



## Article Original

# Épidémiologie des Accidents Domestiques chez l'Enfant à Dakar (Sénégal)

## *Epidemiology of domestic accidents among children at Dakar in Senegal*

A.S. Mohamed<sup>(1, \*)</sup>, P.A. Mbaye<sup>(2)</sup>, M. Fall<sup>(3)</sup>, A. Diouf<sup>(2)</sup>, N.A. Ndoeye<sup>(2)</sup>, A. Diaby<sup>(4)</sup>, A. Sagna<sup>(2)</sup>, O. Ndour<sup>(3)</sup>, G. Ngom<sup>(2)</sup>

### RÉSUMÉ

- (1) Centre de Santé des HLM, Dakar - Sénégal.
- (2) Service de Chirurgie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants Albert Royer de Dakar, Sénégal.
- (3) Service de Chirurgie pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal.
- (4) Institut de Formation et de Recherche en Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR), Dakar, Sénégal.

\***Auteur correspondant** :  
Dr Azhar Salim Mohamed :  
Centre de Santé des HLM,  
Dakar  
Email: [azhar1er@gmail.com](mailto:azhar1er@gmail.com)  
Tel : (+221) 704593188

**Mots clés** : Accidents domestiques, Petit enfant, Traumatismes, Chute, Fracture ; Dakar

**Keywords**: Domestic accident, Child, Trauma, Fall, Fracture, Dakar

**Introduction.** Ce travail avait pour but de rapporter les aspects épidémiologiques des accidents domestiques (AD) au niveau du service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants Albert Royer (HEAR) de Dakar. **Matériels et méthodes.** Les dossiers d'enfants victimes de traumatismes non intentionnels survenus à domicile ou dans ses abords immédiats étaient inclus. Nous avons noté l'âge et le sexe de l'enfant, le jour et l'heure de l'accident, le mécanisme de l'accident et le lieu de survenue. Nous avons aussi étudié les types de lésions occasionnées et leur siège. **Résultats.** On notait une prédominance masculine avec un sexe ratio de 2,21. L'âge moyen était de 4,2 ans et les enfants âgés de moins de 5 ans étaient les plus touchés (63,4 %). Les familles avec plus de deux enfants étaient les plus concernées (67 %). L'AD survenait le plus souvent les jours ouvrables avec un pic les mercredis (18,4 %). Près de la moitié des AD (42,2 %) étaient survenues le soir entre 17 heures et 20 heures. Les alentours de la maison étaient l'endroit le plus accidentogène (18,2 %). Les types d'accidents rencontrés ont été les suivants: les traumatismes (77,6 %), les intoxications (20,4 %) et les ingestions de corps étrangers (2 %). Les lésions les plus rencontrées étaient les fractures (46 %), suivies des traumatismes crano-encéphaliques (22,9 %), des contusions (21,3 %) et des plaies (9,8 %). Les membres pelviens étaient la partie du corps la plus touchée (51,5 %) suivis de la tête (10,6 %). Aucun cas de décès n'avait été enregistré. **Conclusion.** Les AD chez l'enfant sont fréquents dans notre service et surviennent essentiellement dans les abords immédiats de la maison. Les victimes sont essentiellement les garçons de moins de 5 ans. Les fractures prédominent et siègent aux membres.

### ABSTRACT

**Introduction.** The aim of this search was to study the epidemiology and lesional aspects of domestic accidents (DA) received at the pediatric surgery unit of Albert Royer Children's Hospital (HEAR) in Dakar. **Materials and methods.** Records of children victims of unintentional injuries occurred at home or in immediate surroundings were included. We noted the age and sex of the child, the day and time of the accident, the mechanism of the accident and the place of occurrence. We also studied the types of lesion and their seat. **Results.** We noted a male predominance with a sex ratio of 2.21 and an average age of 4.2 years. Children under 5 were the most affected (63.4%). Families with more than two children were the most affected (67%). The DA most often occurred on working days with a peak on Wednesdays (18.4%). Nearly half of the DAs (42.2%) had occurred in the evening between 5 pm and 8 pm. The surroundings of the house were the most accidental place (18.2%). The types of accidents encountered were as follows: trauma (77.6%), intoxication (20.4%) and foreign body ingestions (2%). The most common lesions were fractures (46%), followed by cranioencephalic trauma (22.9%), contusions (21.3%) and wounds (9.8%). Pelvic limbs were the most affected part of the body (51.5%). No deaths had been recorded. **Conclusion.** DAs in children are common in our service and occur mainly in the immediate surroundings of the house. Victims are mostly boys under 5 years old. Fractures predominate and sit on the limbs.

## INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 9 % de la mortalité mondiale est liée aux traumatismes [1], ce qui constitue problème de santé publique majeur. Dans de nombreux pays, les traumatismes sont la principale cause de mortalité et de morbidité [2, 3]. Les accidents domestiques (AD) sont des traumatismes non intentionnels de la vie courante, survenant dans la maison ou dans ses abords immédiats. Ils surviennent surtout chez les enfants âgés de moins de cinq ans et beaucoup plus dans la cour et le jardin [4-6]. La chute est le mécanisme prédominant, suivi des brûlures et des intoxications accidentelles [4-6]. Les AD sont à l'origine de diverses lésions telles que les contusions, les plaies et les fractures et peuvent être à l'origine de séquelles handicapantes et de décès [4-8]. Peu documentés dans notre pays [4, 6] et dans les pays en développement en général, les AD sont susceptibles de revêtir des caractéristiques différentes et d'être tout aussi graves. Le but de ce travail était de rapporter les aspects épidémiologiques et lésionnels des AD pris en charge au service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfant Albert Royer (HEAR) de Dakar sur une période d'une année allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, réalisée au service de Chirurgie pédiatrique de l' HEAR de Dakar du 1er Janvier au 31 Décembre 2017, soit une période de 12 mois. L'enquête a concerné tous les cas d'AD reçus et pris en charge dans ce service durant la période d'étude. Ont été inclus tous les enfants âgés de moins de 15 ans victimes d'un AD qui ont consulté et pris en charge dans ce service. Les patients référés, non enregistrés ou ayant un dossier incomplet avaient été exclus de l'étude.

Nous avons évalué la fréquence des AD par rapport à l'ensemble des consultations dudit service. La collecte des données a été effectuée à partir d'une fiche d'enquête individuelle contenant plusieurs items divisés en deux parties. La première renseignait les caractéristiques sociodémographiques des patients tels que le genre, l'âge des enfants réparti en quatre tranches (les nouveau-nés de 0 à 28 jours, les nourrissons de 29 jours à 30 mois, les enfants d'âge préscolaire âgés de 31 mois et 5 ans, et les enfants âgés de 6 ans et plus), le nombre d'enfants vivants dans la famille. La deuxième partie était consacrée aux caractéristiques de l'accident : le jour et l'horaire (répartie en quatre tranches : le matin de 06 heures à 12 heures, l'après-midi de 13 heures à 17 heures, le soir entre 18 heures et 20 heures et la nuit entre 21 heures et 05 heures du matin) et le lieu de survenue de l'accident. Cette partie renseignait aussi sur le mécanisme de l'accident (chute, écrasement, brûlure, intoxication, ingestion de corps étranger, ...), le type de lésion occasionnée (fracture, contusion, luxation, plaie, brûlure, aucune, ...) et sa localisation (membres pelviens ou thoraciques, tête, abdomen, thorax, ...). La saisie et l'analyse des données

ont été réalisées à l'aide des logiciels Sphinx, Microsoft Excel 2007.

## RÉSULTATS

### Aspects épidémiologiques

Au total 103 cas d'AD ont été colligés durant notre période d'étude, ce qui représentait une fréquence de 6,91 % de l'ensemble des consultations en 2017.

Notre population d'étude était composée de 71 garçons (68,9 %) et de 53 filles (31,1 %) soit un sexe ratio de 2,21. La moyenne d'âge de nos patients était de 51,07 mois (4,2 ans). On notait une prédominance des nourrissons (39,80 %) suivis des enfants d'âge préscolaire avec 31,06 % des cas (figure 1).

