



MINISTERE DE L'EDUCATION

NATIONALE  
\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Direction Nationale de l'Enseignement

Superieur et de la Recherche Scientifique



## Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année 1997-1998

n°36

### EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES PEDIATRIQUES AU SERVICE DES URGENCES- REANIMATION DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURE (JUN 1995 à MAI 1996)

# THESE :

Présentée et soutenue publiquement

le.....

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali  
par : Bareye OUOLOGUEM

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

### JURY :

Président : Professeur Mamadou Marouf KEITA

Membres : Docteur Madani TOURE

Docteur Tieman COULIBALY

Docteur TOGO Marie Madeleine TOGO (Directeur de thèse)

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1997-1998

ADMINISTRATION

Doyen : ISSA TRAORE - PROFESSEUR  
1er ASSESSEUR : OUSMANE DOUMBIA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE  
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE  
SECRETAIRE GENERAL : BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES  
ECONOME : MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

|                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| Mr Aliou BA           | Ophtalmologie             |
| Mr Bocar SALL         | Ortho-Traumato.Sécourisme |
| Mr Souleymane SANGARE | Pneumo-phtisiologie       |
| Mr Yaya FOFANA        | Hématologie               |
| Mr Mamadou L. TRAORE  | Chirurgie Générale        |
| Mr Balla COULIBALY    | Pédiatrie                 |
| Mr Mamadou DEMBELE    | Chirurgie Générale        |
| Mr Mamadou KOUMARE    | Pharmacognosie            |
| Mr Mohamed TOURE      | Pédiatrie                 |
| Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine Interne          |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSFURS

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Mr Abdel Karim KOUMARE  | Chef D.E.R. de Chirurgie |
| Mr Sambou SOUMARE       | Chirurgie Générale       |
| Mr Abdou Alassane TOURE | Ortho-Traumatologie      |
| Mr Kalilou OUATTARA     | Urologie                 |

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| Mr Amadou DOLO                 | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Djibril SANGARE             | Chirurgie Générale |
| Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP | Chirurgie Générale |
| Mr Alhouseini Ag MOHAMED       | O.R.L              |

3. MAITRE DE CONFERENCES

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Mme SY Aissata SOW | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Salif DIAKITE   | Gynéco-Obstétrique |

#### 4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| Mr Mamadou L. DIOMBANA       | Stomatologie                  |
| Mr Abdoulaye DIALLO          | Ophtalmologie                 |
| Mme DIALLO Fatima S. DIABATE | Gynéco-Obstétrique            |
| Mr Abdoulaye DIALLO          | Anesth. - Réanimation         |
| Mr Gangaly DIALLO            | Chirurgie Générale            |
| Mr Sékou SIDIBE              | Ortho. Traumatologie          |
| Mr Abdoulaye K. DIALLO       | Anesthésie-Réanimation        |
| Mr Mamadou TRAORE            | Gynéco-Obstétrique            |
| Mr Filifing SISSOKO          | Chirurgie Générale            |
| Mr Tiéman COULIBALY          | Ortho. Traumatologie          |
| Mme TRAORE J. THOMAS         | Ophtalmologie                 |
| Mr Nouhoum ONGOIBA           | Anatomie & Chirurgie Générale |

#### 5 ASSISTANTS

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| Mr Ibrahim ALWATA | Ortho. Traumatologie |
| Mr Sadio YENA     | Chirurgie Générale   |

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Mr Daouda DIALLO    | Chimie Générale & Minérale      |
| Mr Bréhima KOUMARE  | Bactériologie-Virologie         |
| Mr Siné BAYO        | Anatomie-Path. Histoembryologie |
| Mr Gaoussou KANOUTE | Chimie Analytique               |
| Mr Yéya T. TOURE    | Biologie                        |
| Mr Amadou DIALLO    | Biologie Chef de D.E.R.         |
| Mr Moussa HARASSA   | Chimie Organique                |

#### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Mr Ogobara DOUMBO   | Parasitologie |
| Mr Anatole TOUNKARA | Immunologie   |

#### 3. MAITRE DE CONFERENCES

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Mr Yénimégué A. DEMBELE | Chimie Organique  |
| Mr Massa SANOGO         | Chimie Analytique |
| Mr Bakary M. CISSE      | Biochimie         |
| Mr Abdrahamane S. MAIGA | Parasitologie     |
| Mr Adama DIARRA         | Physiologie       |

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Mr Mahamadou CISSE       | Biologie                      |
| Mr Sékou F.M. TRAORE     | Entomologie Médicale          |
| Mr Abdoulaye DABO        | Malacologie, Biologie Animale |
| Mr N'Yenigue Simon KOITA | Chimie Organique              |

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Mr Abdrahamane TOUNKARA | Biochimie         |
| Mr Flabou BOUGOUDOGO    | Bactériologie     |
| Mr Amadou TOURE         | Histoembryologie  |
| Mr Ibrahim I. MAIGA     | Bactériologie     |
| Mr Benoît KOUMARE       | Chimie Analytique |

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Mr Aly GUINDO         | Gastro-Enterologie    |
| Mr Abdoulaye Ag Rhaly | Med. Int.             |
| Mr Mamadou K TOURE    | Cardiologie           |
| Mr Mahamane MAIGA     | Néphrologie           |
| Mr Baba KOUMARE       | Psychiatrie, Chef DER |
| Mr Moussa TRAORE      | Neurologie            |
| Mr Issa TRAORE        | Radiologie            |
| Mr Mamadou, MKËITA    | Pédiatrie             |

### 2. MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÈGE

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| Mer Tournai SIDIBE | Pédiatrie           |
| Mr Bah KEITA       | Pneumo-Phtysiologie |
| Mr Boubacar DIALLO | Cardiologie         |
| Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie         |
| Mr Somita KEITA    | Dermato-Leprologie  |
| Mr Hamar A. TRAORE | Médecine Interne    |

### 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| Mr Abdel Kader TRAORE | Med. Interne       |
| Mr Moussa Y. MAIGA    | Gastro-entérologie |
| Mr Bou DIAKITE        | Psychiatrie        |
| Mr Bougouzié SANOGO   | Gastro-entérologie |
| Mr Mamady KANE        | Radiologie         |
| Mr Saharé FONGORO     | Néphrologie        |
| Mr Bacoroba COULIBALY | Psychiatrie        |
| Mr Mamadou DEMBELE    | Médecine Interne   |
| Mme Tatiana KEITA     | Pédiatrie          |

### 4 ASSISTANTS

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Mr Adama D. DIAKITE | Radiologie |
|---------------------|------------|

## D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
|--------------------------|-------------|

## 2 MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

|                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| Mr Arouna KEITA    | Matière Médicale (Chef de D.E.R) |
| Mr Ousmane DOUMBIA | Pharm. Chim.                     |

## 3 MAITRE DE CONFERENCES

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Mr Elimane MARIKO | Pharmacologie |
|-------------------|---------------|

## 4 MAITRES ASSISTANTS

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| Mr Drissa DIALLO     | Matières Médicales |
| Mr Alou KEITA        | Galénique          |
| Mr Ababacar I. MAIGA | Toxicologie        |

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique (Chef D.E.R.) |
|---------------------|------------------------------|

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Mr Moussa A. MAIGA | Santé Publique |
|--------------------|----------------|

### 3. MAITRE DE CONFERENCES

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Mr Yanick JAFFRE   | Anthropologie  |
| Mr Sanoussi KONATE | Santé Publique |

### 4 MAITRES ASSISTANTS

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Mr Bocar G. TOURE | Santé Publique |
|-------------------|----------------|

### 5. ASSISTANT

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Mr Massambou Sacko | Santé Publique |
|--------------------|----------------|

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| Mr Mamadou KONE         | Physiologie   |
| Mr Kaourou DOUCOURE     | Biologie      |
| Mr N'Golo DIARRA        | Botanique     |
| Mr Bouba DIARRA         | Bactériologie |
| Mr Salikou SANOGO       | Physique      |
| Mr Bakary I. SACKO      | Biochimie     |
| Mr Sidiki DIABATE       | Bibliographie |
| Mr Boubacar KANTE       | Galénique     |
| Mr Souléymanne GIUNDO   | Gestion       |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA | Mathématiques |
| Mr Modibo DIARRA        | Nutrition     |

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA  
Mr Nyamanto DIARRA  
Mr Moussa I. DIARRA  
Mr Mamadou Bakary DIARRA  
Mme Sidibé Aïssata TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE

Hygiène du Milieu  
Mathématiques  
Biophysique  
Cardiologie  
Endocrinologie  
Médecine Nucléaire

#### PERSONNEL D'ENCADREMENT ( STAGES & TP)

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Docteur Madani TOURE       | H.G.T.           |
| Docteur Tahirou BA         | H.G.T.           |
| Docteur Amadou MARIKO      | H.G.T.           |
| Docteur Baidi KEITA        | H.G.T.           |
| Docteur Antoine Niantao    | H.G.T.           |
| Docteur Kassim SANOGO      | H.G.T.           |
| Docteur Yéya I. MAIGA      | I.N.R.S.P.       |
| Docteur Chompere KONE      | I.N.R.S.P.       |
| Docteur Almahdy DICKO      | P.M.I. SOGONINKO |
| Docteur Mohamed TRAORE     | KATI             |
| Docteur Reznikoff          | IOTA             |
| Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE | IOTA             |
| Docteur Hamidou B. SACKO   | H.G.T.           |
| Docteur Hubert BALIQUE     | C.T. MSSPA       |
| Docteur Sidi Yéya TOURE    | H.G.T.           |
| Docteur Youssouf SOW       | H.G.T.           |

#### ENSEIGNANTS EN MISSION

|                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| Pr A.E. YAPO    | BIOCHIMIE              |
| Pr M.L. SOW     | MED. LEGALE            |
| Pr D. BA        | BROMATOLOGIE           |
| Pr M. BADIANE   | PHARMACIE CHIMIQUE     |
| Pr B. FAYE      | PHARMOCODYNAMIE        |
| Pr Eric PICHARD | PATHOLOGIE INFECTIEUSE |
| Dr G. FARNARIER | PHYSIOLOGIE            |

## **DEDICACES**

Je dédie cette thèse à tous ceux qui moralement, matériellement, financièrement ont contribué à la réalisation de ce travail.

## **A mon père : Sagou Adama OUOLOGUEM**

Tes sens de responsabilité, d'éducateur ont marqué à jamais tes enfants.  
J'aurais à l'esprit que c'est toi qui m'a mis à l'école.  
Trouve ici cher père, par ce présent travail ma reconnaissance  
Que Dieu notre Seigneur t'accorde longue vie excellente santé

## **A ma mère: Feue Kadidia TEMBELY**

Tu as guidé mes premiers pas dans la vie, et travaillé durement afin que tous tes enfants aient une assise solide pour affronter le dur combat de la vie. Tes bénédictions m'ont toujours aidé dans les instants les plus durs. Tu as aujourd'hui un fils médecin qui te porte dans son cœur.  
Arrachée à notre affection nous ne t'oublierons jamais.  
Qu'Allah le tout puissant t'accueille dans son paradis. Dors en paix ma chère mère.

## **A mes marâtres**

Merci pour le soutien moral, financier et pour toute l'affection que vous me donnez.

## **A mes frères et soeurs**

Je suis sans voix pour vous remercier. Puisse ce présent travail, être l'expression de ma profonde gratitude et de mon éternelle reconnaissance.



## **A ma tante : Sabi KASSOGUE**

Merci pour tout le soutien moral, matériel et l'affection que tu n'as cessé de m'apporter. Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

## **A mon oncle : Oumar DJIGUIBA**

Tes sages conseils, ton soutien matériel et financier ne m'ont point fait défaut. Trouves ici l'expression de grande affection et de ma profonde reconnaissance.

## **A mes amis(es)**

Merci pour toute l'assistance que vous ne cessez de m'apporter. Que se reserrent d'avantage les sentiments d'affection que nous nous portons.

Aux docteurs **Boubacar TRAORE** et **Oumar DIALLO** : bonne chance.

Bon courage à l'interne **Abdoulaye SANOGO**

## **Remerciements particuliers**

Aux docteurs **J.L.BORDONADO** et **N DIANI** pour tout le soutien psychologique et leurs sages conseils.

Aux docteurs **S.Y.TOURE** et **A. DIALLO** ainsi qu'à tout le personnel du service des Urgences et Réanimation de l'HGT.

Merci à tout le personnel des urgences chirurgicales

Merci à tout le personnel enseignant de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de Bamako.

