

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Section médecine
Année Universitaire: 1997-1998

N° 30

**LES TRAUMATISMES PAR CHUTE D'ARBRE AU
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL SANOU SOURO
DE BOBO-DIOULASSO.**

THESE

présentée et soutenue publiquement le 9 Décembre 1997
pour l'obtention du

**GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)**

par
Jean-Pierre YARA
né le 17 Février 1969 à Abidjan (Cote d'Ivoire)

Directeur de Thèse: Professeur Raphaël K. OUEDRAOGO
Co-directeur: Docteur Thimothée KAMBOU

MEMBRES DU JURY

Président: Professeur Moumouni R. OUIMINGA

**Membres: Professeur Raphaël K. OUEDRAOGO
Docteur Jean-Aurélien SANOU
Docteur Raphaël DAKOURE**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (F.S.S)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S

Enseignants permanents

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIHINGA	Anatomie, Organogenèse et Chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et pathologie médicale
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-pathologie
Amadou SANOU	Chirurgie
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie - toxicologie

Professeur associé

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
-----------------	-----------------

Maîtres de Conférences Agrégés

Julien YILBOUDO	Orthopédie-traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphael OUEDRAOGO	Chirurgie
François René TALL	Pédiatrie
Blaise SONDO	Santé publique
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Jean KABORE	Neurologie

Maîtres de Conférences associés

Jean TESTA

Epidémiologie - parasitologie

Maîtres assistants

Georges Alfred KI-ZERBO

Maladies Infectieuses

Patrice ZABSONRE

Cardiologie

Lady Kadiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Jean LANKOANDE

Gynécologie - obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

Ludovic KAM

Pédiatrie

Adama LENGANI

Néphrologie

Omar TRAORE N°1

Chirurgie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Adama TRAORE

Dermatologie

Abdoulaye TRAORE

Santé publique

Kampadilemba OUOBA

Oto-Rhino-Laringologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Albert WANDAOGO

Chirurgie

Dama SANO

Chirurgie Générale

Arouna OUEDRAOGO

Psychiatrie

Maîtres assistants associés

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Assistants chefs de cliniques

Sophar HIEN

Chirurgie-Urologie

Philippe ZOURE

Gynécologie - Obstétrique

T. Christian SANOU (in mémoriam)	Oto-Rhino-Laringologie
Madi KABRE	Oto-Rhino-Laringologie
Nicole KYELEM	Maladies Infectieuses
Doro SEREME (in mémoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation et Physiologie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation et Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation et Physiologie
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Seydou KONE	Neuro-Chirurgie
Raphael SANOU (in mémoriam)	Pneumo-phtisiologie
Théophile N. TABSOBA	Biophysique
Oumar TRAORE N°2 (in mémoriam)	Radiologie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie-Obstétrique
Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-Rhino-Laringologie
Boubacar TOURE	Gynécologie-Obstétrique
Alain N. ZOUBGA	Pneumo-Phtisiologie
André K. SAMANDOULGOU	Cardiologie
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Thimothée KAMBOU	Urologie
Jean-Aurélien SANOU	

Assistants Biologistes des hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactériologie-Virologie
Idrissa SANOU	Bactériologie-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-Virologie
Harouna SANON	Hématologie-Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des sciences et techniques (FAST)

Professeurs titulaires

Alfred TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie végétale
Guy V OUEDRAOGO	Chimie minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie cellulaire
Laou Bernard KAM (in memoriam)	Chimie

Maîtres de conférence

Boukary LEGMA	Chimie- Physique générale
François ZOUGMORE	Physique
Didier ZONGO	Génétique
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie

Maîtres assistants

Wendendouni GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie cellulaire
Adama SARA	Chimie Organique
Marcel BONKLAN	Mathématiques et Statistiques

Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO	Physique
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Philippe SANKARA	Cryptogamie-Phyto-Pharmacie
Makido Bertin OUEDRAOGO	Génétique
Jeanne MILLOGO	T.P Biologie cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Jean KOULDIATY	Physique

Assistants

Appolinaire BAYALA (in mémoiariam) Physiologie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maîtres assistants

Tibo Hervé KABORE Economie gestion

Assistant

Mamadou BOLY Gestion

Faculté de Droit et de sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAHITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Virginie TAPSOBA Ophtalmologie

Boukari Joseph OUANDAOGO Cardiologie

R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Saidou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Raphael DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
M. GUILLERET	Hydrologie
M. DAHOU (in mémoriam)	Hydrologie
Michel SOMBIE	Planification
Mme Henriette BARRY	Psychologie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Adama THIOMBIANO	Législation pharmaceutique
Sidiki TRAORE	Galénique
Badioré OUATTARA	Galénique
André OUEDRAOGO	Nutrition
Dr Paul Marie ILBOUDO	Anglais
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Tométo KALOULE	Médecine du travail
Arcadius OUEDRAOGO	Pharmacie Vétérinaire
Bendi OUOBA	Pharmacie galénique
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.E

Pr Lamine DIAKATE	Hématologie (Dakar)
Pr Abibou SAMB	Bactériologie-Virologie (Dakar)
Pr José Marie AFOUTOU	Histologie et Embryologie(Dakar)
Makhtar WADE (DAKAR)	Bibliographie

Babakar FAYE (DAKAR)	Pharmacologie
Pr M.K.A. EDEE (Lomé)	Biophysique(Lomé)
Mbayang NDIAYE-NIANG (DAKAR)	Physiologie
R. DARBOUX (Bénin)	Histologie-Embryologie
Pr Ag. Emmanuel. BASSENE (Dakar)	Pharmacognosie
Mamadou BADIANE (DAKAR)	Chimie thérapeutique
Doudou THIAM (DAKAR)	Hématologie

O.M.S

Auguste KADIO (Abidjan)	Pathologies infectieuses et parasitaires
Jean Marie KANGA (Abidjan)	Dermatologie
Arthur NGOLET (Brazzaville)	Anatomie Pathologique
Jean Jacques BERJON (Créteil)	Histologie-Embryologie
Frédéric GALLEY (Lille)	Anatomie-pathologique
Moussa TRAORE (Bamako)	Neurologie

Mission Française de Coopération

Pr Etienne FROGE (Tours)	Médecine Légale
Henri MOURAY (Tours)	Biochimie
Jacques SANTINI (Tours)	Anatomie
Deni WOUESSI DJEWE (Paris XI)	Pharmacie galénique
M. BOIRON	Physiologie
Pr. Jean-Pierre BOCQUET (Nice)	Hygiène hospitalière
Dr. Martin DUPONT-CLEMENT (Limoges)	Médecine Légale

Mission de l'Université libre de bruxelle (ULB)

Pr Marc Van DAMME	Chimie analytique et Biophysique
Pr MOES	Galénique

DEDICACES

Je dédie ce travail à...

DIEU, LE PERE TOUT PUISSANT

Pour l'inspiration qu'il nous a donné au cours de ce travail. Que son fils Jésus soit loué.

Mon PAPA et oncle Kaye YARA (in memoriam).

Nous ne cesserons de faire mien, l'éducation que nous avons reçu. Que votre âme repose en paix.

A ma Maman

Vous avez su nous éduquer malgré les multiples préoccupations et problèmes

A la mère de mon enfant

Je lui serai reconnaissant pour tout ce qu'elle a fait pour moi

la grande famille YARA

Pour qu'il ait au sein de la famille un esprit de tolérance avec le souci constant de soutenir les petits frères.

Que la cohésion familiale soit dans le cœur de tout un chacun.

A tous mes amis

Pour l'amitié qu'ils ont su comprendre et maintenir.

Restons solidaires.

REMERCIEMENTS

Aux médecins du service de chirurgie CHNSS

Pour leur important apport à ce travail.

Au personnel de l'Hôpital SOURO SANOU (Bobo-Dioulasso).

Merci pour la collaboration dont vous avez su faire preuve pendant notre stage.

A tous ceux qui ont contribué d'une manière directe ou indirecte à la réalisation de ce travail.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET JUGE
Professeur Ramdé Moumouni. OUIMINGA
Secrétaire général du cames
Doyen honoraire de la Faculté des Sciences de la Santé

Vous nous avez fait le grand honneur de présider le jury de notre thèse. Votre présence dans notre jury nous honore. Nous avons bénéficié de votre brillant enseignement. Permettez-nous de vous remercier sincèrement et de vous donner l'expression de nos sentiments de profond respect et de reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE
Professeur Agrégé Robert Kongoré OUEDRAOGO
Chef de service de la Chirurgie A du C.H.N.YO.

Nous vous avons admiré pour votre disponibilité permanente tout au long de ce travail.

Nous vous en sommes très reconnaissant et vous prions de recevoir notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE
Docteur Thimothée KAMBOU
Chef de service de la Chirurgie D du C.H.N.SS.

Vous avez initié et dirigé ce travail .

Malgré vos nombreuses occupations, vous n'avez ménagé aucun effort pour le voir enfin aboutir. Nous restons toujours enchanté de travailler et d'apprendre avec vous.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Raphaël DAKOURE

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement. C'est une fois de plus une chance et un réel plaisir de vous retrouver dans notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Jean-Aurélien SANOU

Chef de service de la Chirurgie C du C.H.N.SS.

Votre présence dans notre jury nous confère la plus grande joie. Le dévouement, l'ardeur que vous attachez à votre travail.

Trouvez ici l'assurance de notre gratitude et notre profond respect.

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TABLES DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	6
I.1. LES GENERALITES SUR LES ACCIDENTS	6
I.1.1 La définition de l'accident	6
I.1.2. Les différentes variétés d'accidents.....	6
I.1.3 La fréquence des accidents	7
I.2. LA CHUTE PAR DECELERATION VERTICALE	7
I.2.1 Le point sur les chutes par décélération verticale.....	7
I.2.2 Les raisons de l'étude.....	8
II. LES OBJECTIFS	11
II.1 OBJECTIF GENERAL	11
II.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES	11
III. METHODOLOGIE	13
III.1 CADRE DE L'ETUDE	13
III.1.1 L'Aperçu sur la ville de Bobo-Dioulasso	13
III.1.2 La végétation de la région de Bobo-Dioulasso [7]	13
III.1.3 Les infrastructures sanitaires.....	14
III.1.3.1 Le centre hospitalier national Sourô Sanou [9, 12]	14
III.1.3.2 Le service des urgences.....	15
III.1.3.2.1 La présentation du service	15
III.1.3.2.2 Le personnel.....	16
III.1.3.2.3 L'organisation du travail	16
III.1.3.3 Le service de chirurgie	17
III.1.3.3.1 La présentation.....	17
III.1.3.3.2 Le personnel.....	17
III.2. MATERIELS ET METHODES	17
III.2.1. Le type d'étude	17
III.2.2. Les collectes des données	18
III.2.2.1. Les sources des données	18
III.2.2.2. Les critères d'inclusion.....	19
III.2.2.3. Les critères d'exclusion	19
III.2.2.4. Le protocole.....	20
III.2.3. La saisie et l'analyse des données.....	20

III.3. LES LIMITES DE L'ETUDE	20
IV. RESULTATS	22
IV.1 DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	22
IV.1.1 La prévalence	22
IV.1.2 Le taux d'hospitalisation	22
IV.1.3 La fréquence des variétés d'accidents	24
IV.1.4 De la part des accidents par chute d'arbre	24
IV.1.5 La répartition selon de la tranche d'âge	25
IV.1.6 La répartition selon le sexe	25
IV.1.7 La répartition selon l'âge et le sexe.	26
IV.1.8 La répartition selon la profession	26
IV.1.9 La répartition selon l'ethnie	27
IV.1.10 La répartition selon leur provenance	28
IV.1.11 La répartition selon du niveau d'instruction	28
IV.1.12 La répartition mensuelle au cours de l'année 1995	30
IV.1.13 La répartition mensuelle au cours de l'année 1996	31
IV.1.14 La répartition mensuelle au cours de la période 1995-1996	32
IV.1.15 La répartition selon la motivation	33
IV.1.16 La répartition selon le type d'arbre.	34
IV.1.17 La répartition selon le délai chute - consultation	35
IV.2 DES ASPECTS CLINIQUES	36
IV.2.1 La répartition des différents types de lésion rencontres	37
IV.2.2 Les traumatismes crâniens	38
IV.2.3 Les traumatismes du rachis	38
IV.2.4. Les traumatismes des membres	39
IV.2.4.1 Les fractures	39
IV.2.4.2 Les Luxations	40
IV.2.5 Les traumatismes thoraco-abdominaux	40
IV.2.6. Les lésions des parties molles	41
IV.3. DES ASPECTS THERAPEUTIQUES	42
IV.3.1 La répartition des cas selon le moyen thérapeutique utilisé	43
IV.4. DES ASPECTS EVOLUTIFS	44
IV.4.1 La durée d'hospitalisation	44
IV.4.2 L'évolution clinique	44
IV.4.3 Le mode de sortie des hospitalisés	45
IV.5. DES CONSEQUENCES FINANCIERES ET SOCIALES	46
IV.5.1 Le coût des traumatismes par chute d'arbre	46
IV.5.1.1 Le coût des journées d'hospitalisation	46
IV.5.1.2 Le coût des médicaments	47

IV.5.1.3 Le coût des examens complémentaires -----	48
IV.5.1.4 Le coût moyen du traumatisme par chute d'arbre en milieu hospitalier de Bobo-Dioulasso-----	49
IV.5.2 Les conséquences sociales-----	50
IV.5.2.1 Les jours d'études perdus par les élèves -----	50
IV.5.2.2 Les jours de travaux champêtres perdus par les cultivateurs-----	51
V. COMMENTAIRES -----	53
V.1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES -----	53
V.1.1 De la place des chutes au sein de la pathologie traumatique -----	53
V.1.2 Des circonstances des traumatismes par chute -----	54
V.1.3 De l'âge des victimes -----	54
V.1.4 Du sexe des victimes -----	55
V.1.6 Du nombre de cas selon les saisons -----	55
V.1.7 Du type d'arbre-----	55
V.2. LES ASPECTS CLINIQUES -----	56
V.3. LES ASPECTS THERAPEUTIQUES -----	57
V.4. LES ASPECTS EVOLUTIFS -----	57
V.4.1 La morbidité-----	57
V.4.2 La mortalité -----	58
V.5. LES CONSEQUENCES FINANCIERES ET SOCIALES-----	58
V.5.1 Le coût du traumatisme par chute d'arbre -----	58
V.5.2 Les conséquences sociales-----	58
VI. CONCLUSION -----	61
VII. SUGGESTIONS -----	63
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	65

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

I.1. LES GENERALITES SUR LES ACCIDENTS

I.1.1 LA DEFINITION DE L'ACCIDENT

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [13], l'accident se définit comme étant un événement indépendant de la volonté humaine provoquée par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel ou mental. **LORDIER A.** [3] pense que cette définition est incomplète et donc a des limites, d'une part elle introduit une part de hasard, négligeant ainsi l'influence des facteurs préexistants notamment psychosociaux, d'autre part elle néglige les accidents n'entraînant pas de dommages. Ces situations qu'on appelle les "presque accidents" ont une valeur éducative peut-être aussi grande que les accidents réels. De ce qui précède, **MANCIAUX** [10] conclut que l'accident met en jeu un sujet avec toutes ses caractéristiques physiques, psychologiques, sociales, culturelles qui, dans le cadre de son entourage humain et de l'environnement matériel dans lequel il vit, rencontre brutalement une force extérieure, un agent vulnérant "qui agit sur lui et le blesse".

