

MORTALITE DE LA BRULURE CHEZ L'ENFANT DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE

MORTALITY OF BURNS IN CHILDREN IN THE PEDIATRIC SURGERY DEPARTMENT OF UNIVERSITY HOSPITAL GABRIEL TOURE

Dr Abdramane TRAORE

Docteur en Gestion des Services de Santé, Chargé de Recherche, CHU Gabriel TOURE,
Bamako-Mali, Afrique de l'Ouest

Dr Harouna Dit Tiémoko SANGARE

Docteur en Gestion des Services de Santé, Chargé de Recherche, CHU Gabriel TOURE,
Bamako-Mali, Afrique de l'Ouest.

Dr Hellah dit Boua SIDIBE

Docteur en Anesthésie Réanimation, Chargé de Recherche, CHU Gabriel TOURE, Bamako
Mali.

Dr Djiby DIARRA

Docteur en Médecine Générale, CHU Gabriel TOURE, Bamako-Mali.

Dr Abdoul Karim SANGARE

Médecin en spécialisation (DES en Ophtalmologie), Institut Ophtalmologique et Tropicale de
l'Afrique (IOTA), Bamako-Mali

Hadiara B SANOGO

Licence en Sciences de la Santé, CHU Gabriel TOURE, Bamako-Mali

Professeur Yacaria COULIBALY

Professeur Titulaire en Chirurgie Pédiatrique, Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie
(FMOS)/ CHU Gabriel TOURE, Bamako-Mali

Date de soumission : 06/09/2025

Date d'acceptation : 25/10/2025

Pour citer cet article :

TRAORE A. & al. (2025) «MORTALITE DE LA BRULURE CHEZ L'ENFANT DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE», Revue Internationale des Sciences de Gestion
« Volume 8 : Numéro 4 » pp : 1064 - 1081

RESUME:

Une étude rétrospective et prospective menée d'octobre 2021 à septembre 2023 (24 mois) au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE (Bamako), portant sur 246 dossiers de brûlés, a étudié la mortalité liée à la brûlure chez les enfants de 0 à 15 ans. Les résultats montrent que durant notre période d'étude (2 ans), 2553 malades (toutes pathologies confondues) ont été hospitalisés dans le service parmi lesquels 246 cas de brûlure soit une fréquence hospitalière de 9,6% et un nombre annuel moyen d'hospitalisation pour brûlures de 123 cas par an. Le nombre de décès enregistré chez ces brûlés était de 48 cas soit un taux de létalité de 19,5%. L'âge moyen est de 3 ans, le sexe ratio 1,3 en faveur des garçons, les contacts avec les agents thermiques sont les causes les plus fréquentes soit 98,8% de cas. La brûlure de 3^{ème} degré a été un facteur influençant la létalité avec 64%. Notre taux de létalité très élevé a été influencé par plusieurs facteurs à savoir l'agent causal, l'étendue et la profondeur de la brûlure, le délai de prise en charge, la durée d'hospitalisation et les complications de la brûlure.

L'étude souligne la nécessité de renforcer les actions de prise en charge et de prévention contre les brûlures.

Mots clés : Mortalité ; brûlure ; enfant ; chirurgie pédiatrique ; CHU Gabriel TOURE.

ABSTRACT:

A retrospective and prospective study conducted from October 2021 to September 2023 (24 months) in the pediatric surgery department of the University Hospital Gabriel TOURE (Bamako), involving 246 burn cases, examined burn-related mortality in children aged 0 to 15 years. The results show that during our study period (2 years), 2553 patients (all pathologies combined) were hospitalized in the department, including 246 burn cases, representing a hospital frequency of 9.6% and an average annual number of hospitalizations for burns of 123 cases per year. The number of deaths recorded among these burn patients was 48 cases, representing a mortality rate of 19.5%. The average age was 3 years, the sex ratio was 1,3 in favor of boys, and contact with thermal agents was the most frequent cause in 98,8% of cases. Third-degree burns were a factor influencing mortality, accounting for 64% of cases. Our very high mortality rate was influenced by several factors, namely the causative agent, the extent and depth of the burn, the delay in treatment, the length of hospitalization, and complications from the burn.

