

SOMMAIRE

DEDICACES	
REMERCIEMENTS	
LISTE DES FIGURES	
LISTE DES TABLEAUX	
LISTE DES ABREVIATIONS	
INTRODUCTION.....	13
I. REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
1. Définitions	3
2. Epidémiologie.....	3
3. Perception de l'urgence.....	4
4. Principaux symptômes motivant les consultations aux urgences et conduites pratiques ...	5
4.1 Arrêt cardio-respiratoire	6
4.2. Détresse vitale : choc.....	8
4.3. Détresse respiratoire aigüe	11
4.4. Fièvre	13
4.5. Convulsions du nourrisson et du jeune enfant.....	15
4.6. Coma	16
4.7. Diarrhée aigüe	17
4.8. Déshydratation aigüe de l'enfant.....	18
4.9. Douleur chez l'enfant	20
4.10. Intoxications aigües	21
4.11. Les urgences simples et fausses urgences	23
5. Organisation du système sanitaire au Sénégal.....	23
DEUXIEME PARTIE	
1. Matériel et méthodes.....	24
1.1 Cadre d'étude	24
2. Méthodes	26
2.1. Population de l'étude.....	26
2.2. Collecte de données.....	27
2.3. Ethique.....	27
2.3. Analyse statistique.....	27

RESULTATS

1. Prévalence	28
2. Caractéristiques sociodémographiques des patients	28
2.1. Age des patients.....	28
2.2. Sexe des patients	29
2.3. Ethnie des patients.....	29
2.4. Résidence des patients.....	30
3. Niveau socio-économique des parents	31
4. La profession du père.....	32
5. La profession de la mère	32
7. Moyen de transport	34
8. Heure d'admission.....	35
9. Délai d'admission	35
10. Le délai de prise en charge	36
11. Motifs de consultation	37
12. Principal diagnostic retenu.....	38
13. La durée du séjour aux urgences	39
14. Devenir des patients	39

DISCUSSION

1. Fréquence globale.....	40
2. Caractéristiques sociodémographiques	40
2.1. Age et sexe	40
2.2. L'éthnie des patients.....	41
2.3. La résidence des patients	41
3. La profession et le niveau socio-économique des parents.....	41
4. Provenance des patients.....	42
5. Le moyen de transport utilisé	43
6. L'heure d'arrivée	44
7. Le délai d'admission	45
8. Le délai de prise en charge	45
9. Les motifs de consultation.....	46
11. Le principal diagnostic retenu	47
12. La durée du séjour aux urgences	47
13. Devenir des patients	48

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXE

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Algorithme sur l'accueil aux urgences pédiatriques médicales...	5
Figure n°2 : Algorithme de la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire chez l'enfant.....	7
Figure n°3 : Répartition des patients selon l'âge	28
Figure n° 4 : Répartition des patients selon le sexe	29
Figure n°5 : Répartition des patients selon l'ethnie.....	29
Figure n°6 : Répartition des patients selon la résidence	30
Figure n°7 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique	31
Figure n°8 : Répartition des patients selon la profession du père	32
Figure n°9 : Répartition des patients selon la profession de la mère.....	32
Figure n°10 : Répartition des patients selon la provenance.....	33
Figure n°11 : Répartition des patients selon le moyen de transport	34
Figure n°12 : Répartition des patients selon l'heure d'admission	35
Figure n°13 : Répartition des patients selon le délai d'admission.....	35
Figure n°14 : Répartition des patients selon le délai de prise en charge	36

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Evaluation de la tolérance de la fièvre	13
Tableau II : Répartition des patients selon la nature de l'ambulance	34
Tableau III : Répartition des patients selon les motifs de consultation	37
Tableau IV: Répartition des patients selon le principal diagnostic retenu	38
Tableau V : Répartition des patients selon la durée du séjour d'urgence.....	39
Tableau VI : Répartition des patients selon leur devenir	39

LISTE DES ABREVIATIONS

SAU : Services d'accueil des urgences

SU : Services d'urgences

CHN : Centre hospitalier national

% : Pourcentage

RCP : Réanimation cardiopulmonaire

ERC : European Resuscitation Council

FV : Fibrillation ventriculaire

TV : Tachycardie ventriculaire

J : Joule

Kg : Kilogramme

µg : Microgramme

IV : Intraveineux

IO : Intra osseux

ML : Millilitre

Mg : Milligramme

FC : Fréquence cardiaque

TRC : Temps de recoloration cutanée

> : Supérieur

TAS : Tension artérielle systolique

TAD : Tension artérielle diastolique

DS : déviation standard

SaO₂ : Saturation en oxygène

≥ : supérieur ou égal

USI : Unité de soins intensifs

° : degré

C : Celsius

CHU : Centre hospitalier universitaire

ORL : Oto-rhino-laryngologie

Mn : Minutes

Nacl : Chlorure de sodium

EEG : Electroencéphalogramme

OMS : Organisation mondiale de la santé

< : Inférieur

SRO : Solution de réhydratation orale

SG : Serum glucosé

IASP : International Association for the Study of Pain

CVO: Crises vaso-occlusives

NFCS : Neonatal Facial Coding System

EVA : Echelle visuelle analogique

TA: Tension artérielle

L : Litres

DES : Diplôme d'études spécialisées

FFI : Faisant fonction d'interne

H : Heures

SPSS : Statistical Package for the Social Science

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

SAMU : Service d'assistance médicale d'urgence

INTRODUCTION

Depuis leur création dans le milieu des années 60, les services d'accueil des urgences (SAU) hospitalières n'ont cessé de voir leurs activités croître d'année en année [1].

Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgences (SU) est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés.

Cette augmentation, qui touche aussi bien les urgences «adultes» que pédiatriques, traduirait de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins.

Les urgences pédiatriques constituent de nos jours l'un des domaines, le plus sensible de la médecine et fait l'objet d'interrogation dans de nombreux pays, aussi bien du Nord que du Sud [2, 3].

Dans les pays du Nord, on note l'afflux des patients porteurs de pathologies bénignes dans les services d'urgences, par exemple : aux Etats-Unis [4] : on estimait naguère que 85% des consultations en urgence se faisaient pour des «affections n'engageant pas le pronostic vital»; en France : à l'hôpital Robert Debré [4] de Paris, une étude a montré que seulement 28% des urgences pédiatriques pouvaient être considérées comme «prioritaires».

Dans les pays du Sud notamment en Afrique Subsaharienne [5], l'urgence pédiatrique relève souvent d'une «médecine en catastrophe» et plusieurs études montrent l'extrême gravité des affections vues dans les consultations d'urgences.

La mortalité liée aux urgences est importante au Sénégal : elle est de l'ordre de 15,9 % à Dakar [6].

La lutte contre la morbidité et la mortalité infantile passe donc par une prise en charge des urgences pédiatriques, et elle doit s'inscrire dans une perspective globale.

En effet, face à une insuffisance de moyens nécessaires pour une prise en charge correcte, le drame que représente un enfant en détresse vitale nous interpelle tous.

Parallèlement, l'évolution préoccupante de la démographie pédiatrique va influencer l'organisation de la prise en charge des enfants en urgence.

Une meilleure connaissance du profil épidémiologique de ces jeunes patients accueillis dans les SAU du Centre Hospitalier National (CHN) de Pikine doit permettre l'amélioration de leur prise en charge. L'absence d'étude dans ce domaine justifie la nôtre avec comme objectifs :

Objectif général :

Décrire le profil épidémiologique des consultants aux urgences médicales pédiatriques du CHN de Pikine.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence des consultants aux urgences pédiatriques ;
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des enfants reçus aux urgences ;
- ✓ Identifier les différentes pathologies médicales reçues aux urgences pédiatriques ;
- ✓ Apprécier le devenir des enfants reçus aux urgences médicales pédiatriques.

PREMIERE PARTIE
REVUE DE LA LITTERATURE

I. REVUE DE LA LITTERATURE

1. Définitions

Plusieurs définitions de l'urgence [7] ont été proposées:

- ✓ L'urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement (Petit Larousse de médecine).
- ✓ La notion d'urgence se confond avec l'idée d'un danger pour la vie, imminent ou seulement proche.
- ✓ L'urgence médicale c'est tout état nécessitant ou pouvant nécessiter dans un délai court (en principe l'heure qui suit), l'administration de soins complexes.

Après toutes ces tentatives de définitions, il paraît alors pertinent de revenir au sens littéral du mot latin «**ugere**» qui signifie «ce qui ne souffre pas de retardement» en illustrant cette situation non pas par l'urgence mais par les exigences d'une société consumériste où rien ne souffre de retard.

Cependant, le terme d'urgence qui est utilisé dans ce mémoire correspond à la notion plus large de «soins non programmés» [8].

2. Epidémiologie

Le nombre de consultations dans les services d'accueil des urgences pédiatriques n'a cessé d'augmenter partout dans le monde [1].

En France [9], les urgences pédiatriques représentent 25 à 30% de l'ensemble des urgences avec une augmentation moyenne annuelle de 5% et une prédominance des jeunes enfants de moins de 5 ans et dans 50 à 56% des cas elles sont médicales.

En Afrique subsaharienne :

Au Congo [9], les urgences médicales pédiatriques représentent 18,54% des admissions. Les principaux groupes étiologiques sont dominés par les maladies infectieuses et parasitaires (principalement le paludisme), ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire et digestif.

Au centre hospitalier de Libreville au Gabon [9], les urgences pédiatriques représentent 27% des admissions avec un taux de mortalité globale de 9%.

Au Mali [9], les principales étiologies dominantes sont le paludisme grave avec 33,7%, la déshydratation sévère par gastro-entérite (18,4%), suivis des pneumopathies, des infections néonatales et de la méningite.

Au Sénégal [6], les urgences pédiatriques représentent 52% des admissions avec un taux de mortalité de 15,9%. Les principaux groupes étiologiques sont dominés par les troubles respiratoires dans 19% des cas, les troubles digestifs dans 16,5% des cas et la malnutrition dans 15,5% des cas.

Les urgences médicales pédiatriques restent une réalité quotidienne, un véritable problème de santé, une préoccupation à laquelle tout le personnel sanitaire est confronté. Pour améliorer cette situation, la connaissance du profil de ces urgences est indispensable.

3. Perception de l'urgence

L'urgence peut supposer l'idée d'un danger pour la vie, imminent ou seulement proche.

Alors la perception de l'urgence se fait à deux niveaux. D'abord, au niveau des parents, et elle motive la consultation, ensuite au niveau du corps médical. L'appréciation du degré d'urgence peut être différente d'un niveau à l'autre, permettant ainsi de classer les urgences pédiatriques :

Les «urgences vraies» ou «urgences prioritaires» [9] : il s'agit de malades admis dans un tableau de détresse vitale nécessitant une prise en charge rapide.

Les «urgences ressenties» ou «urgences fausses» [9] : il s'agit d'enfants présentant une affection ne menaçant pas le pronostic vital, que les parents décident d'amener aux urgences pour des raisons socio-économiques ou l'existence d'un plateau technique rassurant ou simplement parce qu'ils sont inquiets.

Dans tous les cas, l'étiquette d'urgences «prioritaires» ou «ressenties» n'est portée qu'à postériori, après l'examen de l'enfant.

4. Principaux symptômes motivant les consultations aux urgences et conduites pratiques

L'important à l'arrivée d'un enfant aux urgences est de savoir reconnaître l'arrêt cardio-respiratoire et la détresse vitale qui demandent des prises en charge immédiates contrairement aux autres urgences.

Accueillir aux urgences pédiatriques médicales

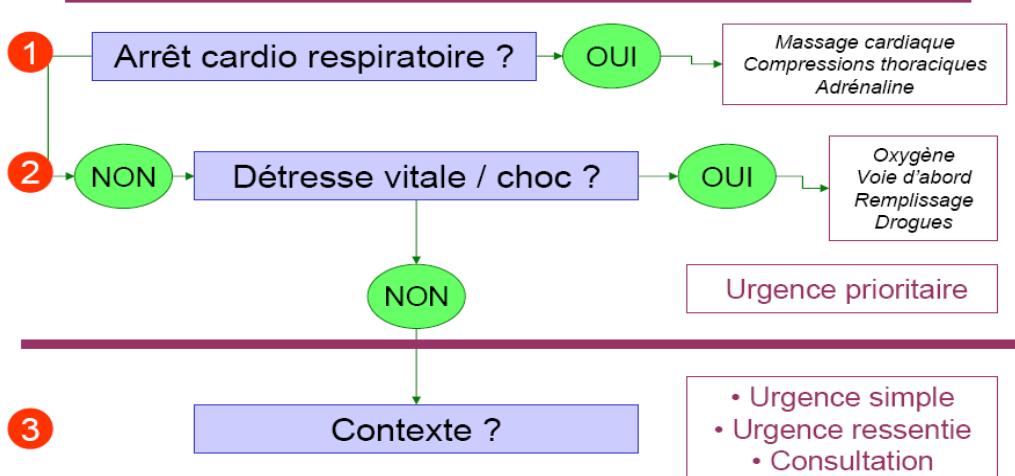


Figure n°1 : Algorithme sur l'accueil aux urgences pédiatriques médicales

4.1 Arrêt cardio-respiratoire

L'arrêt cardio-respiratoire c'est l'absence de signes de vie :

- coma aréactif avec mydriase,
- absence de respiration spontanée,
- absence de pouls.