I.1.2. LES DIFFERENTES VARIETES D'ACCIDENTS

Les accidents sont de diverses variétés. Selon **MANCIAUX** [10], on a 4 grands groupes : les accidents de la circulation, les accidents domestiques, les accidents de travail et les accidents de sport.

Les chutes peuvent intervenir dans chacune de ces variétés d'accidents.

I.1.3 LA FREQUENCE DES ACCIDENTS

En matière d'accidents, les statistiques de morbidité sont mauvaises, car tous les accidents ne sont pas enregistrés. Les seules statistiques dont on dispose habituellement sont celles faites en milieu hospitalier, qui de plus sont considérablement biaisées car ne sont hospitalisés que les patients ayant fait un accident grave. Néanmoins, les accidents sont responsables de morbidité et de mortalité souvent importantes ; la plupart des écrits insistent sur la fréquence de ces accidents chez les enfants. Ainsi en France, les accidents sont responsables de 20 p. cent. de décès chez les moins de 15 ans [5]. Au Liban, une enquête du département de Pédiatrie de l'Université américaine de Beyrouth estime à 39,5% les patients victimes d'accidents au cours de l'année 1973 [10].

Une étude réalisée en 1978 au Sénégal par SEYE et coll., trouve qu'un sénégalais sur 140 a subi un accident pendant cette année et un accidenté sur 44 est mort des suites de ses blessures. Au Burkina Faso, on ne dispose pas actuellement d'étude allant dans le sens de l'évaluation de ces accidents.

I.2. LA CHUTE PAR DECELERATION VERTICALE

I.2.1 LE POINT SUR LES CHUTES PAR DECELERATION VERTICALE

De la définition qui précède, on peut définir l'accident par chute comme tout événement soudain, imprévisible et qui consiste en une décélération verticale, responsable ou non de dommages corporels. Le point de départ de cette chute pouvant varier selon les conditions environnementales et culturelles.

Très peu d'études ont été réalisées sur les accidents par décélération verticale en Afrique. On note l'étude Centrafricaine de BEDAYA-NGARO et coll., intitulée : "Pathologie du manguier en République Centrafricaine" [15]. Par contre, en Occident de nombreuses études traitent des traumatismes par

décélération verticale. Nous ne citerons que celles de **GREGORY et REIBER** aux USA [6] et **DUCOLOMBIER et coll.** de l'Hôpital de Val de Grâce en France [2].

I.2.2 LES RAISONS DE L'ETUDE

Au Burkina Faso, cette première a été initiée par le service de chirurgie du C.H.N.SS. après avoir constaté la recrudescence du phénomène à certaines époques de l'année, le nombre élevé d'enfants qui en étaient victimes et surtout les conséquences physiques qui en découlaient. Ces constats nous ont amené à vouloir évaluer l'ampleur du phénomène et d'analyser toutes les implications.

NOTRE ETUDE

OBJECTIFS

METHODOLOGIE

RESULTATS

COMMENTAIRES

II. OBJECTIFS

II. LES OBJECTIFS

II.1 OBJECTIF GENERAL

Etudier le profil épidémiologique-clinique des victimes d'accident par chute d'arbre reçu au Centre Hospitalier National Sanou Sourô de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

II.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Identifier les caractéristiques socio-démographiques des victimes d'accidents par chute d'arbre.

2. Répertorier les différentes lésions rencontrées et les moyens thérapeutiques mis en œuvre au cours des traumatismes par chute d'arbre.

3. Rechercher les principaux facteurs de mortalité de ces traumatismes.

4. Evaluer les conséquences sociales et financières des traumatismes par chute d'arbre.

5. Proposer des pistes de réflexion pour la recherche de solutions.

III. METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

III.1 CADRE DE L'ETUDE

III.1.1 L'APERÇU SUR LA VILLE DE BOBO-DIOULASSO

Capitale économique du Burkina-Faso [1], Bobo-Dioulasso est la deuxième ville du pays et le chef lieu de la province du Houet avec une population estimée à 389 060 habitants [14].

Située au coeur même de l'Afrique occidentale, Bobo-Dioulasso est un carrefour des différentes nationalités de la sous-région. Il s'agit d'une véritable ville cosmopolite compte tenu des infrastructures routières qui s'y croisent. Le secteur tertiaire demeure l'activité prédominante avec à sa tête le commerce. Les grandes conquêtes venues de l'Ouest et du Sud ont énormément marqué la ville de Sya qui est restée fortement "musulmane" ; en témoigne la grande mosquée de Dioulassoba, véritable monument touristique du Burkina.

Au plan national, la situation économique du pays est parmi les plus faibles du monde. L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. L'agriculture représente 50% du produit national brut (PNB). Les autres secteurs miniers et industriels sont peu développés et représentent 19% du PNB. Le produit intérieur brut (PIB) en 1989 était de 759200 milliards de francs CFA et le PNB par habitant de 72000 francs CFA [11].

III.1.2 LA VEGETATION DE LA REGION DE BOBO-DIOULASSO [7]

La région de Bobo-Dioulasso appartient au domaine phyto-géographique soudanien. Elle se caractérise par un climat soudanien aux précipitations allant de 600 à 1200 mm du Nord au Sud et une saison sèche de 5 à 8 mois. C'est une zone de savane comportant tous les sous types : savane herbeuse, arbustive,

arborée, boisée et forêt claire. On note par ailleurs une forte présence de paysages dominés çà et là par de gros arbres de 10 à 20 mètres de hauteur appartenant aux espèces conservées par l'agriculture : *Acacia Albida* (acacia), *Adansonia Digitata* (baobab), *Khaya Sénégalensis* (caïlcédrat), *Parkia Biglobosa* (néré), *Borassus aethiopum* (rônier), *Vittellaria paradoxa* (karité).

A ces arbres s'ajoutent quelques arbres plantés par les populations tel que le *Mangifera Indica* (manguier). Certaines de ces espèces bordent les principales rues de la ville de Bobo-Dioulasso et ombragent les concessions et les cours des établissements scolaires.

III.1.3 LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES

III.1.3.1 Le centre hospitalier national Sourô Sanou [9, 12]

Créé par le colonisateur dès 1920 comme Hôpital militaire, le C.H.N.SS. deviendra, après les indépendances, le deuxième centre hospitalier de référence du Burkina-Faso.

Il sera réhabilité en 1989 par financement de la Coopération Française et mis sous gestion autonome le premier Janvier 1991.

Le C.H.N.SS. de Bobo compte 554 lits répartis au 31 Juillet 1996 entre son site principal (474 lits) au centre ville et son extension au secteur n°7 (ancien Lazaret, 80 lits).

Diverses spécialités y sont représentées :

- Chirurgie et spécialité chirurgicales : Chirurgie Générale (Urologie, Orthopédie, Chirurgie viscérale) Gynécologie-Obstétrique et Anesthésie-Réanimation.

Spécialités chirurgicales (Odonto-Stomatologie, Chirurgie Maxillo-faciale, Oto-Rhino-Laryngologie et Ophtalmologie)

- Médecine et spécialités médicales : Médecine Interne, Pédiatrie, Psychiatrie, Cardiologie, Pneumologie et Dermatologie ;

A la date du 31 décembre 1995, le personnel soignant comptait 44 médecins dont 5 coopérants français et 404 Infirmier(e)s.

Environ 35 267 consultations sont assurées chaque année pour 14 782 hospitalisations de malades provenant de Bobo, de la province du Houet et d'autres provinces de l'Ouest du Burkina par l'intermédiaire des évacuations. Ceci réalise environ 77 463 journées d'hospitalisations.

Le centre hospitalier est également doté :

- d'un service de radiologie et d'échographie qui réalise environ 14 502 examens par an ;

- d'une banque de sang et d'un laboratoire qui réalise la plupart des examens dans les domaines de la biochimie, la bactériologie, la parasitologie, l'hématologie et accessoirement d'histopathologie. Le laboratoire du CHNSS réalise environ 74 316 examens par an.

III.1.3.2 Le service des urgences

Le service des urgences chirurgicales du C.H.N.SS. est intégré aux urgences médicales formant un bloc médico-chirurgical.

III.1.3.2.1 La présentation du service

Le service des urgences médico-chirurgicales du C.H.N.SS. comprend 3 unités :

- une unité médicale où sont examinés les patients consultant pour une symptomatologie médicale ;
- une unité chirurgicale où sont examinés les patients admis pour traumatismes et affections de caractère urgent ;

- et une unité de mise en observation où sont admis les patients qui ne réunissent pas d'arguments suffisants pour être hospitalisés, afin de les observer et de juger de la justesse d'une telle décision.

III.1.3.2.2 Le personnel

Le service est dirigée par un médecin chef.

Le personnel se compose d'une part d'un groupe permanent qui assure la permanence des activités et comprend 5 infirmiers d'état, 3 infirmiers brevetés, 1 attaché de santé et 18 brancardiers et d'autre part par un groupe de garde comprenant les stagiaires internés et de les médecins de garde.

III.1.3.2.3 L'organisation du travail

Les infirmiers assurent en permanence les activités de soins du service. Les gardes et les permanences sont assurées par les stagiaires internés qui sont sous la responsabilité du médecin de garde.

Ainsi tout malade consultant aux urgences est enregistré (il existe 2 registres dont un médical et l'autre chirurgical). Les infirmiers prennent les constantes (température, pouls, tension artérielle) et assurent les soins infirmiers.

Les stagiaires internés examinent les malades, prescrivent le traitement d'urgence et décident soit de l'exeat, soit de la mise en observation ou de l'hospitalisation.

En cas de difficultés, le stagiaire interné fait appel au médecin de garde.

Chaque matin, le médecin chef fait le point de la garde, prend note des difficultés rencontrées et donnent des conseils pour l'amélioration des activités du service.

III.1.3.3 Le service de chirurgie

III.1.3.3.1 La présentation

Le service de chirurgie est dirigé par un médecin-chef et composé de 4 unités de soins :

- l'unité de Chirurgie Viscérale A
- l'unité de Chirurgie Viscérale B
- l'unité de Traumatologie-Orthopédie
- l'unité d'Urologie

Il existe un bloc opératoire commun et un service autonome de Chirurgie maxillo-faciale.

Chaque unité est dirigé par un médecin.

II.1.3.3.2 Le personnel

Le service de chirurgie dispose 6 chirurgiens. Le personnel infirmier affecté au service de chirurgie se compose de 17 infirmier(e)s brevetés, 10 infirmier(e)s d'état, 7 infirmier(e)s brevetés aide-opérateurs (bloc opératoire), 12 attachés de santé aide-opérateurs (bloc opératoire), 6 infirmiers brevetés aide-anesthésistes, 9 attachés de santé aide-anesthésistes.

III.2. MATERIELS ET METHODES

III.2.1. LE TYPE D'ETUDE

Notre étude est rétrospective et s'étend du premier Janvier 1995 au 31 décembre 1996, soit une période de deux ans.

III.2.2. LES COLLECTE DES DONNEES

III.2.2.1. Les sources des données

Les données ont été recueillies à partir :

- des registres du service des urgences dans lesquels sont mentionnés les noms et prénoms, les dates et heures d'entrée, l'âge, le sexe, le diagnostic à l'admission des malades (c'est dans cette partie que sont parfois précisés le type d'arbre et le motif), le traitement reçu, le lieu de résidence, et le lieu d'orientation.

- des registres du bloc opératoire dans lesquels sont mentionnés les noms et prénoms, les heures d'entrée au bloc, l'âge, le sexe, le diagnostic, le traitement reçu, le service d'hospitalisation.

- des dossiers cliniques des malades où sont contenues l'identité du malade, l'observation initiale, le suivi journalier comprenant les constantes, les résultats des examens et l'évolution clinique de la maladie en phase hospitalière et parfois en phase post-hospitalière.

- des registres des différentes unités de soins avec les noms et prénoms des malades, l'âge, la profession, la date d'entrée et de sortie, le diagnostic de sortie.

- En ce qui concerne l'évaluation du coût du traitement il comprend trois volets:

1. le coût de la consultation initiale (au niveau des urgences) qui est de mille (1000) francs CFA pour tout patient consultant aux urgences du C.H.N.SS.

2. les examens complémentaires prescrits aux urgences sont payés suivant la tarification en cours (cf. extrait de la tarification des examens complémentaires du C.H.N.SS. en annexes). Les malades hospitalisés sont exemptés de cette tarification. Dans notre étude, nous avons considéré que nos patients ont payé demi tarif.

3. le kit opératoire du bloc. Il a un prix forfaitaire de 15.000 Francs CFA

4. les frais d'hospitalisation. La tarification est faite suivant la catégorie de la chambre d'hospitalisation (cf. extrait de tarification des actes médicaux en annexe). D'autres critères comme la profession interviennent mais nous n'avons pas tenu compte de ces derniers.

5. les médicaments prescrits aux urgences et pendant l'hospitalisation sont payés soit à l'hôpital, soit dans une pharmacie en ville.

Ainsi la tarification en vigueur à la pharmacie du C.H.N.SS. a été appliquée pour tous les médicaments disponibles. Ces médicaments ne sont vendus qu'aux hospitalisés.