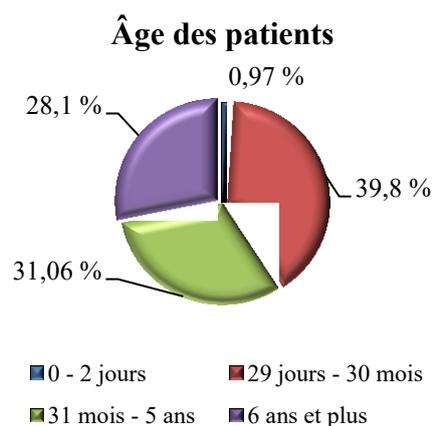


Figure 1 : Répartition des enfants selon l'âge

On comptait en moyenne 2,3 enfants par famille des enfants victimes d'AD. La majorité de nos patients était issue d'une famille ayant au moins deux enfants soit dans 67 % des cas. Les familles qui avaient moins de deux enfants représentaient 33 % des cas.

### Caractéristiques de l'accident et aspects lésionnels

Les AD survenaient tous les jours avec des pics le mercredi et le lundi avec respectivement 19,3 % et 17,4 % (figure 2).

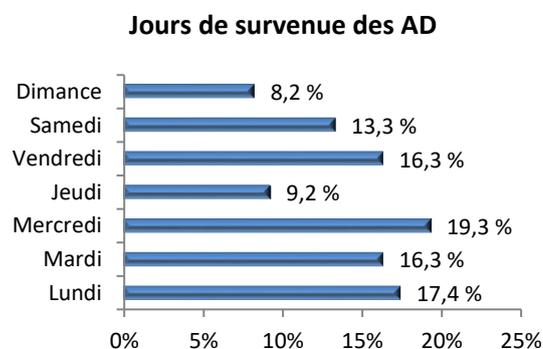


Figure 2 : Répartition des AD selon le jour de survenue

Près de la moitié de ces accidents est survenue le soir entre 18 heures et 20 heures soit dans 42,2 % des cas, tranche horaire suivie de l'après-midi entre 13 heures et 17 heures, du matin et de la nuit avec respectivement 28,9 %, 25,3 % et 3,6 % des cas. Dans notre série, l'AD survenait principalement aux alentours de la maison (18,2 %), lieu suivi de la chambre parentale avec 16,7 % des cas (figure 3).

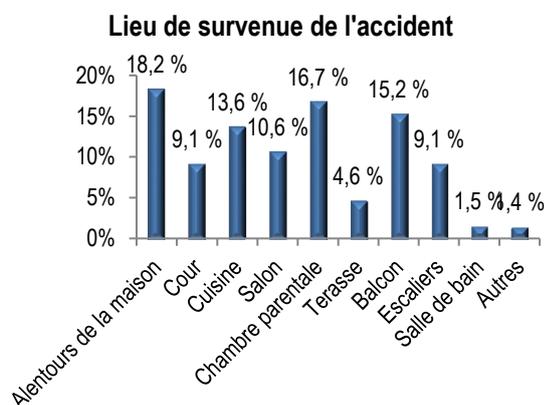


Figure 3 : Répartition des AD selon le lieu de survenue

Selon le type de l'accident, les traumatismes prédominaient avec 77,6 % des cas suivis des intoxications (20,4 %) et des ingestions de corps étrangers (2 %). La chute était le mécanisme le plus impliqué dans les traumatismes soit dans 63,75 % des cas. Les brûlures venaient en deuxième position avec 23,75 % (n = 24) des cas suivies des écrasements (7,5 %) puis des collisions (5 %).

Concernant les brûlures (n = 24), les filles étaient les plus touchées avec 58 % des cas. Il s'agissait dans la majorité des cas de brûlures par liquide bouillant (78,9 %), suivies des brûlures par flamme (15,8 %) puis des brûlures électriques (5,3 %). La majorité de ces brûlures était du second degré soit dans 94,7 % des cas. Les brûlures du troisième degré représentaient 5,3 % des cas.