The study highlights the need to strengthen burn treatment and prevention measures.

Keywords: Mortality; burns; children; pediatric surgery; University Hospital Gabriel TOURE.

Introduction :

La mortalité est définie comme le rapport entre le nombre de décès et l'effectif moyen de la population dans un lieu donné et pendant une période déterminée. Le taux de mortalité est généralement calculé sur une période d'un an et pour une population de 100 000 habitants (**Moissan, 1998**). La brûlure est définie comme étant une destruction du revêtement cutané, parfois même des structures sous-jacentes causée par un agent thermique, chimique, électrique ou par des radiations ionisantes (**Moissan, 1998**). La brûlure chez l'enfant reste l'accident le plus fréquent, touchant particulièrement les enfants de moins de 04 ans avec une prédominance chez le sexe masculin (**Pallua, 2006**). Selon l'âge, l'étendue, la profondeur ou la localisation, la brûlure met en jeu le pronostic vital, fonctionnel et/ ou esthétique (**CASTELAIN, et al., 2007**).

Les brûlures nécessitant une hospitalisation en réanimation sont celles qui s'accompagnent d'une mise en jeu du pronostic vital en rapport avec la brûlure elle-même, les lésions associées ou les comorbidités présentes. La prise en charge des brûlures graves s'inscrit alors dans une démarche médico-chirurgicale multidisciplinaire associant réanimateurs, chirurgiens plasticiens, rééducateurs et surtout les pédiatres dans notre contexte (**Faculté de médecine, 2019**).

La brûlure pose un sérieux problème de santé publique car c'est un accident très fréquent et mortel surtout chez l'enfant. Il s'agit presque toujours d'un accident domestique dont le principal mécanisme est le contact avec une source thermique (**Pallua, 2006**).

En France en 2011, le taux d'incidence brut de victimes de brûlure hospitalisés était de 13,7 pour une population 100 000 habitants, particulièrement élevé chez les enfants de moins de 05 ans avec une mortalité de 2,5% en intra hospitalière (**Nicolas. & Pierre, 2002**). En 2009, une étude marocaine avait rapporté une mortalité de 5,8% sur 221 cas de brûlure (**Wassermann, 2002**).

Samaké au Mali avait trouvé en 5 ans, 5444 hospitalisés parmi lesquels 300 cas de brûlure soit une fréquence de 5,51% avec 67 cas de décès soit un taux de létalité de 22,3% (**Samaké, 2012**).

L'étude de la mortalité est un élément d'évaluation de la qualité des soins en général, particulièrement dans les brûlures. C'est ainsi que nous avons initié cette étude dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE dont l'objectif était d'étudier la mortalité liée à la brûlure corporelle chez les enfants. Ce travail de recherche nous a amené à poser des questions suivantes :

- Quel est le taux de mortalité lié à la brûlure chez l'enfants de 0 à 15 ans ?

- Quelles sont les facteurs influençant la mortalité chez les enfants brûlés ?
- Quelle est la durée moyenne de séjour hospitalier des patients avant le décès ?

Ce travail est organisé en trois parties, la première partie traite la méthodologie, la deuxième partie traite les résultats et la troisième partie traite les discussions. Il commencera par une introduction et prendra fin par une conclusion.

1. Méthodes et Matériels :

Il s'agissait d'une étude rétrospective + prospective de 24 mois allant d'octobre 2021 à septembre 2023 au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré, portant sur 246 dossiers de brûlés âgés de 0 à 15 ans (sortie vivante ou décès) admis pour brûlures corporelles dans le service de chirurgie pédiatrique.