Pour les médicaments prescrits aux malades externes et ceux non disponibles au C.H.N.SS., nous avons appliqué une moyenne des prix des pharmacies de la ville.

III.2.2.2. Les critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude, tous les cas de chute d'arbre, notifiés dans les registres des urgences chirurgicales, du bloc opératoire ou des unités de soins et chez lesquels ont été précisés l'identité (noms et prénoms, l'âge, le sexe), le type de lésions et le type de traitement reçu.

III.2.2.3. Les critères d'exclusion

Ont été exclus de cette étude :

les dossiers des patients hospitalisés non retrouvés et tous les cas où ils manquaient des informations à la fois sur le diagnostic et le traitement.

III.2.2.4. Le protocole

Pour la collecte, une fiche standardisée (cf. questionnaire en annexes) contenant les rubriques suivantes, a été élaborée : l'état civil et les données démographiques, l'état du patient à l'arrivée, le type de lésions, les examens complémentaires effectués à l'entrée et leurs résultats (Radiographie, numération formule sanguine), le type de traitement reçu (médical, orthopédique, chirurgical), l'évolution clinique, les dépenses supportées.

Ces différentes données ont été recueillies quand cela a été possible.

III.2.3. LA SAISIE ET L'ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies ont été saisies sur micro-ordinateur grâce au logiciel EPI-INFO version 5 qui a aussi servi à l'analyse. L'analyse des données a été faite selon la méthode de Yates (Le test de X^2 et celui de X^2 corrigé de YATES) pour les variables qualitatives. La différence a été considérée comme statistiquement significative pour une valeur de $p < 0,05$.

III.3. LES LIMITES DE L'ETUDE

Comme toute étude rétrospective, cette étude a des limites, il s'agit notamment des biais introduits tels que :

- le manque d'informations sur certaines variables,
- le devenir non précisé de quelques patients,
- des médicaments prescrits non enregistrés et les quantités qui ne sont pas toujours précisées.

IV. RESULTATS

IV. RESULTATS

IV.1 DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

IV.1.1 LA PREVALENCE

Le service des urgences chirurgicales a reçu en deux ans (du premier Janvier 1995 au 31 Décembre 1996), 11129 consultants dont 172 pour accidents par chute d'arbre, soit une prévalence de 1,5 p.cent. de l'ensemble des admissions dans le service.

Pendant la même période 5000 malades ont été hospitalisés, dont 93 pour accidents par chute d'arbre, soit une prévalence de ces accidents au sein de notre service de 2 p.cent.

IV.1.2 LE TAUX D'HOSPITALISATION

Sur les 172 patients qui s'étaient présentés à l'hôpital, 93 ont été hospitalisés, soit une prévalence de 55 p.cent.

IV.1.3 De la fréquence des variétés d'accident.

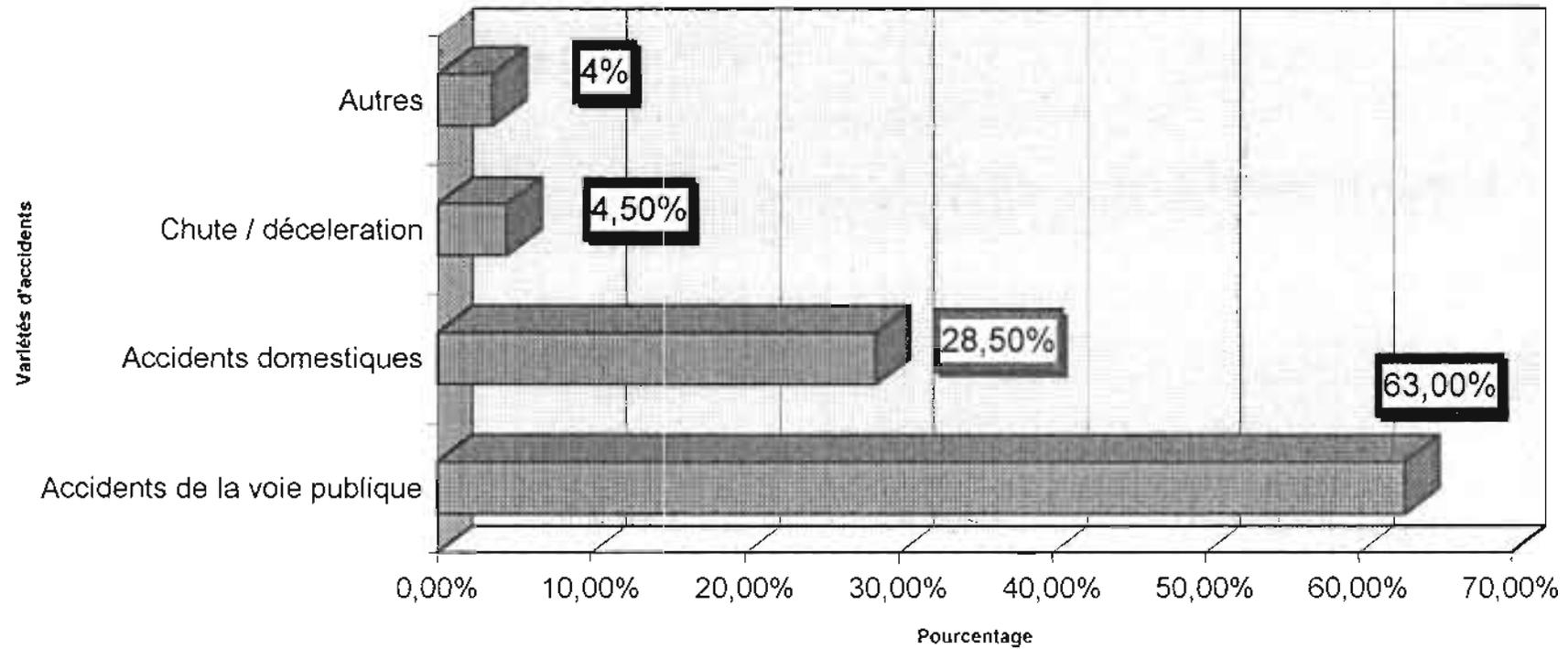


Figure 1 : Fréquence des différentes variétés d'accidents enregistrés par le service des urgences chirurgicales

IV.1.3 LA FREQUENCE DES VARIETES D'ACCIDENTS

Sur les 11129 consultants admis aux urgences chirurgicales, 6106 ont été enregistrés pour accidents (55 p.cent). Les accidents de la voie publique viennent en première position de l'ensemble des accidents avec 63 p.cent (n=3873) suivis des accidents domestiques avec 28,5 p.cent (n=1740). Les accidents par décélération verticale représentent 4,5 p.cent

Les accidents regroupent tout accident ayant lieu ou supposé ayant lieu à domicile ou à proximité du domicile, dans ce cadre ont été inclus des accidents d'étiologies variées telles que les blessures par tesson de bouteille, les morsures d'animaux (chien, serpent...), ...

IV.1.4 DE LA PART DES ACCIDENTS PAR CHUTE D'ARBRE

Les accidents par chute d'arbre ont constitué l'essentiel des accidents par chute dans le service des urgences chirurgicales. Ainsi les 172 cas représentent 63 p.cent des accidents par chute. Les 101 cas restant soit 37 p.cent. sont constitués par les chutes : de toit, de véhicule, d'échafaudage, d'une échelle, d'un mur.

IV.1.5 LA REPARTITION SELON DE LA TRANCHE D'AGE

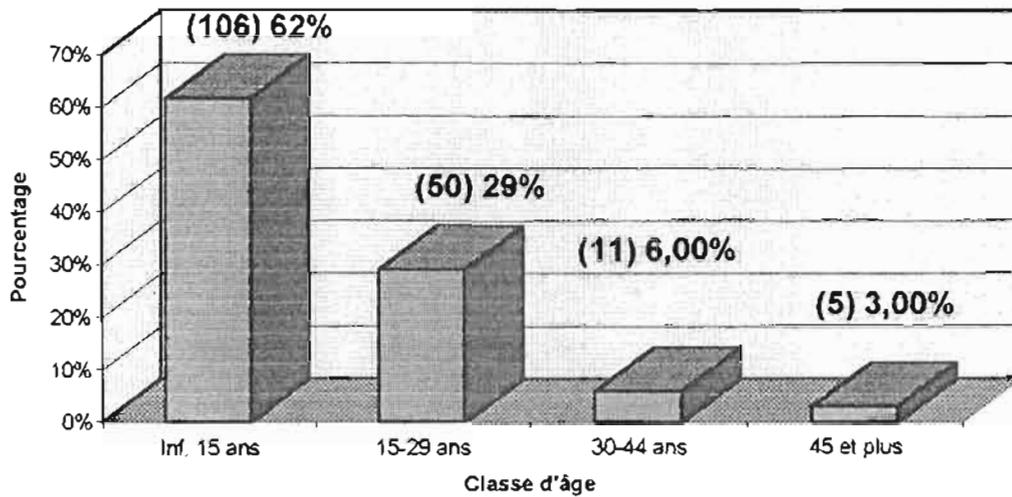


Figure 2 : Distribution des 172 patients selon de la tranche d'âge.

L'âge moyen des patients était de 15 ans avec des extrêmes de 4 ans et 77 ans. La tranche d'âge inférieure à 15 ans représentait 62 p. cent. Le nombre d'accidentés décroît avec l'âge et les patients de plus de 30 ans ne représentent que 9 p.cent.

IV.1.6 LA REPARTITION SELON LE SEXE

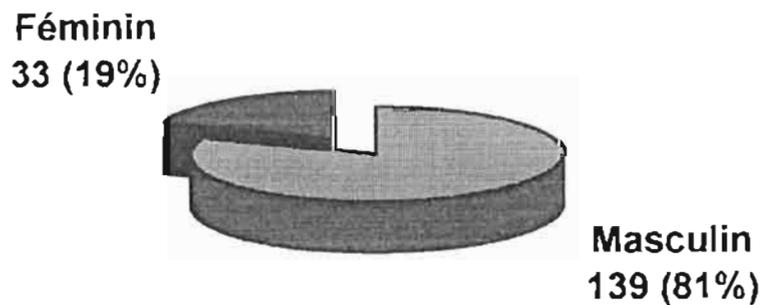


Figure 3 : Distribution des 172 patients selon le sexe.

Les 172 patients de notre étude se répartissent en 139 hommes (81 p.cent) et en 33 femmes (19 p.cent), soit un sexe ratio est de 4/1 en faveur du sexe masculin.

L'âge moyen des femmes était de 14,7 ans avec des âges extrêmes de 6 et 40 ans. L'âge moyen des hommes était de 15 ans avec des âges extrêmes de 4 et 77 ans.

IV.1.7 LA REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE.

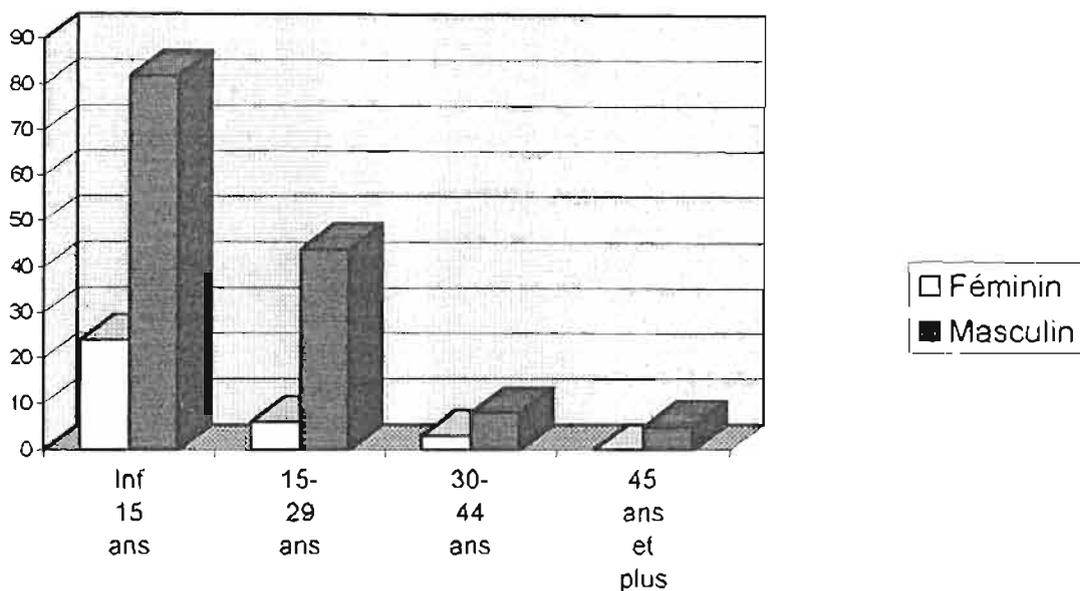


Figure 4: Distribution des 172 patients selon l'âge et le sexe.

La distribution des fréquences des cas suivant l'âge n'était pas semblable dans les deux sexes. Pour toutes les tranches d'âge, le sexe masculin dominait largement. Le nombre de cas décroît avec l'âge dans les 2 sexes.

IV.1.8 LA REPARTITION SELON LA PROFESSION

La profession a été précisée chez 162 de nos patients. Il s'agit de ceux qui avaient un âge supérieur ou égal à 7 ans.

Les sans profession comprennent les ménagères, et les chômeurs.

Tableau I : Distribution des 162 patients (âge supérieur ou égal à 7 ans) selon la profession

PROFESSION	Effectif	Pourcentage (%)
ELEVE	91	56
CULTIVATEUR	51	31,5
SANS PROFESSION	18	11
COMMERÇANT	2	1,5
TOTAL	162	100

Les élèves représentaient 56 p. cent (n=162) des traumatisés suivis des cultivateurs avec 31,5 p. cent. Nous remarquons qu'il n'y a pas de salariés.

IV.1.9 LA REPARTITION SELON L'ETHNIE

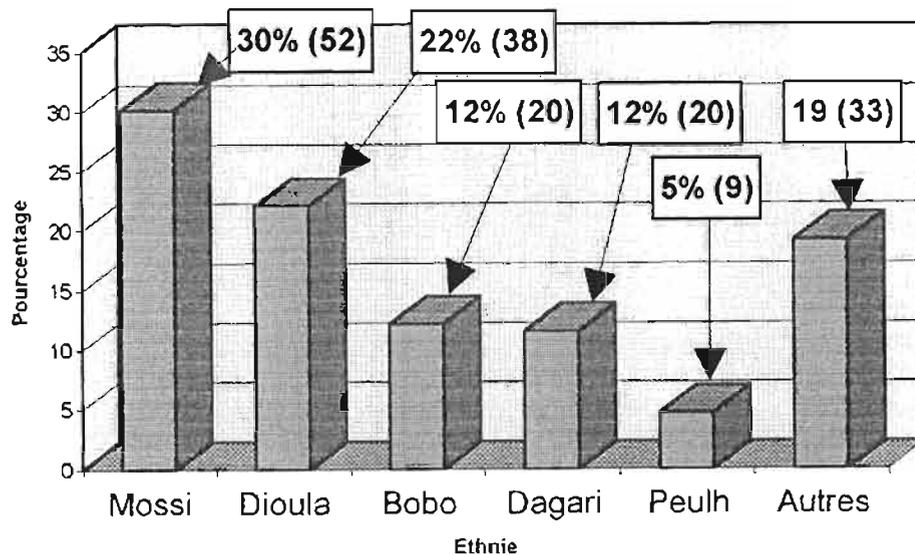


Figure 5 : Distribution des 172 patients selon l'ethnie.

Les patients étaient le plus souvent des mossis (30 p.cent) et des dioulas (22 p.cent). Les bobo et dagari-lobi venaient ensuite en nombre égal (12 p.cent).

IV.1.10 LA REPARTITION SELON LEUR PROVENANCE

La provenance des patients a été définie selon leur province d'origine.

Tableau II : Répartition des 172 patients selon leur provenance

PROVINCE	Effectif	Pourcentage(%)
Bougouriba	7	4
Comoé	10	6
Houet	128	74
Kéné Dougou	8	4,5
Kossi	3	1,5
Mouhoun	12	7
Poni	4	3
TOTAL	172	100

La majeure partie des cas provenait de la province du Houet 128 cas (74 p.cent) dont 105 de la ville de Bobo-Dioulasso, ce qui représente 82 p.cent des résidents de la province du Houet et 61 p.cent de l'ensemble de nos patients.

IV.1.11 LA REPARTITION SELON DU NIVEAU D'INSTRUCTION

Le niveau d'instruction a été précisé chez 162 de nos patients ce qui correspond à ceux qui ont au moins l'âge scolaire (âge supérieur ou égal à 7 ans).

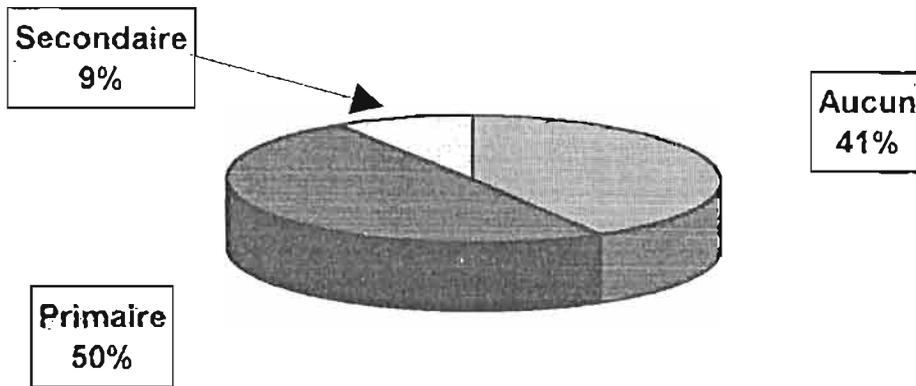


Figure 6 : Distribution des patients selon le niveau d'instruction

Nos 162 patients étaient essentiellement des élèves du primaire, soit 50 p. cent et des analphabètes (sans aucune instruction scolaire), soit 41 p.cent. Nous n'avons pas répertorié de cas de niveau universitaire.

IV.1.12 LA REPARTITION MENSUELLE AU COURS DE L'ANNEE 1995

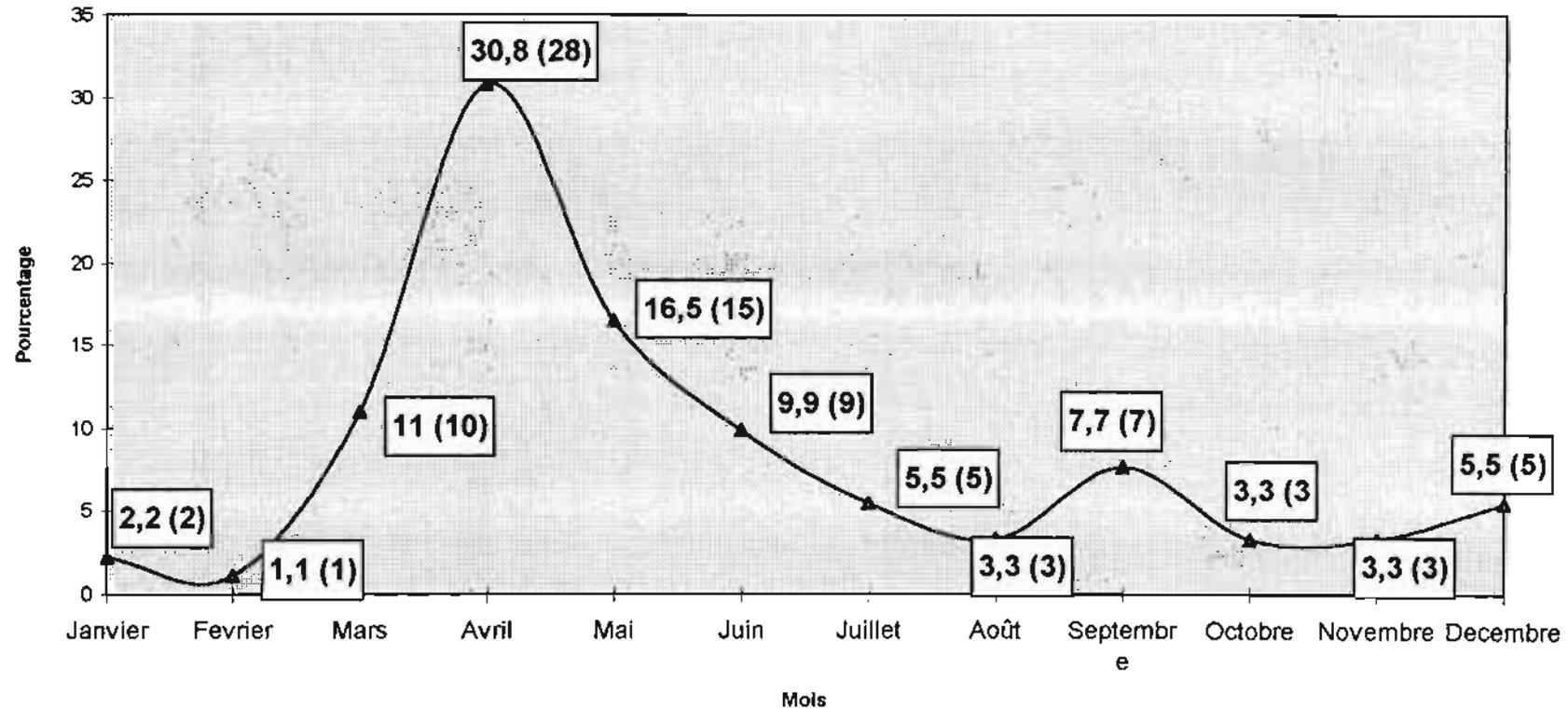


Figure 7 : Distribution mensuelle des cas de traumatisme au cours de l'année 1995.

IV.1.13 LA REPARTITION MENSUELLE AU COURS DE L'ANNEE 1996

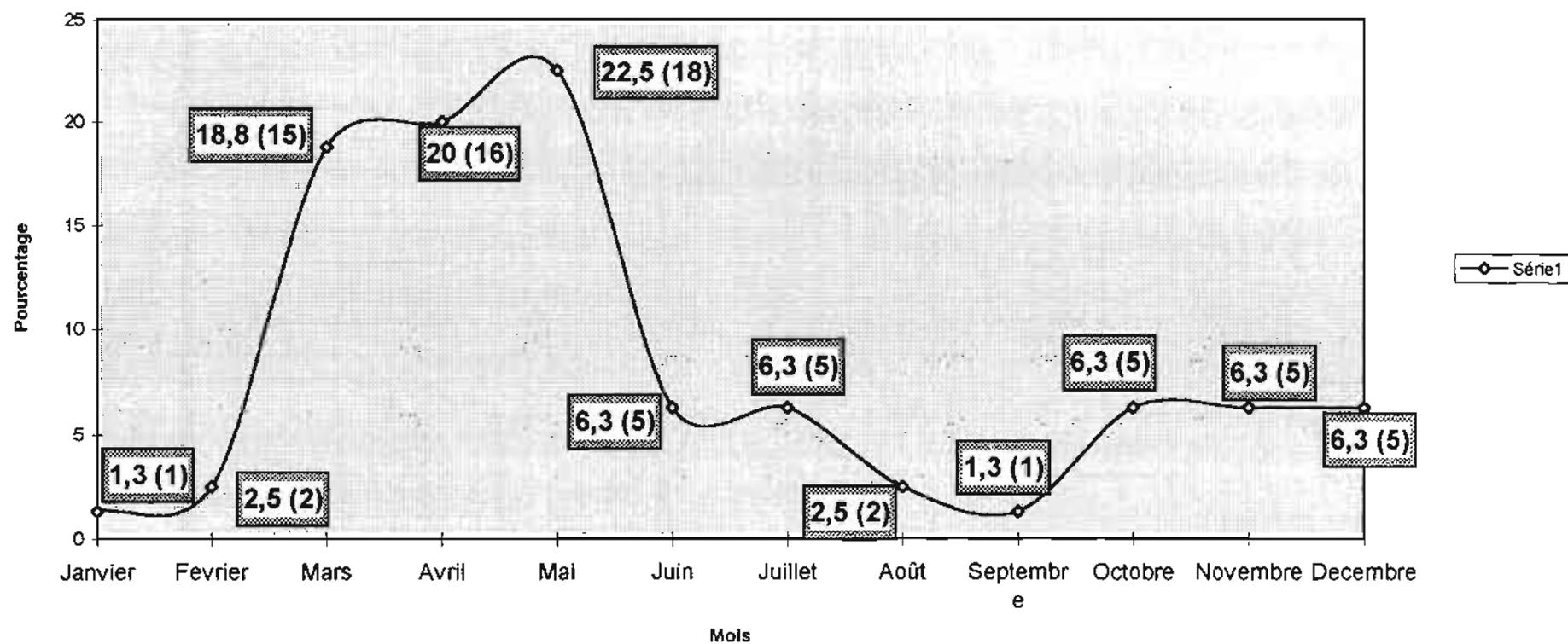


Figure 8 : Distribution mensuelle des cas de traumatisme au cours de l'année 1996.

IV.1.14 LA REPARTITION MENSUELLE AU COURS DE LA PERIODE 1995-1996

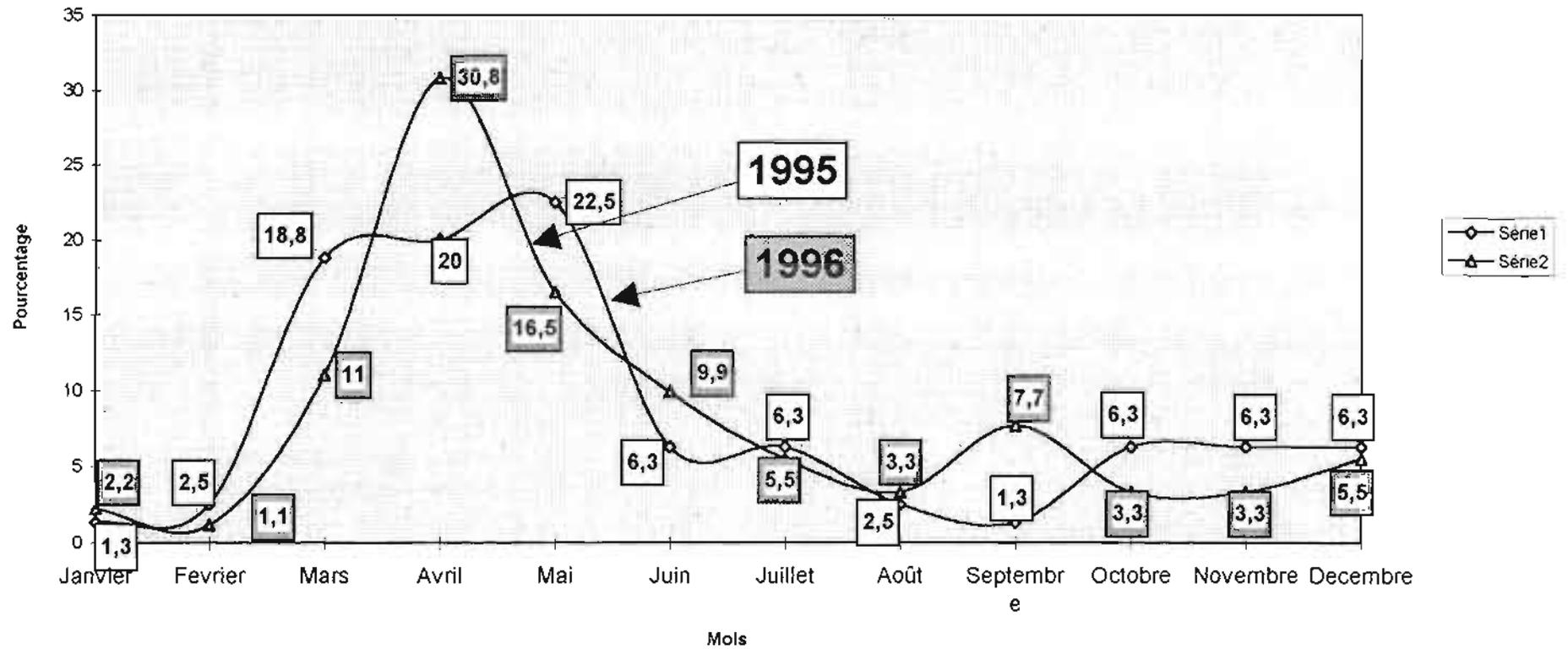


Figure 9 : Distribution mensuelle des cas de traumatisme par chute d'arbre des années 1995 et 1996.

Ces traumatismes survenaient de façon quasi continue tout au long de l'année. Mais leur nombre variait suivant les périodes. Très peu de cas en début d'année (environ 2 p.cent), le nombre de cas augmente à partir du mois de février pour atteindre son maximum au mois d'Avril (environ 25 à 30 p.cent). Par la suite, il décroît progressivement pour atteindre un niveau en dessous de 6 p.cent au mois de Juillet. Les courbes des années 1995 et 1996 ont la même allure et se superposent.

IV.1.15 LA REPARTITION SELON LA MOTIVATION

La raison pour laquelle l'accidenté est monté sur l'arbre a été précisée dans 120 cas.

La notion de travail doit être compris comme la cueillette des feuilles pour l'alimentation familiale et/ou du bétail, la recherche de bois mort pour la cuisine.

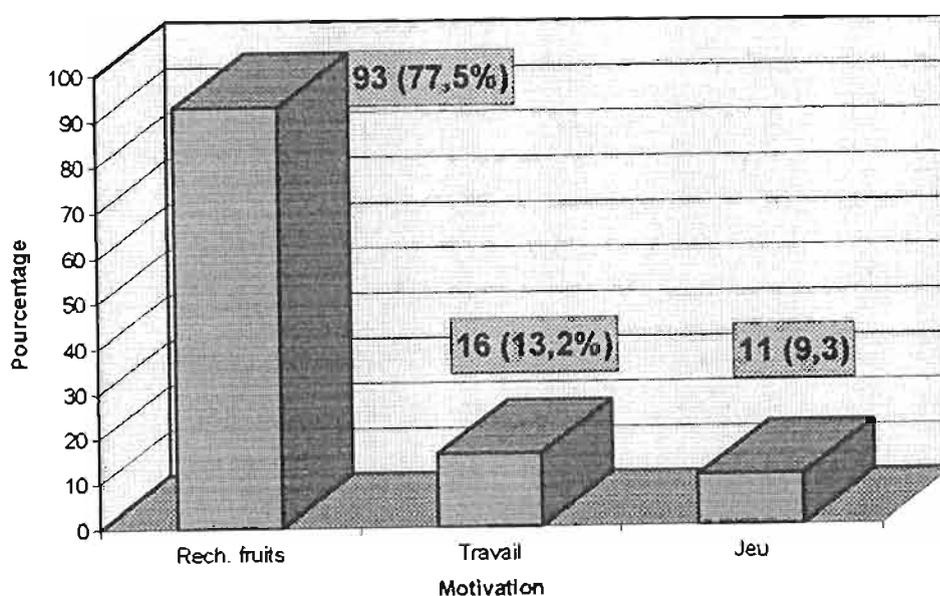
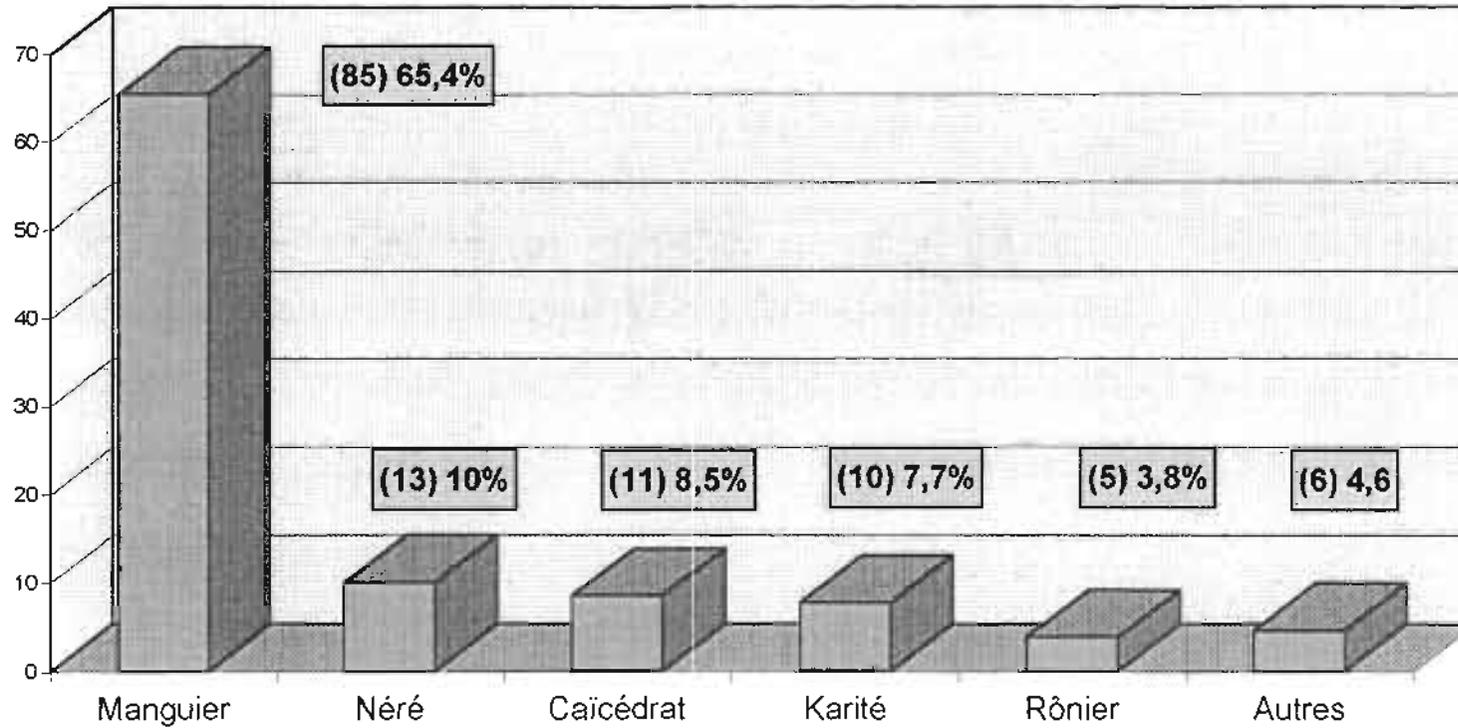


Figure 10 : Répartition des 120 accidentés par chute d'arbre selon leur motivation.

La majorité des patients ont surtout été motivés plus par la recherche de fruits comestibles (77,5 p.cent) que par le travail ou le jeu.

IV.1.16 LA REPARTITION SELON LE TYPE D'ARBRE.**Figure 11 : Distribution des 130 patients selon le type d'arbre.**

Il s'agit essentiellement d'arbres fruitiers. Les arbres grimpés sont pour plus de la moitié des manguiers, soit 65 p. cent (n=85).

IV.1.17 LA REPARTITION SELON LE DELAI CHUTE - CONSULTATION

Il s'agit du délai qui s'est écoulé entre la chute du traumatisé et sa présentation à l'hôpital.

Tableau IV : Répartition des patients selon le temps écoulé entre la chute et la consultation.

Délai	Effectif	Pourcentage (%)
Le même jour	127	73,8
Le lendemain	22	12,8
le surlendemain	18	10,4
Au delà des 72 heures	5	3
TOTAL	172	100

Environ $\frac{3}{4}$ (73,8 p.cent) des patients ont consulté dans les 24 heures suivant l'accident.

IV.2 DES ASPECTS CLINIQUES

Les lésions rencontrées étaient diverses. Il s'agissait de fractures, luxations et des plaies et contusions superficielles et enfin des contusions thoraco-abdominales.

Elles étaient dominées par les plaies et les contusions superficielles que nous appelons lésions des parties molles, 150 soit 87,2 p.cent. Les fractures (tout siège confondu) venaient en 2^{ème} position avec 40,8 p.cent (n=70) suivies par les traumatismes crâniens, soit 25 p.cent (n=43).

Pour plus de clarté, nous étudierons ces lésions en fonction du siège. Ainsi nous avons distingué : les traumatismes crâniens, du rachis, des membres et thoraco-abdominaux.

La fréquence des différentes lésions est représentée sur la figure suivante.

IV.2.1 LA REPARTITION DES DIFFERENTS TYPES DE LESION RENCONTRES

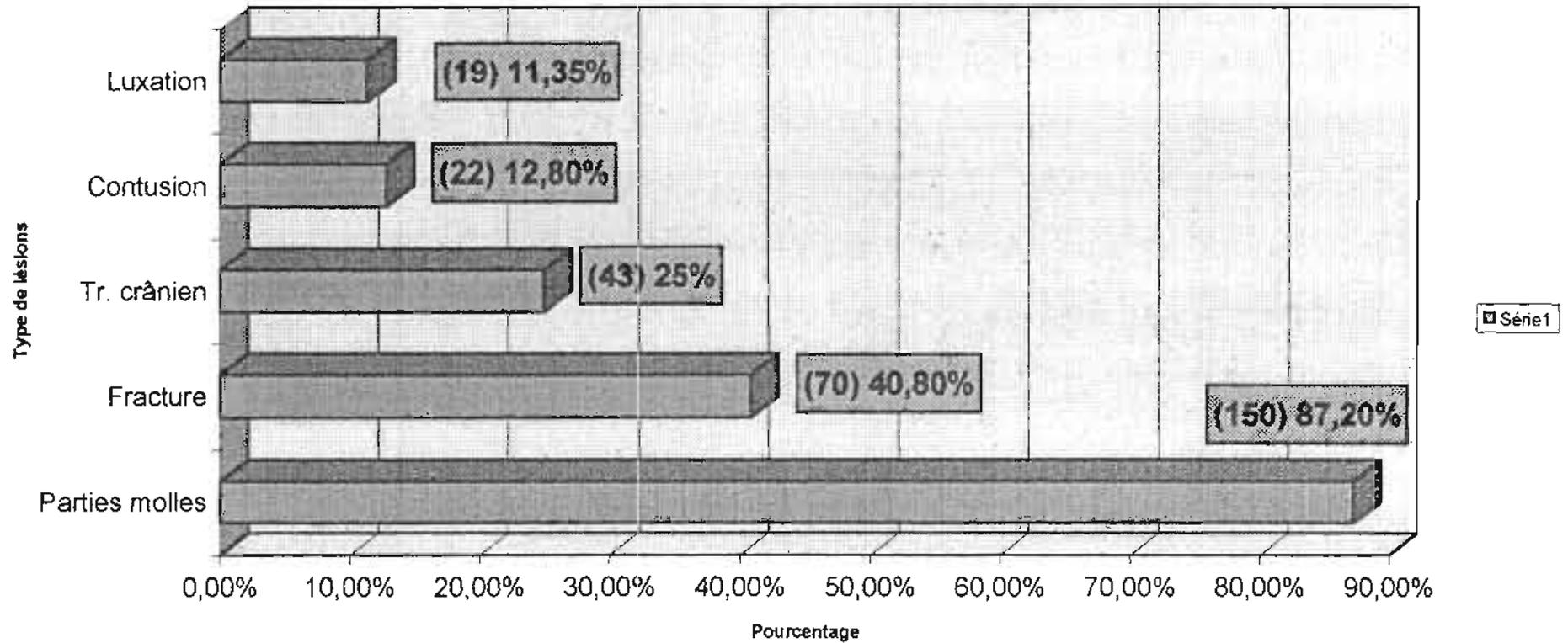


Figure 14 : Répartition des différents types de lésion rencontrés

IV.2.2 LES TRAUMATISMES CRANIENS

Les traumatismes crâniens ont été observés dans 25 p. cent de l'ensemble des accidentés (n=43).

Environ 46,5 p.cent sont entrés dans un état comateux. Par ailleurs, on a noté 5 cas de fractures de crâne sans lésion cérébrale, soit 11,62 p.cent.

Tableau V : Répartition des traumatisés du crâne selon de l'état de conscience à l'entrée.

Etat de conscience	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Normal	23	53,5
Coma stade 1	15	35
Coma stade 2	5	11,5
Total	43	100

IV.2.3 LES TRAUMATISMES DU RACHIS

Nous avons noté 11 cas de lésions du rachis, soit 6,4 p.cent de l'ensemble des patients. Les lésions siégeaient surtout au niveau lombaire (7 cas). On n'a noté 2 cas pour chacune des localisations dorsales et cervicales.

Tous ces cas présentaient une luxation (58 p.cent de l'ensemble des luxations, n=19).

Elles étaient associées aux fractures dans 7 cas.

Elles ont été responsables de complications neurologiques dans 10 cas sur 11, soit 91 p.cent de l'ensemble des traumatismes du rachis dont 2 cas de tétraplégies et 8 cas de paraplégies.

Tableau VI: Caractéristiques des lésions du rachis

Caractéristiques		Effectif (n)
TYPE DE LESIONS	Fracture isolée	0
	Luxation isolée	4
	Fracture-luxation	7
SIEGE	Cervical	2
	Dorsal	2
	Lombaire	7
COMPLICATIONS	Absentes	1
	Tétraplégies	2
	Paraplégies	8

IV.2.4. LES TRAUMATISMES DES MEMBRES

Ces lésions sont constituées par les fractures et les luxations.

IV.2.4.1 Les fractures

57 traumatisés présentaient une ou plusieurs fractures de membres, soit 33,14 p.cent de l'ensemble des patients. Le membre supérieur était le plus touché avec 54,4 p.cent tandis que le membre inférieur représentait 45,6 p.cent. Nous avons noté un cas de fracture du bassin.

Les fractures étaient uniques dans 54,4 p.cent, doubles dans 38,6 p.cent et triples dans 7 p.cent.

Elles étaient ouvertes dans 28 p.cent des cas de fractures de membres et fermée dans 72 p.cent.

IV.2.4.2 Les Luxations

8 cas de luxations des membres ont été recensés. elles intéressaient surtout le membre supérieur (87,5 p.cent des luxations des membres). Au niveau du membre inférieur, un seul cas a été enregistré, il s'agit d'une luxation de la cheville.

Elles étaient associées aux fractures des membres dans 5 cas. La fracture du bassin présentait également une disjonction de la symphyse pubienne.

Tableau VII : Caractéristiques des lésions osseuses des membres

Caractéristiques		Effectif (n)
TYPE DE LÉSIONS	Fractures isolées	57
	Luxations isolées	3
	Fracture-luxation	6
SIEGE	Membre supérieur	38
	Membre inférieur	27
	Bassin	1
ETAT CUTANE (FRACTURE)	Fermée	16
	Ouverte	41

IV.2.5 LES TRAUMATISMES THORACO-ABDOMINAUX

Nous avons recensés 22 cas de traumatismes thoraciques ou abdominaux soit 12,8 p.cent. de l'ensemble des patients.

Les traumatismes étaient de gravité variable (cf. tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des 22 cas de traumatismes abdominaux et thoraciques en fonction des lésions induites

TYPE DE CONTUSION	Abdomen	Thorax
Pas de lésion	11 (50%)	5 (22,7%)
Rupture d'organe	5 (22,7%)	0 (0%)
Eviscération	1 (4,6%)	0 (0%)
TOTAL	17 (77,3%)	5 (22,7%)

Les traumatismes abdominaux représentaient plus des $\frac{3}{4}$ soit 77,3 p.cent de l'ensemble des traumatismes (n=17) dont 5 ruptures d'organe (toutes de la rate) et 1 cas d'éviscération.

Les traumatismes thoraciques étaient associés à un cas de fracture de côte mais sans lésions pleuro-pulmonaires graves.

IV.2.6. LES LESIONS DES PARTIES MOLLES

Nous avons désigné par lésions des parties molles les plaies et contusions superficielles. Elles ont été notées dans 150 cas, soit 87,20 p.cent. de l'ensemble des patients.

Les lésions étaient prédominantes au niveau des membres, (60,8 p.cent), notamment les membres inférieurs. Au niveau de la tête, les hématomes et plaies du cuir chevelu ont été retrouvées 49 fois, soit 32,7 p.cent. La répartition de ces contusions en fonction du siège est représentée par le tableau suivant.

Tableau IX : Répartition des contusions des parties molles selon le siège.

Siège des lésions	Effectif	Pourcentage (%)
Membres	91	60,8
Tête	49	32,7
tronc	10	6,6
TOTAL	150	100

IV.3. DES ASPECTS THERAPEUTIQUES

La prise en charge thérapeutique de nos accidentés comprenait la prescription des médicaments (cf. liste des médicaments prescrits en annexe) associés à la petite chirurgie et/ou au traitement orthopédique (plâtres) et/ou à la chirurgie majeure.

Nous entendons par petite chirurgie les parages et sutures des lésions des parties molles; par chirurgie majeure tout acte chirurgical consistant à une ostéosynthèse ou à une laparotomie.

Les patients non hospitalisés ont été traités en ambulatoire. Seuls les médicaments étaient utilisés dans 38 p.cent. de l'ensemble des patients traités. Le traitement médicamenteux a été associé :

- au plâtre dans 30 p.cent.
- à la petite chirurgie dans 26 p.cent.
- à la chirurgie majeure 5 p.cent.

Les types de traitement dont ont bénéficié nos patients sont représentés par la figure suivante.

IV.3.1 LA REPARTITION DES CAS SELON LE MOYEN THERAPEUTIQUE UTILISE

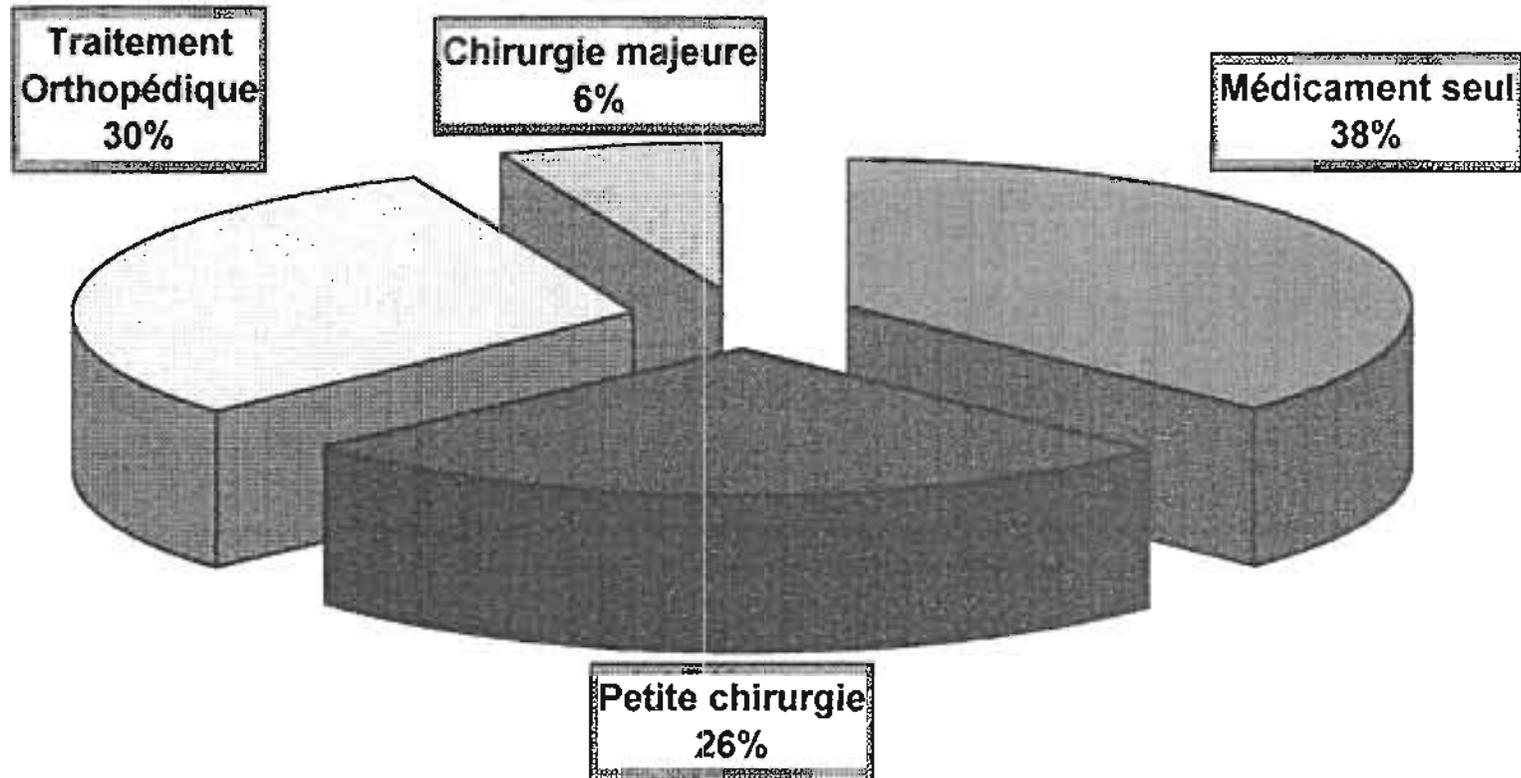


Figure 15 : Distribution des moyens thérapeutiques utilisés.

IV.4. DES ASPECTS EVOLUTIFS

IV.4.1 LA DUREE D'HOSPITALISATION

Tableau X : Répartition des 93 traumatisés hospitalisés selon la durée de séjour hospitalier.

Nombre de jours	Effectif (n)	Pourcentage (%)
1 à 7 jours	20	21,5
8 à 14 jours	0	0
15 à 21 jours	20	21,5
22 à 28 jours	6	6,5
Plus de 28 jours	47	50,5
Total	93	100

55 p.cent de l'ensemble des traumatisés étaient hospitalisés.

La durée moyenne de séjour était de 13 jours environ avec une durée minimale de 1 jour et une durée maximale de 3 mois (92 jours). La moitié des traumatisés hospitalisés avaient une durée d'hospitalisation de plus de 28 jours (50,5 p.cent des hospitalisés).

IV.4.2 L'EVOLUTION CLINIQUE

Nous avons considéré que tous les traumatisés traités en ambulatoire avaient une évolution favorable. L'évolution des traumatisés était favorable dans plus des $\frac{3}{4}$ de l'ensemble des traumatisés, soit 78,5 p.cent. Les complications ont été observées dans 21 cas soit 12,20 p.cent des cas. Il s'agit de complications constatées en phase hospitalière, elles ne tiennent pas compte de l'évolution en phase post-hospitalière.

Tableau XI : Distribution des traumatisés par chute d'arbre selon l'évolution clinique.

EVOLUTION	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Simple	135	78,5
Complicquée	21	12,2
Non précisée	16	9,3
TOTAL	172	100

Ces complications étaient à type :

- de troubles neurologiques (troubles de la conscience, paraplégie, tétraplégie), qui ont été observés 15 cas.
- d'infections cutanées surtout dans les fractures ouvertes de jambe dans 5 cas.
- d'un avortement d'une grossesse de 5 mois.
- d'une complication urinaire (hématurie) de fracture du bassin.

L'évolution n'a pas pu être précisée dans 16 cas.

IV.4.3 LE MODE DE SORTIE DES HOSPITALISES

Tableau XII : Répartition des traumatisés par chute d'arbre selon leur mode de sortie.

MODE DE SORTIE	EFFECTIF (n)	POURCENTAGE (%)
Normale	143	83,1
Contre avis médical	14	8,1
Décès	10	5,8
Transfert	3	1,7
Evasion	2	1,2
TOTAL	172	100

Nous avons enregistré 10 cas de décès, dont 3 à l'entrée et 7 en cours d'hospitalisation.

les causes des décès étaient les suivantes :

- traumatismes crâniens, 2 cas
- traumatismes du rachis cervical, 3 cas
- polytraumatismes 5 cas.

IV.5. DES CONSEQUENCES FINANCIERES ET SOCIALES

IV.5.1 LE COUT DES TRAUMATISMES PAR CHUTE D'ARBRE

IV.5.1.1 Le coût des journées d'hospitalisation

Le coût journalier d'hospitalisation a été évalué suivant la tarification en cours. Devant la difficulté de préciser la catégorie de la chambre par patient, nous avons considéré que tous nos patients étaient en catégorie 5, il s'agit de la plus petite des catégories en terme de coût. Ainsi l'évaluation qui suit, est en dessous de la réalité.

Le coût des journées d'hospitalisation a pu être évalué chez 157 de nos patients.

Le coût moyen d'hospitalisation était de 3543,02 francs CFA. Ce coût rapporté à la durée moyenne de l'hospitalisation nous donne un coût journalier moyen de 272,54 francs CFA. Les valeurs extrêmes étaient de 100 et 26 000 francs CFA.

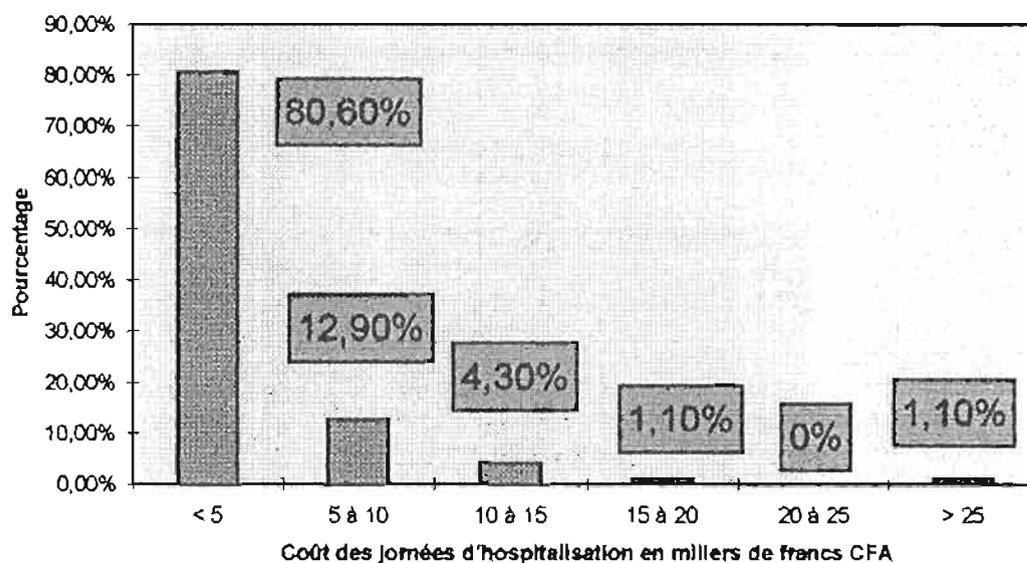


Figure 15 : Distribution des patients selon le coût des journées d'hospitalisation.

Plus des 4/5 des patients ont payé moins de 5000 francs CFA soit 80,6 p. cent. Moins de 3 p. cent avaient des frais d'hospitalisation supérieur à 15 000 francs CFA.

IV.5.1.2 Le coût des médicaments

Nous avons appliqué une moyenne des prix des médicaments, calculée à partir des prix des pharmacies de la ville de Bobo. Ce coût a pu être évalué chez 164 de nos patients.

Le coût moyen des frais des médicaments était de 6137,29 francs CFA par patients avec des extrêmes allant de 400 à 31 103 francs CFA. Le coût journalier du traitement s'élevait à 472,09 francs CFA.

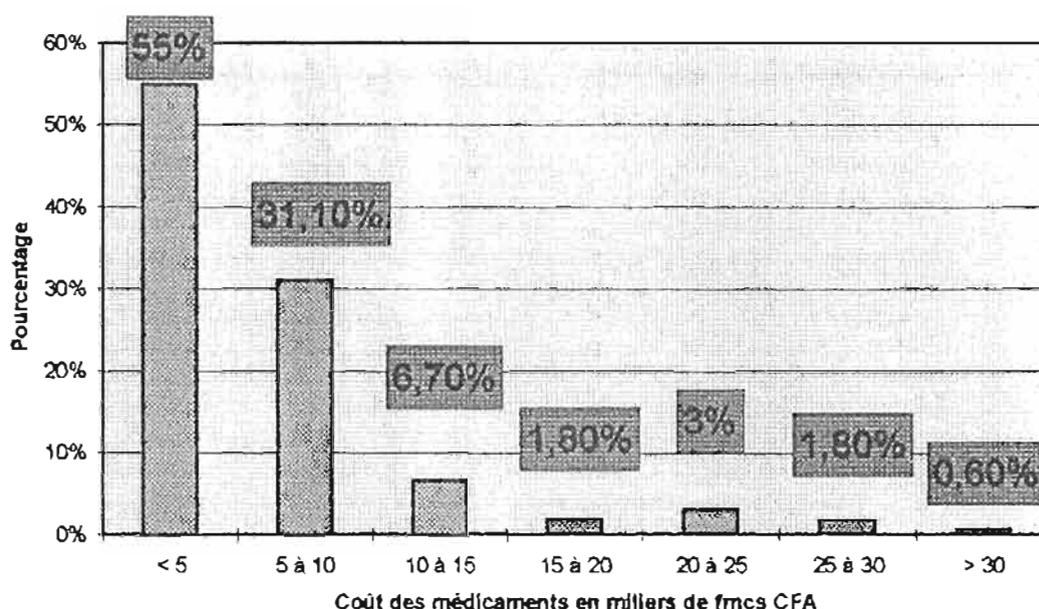


Figure 16 : Répartition des 164 traumatisés selon le coût des médicaments.