## **Aux membres du jury**

### **A notre président : Professeur Mamadou Marouf KEITA**

Professeur agrégé de pédiatrie, chef de service de pédiatrie de l'HGT.

Nous avons trouvé en vous un maître plein de connaissances et d'expériences, un maître disponible. Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et consis. Nous avons été particulièrement fascinés par la maîtrise de votre spécialité, par vos qualités humaines et votre disponibilité constante.

Vous avez malgré vos multiples occupations, accepté la présidence de notre jury, vous nous faites un grand honneur.

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

## **Au docteur Tieman COULIBALY**

Assistant chef de clinique en traumatologie à la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontologie de Bamako

D'un contact facile et toujours disponible, vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail. Puisse ce travail être l'expression de notre grande admiration.

## **Au docteur Madani TOURE**

Chef de service de la chirurgie infantile de l'HGT.

Nous avons su apprécier et admirer vos qualités de chirurgien et de chef de service.

Votre modestie, votre amour pour les enfants et votre dévouement pour le travail, nous ont beaucoup marqués.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

## Au docteur **TOGO Marie Madeleine TOGO**

Anesthésiste réanimateur, chef de service des urgences chirurgicales.

Vous êtes l'inspirateur de ce travail C'est avec une grande cordialité que vous nous avez accueilli dans votre service. Vous nous avez honoré de votre confiance.

Vous avez sans cesse cultivé en nous le sens de l'honneur et de l'esprit de sacrifice qui doivent animer tout médecin.

Un grand merci.

## Abréviations Utilisées

|               |   |                                      |
|---------------|---|--------------------------------------|
| <b>A.V.P.</b> | = | Accident de la Voie Publique         |
| <b>C.B.V.</b> | = | Coups et Blessures Volontaires       |
| <b>C.H.R.</b> | = | Centre Hospitalier Régional          |
| <b>CO</b>     | = | Monoxyde de Carbone                  |
| <b>VIP</b>    | = | Very Important Person (Personnalité) |
| <b>TC</b>     | = | Traumatisme Crânien                  |
| <b>PCI</b>    | = | Perte de Connaissance Initiale       |
| <b>Hb</b>     | = | taux d'Hémoglobine                   |
| <b>Hte</b>    | = | Hématocrite                          |
| <b>TCK</b>    | = | Temps de Cephalin Kaolin             |
| <b>G</b>      | = | Gauge                                |
| <b>NFS</b>    | = | Numération Formule Sanguine          |
| <b>OMS</b>    | = | Organisation Mondiale de la Santé    |
| <b>GE</b>     | = | Goutte épaisse                       |

## SOMMAIRE

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| <b>I. INTRODUCTION.</b>           | <b>p.1</b>  |
| <b>II. GENERALITES.</b>           | <b>p.3</b>  |
| <b>III. OBJECTIFS.</b>            | <b>p.6</b>  |
| <b>IV. MATERIEL ET METHODE.</b>   | <b>p.7</b>  |
| <b>V. RESULTATS.</b>              | <b>p.10</b> |
| <b>VI. COMMENTAIRES.</b>          | <b>p.30</b> |
| <b>VII. CONCLUSION.</b>           | <b>p.36</b> |
| <b>VIII. RECOMMANDATIONS.</b>     | <b>p.38</b> |
| <b>IX. BIBLIOGRAPHIE- ANNEXE.</b> | <b>p 39</b> |

**Chapitre I.**  
**INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

Les urgences pédiatriques constituent l'ensemble des états morbides menaçant la vie de l'enfant à plus ou moins brève échéance et nécessitant de ce fait une prise en charge thérapeutique rapide.

Elles sont de plus en plus nombreuses dans les structures hospitalières devenues progressivement l'endroit de premier recours.

Ces enfants peuvent être classés en trois groupes :

- ceux qui sont dans un état de détresse vitale ou qui présentent une pathologie susceptible de menacer le pronostic vital à court terme (urgences vraies).
- ceux qui sont amenés parce que la famille, confrontée à une situation inhabituelle donc angoissante, veut qu'on y remédie sans retard (urgences ressenties).
- ceux qui sont atteints d'une affection bénigne et que les parents choisissent d'amener aux urgences pour diverses raisons: sentiments de sécurité; existence d'un plateau technique; raisons socio-économiques ou socio-familiales (urgences relatives).

Dans tous les cas, l'étiquette "d'urgence ressentie" ne peut être appliquée qu'à posteriori, après un examen médical, et aucune demande de secours ne doit être laissée sans réponse ou sans solution.

Tout enfant qui se présente dans un service d'urgence doit pouvoir être immédiatement accueilli et pris en charge dans des conditions de sécurité. Un traitement doit pouvoir être débuté et un transfert dans de bonnes conditions organisé, chaque fois que nécessaire.

Ainsi, le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako a reçu en consultation:

27 789 enfants en 1996 et en a hospitalisé 4 832 soit 17,4 % (statistiques de l'hôpital, 1996).

Le service de chirurgie infantile de l'hôpital Gabriel Touré durant la même période a hospitalisé 1 185 des 2 706 enfants ayant consulté soit 43,8 % (statistiques de l'hôpital, 1996).



En France, une enquête concernant les motifs et modalités de recours ambulatoire effectuée sur une semaine dans dix hôpitaux de la région Île-de-France (15) en 1993 retrouve 2 365 consultations urgentes sur les 2 675 enfants vus, soit 61 %.

Les urgences pédiatriques devraient être idéalement assurées par des pédiatres, formés à l'urgence, et devraient être prises en charge dans un environnement pédiatrique. Le problème se pose dans nos centres où il n'y a pas toujours de pédiatres, alors qu'il faut garder présent à l'esprit que plus un enfant est jeune, plus le mode d'expression des pathologies est non spécifique et plus l'appréciation est difficile.

Les pathologies rencontrées aussi bien au Mali qu'ailleurs, au niveau des urgences pédiatriques sont variées. Sans être exhaustif, on peut citer :

- les détresses respiratoires et d'une façon générale toutes les dyspnées.
- les grandes déshydratations.
- les atteintes neurologiques (altérations de la vigilance, comas ou convulsions).
- les intoxications.
- les polytraumatisés.
- les grands brûlés.
- les abdomens aigus etc.

Dans tous les cas, l'enfant doit bénéficier d'une évaluation méthodique et systématique de toutes les grande fonctions.

Au Mali, aucune étude n'est faite sur les urgences pédiatriques dans un service des urgences et réanimation prenant en compte à la fois les urgences chirurgicales et médicales. Cette absence d'étude nous a incité à réaliser ce travail dans le but de contribuer à une meilleure connaissance et prise en charge des urgences pédiatriques au service des Urgences et Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré

## II. GÉNÉRALITÉS

Le MALI, pays enclavé se trouvant à plus de 1000 Km des ports disponibles, a une superficie de 1.240.000 Km<sup>2</sup>, avec une population estimée en 1992 à 8.500.000 habitants.

Son économie est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage, le secteur rural regroupant près de 75% de la population.

Néanmoins, pendant les vingt cinq dernières années, les tendances ont montré que la population urbaine croit beaucoup plus rapidement que la population rurale, avec un taux annuel moyen de croissance de près de 6,4% entre 1960 et 1990 contre un taux démographique général de 2,7% par an. En 1960, la population urbaine était de 270.000 habitants (soit 5% de la population totale). Ce chiffre a atteint 1.860.000 habitants (soit 23% de la population totale) en 1990. Il est prévu que la population urbaine atteigne 5.600.000 (soit 38% de la population totale) d'ici l'an 2.000 (4).

BAMAKO, la capitale, dont la population est passée de 320.000 habitants en 1972 à 900.000 habitants en 1995, atteindra 1.370.000 à l'an 2005. Seules quelques agglomérations ont plus de 40.000 habitants (4):

- SEGOU : 88.000.
- MOPTI : 75.000.
- SIKASSO : 74.000.
- GAO : 55.000.
- KOUTIALA : 49.000.

La ville de BAMAKO comprend 6 communes, l'hôpital Gabriel Touré étant situé dans la commune III (cf. carte de BAMAKO en annexe).

Les données démographiques de BAMAKO montrent que les moins de 15 ans représentent

55 % de la population. Parmi ceux-ci, 61,6% ont moins de 5 ans (13).

Les indicateurs de santé du MALI sont parmi les plus bas du monde, révélant l'extrême précarité du système sanitaire.

Le taux de mortalité infantile est de 102‰ avant 1 an contre une moyenne de 65‰ pour les pays en voie de développement et 7‰ pour les pays industrialisés.

Plus de 20% des enfants maliens meurent avant l'âge de cinq ans. 70% de cette mortalité sont dues à des maladies telles que la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les maladies infectieuses etc.

Pour faire face à ces problèmes, le MALI ne dispose que d'un médecin pour 20.000 habitants (contre un médecin pour 5.000 habitants pour l'ensemble des pays en voie de développement) et de trois hôpitaux nationaux de référence :

- un en périphérie de Bamako (hôpital de Kati)
- deux à Bamako (hôpitaux du Pont G et de Gabriel Touré, ce dernier étant situé au centre ville).

L'hôpital Gabriel Touré dispose du seul service de pédiatrie du pays.

Cette structure n'est dotée jusqu'ici que d'une réanimation pédiatrique rudimentaire équipée de :

- 6 couveuses dont 4 fonctionnelles
- 3 petits berceaux
- 3 grands berceaux
- 2 lits d'hospitalisation
- 1 source d'oxygène.

Elle reçoit environ 100 patients par mois avec parfois 3 nouveau-nés hospitalisés dans le même petit berceau, 4 à 5 enfants dans les grands berceaux, et jusqu'à 5 patients par lit selon la taille des enfants.

Cette réanimation est surtout une réanimation néonatale.

De ce fait, les urgences chirurgicales et certains cas médicaux graves sont orientés vers le service des urgences et réanimation qui dispose de 4 lits de réanimation recevant toutes les urgences, et de 44 lits d'hospitalisation.

La prévalance élevée des enfants dans la fréquentation de ce service où théoriquement rien n'est prévu pour eux ainsi que la diversité des affections rencontrées, en grande partie prévisibles, voire évitables, nous a incité à entreprendre cette étude descriptive.

L'étude de la problématique de la prise en charge des urgences pédiatriques a donné lieu à de nombreuses publications tant au Mali qu'en Afrique et dans le reste du monde, parmi lesquelles nous pouvons citer de façon non exhaustive :

\* Au Mali, une étude épidémiologique descriptive de la pathologie accidentelle des enfants dans le district de Bamako, réalisée par Emmanuel T en 1989 (15).

\* Au Nigeria, une étude sur les traumatismes abdominaux chez les enfants, réalisée par Adejuyigbe O en 1992 (1).

\* Au Togo, une étude sur les accidents domestiques et envenimations chez les enfant au CHR de Kara, réalisée par Agbere A en 1994 (2).

\* Au Liban, une étude épidémiologique sur les enfants accidentés reçus à l'hôpital de l'hôtel-Dieu de Beyrouth, réalisée par Gerbaka B en 1996 (17).

\* En Nouvelle-Zélande, une étude sur l'activité pédiatrique au service des urgence de l'hôpital de Waikato, réalisée par Sceats J en 1989 (36).

\* Aux Indes, une étude analytique sur les accidents chez les enfants, réalisée par Tandon J N en 1993 (43).

\* En France, une étude analytique sur le recrutement et l'offre de soins d'un hôpital pédiatrique, réalisée par Lombrail P en 1993 (28)

\* Aux États-Unis, une étude sur les résultats d'un système de gestion des urgences pédiatriques traumatiques, réalisée par Van Royen M J en 1995 (47).

## **Chapitre III**

### **OBJECTIFS**

### III. OBJECTIFS

Les objectifs de ce travail sont :

- identifier les principales causes d'admission
- déterminer la gravité des patients
- évaluer le pronostic par affection
- proposer des recommandations visant à améliorer la prévention et la prise en charge des urgences pédiatriques.

**Chapitre IV**  
**MATERIEL ET METHODE**

## IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### A. MATÉRIEL

#### 1. Lieu de l'étude :

Ce travail a été effectué dans le Service des Urgences et Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Ancien dispensaire central de Bamako, devenu hôpital en 1959, cet établissement porte le nom d'un étudiant malien "GABRIEL TOURE" mort de peste contractée auprès d'un de ces patients.

Le service fonctionne grâce à trois médecins spécialistes en anesthésie et réanimation, plusieurs internes et le personnel infirmier.

La garde est assurée par les internes, sous la responsabilité du médecin d'astreinte, et par le personnel infirmier.