L'estimation de la surface corporelle brûlée a été faite à l'aide de la table de Lund & Browder. Cet outil permet de représenter schématiquement la surface, la localisation et la profondeur de la brûlure. Il permet d'obtenir un calcul précis de la Surface Corporelle brûlée (SCB), avec un facteur de correction en fonction de l'âge (enfant et adulte). C'est un outil précis.

Ont été inclus tous les enfants âgés de 0 à 15 ans hospitalisés pour brûlure au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré durant notre période d'étude.

Tout enfant brûlé n'ayant pas été hospitalisé, tout enfant victime de brûlure et dont le dossier est inexploitable n'ont pas été inclus dans l'étude.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une fiche d'enquête préalablement élaborée à partir des registres et des dossiers d'hospitalisation en fonction des objectifs et des variables retenues.

Ces variables comprenaient :

- ✓ Le taux de mortalité et de létalité lié à la brûlure chez l'enfant ;
- ✓ Les facteurs influençant la mortalité chez les enfants brûlés ;
- ✓ Les complications de la brûlure et la mortalité ;
- ✓ La durée moyenne de séjour hospitalier des patients avant le décès.

Une méthode d'échantillonnage non probabiliste, basée sur la technique du choix raisonné, a été appliquée pour la sélection des patients inclus dans l'étude.

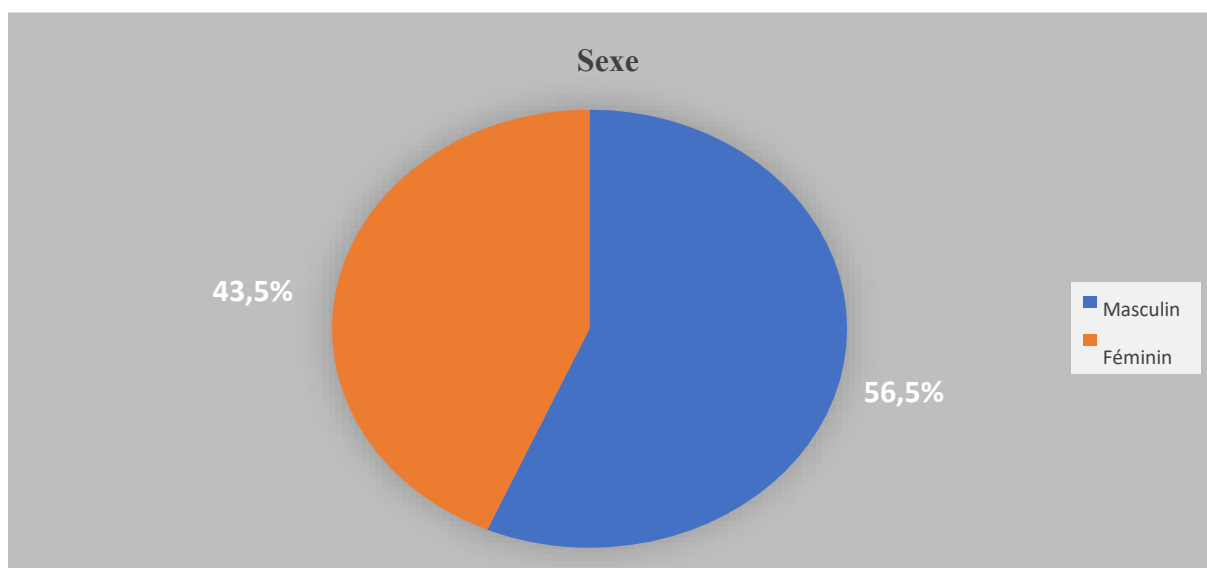
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels Épi-Info Version 6.02 Fr et IBM-SPSS statistiques Version 27.0. Les tests de comparaison utilisés ont été le Chi² et Chi² corrigé P < 0,05.

Nous avons pris en compte la considération éthique avec le consentement des parents des patients dans notre étude.

