 1,2 à 5 ans et de 1 à 10 ans. Le centre de gravité ne se stabilise qu'à la fin de la puberté ce qui explique la fréquence des chutes chez l'enfant, la coordination imparfaite des mouvements et la fréquence des lésions à la tête.

Les autres caractéristiques physiologiques importantes à connaître chez l'enfant sont : sa petite taille qui le rend vulnérable et l'expose à des risques dans un environnement adapté aux adultes; sa faible force musculaire mais surtout son immaturité sensorielle.

L'immaturité sensorielle de l'enfant est un fait avéré surtout avant l'âge de 7 ans. Elle est essentiellement visuelle et caractérisée par un champ visuel étroit correspondant à la moitié de celui d'un adulte. Ce retard de développement de la vision constitue un véritable handicap pour l'enfant. Il ne peut évaluer correctement la vitesse des objets (une voiture, un motopar

exemple) ; sa perception des distances est erronée (perception d'un objet plus loin qu'il ne l'est réellement); la provenance des sons ne peut être déterminée avec précision.

À partir de l'âge de 7 ans, les mouvements de l'enfant sont plus rapides et mieux coordonnés. Sa force musculaire se développe et son esprit de compétition aussi : il aime se mesurer aux autres enfants durant le jeu.

Sa croissance physique est importante et les signes de la prépuberté de plus en plus précoces (allongement des membres et du nez, déraillement de la voix chez les garçons, développement des seins chez les filles) avec apparition des premiers complexes.

L'existence d'un handicap physique (myopathie, neuropathie ou autres), sensoriel (baisse de l'acuité visuelle, vertige, trouble de la sensibilité...) ou psychiques (schizophrénie, trouble bipolaire, accès psychotique) augmente le risque de survenue des accidents domestiques. (45)

2.1-2 Le développement psychomoteur:

Le développement psychomoteur de l'enfant est un processus continu évoluant par étapes successives dont la durée est variable en fonction des individus. À chaque étape, l'enfant présente de nouvelles acquisitions psychomotrices qui l'exposent à de nouveaux risques inattendus (47-50)

FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT OU FACTEURS EXOGÈNES:

2.1-3 L'environnement matériel:

La maison a toujours représenté un lieu de tranquillité, de sécurité, un refuge contre les agressions du monde extérieur mais le fait est qu'elle peut être la source de bien des maux. L'environnement matériel de l'enfant constitue un facteur de risque déterminant dans la survenue des accidents domestiques ; il correspond à un monde conçu pour et par des adultes. Près de 90% des accidents chez l'enfant surviennent à domicile (45, 52).

De nombreuses études s'accordent à dire que le lieu de prédilection des accidents domestiques de l'enfant est la cuisine, viennent ensuite par ordre décroissant : le jardin, la salle de bain, la chambre à coucher et la salle de séjour (45, 53, 54).

Dans notre enquête, deux lieux arrivent en tête: la cuisine dans 51% des cas et les escaliers à hauteur de 26%, suivi par ordre décroissant du salon, de la chambre, de la salle de bain, du balcon et fenêtre et du jardin. Mais le lieu de survenue varie en fonction de l'âge de l'enfant. En effet, avant l'âge d'un an, les accidents surviennent principalement dans la cuisine, la chambre et la salle de bain. De 1 à 4 ans, la cuisine, la salle de séjour et les escaliers sont les lieux où prédomine le danger. L'âge augmentant, ces accidents se déroulent plutôt à l'extérieur de la maison dans la cour ou le jardin.

Dans les pays développés tout comme dans les pays en voie de développement, l'habitat s'est modifié au fil des années. En ville, les nouvelles constructions dites modernes sont exigües constituées d'immeubles communautaires sans terrain de jeu; quant aux constructions anciennes, elles sont vétustes et rarement rénovées. A la campagne, la présence de points d'eau non ou mal protégés, de machines agricoles, de produits agro-chimiques sont autant de menaces pour un jeune enfant en quête de découverte. Cependant des lois, décrets et circulaires ont permis de réglementer beaucoup d'aspects de l'habitat tels que la hauteur des fenêtres par rapport au sol, l'écartement des barreaux des balcons, les lits, les barrières pour les escaliers, les placards munis de systèmes de fermeture pour le stockage des médicaments et des produits dangereux, les installations électriques (52, 55, 58, 57).

Dans notre enquête, Le lieu de rangement des produits d'entretien était dans placard en haut 59.5%, Placard en bas 26.7%, et à portée de main 13.8%. Nous avons constaté que 8% des accidents domestiques survenaient chez les parents qui rangeaient des produits d'entretien en bas et à portée de main.

Le niveau socioéconomique s'avère être déterminant puisque qu'il conditionne l'environnement matériel. Il a une influence importante sur la santé de l'enfant, sa sécurité et son développement. Il est en corrélation étroite avec le niveau d'étude des parents, leur profession, le nombre d'enfants dans la fratrie et le nombre de personnes à charges. Plusieurs études ont montré que plus le niveau socio-économique est élevé, meilleur est le développement de l'enfant (20, 42, 52, 58, 59).

De plus, un enfant vivant dans un milieu défavorisé est beaucoup plus sujet au danger domestique qu'un autre d'un milieu aisé. Ceci est dû tant aux conditions matérielles proprement dites qu'aux perturbations psychologiques qui en résultent.

L'influence de cet entourage matériel dans la survenue d'un accident domestique est basée sur 5 critères avec par ordre d'importance décroissant⁽¹⁾:

- La structure du milieu domestique et mobilier (30%)
- Le contenu et équipement de la maison (30%)
- L'agencement extérieur du domicile (25%)
- La présence d'animaux domestiques (6.5%)
- Diverses causes (8.5%).

Chaque environnement comporte ses propres risques mais partout la précarité, le surpeuplement, la présence d'appareils et de produits dangereux constituent des facteurs favorisants communs quelque soit le type d'habitat^(52,60).

A la lumière de ces différents facteurs, le bas niveau socio-économique, l'ignorance et l'environnement matériel inadéquat augmentent largement le risque de survenue d'accident.

Dans notre enquête, concernant le niveau socio-économique des parents interrogés seuls 6% des parents estimaient avoir un niveau socio-économique haut. 42% des familles concernées par l'étude résidaient en zone urbaine et 58% vivaient en zone rurale. Le type d'habitation était variable : 20 % habitaient dans un appartement et 62 % dans une maison, et 18% en chambre. Nous avons constaté qu'en niveau d'étude est en corrélation avec la survenue des accidents domestiques ; 14% des accidents domestiques survenaient chez des parents analphabètes.

2.1-4 L'environnement humain:

Au cours de sa première année de vie, l'enfant est totalement tributaire de son entourage; il risque l'accident par maladresse, incompétence ou agressivité des personnes qui l'entourent.

Dès l'âge des déplacements autonomes, il s'expose lui-même à un certain nombre de dangers qu'il ignore et dont il faut le protéger. L'environnement humain, le milieu familial et social ont donc une influence capitale sur la survenue d'accidents domestiques^(52,60).

Il a été démontré que certains facteurs favorisent la survenue de l'accident, dans la mesure où ces derniers peuvent être générateurs de stress, d'instabilité ou d'insécurité aussi bien chez les parents que chez l'enfant⁽⁵⁵⁻⁶⁰⁾. En voici une liste non exhaustive:

- Le bas niveau d'étude des parents : notre enquête a le lien de causalité entre le niveau d'étude des parents et la survenue d'accidents domestiques chez l'enfant.
- Les difficultés de qualification professionnelle des parents.
- Les familles dissociées, monoparentales sont responsables d'une perte de repères chez l'enfant. **Dans notre enquête** 8% des parents étaient soit veufs soit divorcés. 5% des accidents domestiques survenaient chez les familles dissociées, monoparentales, ou chez des veufs. Nous avons constaté que l'état civil des parents était en corrélation avec la survenue des accidents domestiques
- Les difficultés socio-économiques (chômage, précarité...)
- Le jeune âge de la mère
- Les antécédents psychiatriques de la mère
- Les facteurs culturels (éducation, migration récente, difficultés de repérage dans le monde moderne, problèmes linguistiques ne permettant pas la lecture des notices...)
- Les familles nombreuses: l'enfant est moins en sécurité dans une famille nombreuse ou monoparentale. Le parent est submergé par les tâches ménagères comme retrouvé dans notre enquête. **En effet dans notre échantillon**, le nombre d'enfant par famille était variable, il

peut aller d'un enfant unique jusqu'à 9 enfants avec une moyenne de 3.08 enfants par femme. Le nombre total d'enfants concernés par cette enquête était de 1062 enfants. Plus il y a d'enfants dans la fratrie, plus la fréquence des accidents domestiques augmentait.