Plus de la moitié des traumatisés (55 p.cent) ont dépensé moins de 5000 francs CFA pour frais de médicaments. Plus de 15000 francs CFA ont été payés par moins de 8 p. cent des traumatisés comme frais de médicaments. Un seul a dépensé plus de 30 000 francs CFA.

V.5.1.3 Le coût des examens complémentaires

Seuls les examens complémentaires prescrits aux urgences sont payés suivant la tarification en vigueur et cette dernière tient compte de la catégorie socio-professionnelle. Un forfait pour les examens complémentaires, qui est de 1000 franc CFA, est payé pour tous les malades hospitalisés. Dans la présente, nous avons considéré que tous les patients qui ont fait l'objet de prescription d'examens complémentaires aux urgences chirurgicales ont payé demi-tarif.

les examens complémentaires ont été prescrits chez 127 de nos traumatisés. Le coût moyen des frais des examens complémentaires prescrits aux

urgences chirurgicales du C.H.N.SS. était 3106,02 francs CFA avec des extrêmes allant de 1750 à 24 000 francs CFA.

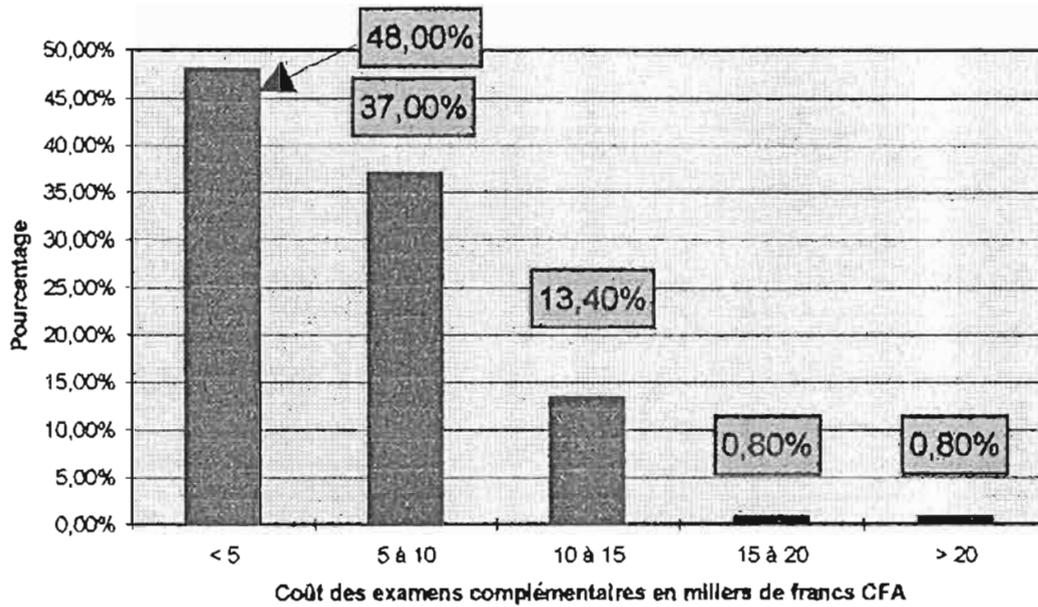


Figure 17 : Distribution des 127 traumatisés en fonction du coût des examens complémentaires.

Plus des 4/5 des 127 traumatisés ont payés moins de 10000 francs CFA, soit 85 p. cent. (n=108). 2 seulement ont fait l'objet de prescription d'exams complémentaires de plus de 15 000 francs CFA.

IV.5.1.4 Le coût moyen du traumatisme par chute d'arbre en milieu hospitalier de Bobo-Dioulasso

Dans notre série, le coût moyen du traumatisme par chute d'arbre est de 896,20 francs CFA par jour.

IV.5.2 LES CONSEQUENCES SOCIALES

L'évaluation des conséquences sociales n'a porté que sur les hospitalisés. Ces conséquences ont surtout affecté les élèves et les cultivateurs qui constituent à eux seuls 87,5 p.cent de l'ensemble des professions.

IV.5.2.1 Les jours d'études perdus par les élèves

Cette évaluation n'a porté que sur les élèves hospitalisés pendant l'année scolaire. Elle a donc été estimée à partir de la durée d'hospitalisation. Elle ne tient pas compte des éventuelles journées ou semaines de repos qu'auraient imposées les lésions et/ou délivrées par le médecin. Il s'agit alors d'une évaluation minimale.

Le nombre d'élèves victimes d'accident par chute d'arbre est de 91. Si nous considérons que l'année scolaire qui va du mois d'Octobre au mois de Juin, 37 élèves ont été hospitalisés pendant cette période, soit 40,5 p. cent. de l'ensemble des élèves.

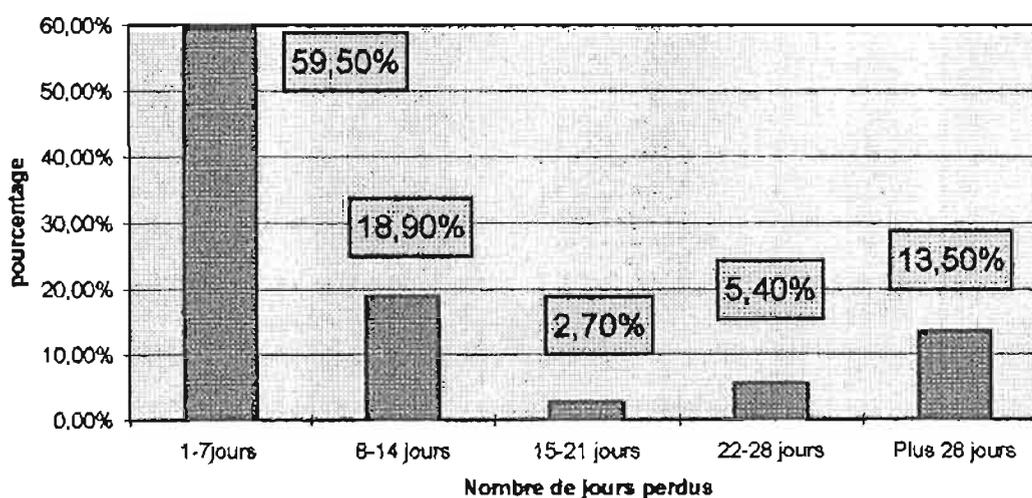


Figure 18 : Répartition des 37 élèves en fonction du nombre de jours d'études perdus.

Plus des 2/3 des accidentés pendant l'année scolaire ont perdu de 1 à 7 jours de cours, soit 59,5 p.cent. (n=22). Les élèves accidentés pendant la même période qui ont perdus plus de 28 jours sont au nombre de 5 (13,5 p.cent).

IV.5.2.2 Les jours de travaux champêtres perdus par les cultivateurs

Cette évaluation comme la précédente n'a porté que sur les cultivateurs hospitalisés pendant la saison pluvieuse qui s'étend du mois de Mai au mois d'Octobre dans notre pays. Elle ne tient également pas compte des jours perdus qu'auraient imposées les lésions et/ou délivrées par le médecin.

Le nombre de cultivateurs hospitalisés pendant la période pluvieuse sont au nombre de 13, soit 25,5 p. cent. de l'ensemble des cultivateurs (n=51).

La répartition des 13 cultivateurs en fonction du nombre minimum de jours de culture perdus est la suivante :

- 38,5 p. cent.(n=5) ont perdus 1 à 7 jours,
- 7,7 p. cent. (n=1) ont perdu 8 à 14 jours,
- 23 p. cent. (n=3) ont perdu 15 à 21 jours,
- 7.7 p. cent. (n=1) ont perdu 22 à 28 jours,
- 23 p. cent.(n=3) ont perdu plus de 28 jours.

V. COMMENTAIRES

V. COMMENTAIRES

V.1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

V.1.1 DE LA PLACE DES CHUTES AU SEIN DE LA PATHOLOGIE TRAUMATIQUE

Un certain nombre d'études faites dans le monde ont permis d'évaluer l'importance des traumatismes ou des accidents par chute. Ainsi, en Occident ce problème connaît une incidence croissante [2]. Aux USA selon DEHAVEN cité par DUCOLOMBIER [2] les chutes d'un lieu élevé viennent au second rang après les accidents de la voie publique parmi les causes de mort, responsables de 13000 décès par an. LANGLEY et MCLOUGHLIN [8] rapportent que les chutes font partie des trois principales causes d'accidents en New-Zeland et constituent la première cause des admissions hospitalières pour traumatisme, soit 25 p.cent. En France selon CARLUS-MONCOMBLE [5], les défenestrations sont la deuxième cause des accidents (17 p.cent) chez les enfants de moins de 16 ans. En Afrique les travaux à ce sujet sont rares, les statistiques le plus souvent incomplètes et les résultats parfois non concordants. C'est ainsi qu'au Bénin on a estimé 7,2 p.cent la fréquence des accidents par chute au cours d'une enquête menée en 1977 chez 282 écoliers accidentés [10]. Au Togo, SENGA et coll. [13] ont rapporté que les accidents par chute venaient au 2^{ème} rang (36,9 p.cent) chez les enfants de 5 à 14 ans après les accidents de la voie publique. Nos résultats sont en deçà de ceux des autres auteurs africains (4,5 p.cent.).

Il faut noter que notre prévalence est en deçà de la réalité car des cas n'ont pas consulté au C.H.N.SS. En effet certains parents consultent dans les dispensaires périphériques de la ville, d'autres ne consultent pas soit que les lésions sont minimales donc optent pour un traitement à domicile, soit que ce sont des cas de fractures où le traitement traditionnel est préféré, soit qu'il se pose un problème

d'accessibilité géographique (longue distance, mauvais état des routes, absence de moyen de transport) ou enfin qu'il s'agisse d'une évolution fatale et la nécessité de consulter ne s'impose plus.

V.1.2 DES CIRCONSTANCES DES TRAUMATISMES PAR CHUTE

Les circonstances des traumatismes par chute en Afrique sont différentes de celles des pays occidentaux. En France selon **DUCOLOMBIER [2]**, les accidents de travail représentent la 2^{ème} cause des traumatismes par décélération verticale après les tentatives de suicide. Par contre en Afrique, il s'agit de circonstances surtout environnementales telles que les confirment **BEDAYA-NGARO et coll. [15]** en Centrafrique (En période de cueillette, 42 p.cent de l'ensemble des traumatismes sont le fait de manguiers) et notre étude où les traumatismes par chute d'arbre représentent 63 p.cent de l'ensemble des traumatismes par chute.

Cette situation est liée à la différence de développement socio-économique des ces 2 parties du monde. Tandis qu'en Afrique l'environnement de nos villes et campagnes est caractérisé par la présence d'arbre surtout fruitiers et à intérêt pharmacologique, en Occident elle serait liée aux aléas de la vie en surélévation [2].

V.1.3 DE L'AGE DES VICTIMES

La prédominance de la tranche d'âge de moins de 15 ans et la diminution de la prévalence avec l'âge caractérisent ces accidents par chute en Afrique. Plusieurs études confirment cette prédominance dans les traumatismes en général. En effet **BEDAYA-NGARO et coll. [15]** rapporte que 66 p.cent des accidentés avaient moins de 15 ans. Ceci est en accord avec nos résultats (62 p.cent).

Les grimpées d'arbres sont un moment de jeu favoris des enfants en Afrique (balançoire, cache-cache) et surtout ils affectionnent la mangue qui est un fruit sucré et d'accès facile car les manguiers bordent les principales rues de la ville et ombragent les cours de certaines écoles.

V.1.4 DU SEXE DES VICTIMES

La prédominance masculine est quasi-constante dans toute la littérature. Ainsi l'étude Centrafricaine note un sex-ratio de 12 garçons pour une fille [15]. Au TOGO, **SENGA et coll.** [13] notent que 61,16 p.cent des traumatisés par chute étaient des garçons. Nos résultats sont concordants avec la littérature (81 p.cent).

V.1.6 DU NOMBRE DE CAS SELON LES SAISONS

Les traumatismes par chute d'arbre s'échelonnent tout au long de l'année avec des périodes de recrudescence. **BEDAYA-NGARO et coll.** [15] soulignent que les traumatismes par chute du manguier surviennent au mois de Mars, Avril, Mai et constitue la 2^{ème} cause des accidents à cette période. Notre série corrobore ce constat en enregistrant une augmentation du nombre de cas pendant cette même période avec une prévalence mensuelle qui oscille entre 20 à 30 p.cent). Cette période correspond à la maturité et à la cueillette des mangues.

V.1.7 DU TYPE D'ARBRE

Les arbres fruitiers sont les plus incriminés dans les traumatismes par chute d'arbre en Afrique. En effet dans notre série, les arbres fruitiers représentent plus de 85 p.cent, dominés par le Mangifera Indica (manguiers), soit 65,4 p.cent de tous les arbres. Ce même constat est fait en Centrafrique par **BEDAYA-NGARO**

et coll. [15] qui ont titré leur article : "Pathologie du manguier" et les chutes de manguier représenterait 42 p.cent des traumatismes en période de cueillette.

La région soudano-sahélienne est caractérisée par ces types d'arbres qui prédominent dans les villes et villages de l'Ouest du Burkina Faso. A Bobo-Dioulasso les principales rues sont bordées par des manguiers, qui ombragent également de nombreuses concessions, points de loisirs et écoles.

V.2. LES ASPECTS CLINIQUES

Les lésions par chute d'arbre sont dominées par les plaies superficielles et les fractures de membres. Dans les accidents en général, les fractures sont les lésions les plus fréquentes telles que le confirme **P. SENGA et coll.** [13] qui rapporte que les fractures de membres viennent en première position (43,7 p.cent) dans la pathologie accidentelle chez les enfants de 5 à 14 ans. L'étude Centrafricaine notait 75 p.cent de fractures de membres [15]. Dans notre cas, nous avons noté 87 p.cent. de plaies superficielles et 40 p.cent de fractures, dominées par les membres (81 p.cent de l'ensemble des fractures) surtout aux membres supérieurs (54,38 p.cent des fractures de membres). Ces fractures étaient le plus souvent fermées (72 p.cent).

Dans les chutes non intentionnelles, il se produit un mécanisme de défense où le premier rôle est joué par les membres supérieurs qui tentent d'amortir les effets de la chute.

Les traumatismes crâniens avec troubles de la conscience ne sont pas négligeables (11,63 p.cent de notre effectif) tandis que **BEDAYA** [15] a noté 1 cas de coma sur 3 traumatismes crâniens. Notre série a signalé également quelques cas de traumatismes du rachis (6,4 p.cent) qui sont le plus souvent accompagnés de troubles neurologiques. Ce type de lésion n'a pas été noté par

BEDAYA-NGARO [15]. Nous avons déploré enfin 5 cas de rupture d'organes abdominaux (toutes étaient des ruptures de rate) et 1 cas d'éviscération.

V.3. LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

Nous n'avons pas pu faire une étude approfondie sur le traitement de nos patients du fait non seulement que tous les produits prescrits n'ont pas pu être répertoriés. En effet, des médicaments prescrits n'ont pas été enregistrés et même enregistrés, les quantités ne sont pas souvent précisées.

Néanmoins dans notre série, le traitement des fractures a consisté surtout en un traitement orthopédique (plâtre) dans 30 p.cent et des soins locaux; il y va de soit lorsque l'on sait que les lésions prédominantes sont les plaies superficielles et les fractures de membres.

V.4. LES ASPECTS EVOLUTIFS

V.4.1 LA MORBIDITE

La durée moyenne d'hospitalisation était 13,5 jours.

Nous avons considéré dans la présente que tous les patients traités en ambulatoire ont eu une évolution favorable. Ce qui explique que la grande majorité de nos patients avaient une évolution favorable (78 p.cent).

Les quelques complications (au nombre de 21) sont liées aux infections cutanées (23 p.cent) et aux troubles neurologiques (71,4 p.cent) surtout à type de paralysie des membres.

V.4.2 LA MORTALITE

Nous avons noté 10 décès (5,8 p.cent) parmi les patients hospitalisés. Ces décès étaient essentiellement dus à des troubles neurologiques (traumatismes crâniens et rachidiens), et aux polytraumatismes. En Centrafrique **BEDAYA** [15] n'a pas déploré de cas décès.

V.5. LES CONSEQUENCES FINANCIERES ET SOCIALES

V.5.1 LE COUT DU TRAUMATISME PAR CHUTE D'ARBRE

Le coût journalier moyen du traumatisme par chute d'arbre en milieu hospitalier dans notre série est de 896,20 Francs CFA par jour. Ce coût est au delà du revenu moyen journalier du burkinabé qui est évalué à 700 francs CFA (Statistiques 1995, INSD). Il faut signaler que cette estimation est en deçà de la réalité, car nous n'avons pas pu prendre en compte certains produits (notamment les solutés isotoniques du fait de la mauvaise tenue des feuilles de suivi de traitement) et d'autres produits dont les patients ont dû payer à leurs frais (manquant de kit opératoire,...).

V.5.2 LES CONSEQUENCES SOCIALES

Cette évaluation des conséquences sociales est sous-estimée car elle n'a porté que sur les hospitalisés et en plus elle ne tient pas compte des éventuelles journées de repos qu'auraient imposés les lésions ou les médecins.

Elles ont surtout été ressenties par les élèves et les cultivateurs, en effet au cours de l'année scolaire des élèves ont chuté perdant ainsi des journées de cours (plus de la moitié des élèves hospitalisés (59,5 p.cent) ont perdu entre 1 et 7 jours de cours). Il s'en suit un retard qui n'est pas facilement rattrapé pouvant même conduire au redoublement de la classe. Les cultivateurs eux ont le devoir

d'assurer l'alimentation familiale pour l'année à venir mais malheureusement c'est parfois à la recherche de ce but qu'ils sont victimes de chute, situation qui peut leur imposer un repos entravant ainsi l'atteinte de leur but. En effet pendant la saison pluvieuse 13 cultivateurs ont été hospitalisés. Plus de 23 p.cent ont ainsi perdus plus de 28 jours de culture.

VI. CONCLUSION

VI. CONCLUSION

De cette étude, nous retenons que:

- **sur le plan épidémiologique :**

- * les traumatismes par chute d'arbre sont fréquents
- * les garçons de moins de 15 ans (surtout les élèves)
- * chez les adultes, ils sont pour la plupart des cultivateurs
- * les chutes surviennent surtout pendant la période de maturité et de cueillette des mangues (Mars-Avril-Mai) et le manguier est le premier arbre mis en cause

- **sur le plan clinique :**

- * les lésions des parties molles et les fractures de membres sont les plus fréquentes
- * les polytraumatismes, les traumatismes du crâne et du rachis avec signes neurologiques et les ruptures de rate sont les principaux facteurs de mortalité

- **sur le plan thérapeutique :**

- * le traitement est le plus souvent orthopédique

- **sur le plan évolutif :**

- * l'évolution est le plus souvent favorable
- * les complications étaient à type de troubles neurologiques, d'infections cutanées

- **sur le plan social :**

- * les conséquences sociales notamment un redoublement de l'élève et les difficultés d'alimentation de la famille sont à redouter.

VII. SUGGESTIONS

VII. SUGGESTIONS

Aux autorités politiques et sanitaires

Doter les hôpitaux nationaux de service de réanimation pour la prise en charge des cas de polytraumatismes.

Former des médecins spécialisés en chirurgie et en réanimation pour la prise en charge des traumatismes du rachis et du crâne.

Au personnel de santé

Former et recycler le personnel de santé pour la prise en charge de tout cas de polytraumatisme

A la population

Une prise de conscience des parents d'élèves et des enseignants afin d'aider à la sensibilisation des écoliers.

Adopter une méthode de cueillette des fruits qui évite la montée de l'arbre.

A la Faculté des Sciences de la Santé

Entreprendre d'autres études prospectives sur les traumatismes par chute d'arbre afin de rechercher les facteurs socioculturels, de mieux préciser les aspects épidémiologiques et d'approfondir les présents résultats.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANONYME

Enquête socio-économique dans le cadre du projet habitat. Banque mondiale (réalisée par le groupe VIII)

2. DUCOLOMBIER A, KEHRLI P, HOR F, HOFFMANN J J, BRINQUIN L, ROUVIEB R, JEANBOURQUIN D, OZCARIZ D, NUDELMANN N

Traumatisme par Décélération verticale, médecine et armées, 1994, 22, 6, 439-444.

3. LORDIER A

Epidémiologie des accidents chez l'enfant.

Rev. Prat., 1984, 34 : 1545-1555.

4. BENACLEGUE A, AMI MOUSSA M R, KHEDJI F, LACETE H ET CHABANI S

Accidents chez l'enfant dans les pays en voie de développement.

Accidents chez l'enfant en milieu urbain. (Enquête épidémiologique portant sur une année Alger 1981).

Congrès Pédiat. Langue Fr. Paris 1984 : 315-324.

5. CARLUS-MONCOMBLE C, HUBERT Ph, REVILLON Y, DEBRAY P, CLOUP M

Les polytraumatismes chez l'enfant

Rev. Prat, 1986, 36 : 1041-1408.

6. GREGORY D, REIBER, M D

Fatal Falls in Childhood

How Far Must Children Fall to Sustain Fatal Head Injury ?

Report of cases and Review of the Litterature.

The American Journal of Forensic Medicine and Pathology.

14 (3) : 201-207, 1993.

7. GUINKO S

Contribution à l'étude de la végétation et de la flore du Burkina Faso. I. Les territoires phyto-géographiques.

In bulletin de l'IFAN, tome 46, série A n°1-2 ; 1989 ; pp. 130-139.

8. JOHN D LANGLEY, ELIZABETH McLOUGHLIN

Injury mortality and morbidity in New Zeland

Accid. Anal. & Prev. Vol. 21, N°3, pp. 243-254, 1989.

9. OUOBA K

Thèse de médecine. Les urgences du Centre Hospitalier National Sanou Sourô de Bobo-Dioulasso (Etude critique de la structure et du fonctionnement du service des urgences).

10. MANCIAUX M

L'enfant et les accidents.

L'enfant en milieu tropical, CIE, Paris, 1980, 123.

11. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Direction de ma Médecine Préventive.

Doc. réonoté, Ouagadougou, 1983 ; 56 p.

12. Premiers rapports trimestriels d'activités hospitalières du Centre Hospitalier National Sanou Sourô.

Services des Statistiques et de l'Information Médicale (SSIM).

13. SENG A P, SAMBA A B, ATANDA L

Morbidité et mortalité des enfants de 5 à 14 ans à l'hôpital Général de Brazzaville.

Médecine d'Afrique Noire : 1991, 38 (10), 641-648.

14. Répartition de la population de la ville par secteur de Bobo-Dioulasso

In : Doc. SDAU / Recensement 1985 actualisée 1995

15. S. BEDAYA-NGARO, LOCHOUARN P, KOUZNETKOV P et RAMADAN

Pathologie du manguier en République Centrafricaine.

Médecine d'Afrique Noire : 1975, 22 (10), 633-636.

ANNEXES

LES TRAUMATISMES PAR CHUTE D'ARBRE

Numéro de fiche : /___/___/___/

Type d'arbre : /___/ (O/N) _____

Date d'entrée : /___/___//___/___//___/___/

Date de sortie : /___/___//___/___//___/___/

I. Identification

Nom - Prénoms : _____

Sexe : /___/ M ou F Age : /___/___/___/ ans

Ethnie : /___/ (O/N)

Mossi /___/ Dagari /___/ Dioula /___/ Bobo /___/

Sénoufo /___/ Peulh /___/ Lobi /___/ Gourounsi /___/

Bissa /___/ Bwaba /___/ Autres : _____

Niveau de scolarisation : /___/ (O/N)

Aucun /___/ Primaire /___/ Secondaire /___/

Profession : /___/ (O/N)

Elève /___/ Cultivateur /___/ Ouvrier /___/

Commerçant /___/ Fonctionnaire /___/ Sans prof /___/

Autres : _____

Profession du père : _____

Profession de la mère : _____

Résidence : /___/ (O/N)

Province du Houet : /___/ (O/N)

Bobo-secteur : /___/___/

Bobo-rural : _____

Autre province : _____

III. Date de survenue de l'accident : /___/___//___/___//___/___/

Estimation approximative (m) de la hauteur de la chute : /___/___/

Estimation du nombre d'heures chute-consultation : /___/___/___/

Motivation ayant conduit à monter sur l'arbre : /___/ (O/N)

Jeu /___/ Travail /___/ Recherche de fruits /___/

IV. Aspects cliniques

IV.1. Etat de conscience à l'arrivée :

Bonne conscience /___/ obnubilation /___/

Coma II /___/ Coma III /___/

IV.2. Conjonctives :

Colorées normalement /___/ Pâles /___/

IV.3. Types de lésions

IV.3.1. Fractures /___/ (O/N)

Si, oui Nature : /___/ (Fermée/Ouverte)

Nombre de fractures: /___/

Siège :

Radius /___/ Cubitus /___/ Humérus /___/ Fémur /___/

Tibia /___/ Peronée /___/ Rachis /___/ Crâne /___/

Autres : _____

IV.3.2 Luxations : /___/ (O/N)

Nombre : /___/

Siège :

Epaule : /___/ Hanche : /___/ Coude : /___/

Cheville : /___/ Rachis : /___/

Autres : _____

IV.3.3. Contusion abdominale: : /___/ (O/N)

Simple /___/ Rupture d'organe : /___/ Type : _____

Eviscération /___/ Autres : _____

IV.3.4. Autres lésions : _____

V. Traitement /___/ (O/N)

Médical /___/ Orthopédie /___/ Chirurgical /___/

Préciser : Médical _____

Chirurgical _____

VI. Evolution /___/ (O/N)

Favorable /___/

Complications /___/ Type : _____

VII. Mode de sortie /___/ (O/N)

Normale/___/ transfert /___/ Contre avis médical /___/

Evasion /___/ Décès /___/

VIII. Evaluation du coût du traitement

Examens complémentaires: /___/___/___/___/___/ Francs CFA

Médicaments : /___/___/___/___/___/ Francs CFA

Journées d'hospitalisation: /___/___/___/___/___/ Francs CFA

SERMENT D'HIPPOCRATE

<< En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.>>

Auteur

YARA Jean-Pierre

10 BP 13463 Ouaga 10

RESUME

Après avoir constaté la grande fréquence des cas de chute d'arbres, nous avons fait une étude rétrospective sur deux ans du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 1996. Nous avons enregistré 172 cas de traumatisme par chute d'arbre. A l'issu de nos travaux nous avons constaté que :

- **sur le plan épidémiologique :**

- * les traumatismes par chute d'arbre sont fréquents
- * les garçons de moins de 15 ans (surtout les élèves)
- * chez les adultes, ils sont pour la plupart des cultivateurs
- * les chutes surviennent surtout pendant la période de maturité et de cueillette des mangues (Mars-Avril-Mai) et le manguier est le premier arbre mis en cause

- **sur le plan clinique :**

- * les lésions des parties molles et les fractures de membres sont les plus fréquentes
- * les polytraumatismes, les traumatismes du crâne et du rachis avec signes neurologiques et les ruptures de rate sont les principaux facteurs de mortalité

- **sur le plan thérapeutique :**

- * le traitement est le plus souvent orthopédique

- **sur le plan évolutif :**

- * l'évolution est le plus souvent favorable
- * les complications étaient à type de troubles neurologiques, d'infections cutanées

- **sur le plan social :**

- * les conséquences sociales notamment un redoublement de l'élève et les difficultés d'alimentation de la famille sont à redouter.

MOTS CLES: Traumatismes - Chute - Arbre - Morbidité - Mortalité - Prévention - Centre Hospitalier National Sanou Sourô - Bobo-Dioulasso.