2. Résultats :

Durant notre période d'étude (02 ans), 2553 malades ont été hospitalisés dans le service parmi lesquels 246 cas de brûlure soit une fréquence de 9,6%. Le nombre de décès enregistré chez ces brûlés était de 48 cas.

Figure I : Répartition des malades selon le sexe



Le sexe masculin était majoritaire soit un sexe ratio de 1,3 en faveur des garçons.

Tableau I : Répartition des malades selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (an)	Effectif	Pourcentage
<1	41	16,7
[1-3]	139	56,5
[3-6]	34	13,8
[6-12]	28	11,4
[12-15]	4	1,6
Total	246	100

La tranche d'âge la plus représentée était de 1-3 ans avec 56,5%.

Tableau II : Répartition des malades selon la principale activité du père.

Principale activité du père	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	41	16,7
Étudiant	1	0,4
Commerçant	77	31,3
Ouvrier	62	25,2
Cultivateur	37	15
Autre	28	11,4
Total	246	100

La majorité des pères de nos malades était des commerçants soit 31,3%.

Tableau III : Répartition des malades selon le délai de prise en charge

Délai de prise en charge en jour	Effectif	Pourcentage
< 1	123	50
1-3	31	12,6
4-7	30	12,2
8-15	32	13
16-30	25	10,2
>30	5	2,0
Total	246	100

Le délai de prise en charge inférieur à une journée chez 50% des malades.

Tableau IV : Répartition des malades selon le type d'agent causal.

Agent Causal	Effectif	Pourcentage
Eau Chaude	144	58,5
Huile Chaude	19	7,7
Sauce/Décoction Chaude	41	16,7
Flamme	39	15,9
Courant électrique	3	1,2
Total	246	100

La brûlure par eau chaude était la plus représentée soit 58,5% des cas.

Tableau V : Répartition des malades selon l'étendue des surfaces brûlées

Étendue des surfaces	Effectif	Pourcentage
5-10%	25	10,2
11-15%	87	35,4
16-20%	52	21,1
21-25	29	11,8
26-30%	14	5,7
31-40%	28	11,4
41-50%	6	2,4
51-60%	1	0,4
Supérieur à 60%	4	1,6
Total	246	100

La majorité des malades avait une surface corporelle brûlée supérieur à 15%.

Tableau VI : Répartition des malades selon la profondeur de la brûlure

Profondeur de la brûlure	Effectif	Pourcentage
2 ^{ème} Degré superficiel	137	55,7
2 ^{ème} Degré Profond	95	38,6
3 ^{ème} Degré	14	5,7
Total	246	100

Les brûlures du 2^{ème} degré superficiel étaient les plus représentées soit 55,7% des cas.

Tableau VII : Relation entre le décès et l'agent causal

Agent causal	Décès		Total
	Non	Oui	
Eau chaude	125	17	142
Huile chaude	13	6	19
Sauce/décoction chaude	34	9	43
Flamme	23	16	39
Courant électrique	3	0	3
Total	198	48	246
Chi2= 18, 998			dll= 4
			p<0,001

L'agent causal a été un facteur associé à la survenue du décès.

Tableau VIII : Relation entre le décès et l'étendue de la brûlure

Étendue de la brûlure	Décès		Total
	Non	Oui	
5 -10	25	0	25
11-15	83	4	87
16-20	45	7	52
21-25	20	9	29
26-30	8	6	14
31-40	17	11	28
41-50	0	6	6
51-60	0	1	1
Supérieur à 60%	0	4	4
Total	198	48	246
Chi2= 79, 251 dll= 8 p<0,001			

L'étendue de la brûlure a été un facteur associé à la survenue du décès.

Tableau IX : Relation entre le décès et la profondeur de la brûlure

Profondeur de la brûlure	Non	Décès	Oui	Total
2 ^{ème} degré superficiel	122		15	137
2^{ème} degré profond	71		24	95
3 ^{ème} degré	5		9	14
Total	198		48	246
Chi2= 79,251 dll= 3 p<0,001				

La profondeur des lésions a été un facteur associé à la survenue du décès.