Les différentes enquêtes épidémiologiques (45, 49, 59-61) montrent que les jeunes accidentés, spécialement les récidivistes ont des mères travaillant souvent à l'extérieur, malades ou déprimées, surchargées de travail ; des pères souvent absents, qui ne s'occupent guère de leurs enfants. Il a été prouvé qu'une mère surveille mieux son enfant qu'un père ; qu'un parent est plus attentif quand il est seul que lorsque le père et la mère sont présents ensemble et que la vigilance diminue encore lorsqu'il y a beaucoup de monde (réunion familiale, fête...).

2.1-5 Connaissances et attitudes parentales:

De nombreux facteurs de risque se rapportant à l'adulte entrent en ligne de compte : la connaissance du développement psychomoteur de l'enfant et de ses capacités physiques, le niveau d'étude des parents, l'éducation reçue, les facteurs socio-culturels (croyances...), la méconnaissance des règles de sécurité, le non-respect des normes de sécurité ainsi que les conduites et habitudes à risques (49, 53, 59, 61-63).

Le niveau d'étude est lui aussi très important. Des études internationales avaient montré le lien existant entre un faible niveau d'étude des parents et le risque domestique accru (13, 58-60, 69).

L'attitude pédagogique des parents face aux enfants était intéressante et importante à analyser. Elle découlait directement de l'éducation qu'ils avaient reçue de leurs propres parents (soit ils y adhéraient soit s'y opposaient). Que les parents aient été trop laxistes ou trop rigides, le risque accidentel augmentait. Laisser une totale liberté à l'enfant n'a jamais été une méthode d'éducation probante. L'enfant n'avait plus aucune limite et se retrouvait sans repère face au danger ni notion de risque. Il devenait alors victime d'accidents qui auraient pu être évités par de simples interdictions.

À l'opposé, une attitude trop rigide serait un obstacle à son épanouissement et au développement de sa personnalité (49, 59, 60).

En parallèle de la stratégie pédagogique adoptée, la connaissance des règles de sécurité contribue à l'élimination du risque domestique ou du moins à sa réduction. Les conduites et habitudes parentales conditionnent donc la survenue des accidents domestiques chez l'enfant, surtout lorsqu'elles sont à risque.

En France, une enquête effectuée en 1992 à la demande du secrétariat d'État à la consommation pour le CFES (Comité français d'éducation pour la santé) a permis de déterminer

4 catégories de parents selon : leur niveau de connaissances des accidents de l'enfant, leur comportement face aux risques et les mesures de prévention mises en place (63). On trouve en tête les parents dits « surprotecteurs » (33 % des familles) sensibles aux facteurs de risque et à la prévention, suivis des « aménageurs » qui ont une connaissance et une utilisation des méthodes de prévention plutôt moyenne; viennent ensuite les « fatalistes » (17 %) ayant une faible conscience du risque domestique et croyant peu à la prévention; et enfin les « éducateurs » (15 %) dotés d'une perception aiguë des risques et d'une volonté de responsabiliser les enfants précocement (70).

L'adulte, et plus particulièrement le parent, joue donc un rôle primordial dans l'éducation de l'enfant au risque domestique.

3. Impacts sur le système de santé:

Chaque année, les accidents domestiques sont responsables de millions de victimes.

L'ampleur et l'importance des conséquences économiques et sociales des accidents domestiques contrastent avec le peu de ressources consacrées à leur prévention directe et justifient ainsi la nécessité d'un programme de prévention efficace et adapté.

À l'étranger, des travaux plus nombreux ont montré que les dépenses liées aux accidents de la vie courante représentent jusqu'à 10 % des dépenses totales de santé et sont responsables de 12 % des arrêts de travail (71)

En France par exemple, le coût annuel des accidents domestiques de l'enfant s'élève à 2 milliards de francs français (59,60). Une étude réalisée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) au cours de l'année 1997 a évalué le coût des accidents de la vie courante entre 100 et 500 euros par accident et par an (coûts directs et coûts des arrêts de travail) avec près de 3.000 handicapés en 1996 parmi les enfants (72).

En Europe, un rapport de la Commission européenne datant de 1997 indique que les frais minimaux engendrés cette année-là par les hospitalisations pour accidents domestiques (EHLASS) s'élèvent à 3,9 millions d'Euros avec un impact important sur le système productif et scolaire chiffré par le nombre de journées de travail scolaires perdues (73).

Aux Etats-Unis, une étude réalisée en 1998 a estimé le coût des accidents domestiques à 217 milliards de dollars (73).

Les accidents domestiques mortels représentaient à eux seuls 34 milliards de dollars de dépenses tandis que les 183 milliards restants correspondaient à la prise en charge des accidents non mortels.

Cette étude a également évalué la perte de qualité de vie à 162 milliards de dollars, les frais médicaux à 22 milliards et les coûts indirects à 33 milliards de dollars. Ces estimations ne font qu'illustrer l'ampleur du problème posé par les accidents domestiques au niveau international.

Aux Pays-Bas, les coûts médicaux directs annuels liés aux accidents de la vie courante ont été estimés à 1.000 euros par accidenté en l'an 2000 soit 3,4 % du budget total consacré aux soins. Ces approches financières ne rendent pas compte des dommages irréparables et des souffrances profondes causés par ces accidents.

Prenons l'exemple des brûlures qui font peser une lourde charge économique sur les services de santé (74).

Une étude menée aux Etats-Unis en 1998 montre qu'une hospitalisation pour brûlure coûte entre 1.187 dollars US pour une brûlure par liquide bouillant et 4.102 dollars US pour une brûlure par feu (75).

Au Royaume-Uni, une étude récente (2006) a révélé que le coût moyen d'un ébouillement sans gravité chez un enfant est de 1.850 £ (soit 3618 dollars US) (76).

Les accidents domestiques sont à l'origine de nombreux handicaps. Les hospitalisations répétées, la rééducation à long terme, les jours d'école et d'enseignement perdus, le chômage ultérieur éventuel, le rejet social et bien d'autres problèmes psychosociaux constituent des coûts supplémentaires conséquents pour les familles des victimes (77, 78).

Une étude canadienne est parvenue à la conclusion que par le biais de mesures de prévention simples, l'éviction des brûlures par ébouillement est possible et permettrait même d'économiser 531 dollars canadiens (507 dollars US) par brûlure de ce type (74).

En réalité, en ce qui concerne les accidents domestiques, la mise en œuvre d'un programme de prévention primaire s'avère nettement plus économique que de devoir traiter un enfant pour un traumatisme qu'il aurait pu être évité, parfois sur une période de plusieurs mois. De nombreux pays développés ont déjà mis en place avec succès des programmes de prévention primaire offrant un excellent rapport coût-efficacité, ce qui a contribué à réduire les coûts associés aux soins de santé.

Aux Etats-Unis par exemple, on estime que chaque dollar dépensé pour assurer le maintien efficace d'un enfant en bonne santé permet d'en économiser 29 en dépenses de santé directes et indirectes et en autres coûts pour la société. Si de telles interventions étaient adoptées dans le monde pour prévenir les traumatismes chez l'enfant, plus de 1.000 vies d'enfants seraient épargnées chaque jour (74).

4. Prévention :

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé donne à la prévention une définition complète. En effet, désormais, l'OMS définit la santé non seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité » mais aussi comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Cela implique qu'une politique sanitaire efficace doit être mise en place afin, non seulement de guérir les malades mais aussi afin de « prévenir les maladies, prolonger la vie, améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, ce qui implique de nécessaires actions préventives » (79).

La Convention Historique sur les Droits de l'Enfant, ratifiée par presque tous les gouvernements du monde, proclame le droit de tous les enfants du monde à disposer d'un environnement sûr et d'une protection contre les traumatismes et la violence. Elle proclame que les institutions, services, structures de soin et de protection des enfants doivent être conformes aux normes établies notamment dans les domaines de la sécurité et de la santé (74).

L'OMS distingue 3 stades successifs dans la prévention allant des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition des pathologies jusqu'à leur thérapeutique et, éventuellement, la réinsertion sociale des malades (46, 53, 56, 57, 59, 80) :

La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. Elle consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème (conduite individuelle à risque, environnement ou encore risque sociétal).

La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées.

La prévention tertiaire tend à éviter les rechutes et les complications des maladies déjà présentes. Ils'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale (règles hygiéno-diététiques chez les diabétiques).

Cependant toute prévention doit reposer sur des bases épidémiologiques solides. Aucune campagne d'information ni aucun programme de prévention ne porteront leurs fruits sans une connaissance approfondie des causes et facteurs de risque des accidents domestiques.

4.1 Connaissance de l'état des lieux et rentabilité :

Dans les pays occidentaux, la prise de conscience de l'importance des accidents domestiques ainsi que de leur prévention s'est faite il y a plus d'une vingtaine d'années déjà.

Des mesures d'évaluation et des programmes de surveillance épidémiologique des accidents domestiques ont été mis en place dans les années (78).

Les études et enquêtes ainsi réalisées avaient et ont toujours pour but d'analyser les facteurs de risques d'accident et d'évaluer les actions de prévention. Les éléments de surveillance épidémiologique permettent ainsi de guider la mise en place de stratégies de prévention et de sensibilisation adaptées.

Au Maroc malheureusement, nous ne disposons d'aucun système de données permanentes à l'échelle nationale comme aux Etats-Unis (NEISS) ou en Angleterre (HASS). Nous ne disposons que de quelques enquêtes ponctuelles réalisées dans les principales villes du Royaume qui laissent entrevoir l'étendue du problème et l'importance de la prévention (20, 81- 84).

Il est donc tout à fait justifié et nécessaire d'entreprendre des actions rentables et adaptées pour y remédier.

De nombreux pays riches ont déjà instauré des programmes de prévention d'un bon rapport coût-efficacité. Ces programmes ont permis de réduire les coûts des soins de santé de manière très significative. En effet, il existe un certain nombre d'études qui se sont attachées à évaluer l'efficacité des campagnes de prévention des accidents domestiques (59, 60, 74, 76, 85- 88). En France par exemple, en 2000, la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des

Travailleurs Salariés) et le CFES (Comité Français d'Education pour la Santé) ont décidé de mettre en place une trousse de prévention des accidents d'enfants dans les familles calquée sur le modèle québécois, de l'implanter sur un site pilote français et d'en mener l'évaluation⁽⁸⁹⁾.

Dans les autres études, l'approche adoptée est celle de l'analyse coût-bénéfice. Elle compare l'ensemble des coûts engendrés par la mise en place du programme de prévention aux coûts évités grâce à cette prévention (coûts directs des accidents et des complications non survenus). Elles montrent toutes un bénéfice financier de la prévention des accidents domestiques pour les populations à risque tels que les enfants et les personnes âgées^(74, 89). Il vaut donc mieux prévenir que guérir.

4.2 Prévention primaire:

Une prévention efficace repose sur 3 axes interactifs : l'adaptation de l'environnement dite prévention passive, l'éducation sanitaire dite prévention active et une stratégie pluridisciplinaire dite de « Safe Community »^(70, 90).

4.2-1 Prévention passive: normalisation, législation et réglementation:

L'adaptation et la modification d'un environnement potentiellement dangereux nécessitent une normalisation des produits, une législation et une réglementation adaptées.

Les autorités concernées par les accidents de vie courante devraient mettre en place des normes rigoureuses et adopter des textes de loi pour les appliquer notamment.

- Les produits inflammables : Il n'y a ni réglementation ni contrôle de la vente d'alcool à brûler, que nous trouvons facilement dans les ménages marocains.
- La sécurité des fenêtres et balcon
- La sécurité des escaliers et des installations électriques
- La fabrication et l'utilisation d'appareils électriques

- La sécurité des immeubles en matière d'incendie
- La fabrication des jouets
- L'accès des jeunes enfants au bain-marie, grand-pourvoyeur de brûlures par ébullition dans notre pays (82,83).

4.2-2 Prévention active : information et éducation sanitaire :

La prévention active repose essentiellement sur l'éducation et l'information afin d'améliorer les comportements de l'enfant face aux risques. Ces actions sont mises en œuvre par toute une série d'organismes à la fois publics et privés (86-88,90).

a - collective: (87,88,90,92,96,97)

La prévention collective consiste en la mise en place de l'éducation pour la santé et l'éducation du risque, que ce soit dans le domaine professionnel, familial ou encore scolaire.

Elle a pour but de:

1. Informer les professionnels de la nécessité de mettre en œuvre les normes de sécurité et d'aménager l'espace en fonction de l'enfant. Tout d'abord les professionnels de la santé avec l'exemple de la lettre PES (Prévention Education Santé) concernant la prévention des chutes lancée en 1997, adressée à tous les médecins généralistes qui avait pour but d'inciter les praticiens à intégrer dans leur pratique une dimension éducative et préventive afin de sensibiliser la population (96).

Le rôle des fabricants et des industriels est lui aussi essentiel car en dehors des réglementations fixées par des décrets et arrêtés, la mise au point de nouveaux procédés de fabrication permettra de grandes avancées dans la prévention des accidents domestiques.

Les ingénieurs, les architectes, en parallèle de la législation, devront trouver de nouvelles techniques de sécurisation de l'environnement et de l'habitat.

La coopération entre les industriels, les ministères et le corps médical, éventuellement réunis au sein de commissions ou de groupes d'études techniques, permettrait de trouver des solutions efficaces à certains accidents domestiques^(87,88,97).

2. Mobiliser les parents et les rendre acteurs de cette prévention ainsi que l'entourage de l'enfant. En effet, les efforts fournis par les professionnels de santé, les pouvoirs publics et les industriels ne porteront leurs fruits que s'ils sont suivis par la population, et ce par le biais d'une information permanente et percutante.
3. Sensibiliser les enfants et apprécier leur capacité à évaluer le danger et à y faire face⁽⁵⁷⁾.

Les moyens utilisés sont multiples:

- Large diffusion de brochures informatives et d'outils pédagogiques élaborés par des experts dans le domaine de la sécurité domestique
- Mobilisation des médias : télévision, radio avec diffusion de messages de prévention (documentaire, dessin animé, publicité...)
- Organisation d'événements par des associations de prévention : expositions, forums...
- Organiser des campagnes de sensibilisation au niveau de structures clés telle que l'école maternelle et les établissements scolaires qui constituent un lieu d'échange unique entre enfants, parents et éducateurs.

b - individuelle:

Sur le plan individuel, les parents et adultes ont aussi leur rôle à jouer vis à vis de l'enfant et de la sécurisation de l'habitat. Certaines recommandations et mesures préventives simples mais pourtant très efficaces doivent être adoptées partout et mises en place à domicile. Voici une liste non exhaustive des principales mesures de prévention à appliquer.

1. Ne pas laisser un enfant seul, sans surveillance.
2. Limiter l'espace de jeu aux possibilités de surveillance de l'adulte.
3. Interdire l'accès à la cuisine.
4. Ranger les produits ménagers et industriels dans un lieu sûr, inaccessible à l'enfant:
 - Les produits ménagers ne doivent pas côtoyer les produits alimentaires
 - Conserver les produits ménagers dans leur emballage d'origine
 - Étiqueter les produits dangereux de manière à les reconnaître facilement
5. Ne laisser traîner aucun médicament. Les médicaments doivent être rangés dans un placard fermé à clé.
6. Eloigner les sources de chaleur, les produits inflammables et les objets tranchants de la portée des enfants.
7. Protéger les prises de courant, les balcons, les fenêtres et les escaliers.
8. Les installations électriques et de production d'eau chaude doivent répondre aux normes de sécurité et être régulièrement entretenues et vérifiées.
9. L'aménagement de la chambre à coucher doit être adapté à l'enfant et ne comporter aucun élément de danger.
10. Ne pas disposer de brasero à l'intérieur des maisons.
11. Ranger les outils et machines de jardinage, les engrais et désherbants dans un local spécial fermé à clé.

4.3 PREVENTION SECONDAIRE:

Certes, il faut insister sur la prévention des accidents domestiques d'une part mais aussi sur la prévention des complications une fois que l'accident s'est malheureusement produit : c'est la prévention secondaire.

Tous les accidents ne sont pas évitables mais chaque individu, à son niveau, peut contribuer à les diminuer et à les rendre moins graves.

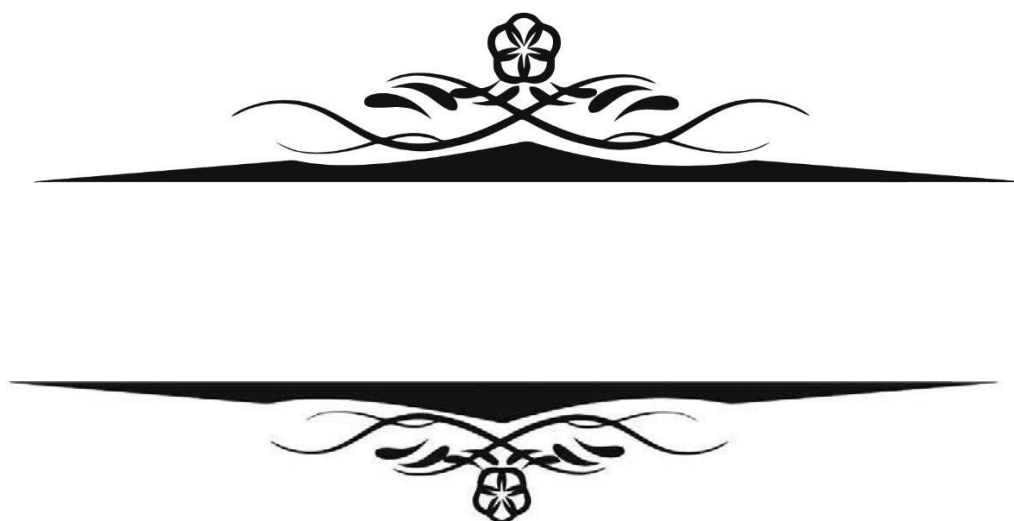
Prenons l'exemple des brûlures, fréquentes chez le petit enfant notamment dans les milieux défavorisés, un traitement précoce et secondaire bien conduit permet d'obtenir des résultats morphologiques acceptables (100). Il s'agit d'enseigner au grand public la conduite à tenir en cas de brûlure afin de diminuer la gravité initiale de la lésion, telles que le refroidissement immédiat de la brûlure par l'eau du robinet qui n'est pratiqué que dans 7% des cas ou encore la manœuvre du «stopper, tomber, rouler» en cas de brûlures par flammes (101).

Il en est de même pour les chutes, les intoxications, les électrisations, les corps étrangers et noyades pour lesquels la connaissance de certains gestes de secours change le pronostic.

Tout citoyen a pour devoir de connaître les gestes de premier secours qui peuvent changer du tout au tout le pronostic d'un accident domestique. Il en est de même pour les enfants, comme au Danemark et en Norvège où des cours de secourisme sont donnés aux enfants dès l'école élémentaire. Mais il ne suffit pas de les connaître, il faut régulièrement les mettre en pratique afin d'entretenir ses acquis.

5. Les limites de l'étude :

- Il s'agit d'une enquête basée sur des données subjectives reposant essentiellement sur les réponses des parents sans pouvoir vérifier leur authenticité.
- La taille de l'échantillon même si importante reste insuffisante pour pouvoir faire une étude analytique avec détermination des facteurs de risque.



Recommandations

- Il est important de faire des études longitudinales multicentriques voire mettre en place un registre national des accidents domestiques
 - Il est important de mener des études sur le terrain avec la participation de plusieurs intervenants notamment des promoteurs de santé, des services sociaux, des architectes, des ingénieurs en ergonomie.....
 - Il est important que les sociétés savantes en pédiatrie et en urgentologie se mobilisent pour plaider la sécurité des enfants à travers des livres blancs et/ou recommandations
 - Il est important de s'inspirer de modèles de préventions réussis tout en respectant nos particularités géographiques, ethniques et culturelles
 - Tous les partenaires promouvant la santé et sécurité des enfants devraient agir en synergie pour instaurer des normes de sécurité et des textes de loi pour garantir l'application de ces dernières
 - La prévention primaire est l'axe clé qui peut diminuer de manière drastique l'incidence des accidents domestiques chez les enfants, et ce à travers des programmes de sensibilisation et d'éducation pour les parents, les enfants et les enseignants.
- Nous soutenons un des moyens proposés par l'équipe de Rabat (18) lors d'une thèse et qui consiste à créer une plateforme accessible à tout le monde :

1. Contenu éducatif : La plateforme comprendrait des articles, des vidéos et des illustrations pour informer sur les dangers domestiques courants et comment les éviter, ainsi que sur les gestes de premiers secours à effectuer en cas d'urgence. Le contenu serait adapté à différents groupes d'âge et de catégories sociales afin de le rendre pertinent et facile à comprendre

2. Checklists de sécurité : la plateforme proposerait des checklists pour aider les parents à vérifier la sécurité de leur maison et à identifier les risques potentiels. Les parents pourraient suivre leur progression et recevoir des suggestions pour améliorer la sécurité de leur domicile.
3. Alerte d'urgence : La plateforme inclurait une fonction d'alerte d'urgence qui permettrait aux parents de contacter rapidement les services d'urgence en cas d'accident. Cette fonction pourrait être activée à partir de leur smartphone ou de leur ordinateur.
4. Conseils personnalisés : La plateforme analyserait les informations fournies par les parents pour leur fournir des conseils personnalisés sur la sécurité domestique en fonction de leur situation particulière par des canaux de discussion en ligne, on pourrait imaginer un centre ressemblant au centre antipoison ou un numéro spécial du SAMU dédié à ce genre d'évènement.
5. Formation aux gestes de premiers secours : la plateforme comprendrait des modules de formation aux gestes de premiers secours, tels que la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et la prise en charge des brûlures et des coupures....
6. Une liste des gestes à ne pas faire pourrait être incluse afin d'éviter l'aggravation de la situation

7. Une Communauté de soutien : La plateforme offrirait également une communauté desoutienpourlesparents,oùilspourraientposerdesquestions,partagerdeshistoires et recevoir des conseils de la part d'autres parents ayant des enfants de même âge.
- Attribution d'un numéro national unique comme pour le centre antipoison où la déclaration des accidents domestiques serait obligatoire et où des conseils personnalisés avec orientation aux centres de soins adaptés au type d'accident seraient prodigués.



CONCLUSION



Les accidents domestiques (AD) sont un problème de santé publique au Maroc et dans le monde entier. Leur prévention devrait être au cœur de tout programme de santé nationale et internationale.

Les enfants sont souvent curieux et aventureux, ce qui peut les amener à explorer leur environnement sans prendre en compte les risques. Le rôle des adultes est de les accompagner dans ce processus sans se faire mal.

La plupart de ces accidents peuvent être évités grâce à des mesures simples, peu coûteuses et reproductibles. La prévention de ces accidents est donc la pierre angulaire de la prise en charge de cette pathologie accidentelle. Elle fait appel à l'information, l'éducation et la communication autour des accidents domestiques.

Pour réussir tout projet de santé, dont la prévention des accidents domestiques, une collaboration pluridisciplinaire entre les professionnels de santé, les enseignants, le gouvernement, les associations non gouvernementales et les parents est indispensable.

Enfin, la mise en place d'un centre national disposant d'un registre ou seront recensés tous les cas d'accidents domestiques serait d'un apport considérable pour mieux comprendre l'ampleur de ce problème et mettre en place des mesures de prévention plus efficaces et ciblées. N'est-il pas crucial de mettre en place des programmes de prévention efficaces pour garantir la sécurité et le bien-être des enfants à la maison et en dehors de la maison ?



RESUMES



Résumé:

Titre: Les Accidents domestiques: enquête auprès des parents

Rapporteur: Professeure widad Lahmini

Auteur: Alodat Mohammad Ghazi Faleh

Mots Clés: enfants, accidents de la vie courante, accidents domestiques, enquête, parents

Introduction : Les accidents domestiques chez l'enfant sont définis par des événements imprévus qui se produisent à la maison et qui causent des blessures ou des traumatismes chez les enfants. Ils représentent un problème sérieux de santé publique.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence des accidents domestiques, obtenir un aperçu sur les circonstances des survenues des accidents domestiques chez l'enfant et évaluer les connaissances des parents concernant leurs attitudes pratiques en matière de prévention et de mettre en évidence l'importance d'instaurer un programme de prévention contre ce genre d'accidents.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective type enquête, menée au service des urgences pédiatriques à l'Hôpital Mère Enfant du CHU Mohammed VI de Marrakech à travers un questionnaire préétabli qui a exploré des données épidémiologiques concernant les parents et les enfants, des données relatives aux types d'accidents et de leur prise en charge, des données sur la connaissance des parents en matière de prévention, ainsi que les sources d'informations qu'ils utilisent pour se renseigner.

Résultats : 500 parents ont été interrogés dont 465 ont été inclus dans notre étude, 86% des parents ont affirmé que leurs enfants sont été victimes d'accidents domestiques. La sex-ratio était de 2 avec une prédominance masculine.

L'âge médian des enfants était de 5 ans et 6 mois. Les accidents les plus fréquents dans notre étude étaient les chutes, les brûlures, les corps étrangers avec des pourcentages respectifs de 56%, 16% et 11%.