C'est un service de réanimation polyvalente qui reçoit les patients de tout âge et des deux sexes arrivant soit en urgence, soit transférés d'un service ou d'un centre de santé.

Sa capacité d'accueil est de 48 lits :

- **Au rez-de-chaussée :**

\* 4 lits de réanimation repartis dans deux salles équipées chacune de deux sources d'oxygène et de matériel d'aspiration

\* 16 lits d'hospitalisation

Les patients "lourds" et ceux nécessitant une surveillance rapprochée sont hospitalisés à ce niveau.

Outre ces salles d'hospitalisation, on y trouve :

\* 2 blocs opératoires pour les urgences chirurgicales

\* 1 bureau pour les médecins

\* 1 bureau pour les internes

\* 2 salles de repos pour le personnel infirmier

\* 1 bureau pour le major

\* 1 chambre pour le chirurgien de garde

\* 2 toilettes



### - Au premier étage :

- \* 28 lits d'hospitalisation dont 4 "V I P"
- \* le bureau du chef de service
- \* le bureau du major
- \* 2 toilettes

Le premier étage sert de relais du rez de chaussée.

Les médecins assurent les consultations pré-anesthésiques 3 fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi) et supervisent les blocs opératoires.

### 2. Période d'étude :

Cette étude s'étend sur 12 mois, de Juin 1995 à Mai 1996, c'est à dire avant l'ouverture du nouveau service des urgences chirurgicales datant du 2 décembre 1996).

### 3. Échantillon :

Notre étude a porté sur 433 patients admis durant les 12 mois de l'enquête.

- Critères d'inclusion : ont été inclus tous les patients des deux sexes, âgés de 15 ans au plus admis aux urgences durant la période de l'étude.

- Critères d'exclusion : Ont été exclus les malades âgés de plus de 15 ans et les enfants traités en ambulatoire.

## B. MÉTHODE:

### 1. Enquête :

Nous avons mené une étude longitudinale descriptive, au cours de laquelle chaque patient avait une fiche d'identification.

A l'admission, nous avons procédé au relevé de l'identité et des antécédents des patients par l'interrogatoire du malade ou des parents (malade non conscient). Les patients ont ensuite bénéficié d'un :

- examen physique complet avec évaluation du score de Glasgow si nécessaire

- examen paraclinique : seulement quelques patients ont pu bénéficier d'un bilan sanguin et d'un bilan radiologique.

## **2. Saisie et analyse statistique des données :**

La saisie des données a été faite sur EPI INFO 6 à l'Institut d'Ophtalmologie Tropical d'Afrique (IOTA ).

Le test statistique appliqué est le  $\chi^2$ .

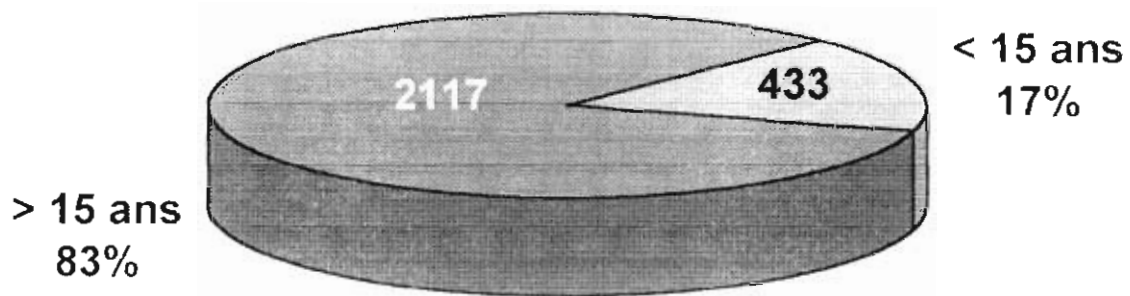
Les résultats ont été considérés comme significatifs pour  $p < 0,05$ .

**Chapitre V**  
**RESULTATS**

## RÉSULTATS GLOBAUX

### A. PROFIL DES HOSPITALISÉS :

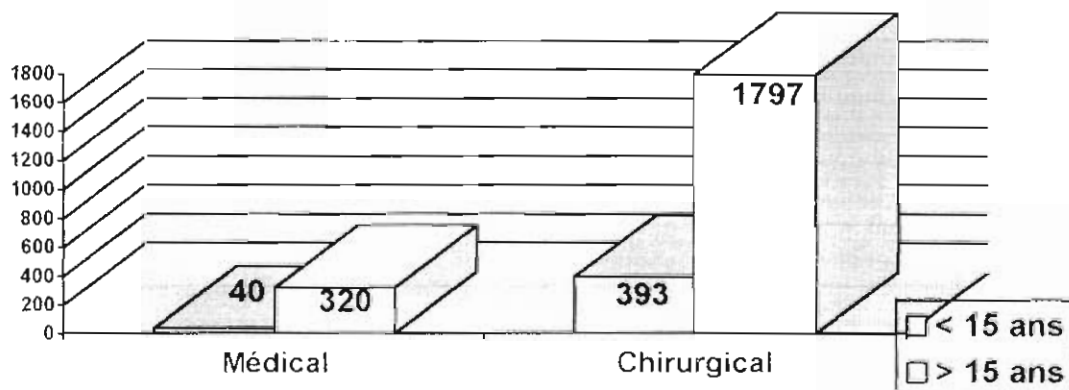
#### 1. Répartition par tranche d'âge :



**Figure 1 :** Répartition des hospitalisés en fonction de la tranche d'âge

Les enfants représentent 17% des patients hospitalisés.

#### 2. Motifs d'hospitalisation :

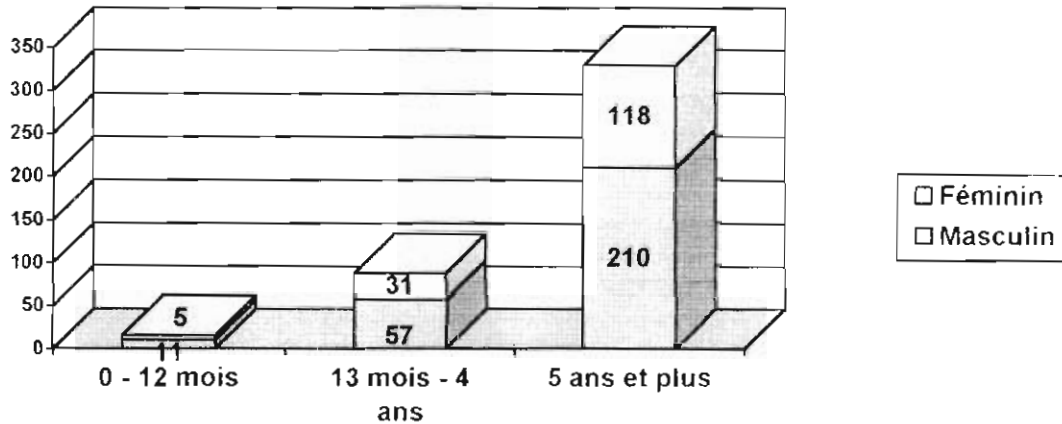


**Figure 2 :** Répartition des patients en fonction du type d'urgence

Chez les moins de 15 ans, l'urgence chirurgicale est responsable de 90,7% des hospitalisations.

## B PROFIL DES ENFANTS HOSPITALISES

### 1. Répartition par sexe et tranche d'âge



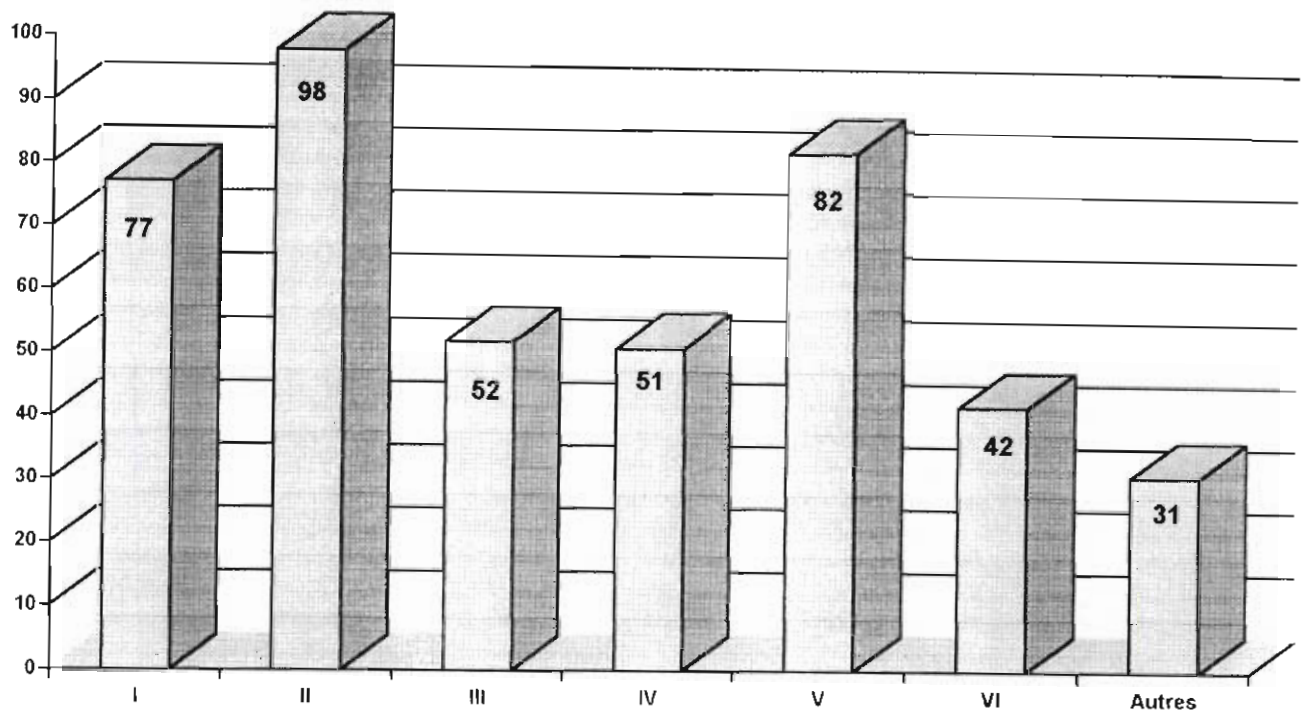
**Figure 3** : Répartition des patients de moins de 15 ans en fonction de l'âge et du sexe

Dans notre échantillon 64,4% des enfants sont de sexe masculin (sex ratio 279/154).

### 2. Origine par communes des patients :

**Tableau I** : Répartition des patients en fonction de leur origine géographique (Communes de Bamako et extérieur)

|              | Nombre de Cas   | % des Cas  | Population < 15 ans | Prévalante/1000 |
|--------------|-----------------|------------|---------------------|-----------------|
| C I          | 77              | 17,8       | 69.292              | 1,11            |
| C II         | 98              | 22,6       | 60.050              | 1,60            |
| C III        | 52              | 12         | 52.537              | 0,99            |
| C IV         | 51              | 11,8       | 75.393              | 0,68            |
| C V          | 82              | 19         | 58.921              | 1,39            |
| C VI         | 42              | 9,7        | 45.082              | 0,93            |
| Autres       | 31              | 7,1        |                     |                 |
| <b>Total</b> | <b>433(402)</b> | <b>100</b> | <b>(361.278)</b>    | <b>(1,11)</b>   |



**Figure 4 : Répartition par commune des patients**

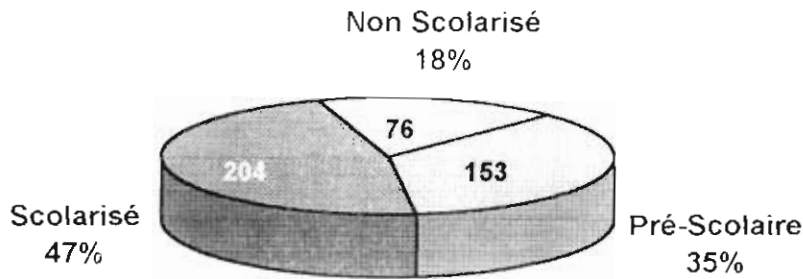
*Source : Direction Nationale de l'Informatique et de la Statistique (1987).*

Les taux de fréquentation les plus élevés proviennent des communes I, II et V (17,8%, 22,6% et 19%)

### 3. Mode d'admission

- 31 enfants ont suivi un traitement médical dans un centre de santé ou par un tradithérapeute avant de consulter à l'hôpital, soit 7,2%.
- 29 enfants (6,7%) ont été transférés d'un service de l'hôpital G. Touré.
- 373 enfants ont été admis directement aux Urgences (86,1%).