Tableau X : Relation entre le décès et le délai de prise en charge

Délai de prise en charge en jour	Décès		Total
	Non	Oui	
< 1	106	17	123
1- 3	25	6	31
3- 7	22	8	30
8- 15	22	10	32
16- 30	19	6	25
> 30	4	1	5
Total	198	48	246
Chi2= 6,634			dll= 5
			p= 0,034

Le délai de prise en charge a été un facteur associé à la survenue du décès.

Tableau XI : Relation entre le décès et la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jour	Décès		Total
	Non	Oui	
< 1	0	12	12
1- 3	3	12	15
3- 7	38	7	45
8- 15	94	7	101
16- 30	54	6	60
> 30	9	4	13
Total	198	48	246
Chi2= 99,580			dll= 5
			p<0,001

La durée d'hospitalisation a été un facteur pouvant influencer la survenue du décès.

Tableau XII : Relation entre le décès et la septicémie

Septicémie	Décès		Total
	Non	Oui	
Oui	25	23	48
Non	173	25	198
Total	198	48	246
Chi2= 30,637 dll= 1			p<0,001

La septicémie a été un facteur associé à la survenue du décès.

Tableau XIII : Relation entre le décès et l'anémie

Anémie	Décès		Total
	Non	Oui	
Oui	65	32	97
Non	133	16	149
Total	198	48	246
Chi2= 18,523 dll = 1			p< 0,001

L'anémie a été un facteur associé à la survenue du décès.

Tableau XIV : Relation entre le décès et le choc hypovolémique

Choc hypovolémique	Décès		Total
	Non	Oui	
Oui	2	21	23
Non	196	27	223
Total	198	48	246
Chi2= 83,268 dll= 1			p<0,001

Nous avons trouvé une relation entre le décès et le choc hypovolémique.

3. Discussions

Durant notre étude nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés à savoir :

- ✓ Le manque de certaines informations sur les dossiers
- ✓ La mauvaise conservation des archives.

Malgré ces difficultés cette étude nous a permis de déterminer le taux de mortalité et les facteurs associés à cette mortalité.

❖ Le taux de mortalité selon les auteurs

Tableau XV : Le taux de mortalité selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Décès	
		Taux de mortalité	Test statistique
Mali (Samaké, 2012)	300	67% (22,3%)	P=0.7261
Cameroun (Amengle, et al ; 2015)	142	28 (19,2%)	P=1
Gabon (Boumas, et al ; 2021)	35	4 (11,4%)	P=0,1656
Sénégal (Ali Ada , et al ; 2010)	75	7 (9,3%)	P=0,0666
Notre étude	246	48 (19,5%)	P<0,001

Les brûlures constituent des gros problèmes de santé publique et sont les accidents les plus fréquents chez les enfants. Généralement accidentelles, sont l'une des principales causes de mortalité et elles sont la troisième cause de décès chez les enfants (Ybert, 2007).

Ainsi sur une période de 2 ans, 48 cas de décès par brûlure corporelle sont survenus sur 246 cas de brûlure, soit un taux de létalité de 19,5%. Ce résultat est comparable à ceux de (Amengle, et al ; 2015) au Cameroun, (Samaké, 2012) au Mali, (Boumas, et al ; 2021) au Gabon. Par contre il y a une différence significative entre notre taux et celui de (Haidara, et al ; 2021) au Maroc. Cette différence s'expliquerait entre autre par : Le bas niveau socio-économique de la population et le manque de structure appropriée et/ou de personnel pour la prise en charge de la brûlure.