64,2% des victimes ont consulté chez un professionnel de santé, parmi eux 7,4% ont eu besoin d'hospitalisation. 94,5% des parents ont déclaré avoir pris des mesures préventives à domicile. La mesure préventive la plus fréquente était de ranger les médicaments dans un placard fermé hors de la portée des enfants.

Conclusion: Les accidents domestiques représentent un problème sérieux de santé publique qui exposerait l'enfant à des risques vitaux immédiats ou à des séquelles ultérieures. La prévention reste la pierre angulaire de la prise en charge de fléau. Elle nécessite la collaboration pluridisciplinaire entre plusieurs intervenants. La mise en place d'un registre national d'accidents domestiques serait d'un apport considérable pour améliorer la prise en charge des enfants victimes de ces accidents.

Abstract:

Title: Domestic Accidents: survey of parents

Rapporteur: Professor Widad Lahmini

Author : Alodat Mohammad Ghazi Faleh

Keywords: CHILDREN–DOMESTIC ACCIDENTS–RISK FACTORS–PREVENTION–SURVEY– PARENTS

Introduction: Childhood domestic accidents are defined by unforeseen events that occur in the home and cause injury or trauma to children. They represent a serious public health problem.

The objective of this work is to evaluate the prevalence of domestic accidents, obtain an overview of the circumstances of occurrence of domestic accidents among children and evaluate parents' knowledge regarding their practical attitudes in terms of prevention and to highlight the importance of establishing a prevention program against this type of accident.

Materials and methods: This is a prospective survey-type study conducted in the pediatric emergency department at the Mother and Child Hospital of Mohammed VI University Hospital in Marrakech. It involved the use of a pre-established questionnaire to explore epidemiological data concerning parents and children, information about the types of accidents and their treatment, data related to parents' knowledge of prevention, as well as the sources of information they rely on for guidance.

Results: A total of 500 parents were interviewed, with 465 of them included in our study. Among these participants, 86% of parents reported that their children had experienced domestic accidents, resulting in a male predominance with a sex ratio of 2.

The median age of the children involved in the study was 5 years and 6 months. The most frequently reported accidents in our study were falls, burns, and foreign body incidents, accounting for 56%, 16%, and 11% respectively.

Of the victims, 64.2% sought consultation with a healthcare professional, and 7.4% of them required hospitalization. Additionally, 94.5% of parents reported taking preventive measures at home, with the most common measure being the storage of medications in a closed cupboard out of the reach of children.

Conclusion: Domestic accidents pose a significant public health problem, subjecting children to immediate life-threatening risks or long-term consequences. Prevention remains the cornerstone of managing this issue, necessitating multidisciplinary collaboration among various stakeholders. The creation of a national registry for domestic accidents would be a substantial step toward enhancing the care of child victims affected by these incidents.

ملخص

العنوان: الحوادث المنزلية عند الأطفال: دراسة مسحية من منظور الآباء

المشرف: الأستاذة وداد لحميني

المؤلف: محمد غازي فالح العودات

مقدمة: يتم تعريف الحوادث المنزلية في مرحلة الطفولة من خلال الأحداث غير المتوقعة التي تحدث في المنزل وتسبب إصابة أو صدمة للأطفال. إنها تمثل مشكلة صحية عامة خطيرة.

الهدف من هذا العمل هو تقييم انتشار الحوادث المنزلية، والحصول على نظرة على ظروف التعرض للحوادث المنزلية التي يتعرض لها الطفل، وتقييم معرفة الوالدين فيما يتعلق بمواقفهم العملية في مجال الوقاية والقياس بالأدلة أهمية إنشاء برنامج وقائي ضد هذا النوع من الحوادث.

المواد والطريقة: هذه دراسة استقصائية استباقية، أجريت في قسم طوارئ الأطفال بمستشفى الأم والطفل بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش من خلال استبيان معد مسبقا يستكشف المعطيات الوبائية المتعلقة بالآباء والأطفال، والبيانات المتعلقة بالأنواع الحوادث وعلاجها، وبيانات عن معرفة الوالدين بطرق الوقاية، وكذلك مصادر المعلومات التي يستخدمونها للحصول على المعلومات.

النتائج: تمت مقابلة 500 من الآباء، شملت دراستنا 465 منهم؛ ذكر 86% من الآباء أن أطفالهم تعرضوا لحوادث منزلية. وكانت نسبة الجنس 2 مع غلبة الذكور وكان متوسط عمر الأطفال 5 سنوات و 6 أشهر. وكانت الحوادث الأكثر شيوعاً في دراستنا هي السقوط والحروق والأجسام الغريبة بنسب 56% و 16% و 11%.

استشار 64.2% من الضحايا أخصائياً صحياً، ومن بينهم 7.4% احتاجوا إلى دخول المستشفى. أفاد 94.5% من الآباء أنهم اتخذوا إجراءات وقائية في المنزل. كان الإجراء الوقائي الأكثر شيوعاً هو تخزين الأدوية في خزانة مغلقة بعيداً عن متناول الأطفال

الاستنتاج: تمثل الحوادث المنزلية مشكلة صحية عامة خطيرة تعرض الطفل لمخاطر حيوية فورية أو لآثار لاحقة. وتبقى الوقاية حجر الزاوية في إدارة هذه الآفة. ويتطلب تعاوناً متعدد التخصصات بين العديد من أصحاب المصلحة. ومن شأن إنشاء سجل وطني للحوادث المنزلية أن يساهم إسهاماً كبيراً في تحسين رعاية الأطفال ضحايا هذه الحوادث.



ANNEXES



QUESTIONNAIRESURLESACCIDENTSDOMESTIQUES

InformationGénéralesConcernantLesFamillesParticipantàL'étude:

1. Personneinterrogée: père mère autre
2. Situationfamiliale: célibataire marié divorcé veuf
3. Niveaud'instruction: primaire secondaire supérieur analphabète
4. Niveausocio-économique: aisé moyen bas
5. Zonederésidence: urbaine rurale
6. Typed'habitation: appartement maison autre7-Nombred'enfants:.....
7. Agedel'enfantconsultant:
8. Motifdeconsultationactuel:
9. Moisdeservenue:
10. Temp: jourou nuit
11. Antécédentsd'accidentsdomestiqueschezlesenfants: oui non

12. Si oui: circonstances :

	Enfant N°1	Enfant N°2	Enfant N°3	Enfant N°4
Sexe de l'enfant	(F <input type="checkbox"/> ou M <input type="checkbox"/>)	(F <input type="checkbox"/> ou M <input type="checkbox"/>)	(F <input type="checkbox"/> ou M <input type="checkbox"/>)	(F <input type="checkbox"/> ou M <input type="checkbox"/>)
Âge de survenue				
Typé de l'accident domestique (Chute <input type="checkbox"/> , Brûlure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Objet tranchant <input type="checkbox"/> Electrocut ion <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/>)	Typé de l'accident domestique (Chute <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> O bjet tranchant <input type="checkbox"/> Electrocut ion <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/>)	Typé de l'accident domestique (Chute <input type="checkbox"/> , Brûlure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Objet tranchant <input type="checkbox"/> Electrocut ion <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/>)	Typé de l'accident domestique (Chute <input type="checkbox"/> , Brûlure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Objet tranchant <input type="checkbox"/> Electrocut ion <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/>)	Typé de l'accident domestique (Chute <input type="checkbox"/> , Brûlure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Objet tranchant <input type="checkbox"/> Electrocut ion <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/>)
Lieu de l'accident (chambre <input type="checkbox"/> salon <input type="checkbox"/> salle de bain <input type="checkbox"/> jardin <input type="checkbox"/> cuisine <input type="checkbox"/> escalier <input type="checkbox"/>)	Lieu de l'accident (chambre <input type="checkbox"/> salon <input type="checkbox"/> salle de bain <input type="checkbox"/> jardin <input type="checkbox"/> cuisine <input type="checkbox"/> escalier <input type="checkbox"/>)	Lieu de l'accident (chambre <input type="checkbox"/> salon <input type="checkbox"/> salle de bain <input type="checkbox"/> jardin <input type="checkbox"/> cuisine <input type="checkbox"/> escalier <input type="checkbox"/>)	Lieu de l'accident (chambre <input type="checkbox"/> salon <input type="checkbox"/> salle de bain <input type="checkbox"/> jardin <input type="checkbox"/> cuisine <input type="checkbox"/> escalier <input type="checkbox"/>)	Lieu de l'accident (chambre <input type="checkbox"/> salon <input type="checkbox"/> salle de bain <input type="checkbox"/> jardin <input type="checkbox"/> cuisine <input type="checkbox"/> escalier <input type="checkbox"/>)
Nécessité des soins	(oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>)	(oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>)	(oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>)	(oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>)

8-MECANISME DEL'ACCIDENT:

Etats des connaissances des parents:

1-Pensez-vous que votre maison constitue un lieu dangereux pour votre enfant?

oui non

2-Si oui: que est l'endroit
le plus risqué?

cuisine salon salle de bain escaliers balcon et fenêtres
 abstenues

3-Pensez-vous qu'un accident domestique puisse avoir des
conséquences dramatiques ?

oui non

4- Si oui, quelles peuvent être ses conséquences?

mort handicap Brûlure Fracture
 Traumatisme crânien Electrification Hospitalisation
 Plaie Intoxication Asphyxie Handicap Noyade Chute

5- Est-ce que vous pensez que l'enfant est plus exposé?

oui non

6-Pourquoi?