L'ingestion accidentelle de l'eau de Javel représentait la moitié des cas des intoxications soit dans 50,1 % des cas, suivie de la soude caustique (31,8 %), de pétrole (13,6 %) puis d'acide (4,5 %). Seuls deux cas d'ingestion de corps étrangers avaient été enregistrés dont une ingestion de pile au lithium chez un enfant de deux ans et une ingestion d'une aiguille chez un nourrisson de 20 mois.

Nous n'avons pas trouvé des cas de noyade dans la série. Les autres mécanismes (chute et collision) étaient à l'origine de diverses lésions avec une prédominance des fractures soit dans 46 % des cas (figure 4).

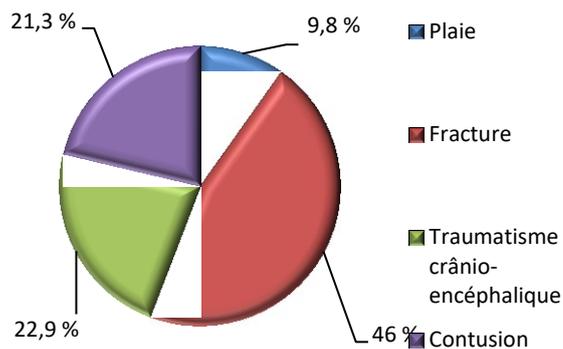


Figure 4 : Répartition des victimes selon le type de lésion

Ces lésions siégeaient surtout aux membres pelviens (49,1 %) et thoraciques (24,7 %). Les lésions à siège céphalique (23 %) et du tronc (3,2 %) suivaient respectivement.

Aucun cas de décès n'avait été enregistré dans cette étude.

## DISCUSSION

Les AD représentent une part importante de l'activité de consultation au service de chirurgie pédiatrique de l'HEAR durant notre période d'étude. Notre fréquence est supérieure à celle retrouvée par Ategbro et al [4] au Gabon (2,2 %), mais inférieure à celle retrouvée par Mohamed et al [5] (28,8 %) à l'unité des urgences du service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) de Dakar en 2010. Le faible taux retrouvé par Ategbro [4] pourrait s'expliquer par la faiblesse de son échantillon liée à la courte période d'étude et à la restructuration des services de pédiatrie. La différence avec Mohamed et al [5] s'explique par le fait que le service de chirurgie pédiatrique de l'HALD recevait la presque totalité des urgences de chirurgie pédiatrique du Sénégal. Notre service venait juste d'ouvrir ses portes sur la période d'étude concernée par cette enquête.

Dans notre étude, les enfants âgés de moins de 5 ans sont les plus touchés. Ce résultat concorde avec les données de la littérature [4-7, 9]. Ces données peuvent s'expliquer par le fait qu'après 2 ans et avant 6 ans, on observe chez l'enfant une certaine autonomie dans les déplacements associée à une incoordination motrice, et une volonté de découverte du monde [4] ; après l'âge d'un an, les enfants marchent, ce qui leur permet de découvrir le monde et d'échapper à la surveillance de leurs parents [10]. L'acquisition d'une autonomie de déplacement et l'instinct exploratoire pourraient expliquer la fréquence élevée des AD dans cette tranche d'âge de 0 à 5 ans.

On note une prédominance masculine dans ce travail, résultat similaire aux autres études [4-7, 9, 10, 11]. Ceci pourrait être lié à un comportement plus agressif des garçons, volontiers, plus oppositionnels quant aux interdits, aux capacités plus athlétiques et à une certaine autonomie qui leurs sont déléguées. Au Sénégal les filles sont souvent confinées dans les tâches ménagères, ce qui pourrait expliquer leur faible représentation [5, 6]. Le tableau 1 fait une comparaison du sexe ratio dans diverses études.