❖ Age et mortalité selon les auteurs

Tableau XVI : Age et mortalité

Auteurs	Age			
	Effectif	Age moyen	Taux de mortalité	Test statistique
Mali (Samaké,2012)	300	4,2		P= 0,4989
Sénégal (Ali Ada, et al; 2010)	11067	10		P=0,0000
Notre étude	246	3,22	56,5	P=0,074

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé une relation entre l'âge et la mortalité. Ce qui est comparable à celui de (**Samaké, 2012**) au Mali qui avaient trouvé une mortalité de 26% chez les enfants âgés de 0 à 5 ans avec l'âge moyen de 4,2 et contrairement à ceux de (**Ali Ada et al ; 2010**) qui avait trouvé que l'âge est un facteur influençant dans la mortalité liée à la brûlure avec $P<0,005$. Ces résultats s'expliqueraient par :

- ✓ Le fait qu'à cet âge les enfants restent le plus souvent à la maison non loin de la cuisine ;
- ✓ Ils sont moins conscients des dangers potentiels ;
- ✓ Leurs vulnérabilités vis-à-vis de la brûlure.

❖ Étendue moyenne de la brûlure et mortalité selon les auteurs

Tableau XVII : Étendue moyenne de la brûlure et mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Étendue		
		Étendue moyenne	Taux de mortalité	Test statistique
Mali (Samaké, 2012)	300	22,8%	22,3%	P=0,4918
Gabon (Boumas et al ; 2021)	35	10,5%	11,4%	P=0,1273
Sénégal (Ali Ada MO et al; 2010)	75	10 ,7%	9,3%	P=0,05764
Notre étude	246	20,5%	19,5%	P<0,001

L'étendue est le principal critère de gravité d'une brûlure. Plus elle est grande plus la probabilité de décès est élevée. Le pronostic vital est mis en jeu si la surface brûlée dépasse 5% chez le nourrisson et 10 % chez l'enfant (CASTELAIN, et al., 2007). Ce critère de gravité a été retrouvé dans notre étude comme facteur associé à la mortalité de la brûlure, ceci pourrait expliquer notre taux de létalité élevé.

Dans notre étude l'étendue moyenne était de 20% ce qui est comparable à ceux de (Samaké, 2012).

❖ Mortalité et profondeur selon les auteurs

Tableau XVIII : Mortalité et profondeur selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Profondeur de la brûlure		
		3 ^{ème} degré	Taux de mortalité	Test statistique
Mali (Samaké, 2012)	300	6	75%	P=0,0053
Cameroun (Amengle et al ; 2015)	68	4	75%	P=0,0007
Notre étude	246	14	64%	P<0,001

La profondeur est un paramètre qui intervient dans le pronostic fonctionnel que dans le pronostic vital car c'est de la profondeur que dépendent les capacités de cicatrisation cutanée ainsi que sa qualité (Baux, 2008).

Dans notre étude le taux de mortalité était respectivement de 64% (9 patients) pour les brûlures de 3^{ème} degré et elle a été un facteur influençant sur la mortalité. Ce résultat se rapproche de (Samaké, 2012) et (Amengle, et al ; 2015).

❖ **La nature de l'agent causal et mortalité selon les auteurs****Tableau XIX : La nature de l'agent causal et mortalité selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Agent causal		
		Agent thermique	Taux de mortalité	Test statistique
Mali (Samaké, 2012)	300	297	48%	P=0,0000
Cameroun (Amengle et al; 2015)	68	64	41%	P=0,0000
Gabon (Boumas, et al; 2021)	35	33	11%	P=0,0002
Notre étude	246	243	19,5%	P<0,001

Dans notre étude les agents thermiques (eau chaude, huile chaude et flamme) étaient la cause la plus fréquente chez les enfants.

Plusieurs études ont démontré que le principal mécanisme et circonstance de survenu de la brûlure chez l'enfant était le contact accidentel avec un agent thermique le plus souvent du liquide chaud (Samaké, 2012) ; (Amengle, et al ; 2015) et (Boumas, et al ; 2021).