#### 4. Taux de scolarisation des patients :

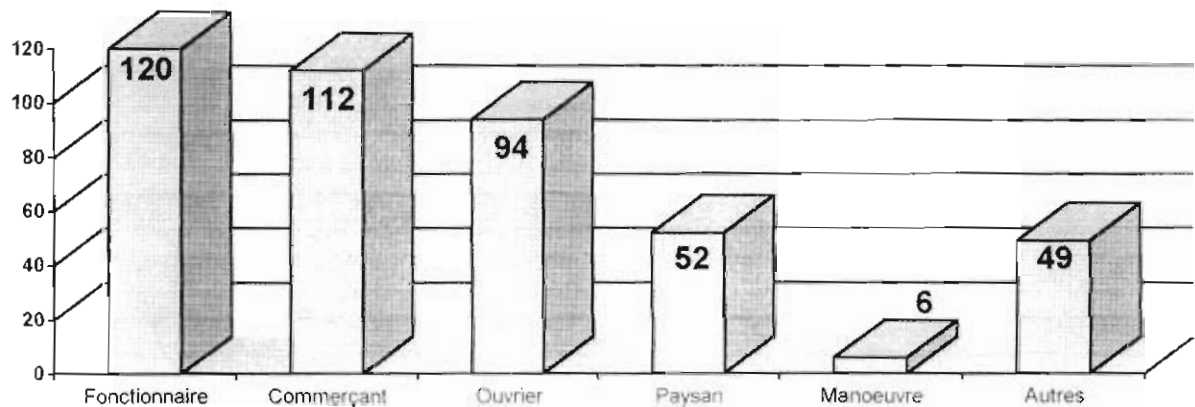


**Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la scolarisation**

47% des enfants admis dans le service sont des scolaires, 35% des préscolaires, et 18% des enfants en âge scolaire mais n'allant pas à l'école.

#### 5. Niveau socioprofessionnel du père:

**Figure 6 : Répartition des patients en fonction de la profession du père**



53,5% des enfants hospitalisés sont de père fonctionnaire ou commerçant; dans "autres" ont été regroupés les sans emplois, les étudiants etc.

89,8% des mères sont ménagères.

## 6. État Vaccinal contre le Tétanos :

**Tableau VIII : Répartition des blessés présentant des lésions souillées en fonction de leur état vaccinal contre le tétanos et du sexe.**

| <b>Vaccination</b> | <b>Correcte</b> | <b>Douteuse</b> | <b>Total</b> |
|--------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| <b>Masculin</b>    | 5               | 130             | 135 (66,8%)  |
| <b>Féminin</b>     | 3               | 64              | 67 (33,2%)   |
| <b>Total</b>       | 8 (3,96%)       | 194             | 202 (100%)   |

L'étude de l'état vaccinal a porté sur 202 patients présentant des plaies souillées. L'interrogatoire des parents a révélé que seulement 8 enfants sur 202 avaient les rappels de la vaccination antitétanique à jour (soit environ 4%).

Précisons que selon l'OMS, la présentation de la carte de vaccination est nécessaire pour calculer la couverture vaccinale.



## RÉSULTATS PAR AFFECTION

### A. CAS CHIRURGICAUX ACCIDENTELS :

#### 1. Répartition en fonction des causes d'admission

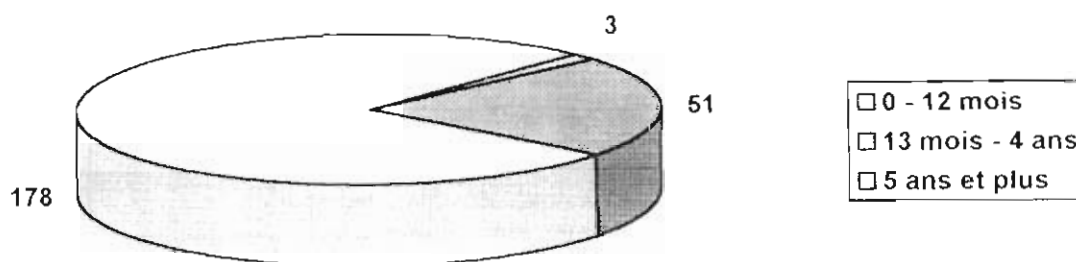
**Tableau III** : Répartition des causes d'admission des cas chirurgicaux

|                | Nombre de Cas | % des cas  |
|----------------|---------------|------------|
| AVP            | 232           | 66,1       |
| Chute          | 75            | 21,4       |
| Brûlure        | 20            | 5,7        |
| CBV            | 20            | 5,7        |
| Corps Étranger | 4             | 1,1        |
| <b>Total</b>   | <b>351</b>    | <b>100</b> |

La majorité des cas chirurgicaux sont dus à des accidents de la voie publique (AVP 66,1%) et à des chutes (21,4 %).

#### 2. Accidents de la voie publique

##### 2-1. Répartition par tranche d'âge:



**Figure 8** : Répartition des victimes d'accidents de la voie publique en fonction de la tranche d'âge.

Les enfants âgés de plus de 5 ans représentent 76,7% des cas d'accidents de la voie publique.

## 2-2. Mécanisme de l'AVP et évolution :

**Tableau IV : Répartition des victimes d'AVP en fonction du mécanisme causal et de l'évolution.**

| Mécanisme        | Favorable  | Décès     | Total      |
|------------------|------------|-----------|------------|
| Piéton/Moto      | 68         | 3 (13%)   | 71 (30,6%) |
| Piéton/Véhicule  | 59         | 3 (13%)   | 62 (26,7%) |
| Piéton/Transport | 69         | 17 (74%)  | 86 (37,1%) |
| Moto/Moto        | 4          | 0         | 4 (1,7%)   |
| Moto/Auto        | 2          | 0         | 2 (0,8%)   |
| Auto/Auto        | 7          | 0         | 7 (3,1%)   |
| <b>Total</b>     | <b>209</b> | <b>23</b> | <b>232</b> |

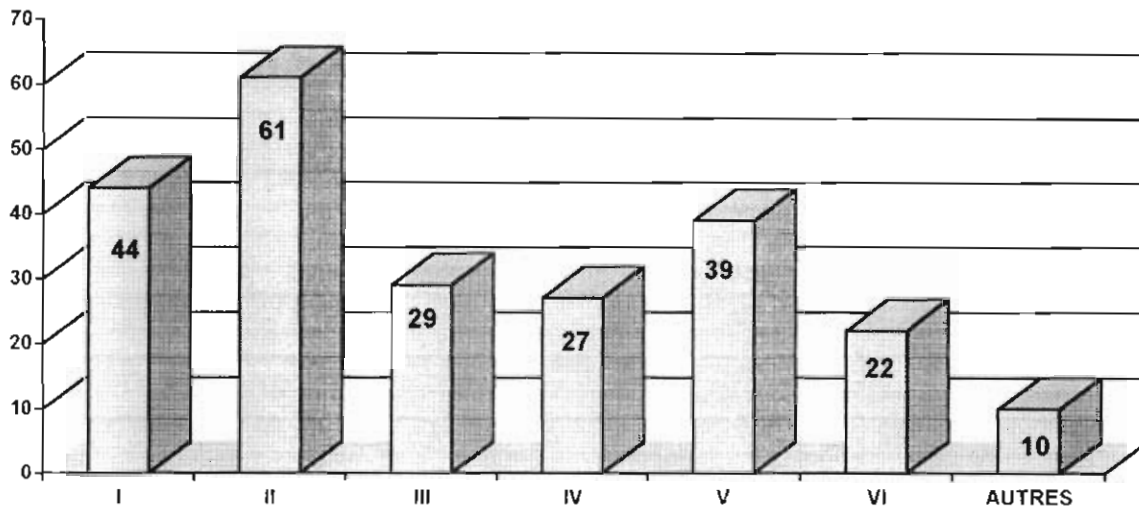
37,1% des blessés et 74% des décès proviennent d'un accident impliquant un véhicule de transport public. Les accidents impliquant une motocyclette induisent 30,6% des blessés et 13% de décès.

## 2-3. Répartition Géographique des Victimes d'AVP

**Tableau V : Répartition Géographique des Victimes d'AVP**

|              | Nombre de Cas | % des Cas  | *Population < 15 | Prévalante/1000 |
|--------------|---------------|------------|------------------|-----------------|
| C I          | 44            | 19         | 69.292           | 0,63            |
| C II         | 61            | 26,3       | 60.050           | 1,02            |
| C III        | 29            | 12,5       | 52.537           | 0,55            |
| C IV         | 27            | 11,6       | 75.393           | 0,35            |
| C V          | 39            | 16,8       | 58.921           | 0,66            |
| C VI         | 22            | 9,5        | 45.082           | 0,48            |
| Autres       | 10            | 4,3        |                  |                 |
| <b>Total</b> | <b>232</b>    | <b>100</b> | <b>(361.278)</b> | <b>(0,61)</b>   |

La prévalante "AVP" chez les enfants de moins de 15 ans est plus élevée au centre-ville (Commune II). \*: (réf.13)



**Figure 9 : Répartition des AVP par communes**

#### 2-4. Siège du traumatisme

##### - *Céphalique:*

\* TC+PCI: 193 cas.

\* TC isolé sans PCI: 67 cas.

\* Massif facial: 49 cas.

##### - *Thoracique:*

Traumatisme fermé du thorax avec des dermabrasions: 19 cas.

##### - *Abdominal:*

Traumatisme fermé de l'abdomen: 19 cas dont deux ruptures de la rate et une rupture rate-foie

- *les os longs:* 123 cas de fractures

L'association des lésions explique l'effectif supérieur à 433.

## 2-5. Score de Glasgow et Évolution :

**Tableau VI** : Répartition des victimes d'AVP en fonction du score de Glasgow et de leur évolution.

| Glasgow      | Favorable  | Décès      | Total             |
|--------------|------------|------------|-------------------|
| < 5          | 3          | 13 (56,5%) | 16 (6,9%)         |
| 5 - 7        | 13         | 9 (39,1%)  | 22 (9,5%)         |
| 8 - 10       | 22         | 1          | 23 (9,9%)         |
| > 10         | 171        | 0          | 171 (73,7%)       |
| <b>Total</b> | <b>209</b> | <b>23</b>  | <b>232 (100%)</b> |

58% (22/38) des patients ayant un score de Glasgow inférieur à 8 sont décédés

## 2-6. Durée d'Hospitalisation et Évolution :

**Tableau VII** : Répartition des victimes d'AVP en fonction de la durée d'hospitalisation et de l'évolution.

|               | Favorable  | Décès     | Total             |
|---------------|------------|-----------|-------------------|
| < 1 Semaine   | 160        | 17        | 177 (76,3%)       |
| 1- 2 Semaines | 37         | 3         | 40 (17,2%)        |
| < 2 semaines  | 12         | 3         | 15 (6,5%)         |
| <b>Total</b>  | <b>199</b> | <b>23</b> | <b>232 (100%)</b> |

76,3% des victimes d'AVP ont une durée d'hospitalisation inférieure à une semaine.

73,9 % des décès surviennent dans la première semaine.

**\* Cas Clinique:**

Patient N K; sexe masculin; domicilié à Djélibougou, 8 ans; enfant unique, a été admis aux urgences pour AVP (piéton/ auto) avec TC, PCI, Coma.

L'examen retrouve :  
 une fracture fermée du fémur droit  
 une dermabrasion du dos  
 un hématome occipital  
 un score de Glasgow estimé à 9

Évolution favorable après 3 semaines d'hospitalisation.

**3. Chutes :**

**3-1. Répartition en fonction de l'âge et du sexe :**

**Tableau VIII : Répartition en fonction de l'âge et du sexe**

|               | 0-29 jours | 30 j-12 mois | 13 mois<br>4 ans | plus de 5<br>ans | Total |
|---------------|------------|--------------|------------------|------------------|-------|
| Sexe masculin | 2          | 15           | 23               | 18               | 58    |
| Sexe féminin  | 0          | 6            | 7                | 4                | 17    |
| Total         | 2          | 21           | 30               | 22               | 75    |

Parmi les 75 enfants admis pour chute, 58 étaient de sexe masculin ( environ 77,3% ) et 17 de sexe féminin.