**Tableau 1 : Comparaison des sex-ratios dans diverses études sur les accidents domestiques chez l'enfant**

Étude	Pays	Sex-ratio
Mohamed [5]	Sénégal	1,5
Rafai [8]	Maroc	1,08
Dongma [11]	Cameroun	1,58
Ategbo [4]	Gabon	1,24
Notre étude	Sénégal	2,21

Dans notre série, les AD surviennent principalement les jours ouvrables avec un pic le mercredi. Ceci peut s'expliquer par le fait que le mercredi soir, les classes sont vacantes entraînant plus de temps de jeu chez les enfants à la maison. Dans les séries de Mohamed et al [5, 6] à Dakar, les jours ouvrables étaient des jours de grande affluence concordant avec les résultats de Lebeu [12] et de Reboli [13] en France. Par contre Ategbo et al [4] au Gabon ont retrouvé une majorité des AD les week-ends. Selon lui, ce résultat pourrait s'expliquer par la présence au domicile, les samedi soir et dimanche, des enfants qui sont moins surveillés car il s'agit des jours de repos parental [4]. Cependant, Reinberg et al [14] et Carter et al [15] rapportent qu'il n'y a pas de variation sensible du nombre d'accidents selon le jour de la semaine.

Le moment de prédilection des accidents dans notre étude est le soir entre 17 heures et 20 heures. Dans le travail de Mohamed et al [5], plus de la moitié des AD survenaient le soir entre 15 heures et 22 heures. Selon eux, à cette tranche horaire les enfants rentrent de l'école et une fois à la maison, ils se livrent à des activités de jeu ou de sport à l'origine d'AD [5]. Mabiala-Babela et al [16] ont retrouvé au Congo chez les nourrissons une fréquence élevée d'accidents entre 18 heures et 6 heures du matin. Selon Thélot [10], la chronologie des AD sur la journée correspond grosso-modo à celle des activités générales avec un maximum entre 16 et 19 heures. Ceci peut s'expliquer par un relâchement de la vigilance des parents à certaines heures, aussi par le fait que souvent ou occasionnellement les enfants sont laissés seuls à domicile ou à la garde d'autres enfants tels que le rapportent Ruiz et Heymann [17] au cours d'une étude multicentrique.

Dans notre étude, les alentours de la maison constituent le lieu prépondérant des AD. Le manque de surveillance à ces instants (culturellement au Sénégal on demande souvent aux enfants de jouer dehors) peut expliquer ce résultat. Ce lieu de survenue est suivi dans l'ordre par la chambre parentale et le balcon. L'ordre de fréquence des lieux de survenue varie d'une étude à une autre. Cependant des constantes demeurent sur les lieux les plus fréquents à savoir : la cuisine, la cour et la chambre (tableau 2).

**Tab 2 : Lieux de survenue de l'accident dans diverses études**

Rangs	Séries (pays)	Ategbo (Gabon) [4]	Epac, Thélot (France) [10]	Mohamed (Sénégal) [5]	Notre étude (Sénégal)
1 <sup>er</sup> rang		Cour	Chambre	Cour	Alentours maison
2 <sup>ème</sup> rang		Chambre	Cour	Chambre	Chambre
3 <sup>ème</sup> rang		Cuisine	Cuisine	Escaliers	Balcon
4 <sup>ème</sup> rang		Escaliers	Cour	Cuisine	Cuisine

Les traumatismes arrivent largement en tête des AD dans notre série. Ce résultat est le même que celui trouvé au Mali par Toure [18] chez qui ils représentaient 77,7 % des cas. La chute est le principal mécanisme des traumatismes dans ce travail. Ceci pourrait être expliqué par le fait que le jeu est la principale activité des enfants à domicile, et que celui-ci est constitué de courses et sauts pouvant occasionner ces chutes. Ce résultat est en conformité avec celui d'Ategbo [4] au Gabon, de Zwi [19] dans son étude sur les accidents dans les pays en développement et de Mohamed et al [5] au Sénégal. Dans les séries européennes [10, 13], la chute constitue le mécanisme le plus fréquent. Pour Dedoukou et al [20] en Grèce, les accidents par chute sont responsables de 10 % de cas d'hospitalisation chez le nourrisson.

Les brûlures constituent le second mécanisme des traumatismes dans cette étude, résultat semblable à celui de Mohamed et al [5] où elles constituent également le second mécanisme des AD avec cependant seulement 13 % des cas. Les brûlures par liquide bouillant et flamme arrivent respectivement en première et deuxième position avec une nette prédominance des liquides chauds. Le même ordre de fréquence est retrouvé dans l'étude de Toure [18] avec un écart moins marqué (43,4 % et 29,6 %). Notre taux de brûlures par liquide chaud est sensiblement égal à celui de Natter [21] dans la région Lausannoise qui a eu sur les enfants âgés de 2 mois à 15 ans 78 % de brûlures par liquide chaud. La brûlure concerne par ailleurs les deux sexes, mais une prédominance féminine est retrouvée (57,9 %) dans notre étude contrairement à Zahid et al [22] qui ont trouvé une prédominance masculine (59 %). Ceci peut s'expliquer par le fait que culturellement dans notre contexte les filles accompagnent les mamans dans les tâches ménagères. Selon Mohamed [5], l'incidence élevée de ces brûlures surtout chez le nourrisson dans notre contexte pourrait être expliquée par l'absence de local dédié à la cuisine dans certains ménages.

L'écrasement constitue le troisième mécanisme des traumatismes dans notre étude, résultat similaire à celui de Thélot [7] qui rapporte 6 % de ce type de mécanisme. Quant aux AD par objet tranchant, ils sont rares aussi bien dans notre étude que dans la littérature [23, 24]. Ces deux mécanismes peuvent être expliqués dans notre contexte par les mutations socio-culturelles avec l'avènement de télévisions à écran plat que l'on fixe au mur, et de table en verre à l'origine de nouveau type d'accident domestique. Les principales lésions rencontrées durant notre étude sont les fractures, alors que dans les études occidentales, les contusions et les plaies viennent en première position [7, 10, 13, 25]. Le football et la lutte sont à l'origine de beaucoup de lésions fracturaires [26], ce qui explique la prédominance de ces lésions dans notre étude. Les parties du corps les plus touchées dans notre étude sont les membres pelviens et la tête. Dans l'étude de Toure [18] au Mali, l'atteinte des membres pelviens arrivait en première position alors que l'atteinte de la tête arrivait chez tous les 2 au troisième rang. Dans l'étude de Mohamed et al [5, 6] au service de chirurgie pédiatrique de l'HALD, les membres sont la principale localisation des lésions lors d'un AD. Ce résultat est en conformité avec les données

de la littérature [10, 25]. D'autres auteurs ont retenu la tête comme la principale cible des traumatismes surtout chez les jeunes enfants avant 5 ans [13, 17, 27]. Cette différence s'explique par l'existence d'un biais de sélection dans notre contexte, car les traumatismes de la tête sont pris en charge presque exclusivement au service de Neurochirurgie situé à une dizaine de mètres de notre service.

Le taux d'intoxications dans notre série est supérieur à celui rapporté par Esfanji [28]. L'ingestion accidentelle est le seul mécanisme des intoxications dans notre étude. Elle concerne essentiellement les produits ménagers (eau de javel, et soude caustique), résultat supérieur à celui de Baudet (25 %) [29] et de Ollanzobo et al (10 %) [30]. L'eau de javel est le caustique le plus incriminé dans notre étude suivie de la soude, résultat en conformité avec celui de Ollanzobo et al [30]. La fréquence de l'intoxication à l'eau de javel pourrait être expliquée par la présence quasi-constante de ce dernier dans les ménages sénégalais. En effet, l'eau de javel est un agent de blanchissement et un désinfectant puissant couramment utilisé. Il est composé, dans des proportions variables, d'eau, d'hypochlorite de sodium, de chlorure de sodium et de soude [31]. Au Sénégal, il est commercialisé sous différentes formes correspondant à différentes concentrations. Les berlingots mous et les dosettes dures de 250 ml contiennent de l'eau de Javel concentrée (48° chlorométriques). Par addition de 750 ml d'eau, on obtient 1 l d'eau de Javel diluée. Les bouteilles du commerce contiennent 1 à 2 l d'eau de Javel diluée (12° chlorométriques). L'intoxication aiguë chez l'enfant est la conséquence de l'accessibilité de ce dernier aux produits toxiques mais surtout leur stockage, non plus dans leur emballage d'origine mais dans des récipients inadéquats (exemple : une bouteille d'eau minérale). Il y a eu dans notre série qu'un seul cas d'ingestion de pile. Ceci est en conformité avec les données de la littérature [8-10, 13]. Mabilia-Babela et al [16], dans leur étude portant sur les AD chez le nourrisson, ont retrouvé un taux de décès de 1,26 % (4 décès sur 317 cas), proche de celui de Mohamed et al à Dakar avec 1,2 % (4 décès sur 555 cas). Les AD avec les accidents de la circulation, les noyades, les empoisonnements causent 60 % des traumatismes mortels chez l'enfant [32]. Les traumatismes par chute susceptibles d'être les plus dangereux sont souvent les traumatismes crânio-encéphaliques qui ne sont pas ou rarement pris en charge au niveau des services de chirurgie pédiatrique à Dakar.