Cela peut être expliqué par l'augmentation d'utilisations des liquides chauds pendant l'hiver et au moment de la rupture du jeûne, l'absence d'activités parascolaires, avec l'absence de surveillance, pendant les vacances mais aussi la maladresse et la baisse de la vigilance dans la cuisine

❖ **Délai de prise en charge : Mortalité et délai de prise en charge selon les auteurs**

Nous avons trouvé de relation entre le délai de prise charge et la mortalité avec $P= 0,034$. Ce résultat est similaire à l'étude menée au Mali (Samaké, 2012).

Dans notre étude 52% (25 patients) de décès étaient survenus chez des patients ayant un délai supérieur à 04 jours de l'accident. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la non prise en charge de la douleur, la non compensation de l'hypovolémie durant la phase inflammatoire de la brûlure et les complications infectieuses.

❖ **Durée d'hospitalisation : Mortalité et durée d'hospitalisation selon les auteurs****Tableau XX : Mortalité et durée d'hospitalisation selon les auteurs**

Auteurs	Fréquence	Durée d'hospitalisation		
		Durée en jour	Taux de mortalité	Test statistique
Mali (Samaké, 2012)	300	1-14	53,7%	P=0,0001
Cameroun (Amengle et al; 2015)	68	1-15	74%	P=0,01151
Gabon (Boumas, et al; 2021)	35	1-7	98%	P=0,0001
Notre étude	246	1-15	79,5%	P<0,001

Nous avons trouvé une relation entre la durée d'hospitalisation, la mortalité et comparable aux autres auteurs (Samaké, 2012), (Amengle et al ; 2015) et (Boumas, et al ; 2021).

Dans notre étude 38 cas de décès soit 79,5% survenaient dans les quinze (15) premiers jours ce qui se rapproche de celui (Samaké, 2012), (Boumas, et al ; 2021) et (Amengle, et al ; 2015) qui avaient respectivement 36 cas de décès soit 53,7% ; 4 cas de décès soit 98% et 20 cas de décès soit 74%. Ceci pourrait s'expliquer par la gravité de la brûlure (étendue, profondeur, agent causal ...) le retard de prise en charge, l'automédication (traitement traditionnel).

❖ **Mortalité et complications selon les auteurs****Tableau XXI : Mortalité et Complications selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Complications/Mortalité		
		Anémie	Hypovolémie	Septicémie
Mali (Samaké, 2012)	300	25% P=0,1376	72% P=0,0004	46% P=0,4436
Sénégal (Ali Ada MO et al; 2010)	75		25% P=0	50% P=0,4437
Notre étude	246	32,9% p<0,001	91,3% p<0,001	47,9% p<0,001

Dans notre étude toutes ces complications ont eu une relation avec la mortalité liée à la brûlure. Le pourcentage de décès par septicémie est comparable dans toutes ces études et tourne au tour

de 50% avec des $P > 0,003$. La septicémie a été enregistrée dans 47,9% des cas, ce taux élevé pourrait s'expliquer par l'automédication, le retard de la prise en charge, la non maîtrise des infections nosocomiales. Dans notre étude, le pourcentage de décès chez les patients ayant présenté un choc hypovolémique était de 91,3% qui présente une différence significative avec l'étude de (Samaké, 2012) et (Ali Ada, et al ; 2010) avec des $p < 0,003$. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patients consultent tardivement dans le centre spécialisé alors que dans les cas de brûlure de grande étendue, le patient doit être bien réhydraté dans les premières 72 heures qui suivent l'accident pour lutter contre le choc hypovolémique.