### 3-2. Mécanisme et Évolution:

**Tableau IX : Répartition des victimes de chute en fonction du mécanisme et de l'évolution.**

|           | Manguier  | Terrasse  | Puits     | Hauteur < 1,5 m | Total    |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|----------|
| Favorable | 19        | 17        | 13        | 17              | 66 (88%) |
| Décès     | 3         | 2         | 3         | 1               | 9 (12%)  |
| Total     | 22(29,3%) | 19(25,3%) | 16(21,1%) | 18(24,3%)       | 75       |

Les chutes des manguiers sont fréquentes pendant la saison des mangues. Il faut signaler également la chute fréquente dans les escaliers ou d'un premier étage ainsi que dans les puits non protégés dans les quartiers périphériques.

#### \* Cas Clinique:

Patient de 2 jours admis pour chute accidentelle du dos de sa mère (célibataire) dans un puits.

Domicile des parents : Magnambougou

A l'admission : patient dyspnéique, distension abdominale importante, hypothermie.

Évolution favorable.

#### 4. Les brûlures :

Nous avons eu essentiellement des brûlures thermiques et une seule brûlure électrique survenue hors du domaine familial. Les brûlures thermiques sont survenues devant la cuisine ou sur les lieux de petit commerce de la mère.

#### 4-1. Répartition par sexe et âge :

**Tableau X : Répartition par sexe et par âge des brûlés**

|                  | 0-29 jours | 30 jours<br>12 mois | 13 mois<br>4 ans | > 5 ans  | Total     |
|------------------|------------|---------------------|------------------|----------|-----------|
| sexe<br>masculin | 0          | 3                   | 6                | 3        | 12        |
| sexe<br>féminin  | 1          | 0                   | 2                | 5        | 8         |
| <b>Total</b>     | <b>1</b>   | <b>3</b>            | <b>8</b>         | <b>8</b> | <b>20</b> |

Dans notre étude, sur les 20 enfants admis pour brûlure, 12 sont de sexe masculin et 8 de sexe féminin soit un sexe ratio de 1,5. Seize enfants (80 %) sont âgés de plus de 1 an.

#### 4-2. Répartition par agent causal :

Les causes de brûlure sont essentiellement thermiques.

- 19 enfants ont été admis pour brûlure thermique, dont 11 enfants de sexe masculin et 8 de sexe féminin.
- 1 seul enfant, de sexe masculin, a été victime de brûlure électrique.

#### \* Cas Clinique :

- Patient M K, 13 ans, sexe masculin, domicilié à Korofina, admis pour brûlure électrique par un courant de moyenne tension.

Mécanisme : chasse aux lézards avec une tige métallique sur le mur d'un chantier, au dessus duquel passaient des installations électriques de moyenne tension.

Siège de la brûlure : visage, membres supérieurs, face antérieure du thorax en partie.

Étendue : estimée à 40%.

Profondeur : 2ème profond et 3ème degré, avec plusieurs doigts calcinés.

Évolution : enfant transféré après 3 jours sur demande de la famille à Kati, où il est décédé.

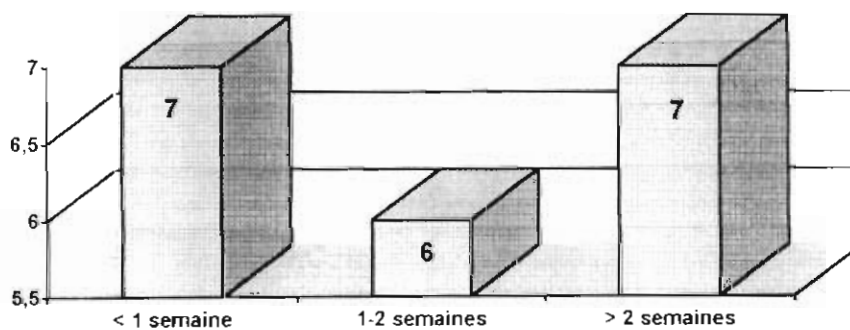
#### 4-3. Mécanisme et Évolution :

**Tableau XI** : Répartition des cas de brûlure en fonction du mécanisme et de l'évolution.

|                  | Eau | Bouillie | Huile | Électricité | Total     |
|------------------|-----|----------|-------|-------------|-----------|
| <b>Favorable</b> | 9   | 4        | 2     | 0           | 15 (75%)  |
| <b>Décès</b>     | 2   | 1        | 1     | 1           | 5 (25%)   |
| <b>Total</b>     | 11  | 5        | 3     | 1           | 20 (100%) |

95% des brûlures sont occasionnées par les liquides bouillants et 25% des enfants victimes de brûlures sont décédés.

#### 4-4. Durée d'hospitalisation:



**Figure 10** : Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation

35 % des enfants brûlés ont une durée d'hospitalisation supérieure à 2 semaines.



## 5. Coups et Blessures :

### 5-1. Répartition en fonction de l'âge et du sexe :

**Tableau XII** : Répartition en fonction de l'âge et du sexe

|               | 13 mois-4ans | plus de 5 ans | Total |
|---------------|--------------|---------------|-------|
| Sexe masculin | 6            | 11            | 17    |
| Sexe féminin  | 0            | 3             | 3     |
| Total         | 6            | 14            | 20    |

Sur les 20 enfants admis pour coups et blessures, 3 étaient de sexe féminin et 17 de sexe masculin, soit un sexe ratio de 17/3. Six garçons avaient moins de quatre ans. Onze garçons et trois filles avaient cinq ans et plus.

### 5-2. Mécanisme et Évolution:

**Tableau XIII** : Répartition des victimes de coups et blessures en fonction du mécanisme et de l'évolution.

|           | Arme Blanche | Objet Contondant | Strangulation | Total     |
|-----------|--------------|------------------|---------------|-----------|
| Favorable | 3            | 15               | 1             | 19 (95%)  |
| Décès     | 1            | 0                | 0             | 1 (5%)    |
| Total     | 4            | 15               | 1             | 20 (100%) |

### \* Cas Clinique:

Patient A T de 14 mois, sexe masculin, domicilié à Sénou, admis pour plaie par arme blanche au niveau de la tête avec TC, PCI, coma.

Lésions : ouverture de la boîte crânienne, hémorragie, Glasgow 3 à l'arrivée, mydriase bilatérale aréactive.

Mécanisme : coup de hache accidentel sur la tête de l'enfant par son père qui coupait du bois.

L'enfant est décédé peu après son admission.

### 6. Les Intoxications :

Nous avons hospitalisé 20 patients pour intoxication. Trois mécanismes d'intoxication ont été retrouvés :

- intoxications alimentaires et aux infusions de plante, les plus fréquentes : 11 cas

7 d'origine alimentaire (crème de mil au lait),

4 suite à l'ingestion de l'infusion d'une plante hallucinogène "Almou Kaye-Kaye": *Datura Innoxia* ou *Datura Metel* deux espèces rencontrées au Mali.

- intoxication médicamenteuse : 8 cas

- intoxication aux hydrocarbures (pétrole dans notre étude): 1 cas.

Le seul cas de décès relevé dans cette série est lié à l'intoxication au pétrole traitée dans un centre de santé par vomissements provoqués avant d'être adressé aux urgences de l'Hôpital National Gabriel Touré.

**Tableau XIV : Répartition par mécanisme et par sexe**

|                      | <b>Intoxications alimentaires</b> | <b>Intoxications médicamenteuses</b> | <b>Intoxication au pétrole</b> | <b>Total</b> |
|----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| <b>Sexe masculin</b> | <b>8</b>                          | <b>5</b>                             | <b>1</b>                       | <b>14</b>    |
| <b>Sexe féminin</b>  | <b>3</b>                          | <b>3</b>                             | <b>0</b>                       | <b>6</b>     |
| <b>Total</b>         | <b>11</b>                         | <b>8</b>                             | <b>1</b>                       | <b>20</b>    |

Tous les patients admis pour intoxication ont plus de 5 ans.

Aucun de nos patients victime d'intoxication n'a bénéficié d'un dosage toxicologique.

Ils ont tous été traités selon la symptomatologie présentée.

**\* Cas Clinique :**

les 8 cas d'intoxications médicamenteuses sont des erreurs de la part d'un père qui, confondant le gardenal 50 mg ( appartenant à une petite soeur épileptique) à la chloroquine 100 mg, a donné en traitement préventif du paludisme 3 cp à chacun de ses 8 enfants. Tous les enfants, admis à l'hôpital en état de narcose ont survécus.

## B. ABDOMENS AIGUS NON TRAUMATIQUES :

### 1. Causes :

**Tableau XV : Répartition des cas chirurgicaux pathologiques en fonction de la cause.**

|                     | Nombre de Cas | % des Cas |
|---------------------|---------------|-----------|
| Péritonites         | 15            | 35,7      |
| Occlusions          | 12            | 28,6      |
| Appendicite aiguë   | 5             | 11,9      |
| Divers chirurgicaux | 10            | 23,8      |
| Total               | 42            | 100       |

39 patients (92,9 %) ont été admis pour abdomen aigu (22 garçons et 17 filles).

Les péritonites étaient d'origine appendiculaire (11 cas: 73,3%) typhique (3 cas:20%) et par tuberculose péritonéale (1 cas). Les invaginations intestinales (10 cas: 83,3%) et un cas de hernie étranglée étaient à l'origine des occlusions.

Dans les 10 " divers chirurgicaux" nous avons regroupé les cas d'hémorragie suite aux excisions, aux circoncisions et aux incisions d'abcès froids chez des patients drépanocytaires homozygotes SS.

### 2. Durée d'hospitalisation en fonction de l'étiologie :

**Tableau XVI : Répartition des abdomens aigus non traumatiques en fonction de l'évolution et de l'étiologie**

| Sortie (sem) | Péritonite | Occlusion | Appendicite | Autres | Total      |
|--------------|------------|-----------|-------------|--------|------------|
| 1ère         | 12         | 5         | 5           | 9      | 31 (73,8%) |
| 2ème         | 1          | 0         | 0           | 1      | 2 (4,8%)   |
| 3ème         | 1          | 1         | 0           | 0      | 2 (4,8%)   |
| Décès        | 1          | 6         | 0           | 0      | 7 (16,6%)  |
| Total        | 15         | 12        | 5           | 10     | 42         |

La durée d'hospitalisation en réanimation est d'environ une semaine chez 73,8% des enfants.

La mortalité est essentiellement liée aux occlusions par invagination intestinale aiguë, responsables de 6 décès sur 7 soit 85,7% des décès.

### **C. CAS MÉDICAUX :**

Au cours de notre étude, 20 patients âgés de 5 à 15 ans, ont présenté un tableau d'urgence médicale.

#### **1. Répartition par affection :**

Nous avons posé le diagnostic d'accès pernicieux dans 12 cas. Chez ces patients, la goutte épaisse (GE) a révélé en moyenne plus de 20 plasmodium falciparum par champ microscopique, et de nombreux polynucléaires altérés.

Chez 8 de ces 20 patients, aucun diagnostic biologique n'a pu être posé. Ils ont bénéficié d'un traitement symptomatique.

#### **2. Évolution :**

Nous avons enregistré 7 décès par accès pernicieux soit 13,20% des décès de notre série.

## D. RÉCAPITULATIF :

### 1. Évolution et Durée d'hospitalisation par pathologie :

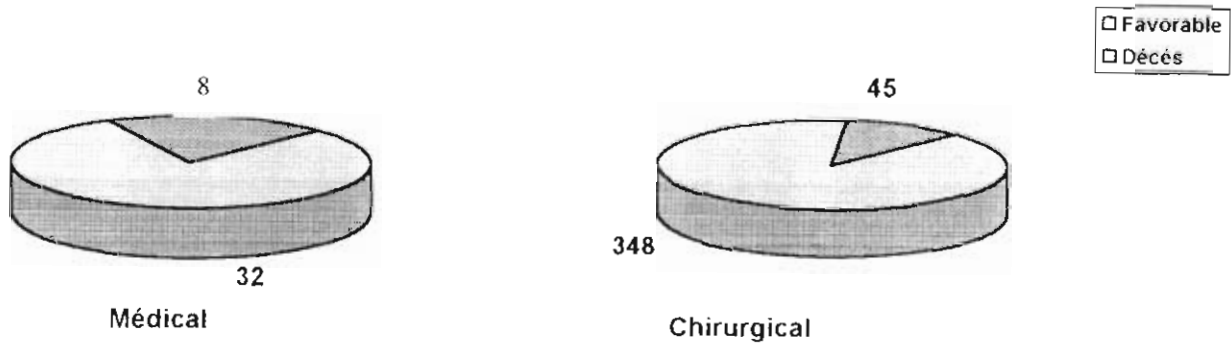
**Tableau XVII** : Répartition des patients de moins de 15 ans en fonction de leur pathologie et de leur évolution.

|                                | < 1 sem.       | 1 - 2 sem.    | > 2 sem.     | Décès         | Total |
|--------------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------|-------|
| <b>AVP</b>                     | 160            | 37            | 12           | 23            | 232   |
| <b>Chutes</b>                  | 51             | 10            | 5            | 9             | 75    |
| <b>Brûlures</b>                | 7              | 2             | 6            | 5             | 20    |
| <b>Coups et Blessures</b>      | 19             | 0             | 0            | 1             | 20    |
| <b>Intoxications</b>           | 18             | 1             | 0            | 1             | 20    |
| <b>Péritonites</b>             | 11             | 2             | 1            | 1             | 15    |
| <b>Occlusions</b>              | 5              | 0             | 1            | 6             | 12    |
| <b>Appendicites</b>            | 5              | 0             | 0            | 0             | 5     |
| <b>Divers<br/>Chirurgicaux</b> | 9              | 1             | 0            | 0             | 10    |
| <b>Accès Pernicieux</b>        | 2              | 3             | 0            | 7             | 12    |
| <b>Divers Médicaux</b>         | 8              | 0             | 0            | 0             | 8     |
| <b>Corps étrangers</b>         | 4              | 0             | 0            | 0             | 4     |
| <b>Total</b>                   | 299<br>(70,2%) | 56<br>(12,9%) | 25<br>(4,6%) | 53<br>(12,2%) | 433   |

78,6 % des survivants ont une durée d'hospitalisation inférieure à une semaine.