## CONCLUSION

Les AD chez l'enfant sont fréquents à Dakar et surviennent essentiellement dans les abords immédiats du domicile. Ils touchent essentiellement le garçon âgé de moins de 5 ans, victime le plus souvent d'une chute. Les lésions sont dominées par les fractures qui siègent surtout aux membres. Nous n'avons pas enregistré de décès car les traumatismes sont de basse énergie. Le personnel de santé doit jouer un rôle capital dans la sensibilisation des parents sur les AD des enfants et leur prévention par des campagnes médiatiques et des réunions intercommunautaires.

## CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions les enfants et leurs familles pour leur participation volontaire ainsi que le personnel des services de pédiatrie générale de l'hôpital National de Donka qui a contribué à cette étude.

## CONTRIBUTIONS

L'ensemble des auteurs ont participé à la conception et réalisation de l'enquête. La version finale du manuscrit a été corrigée par le Pr Ngom.

## REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). Injuries. Geneva: WHO; 2017. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/injuries/en/>. Consulté le 11/03/2019.
2. World Health Organization (WHO). Violence and Injury Prevention: Child Injuries. Geneva: WHO; 2017. Disponible sur : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/en/). Consulté le 11/03/2019.
3. Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional Injuries in the Home in the United States. Part I. Mortality. *Am J Prev Med* 2005;28(1):73-79.
4. Ategbo S, Minto'o S, Koko J, Mba-Meyo SM. Aspects épidémiologiques des accidents domestiques de l'enfant à Libreville (Gabon). *Clin Mother Child Health* 2012;9:1-3.
5. Mohamed AS, Omid A, Faye Fall AL, Mbaye PA, Seck NF, Ndour O, et al. Les accidents domestiques chez l'enfant à Dakar: à propos de 555 cas. *J Pédiatr Puéricult* 2015;28(5):217-222.
6. Mohamed AS, Sagna A, Fall M, Ndoeye NA, Mbaye PA, Fall AL, et al. Les accidents de la vie courante chez l'enfant à Dakar: à propos de 201 cas. *Pan Afr Med J* 2017;27:272.
7. Thélot B. Épidémiologie des accidents de la vie courante chez l'enfant. *Arch Pédiatr* 2010;17(6):704-705.
8. Rafai M, Mekaoui N, Chouaib N, Bakkali H, Belyamani L, El Kouraichi A, 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;20:28.
9. Rogmans W. Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union européenne : défis pour demain. *Santé Pub* 2000;12(3):283-298.
10. Réseau EPAC, Thélot B (Dir.). Institut de veille sanitaire, Département maladies chroniques et traumatismes, juin 2003. Disponible sur : [www.invs.sante.fr/publications/2006/epac/epac\\_fr.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/epac/epac_fr.pdf). Consulté le 10/03/2019.
11. Dongma OL. Accidents domestiques chez l'enfant et facteurs de mauvais pronostic à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Yaoundé :