Conclusion :

La brûlure est une pathologie locale à retentissement général par excellence. Toujours douloureuse, la brûlure mérite toute notre attention car elle engage le pronostic vital quand elle est étendue et est source d'un handicap fonctionnel, esthétique le plus souvent définitif. La mortalité par brûlure reste encore très élevée dans le monde en particulier dans les pays en voie de développement du fait du manque de moyens matériels, de ressources humaines et du bas niveau socio-économique. Notre taux de mortalité élevé a été influencé par certains facteurs à savoir : le bas niveau socio-économique des parents, l'étendue, la profondeur, le délai de prise en charge, les complications et la durée de séjour dans le service. La brûlure étant un traumatisme très fréquent et surtout mortel chez l'enfant, face à cette situation préoccupante, une réforme systémique s'avère indispensable. Elle devrait porter sur la mise en place de mécanismes de solidarité financière, l'amélioration des infrastructures hospitalières, ainsi que l'organisation de services d'accompagnement adaptés, afin d'assurer une prise en charge plus, efficiente et accessible à l'ensemble des patients. Il est nécessaire d'insister sur la précocité dans la prise en charge, la prévention des infections et sur les moyens de prévention comme sécurisation cuisine/théières, éducation parentale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ali Ada, M. O., Moustapha, H., Habou, O., Ndour, O., Ngnon, G., Sankale, A. A., Abqrchi, H., & Ndoeye, M. (2016). Les brûlures de l'enfant par accident domestique à Dakar. *Burkina Médical*, 21(2), 7–15.

Anatomopathologie- Diagnostic- Pronostic- En résumé. Les complications Principe du traitement- Forme clinique- La cicatrisation.

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/orthopedie/polyortho/poly.Chp.18.html>

Amengle, A. L., Bengono Bengono, R., Metogo Mbengono, J., Beyiha, G., Ze Minkande, J., & Obama Abena, M. T. (2015). Aspects épidémiologiques et pronostiques des brûlures graves chez l'enfant. *Thèse Médicale*, 16(1), 1–4.

Baux, S. (2008). The scope of the problem. *Burns*, 34(3), 303–311.

Boumas, N., Mba Aki, T., Mindze, D., Nzue Nguema, H., Abegue, M., & Orema Ntyale, P. (2022). Brûlures de l'enfant par accident domestique au Centre Hospitalier Universitaire Fondation Jeanne Ebori de Libreville, Gabon [Thèse de doctorat en médecine, CHU Fondation Jeanne Ebori].

CASTELAIN C, CHRISTOPHILIS M, JAYANKURA M, SAMAHA C, ZOUAOWY S.

BRULURE : Physiopathologie – Anatomopathologie Diagnostic- Pronostic- En résumé. Les complications – Principe du traitement Forme clinique- La cicatrisation.

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/orthopedie/polyortho/poly.Chp.18.html>, 16/ 04/ 11

Faculté de médecine. (2019, juillet). Cours commun de résidanat – Sujet 10 : Brûlures cutanées récentes (Validation : 0810201927).

Haïdara TM, Hissein AH, Benjelloun A, Jallal, A., Mokako, J., Rizq, M. A., El Harti, A., & Diouri, M. (2021). Mortalité chez les grands brûlés au Centre National des Brûlés, de Chirurgie Plastique et Réparatrice de Casablanca : À propos de 142 cas. *Thèse Médicale*, 22(6), 1–4.

Moissan, H. (1998). Brûlure : définition, étiologie, physiopathologie, diagnostic. Extraits – Urgences 1998. *La Conférence Hippocrate*, 98, 1–6.

Nicolas, P., & Pierre, A. (2002). Les brûlés : Une approche pluridisciplinaire.

Pallua N Von Bùlows. Behand lungshonzepte bei Vebrennungen Teil II : Technische Aspekte. *Chirurg* 2006 ; 77-188.

Samaké, A. (2012). Morbi-mortalité de la brûlure dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré (Thèse de doctorat en médecine, Université de Bamako).

Wassermann, D. (2002). Critères de gravité des brûlures : Épidémiologie, prévention, organisation de la prise en charge. *Pathologie Biologie*, 50(2), 65–73.

Ybert, É. (2007). *Petit Larousse de la médecine* (Éd. 2007, p. 622-623). Larousse