Prise en charge : réanimation cardiopulmonaire (RCP)

- ✓ **Réanimation cardiopulmonaire de base [10,11]** : précoce, elle suit la séquence ABC
 - A (Airways) : ouvrir, désobstruer, sécuriser (canule de Guédel) les voies respiratoires supérieures ;
 - B (Breathing) : oxygénier, ventiler au masque et au ballon ;
 - C (Circulation) : réaliser les compressions thoraciques selon un rythme de 100 à 120/mn, monitorer le rythme cardiaque.
- ✓ **Réanimation cardiopulmonaire spécialisée [10,11]** : l'ERC (European Resuscitation Council) a actualisé en 2010 les recommandations sur la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire selon l'algorithme ci-dessous (**Figure n° 2**).

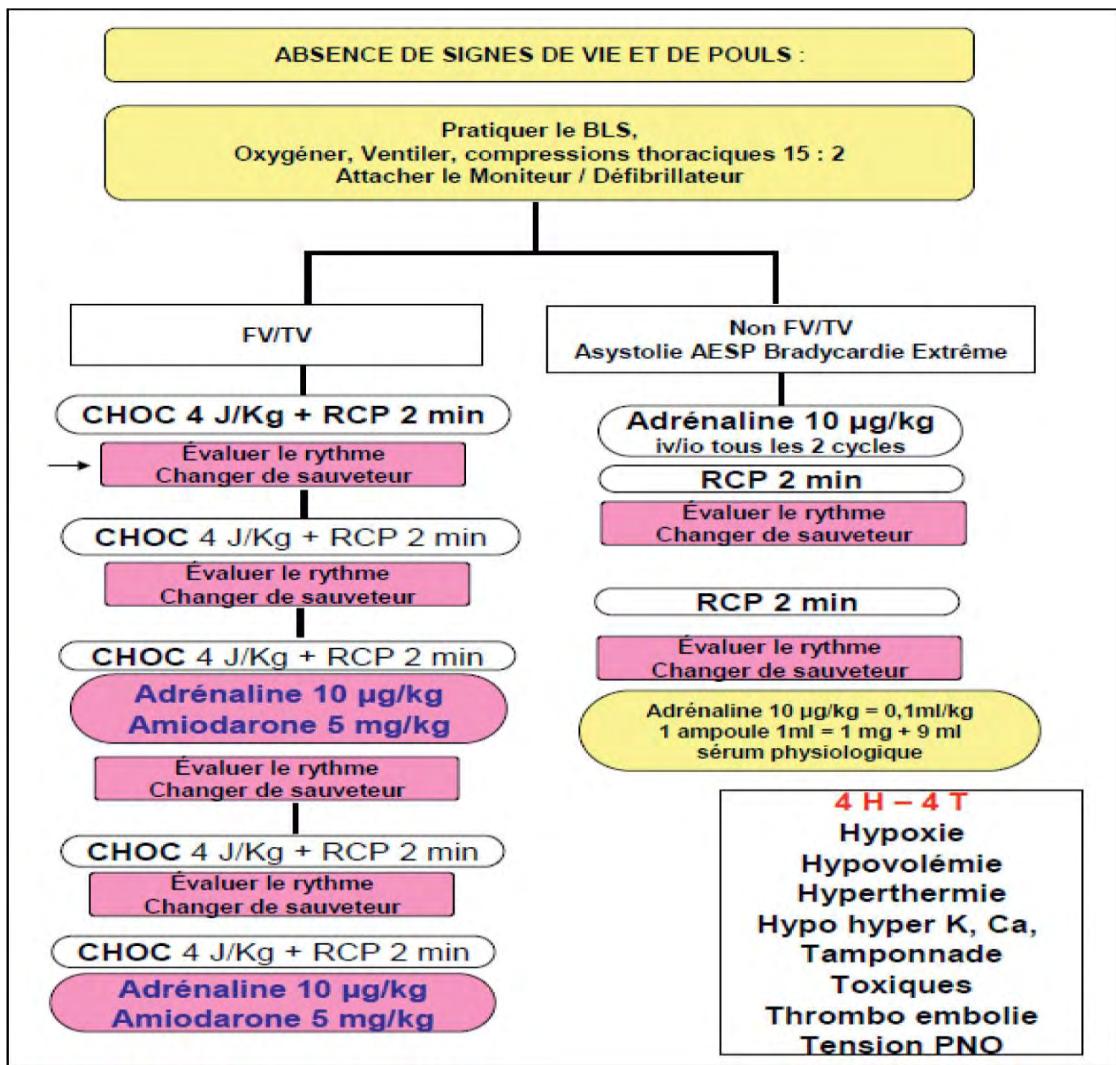


Figure n°2[10] : Algorithme de la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire chez l'enfant

La réévaluation du rythme cardiaque au terme de chaque cycle est essentielle. En cas d'apparition d'un rythme sur le scope >60/mn, il faut rechercher un pouls dont la présence signifie le retour à une circulation spontanée.

Il faut garder également à l'esprit les 8 causes réversibles d'arrêt cardiorespiratoire :

- 4 «H» : Hypoxie, Hypovolémie, Hypo-/hyperkaliémie, Hypothermie ;
- 4 «T» : Toxique, pneumothorax suffocant, Tamponnade, Thrombose (pulmonaire, coronaire).

4.2. Détresse vitale : choc

La détresse vitale, c'est l'inadéquation entre les besoins en oxygène de l'organisme et la capacité respiratoire/circulatoire à en apporter (insuffisance respiratoire ou circulatoire). Elle conduit à l'arrêt cardiorespiratoire par hypoxie si on la laisse évoluer spontanément.

L'insuffisance respiratoire est différente de la détresse respiratoire qui n'est pas une situation de choc sauf si elle est accompagnée d'une insuffisance respiratoire ou circulatoire.

On peut avoir une insuffisance respiratoire sans détresse respiratoire : pathologies sous commande musculaire telles qu'une maladie métabolique, une intoxication aux barbituriques, une myopathie etc.

On peut avoir une détresse respiratoire sans insuffisance respiratoire : corps étrangers, laryngite, bronchiolite, asthme etc.

Evaluation et prise en charge de la détresse vitale : l'ABC de la détresse vitale

Elle se décompose en 4 étapes qui doivent être effectuées dans l'ordre. On ne passe pas à une étape nouvelle sans avoir évalué la précédente.

- ✓ Evaluation neurologique : score de Glasgow chez l'enfant ;
- ✓ **A (Airways)** : Evaluation de l'obstruction des voies aériennes supérieures

Traitement : libération des voies aériennes et sécurisation.

- ✓ **B (Breathing)** : Evaluation respiratoire, on utilise l'acronyme FTVO :
 - F : fréquence respiratoire dont la valeur normale varie selon l'âge de l'enfant ;
 - T : tirage qui est un signe de lutte (signe de la détresse respiratoire).

Il peut être sus sternal, intercostal, sous costal. On a également l'entonnoir xiphoïdien, le battement des ailes du nez, le balancement thoraco- abdominal et le geignement respiratoire.

- V : volume, présence ou non de murmure vésiculaire, sa symétrie ; recherche des bruits surajoutés (crépitants, sibilants etc) qui orientent vers l'étiologie ;
- O : oxygénation

Cyanose qui peut être périphérique (cutanée, extrémités froides) ou centrale (muqueuse, extrémités chaudes) ; et doit être interprétée en fonction de la couleur ethnique, du taux d'hémoglobine et de la température ambiante.

Traitemet : administration d'oxygène.

✓ **C** (Circulation) : Evaluation de l'état circulatoire, on utilise l'acronyme FC + 4P :

- Fréquence cardiaque (FC): elle est non spécifique car elle augmente dans toutes les situations de stress, surtout chez le nouveau-né (anxiété/douleur/fièvre, hypoxie/hypercapnie, hypovolémie/dysfonction cardio-vasculaire). On peut avoir :

- Tachycardie
- Bradycardie
- Arythmie

Définissent
le choc

- Pouls

- Frappés
- Filants

- Perfusion périphérique

- Temps de recoloration cutanée (TRC) au niveau du tronc > 3 secondes
- Couleur: Cyanose, marbrure
- Chaleur des extrémités

- Précharge (chez l'enfant l'insuffisance cardiaque se manifeste surtout par des signes droits)

- Hépatomégalie
- Turgescence des jugulaires

Mécanisme
du choc

- Pression artérielle

- Choc compensé: TAS et TAD normales
- Choc décompensé: TAS et TAD en dessous de 2DS/âge

Troubles neurologiques importants (Coma → Mort imminente).

Sévérité
du choc

En cas de choc, le contexte (diarrhée, purpura fébrile, hémorragie, anaphylaxie...) permet de distinguer : choc hypovolémique, choc septique, choc cardiogénique etc.

La prise en charge d'un état de choc dépend de sa nature.

→ Evolution imprévisible

Traitements : Expansion volémique en cas de choc hypovolémique, septique, distributif ou obstructif ; des catécholamines en cas de choc cardiogénique ou après 3 remplissages en cas de choc septique ; des mesures spécifiques en cas d'anaphylactie, de pneumothorax, ou de tamponnade.

4.3. Détresse respiratoire aigüe

Elle est la manifestation clinique de la gravité d'une affection de l'appareil respiratoire, traduisant la difficulté de répondre à la demande ventilatoire (polypnée, signes de lutte respiratoire).

4.3.1. Facteurs de gravité et de tolérance de la détresse respiratoire aigüe :

- Signes de mauvaise tolérance symptomatique :
 - Signes de gravité respiratoire : difficulté à parler, bradypnée secondaire (épuisement), apnées, signes d'hypoxie (pâleur, cyanose, $\text{SaO}_2 < 92\%$) ou d'hypercapnie (sueurs) ;
 - Troubles hémodynamiques (retentissement ou cause) : tachycardie, TRC ≥ 3 secondes, pouls filants, hépatomégalie, souffle cardiaque ;
 - Retentissements neurologiques : épuisement, agitation, somnolence ;
 - Retentissements sur l'alimentation : difficulté à la prise des biberons ou des tétées, signes de déshydratation et/ou de dénutrition.

- Terrains spécifiques à risque d'exacerbation grave : prématurité, âge < 6 semaines, cardiopathie ou maladie respiratoire sous-jacente (mucoviscidose), drépanocytose, immunosuppression.

4.3.2. Etiologies les plus fréquentes

- **Crise d'asthme** : dyspnée expiratoire avec toux, wheezing et sibilants chez un asthmatique ;
- **Bronchiolite** : dyspnée expiratoire avec toux, wheezing et sibilants chez un nourrisson ;
- **Laryngite sous glottique** : dyspnée inspiratoire et toux rauque, à début nocturne;
- **Corps étranger inhalé** : dyspnée persistante après syndrome d'inhalation ;
- **Bronchopneumonie** : polypnée fébrile, avec foyer de crépitants à l'auscultation ;
- **Insuffisance cardiaque** : polypnée avec souffle cardiaque, tachycardie et hépatomégalie ;
- **Acidocétose diabétique** : dyspnée sine materia avec polyurie, polydipsie, amaigrissement.

4.3.3. Prise en charge de la détresse respiratoire aigue

- Libération des voies aériennes supérieures ;
- Mise en proclive (nourrisson) ou position demi-assise (enfant) ;
- Oxygénothérapie adaptée à la saturation en oxygène (SaO_2) ;
- Voie veineuse périphérique si altération de l'état hémodynamique ou général ;
- Initiation du traitement spécifique si cause évidente ;
- Evaluer la nécessité d'un transfert en unité de soins intensifs (USI).

4.4. Fièvre : température centrale supérieure à 37°5C le matin au réveil ou 38°C le soir chez un enfant ayant une activité physique normale. Chez le nourrisson, on peut retenir comme limite 37°7-37°8C le soir.

La fièvre est dite modérée jusqu'à 38°5C, elle est élevée entre 38°5 et 40°5C et sévère au-delà de 40°5C.

4.4.1. Conduite à tenir chez un enfant fébrile

- ✓ **Identifier les situations d'urgence**
- **Urgence liée à la fièvre elle-même**
- La tolérance de la fièvre (**Tableau I**):

Tableau I [3] : Evaluation de la tolérance de la fièvre

	Bonne	Mauvaise
Faciès	Vultueux	Pâle, gris, cyanose
Conscience	Normale	Somnolence
Cris	Vigoureux	Plaintifs, geignards
Téguments	Erythrosiques, chauds	Marbrures, extrémités froides
TRC	Immédiat	Allongé > 3 secondes

- Apprécier les principaux risques ou complications liés à la fièvre [3] :
 - La déshydratation qui s'explique par l'augmentation des pertes hydriques ;
 - Les convulsions surviennent toujours lorsque l'ascension thermique est rapide. Il faut donc veiller, pendant le traitement, à éviter les irrégularités de la courbe thermique ;

- Le syndrome d'hyperthermie majeure, tableau grave qui associe, température $\geq 39^{\circ}\text{C}$ chez le nouveau-né, et supérieure ou égale à 41°C chez le nourrisson et l'enfant, le collapsus, les signes cliniques de déshydratation, des atteintes neurologiques et polyviscérales.