Inconscient du danger Curieux, touche à tout Hyperactif, turbulent
 Fragile, vulnérable Inattentif, maladroit Jeune âge
Manque d'attention des parents Désobéissant Imiter les adultes Abstention

7- Est-ce que vous connaissez les gestes de premiers secours?

oui non

8- D'où est ce que vous tenez vos in-
formations concernant les
risques d'accidents domestiques?

media école médecin amis parents

personne

9- Pensez-vous que cet accident aurait pu être évité?

oui non

10- comment ?.....

Habitudes et attitudes pratiques des parents

1. Où stockez-vous vos produits d'entretien?

placard en haut placard en bas

à porter demain

2. Est-ce un lieu accessible à l'enfant?

oui non

3. Avez-vous des produits ménagers stockés dans des bouteilles d'eau?

oui non

1- Avez-vous des médicaments consommés par des adultes ou des enfants?

oui non

2- Si oui, sont-ils à la portée des enfants?

oui non

3- Où avez-vous l'habitude de stocker vos médicaments?

placard en haut placard en bas

à porter demain réfrigérateur

Cet endroit est-il fermé à clé?

- 8- oui non
Qu'utilisez-vous comme source de chaleur?
 bonbon de gaz cheminée brasero chauffage électrique
 chauffage mobile
- 9- Dans quel endroit la placez-vous?
 cuisine salon salle de bain
 autres
- 10- Votre enfant joue-t-il dans la cuisine?
 oui non
- 11- Participe-t-il aux tâches ménagères comme éplucher les légumes?
 oui non
- 12- Où rangez-vous les instruments tranchants dans la cuisine?
 placard en haut placard en bas
 à porter demain
- 13- Qu'utilisez-vous pour allumer le fourneau?
 allumettes briquet
- 14- Lorsque vous donnez un bain à votre enfant, restez-vous à côté de lui?
 oui non
- 15- Si oui, pensez-vous qu'il présente un risque:
 -de noyade
 -de chute
 -de brûlure
- 16- Vos fenêtres sont-elles équipées de barreaux?
 oui non

17- Si oui, l'enfant peut-il passer au travers?

oui non

18- Avez-vous des balcons?

oui non

19- Sont-ils accessibles à votre enfant?

oui non

20- Avez-vous des protections pour ouverture et fermeture des portes?

oui non

21- Avez-vous des protections pour les prises de courant chez vous?

oui: caches prises non

prises spéciales

22- Avez-vous des protections pour les escaliers?

oui non pas d'escalie



BIBLIOGRAPHIE



1. **ALIX D, FURETE, BLOUET JH, LEDUC—ROGIEZA.**
Accidents domestiques chez l'enfant : Evaluation, prévention et collaboration inter-institutionnelle. *Accid Domest Chez Enfant Eval Prév Collab Inter-Institutionnelle*. 1998;45(1):48-53.
2. **Rafai M, Mekaoui N, Chouaib N, et al.**
Épidémiologie des accidents domestiques graves de l'enfant admis en réanimation pédiatrique polyvalente à l'hôpital d'enfants de Rabat-Maroc. *Pan Afr Med J*. 2015;20(1). doi:10.4314/pamj.v20i1
3. **Baudet M, Amouroux N, Houin G.**
Intoxications accidentelles domestiques. *EMC—Toxicol—Pathol*. 2004;1(2):29-34. doi:10.1016/j.emctp.2003.10.005
4. **Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Liand G.**
The Injury Fact Book. Second Edition, Second Edition. Oxford University Press; 1991.
5. 235327888_Injury_Surveillance_Guidelines. Accessed October 13, 2023. https://www.researchgate.net/publication/235327888_Injury_Surveillance_Guidelines
6. **BOURROUS, M.** «Corps étrangers digestifs de l'enfant aux Urgences Pédiatriques du CHU Mohammed VI de Marrakech THÈSE 2020».
7. **Hefflin BJ, Gross TP, Schroeder TJ.**
The National Electronic Injury Surveillance System (NEISS) and Medical Devices. In: *Medical Device Epidemiology and Surveillance*. John Wiley & Sons, Ltd; 2007:79-85. doi:10.1002/9780470060872.ch6
8. **Ward H, Healy G.**
Feasibility of Establishing a UK Wide Injury Database.
9. **Rhine-Westphalia N.**
Final Report Home and Leisure Accidents Micro and Macro Analysis of Data (HLAMiaMa). 2001;
10. **Sengoelge M, Bauer R, Laflamme L.**
Unintentional child home injury incidence and patterns in six countries in Europe. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2008;15(3):129-139. doi:10.1080/17457300802357653
11. **Sengoelge M, Hasselberg M, Laflamme L.**
Child home injury mortality in Europe: a 16-country analysis. *Eur J Public Health*. 2011;21(2):166-170. doi:10.1093/eurpub/ckq047
12. **Thélot B.**
Épidémiologie des accidents de la vie courante chez l'enfant. *Arch Pédiatrie*. 2010;17(6):704-705. doi:10.1016/S0929-693X(10)70069-5
13. **Maaloull, Kmiha S, Yaich S, et al.**
[Epidemiology of home accidents in childhood: experience in the Division of General Pediatrics in Southern Tunisia]. *Pan Afr Med J*. 2019;33:108. doi:10.11604/pamj.2019.33.108.12022

- 14. Walckiers D, Stroobant A, Lobet M, Casteren VV, Cornelis R.**
Les Accidents Domestiques En Belgique. Resultats De L'Enregistrement Realise Par Un Réseau De Medecins Generalistes. *Acta Clin Belg.* 1987;42(1):19–27.
- 15. Jiménez Morago JM.** Prevención de riesgos domésticos y accidentes infantiles. Bol Real Patron Sobre Discapac 54–55 152–158. 2003;
- 16. Phelan KJ, Khoury J, Kalkwarf H, Lanphear B.**
Residential injuries in U.S. children and adolescents. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2005;120(1):63–70. doi:10.1177/003335490512000111
- 17. Prévallence et facteurs associés aux accidents domestiques chez les enfants de 0 à 59 mois à Bamako (Mali) en 2017: Prevalence and factors associated with domestic accidents among children aged 0–59 months in Bamako, Mali in 2017 | Journal of Interventional Epidemiology and Public Health.** Accessed October 13, 2023. <https://www.ajol.info/index.php/jieph/article/view/237796>
- 18. N. MEKAOUI, I. Ismail**
LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE CHEZ L'ENFANT : DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE À LA PRÉVENTION. Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat; 2023.
- 19. Mohamed AS, Mbaye PA, Fall M, et al.**
Épidémiologie des Accidents Domestiques chez l'Enfant à Dakar (Sénégal). 2019;20.
- 20. Ennaim N, Aboussad A.**
PRÉVENTION DES ACCIDENTS DOMESTIQUES DE L'ENFANT: ENQUÊTE À MARRAKECH. Published online 2009. (Thèse).
- 21. Bhuvaneswari N, Prasuna JG, Goel MK, Rasania SK.**
An epidemiological study on home injuries among children of 0–14 years in South Delhi. *Indian J Public Health.* 2018;62(1):4–9.
- 22. King WJ, Klassen TP, LeBlanc J, et al.**
The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury. *Pediatrics.* 2001;108(2):382–388. doi:10.1542/peds.108.2.382
- 23. Chaudhary S, Figueroa J, Shaikh S, et al.**
Pediatric falls ages 0–4: understanding demographics, mechanisms, and injury severities. *Inj Epidemiol.* 2018;5(Suppl1):7. doi:10.1186/s40621-018-0147-x
- 24. Zia N, Khan UR, Razzak JA, Puvanachandra P, Hyder AA.**
Understanding unintentional childhood home injuries: pilot surveillance data from Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes.* 2012;5:37. doi:10.1186/1756-0500-5-37
- 25. Yadav S, Shrivastava A, Mishra P, Prabhakar A.**
Study of socio-demographic patterns and epidemiological correlates of unintentional injuries among 1–5 year children in Moradabad. *Int J Community Med Public Health.* 2017;5:275. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20175797

26. Dave VR, Rana BM, Shah VR, Sonaliya KN.

A Study on Epidemiology of Unintentional Childhood Injury at One of the Districts of Gujarat State: An Indian Council of Medical Research Task Force Study. *Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med.* 2022;47(2):187–191.

27. Gulliver P, Dow N, Simpson J.

The epidemiology of home injuries to children under five years in New Zealand. *Aust N Z J Public Health.* 2005;29(1):29–34. doi:10.1111/j.1467-842x.2005.tb00744.x

28. Al-Bshri SA, Jahan S.

Prevalence of home related injuries among children under 5 years old and practice of mother steward first aid in Buraidah, Qassim. *J Fam Med Prim Care.* 2021;10(3):1234–1240.

29. Judicaël K, Moyen-Engoba, Gildas OAP, et al.

Prospective Study of Domestic Accidents of the Child in Brazzaville, Congo. *Open J Pediatr.* 2020;10(01):175. doi:10.4236/ojped.2020.101017

30. Zaidani E, Mekaoui N, Dakhama BSB, Karboubi L.

Impact of lockdown of Covid-19 pandemic on home injuries of children. *J Emerg Med Trauma Acute Care.* 2022;2022(2):9. doi:10.5339/jemtac.2022.9

31. Fidkowski CW, Zheng H, Firth PG.

The anesthetic considerations of tracheobronchial foreign bodies in children: a literature review of 12,979 cases. *Anesth Analg.* 2010;111(4):1016–1025. doi:10.1213/ANE.0b013e3181ef3e9c

32. Bourrous M,

« Profils épidémiologiques et évolutifs des inhalations de corps étranger de l'enfant aux urgences pédiatriques : à propos de 171 cas ». (Thèse 2020)

33. Schramm D, Ling K, Schuster A, Nicolai T.

Foreign body removal in children: Recommendations versus real life—A survey of current clinical management in Germany. *Pediatr Pulmonol.* 2017;52(5):656–661. doi:10.1002/ppul.23609

34. Zang C, Sun J, Huang H, et al.

Inhaled foreign bodies in pediatric patients : a review and analysis of 3028 cases. In: ; 2016. Accessed October 14, 2023. <https://www.semanticscholar.org/paper/Inhaled-foreign-bodies-in-pediatric-patients-%3A-a-of-Zang-Sun/ba0e4d3e4d7d39ab758c91fd5fc7a9c3b8bcd19c>

35. Thamboo A, Ludemann JP, Riding KH.

Christmas decorations may become aerodigestive foreign bodies. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra.* 2008;3(2):57–60. doi:10.1016/j.pedex.2007.10.003

36. El Koraïchi A, Mokhtari M, El Haddoury M, El Kettani SE.

[Rigid bronchoscopy for pin extraction in children at the Children's Hospital in Rabat, Morocco]. *Rev Pneumol Clin.* 2011;67(5):309–313. doi:10.1016/j.pneumo.2010.11.003

37. Absentee Shawnee Tribal Health System. Accessed October 14, 2023. <https://www.asthealth.org/>
38. Niyondiko J, Bivahagumye L, Nkuzimana O, Nimubona S, Bukuru H, Bazira L. Les accidents domestiques chez l'enfant de 0 à 15 ans : Une étude prospective multicentrique sur 1064 cas Burundais. *J Afr Clin Cases Rev Afr Cas Clin Rev*. Published online 2019:391–398.
39. Les Accidents Domestiques chez l'Enfant. Accessed October 14, 2023. <http://www.santemaghreb.com/algerie/accdom.htm>
40. Litovitz T, White NC, Watson WA. Epidemiology of Pediatric Poison Exposures: An Analysis of 2003 Poison Control Center Data. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2005;6(2):68–75. doi:10.1016/j.cpem.2005.04.001
41. He S, Lunnen J, Puvanachandra P, Amar—Singh N, Zia N, Hyder AA. Global childhood unintentional injury study: multisite surveillance data. *Am J Public Health*. 2014;104(3):e79–84. doi:10.2105/AJPH.2013.301607
42. Lavaud J. Enfants victimes d'accidents de la circulation : Les accidents chez l'enfant. In: *Sciences (1969)*. Vol 97. ; 1997:113–117. Accessed October 14, 2023. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=2055203>
43. Niyondiko J, Ndayizeye G, Nimubona S, Havyarimana C, Bandenzamaso B, Niyonkuru S. www.jaccrafrica.com ISSN: 1859–5138 Openaccess. *Comprendre*. 3:4.
44. Festy P. Assailly (Jean-Pascal) — Les jeunes et le risque. Une approche psychologique de l'accident. *Population*. 1993;48(3):796–796.
45. vocaMarckAE_MED_DOC_07.pdf. Accessed October 14, 2023. http://biblio.univ-antananarivo.mg/pdfs/vocaMarckAE_MED_DOC_07.pdf
46. Yiseth PM, Castro R. Université de Poitiers (France) Les accidents domestiques de l'enfant. 2001.
47. Algeria_2000_MICS_FRA.pdf. Accessed October 14, 2023. https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Algeria_2000_MICS_FR A.pdf
48. Quoideneuf sur le site Web du CHU : semainedu18au24janvier1999. Accessed October 14, 2023. <https://www.cismef.org/documed/neuf0399.html>
49. Rivière J, Jover M, Bril B, Lhote M, Fagard J, Devouche E. *Le Développement Psychomoteur Du Jeune Enfant (Idées Neuves et Approches Actuelles)*. Solal; 2000.
50. 59_1458203865_pdf_HD_page_par_page.pdf. Accessed October 14, 2023. https://www.aube.fr/uploads/Publication/ab/59_1458203865_pdf_HD_page_par_page.pdf

51. Castro MR.

Les accidents de la vie courante en France : Étude des facteurs de risque d'accidents domestiques aiseinde la cohorte MAVIE. phdthesis. Université de Bordeaux; 2021.

Accessed October 14, 2023. <https://theses.hal.science/tel-03288974>

52. INSP, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, Enquête nationale sur les objectifs de la fin de décennie: santé mère et enfant, EDG Algérie 2000, MICS2, Ministère de la Santé et de la Population, Alger 2001.

53. FELIX M, TURSZA.

Les Accidents Domestiques de l'enfant: Un Problème Majeur de Santé Publique. Syros/Alternatives; 1991.

54. Mohamed A.

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE CHEZ L'ENFANT AU CHUA. Le DANTEC DE DAKAR : A PROPOS DE 201 CAS. 2014. doi:10.13140/RG.2.1.2329.6726

55. INPES Accidents domestiques: protégeons les enfants de 0 à 6 ans. Ministère de la santé et des solidarités et l'Inpes, Dossier de presse, Octobre 2006, 8p.

56. Pipades | Programme de prévention des accidents domestiques chez les enfants 0-5 ans. Accessed October 14, 2023. <https://www.pipades.ch/>

57. Baudier F,

Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes, Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté. [From child accident prevention at home to safety promotion: the commitment of the international francophone network]. *Arch Pediatr-Off Soc Francaise Pediatr.* 2005; 12(11):1567-1569. doi:10.1016/j.arcped.2005.07.018

58. Los accidentes domésticos son la segunda causa de muerte en niños de corta edad. *Diario Sur.* Published September 7, 2007. Accessed October 15, 2023. <https://www.diariosur.es/20070907/malaga/accidentes-domesticos-segunda-causa-20070907.html>

59. LAVAUD J, CHOUAKRIO.

Les accidents domestiques chez l'enfant. *Accid Domest Chez Enfant.* 1993; 9(2):110-118.

60. Lavaud J.

Accidents les plus fréquents chez l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture.* 1994; 7(5):296-303. doi:10.1016/S0987-7983(05)80483-9

61. ASSAILLY JP.

Les Jeunes et Les Risques, Une Approche Psychologique de l'accident. Vigot; 1992.

62. LEGENDRE P.

Les accidents domestiques: à propos d'une étude faite dans un grand hôpital parisien. *Faculté de médecine Broussais Hôtel-Dieu Thèse Méd., Paris, 1986, n°79*

63. PEUDENIERS. Développement psychomoteur et examen neurologique de l'Enfant, Institut Mère-Enfant, annexe pédiatrique, Hôpital sud, Rennes, 1999. <http://www.med.univ-rennes1.fr.2007>.