- Université de Yaoundé I. Disponible sur : <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/633>. Consulté le 10/03/2019.
12. Lebeu B. Les accidents domestiques responsables d'hospitalisation d'enfants au CHU de Nantes en 2002 : mieux connaître pour mieux prévenir [Thèse Médecine]. Nantes : Université de Nantes ; 2004.
  13. Reboli E. Les accidents de la vie courante: étude descriptive à partir du recueil de 10177 données, EPAC 2004 du service des urgences pédiatriques du Havre et projets de prévention pour l'agglomération havraise [Thèse Médecine]. Rouen : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2006.
  14. Reinberg O, Lutz N, Reinberg A, Mechkouri M. Trauma does not happen at random. Predictable rhythm pattern of injury occurrence in a cohort of 15,110 children. *J Pediatr Surg* 2005;40(5):819-825.
  15. Carter YH, Jones PW. Accidents among children under 5 years old: a general practice-based study in north Staffordshire. *BrJ Gen Pract* 1993;43(369):159-163.
  16. Mabilia-Babela JR, Pandzou N, Moyen GM. La pathologie accidentelle du nourrisson aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville (Congo). *J Pédiatr Puéricult* 2010;23(4):185-190.
  17. Ruiz-Casares M, Heymann J. Children home alone unsupervised: Modeling parental decisions and associated factors in Botswana, Mexico, and Vietnam. *Child Abuse Negl* 2009;33(5):312-323.
  18. Toure W. Accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans à la commune I du district de Bamako [Thèse Médecine]. Bamako: Université de Bamako; 2014.
  19. Zwi AB. Injury control in developing countries: context more than content is crucial. *Inj Prev* 1996;2(2):91-92.
  20. Dedoukou X, Spyridopoulos T, Kedikoglou S, Alexe DM, Dessypris N, Petridou E. Incidence and risk factors of fall injuries among infants: a study in Greece. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(10):1002-1006.
  21. Natterer J. Targeting burn prevention in the pediatric population: a prospective study of children's burns in the Lausanne area [Doctoral dissertation]. Lausanne : Université de Lausanne ; 2010.
  22. Zahid A, Atannaz J, Alaoui M, Rafik A, Ezzoubi M, Diouri 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.
  23. Keita F. Les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 5 ans au service de pédiatrie du CHU-GT [Thèse Médecine]. Bamako : Université de Bamako ; 2010.
  24. Ennaim N. Prévention des accidents domestiques de l'enfant : enquête à Marrakech [Thèse Médecine]. Marrakech: Université Cadi Ayyad; 2009, n°68.
  25. Phelan KJ, Khoury J, Kalkwarf H, Lanphear B. Residential injuries in US children and adolescents. *Public Health Rep* 2005;120(1):63-70.
  26. Ngom G, Mohamed AS, Mbaye PA, Fall M, Ndour O, Faye Fall AL, et al. Wrestling game injuries among children in Dakar: a report on 172 cases. *Pan Afr Med J* 2017; 26:150.
  27. Yeh ES, Rochette LM, McKenzie LB, Smith GA. Injuries associated with cribs, playpens, and bassinets among young children in the US, 1990-2008. *Pediatrics* 2011;127(3):479-486.
  28. Esfanjani MR, Sadeghi-Bazargani H, Golestani M, Mohammadi R. Domestic Injuries among Children Under 7 Years of Age in Iran; The Baseline Results from the Iranian First Registry. *Bull Emerg Trauma* 2017;5(4):280-284.
  29. Baudet M, Aouroux N, Houin G. Intoxications accidentelles domestiques. *EMC - Toxicologie-Pathologie* 2004;1(2):29-34.
  30. Ollandzobo Ikobo LCAI, Ahoui Apendi C, Atipo Ibara BI, Mabilia-Babela JR, Deby-Gassaye D, Ibara JR. Aspects épidémiologiques des ingestions de produit caustique chez l'enfant au CHU de Brazzaville. *Ann Sc Santé* 2017;17(1)24-32.
  31. Tursz A, Lelong N, Crost M. Home accidents to children under 2 years of age. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990;4(4):408-421.
  32. Townner E, Scott I. Chapitre 1. Les traumatismes chez l'enfant considérés dans leur contexte. In: Peden M, et al, editors. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant. Suisse : Organisation mondiale de la santé (OMS) ; 2008. p.1-30.