✓ **Urgence liée à la cause de la fièvre**

Ces situations d'urgence sont habituellement reliées à une cause infectieuse bactérienne.

Une cause infectieuse sévère est à redouter [3, 12] notamment si :

- Signes de détresse respiratoire (pneumonie, pleuropneumopathie) ;
 - Troubles hémodynamiques (sepsis) ;
 - Anomalies du tonus et troubles de la conscience (méningite, méningoencéphalite) ;
 - Purpura fébrile (infection à méningocoque)
 - Selles glaïrosanglantes avec forte fièvre (diarrhée bactérienne).
- ✓ **Urgence liée au terrain [3, 12]** : nouveau-né et nourrisson âgé de moins de 3 mois, drépanocytose, immunosuppression etc.

4.4.2. Etiologies de la fièvre chez l'enfant : méningite purulente ; paludisme grave, infections ORL, bronchopulmonaire, urinaire ; vaccination récente, hyperthermie majeure.

4.4.3. Situations imposant une hospitalisation :

- Hospitalisation systématique : nouveau-né, nourrisson âgé de moins de 3 mois ayant des signes d'infection grave, patient neutropénique dans le cadre de la chimiothérapie.

- Hospitalisation en fonction du contexte clinique et de l'enquête paraclinique : enfant ayant un terrain particulier ou des signes évocateurs d'une infection grave, pathologie retrouvée nécessitant un traitement hospitalier (paludisme grave par exemple).

4.4.4. Prise en charge de la fièvre aigue de l'enfant :

- Lutte contre la fièvre en maintenant une température ambiante autour de 18 à 20°C et découvrir l'enfant ;
- Antipyrétiques ;
- Traitement étiologique (antibiotiques, antiparasitaires etc).

4.5. Convulsions du nourrisson et du jeune enfant [13]

Ce sont des contractures brusques et involontaires des muscles, qui surviennent au moment des crises. Elles peuvent être toniques, cloniques, ou tonico-cloniques.

- ✓ **Epilepsie** : affection chronique caractérisée par la répétition des crises convulsives.
- ✓ **Etat de mal convulsif** : crises convulsives de durée > 30 mn ou 2 épisodes de crises convulsives sans reprise de la conscience.

4.5.1. Etiologies

- En présence de fièvre : méningite, encéphalite, neuropaludisme, abcès cérébraux, convulsions hyperpyrétiques ;
- En l'absence de fièvre : troubles métaboliques (hypoglycémie, troubles ioniques), épilepsie, encéphalopathies néonatales, intoxications aigues (certains médicaments : théophylline, phénothiazine, antidépresseurs etc).

4.5.2. Prise en charge d'urgence des convulsions

- Position de sécurité ;
- Assurer une fonction cardio-respiratoire correcte (ABC) ;
- Arrêter la crise convulsive : benzodiazépine, phénobarbital, phénytoïne ou du clonazépam ;
- **Traitement étiologique urgent si cause métabolique** (sérum glucosé hypertonique, calcium I.V., NaCl).

4.6. Coma

C'est l'abolition durable, partielle ou complète, de l'état de conscience et de la vigilance avec perturbation des fonctions de la vie de relation.

4.6.1. Evaluation de la profondeur du coma

Chez l'enfant, on utilise plusieurs échelles dont celle de Blantyre, de Bicêtre, de Liège ou l'échelle de Glasgow adaptée à l'enfant et l'electroencéphalogramme (EEG).

4.6.2. Conduite pratique de l'examen devant un coma chez l'enfant

Il faut rechercher :

- Des signes de localisation : asymétrie droite et gauche pour
 - La motilité : spontanée ou provoquée, des mouvements anormaux unilatéraux, le syndrome pyramidal ou extrapyramidal unilatéral ;
 - Le tonus : l'hypotonie ou l'hypertonie unilatérale ;
 - Les signes oculaires : la déviation conjuguée des yeux, une mydriase aréactive unilatérale.
- Des complications :
 - Des troubles neurovégétatifs : hypoventilation, encombrement, bradycardie, troubles du rythme, hypertension artérielle, globe vésical ;

- Signes d'engagement : approfondissement rapide du coma, paralysie du III unilatérale (temporal) ou torticolis (amygdales cérébelleuses).

4.6.3. Principales étiologies

- Causes infectieuses : paludisme grave, méningite, encéphalite ;
- Causes métaboliques : déshydratation sévère, hypoglycémie, hypernatrémie ;
- Causes toxiques : salicylés, neuroleptiques, tranquillisants, opiacés surtout codéine dans les antitussifs, alcool éthylique ;
- Coma post-critique surtout épilepsie.

4.6.4. Mesures de réanimation en urgence

- Règle ABC
 - Libérer les voies aériennes supérieures : aspiration nasopharyngée, tête en position proclive de 30° en l'absence de choc, pipe de Mayo ;
 - Oxygéner et ventiler : capnie normale++
 - Restaurer l'état hémodynamique : le traitement du choc est primordial (expansion volémique : 20 ml/kg de sérum salé à 0,9% sur 20 mn renouvelable, voire inotropes, NaCl hypertonique 7,5% ou du mannitol à 20%) ;
 - Dextrotix +++

Ces mesures générales seront associées à d'autres mesures spécifiques en fonction de l'orientation étiologique.

4.7. Diarrhée aigüe

Elle est définie comme l'émission, depuis moins de 10 jours, de plus de 3 selles molles ou liquides par jour selon l'OMS [14].

Le principal risque est la déshydratation aigue qui survient particulièrement chez l'enfant de moins de 5 ans et constitue de ce fait une urgence.

4.7.1. Les critères d'hospitalisation [15]

Ils répondent aux critères de gravité de la diarrhée :

- Sévérité symptomatique laissant craindre une déshydratation importante ;
- Diarrhée glairo-sanglante fébrile avec signes de sepsis ;
- Capacité de surveillance par l'entourage difficilement assurée.

4.7.2. Conduite à tenir [16, 17]

- Selon le pourcentage de déshydratation :
 - < 5% : prise en charge ambulatoire par des solutions de réhydratation orale (SRO) ;
 - Entre 5-10% : essai de SRO (en ambulatoire ou aux urgences) et réévaluation clinique ;
 - $\geq 10\%$ (signes de gravité) : hospitalisation pour réhydratation entérale ou IV ;
 - En cas d'hypovolémie menaçante : remplissage vasculaire puis réhydratation IV.
- Renutrition : la renutrition précoce permet de prévenir la dénutrition et de raccourcir la durée de la diarrhée ;
- Traitement médicamenteux : supplémentation en zinc [18], antidiarrhéiques (traitement symptomatique), antibiotiques (cause bactérienne).

4.8. Déshydratation aigüe de l'enfant

C'est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques en rapport avec une perte excessive et non compensée d'eau et d'électrolytes.

C'est une urgence médicale fréquente chez le nourrisson. Aux Etats-Unis [19], elle représente 10% des hospitalisations chez l'enfant de moins de 5 ans.

En France [20], la déshydratation était la première cause de décès évitable chez les enfants admis dans un centre de réanimation pédiatrique.

4.8.1. Principales causes

- Gastroentérite aigue ;
- Causes rénales ;
- Insuffisance surrénalienne ;
- Acidose diabétique ;
- Coup de chaleur ;
- Hyperthermie majeure.

4.8.2. Risques :

- Vital par hypovolémie et arrêt cardiorespiratoire ;
- Rénal par nécrose corticale et thrombose de la veine rénale ;
- Cérébral par anoxie, convulsion.

4.8.3. Classification OMS

- Bande rouge = déshydratation sévère : deux des signes suivants
 - Enfant léthargique ou inconscient ;
 - Yeux enfoncés ;
 - Incapable de boire ou boit difficilement ;
 - Pli cutané s'effaçant très lentement.
- Bande jaune = signes évidents de déshydratation : deux des signes suivants
 - Enfant agité ou irritable ;
 - Yeux enfoncés ;
 - Assoiffé ou boit avec avidité ;

- Pli cutané s'efface lentement.
- Bande verte = pas de déshydratation.

4.8.4. Conduite à tenir

- Réhydratation par du SRO pour les bandes verte et jaune ;
 - Pour la bande rouge :
 - Corriger un collapsus : SSI, colloïdes à 20 ml/kg en 30 mn ;
 - Réhydrater avec du SG 5% + électrolytes (potassium dès l'installation d'une bonne diurèse).
 - Si enfant malnutri : voie intraveineuse si collapsus sinon réhydratation par voie orale avec du Résomal.
- NB :** Indications de la réhydratation IV : vomissements incoercibles, diarrhée gravissime, troubles de la conscience, signes de préchoc.

4.9. Douleur chez l'enfant

L'Association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain : IASP) définit la douleur comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes » [21].

La douleur aigue traduit un signal d'alarme d'une pathologie aigue.

Ses manifestations sont habituellement parlantes, avec des modifications apparentes et importantes du comportement, des cris, des plaintes et des pleurs.

Certains facteurs peuvent majorer le vécu de la douleur, notamment l'état émotionnel de l'enfant (angoisse, phobie), le contexte familial, les expériences antérieures.

La douleur récurrente est également rencontrée aux urgences pédiatriques.

Elle se traduit par une douleur aigue répétitive, mais aussi par des signes de douleur prolongée.

On peut citer comme exemples : les douleurs abdominales, la douleur des enfants drépanocytaires (crises vaso-occlusives : CVO), la douleur des migraines.

4.9.1. Evaluation de la douleur aux urgences :

- Chez le nouveau-né et le nourrisson : hétéro-évaluation « comment se comporte le nouveau-né ou le nourrisson ». on utilise l'échelle DAN [22] et le Neonatal Facial Coding System (NFCS) [23] ;
- Chez l'enfant d'âge < 4 ans : hétéro-évaluation avec l'échelle Evendol ;
- Entre 4 ans et 6 ans : auto-évaluation à proposer sinon hétéro-évaluation ;
- Après 6 ans : auto-évaluation avec l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle des visages.

4.9.2 Prise en charge de la douleur [21] :

Selon le degré de la douleur :

- Antalgiques : paliers I, II ,III de l'OMS ;
- Les co-antalgiques : anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes, antispasmodiques, antiépileptiques, antidépresseurs ;
- Méthodes analgésiques : sucrose-succion (solutions de saccharose 24% ou de glucose 30%), le MEOPA qui est un mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (Kalinox®, Entonox®) ;
- Traitement locaux : xylocaïne, crème Emla.

4.10. Intoxications aigues [24, 25, 26] :

ensemble des manifestations pathologiques consécutives à l'ingestion d'aliments ou à l'administration de produits ou de drogues qui se comportent comme un poison dans l'organisme.

Il existe deux types d'intoxications : accidentelle surtout entre 1 et 5 ans et volontaire après 12 ans surtout.

La sévérité de l'intoxication dépend de la nature du toxique, de la quantité absorbée et du délai écoulé.

4.10.1. Critères de gravité

- Molécule à fort potentiel toxique et/ou dose potentiellement toxique ;
- Importance du délai écoulé en cas de dose toxique ;
- Signes cliniques ou biologiques d'intoxication ;
- Terrain pathologique.

4.10.2. Prise en charge des intoxications aigues aux urgences

- Dans tous les cas :
- Contrôle TA, FC, température, SaO₂, diurèse, dextrotix, scope ;
- Bilan biologique selon la nature et les effets du toxique ;
- En cas d'intoxication par voie respiratoire : oxygénothérapie 6 à 8 l/mn ; en cas de contact cutanéo-muqueux : déshabillage, lavage prolongé de la zone atteinte ;
- Epuration digestive si ingestion de substance fortement toxique depuis moins d'1 heure par vomissement provoqué (sirop d'Ipeca) ou par lavage gastrique.

Contre-indication : substances caustiques, hydrocarbures aliphatiques, produits moussants, âge < 6 mois, troubles de la conscience si voies aériennes non protégées ;

- Administration de charbon activé ;
- Traitement symptomatique et spécifique (antidote si elle existe, diurèse forcée, épuration extrarénale).

4.11. Les urgences simples et fausses urgences

- Les urgences simples mettent en jeu les pronostics vital et fonctionnel si on ne s'en occupe pas. Elles peuvent laisser des traces ;
- Les urgences ressenties sont des urgences pour les parents mais pas pour le médecin ;
- Les consultations concernent les parents qui amènent leurs enfants pour un motif non urgent qui nécessite une simple consultation chez le médecin traitant.

Prise en charge des urgences simples, ressenties et des consultations :

- Anamnèse (voyage, contexte familial, antécédents personnels) ;
- Histoire de la maladie (écouter et croire les parents) ;
- Examen clinique complet (enfant nu).