64. RHALEMN, SOULAYMANIR.

Intoxication à l'eau de javel. *Intox À Eau Javel*. 2002;9(87):497–499.

65. Darodes

LES TRAUMATISMES DE LA MAIN CHEZ L'ENFANT.pdf. Accessed October 15, 2023. https://www.sfm.uqam.ca/upload/70_formation/02_formation/03_journees/archives/tr_auma_main.pdf

66. Hssaine K, Belhoucha B, Rochdi Y, Nouri H, Aderdour L, Raji A.

Les corps étrangers en ORL: expérience de dix ans. *Pan Afr Med J*. 2015;21:91. doi:10.11604/pamj.2015.21.91.6975

67. DUVALC, NECTOUXM, DARLOTJP.

European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS). CITI2; 1996.

68. Kateb K, Ouadah—Bedidi Z.

L'actualité démographique du Maghreb. Published online 2001.

69. Rekik A, Zouari A, Khaldi O, Gargouri A, Triki A.

[Epidemiologic profile of accidents in Tunisian children]. *Pediatric*. 1989;44(9):721–724.

70. LEBEUB.

Les Accidents Domestiques Responsables de l'hospitalisation d'enfants Au CHU de Nantes En 2002 : Mieux Connaître Pour Mieux Prévenir.; 2004.

71. Estimating the costs of non-fatal consumer product injuries in the United States: Injury

Control and Safety Promotion: Vol 7, No 2. Accessed October 15, 2023. [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/1566-0974\(200006\)7:2;1-R;FT097](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/1566-0974(200006)7:2;1-R;FT097)

72. Lapp A.

Les accidents de la vie courante. *Aide — Soignante*. 2019;33(209):12–13. doi:10.1016/j.aidsoi.2019.06.004

73. Zaloshnja E, Miller TR, Lawrence BA, Romano E.

The costs of unintentional home injuries. *Am J Prev Med*. 2005;28(1):88–94. doi:10.1016/j.amepre.2004.09.016

74. Peden M, Oyebite K, Ozanne—Smith J.

Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant. World Health Organization; 2009.

75. Forjuoh SN.

The mechanisms, intensity of treatment, and outcomes of hospitalized burns: issues for prevention. *J Burn Care Rehabil*. 1998;19(5):456–460.

76. Griffiths HR, Thornton KL, Clements CM, Burge TS, Kay AR, Young AER.

The cost of a hot drink scald. *Burns J Int Soc Burn Inj*. 2006;32(3):372–374. doi:10.1016/j.burns.2005.10.025

77. Kent L, King H, Cochrane R.

Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries. *Burns J Int Soc Burn Inj*. 2000;26(4):317–322. doi:10.1016/s0305-4179(99)00172-2

78. Joseph KE, Adams CD, Goldfarb IW, Slater H.

Parental correlates of unintentional burn injuries in infancy and early childhood. *Burns/Int Soc Burn Inj.* 2002;28(5):455–463. doi:10.1016/s0305-4179(02)00035-9

79. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf. Accessed October 15, 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

80. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf. Accessed October 15, 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

81. Boukind L, Chlihi A, Chafiki N, Alibou F, Terrab S., Bouchta A., – Bahechare N., Zerouali O XETUDE DE LA MORTALITE PAR BRULURE A PROPOS DE 414 CAS DE DECES. Accessed October 15, 2023. http://www.medbc.com/annals/review/vol_8/num_4/text/vol8n4p195.htm

82. Zahid A, Atannaz J, Alaoui M, et al.

Profil épidémiologique des brûlures d'enfants admis au Centre National des Brûlés, Maroc. *Ann Burns Fire Disasters.* 2011;24(4):171–174.

83. Droussi H, Benchamkha Y, Ouahbi S, et al.

Epidemiology and treatment of paediatric burns in a large children's hospital in Morocco: Analysis of 394 cases: Épidémiologie et traitement des brûlures pédiatriques dans un grand hôpital pour enfants au Maroc: l'analyse de 394 cas. *Afr J Emerg Med.* 2013;3(3):110–115. doi:10.1016/j.afjem.2013.04.002

84. FOULAL B.

Accidents domestiques chez l'enfant : connaissances et attitudes des mères en matière de prévention, Urgences pédiatriques CHU Ibn Rochd Casablanca, Thèse Méd., Casablanca 1994, n°238, 60p.

85. LASBEURL, THELOT B.

Mortalité Par Accident de La Vie Courante Chez Les Enfants de Moins de 15 Ans, MAC-15. Etude de Faisabilité Dans Trois Régions En France En 2009. Institut de veilles sanitaires; 2012.

86. Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N.

Progress in Preventing Injuries in the WHO European Region: Implementing the WHO Regional Committee for Europe

Resolution EUR/RC55/R9 on Prevention of Injuries in the WHO European Region and the Recommendation of the Council of the European Union on the Prevention of Injury and Promotion of Safety. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2008. Accessed October 16, 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/345357>

87. Council Recommendation of 31 May 2007 on the Prevention of Injury and the Promotion of Safety Text with EEA Relevance.; 2007. Accessed October 16, 2023. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32007H0718\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32007H0718(01))

88. CHARLESA, BADDACHE F.
Prévenir Les Risques. Agir En Organisation Responsable. AFNOR; 2006.
89. Sznajder M, Janvrin MP, Albonico V, Bonnin MH, Baudier F, Chevallier B.
[Evaluation of the effectiveness of an injury prevention kit delivery for toddlers in four French cities]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. 2003;10(6):510–516.
doi:10.1016/s0929-693x(03)00145-3
90. Tursza A.
[Is there a “French exception” for prevention? The example of childhood accidents]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003;51(5):457–459.
91. TURSZA, GERBOUIN—REROLLEP.
Les Accidents de l'enfant En France. Quelle Prévention, Quelle Évaluation Inserm; 2001.
92. Institut national de santé publique du Québec. Institut national de santé publique du Québec. Accessed October 16, 2023. <https://www.inspq.qc.ca/>
93. Lordier A.
[Epidemiology of accidents in children]. *Rev Prat*. 1984;34(29):1545–1548, 1553–1555.
94. Peden MM, McGee K, Krug E.
Injury: A Leading Cause of the Global Burden of Disease, 2000. World Health Organization; 2002.
95. Masson E.
Les accidents domestiques représentent 3,6 % de la mortalité. EM- Consulte. Accessed October 16, 2023. <https://www.em-consulte.com/article/247931/article/les-accidents-domestiques-representent-3c6p-de-la->
96. ROUSSILLE B.
Prévention des accidents de la vie courante. Déléguée Générale du CFES, Edition CFES, Mai 2000, 85p.
97. Dowswell T, Towner EM, Simpson G, Jarvis SN.
Preventing childhood unintentional injuries—what works? A literature review. *Inj Prev*. 1996;2(2):140–149. doi:10.1136/ip.2.2.140
98. CHASSOTA., FAWERC. L., CALAMEA.
Le développement Psychomoteur de l'Enfant au Cours des Deux Premières Années de Vie. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Suisse, 1995.
99. Doussin A, Dumesnil S, Fur PL.
Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002.
100. Capon-Degardin N, Martinot-Duquennoy V, Lesage-Maillard V, et al.
[Facial burns in children. 197 patients]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2001;46(3):190–195. doi:10.1016/s0294-1260(01)00020-6
101. MESSAADIA., BOUSSELMIK., KHORBIA., CHEBILM., OUESLATI S.
Etude prospective de l'épidémiologie des brûlures de l'enfant en Tunisie. Hôpital Aziza Othmana, Tunis, *Annals of Burns and Fire Disasters*, December 2004, XVII(4). Accessed October 17, 2023.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح

والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخال لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

الاطروحة رقم 376

السنة 2023

الحوادث المنزلية عند الاطفال : دراسة مسحية من منظور الآباء

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 26/10/2023
من طرف

السيد : محمد غازي فالح العودات

المزاداد في 1997/04/22 بمدينة اربد-المملكة الاردنية الهاشمية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

طفل-الحوادث المنزلية-عوامل الخطورة-الوقاية-تحقيق من منظور الآباء

اللجنة

الرئيس

م. بروس

أستاذ في طب الأطفال.

السيد

المشرف

و. لحميني

أستاذة في طب الأطفال.

السيدة

الحكام

ع. بنعلي

أستاذ في الطب النفسي.

السيد

س. أيت بظاهر

أستاذة في طب الرئة والسل.

السيدة

ل. بن عنتر

أستاذة في جراحة الأعصاب.

السيدة