Dans les divers médicaux nous avons regroupé les patients ayant présenté un syndrome infectieux (sans preuves biologiques ni bactériologiques) avec troubles de la conscience, traités symptomatiquement ( coma fébrile ).

## 2. Mortalité par type d'urgence :



**Figure 11** : Répartition des cas de décès en fonction du type d'urgence.

Le taux de mortalité est plus élevé chez les patients médicaux : 20 % contre 11,4 % chez les patients chirurgicaux.

## 3. Évolution

**Tableau XVIII** : Répartition des patients en fonction de l'évolution.

|                       | Nombre de Cas | %            |
|-----------------------|---------------|--------------|
| Sortie sans Séquelles | 282           | 65,2         |
| Sortie avec Séquelles | 2             | 0,05         |
| Transferts            | 56            | 13           |
| Décharge              | 40            | 9,3          |
| Décès                 | 53            | 12,2         |
| <b>Total</b>          | <b>433</b>    | <b>100,0</b> |

Le taux de mortalité des enfants de moins de 15 ans admis dans le service est de 12,2%, contre 12,6% pour l'ensemble des hospitalisés.

**Chapitre VI**  
**COMMENTAIRES**



## VI. COMMENTAIRES

### A. Population étudiée :

Notre étude a porté sur 433 enfants âgés de moins de 15 ans, des deux sexes, admis de Juin 1995 à Mai 1996 dans le service des Urgences-Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré .

Ils représentent 17 % des admissions dans le service (fig. 1). Ce taux est inférieur à ceux de la littérature car l'étude a été réalisée dans un service polyvalent et mixte (fig. 2); en plus il existe au sein de l'hôpital un service de pédiatrie qui assure la garde pour les urgences médicales.

Sur les 433 patients admis dans le service et objets de l'étude:

\* 31 patients (7,2%) ont été vus dans un centre de santé ou par un tradi-praticien avant de consulter à l'hôpital. Cette pratique est habituelle en Afrique. Une étude réalisée au Togo par AGBERE A en 1994 qui a porté sur 68 cas montre que 7 patients ont bénéficié des soins dans un centre avant d'arriver à l'hôpital (2). Celle réalisée au Nigeria en 1996 par ARCHIBONG A E a retrouvé que 58 patients sur 102 sont passés par un centre de santé (4). Une étude réalisée au Soudan en 1994 par DOUMI BA a trouvé que 83 des 231 enfants victimes de fracture ont eu des soins avant l'arriver à l'hôpital (12).

\* 29 patients (6,7%) ont été transférés à partir des autres services de l'hôpital (O.R.L.; Pédiatrie; Chirurgie infantile) vers le service des urgences et réanimation. Ce type de fonctionnement n'a pas été retrouvé dans la littérature, chaque service de pédiatrie étant doté d'une unité de soins intensifs avec personnels qualifiés et matériel adapté (11).

\* 373 patients (86,1%) ont été admis d'emblée pour détresse (accidents de la voie publique; abdomen chirurgical ), transportés le plus souvent par les parents. ADEJUYIGBE O au Nigeria trouve que 83,6 % de ses patients n'ont pas bénéficié de transport médicalisé vers l'hôpital (1). AGBERE A a admis 61 patients transportés par

les parents sur les 68 cas de son étude (2) ; BEN JABALLAH N à Tunis montre dans son étude que 100 % de ses patients sont transportés par leurs parents (6).

De façon générale, l'enfant en détresse est directement adressé aux services adaptés pour ses soins.

Il y a eu plus d'enfants de sexe masculin que de sexe féminin dans notre étude (fig. 3). Cette sur-représentation masculine est identique à celle de la littérature (7; 13). Ce fait s'expliquerait par le caractère audacieux des jeux et la turbulence du jeune garçon.

Seulement 18 % de ces patients sont non scolarisés; 35 % étaient d'âge préscolaire et 47 % étaient des scolaires (fig. 5). Ces chiffres se rapprochent de ceux de la littérature (1). Ceci expliquerait la forte proportion d'enfants accidentés sur le trajet scolaire.

Les enfants de parents relativement aisés "commerçants, fonctionnaires" (fig. 6) sont les plus représentés dans notre étude, peut-être parce qu'ils ont plus de chance d'aller à l'école et donc d'être victimes d'un accident pendant le trajet, données qu'on ne retrouve pas dans les résultats des pays développés où toutes les catégories socioprofessionnelles sont également représentées (7; 17).

## **B. Pathologies rencontrées :**

Ont été prises en compte dans notre étude les urgences chirurgicales et médicales (fig. 2)

Nous avons colligé au total 433 dossiers comprenant :

- 232 cas d'accidents de la voie publique (AVP)
- 075 cas de chutes
- 020 cas de brûlures
- 020 cas de CBV
- 020 cas d'intoxication accidentelle
- 015 cas de péritonites
- 012 cas de syndrome occlusif
- 005 cas d'appendicite aiguë.
- 010 cas chirurgicaux divers

- 004 cas de corps étrangers.
- 020 cas médicaux dont 12 accès pernicieux et 8 cas médicaux divers. (Cf. tableau XVII)

Nous avons plus de cas chirurgicaux que de cas médicaux (fig. 2), 76 % de nos patients étant victimes d'AVP (232), dont 144 garçons et 86 filles.

Le mécanisme des AVP est le plus souvent du type piéton - auto ou piéton - engins à deux roues, parfois de type engins à deux roues - auto. Il survient en général chez des enfants sur le chemin de l'école. En France, les enfants victimes d'AVP sont en général en compagnie de leurs parents et échappent à leur surveillance pour se retrouver sur la chaussée (10 ; 16; 21).

Dans notre étude, 37,1% des blessés proviennent d'un accident "transport public-piéton" (tableau IV) entraînant une mortalité élevée (74%); aucun accident de ce type n'a été retrouvé dans la littérature médicale en France (5, 10, 21).

Les accidentés présentent souvent des lésions multiples; leur symptomatologie clinique est polymorphe allant de la simple contusion musculaire au polytraumatisme.

Dans notre étude 17,3 % des enfants sont victimes de chute. GAUDELUS J (13) en 1993 trouve en France que les chutes représentent 50 % de l'ensemble des traumatismes chez les enfants, dont 70% chez les moins de 5 ans. Plusieurs chutes surviennent à partir d'une grande hauteur (arbre, terrasse, dans un puits). Les chutes subies par les enfants chez GAUDELUS J surviennent soit de leur hauteur, soit d'un vélo ou d'une chaise.

Les intoxications et les brûlures ont représenté chacune près de 5 % de nos cas.

Les intoxications sont accidentelles (médicamenteuses surtout et rarement alimentaire).

En France, LAVAUD J (17) trouve que 55 % des intoxications sont d'origine médicamenteuse et 25 % sont dues aux produits ménagers. Les intoxications aiguës sont la première cause d'hospitalisation et la deuxième cause de décès des individus de moins de 30 ans dans les pays développés (9). Dans notre série, les ingestions sont accidentelles. Le traitement spécifique est rarement utilisé au cours des intoxications, comme le note également LAHBABI M S à Casablanca (18). Il serait bon d'avoir en permanence 3 antidotes essentiels : Flumazénil, Naloxone et Pralidoxine, antagonistes

respectifs des Benzodiazépines, des opiacés et des organo-phosphorés (LAVAUD J, 20).

Le médecin doit toujours tenter d'identifier le toxique mais cette démarche ne doit en aucun cas retarder les mesures thérapeutiques vitales. Le traitement des intoxiqués exige la connaissance à la fois des principes généraux de réanimation et des signes propres à chaque poison. Il comprend 3 stades:

- 1- la prévention de l'absorption du toxique et son évacuation
- 2- l'administration éventuelle d'antidote
- 3- le traitement symptomatique.

L'évacuation du contenu gastrique chez l'enfant conscient, donc non intubé, est contre indiquée en cas d'ingestion de produits caustiques, volatils comme le pétrole ou moussants. Dans tous les cas, le succès dépend de la précocité du traitement.

Les brûlures sont surtout thermiques causées par des liquides chauds à la maison ou sur le lieu du petit commerce de la mère. En Côte d'Ivoire, une étude réalisée par Sissoko (39) en 1984 trouve les mêmes mécanismes. Ici le pronostic dépend de la rapidité et de l'adaptation des premiers soins, afin de prévenir les risques d'infection secondaire qui vont allonger le délai d'hospitalisation et retarder la cicatrisation. La prévention des brûlures doit demeurer le souci principal

La chirurgie a retrouvé 10 cas d'invagination intestinale aiguë, 5 cas d'appendicite aiguë, 11 péritonites appendiculaires et 3 perforations typhiques. Trois cas d'hémopéritoine par rupture de la rate et/ou plaie du foie ont été retrouvés. ADEJUYIGBE O (1) au Nigeria retrouve 195 cas d'hémopéritoine chez des enfants en 1992.

Le diagnostic d'un abdomen aigu chirurgical est difficile et lourd de conséquence. Il aboutit au choix d'une décision opératoire immédiate ou différée. Les étiologies sont multiples et les orientations diagnostique et thérapeutique ne sont possibles qu'à l'issue d'une enquête anamnésique précise et d'un examen général de l'enfant insistant sur l'examen de l'abdomen au terme duquel les examens complémentaires sont demandés (sanguin et radiologique).

Les circonstances de survenue sont diverses et guident le cheminement diagnostique et la conduite à tenir.

Deux situations se présentent le plus souvent :

- traumatisme abdominal
- et abdomen non traumatique.

Devant une plaie pénétrante de l'abdomen, l'exploration chirurgicale de la cavité péritonéale est de rigueur, quel que soit l'état clinique du blessé.

Il faut craindre une rupture d'organes pleins (foie et/ou rate) devant :

- un abdomen douloureux et tendu
- des signes d'hémorragie interne : soif, pâleur, pouls rapide, tension basse.

Si l'on suspecte une rupture d'organes creux ou plein, la conduite à tenir est :

- a- grouper et prévoir du sang isogroupe isorhésus.
- b- poser une voie veineuse de gros calibre (18 ou 20G)
- c- prélever du sang pour un bilan sanguin: taux d'Hb, Hte ou NFS, Bilan de coagulation (TCK) etc.

Il faut savoir que les signes de choc sont souvent d'apparition tardive, chez le sujet jeune même en cas d'hémorragie grave (rupture en deux temps de la rate par exemple).

En dehors du traumatisme, la conduite à tenir est, devant un abdomen aigu, de s'adapter à la symptomatologie.

Il existe des cas simples où l'étiologie de l'abdomen aigu chirurgical est évidente, comme par exemple une hernie inguinale étranglée. D'autres cas sont par contre plus complexes mais les éléments d'orientation existent. C'est le cas des syndromes occlusifs francs (douleur, vomissements, arrêt du transit) qui soulèvent diverses hypothèses :

- occlusion par invagination intestinale aiguë
- occlusion par brides
- occlusion par hernie étranglée..

Les difficultés sont extrêmes lorsqu'on entre dans le cadre de l'abdomen aigu chirurgical d'origine infectieuse. Le souci premier est celui de l'appendicite qu'il faut



suspecter devant un syndrome douloureux de l'abdomen (prédominant dans la fosse iliaque droite) avec fièvre et vomissements.