5. Organisation du système sanitaire au Sénégal [7]

La loi 72-02 du 1^{er} février 1972 organisant l'administration territoriale dans le cadre du processus de décentralisation a modifié l'organisation des réformes sur le système sanitaire du pays. L'adoption de la politique des soins de santé primaires (SSP) en 1978 a permis de renforcer le processus de décentralisation, greffant ainsi l'organisation du système de santé sur la structure organisationnelle de l'administration régionale et locale. Aussi, la réforme de l'organisation des services a permis la constitution d'une pyramide sanitaire à 5 niveaux, de la périphérie au sommet.

Niveau 1 : la case de santé

Elle correspond à la structure de santé située dans un village. Les services y sont assurés par un agent de santé communautaire choisi par la population.

On y mène des activités de promotion de la santé, de prévention primaire, de prise en charge des affections et lésions courantes à leur début.

La gestion de la case de santé incombe à un comité de santé.

Niveau 2 : le poste de santé

Il correspond à la structure de santé située au niveau du chef-lieu de communauté rurale. Il est sous la responsabilité d'un infirmier chef de poste.

Un comité de santé assure la gestion des ressources fournies par la communauté et dirige les activités du poste, conformément aux besoins exprimés par la population. C'est la structure de référence pour les malades provenant des cases de santé.

Niveau 3 : le centre de santé

Il correspond à la structure de santé située dans un chef-lieu de département. Il est administré par une équipe cadre sous la direction d'un médecin. On y trouve à ce niveau un comité de santé mais aussi un comité de développement du district où sont représentés tous les comités de santé du district.

C'est le centre de référence pour les malades venant des postes de santé.

Niveau 4 : la région médicale

Elle correspond au centre administratif de la région sanitaire, elle est située au niveau du chef-lieu de région, assurant la supervision des 3 niveaux précédents. En plus, on y trouve des hôpitaux régionaux, structures de référence pour les malades venant du centre de santé.

Niveau 5 : le centre hospitalier universitaire (CHU)

Il correspond au dernier établissement de recours pour les niveaux précédents mais aussi de formation du personnel de santé.

Il est situé au niveau de la capitale, Dakar. A ce niveau, existe aussi un comité d'gestion appelé Association pour la Promotion de l'Hôpital qui gère les ressources fournies par la communauté.

NB : la loi n° 2003-01 du 2 janvier 1998, relative à la création, à l'organisation, et au fonctionnement des établissements publics de santé a transformé les hôpitaux de niveau IV et le CHU en établissements publics de santé dont la gestion revient à un conseil d'administration.

DEUXIEME PARTIE

1. Matériel et méthodes

1.1 Cadre d'étude

1.1.1 Le Centre Hospitalier de Pikine

Notre étude s'est déroulée dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier national de Pikine. Le centre hospitalier national de Pikine est le fruit de la coopération entre le royaume d'Espagne et la République du Sénégal. Il a démarré officiellement ses activités le 26 décembre 2006.

Il est composé des services suivants:

- Un bloc administratif
- Le service de consultations externes
- Les services d'hospitalisation :
 - Médecine interne
 - Pédiatrie
 - Maternité
 - Urgences
 - Chirurgie
 - Réanimation
 - Coin du nouveau-né
- Un bloc opératoire
- Les services d'aide au diagnostic (imagerie médicale et laboratoire)
- Une pharmacie

L'hôpital a été érigé en établissement public de santé hospitalier (E.P.S.H.) de niveau III par décret n°2007-317 du 1er mars 2007.

1.1.2 Service de pédiatrie

Il a une capacité d'accueil de 27 lits répartis dans plusieurs unités (néonatalogie, division nourrissons et division grands enfants)

Le personnel est constitué de 18 membres permanents sous la responsabilité d'un professeur titulaire de pédiatrie. On y dénombre 5 médecins pédiatres, 12 paramédicaux et une assistante administrative.

Le service accueille chaque année des étudiants inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de pédiatrie et ceux de 5^{ème} et 7^{ème} année de médecine.

1.1.3 Le service d'accueil des urgences pédiatriques

Situé dans un site adulte-enfants qui reçoit indifféremment dans le même local les adultes et les enfants, le service d'accueil des urgences pédiatriques du CHN de Pikine a pour vocation d'admettre en son sein 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, des cas d'urgences pédiatriques et de lever le plus tôt possible cette urgence.

Selon l'évolution de la pathologie, le patient est soit autorisé à regagner son domicile quelque fois après une mise en observation, soit hospitalisé au service de pédiatrie, soit transféré vers une autre structure de pédiatrie par faute de place en unité d'hospitalisation.

Le service reçoit les patients âgés de 0 à 15 ans présentant une pathologie médicale qu'ils soient référés par une formation sanitaire ou qu'ils soient venus directement.

Le fonctionnement de cette unité qui a une capacité d'accueil de 2 patients au maximum (1 seul lit) au sein d'un service d'urgences adulte-enfants qui possède 10 lits, est assuré par les pédiatres séniors , les DES de pédiatrie et les Faisant Fonction d'Interne (FFI) qui assurent les gardes, et 10 infirmiers affectés aux urgences adultes et enfants et qui majoritairement n'ont jamais fait le service de pédiatrie.

Les gardes sont assurées par un DES de pédiatrie ou un FFI de 14h à 08h le lendemain, du lundi au vendredi puis 24 heures sur 24 les week-end, l'équipe d'infirmiers de garde des urgences repartis en groupe de 4 infirmiers de 08h à 14h puis 2 équipes de 3 infirmiers chacune, de 14h à 20h et 20h à 08h.

Une visite des patients gardés en observation aux urgences ou hospitalisés dans le service de pédiatrie a lieu chaque matin sous la direction du pédiatre senior d'astreintes dans la semaine.

2. Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective d'une durée de 3 mois, réalisée du 20 août 2015 au 20 novembre 2015.

2.1. Population de l'étude

2.1.1. Critère d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude, tous les enfants âgés de 0 à 15 ans, hospitalisés ou non, admis au service d'accueil des urgences au cours de la garde pour une pathologie médicale.

2.1.2. Critères de non inclusion

Ont été exclus de l'étude :

- les enfants âgés de plus de 15 ans ;
- les enfants admis pour une pathologie chirurgicale (y compris ceux diagnostiqués à postériori après examen par le médecin de garde des urgences médicales) ;
- les enfants admis en dehors de la garde.

2.2. Collecte de données

Les données de chaque patient avaient été recueillies par le médecin de garde sur une fiche d'enquête individuelle après examen du carnet de santé, de la fiche de liaison pour les référés, des éléments tirés de l'interrogatoire de la famille et de l'examen physique. Les paramètres étudiés étaient les suivants :

Le numéro d'admission, les caractéristiques sociodémographiques des patients et leurs parents (âge et sexe des patients, ethnie, résidence, provenance et profession des parents), le niveau socio-économique des parents, le moyen de transport, l'heure d'admission, le délai d'admission, les motifs de consultation, le principal diagnostic retenu, le délai de prise en charge, le traitement, la durée de séjour aux urgences et le devenir du patient (voire annexes).

2.3. Ethique

Les parents des enfants reçus en consultations aux urgences avaient été mis au courant de l'objectif de l'étude, afin d'obtenir leur consentement et leur participation, tout en respectant l'anonymat.

2.3. Analyse statistique

L'analyse des données a été effectuée avec les logiciels SPSS version 18 et Epi info version 7.1 du CDC/ Atlanta/OMS. La saisie des résultats a été réalisée à l'aide des logiciels Excel et Word 2007. Les proportions ont été exprimées en pourcentage et les moyennes ont été établies avec leur écart type (moyenne \pm ET).

RESULTATS

1. Prévalence

Du 20 août 2015 au 20 novembre 2015, le nombre total des consultants aux urgences médicales et chirurgicales du centre hospitalier national de Pikine était de 4965, tout âge confondu. Parmi ces derniers 365 étaient âgés de 0 à 15 ans soit 7,3% des consultants. Les urgences médicales des 0 à 15 ans, représentaient 209 patients soit 57,2% des urgences pédiatriques.

2. Caractéristiques sociodémographiques des patients

2.1. Age des patients

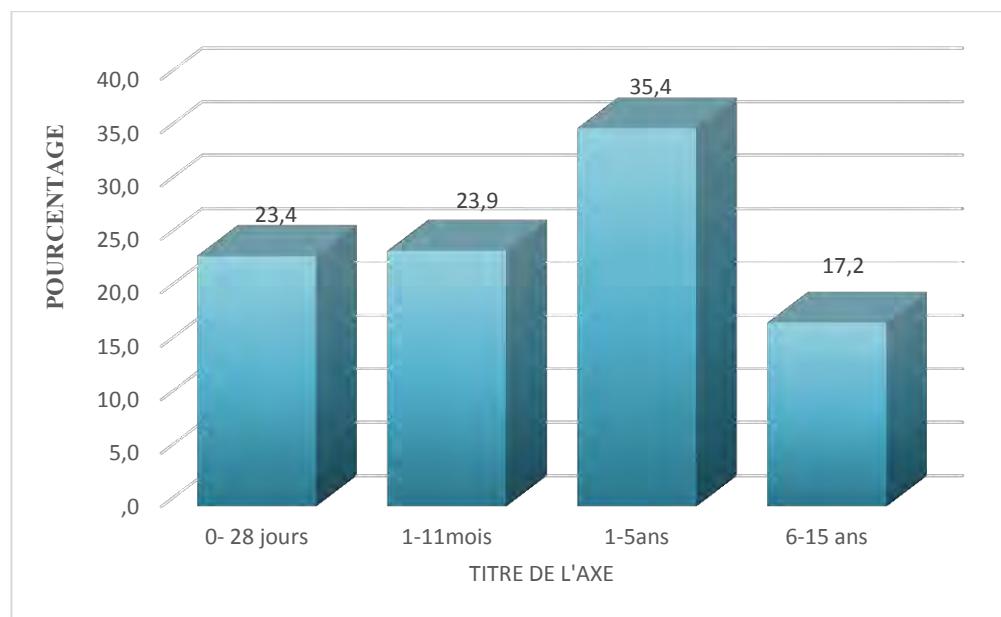


Figure n°3 : Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge de 0 à 5 ans était la plus représentée dans notre étude avec 82,8%. L'âge moyen est de 2,5 ans avec des extrêmes allant de J0 à 15 ans.

2.2. Sexe des patients

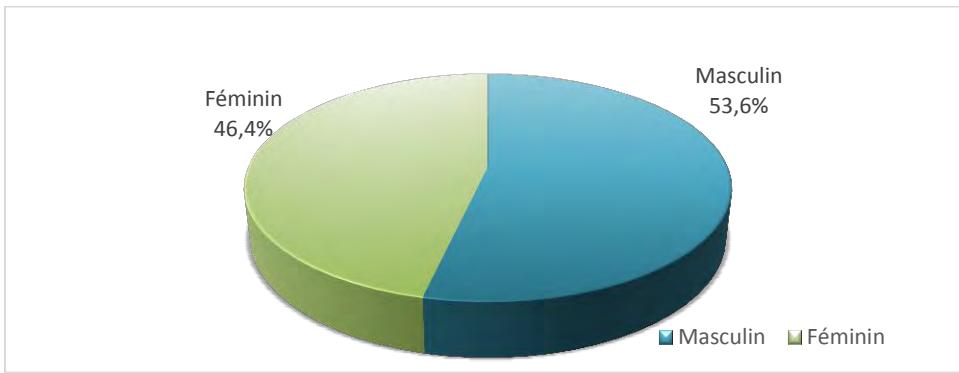


Figure n° 4 : Répartition des patients selon le sexe

112 garçons et 97 filles avaient été reçus en consultations. Le sexe ratio était de 1,1.

2.3. Ethnie des patients

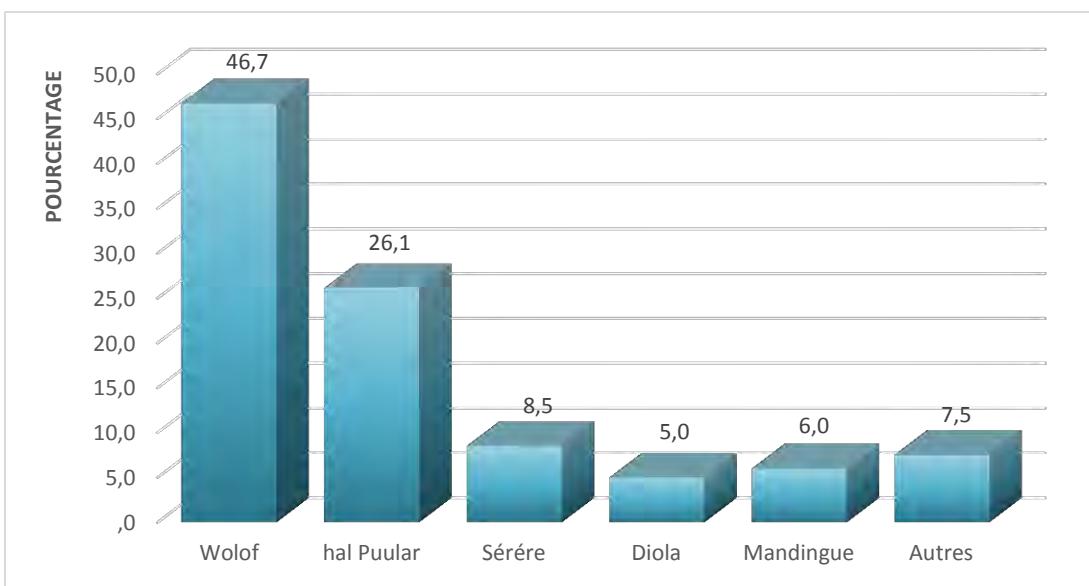


Figure n°5 : Répartition des patients selon l'ethnie

46,7% des consultants sont d'ethnie Wolof suivis des Hal Puulars 26,1%, les Sérères 8,5%, les Diola 5%, les Mandingues 6%, et les autres (Wala wala, Soninkés, Manja, Malinkés, Sarakolés) 7,5%.

2.4. Résidence des patients

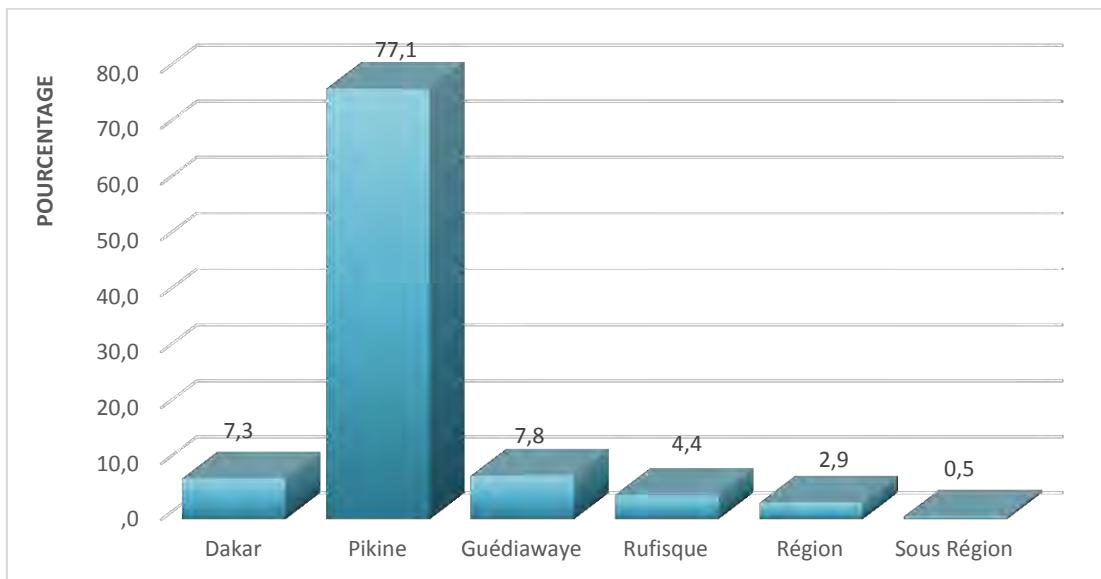


Figure n°6 : Répartition des patients selon la résidence

Dans notre étude, 77,1% de nos patients provenaient de Pikine ; 7,8% de Guédiawaye ; 7,3% de Dakar ; 4,4% de Rufisque ; 2,9% des régions et 0,5% de la sous-région.

3. Niveau socio-économique des parents

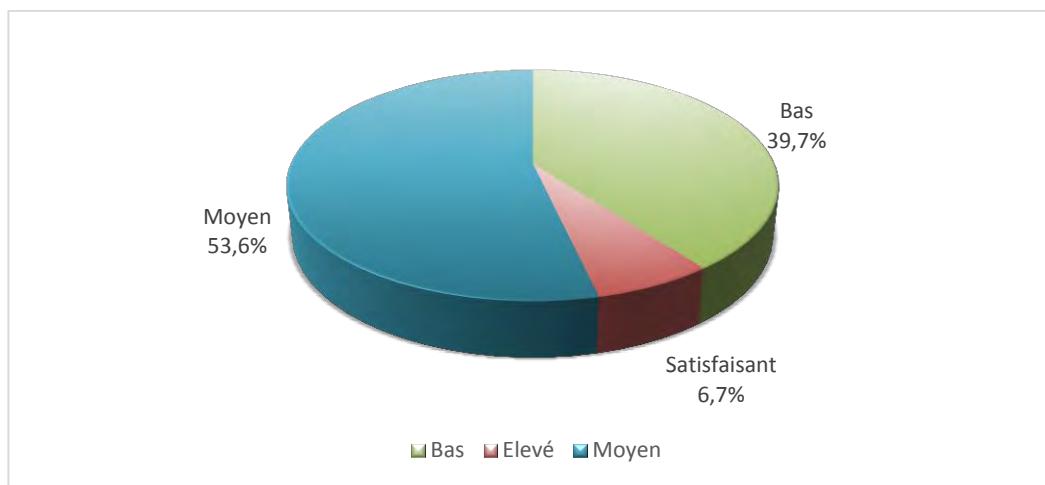


Figure n° 7 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique des parents

Dans notre étude, 53,6% des patients étaient issus d'une famille avec un niveau socio-économique moyen, bas dans 39,7% et satisfaisant dans 6,7%.

4. La profession du père

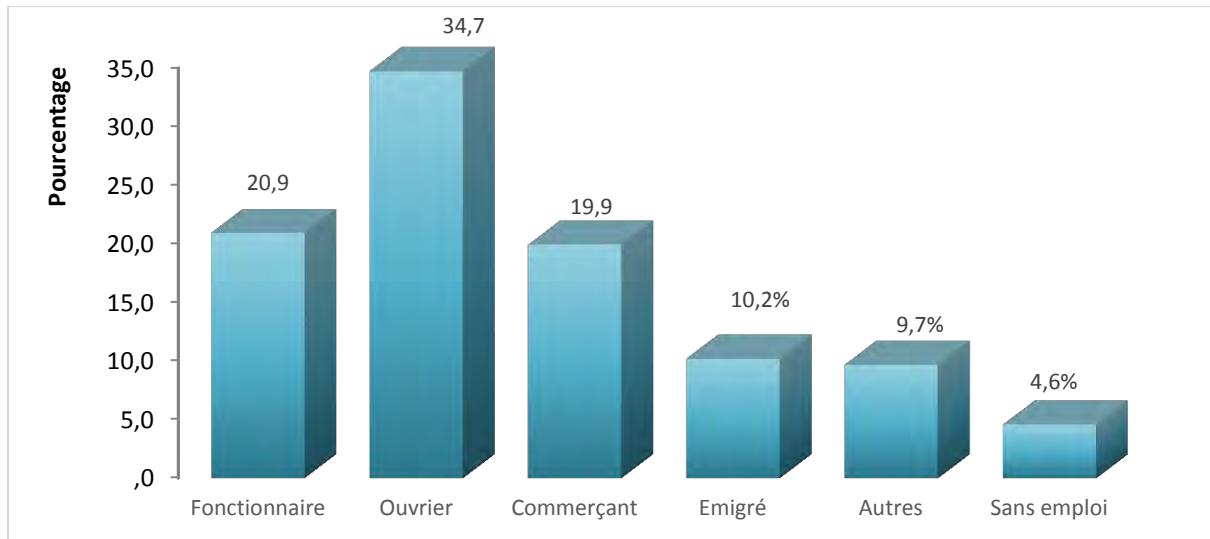


Figure n° 8 : Répartition des patients selon la profession du père

34,7% étaient des enfants d'ouvriers, 20,9% de fonctionnaires, 19,9% de commerçants, 10,2% d'émigrés, 4,6% des sans-emploi et 9,7% autres (marabouts, retraités, hommes d'affaires).

5. La profession de la mère

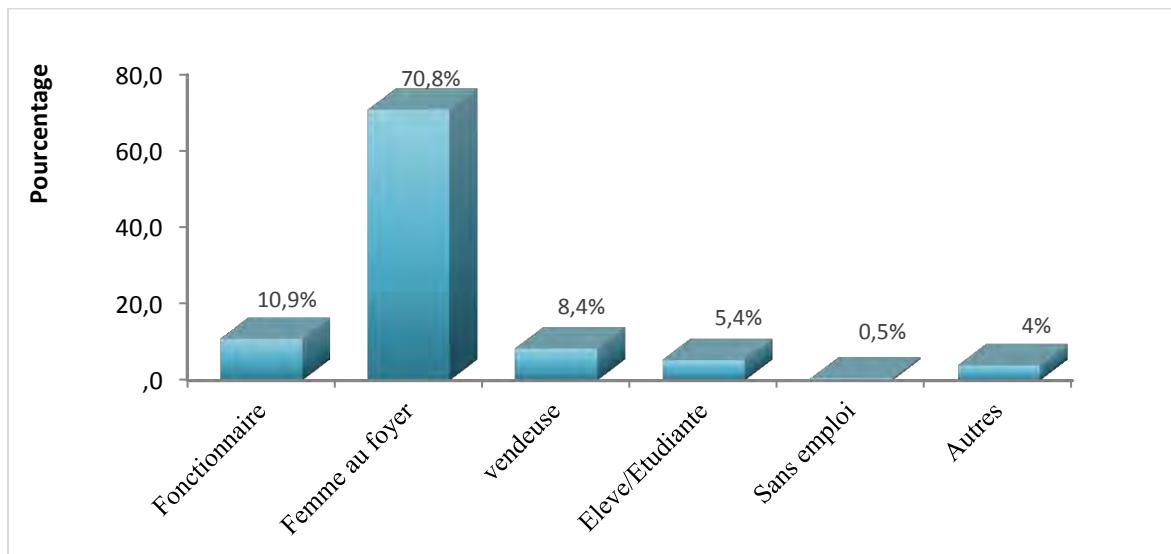


Figure n° 9 : Répartition des patients selon la profession de la mère

70,8% des mères de nos patients étaient femmes au foyer, 10,9% fonctionnaires, 8,4% vendeuses, 5,4% élèves/étudiantes, 0,5% sans emploi, autres (aides ménagères, couturières, coiffeuses) 4%

6. Provenance du patient

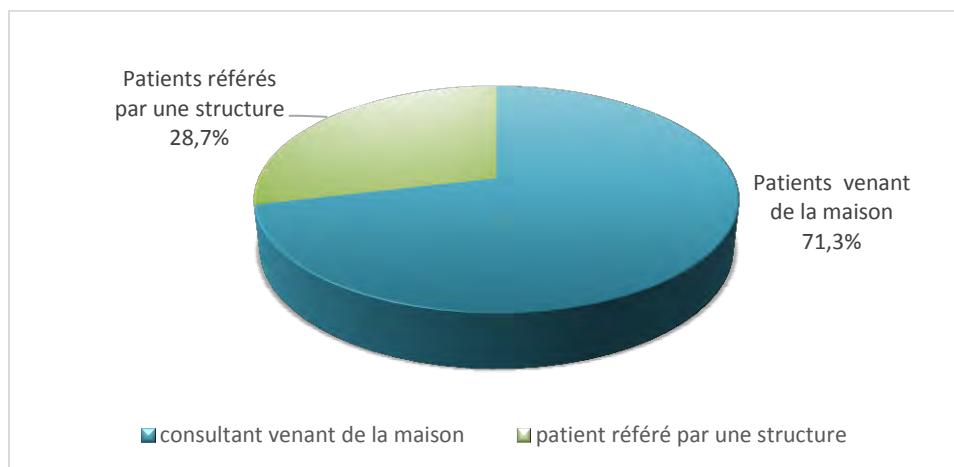


Figure n° 10 : Répartition des patients selon la provenance

La majorité de nos patients provenaient de la maison (71,3%), 28,7% étaient référés par une structure sanitaire.

7. Moyen de transport

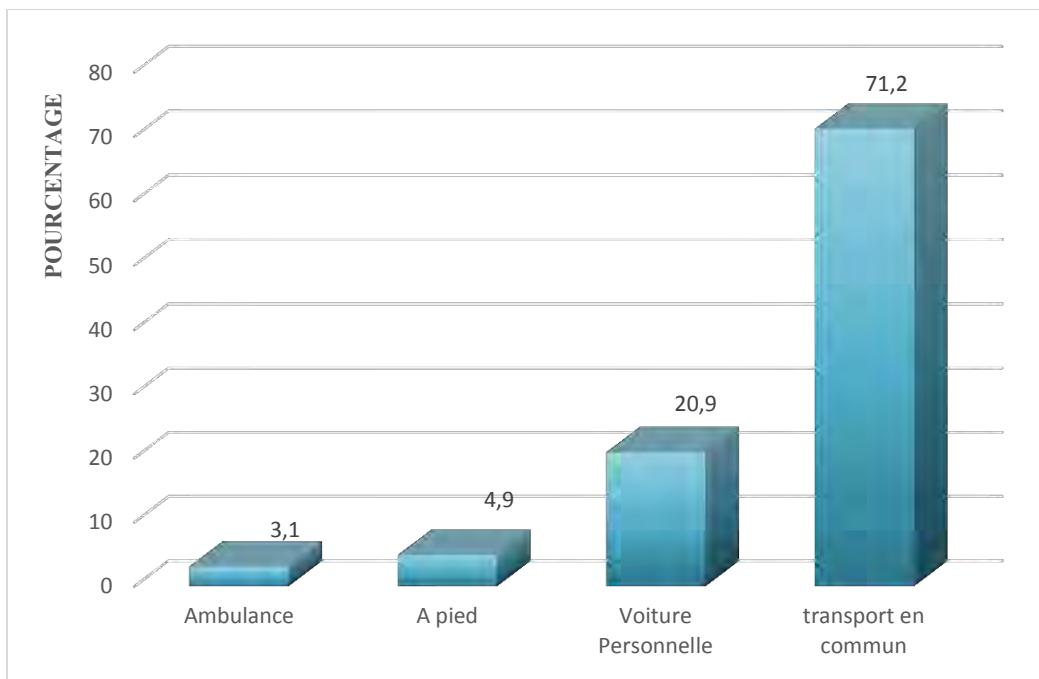


Figure n° 11 : Répartition des patients selon le moyen de transport

Le transport en commun était le plus utilisé avec 71,2% comme moyen de déplacement contre une faible utilisation de l'ambulance 3,1%.

Tableau II: Répartition des patients selon la nature de l'ambulance

Ambulance	Effectif	Pourcentage
Médicalisée	2	40%
Non médicalisée	3	60%
Total	5	100%

L'ambulance avait été utilisée comme moyen de transport chez 5 patients et elle était médicalisée seulement chez 2 d'entre eux.

8. Heure d'admission

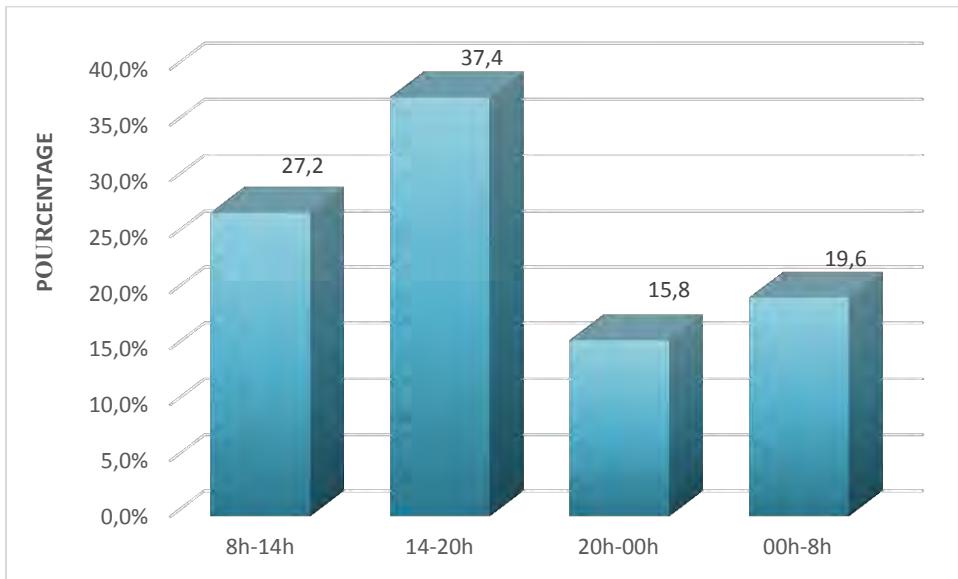


Figure n° 12 : Répartition des patients selon l'heure d'admission

37,4% des patients étaient admis entre 14h et 20h ; 27,2% entre 08h et 14h ; 19,6% entre 00h et 08h et 15,8% entre 20h et 00h

9. Délai d'admission

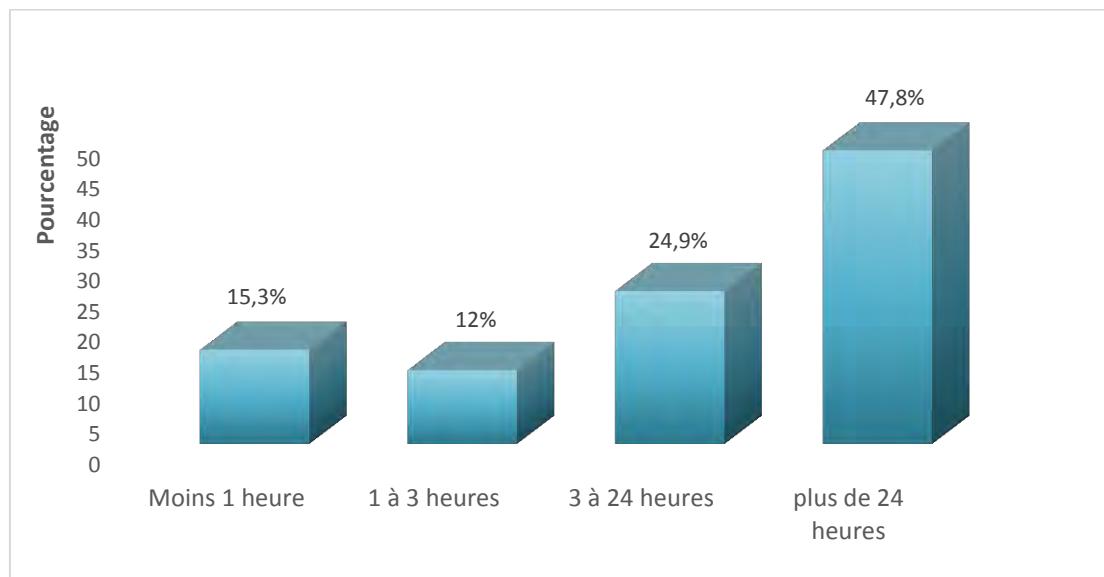


Figure n° 13 : Répartition des patients selon le délai d'admission

52,2% de nos patients avaient consulté dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes, et dans 47,8% plus de 24 heures après.

10. Le délai de prise en charge

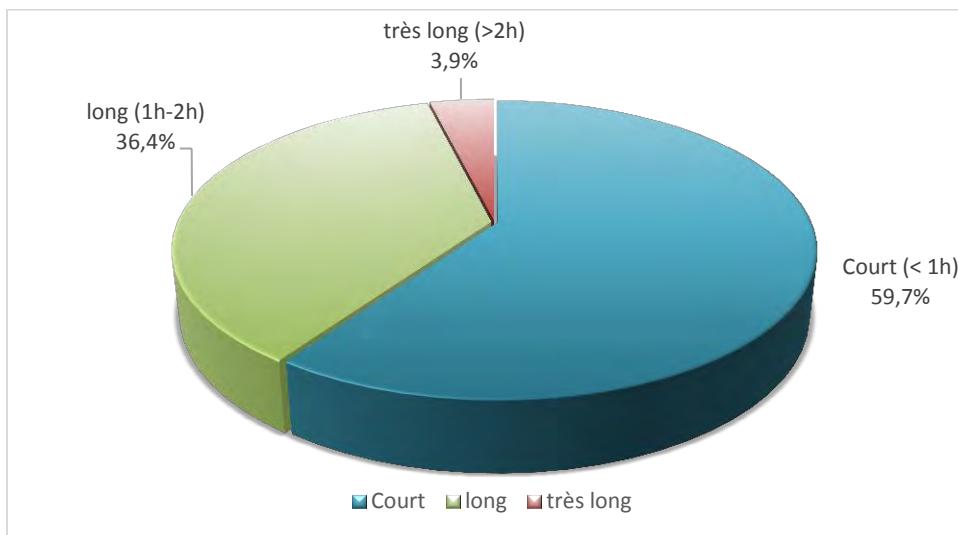


Figure n° 14 : Répartition des patients selon le délai de prise en charge

Les patients avaient été consultés dans l'heure qui suivait leur arrivée dans 59,7% des cas, entre 1h et 2h dans 36,4% des cas et supérieur à 2h dans 3,9% des cas. Le délai moyen de prise en charge est de 42,31 mn avec des extrêmes allant de 2 mn à 190 mn (3h 10 mn).

11. Motifs de consultation

Tableau III : Répartition des patients selon les motifs de consultation

	Effectif	Pourcentage
Troubles digestifs	60	28,7
Troubles respiratoires	52	24,9
Fièvre isolée	42	20,1
Troubles neurologiques	27	12,9
Toux/Rhinorrhée	11	5,3
Troubles hématologiques	7	3,3
Eruptions cutanées	5	2,4
Intoxications	5	2,4
Total	209	100

Les troubles digestifs étaient le principal motif de consultation dans 28,7% des cas suivis des troubles respiratoires dans 24,9% des cas, la fièvre isolée dans 20,1% des cas.

12.Principal diagnostic retenu

Tableau IV : Répartition des patients selon le principal diagnostic retenu

	Effectif	Pourcentage
Pathologies respiratoires	52	24,9
Pathologies digestives	40	19,1
Pathologies infectieuses	25	12
Pathologies orl	23	11
Pathologies neurologiques	23	11
Malnutrition	8	3,8
Pathologies hématologiques	7	3,3
Fièvre non diagnostiquée	5	2,4
Intoxications	5	2,4
Pathologies dermatologiques	5	2,4
Choc	3	1,4
Arrêt cardio-respiratoire	1	0,5
Autres non précisés	12	5,8
Total	209	100

Les pathologies respiratoires étaient diagnostiquées dans 24,9% des consultations, digestives dans 19,1%, infectieuses dans 12%.

13.La durée du séjour aux urgences

Tableau V: Répartition des patients selon la durée du séjour aux urgences

Durée du séjour	Effectif	Pourcentage
Moins de 24 H	198	94,7
Sup 24 H	11	5,3
Total	209	100,0

94,7% de nos patients avaient séjourné moins de 24h et 5,3% seulement avaient passé plus de 24h aux urgences.

14. Devenir des patients

Tableau VI : Répartition des patients selon leur devenir

Devenir patients	Effectif	Pourcentage
Décès	2	1,0
Retour à domicile	142	67,9
Hospitalisation	48	23,0
Transfert	17	8,1
Total	209	100,0

Dans notre étude, 67,2% des patients étaient rentrés à domicile à l'issue de la consultation, 23,5% hospitalisés, 8,7% transférés et 1,0% décédés

DISCUSSION

1. Fréquence globale

La fréquence des patients de 0 à 15 ans admis aux urgences médicales du centre hospitalier national de Pikine était de l'ordre de 4,2% de tous les consultants adultes et enfants durant la période du 20 août au 20 novembre 2015. La fréquence de ces consultations médicales pédiatriques représentait 57,2% des consultations pédiatriques médico-chirurgicales sur cette période.

Ceci pourrait s'expliquer par la fréquentation moindre du service des urgences par les enfants, il existe un seul lit réservé aux urgences pédiatriques et la population a tendance à s'orienter vers d'autres structures de pédiatrie.

2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1. Age et sexe

La majorité de nos patients étaient âgés de 0 à 5 ans, soit 82,8%.

Notre résultat pourrait s'expliquer par la vulnérabilité des enfants de cette tranche d'âge, aux complications des pathologies infectieuses et nutritionnelles [13].

Ces résultats rejoignent ceux retrouvés par Berthier M. et al. [27] en 2003 en France avec 75,1%, Coulibaly M.Z. [9] et Hassana D. [28] tous deux au Mali avec respectivement 83,33% et 85%. De même, Kuakuvi et al. [29] au Sénégal avaient retrouvé 85,33% d'enfants âgés de 0 à 5 ans dans leur étude sur les urgences pédiatriques.

L'âge moyen dans notre étude était de 2,5 ans. Berthier M. et al. [27] avaient retrouvé un âge moyen de 4 ans dans leur étude.

Le sexe masculin était prédominant avec 112 garçons pour 97 filles, soit un sexe ratio égal à 1,1. Nos résultats sont semblables à ceux retrouvés par Abdou O.R. et al. [30] qui avaient retrouvé un sexe ratio de 1,24 en faveur du sexe

masculin. Cette prédominance masculine était également retrouvée dans les études précédentes sur les urgences pédiatriques au Sénégal [6, 7] et au Mali [13].

Une susceptibilité plus grande du sexe masculin par rapport au sexe féminin aux âges extrêmes de la vie face aux phénomènes morbides pourrait expliquer ces résultats [9].

2.2. L'ethnie des patients

Dans notre étude, les ethnies les plus représentées étaient les Wolofs (46,7%), les Hal Puulars (26,1%), les sérères (8,5%) et les autres ethnies étaient minoritaires.

Ces résultats témoignent la distribution ethnique à Dakar.

2.3. La résidence des patients

La majorité de nos patients résidaient à Pikine avec 77,1% ; Guédiawaye 7,8% ; Dakar 7,3% ; Rufisque 4,4% ; 2,9% dans les régions et 0,5% dans la sous-région.

Ceci pouvait s'expliquer par un biais de recrutement lié à la proximité de notre établissement pour les populations qui auparavant avaient recours à des structures très éloignées implantées au centre-ville de Dakar (vingtaine de km) qui constituaient les seules structures de références.

Diouf et al. [6] en 1993 au Sénégal, rapportaient que 53,5% des consultants aux urgences résidaient en banlieue, 26% à Dakar ville et 20,5% à l'intérieur du pays.

3. La profession et le niveau socio-économique des parents

Il ressort de l'étude, que les parents des enfants appartenaient pour la plupart, à des classes sociales peu favorisées économiquement. En effet, les pères ouvriers

étaient les plus nombreux avec 34,7% et les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 70,8%.

53,6% des parents avaient un niveau socio-économique moyen.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que le centre hospitalier national de Pikine est un hôpital de référence pédiatrique et reçoit la population la plus défavorisée, donc à faible revenu.

Ces résultats rejoignent ceux de Diouf et al. [6] en 1993 et Eugénie [7] en 2007, tous deux à Dakar, où le niveau socio-économique de la famille était modeste dans respectivement 60,5% et 68,7% des cas.

De même, Ouologuem B. [3] avait retrouvé 89,3% d'enfants de mères ménagères et 53,5% d'enfants de pères fonctionnaires ou commerçants. Par contre, Dan V. et al. [31] à Cotonou avaient retrouvé dans leur étude que 99% des urgences provenaient de la classe socio-économique défavorisée.

4. Provenance des patients

La majorité de nos patients venaient du domicile, soit 71,3% contre 28,7% d'enfants référés.

Ceci démontre le non-respect de la pyramide sanitaire par la population, le CHN de Pikine devenant une structure de proximité et donc de premier recours, mais pourrait s'expliquer aussi par une mauvaise perception de la notion d'urgence, les parents peu instruits prenant la moindre manifestation clinique chez un enfant comme une urgence.

Notre résultat corrobore celui de Coulibaly B. [32] au Mali qui avait trouvé 57,9% pour les patients venant du domicile contre 42,1% de référés. Berthier M. et al. [27] avaient retrouvé toujours en 2003 que 54% des enfants venaient du domicile et 46% avaient été adressés.

Notre résultat est différent de celui d'Eugénie [7] qui avait trouvé dans son étude, que seulement 18,3% des patients provenaient du domicile.

5. Le moyen de transport utilisé

Dans notre étude, seuls 3,1% des patients avaient été acheminés vers l'hôpital par une ambulance, dont 60% non médicalisées. 71,2% des patients avaient utilisé le transport en commun, 20,9% la voiture personnelle et 4,9% à pieds.

L'utilisation de l'ambulance n'est pas monnaie courante au Sénégal et ceci pourrait s'expliquer par le coût (5 000 FCFA au minimum par déplacement dans Dakar), et par la disponibilité de l'ambulance parce qu'il n'y a qu'une seule ambulance pour transférer tous les malades de l'hôpital de Pikine par exemple. Ceci révèle le caractère peu performant de notre système sanitaire public de transport des urgences, mais dénote aussi le niveau socio-économique défavorisé de la majorité des familles de nos patients (93,3%).

Ce faible taux d'utilisation de l'ambulance pourrait s'expliquer aussi par la provenance des consultants aux urgences qui dans 71,3% venaient du domicile.

Ce résultat corrobore celui retrouvé par Diouf et al. [6] et Eugénie [7] avec respectivement 1,5% et 5,3% des patients acheminés par l'ambulance, 86,5% et 81,7% par transport en commun, 12% et 12,3% par voiture personnelle et 0,7% par les sapeurs-pompiers (pour Eugénie).

Dans les pays développés, l'ambulance est utilisée dans 80 à 90% [33, 34] des cas d'urgences et dans 50 à 60% [33, 34] ces cas sont médicalement justifiés.

6. L'heure d'arrivée

Dans notre étude, la plupart des patients étaient admis entre 14h et 00h soit 53,2% des admissions dont 15,8% entre 20h et 00h. 27,2% de nos patients étaient admis entre 8h et 14h et 19,6% entre 00h et 08h.

L'affluence des consultations aux urgences pédiatriques est d'origine multifactorielle. Il s'agit d'abord des facteurs socio-économiques : l'inaccessibilité financière amène les populations à recourir aux consultations en urgence qui sont gratuites chez les enfants de 0 à 5 ans. En effet, dans notre étude, la grande fréquentation des urgences entre 14h et 00h pourrait être attribuée au fait que les centres de santé ne fonctionnent pas habituellement au-delà de 14h et à certains dysfonctionnements observés dans les hôpitaux périphériques notamment la nuit par manque de personnel qualifié.

De même, les parents qui étaient hors de la maison la journée amènent majoritairement les enfants à la consultation à la fin de leur journée de travail moment où ils ont plus de temps à consacrer à leur famille et en début de soirée pour pouvoir dormir tranquillement la nuit.

Berthier et al. [27] avaient retrouvé que 52% des mères d'enfants admis la nuit dans une structure de santé sont des femmes économiquement actives.

Nos résultats sont concordants à ceux retrouvés par Coulibaly M.Z. [9] et Berthier M. et al. [27] avec respectivement entre 14H30 et 00H 73,8% et entre 12H et 00H avec 61%.

Mabiala-Babela J.R. et al. [35] en 2006 au Congo avaient retrouvé que 45,7% des passages aux urgences pédiatriques se faisaient la nuit.

7. Le délai d'admission

52,2% de nos patients avaient consulté dans les 24 heures qui suivent le début des symptômes.

En Afrique, de manière générale, le retard dans le recours à l'hôpital est souvent signalé [36, 37]. L'éloignement et/ou l'enclavement de certaines zones géographiques, les difficultés de transport et le poids culturel, justifient en partie, cette différence par rapport aux pays développés [35].

Notre résultat pourrait s'expliquer par la proximité de l'hôpital pour les consultants qui provenaient majoritairement de Pikine (77,1%), mais aussi par l'anxiété des parents devant certaines manifestations cliniques chez les enfants, ainsi la notion d'urgence ressentie par les parents prend de plus en plus le dessus sur la notion d'une vraie urgence, motivant ainsi une consultation précoce.

Nos résultats sont différents de ceux retrouvés par Abdou O.R. et al. [30] au Gabon où 67,5% des enfants étaient amenés en consultations 24h après le début de la symptomatologie.

Diouf et al. [6] avaient retrouvé qu'aucun des patients n'avait consulté dans les 24h qui suivent le début de la symptomatologie et que dans 66,5% des cas la pathologie évoluait depuis plus de 7 jours.

8. Le délai de prise en charge

Dans notre étude, 59,7% de nos patients avaient été consultés dans l'heure qui suivait leur arrivée aux urgences, 36,4% entre 1h et 2h et 3,9% supérieur à 2h.

Le délai moyen de prise en charge est de 42,31 mn avec des extrêmes allant de 2 mn à 190 mn.

Plus le délai de prise en charge est court, plus il y a une meilleure qualité de prise en charge des malades comme c'était le cas dans notre étude. Notre résultat pourrait s'expliquer par une bonne organisation avec un appel téléphonique systématique du médecin de garde dès qu'un enfant arrive aux urgences cela malgré l'absence d'un service de tri.

Ce résultat est différent de celui retrouvé par Diouf et al. [6] où près de la moitié des patients (48%) déclaraient avoir attendu plus de 2h.

9. Les motifs de consultation

Dans notre étude, les troubles digestifs, avec diarrhée et vomissements en tête, étaient le principal motif de consultation dans 28,7% des cas. Viennent ensuite les troubles respiratoires dominés par la dyspnée +toux dans 24,9% des cas ; la fièvre isolée était retrouvée dans 20,1% des cas. A l'image de ce que nous avons trouvé, dans la littérature les consultations pédiatriques sont dominées par les troubles digestifs puis respiratoires et dans certains cas par les troubles neurologiques, constituants ainsi les principales manifestations motivant les consultations en urgence.

Diouf et al. [3] avaient retrouvé en 1993 les troubles respiratoires en tête des motifs de consultation avec 19% suivis des troubles digestifs avec 16,5% et la malnutrition avec 15,5% des cas. Coulibaly B. [32] retrouvait les convulsions en tête avec 19,37%, l'anémie 18,85% et la fièvre 15,18%. Les motifs de consultations étaient dominés chez Mabiala-Babela J.R. et al. [35] par la fièvre dans 81,8% suivie des troubles digestifs avec 44,2% et la toux dans 35,7%.

En France, les motifs d'admission sont dominés au printemps par les infections ORL 40% suivis des troubles digestifs, respiratoires, cutanés et ostéo-articulaires avec chacun 12 à 14% [38] et en hiver par les infections ORL avec 49% suivis des troubles respiratoires 25% [35].

11. Le principal diagnostic retenu

Les urgences pédiatriques sont de causes diverses et variées.

Dans notre étude, les pathologies respiratoires étaient diagnostiquées dans 24,9% des consultations, digestives dans 19,1%, infectieuses dans 12%.

Les pathologies respiratoires sont dominées par la bronchiolite et les crises d'asthme qui habituellement sont les plus fréquentes à la période de notre étude qui correspond à la saison chaude et humide de l'année.

Il en est de même pour le cas des pathologies digestives dominées par les gastroentérites qui comme les pathologies respiratoires sont plus fréquentes pendant la saison des pluies car certaines populations notamment en milieu rural utilisent l'eau stagnante comme eau de boisson.

Coulibaly B. [32] avait retrouvé dans son étude que les pathologies infectieuses venaient en premier avec le paludisme grave avec 32,72%, la déshydratation sévère par diarrhée constituait la deuxième cause avec 11,26% suivie de la méningite avec 9,42% des cas.

Atanda H.L. et al. [39] à Pointe Noire au Congo dans leur étude sur une période de 5 ans (1988-1992), avaient retrouvé les urgences neurologiques en tête avec 52% suivies des urgences respiratoires 21,5% puis hématologiques 12,70%, gastroentérologiques 11,50% et autres urgences 2,30%.

12. La durée du séjour aux urgences

Dans notre étude, 94,7% de nos patients avaient séjourné moins de 24h et 5,3% seulement avaient passé plus de 24h aux urgences. Ceci pourrait s'expliquer par le caractère des consultations qui étaient précoces dans 52,2% et dont la motivation des parents pourrait être liée à l'accessibilité financière (gratuité des consultations en urgence chez les enfants de 0 à 5 ans), au délai d'attente plus court ou à des examens complémentaires disponibles sur place et rapides. Il faut noter aussi la capacité d'accueil qui est très faible pour les urgences pédiatriques.

13. Devenir des patients

Dans notre étude, 67,9% de nos patients étaient rentrés à domicile à l'issue de la consultation, 23,0% étaient hospitalisés, 17,0% transférés dans une structure et 1,0% étaient décédés (2 cas). Les deux décès enregistrés étaient des nouveau-nés admis l'un en état de choc septique et l'autre d'arrêt cardiorespiratoire.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le caractère de « non urgence vitale » de la majorité des admissions dominées par les enfants de 0 à 5 ans, tranche d'âge dont la moindre symptomatologie clinique agrandit l'inquiétude familiale motivant ainsi une consultation précoce.

Les consultations « inappropriées » constituent un problème fréquent aux urgences pédiatriques. La proportion de celles-ci est plus importante dans les pays industrialisés. Berthier M. et al. [27] avaient retrouvé que 78% des enfants regagnaient leur domicile avec 59% après une simple consultation et 19% après quelques heures aux lits portes. Cette proportion est de 76% pour Chamberlain et al. [37] aux USA et 96,52% pour Mintegi et al. [37] en Espagne. Pour Stagnara et al. [38] en France, 9 enfants sur 10 vus en consultation non programmée, sont retournés à leur domicile. Selon ce dernier, les raisons de ces consultations qui ne représentent pas une urgence réelle sont multiples. On peut retenir l'angoisse des parents et l'âge des parents qui sont le plus souvent jeunes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Il s'agit d'une étude prospective qui a porté sur 209 patients âgés de 0 à 15ans, admis en consultation au service d'accueil des urgences du centre hospitalier national de Pikine sur une période de 3 mois allant du 20 août 2015 au 20 novembre 2015.

Au terme de cette étude, nous avons trouvé les résultats suivants :

Les enfants de 0 à 5 ans étaient les plus représentés avec 82,8% des admissions ;

Les nouveau-nés représentaient 23,4% des admissions ;

Le sexe masculin prédominait légèrement (53,6%) avec un sexe ratio égal à 1,1 ;

Nos patients étaient issus majoritairement (93,3%) d'une famille de classe socio-économique défavorisée. Les pères étaient ouvriers dans 34,7% et les mères femmes au foyer dans 70,8%.

L'ethnie la plus représentée était les wolofs (46,7%). Les patients résidaient à Pikine dans 77,1% et la majorité des consultants aux urgences provenaient du domicile (71,3%).

Nous avons noté une utilisation presque insignifiante de l'ambulance (3,1%) au cours des admissions et une forte utilisation du transport en commun (71,2%).

La majorité de nos patients étaient admis entre 14h et 00h (53,2%), ils avaient consulté dans les 24 heures qui suivent le début de la symptomatologie dans 52,2%.

Le délai de prise en charge de nos patients aux urgences était inférieur à 1 heure dans 59,7%, entre 1 heure et 2 heures de 36,4% et supérieur à 2 heures dans 3,9%.

Les motifs d'admissions étaient dominés par les troubles digestifs dans 28,7% suivis des troubles respiratoires 24,9%, puis de la fièvre isolée 20,1%, les troubles neurologiques 12,9% et les autres 13,4%.

Les pathologies respiratoires étaient diagnostiquées dans 24,9% des consultations, digestives dans 19,1%, infectieuses dans 12%, ORL 11%,

neurologiques 9,1%, la malnutrition 3,8% et les autres 11%. On note cependant 12 cas dont le diagnostic retenu n'avait pas été évoqué soit 5,8%.

Nos patients avaient majoritairement séjourné moins de 24h aux urgences soit 94,7%.

Le retour à domicile après l'admission aux urgences avait été autorisé chez 142 patients soit 67,9%, 48 patients étaient hospitalisés soit 23,0%, 17 cas transférés soit 8,1%. Nous déplorons néanmoins 2 cas de décès parmi les nouveau-nés soit 1,0%.

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

- A l'endroit du Ministère de la Santé et des décideurs politiques :
 - Mettre en place un service d'accueil des urgences fonctionnel pour trier de façon adéquate les « vraies urgences » des cas non urgents ;
 - Organiser le service des urgences mais surtout individualiser le service des urgences pédiatriques avec un plateau technique adéquat pour prendre en charge les cas urgents. Ce service doit être couplé à un service de réanimation pour assurer un continuum des soins ;
 - Renforcer le dispositif du service d'assistance médicale d'urgence (SAMU) national pour créer les conditions d'un maillage du pays par des ambulances médicalisées qui seront mises à la disposition des populations gratuitement.
- A l'endroit de la population :
 - Informer et éduquer la population pour l'amener à respecter la pyramide sanitaire en terme de recours aux soins ;
 - Informer et éduquer la population à dépister les signes de gravité chez les enfants ;
 - Encourager la population à consulter spontanément en cas d'urgence sans choisir l'heure de consultation.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans.
<http://orumig.com/docs/jeunenf.pdf> du 12-10-2015 à 23h30.
2. Moyen G., Hinda H., Mbika-Cordorelle, Okoko A. R., Obengui.
Urgences médicales en réanimation.
Méd. Afr. Noire 2004 ; 5 : 665-669.
3. Ouologuem B.
Epidémiologie des urgences pédiatriques au service des urgences et réanimations de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.
Thèse Med. Bamako 1998, N°36.
4. Refabert R., Langlais S.
Préparation au concours d'internat pédiatrie.
Collection ellipses, 7 : 60-67.
5. Atanda H. L., Porte J., Rodier J., Bon J. C., Senga P., Kuakuvi N.
Mortalité et morbidité infantile sur une population d'un service médical à Pointe Noire.
Méd. Afr. Noire 1991 ; 114 : 24-35.
6. Diouf S., Mbaye N.G., Camara B., Sall M.G., Sarr M., Martin S.L., Kuakuvi N., Fall M.
Les urgences pédiatriques au CHU de Dakar.
Aspects socio-épidémiologiques et perception des parents.
Dakar-Médical 1995 ; 40 : 57-61.
7. Mme Eugénie Siga Diane NIANE.
Prise en charge des urgences pédiatriques : contraintes, coûts et pronostic.

Thèse Med Dakar 2007 , N°126.

8. P. Richier, X. Gocko, O. Mory, B. Trombert-Paviot, H. Patural.

Etudes épidémiologiques de consultations précoce de nouveau-nés aux services d'accueils des urgences pédiatriques.

Arch. Pediatr. 2015 ; 22 : 135-140.

9. Coulibaly M.Z.

Urgences pédiatriques à l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med. Bamako 1988, N°42.

10.Biarent D., Bingham R., Eich C., Lopez-Herce J., Maconochie I., Rodriguez-Nunez A., et al., 2010.

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010: paediatric life support. Resuscitation 81; 10: 1364-1388.

11.Fleming S., Thompson M., Stevens R., Henegan C., Pluddemann A., Manocochie I., et al., 2011.

Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies.

Lancet 377; 9770: 1011-1018.

12.Doumbia M. N.

PCIME dans le service de consultations externes pédiatriques de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med. Bamako 2001, N°119.

13. Ousmane S.

Mortalité et morbidité dans le service de pédiatrie de l' l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako de 1999 à 2000.

Thèse Med. Bamako 2011, N° 27.

14. Nouvelles recommandations de l'OMS pour la prise en charge clinique de la diarrhée.

Journal Paediatrica 2008 ; 19(5) : 25-27.

15. Guarino A., Albano F., Ashkenazi S., Gendrel D., Hoekstra J. H., Shamir R., et al., 2008. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in children in Europe.

J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 46 (Suppl 2), S81-S122.

16. Gendrel D., Cohen R. 2008.

Diarrhées bactériennes et antibiotiques : les recommandations européennes.

Arch. Pediatr. 2008 ; 15 : 93-96.

17. Mouterde O.

Solutions de réhydratation orale : état de lieux.

Arch. Pediatr. 2007 ; 14 : 165-168.

18. Butha Z. A., Black R. E., Brownk H., et al. «Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: Pooled analysis of randomized controlled trials», Zinc investigators collaborative Group.

Journal of Paediatrica 1999; 135(6) : 689-697.

19.Umberto S.

Déshydratation aigue sévère du nourrisson.

www.ulpmmed.u-strasbg.fr/medecine/coursesenligne du 15-12-2015 à 11h20.

20. Martineau O., Guimbert D., Martinot A., Hue V., Chartier A., Dorkeno A.

Utilisation d'une unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques.

Arch. Pediatr. Franç. WWW.elsevier.com/locate/arcped du 15-12- 2015.

21.Prise en charge médicamenteuse de la douleur aigue et chronique chez l'enfant, 2009 (Afssaps).

<http://www.pediadol.org/Afssaps-Prise-en-charge.html> du 22-11-2015 à 20h45.

22.Carbajal R., Paupe A., Hoenn E., Lenclen R., Olivier Martin M.

DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aigue du nouveau-né.

Arch. Pediatr. 1997 ; 4 : 623-628.

23. Grunau R. V. and Craig K. D.

Pain expression in neonates: facial action and cry.Pain 1987; 28 (3): 395-410.

24.Haas H.

Conduite à tenir devant les intoxications aigues accidentelles de l'enfant

Arch. Pediatr. 2004 ; 11 : 683-688.

25.OMS.

Prise en charge des intoxications.

Manuel de l'agent de santé 1999 ; 6 :15-99.

26. Michel Aubert, Jean Pierre Carpentier

Urgences, Réanimation, Transfusions Sanguines : soins infirmiers.

5^{ème} édition –Paris Masson 2005 ; p : 194-196.

27.Berthier M., Martin Robin C.

Arch. Pediatr. 2003; 1(Suppl): 61S-63S.

28. Hassana DAFFE

Urgences pédiatriques au service de pédiatrie de l'Hôpital Régional Nianankoro Fomba de Ségou.

Thèse Med. Bamako 2006, N°159.

29.N. K. Kuakuvi, S. L. Martin, H. D. Sow, M. G. Sall, M. Fall.

Les urgences médicales pédiatriques à l'Hôpital d'enfants d'Albert Royer-Dakar : aspects épidémiologiques et thérapeutiques.

Médecine d'Afr. Noire 1993 ; 40 (5) : 352.

30.Abdou O. R., Choua R. K., Tchoua R.

Les urgences pédiatriques au centre hospitalier de Libreville.

Médecine d'Afr. Noire 2002 ; 49 (11) : 475-480.

31.Dan V., Hazoumé F. A., Ayivi B., Doumakapais S.

Prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant : Aspects actuels et perspectives d'avenir au Centre National Hospitalier de Cotonou (1989).

Médecine d'Afr. Noire 1991 ; 38 (11) : 753.

32.Coulibaly B.

Urgences médicales dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.
Thèse Med. Bamako 2006, N° 265.

33.Foltin G. L., Pon S., Tunik M., Fierman A., Dreyer B., Cooper A.,
Welborne C., Treiber M.

Pediatric ambulance utilization in a large American City: a system
analytic approach.

Pediatr. Emerg. Care 1998; 14: 254-258.

34.Camasso-Richardson K., Wilde J. A., Petrack E. M.

Medically unnecessary pediatric ambulance transports: a medical taxi
service.

Acad. Emerg. Med 1997; 4: 1137-1141.

35.Mabiala-Babela J.R., Senga P.

Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville,
Congo.

Med. Trop. 2009 ; 69 : 281-285.

36.Mouyokani J., Tursz A., Crost M., Cook J., Nzinguila S.

Etude épidémiologique des consultations d'enfants de moins de 5 ans à
Brazzaville (Congo).

Rev. Epidem Santé Publ. 1999 ; 47 : S115-131.

37.Mintegi Raso S., Benito Fernandez J., Garcia Gonzalez S., Corrales
Fernandez A., Bartolomé Albistegui M.J., Trebolazabala Quirante N.

Patient demand and management in a hospital pediatric emergency.

An Pediatr (Barc) 2004; 61 : 156-161.

38. Stagnara J., Vermont J., Duquesne A., Atayi D., De Chabonelle F., Bellon Gl.

Urgences pédiatriques et consultations non programmées-enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise.

Arch. Pediatr. 2004 ; 11 : 108-114.

39. Atanda H.L., Porte J., Force-Barge P., Rodier J.

Place des urgences médicales pédiatriques dans un service médicale à Pointe-Noire.

Méd. d'Afr. Noire 1994 ; 41 (1) : 17-20.

ANNEXE

Fiche d'enquête

- Numéro d'ordre Mois :

➤ Age

➤ Sexe

➤ Ethnie

➤ Provenance

 - Pikine/Guédiawaye/Thiaroye/Mbao/Parcelles Assainies/
Keur Massar/Malika.....
 - Autre banlieue (Rufisque).....
 - Dakar (HLM jusqu'au Plateau).....
 - Autre à préciser (Autres villes et régions).....

➤ Profession des parents

 - Père
 - Mère
 - Tuteur

➤ Niveau socio-économique

 - Satisfaisant
 - Moyen
 - Bas

➤ Statut du patient

 - Consultant venant de la maison
 - Patient référé par une structure

➤ Moyens de transport

 - Médicalisé

- Non médicalisé à préciser.....
- Heure d'admission.....
- Délai d'admission par rapport au début des symptômes
 - Moins de 1 heure
 - Entre 1 et 3 heures
 - Plus de 3 heures et à 24 heures
 - Supérieur à 24 heures
- Motifs de consultation
 -
 -
 -
- Principale cause de l'urgence
 - maladie courante (à préciser).....
 - accident domestique (à préciser).....
- Principal diagnostic retenu.....
- Délai de prise en charge (temps entre admission aux urgences et le début du traitement).....
- Traitement.....
- Durée du séjour aux urgences
 - Moins de 24 heures
 - Supérieure à 24 heures
- Evolution
 - Retour à domicile
 - Hospitalisation
 - Transfert
 - Complications
 - Décès

RESUME

Le nombre de consultations dans les services d'accueil des urgences pédiatriques n'a cessé d'augmenter partout dans le monde. Les urgences pédiatriques demeurent un problème important de santé publique, avec une morbidité et une mortalité élevées surtout dans nos pays en développement.

L'objectif général de notre étude était de décrire le profil épidémiologique des consultants admis aux urgences médicales pédiatriques du Centre Hospitalier National de Pikine (Dakar).

Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 3 mois allant du 20 août 2015 au 20 novembre 2015 concernant tous les enfants âgés de 0 à 15 ans, admis aux urgences pendant la garde pour une pathologie médicale.

Au terme de l'étude, 209 patients étaient admis aux urgences médicales pédiatriques soit 57,2% de l'ensemble des urgences médico-chirurgicales pédiatriques (365 cas). La tranche d'âge de 0 à 5 ans était la plus représentée avec 82,8%. Le sexe ratio était en faveur des garçons soit 1,1. Les pères ouvriers étaient plus nombreux 34,7% et les mères femmes au foyer prédominaient avec 70,8%. Nos patients étaient issus majoritairement d'une classe socio-économique défavorisée soit 93,3%. Les consultants résidaient à Pikine dans 77,1% et provenaient du domicile dans 71,3%. Le transport en commun était largement utilisé soit 71,2% comme moyen de transport. La consultation était réalisée dans les 24h qui suivent le début des symptômes dans 52,2% des cas avec une fréquentation des urgences plus importante entre 14h et 00h soit 53,2%. La prise en charge avait été faite dans l'heure qui suivait l'admission dans 59,3% et les troubles digestifs avec 28,7% suivis des troubles respiratoires 24,9% puis de la fièvre isolée 20,1%, étaient au-devant des principaux motifs de consultations. Les pathologies les plus diagnostiquées étaient respiratoires dans 24,9%, puis digestives dans 19,1% et infectieuses dans 12%. Le séjour aux urgences avait été court, moins de 24 heures, chez 94,7% des consultants avec un retour à domicile autorisé chez 67,9% des patients. Nous déplorons 2 cas de décès soit 1%.

Nos principaux résultats sur le profil épidémiologique des urgences médicales pédiatriques coïncident avec ceux de la littérature.

Mots clés : Profil épidémiologique, urgences médicales pédiatriques, Centre Hospitalier National de Pikine.