Dans les pays développés, les occlusions par invagination intestinale ne sont pas systématiquement opérées. Une désinvagination par du CO par voie rectale sous surveillance radiologique est tentée avec une échographie abdominale de contrôle.

### C. Évolution :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 53 décès sur les 433 patients étudiés soit un taux de mortalité globale de 12,2%; ce taux est proche de celui des adultes dans le service (12,6 %) (tableau XIX).

Les AVP ont provoqué 23 des 53 décès soit 43,4 %. Les véhicules de transport public sont impliqués dans 74 % de ces décès par AVP. Dans les pays développés, la mortalité infantile due aux accidents de la voie publique est inférieure à 1 %, les campagnes de sensibilisation sur la sécurité des enfants et la prévention des accidents ayant largement contribué à baisser ce taux (11, 22, 33, 44).

Aucun de nos patients ayant un Glasgow inférieur à 8 n'a survécu (tableau VI) ce qui est compatible avec les données de la littérature.

9,3 % de nos patients sont sortis contre avis médical, donnée non retrouvée dans la littérature des pays développés.

13 % de nos patients ont été transférés dans un service spécialisé ou mieux adapté avant la guérison effective.

65,2 % de nos patients sont sortis sans séquelles. Ce taux est proche de celui de la littérature où 75 à 80 % des patients retournent à domicile sans séquelles majeures (6; 15; 42).

Les principales séquelles graves retrouvées dans notre série proviennent d'amputations traumatiques.

**Chapitre VII**  
**CONCLUSION**

## VII CONCLUSION

Au cours de notre étude, nous avons colligé 433 dossiers d'enfants de moins de 15 ans admis dans le service des Urgences-Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré sur une période de 12 mois. Ces enfants ont représenté 17 % des admissions totales du service durant la période de l'étude. 64,4 % des enfants (279 cas) sont de sexe masculin.

93 % des patients proviennent de Bamako, toutes communes confondues. Il faut noter que 47 % des enfants hospitalisés sont des élèves, victimes d'accidents de voie publique sur le chemin de l'école. 53,5 % des enfants hospitalisés sont de père fonctionnaire ou commerçant, donc proviennent d'un milieu considéré comme "favorisé"; 89,8 % des mères sont ménagères.

Les motifs d'admissions aux urgences sont multiples et variés. Dans notre série les urgences chirurgicales ont représenté 90,7 % des admissions.

Les accidents de la voie publique sont responsables de 66,3 % des urgences chirurgicales. Les véhicules de transport public sont impliqués dans 37,1% de ces accidents et sont responsables de 74 % des décès associés. Il est certain qu'un effort général pour la prévention des AVP diminuerait notablement ces chiffres.

Seulement 4 % des enfants ayant des lésions souillées (8/202) avaient une vaccination antitétanique complète et à jour. Les 194 enfants non vaccinés ou avec vaccination non à jour ont été vaccinés dans le service avec recommandation aux parents de continuer les 2 séries et les rappels. Ces données justifient la mise en route d'une enquête complémentaire pour confirmer ou infirmer ce résultat inquiétant..

Les urgences médicales ont représenté moins de 10 % de nos admissions. Il faut signaler ici qu'il existe souvent des difficultés pour poser le diagnostic, les parents ne pouvant pas fournir de renseignements précis sur la maladie de l'enfant, ou faire face aux coûts des analyses . Huit enfants admis pour coma fébrile ont été traités de façon symptomatique.



L'évolution, favorable dans la majorité des cas, dépend du temps écoulé entre l'accident et la prise en charge, du mode de début de la maladie et des moyens des parents.

53 enfants sont décédés dans notre étude, décès prévisibles et évitables dans la majorité des cas surtout par accidents de la voie publique ou par accidents domestiques.

## **Chapitre VIII**

# **RECOMMANDATIONS**

## VIII. RECOMMANDATIONS

L'absence d'un "Hôpital pour enfants malades" fait qu'ils sont souvent hospitalisés parmi des adultes dans une structure où rien n'est prévu pour eux: équipement et matériel, environnement architectural etc.

Les principales causes d'admission sont surtout les accidents: AVP, brûlures, chutes, intoxication etc.

L'analyse de ces différents phénomènes et de leur évolution nous amène à proposer certaines recommandations :

- informer le public sur le danger représenté par la circulation routière
- mener des campagnes d'information et de sensibilisation des adultes et des enfants sur:

- \* la prévention routière en insistant d'avantage sur l'enseignement du code de la route en instruction civique dans les écoles de base.

- \* la prévention des accidents domestiques

- améliorer la formation du personnel médical chargé des soins aux enfants
- doter le service de matériel et équipements mieux adaptés aux soins des enfants notamment en matière d'anesthésie et de réanimation.
- mener une enquête pour confirmer ou infirmer nos résultats sur les rappels de la vaccination antitétanique.
- créer un "hôpital pour enfants malades" doté d'un personnel qualifié, de matériel et équipements adaptés, situé dans un cadre agréable et facilitant l'accompagnement par les parents; cela permettrait une meilleure prise en charge physique et psychologique de l'enfant.

## **Chapitre IX**

### **BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES**

## BIBLIOGRAPHIE

**1. ADEJUYIGBE O , ADEOUNMU AO, ADELUSOLA KA**

"Abdominal injuries in Nigerian children", *JR Coll Surg Edimb* 1992 Feb; 37(1):29-33

**2. AGBERE A , KPEMISSI E, KUAKUVIN, KESSIE K, ASSIMADI K, ATAKOUMA D.Y**

"Accidents domestiques et envenimations chez l'enfant au Centre Hospitalier Régional de Kara (Togo)" *Médecine d'Afrique Noire*: 1994;41(11)

**3. ARCHIBONG AE, ONUBA O,**

"Fractures in children in south eastern Nigeria" *Cent Afr J Med*, 1996 Dec; 42(12): 340-343

**4. BANQUE MONDIALE**

"La Santé" *Programme de Coopération Mali- Banque Mondiale*. 1995, p 17-19

**5. BAUDIER F, JANVRIN M P, LEVEQUE B**

"Les accidents de l'enfant : Étude sur la place des médecins dans la démarche de prévention" Flammarion Médecine-Sciences - *Journées Parisiennes de Pédiatrie* 1994

**6. BEN JABALLAH N ,KHALDI F, BRAHAM N, HAMMAMI A, BOUSNINA S, BENNACEUR B**

"Intoxication salicylée chez l'enfant à Tunis; Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs; A propos de 57 cas." *Ann Pédiatr (Paris)*. 1996,43, No8, 579-585

**7. BENALLEGUE A, NOUREDDINE**

"L' enfant et l' environnement" *Arch Franç Pédiatrie* 1992 ,49: 485-487

**8. BERGE A., HAMELIN G**

"Polytraumatisme et traumatisme graves" *Réanimation Chirurgicale Pédiatrique*. Edition Pradel 1991, p 763-818

**9. BISMUTH C**

"Préface" *Toxicologie Clinique*. Edition Flammarion, Paris 1987, XX

**10. BOSWELL WC, SCHAFFNER D, WILLIAMS JS, FRANTZ E**

"Prevention of pediatric mortality from trauma: are measures adequate?" *South Med J*, 1996 Feb, 89(2):218-220

**11. CHABAUD F**

"La campagne sur la sécurité des enfants à Chambéry" Flammarion *Medecine-Sciences - Journées Parisiennes de Pédiatrie* 1994

**12. DALOUS A, REGNIER C**

"Les spécialités pédiatriques en CHU" *Arch Franç Pédiatrie* 1991; 48: 527-528

**13. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE**

"Population de Bamako par Commune" *Perspectives de Population par Cercle et Arrondissement* 1993

**14. DOUMI BA, AHMED ME, HASSAN R, ELNOUR SH, KASHAN A**

"Fractures in childhood in Khartoum" *East Afr Med J*, 1994 Jun, 71(6):354-357

**15. EMMANUEL T,**

"Etude Epidémiologique descriptive de la pathologie accidentelle des enfants dans le district de Bamako (Mali) en 1989" *Thèse de Médecine INMP* No 29

**16. GAUDELUS J**

"L'enfant aux urgences" *Urgences Médicales* 1993, 2(2), 134-138

**17. GERBAKA B, Rassi P, CHAIB-GHOSN A, BEAUFILS F, AKATCHERIAN C**

"Accidents in children. Retrospective epidemiological study of 1671 cases collected at the Hotel-Dieu of Beirut" *J Med Liban* 1996; 44(4): 209-213

**18.LAGIER P., DEJODE J-M**

"Réanimation de l'enfant brûlé" *Réanimation Chirurgicale Pédiatrique*, Edition Pradel 1991, p 731-761

**19.LAHBABI M S, BENOMAR S, BENNIS M, SQALLI M, BENMAAZOUZ F Z**

"Les Intoxications Aigues de l'Enfant à Casablanca, à propos de 129 cas" *La Revue Maghrébine de Pédiatrie*, Vol IV No 1 Janv-Fev 1994

**20.LAVAUD J**

"Les Accidents" *Le Nouveau Carnet de Santé* : guide d'utilisation 1993

**21.LAVAUD J**

"Les Intoxications et Accidents" *Revue des SAMU Med d'Urgence* Vol XV Sept-Oct 1991 P132-137

**22.LAVAUD J**

"Epidémiologie des accidents domestiques chez l'enfant" *Recueil de la VIII journée d'enseignement des infirmiers spécialisés en anesthésie réanimation*, Clermont Ferrand , Avril 1992

**23.LAVAUD J , HAEGEL A, DARGOLS A, ALVIZ M**

"Les traumatismes de la face chez l' enfant : Données épidémiologiques et conduite à tenir en urgence" *Revue des SAMU Med d'Urgence* Vol XIV sept-oct 1991 P132-137

**24.LAVAUD J, CHOUAKRI O**

"Les accidents domestiques chez l'enfant" *Réanimation Soins Intensifs Médecine d'Urgence* Vol 9 No 2 P 110-118 Avr 1993

**25.LAVAUD J, LEVEQUE B**

"Le role du CIRPAE dans la prévention des accidents de l'enfant" Flammarion Médecine-Sciences-*Journées Parisiennes de Pédiatrie*, 1994

**26.LEVEQUE B,**

"Le Pédiatre et la prévention des accidents d' enfants" Flammarion Médecine-Sciences-*Journées Parisiennes de Pédiatrie* 1994

**27.LEVEQUE B, DUVAL C, VERNHES C**

"Les statistiques et leur aide pour la prévention des accidents" Flammarion Médecine-Sciences-*Journées Parisiennes de Pédiatrie* 1994

**28.LOMBRAIL P, ALFARO C, VITOUX-BROT C, BRODIN M, BOURRILLON A, BEAUFILS F**

"Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique; conséquences sur l'organisation de l'offre de soins" *Archives Françaises de Pédiatrie* 1993,50;313-317

**29.MASSON F, SAVES M, BOURDE A, HENRION G, SALMI R, ENRY P**

"Epidémiologie des Accidents et particularisme géographique : Exemple de l'île de la Réunion" *Urgences Médicales*, 1989 Sept,13, 102(875): 467-469

**30.NATIONAL VICTIM CENTER ,**

"School-Based Victim Services" *Program of National Victim Center*, No.41, 1995

**31.PAGEAT P**

"Comportements d' agressivité chez le chien" Flammarion Medecine-Science-*Journées Parisiennes de pédiatrie* 1994

**32.PAGEAT P,**

"Le chien agresseur de l'enfant : de la compréhension à la prévention" Flammarion Médecine-Sciences-*Journées Parisiennes de Pédiatrie* 1994

**33.PREVOST J, CHOULOT J J, SAINT-MARTIN J, MENSIRE A, DESPLAT A, AUTRICQUE A**

"Prévention des traumatismes crâniens graves; Quelques axes de réflexions tirés d'une enquête menée aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Pau" *Archives Françaises de Pédiatrie* ,Vol 42, No1 Janv 1995, P 7-11



**34. RIEU M , FALOURD J-C , DORI J-Y, LEMERLE P, JARDEL B, DECREAU M, WINCKLER C**

"Les Accidents Domestiques des enfants, Enquête sur 5 ans au SMUR de Rouen"  
*Revue des SAMU Médecine d'Urgence* Septembre 1990, tomeXIII No 4 P 147-151

**35. ROBERTS I, NORTON R, JACKSON R, DUNN R, HASSAL I**

" Effect of environmental factors on risk of injury of child pedestrians by motor vehicles : a case -control study" *BMJ* 1995 Jan, 14; 310(6972):91-94

**36. SCEATS J, GILLIES J**

"Paediatric attendance at Waikato Hospital accident and emergency department 1980-86", *NZ Med.J* 1989, Sep 13; 102(875): 467-469

**37. SEMINAIRE D' ANIMATION DU 11 au 12 FEV 1995 ,VILLIERS-LE-BEL**

"Comment prévenir les accidents domestiques l'affaire de tous : Un exemple d'action de prévention partenariale" *Cahier de la Puériculture* No 126 ,Juin 1995

**38. SHARMA AK, SARIN YK, MANOCHA S, AGARWAL LD SHUKLA AK, ZAFFAR M, SINGH J**

"Pattern of childhood trauma. Indian perspective." *Indian Pediatr* 1993 Jan, 30(1):57-60

**39. SHARPLES PM, STOREY A, AYSLEY-GREEN A, EYRE JA**

"Causes of fatal childhood accidents involving head injury in northern region, 1976-86" *BMJ* 1990 Nov 24, 301(6762):1193-1197

**40. SISSOKO A,**

"Les brûlures de l' enfant à propos de 80 cas" *Thèse de la Fac de Med Abidjan* No 515 Année 1983-84

**41. SORKINE M, ASEKNAZI, RENAYD P, GUERRINI P, METADIER D**

"Les chutes de grande hauteur: analyse de l' expérience du SAMU 94" *Urgences Médicales* Vol X No 4 1991 P 188-193

**42. STEVENSON M, JAMROZIK K, BURTON P**

"A case-control study of childhood pedestrian injuries in Perth, Western Australia."

*J Epidemiol community Health* 1996 Jun ,50(3):280-287

**43. TANDON JN, KALRA A, KALRA K, SAHU SC, NIGAM CB, QURESHI GU**

"Profile of Accidents in children" *Indian Pediatr* 1993 Jun, 30(6):765-769

**44. TARRIERE C**

"La recherche et la sécurité des enfants en voiture. La protection actuelle n'est pas satisfaisante. Comment l'améliorer ?" Flammarion *Medecine-Sciences-Journées Parisiennes de Pédiatrie* 1994

**45. TERRIER G , LANSADÉ A, LONGIS B, MOULIES D, ALAIN J L**

"Les accidents d'enfants en milieu rural. Evolution en Limousin" *Ann Franç de Pédiatrie* (Paris) 1994 , 41, No 7 , 422-427

**46. TURZ A ,**

"Enfant et Accident" *Ann Franç de Pédiatrie* 1995 Vol 47 P 43-53

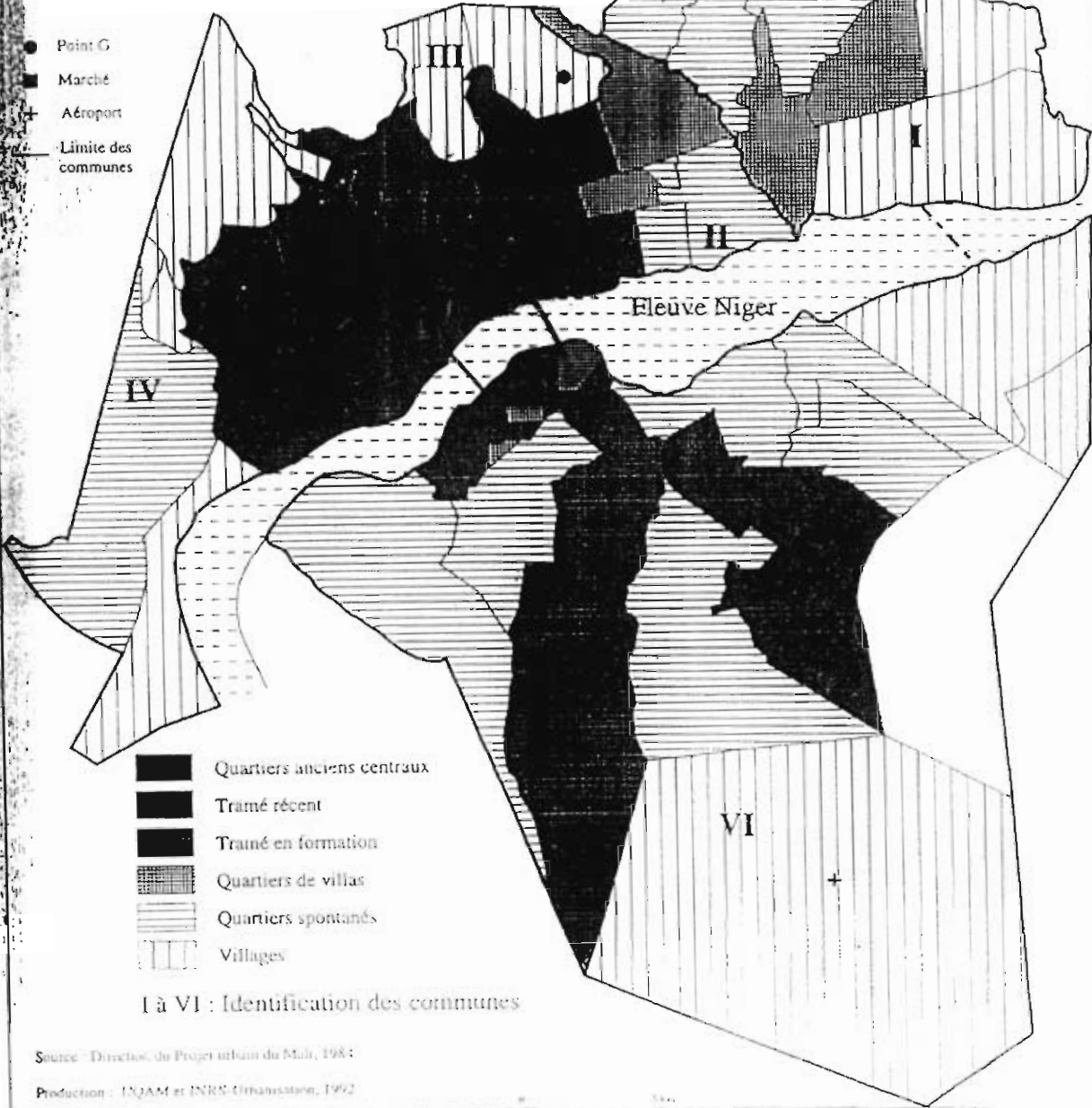
**47. VAN ROYEN M J , SLAON E P, BARRET J A, SMITH R F, REYES H M**

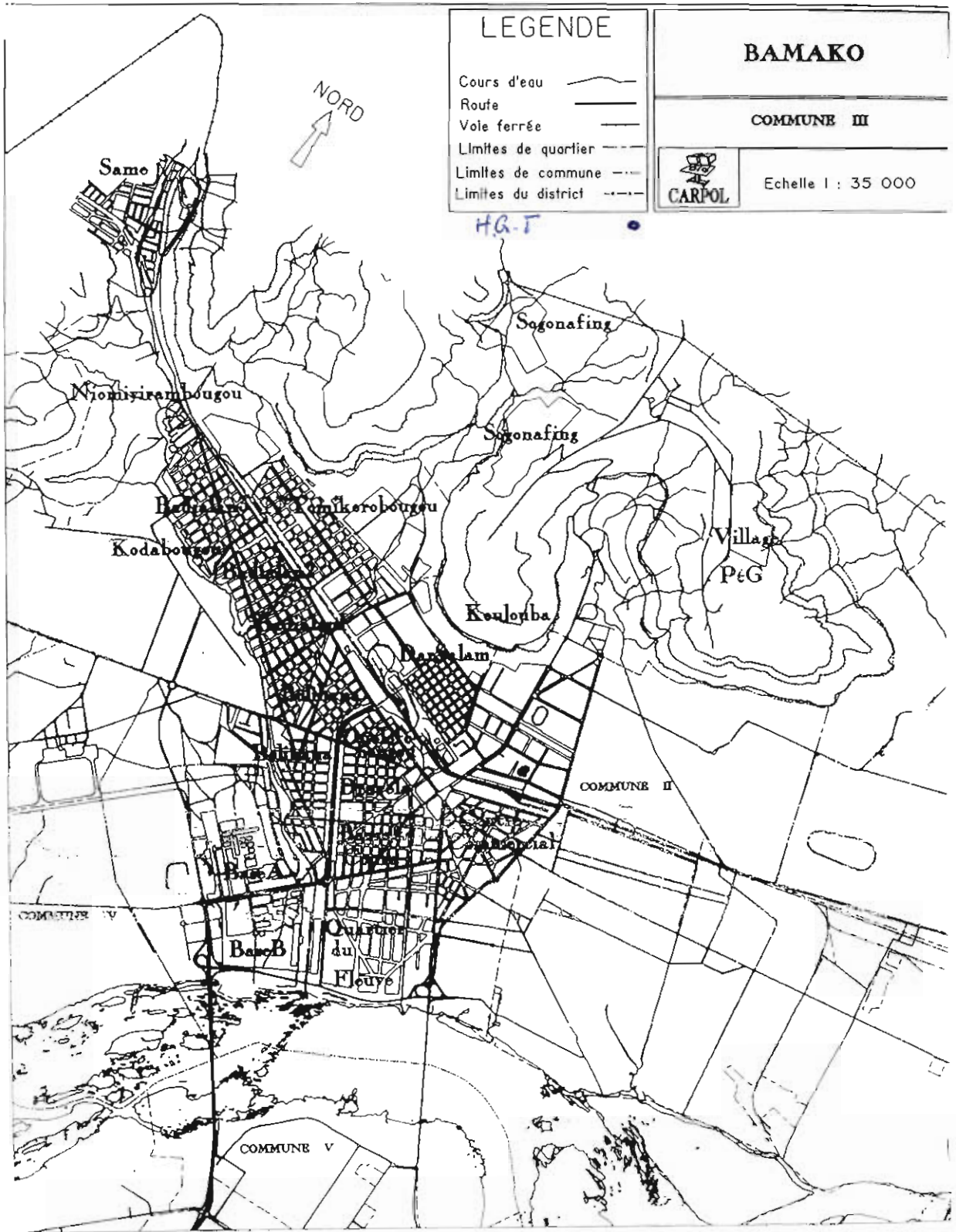
"Outcome in an Urban Pediatric Trauma System with Unified Prehospital Emergency Medical Services Care" *Prehospital and Disaster Medicine* 1995; 10(1):19-23

# Annexe 1

## Carte de Bamako

### BAMAKO Typologie des quartiers, «Projet urbain du Mali, 1984»





Annexe 2  
Fiche d'Enquête

Date d'admission :

Profession des

parents:

Heure d'admission :

\* père :

Nom et Prénom :

\* mère :

Age :

Sexe :

Résidence :

Profession :

Motif d'hospitalisation :

Examen clinique à l'arrivée :

Examens complémentaires et résultats :

Traitement à l'admission :

\* Sortir sans séquelles :

Devenir :

\* Sortir avec séquelles (lesquelles) :

\* Décès :



## Résumé de la Thèse

**Nom :** OUOLOGUEM

**Prénom :** Bareye

**Titre de la thèse :**

Epidémiologie des urgences Pédiatriques au Service des Urgences - Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré, (Juin 1995 à Mai 1996).

**Année :** 1997-1998

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** MALI

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie ( F.M.P.O.S.).

**Secteur d'intérêt :** Urgences Pédiatriques.

**Résumé :**

Notre étude longitudinale descriptive a porté sur les enfants (433) de moins de 15 ans admis dans le Service des Urgences-Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako, de ~~Mai~~ <sup>juin</sup> 1995 à ~~Juin~~ <sup>mai</sup> 1996.

Les principales causes d'admission retrouvées sont :

les AVP : 232 cas (53,6 %)

les chutes : 75 cas (17,3 %)

les cas chirurgicaux non traumatiques : 42 cas (9,7 %)

Dans notre échantillon, les transports en commun sont impliqués dans 37,1 % des blessés et 74,1 % des décès associés.

L'interrogatoire des parents des 202 enfants reçus avec des plaies souillées a montré que seulement 8 d'entre eux (4 %) avaient une vaccination antitétanique complète et correctement effectuée.

L'évolution a été favorable dans 87,8 % des cas (mortalité globale 12,2%).

Cette étude a conduit à élaborer plusieurs recommandations visant à améliorer la prévention et la prise en charge des urgences pédiatriques.

**Mots clés :** Urgences Pédiatriques - Accidents de la Voie Publique.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque