

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)

Thèse de Médecine

Année 2019-2020

N°/

Thème :

LES MOTIFS DE RECOURS DES ENFANTS DE 0 A 15 ANS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES POLYVALENTES DE L'HOPITAL DU MALI

Présentée et soutenue publiquement le / / 20
Devant la faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie.
Par **Mr Ibrahima FAROTA**
Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

PRESIDENT : Pr Nouhoum DIANI
MEMBRES : Dr Souleymane SIDIBE
CODIRECTEUR : Dr Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE
DIRECTEUR : Pr Seydou TOGO

A decorative graphic of a scroll with a blue outline and grey shaded ends, framing the title text.

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauront trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,

le respect, la reconnaissance.

C'est tout simplement que :

Je dédie cette thèse à...

A

ALLAH

Tout puissant

Notre créateur et notre clément

Qui nous guide dans notre vie

Qui nous aide dans notre chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Ce travail est de lui, grâce à lui et vers lui.

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

Et à notre prophète

MOHAMMED (paix et salut sur Lui).

A mon père Feu Soumana FAROTA :

Vous qui m'appeliez jadis « Oustaz ». Je vous ai connu à peine mais je demeure persuadé que j'ai appris votre sens élevé de l'honnêteté et de la dignité à travers ma mère et votre intime ami feu Zoumana COULIBALY. Repose dans la paix du seigneur !

A ma mère Aïssata BOUARE :

Vous avez guidé mes premiers pas dans la vie et travaillé durement afin que tous vos enfants aient une assise solide pour affronter le dur combat de la vie. Vos conseils et vos bénédictions m'ont toujours aidé dans les instants les plus durs de la vie. Chère mère, trouve ici un motif de consolation d'espérance et aussi un témoignage de mon amour pour toi. Puisse DIEU le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse un jour te rendre ne serait-ce qu'un peu de ce que vous avez fait pour nous. Amen !

A mon tuteur feu Zoumana COULIBALY :

Plus qu'un tuteur, vous avez été pour moi un père adoptif. Ce travail est le fruit de vos efforts. J'ai beaucoup apprécié vos vertus de chef de famille. Vos sages conseils et vos instructions resteront gravés en lettres d'or dans notre mémoire. J'aurai tant voulu que vous soyez parmi nous ce jour, si spécial de ma vie, mais l'Eternel en a décidé autrement, comme on le dit : « L'homme propose, Dieu dispose ». Nous prions le Bon Dieu afin qu'il accepte votre âme dans son paradis éternel.

A mon oncle Mamadou FAROTA :

Cher oncle vous avez su combler le vide laissé par le décès de notre père. Vos soutiens moraux, vos sages conseils, les bénédictions et les sentiments d'affection que vous ne cessez de m'apporter sont sources d'encouragement pour moi. Que Dieu vous préserve et vous accorde santé et prospérité.

A Zakaria COULYBALY mon grand frère :

Aucune dédicace ne saurait exprimer ma considération pour vos efforts. Votre encouragement et votre assistance m'ont été d'un secours inestimable. Reçois ici mes reconnaissances les plus sincères.

A la famille Coulibaly :

Depuis le second cycle fondamental jusqu'à ce jour ; vous avez toujours été là pour moi. Merci infiniment pour cet entourage familial et plein de réconfort.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements:

A mes oncles et tantes : tonton Boubacar, tonton Aly, tonton Cheick Amadou, tonton Modibo, tonton Djatié, tanti Fatoumata, tanti Aya, tanti Baou... Vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour tout. Que le Seigneur vous accorde longue vie, bénisse tous vos projets et protège notre famille.

A mes frères et sœurs : Soumaïla, Hawa, Fomon, Hamza, Brahima, Aminata, Rokja, Youssouf, Almamy, Assitan... Vous êtes pour moi les plus grands amis et je sais pouvoir compter sur chacun de vous. Votre soutien est inconditionnel et indéfectible. Cultivez partout où vous serez l'amour du prochain et du travail bien fait. Soyons tous unis. Que le Seigneur accorde à chacun de nous une santé solide. Trouvez ici le témoignage de toute ma reconnaissance et mes sentiments fraternels. Je vous aime très fort.

A ma chère fiancée Fatoumata Keïta : Mon amour, merci pour ta patience. Nulle ne pourra exprimer ma fierté et mon amour pour toi. Que Dieu le tout puissant te protège et te procure une vie pleine de bonheur et de réussite.

A mes chefs et mes aînés du service des urgences : Dr Sidibé Youssouf, Dr Bagayoko I.K, Dr Dao Nouhoum, Dr Samaké Djénébou, Dr Diallo Djénéba, Dr Soumaoro Mohamed. Je ne saurais comment vous remercier pour votre encadrement de qualité et votre dévouement pour notre formation. Je saisis cette occasion pour vous rendre hommage, Votre rigueur dans le travail nous a permis de sauver beaucoup de vies humaines.

A mes collègues de service : Dr Tamboura Awa, Dr Djombana Kounady, Traoré Souleymane Sy, Diabaté Cheick, Djénépo Bintou, Coulibaly Soumaïla, Yaressi Moussa A. Merci de l'atmosphère conviviale que vous avez cultivée entre nous.

A tout le personnel soignant du service des urgences : Major Togola et tout le personnel infirmier, les techniciens de surface et brancardiers. Merci pour ces moments passés ensemble.

A Dr TRAORE Salifou: Vous avez été pour moi un maître, un conseiller ainsi qu'une famille, ce travail est le vôtre, merci pour tout. Puisse ALLAH renforce votre bonté et votre générosité.

Au personnel du cabinet médical DANAYASO : Dr Traoré Salifou, Brehima Traoré, Elame Coulibaly, Fousseni Dembélé, Fatoumata Dao, Assan Koné, Tenimba Fomba, Mariam Camara, Badja Togola, Mme Diarra Farima, Achatou Dicko. Vous êtes si accueillants, respectueux et gentils qu'il sera injuste de ne pas vous donner une mention particulière; à vos côtés j'ai appris beaucoup de choses, ça été un plaisir de travailler à vos côtés. Merci infiniment.

A mes amis: Lassina Coulibaly, Issa Keïta, Molobali Keïta, Mamoutou Bouaré, Soumana Traoré, Abasse Sagara, Salif Diakité, Dramane Coulibaly (Mr le coiffeur), Youssouf Samaké (Sorcier), Bourama Coulibaly, Mamadou Coulibaly (Madou Dakolo) Soumaïla Diarra (Monsieur). Merci pour tous ces moments de joies. Qu'Allah le tout puissant nous préserve longtemps et comble nos désirs.

A mes amis et Camarades de la faculté : Dr Ambrasse Dembélé, Dr Cissé Youssouf B, Dr Koné Salimata, Dr Yousof Ag, Dr Traoré Sidi, Dr Dembélé Aïcha, Dr Issa Fomba, Dr Seydou B Sangaré, Dr Mamadou Bamba, Dr Djénéba Mallé, Sidiki Koné, Drissa Tembiné, Moussa Coulibaly, Cheick Oumar Sow, Nouhoum Coulibaly. Aucun mot ne saurait exprimer mes sentiments de considération et de reconnaissance envers vos soutiens et vos encouragements tous au long de mes études. Vous étiez toujours là à mes côtés à partager avec moi mes moments de joie et de tristesse en tant que des amis, confidentes et grand amour. J'espère que vous trouverez à travers ce travail mes sentiments de gratitude, de respect et de profond attachement les plus sincères.

A mes aimé et camarades du GESCM (groupement des étudiants en santé du cercle de Macina): Dr Samassekou Fousseni, Dr Tangara Adama, Dr Diarra Yaya, Dr Diakité Sékou, Dr Dicko Arafaou, Dr Drabo Adrian, Bina Coulibaly, Sidi Bouaré, Cheick H

Tembély, Ibrahim Gaqou... Les mots me manquent pour vous remercier de votre soutien infailible. Que Dieu nous tienne toujours compagnie et nous accorde sa gratitude.

A mes camarades promotionnaires : J'ai appris de chacun de vous. Merci pour tous les moments passés en votre compagnie et courage pour la suite.

A la direction et au corps enseignant de la faculté de médecine et d'odontostomatologie : Merci pour la qualité des formations reçues.

A tous ceux que je n'ai pas cités : Je ne vous ai pas oublié, vous êtes si nombreux à moi. Exercice difficile que doit remercier tout le monde sans omettre une personne. Soyez assurés de ma grande sympathie. Puisse Dieu vous bénir tous.



**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Nouhoum DIANI

- **Spécialiste en anesthésie réanimation ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Chef de service d'anesthésie de réanimation et du bloc opératoire de l'hôpital du Mali ;**
- **Membre du SARMU Mali ;**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.**

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et votre simplicité font de vous un grand maître admiré de tous.

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Souleymane SIDIBE

- **Spécialiste en chirurgie pédiatrique ;**
- **Praticien hospitalier l'Hôpital du Mali ;**
- **Chargé de recherche à l'Hôpital du Mali ;**
- **Membre de la société africaine de chirurgie pédiatrique (SACP).**

Cher maître,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre dévouement envers vos patients, votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un homme exemplaire.

Veillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE :

Docteur Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE

- **Spécialiste en médecine d'urgence et catastrophe,**
- **Maître-assistant à la FMOS,**
- **Chef de service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali.**
- **Membre du SARMU Mali ;**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.**

Cher Maître,

Nous ne saurons vous remercier assez de nous avoir accepté dans votre service et de nous avoir confié ce travail.

Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, votre disponibilité, votre compétence et votre esprit innovateur font de vous un grand maître.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Seydou TOGO

- **Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali ;**
- **Membre fondateur de la société de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du Mali.**

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en encadrant ce travail.

La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarné. La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil chaleureux font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A decorative graphic consisting of a blue-outlined scroll that is unrolled in the middle. The scroll has rounded ends and a slight shadow on the top edge. The word "ABREVIATIONS" is centered within the unrolled portion of the scroll.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

PEC : Prise en charge

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CCMUP : Cas psychiatrique

CCMUD : Cas de décès constatés à l'arrivée

DCA : Décès Constatés à l'Arrivée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AcVC : Accident de la Vie Courante

AD : Accident Domestique

AS : Accident Scolaire

GABA : Acide Gamma Amino-Butyrique

IMAO : Inhibiteurs de Monoamine Oxydase

TRC : Temps de recoloration cutané

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PaCO₂ : Pression partielle de dioxyde de carbone

AVP : Accident de la Voie Publique

CBV : Coups et Blessures Volontaires

TC : Traumatisme Crânien

IRA : Infection Respiratoire Aigue

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

AC: Altération de la Conscience

A decorative graphic consisting of a light blue outline of a scroll. The scroll is unrolled in the middle, revealing the title text. The top and bottom edges of the scroll are rounded, and there are small grey circular accents at the top corners where the scroll appears to be rolled up.

TABLES DES ILLUSTRATIONS

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1 : Echelle de BLANTYRE.....	
Tableau 3 : Echelle de GLASGOW.....	
Tableau 2 : Echelle de BICETRE.....	
Tableau 4 : Evaluation de la tolérance de la fièvre.....	
Tableau 5 : Les normes de la fréquence respiratoire selon l'âge.....	
Tableau 6 : Répartition des patients selon la fratrie.....	
Tableau 7 : Répartition des patients en fonction de leur résidence.....	
Tableau 8 : Répartition des patients en fonction du moment d'admission.....	
Tableau 9 : Répartition des patients en fonction des vecteurs d'évacuation	
Tableau 10 : Répartition des patients en fonction du mode d'admission.....	
Tableau 11 : Répartition des patients en fonction du motif de recours.....	
Tableau 12 : Répartition des patients en fonction type d'urgence.....	
Tableau 13 : Répartition des patients selon la CCMU à l'admission.....	
Tableau 14 : Répartition des patients selon la CCMU et l'orientation au sein du SAU.....	
Tableau 15 : Répartition des cas chirurgicaux selon le diagnostic retenu.....	
Tableau 16 : Répartition des cas médicaux en fonction du diagnostic retenu....	
Tableau 17 : Répartition des patients selon le mode de prise en charge	
Tableau 18 : Répartition de patients selon l'urgence et le mode prise en charge :.....	
Tableau 19 : Répartition des patients selon la durée de séjour au SAU.....	
Tableau 20 : Répartition des patients selon le devenir.....	

Tableau 21 : Répartition des patients selon le devenir en fonction de la durée de séjour.....

Tableau 22 : Répartition des patients selon l'urgence en fonction de la durée de séjour.....

Liste des figures

Figure 1 : Fréquence des enfants âgées de 0 à 15 ans.....

Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe.....

Figure 3 : Répartition des patients fonction des tranches d'âge.....

Figure 4 : Répartition des patients en fonction de la scolarisation.....

Figure 5 : Répartition des patients selon la profession des parents.....



SOMMAIRE

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION :
II.	OBJECTIFS :
III.	GENERALITES :
IV.	METHODOLOGIE :
V.	RESULTATS :
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION :
VII.	CONCLUSION :
VIII.	RECOMMANDATIONS :
IX.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
	ANNEXES :



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'enfant se définit « comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable ».

[1] Ainsi, on parle de nouveau-né de J0 à J28, de nourrisson du 1^{er} au 33^e mois, de petits enfants de 33 mois à 5 ans, de grands enfants de 5ans à 15 ans.

Idéalement, la prise en charge des enfants en situations d'urgence requiert un établissement de soins pédiatriques, et donc du matériel et du personnel spécialisés. Dans la réalité, la prise en charge initiale se rencontre aussi dans les services d'urgences polyvalentes ou adultes. [3]

En France (Seine-Saint-Denis), sur 390 enfants secourus par le SAMU en 2004, 77 % décès enfants ont été médicalisés par des SMUR polyvalents du département. [2]

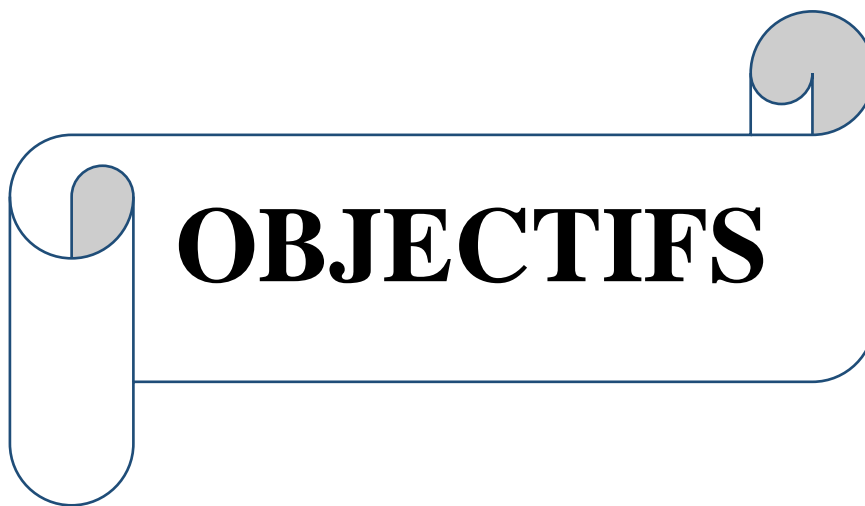
Au Mali, selon une étude réalisée par GOITAA. en 2009, sur 23516 patients admis au Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Gabriel TOURE, 14,2% de ces patients avaient moins de 15 ans. [4]

L'accueil et le traitement des urgences selon l'article français R. 712-65 du code de la santé publique ne fait pas de distinction selon l'âge des malades [5] et aucun texte de loi ne prévoit de régime spécifique pour les enfants. Il en est de même pour le Mali selon la loi hospitalière.

De ce fait, à l'hôpital du Mali, beaucoup d'enfants sont adressés au service des urgences, alors qu'il n'y a pas de pédiatre au SAU et le plateau technique n'est pas bien adapté à leur prise en charge. Ces enfants sont adressés soit directement par leurs familles, soit par l'intermédiaire des sapeurs-pompiers, soit en provenance d'autres centres de santé de l'intérieur du pays.

Cependant, il faut rappeler que les soins d'urgences sont complexes. Celle-ci engendre chez les enfants, des difficultés à l'interprétation des symptômes, au choix des thérapeutiques et peut les priver d'une prise en charge efficiente.

Malgré la grande fréquentation des services d'urgences par les enfants, peu d'études ont été mené sur ce sujet au Mali ; c'est pour cette raison que nous avons souhaité connaître les motifs de recours des enfants de 0 à 15 ans dans notre service. Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



OBJECTIFS

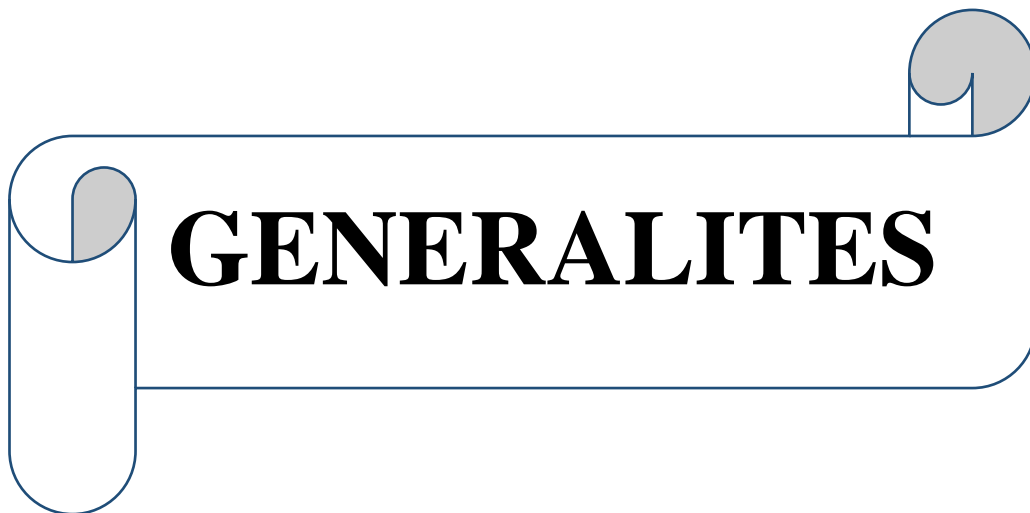
II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier les motifs de recours des enfants de 0 à 15 ans au service d'accueil des urgences polyvalentes de l'hôpital du Mali.

2. Objectifs spécifiques :

- Identifier les motifs de recours des enfants aux urgences ;
- Déterminer la fréquence des pathologies rencontrées ;
- Evaluer la prise en charge des enfants aux urgences ;
- Déterminer le devenir des enfants reçus aux urgences.



GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définitions :

1.1. Service d'Accueil des Urgences :(SAU)

Les SAU sont des structures de premier contact du malade avec des établissements hospitaliers. C'est là que la nécessité d'une hospitalisation peut être affirmée. [18]

Un SAU doit accueillir, sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale. [6 ; 18]

Dans la plupart des établissements 40% du recrutement provient des services d'urgences, parfois plus. [4]

1.2. Urgence :

L'urgence est une situation pathologique, de survenue généralement inopinée, dans laquelle le pronostic vital immédiat peut être mis en jeu à court ou à moyen terme. [6]

Un juriste, non médecin, René Capitant donne de l'urgence : « le caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y a pas été porté remède à bref délai ». Cette approche a le mérite d'englober l'urgence qu'elle soit fonctionnelle, vitale ou simplement ressentie. Selon Dr Martinez-Almoyna, urgentiste au SAMU 75 de la France, l'urgence se définit par une formule mathématique : « urgence = [gravité x contrainte sociale] + [Temps avant aggravation irréversible x quantités de soins nécessaires]. [7]

2. Missions d'un service d'accueil des urgences : [7]

- Accueillir le tout-venant et de procéder à un tri et une catégorisation des urgences ;
- Maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du malade ;
- Identifier les problèmes médicaux ;

- Mettre en route un traitement ;
- Assurer l'observation, les soins et la surveillance au sein de la structure d'urgence ;
- Orienter les patients vers le bon endroit au bon moment.

3. Classification de l'urgence : [4]

En pratique courante et en médecine de catastrophe on distingue 5 catégories d'urgence selon la notion de catégorisation militaire française :

3.1. Extrême urgence : (EU)

Ce sont des blessés en danger de mort à très court terme et dont le traitement doit être réalisé immédiatement.

Par exemple : une insuffisance respiratoire aiguë par asphyxie d'origine thoracique ou cervico-faciale ; les insuffisances cardio-circulatoires par hémorragie non contrôlable.

3.2. Première urgence : (U1)

Ce sont des blessés en danger de mort à bref délai ; sous réserve d'une réanimation cardio-ventilatoire, l'intervention chirurgicale peut être différée de 6 heures. C'est le cas de la plupart des polytraumatisés, des blessures de l'abdomen etc.

3.3. Deuxième urgence : (U2)

Ce sont des blessés non immédiatement en danger de mort et dont le traitement chirurgical sous réserve de quelques soins peut être retardé. C'est le cas des fractures des membres, des plaies articulaires etc.

3.4. Troisième urgence : (U3)

Ce sont des blessés légers et dont le traitement chirurgical peut attendre.

Ces deuxième et troisième urgences se regroupent dans la catégorie des urgences relatives.

3.5. Quatrième urgence : (U4)

Ce sont de blessés très légers ne nécessitant que des soins simples, dans la mesure où ils sont examinés sur place par un médecin dans les unités de soins.

Pour l'efficacité de la prise en charge des cas d'urgence, quand un patient arrive au service d'Accueil des Urgences, il est tout de suite examiné par le médecin trieur aidé par l'infirmière d'accueil et d'orientation, qui le classe selon la classification clinique des maladies d'urgence (CCMU).

4. Classification clinique des malades d'urgence : (CCMU) [4]

- CCMUP : Il s'agit ici des cas psychiatriques. Ce sont des patients stables et orientés au service de psychiatrie.
- CCMU1 : état clinique jugé stable. Pas de décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service des urgences.
- CCMU2 : état clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service des urgences.
- CCMU3 : état clinique jugé susceptible de s'aggraver au service des urgences sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU4 : pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de geste de réanimation destiné à préserver le pronostic vital immédiat. Intervention nécessaire dans les 06 heures qui suivent.
- CCMU5 : pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat. Prise en charge sans délai (intubation, ventilation, abord des voies veineuses centrales, déchoquage, défibrillation, arrêt de l'hémorragie).
- CCMU-D : il s'agit des cas de décès constatés à l'arrivée (DCA). Ils sont directement orientés à la morgue accompagnée d'un certificat de décès.
- Globalement nous pouvons classer les urgences en trois grands groupes de malades :
 - les urgences médicales ;
 - les urgences chirurgicales traumatiques ;

- Les urgences chirurgicales non traumatiques.

5. Perception de l'urgence : [8]

La perception de l'urgence se fait à deux niveaux. D'abord, au niveau des parents, 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 » il s'agit de malades admis dans un tableau de détresse vitale nécessitant une prise en charge rapide. Les «urgences ressenties» ou «urgences fausses» 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'a posteriori: après l'examen de l'enfant.

6. Spécificités de la prise en charge de l'enfant :

6.1. Aspect physiologique et fonctionnel : [10]

- De 2 à 3 ans

Le squelette est malléable. Le thorax est plat (les côtes sont horizontales) d'où un essoufflement rapide. Il a un gros ventre. La voûte plantaire est affaissée. Il y a apparition de certains points d'ossification qui permettent d'améliorer les appuis au sol. Il mesure environ 93 cm à 3 ans.

- De 3 à 4 ans

Même aspect physiologique qu'entre 2 à 3 ans. L'enfant mesure environ 102 cm.

- De 4 à 6 ans

L'enfant perd ses formes de bébé. Apparition des points d'ossification complémentaires au niveau des membres inférieurs, permettant une meilleure locomotion, un meilleur équilibre du bassin. Les côtes amorcent leur

inclinaison. Connexions de joints nerveux aidant la relation : «cerveau-mouvement» Les acquisitions motrices se font à un rythme plus rapide .L'enfant commence à perdre ses dents.

- De 6 à 8 ans

Même aspect physiologique qu'à 6 ans, toujours apparition des points d'ossification des membres inférieurs. L'enfant perd ses dents.

- De 8 à 12 ans

La croissance se ralentit. Apparition des points d'ossification :

- Des membres supérieurs permettant la rotation des poignets ;
- Des membres inférieurs permettant une locomotion plus vive et active.

Les côtes deviennent plus obliques permettant une plus grande amplitude respiratoire. Augmentation du volume du cœur et de l'appareil pulmonaire dans une cage thoracique qui demeure exiguë d'où un gêne et une élévation du rythme cardiaque. La force musculaire est peu développée. L'enfant fait preuve d'une certaine endurance mais dépense son énergie de façon peu économique.

- De 12 à 14ans

Augmentation rapide de la taille qui porte principalement sur les membres et les extrémités. En revanche le poids n'augmente pas en proportion. Croissance parfois dissymétrique (inégalité des membres inférieurs, d'où une bascule du bassin). Développement sexuel : phase prépubère. Apparition des poils pubiens. La voix mue chez les garçons. Les seins augmentent en volume et il y a apparition des règles en cycles encore irréguliers chez la fille.

6.2. Aspect psychologique et social : [10]

- De 2 à 3 ans

Il y a une prédominance des manifestations émotionnelles. Un désir de se situer dans l'environnement : besoin de repères, d'affection, de sécurité, d'espaces réduits. Le groupe n'est souvent qu'une juxtaposition d'enfants (quelques rencontres mais furtives et ponctuelles). L'enfant prend conscience de lui : «moi»«je». Devient très opposant. Commence à comprendre qu'il y a un autre monde en dehors du noyau familial. N'a pas la notion du temps.

- De 3 à 4 ans

L'enfant rencontre d'autres enfants dans ses jeux, et essaie de s'y associer dans des moments ponctuels, et de courte durée (porter, remplir...). Certains ont un copain. Reconnaît le haut, le bas, dessus, dessous devant, derrière, à coter mais toujours avec un objet fixe, permanent, ayant une direction (chaise). Commence à dessiner des bonshommes. Très vague notion du passé et du futur. Pas de notion de durée. Il a toujours besoin de répéter les choses, les gestes. Commence à poser des questions, âge du pourquoi.

- De 4 à 6 ans

Il parle de façon correcte. Dessine un bonhomme. Commence à compter, mais n'a pas la notion de nombre ni de quantité. Reconnaît ce qu'il mange. Commence à distinguer hier et demain. Pose beaucoup de questions. Demande la signification de mots abstraits ou nouveaux. Peut reconnaître les couleurs. Peut copier des formes simples. Manifeste de l'intérêt pour l'activité des adultes. S'intéresse aux âges. Invente des jeux et peut changer les règles. Fragilité de l'attention qui est accaparée par les stimulations extérieures. Turbulences et espiègleries. Age du merveilleux et de l'affabulation. Revit dans ses jeux des moments vécus. Compétition avec les parents.

- **De 6 à 8 ans**

Il commence à perdre son naturel. Âge de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. A moins besoin de prouver qu'il sait manger, se laver et s'habiller. Age des collections en «quantité». Fragile et instable il se réfère à l'adulte. Ne comprend pas vraiment la plaisanterie. Pose souvent des questions «bêtes» et plusieurs fois. Pose des questions sur des notions abstraites (existence de Dieu...)

- **De 8 à 12 ans**

Il essaie de formulation critique et d'analyse. Ils ont besoin de justice, d'initiative et d'indépendance relative. Ils ont une notion du droit et devoir. Il y a équilibre entre les intérêts à l'intérieur et l'extérieur de la famille. Stade de l'association et de l'organisation du groupe, d'âge des copains. Désir de compétition. Revendiquent une certaine autonomie mais ont besoin que l'adulte fixe des objectifs à leur activité. Début de la ségrégation : garçons-filles. Ne sont pas ensemble, mais s'observent. Les activités créatrices sont en baisse. L'image mentale est acquise. Ont besoin d'aventure et découvrir le monde.

- **De 12 à 14 ans**

Ils ont des comportements qui oscillent entre : agitation dispersée, turbulence, impulsivité ; et apathie, ralentissement de l'activité, asthénie. A cet âge on assiste chez l'enfant à un exhibitionnisme et pudeur ; une agressivité et inhibition ; un enthousiasme et dépression. Il y a un développement de l'esprit critique. L'enfant est hostile aux conformismes et aux valeurs traditionnelles. Il s'éloigne des valeurs familiales. Il passe par une période de négativisme et d'obstruction. Il fuit dans la rêverie et l'imaginaire. Il recherche des possibilités d'affirmation (sport...). Il recherche l'ami et le confident. Le petit groupe filles et garçons commence maladroitement à se reconquérir. Ils ont envie de conquêtes techniques.

6.3. Spécificité sémiologique :

L'enfant n'est pas un adulte en miniature, cet adage est surtout vrai chez le petit enfant, qui présente des spécificités physiologiques et des pathologies laissant parfois perplexes les équipes habituées aux adultes. [2]

Un enfant d'un an ne réagira pas de la même façon qu'un enfant de 15 ans. Or si on prend un adulte de 30 ans et un adulte de 45 ans, globalement c'est à peu près physiologiquement la même chose.

L'enfant se développe, donc tout ce qui se développe induit une certaine fragilité, une certaine vulnérabilité. Pour un certain nombre d'agressions, peut-être que l'enfant résistera moins bien. Il faut donc avoir un regard un peu plus protecteur. Quand on examine un adulte, on est seul avec le patient ; il y a ce qu'on appelle une relation duelle entre le médecin et le patient.

Quand on examine un enfant, il est entouré de sa famille dont il est accompagné. L'examen pédiatrique est forcément réalisé en présence de ses parents. «Un enfant tout seul ça n'existe pas» (D Winnicott, pédiatre psychanalyste américain). [9]

6.4. Nécessité de matériels spécifiques [2]

Pour la prise en charge efficace et étiqve des enfants aux urgences adulte, du matériel dédié à la pédiatrie doit être disponible car il n'est pas toujours possible ni licite d'utiliser du matériel pour adulte.

Ainsi, des matériels adaptés pour la ventilation (masque, guédel et sonde d'intubation) ; la perfusion (Des cathéters courts périphériques 24 G à 18 G, des cathéters centraux 4 à 6 F ou 20 à 18 G (voie fémorale privilégiée) et 2 dispositifs pour perfusion intra-osseuse) ; le monitoring ; la traumatologie (colliers cervicaux et attelles) doivent être disponibles.

6.5. La prise en charge psychologique [2]

Il faut établir un climat de confiance avec l'enfant mais également avec ses parents. Il faut se présenter à lui pour qu'il puisse identifier qui va s'occuper de lui (nom, fonction).

Quel que soit son âge, il faut lui parler, car les mots enveloppent son corps et lui permettent de se rassembler et ne pas négliger le contact physique. Il faut parler « juste » aux enfants en fonction de leur âge et du contexte mais le langage n'est pas que verbal : il y a une grande importance dans l'intensité du regard, les expressions du visage, les postures et le sourire. Il faut toujours avoir une attitude rassurante et contenante.

La communication doit être vraie, avec des réponses honnêtes aux questions qu'il peut poser : lui expliquer le soin qu'on va lui faire et pourquoi ? L'enfant doit connaître la vérité même si elle est délicate, car elle est structurante et confirme les émotions ressenties.

Parler permet de ne pas laisser le petit patient dans l'inconnu, de lui donner des repères dans le temps et l'espace. Cela contribue aussi à mettre des mots sur ce qui lui est arrivé, à le faire parler à ce sujet et de ce dont il a peur.

La compréhension de l'enfant se fait sur 3 registres : le réalisme ; l'imaginaire et le symbolisme. Faire attention aux comparaisons et aux métaphores. Ne pas hésiter à dire quand on ne sait pas ou si l'on pense qu'il vaut mieux que ce soit ses parents qui lui répondent. Il est très important de ne pas tromper l'enfant sur ses sensations et de respecter ses émotions.

La séparation enfant-parents lors des soins ou du transport est en général très douloureuse pour l'enfant comme les parents. C'est l'enfant qui reste le moins apte à comprendre, à intégrer et à vivre cette séparation. Ne pas oublier de prendre le « doudou » s'il existe. Pour les parents, elle renforce les sentiments d'impuissance, de peur et d'angoisse : interrogation face au devenir de leur enfant. Il faut alors expliquer et justifier cette séparation.

7. Quelques symptômes ou étiologies d'urgences chez les enfants :

7.1. Les traumatismes :

a. Définition [11]

L'OMS définit le traumatisme comme, « une exposition aigue à des agents physiques tels que l'énergie mécanique, la chaleur, l'électricité, les agents chimiques ou les radiations ionisantes, qui interagissent avec le corps dans des quantités ou des taux excédant le seuil de tolérance humaine. Dans certains cas, (par exemple, la noyade ou le gel), les traumatismes proviennent du manque soudain d'un élément essentiel tel que l'oxygène ou la chaleur »

Les traumatismes sont répartis en deux groupes :

- Les traumatismes intentionnels qui comprennent les suicides et tentatives de suicide, les agressions et violences, les faits de guerre.
- Les traumatismes non intentionnels qui constituent les accidents et que l'on répartit en accidents de la circulation, accidents du travail, accidents de la vie courante (AcVC). Cette dernière se définit comme un traumatisme non intentionnel, qui n'est ni un accident de la circulation, ni un accident du travail. Ce sont « des accidents survenus au domicile ou dans ses abords immédiats, sur les aires de sport ou de loisirs, et à l'école ». Les AcVC sont répartis selon le lieu où l'activité de l'accidenté au moment de sa survenue. On distingue :
 - Les accidents domestiques (AD), survenus à la maison ou dans ses abords immédiats : jardin, garage, cour, et autres dépendances ;
 - Les accidents scolaires (AS), incluant les accidents survenant lors du trajet, durant les heures d'éducation physique et dans les locaux scolaires ;
 - Les accidents de sport et de loisirs.

b. Caractéristique du processus lésionnel

➤ Traumatismes de la peau [12]

- Plaies :

Toute solution de continuité de la peau ou des muqueuses avec atteinte plus ou moins importante des tissus sous-jacents ;

- Hématome :

Il s'agit d'une collection de sang plus ou moins importante siégeant dans le tissu conjonctif lâche et peut être superficiel ou profond ;

- Ecchymose :

C'est une tache multicolore, tantôt rouge, noire, violette, bleue, verdâtre ou jaune qui résulte de l'infiltration des tissus cellulaires par une quantité variable de sang ; elle peut apparaître sur la peau, les muqueuses ou sur les séreuses.

- Contusion :

Ce sont des lésions des tissus profonds (muscles, vaisseaux, nerfs, etc.) causées par des traumatismes avec meurtrissures des tissus sans rupture de la peau ;

- Brûlure :

C'est la lésion locale détruisant tout ou une partie du recouvrement cutané, et éventuellement les structures sous-jacentes produite par les agents thermiques, électriques, chimiques ou les radiations.

➤ Traumatismes ostéo-articulaires

- Fracture :

Toute solution de continuité au niveau d'un segment osseux ou d'un cartilage dur pouvant être complète ou incomplète avec ou sans déplacement des fragments ;

- Luxation :

C'est un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les rapports qu'elles entretiennent normalement l'une avec l'autre ;

- Entorses :

➤ **Traumatismes abdominaux et thoraciques**

➤ **Traumatismes crâniens**

7.2. Les convulsions :

Il s'agit de contractures brusques et involontaires des muscles, qui surviennent au moment des crises. [13]

C'est un symptôme neurologique fréquent en consultation pédiatrique, il constitue dans 47,2%, le premier motif de consultation, selon TRAORE A. [14] et à cet égard dans 21,6% le deuxième motif de consultation selon SY O. [31]

a. Mécanismes : [13]

De nombreux mécanismes ont été évoqués. On insiste sur le déficit central en GABA (acide gamma amino-butyrique) qui est un acide aminé neuromédiateur inhibiteur supra-spinal. La genèse des convulsions est une augmentation de l'excitabilité d'un foyer du cerveau, due à une dépolarisation excessive qui peut ensuite se propager ou non à l'ensemble du cerveau. Pour éviter cette tendance à la dépolarisation, on renforce la polarisation cellulaire soit en inhibant l'entrée de sodium soit en favorisant l'entrée du chlore.

b. La clinique des convulsions : [13]

- La crise tonico-clonique généralisée :

Elle comporte une phase de perte de connaissance initiale, une phase tonique, (parfois seule manifestation critique) et une phase clonique avec secousses rythmiques bilatérales et symétriques des membranes.

- Les crises partielles :

Elles témoignent plus souvent d'une lésion cérébrale. Ce type de crise informe parfois sur le siège de la lésion cérébrale. Les crises motrices partielles sont plus fréquentes ; et les autres types de crises sont difficiles à reconnaître chez le nourrisson du fait de l'âge de celui-ci. Ces crises peuvent laisser un déficit postcritique transitoire, et les types partiels ou limités peuvent être associés à des formes simples ou généralisées.

- Les crises frustres ou atypiques :

Ces crises ne comportent pas de clonies, elles peuvent se résumer à une phase tonique, à une hypotonie transitoire, ou à une brève perte de connaissance, soit isolée, soit souvent accompagnée de cyanose. Le diagnostic en est souvent difficile, et la description par l'entourage peu utilisable.

c. Etiologies : [13]

Chez le nourrisson les causes sont variables :

- La fièvre : Quel que soit l'aspect de la crise convulsive, l'étiologie de la fièvre doit être recherchée. En effet, l'apparition de la crise convulsive peut être liée à la fièvre elle-même (convulsion hyper-pyrétique). Il faut donc rechercher, une méningite, une encéphalite, le neuropaludisme, les abcès cérébraux.

En l'absence de fièvre, d'autres étiologies sont recherchées ; telles l'épilepsie ou les encéphalopathies néonatales.

- Les troubles métaboliques : Les états de déshydrations sévères, les cas d'hypoglycémie, les maladies métaboliques, dont les glycogénoses, la fructosémie et la galactosémie.

- Les intoxications aiguës : certains médicaments (la théophylline, les phénothiazines et les antidépresseurs IMAO . . .)

- Les traumatismes crâniens : l'hématome sous dural.

d. Traitement d'urgence des convulsions :[13]

Diazépam : injection intra rectale de 0,5 mg/kg (1 ampoule =2 ml =10 mg) ou injection intraveineuse lente de 0,5 mg/kg avec possibilité de ventilation manuelle (risque d'apnée)

En cas d'échec ou récurrence après 5 minutes : 2ème dose de 0,5 mg/kg à renouveler jusqu'à une dose totale de 2 mg/kg.

En cas d'échec ou de récurrence, dose de charge de *Phénobarbital* : 15 mg/kg en 20 minutes (1 ampoule = 1 ml =40 mg) dilué dans du sérum physiologique. Puis éventuellement *Dilantin* si persistance des convulsions : 15 mg/kg I.V en 15 minutes dilué dans du sérum physiologique (1 ampoule = 5 ml = 250 mg) en dose de charge.

7.3. Le coma : [16 ; 17]

Le coma est un état caractérisé par la perte de conscience et la perte plus ou moins importante des fonctions de relation : sensibilité et motricité. Toutefois, certaines fonctions végétatives qui entretiennent la nutrition sont conservées.

Cet état intermédiaire entre la vie et la mort, pose aux médecins des problèmes difficiles, car les techniques de réanimation et d'assistance physiologique (ventilation artificielle, alimentation parentérale et entérale) leur donnent la possibilité de maintenir en vie, mais à grand frais, des sujets dont ils ne peuvent sans hésitation prédire des chances de guérison.

a. Evaluation de la profondeur du coma :

Pour apprécier la profondeur du coma chez l'enfant ; on utilise l'échelle de BLANTYRE (Tableau 1), ou l'échelle de GLASGOW adaptée à l'enfant (Tableau 2) ou celle de BICETRE (Tableau 3).

Tableau 1 Echelle de BLANTYRE [13]

Mouvements oculaires	Bien adapté	1
	Inadaptés	0
Réponse verbale	Cri adapté	2
	Gémissements ou cris inadaptés	1
	Pas de réponse	0
Réponse motrice (membres)	Localise un stimulus	2
	Retire les membres	1
	Pas de réponse	0

Normal = 5 ; Obnubilation = 4 ; Coma = 3 à 2

Coma profond ou mort clinique = 1 à 0.

Tableau 2 : Echelle de GLASGOW

Ouverture des Yeux	Réponse verbale	Réponse Motrice	
		Aux ordres	6
	Normale	Orienté (localisatrice)	5
Spontanée,	Confuse	Evitement (retrait)	4
Aux ordres	Incohérente	Flexion (décortication)	3
A la douleur	Incompréhensible	Extension (décérébrée)	2
Pas de réponse	Pas de réponse	Pas réponse	1

Normal =15 ; Obnubilation ou somnolence =14 à 9; Coma< où =8.

Tableau 3 : Echelle de BICETRE [13]

Ouverture des yeux (exclusive)	Spontanée + poursuite oculaire	5
	Spontanée	2
	Provoquée	1
	Aucune	0
Réactivité motrice (exclusive)	Localisatrice	3
	Flexion	2
	Extension	1
	Aucune	0
Diamètre pupillaire (exclusif)	Normal 2-3 mm	2
	Myosis : < 2 mm	1
	Mydriase : \geq 4 mm	0
Réactivité du tronc cérébral (cumulatif)	Grimace	4
	Photomoteur	3
	Cornéen	2
	Toux ou ventilation spontanée	1
	Aucun	0

Échelle qui évalue la profondeur du coma d'un jeune enfant et qui est adaptée pour des malades intubés car elle ne prend pas en compte les réponses verbales mais fait une large part aux réflexes du tronc cérébral.

Le total des points va de 0 (coma extrême) à 20 (éveil). Les points concernant le tronc cérébral doivent être additionnés. Ce score prend en considération le caractère central ou périphérique des anomalies constatées. Il peut être utilisé chez le nourrisson à partir de l'âge de six mois. [19]

0 = Mort cérébrale

0-10 = Coma avec atteinte du tronc cérébral

10-20 = Coma sans atteinte du tronc cérébral

20 = Absence du Coma.

b. Conduite pratique de l'examen devant un coma chez l'enfant [20] :

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.
- Rechercher des complications :
 - Troubles neurovégétatifs : l'hypoventilation, l'encombrement, la bradycardie, les troubles du rythme, l'hypertension artérielle, la dilatation aiguë de l'estomac, le globe vésical ;
 - Signes d'engagement : l'approfondissement rapide du coma, la paralysie du III unilatérale (temporal) ou torticolis (amygdales cérébelleuses).

c. Les principales étiologies

- Causes infectieuses (avec œdème cérébral) :
 - Le paludisme grave ;
 - La méningite ;
 - L'encéphalite.
- Causes Métaboliques :
 - La déshydratation sévère ;
 - L'hypoglycémie ;
 - Le coma hépatique ;
 - L'hyper natrémie.
- Causes toxiques :
 - Les salicylés, Neuroleptiques et tranquillisants ;
 - Les opiacés surtout la codéine dans les antitussifs ;
 - L'alcool éthylique.
- Coma post critique surtout épileptique.
- Coma post traumatique.

d. Les Mesures de réanimation en urgence :

- Pose de la perfusion sur la base de 1 litre/ m² / jour ;
- Mise en place d'une sonde gastrique pour l'alimentation entérale ;
- Mise en place d'une sonde vésicale pour évaluer la diurèse ;
- Position proclive de 30° en absence de choc ;
- Support ventilatoire dès qu'il existe une atteinte axiale ;
- Traitement de toute insuffisance circulatoire ;
- Nursing.

Ces mesures générales seront associées aux mesures spécifiques en fonction de l'orientation étiologique.

7.4. La fièvre : [21]

a. Définition :

En pratique, on parle de fièvre si la température centrale dépasse 37,5°C le matin au réveil ou 38°C le soir chez l'enfant ayant une activité physique normale. Chez le nourrisson, on peut retenir comme limite 37,7 à 37,8°C le soir. La fièvre est dite modérée jusqu'à 38,5°C, elle est élevée entre 38,5 et 40,5°C et sévère au-delà de 40,5°C.

Le niveau atteint par la température ne témoigne pas pour autant de la gravité de sa cause ou de sa tolérance.

b. Mesure de la température :

La mesure de la température centrale, doit être faite dans de bonnes conditions et la voie rectale est la plus fiable.

Cependant, chez le nouveau-né et certains nourrissons à risque, la température axillaire donne de bon résultat à condition de prendre la température pendant 3 minutes (on ajoute ensuite 0,5°C au chiffre obtenu). La règle est identique pour la voie buccale.

c. Conduite pratique devant une fièvre aiguë chez le nourrisson :

Il faut évaluer la tolérance de la fièvre

Tableau 4 : Evaluation de la tolérance de la fièvre

Eléments d'évaluations	Tolérance	
	Bonne	Mauvaise
Faciès	Vultueux	Pâle, Gris, cyanose
Conscience	Normale	Somnolence
Cris	Vigoureux	Plaintifs, geignards
Téguments	Erythrosiques, chauds	Marbrures, extrémité froides
TRC	Immédiat	Allongé >3 seconde

Apprécier les principaux risques ou complications :

- La déshydratation s'explique par l'augmentation des pertes hydriques.
- Les convulsions, surviennent toujours lorsque l'ascension thermique est rapide et non lorsque l'équilibre est atteint. 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 supérieure ou égale à 39,0°C chez le nouveau-né et supérieure ou égale à 41,0°C chez le nourrisson et l'enfant, le collapsus, les signes cliniques de déshydratation, des atteintes neurologiques et polyviscérales.

d. Etiologies :

Une fièvre bien tolérée fera rechercher : une infection ORL, broncho-pulmonaire, urinaire ou une vaccination récente.

Une fièvre mal tolérée doit faire redouter : une méningite purulente, une hyperthermie majeure etc.

e. Traitement de la fièvre :

Lutter contre le réchauffement : elle vise à maintenir une température ambiante modérée (18 à 20,0°C) et à découvrir l'enfant. La glace, les enveloppements et le bain frais sont dangereux, car la vasoconstriction cutanée entrave la thermolyse.

Les antipyrétiques : Trois médicaments peuvent être proposés :

- Aspirine : Elle réduit la synthèse des prostaglandines E2, par blocage de la cyclo-oxygénase, responsable de la formation de l'acide arachidonique.

Elle a comme avantage de s'allier un effet antipyrétique, un effet anti-inflammatoire.

Elle est administrée en raison de 10 à 13 mg /kg toutes les 4 à 6 heures, soit 60 à 80 mg/kg/24 heures.

- Paracétamol : Il agit également au niveau des prostaglandines, mais il n'a aucun effet anti-inflammatoire.

Il est administré en raison de 15 mg/kg toutes 6 heures soit 60 mg/kg/24 heures.

- Ibuprofène: C'est un anti-inflammatoire dérivé de l'acide propénoïque. Comme l'aspirine, il a donc un effet anti-inflammatoire, analgésique et antipyrétique.

Il est administré à raison de 7 à 10 mg / Kg toutes les 6 heures soit 40 mg/kg/24 heures. Tous ces médicaments modifient la réponse de l'hypothalamus au pyrogène, d'où un abaissement du point d'équilibre thermique.

7.5. La détresse respiratoire [21 ; 22]

Elle est la traduction d'une insuffisance respiratoire aiguë, rapidement progressive avec polypnée à l'air ambiant. C'est une urgence qui en l'absence de traitement adéquat peut entraîner un arrêt cardiaque brutal par hypoxie, source de séquelles neurologiques graves.

La détresse respiratoire est facilement évoquée devant des troubles du rythme de l'ampliation respiratoire des signes de lutte (battements des ailes du nez, tirages)

Les principales causes sont de 4 types : obstruction des voies aériennes, les maladies pulmonaires, et enfin les causes centrales et neuromusculaires.

On recherche des signes de gravité témoignant d'une asphyxie (cyanose, tachycardie, hypertension artérielle, sueurs, troubles de la conscience) au maximum des signes d'épuisement (bradycardie, disparussions des signes de lutte respiratoire, gasps), qui nécessitent une intubation et une ventilation mécanique en urgence.

La reconnaissance d'une détresse respiratoire se fera sur la base d'une évaluation clinique et ou par la mesure transcutanée de la saturation sanguine en oxygène.

L'évaluation clinique rapide concerne :

a. La fréquence respiratoire

La tachypnée constante est souvent la première manifestation d'une détresse respiratoire chez le jeune enfant. Isolée, elle peut également refléter la compensation respiratoire d'une acidose métabolique.

Les normes par rapport à l'âge sont indiquées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Les normes de la fréquence respiratoire selon l'âge :

Age	Fréquence respiratoire/ minute
Nouveau-né à 3 mois	40 – 60
3 mois-2 ans	30 – 40
2 ans-10 ans	20 – 30
Sup. à 10 ans 12 – 15	12 –15

b. La mécanique respiratoire :

L'augmentation des efforts respiratoires découle d'une diminution de la compliance pulmonaire (pneumonie).

Il faut être attentif à la symétrie du murmure vésiculaire ou à une diminution de l'entrée d'air (auscultation dans les creux axillaires) ainsi qu'aux ampliatiions thoraciques.

c. L'évaluation de la coloration cutanée :

Cette évaluation doit tenir compte de la température ambiante. Un enfant bien oxygéné et bien perfusé a ses extrémités roses et chaudes.

Si la perfusion se détériore, ses extrémités vont devenir fraîches, pâles, puis grisâtres et moites.

La cyanose centrale n'apparaît que si 50g /l d'hémoglobine soient réduits; elle peut donc être absente chez l'enfant sévèrement anémié, malgré une hypoxémie sévère.

La cyanose dépend également de la perfusion périphérique et de la consommation en oxygène des tissus.

Ainsi, un sujet atteint de polyglobulie présentera plus rapidement une cyanose.

L'oxymétrie transcutanée sera d'une aide facile et précieuse pour mesurer la saturation de l'hémoglobine en oxygène.

d. Principes du traitement d'urgence :

Outre le traitement étiologique, il y a le traitement symptomatique, il est fondamental :

- Position demi-assise ;
- Surveillance clinique et gazométrique ;
- Oxygénothérapie : par l'enceinte de HOOD ou par la lunette nasale ;
- Intubation et la ventilation mécanique en cas de signes d'asphyxie et ou d'hypercapnie (PaCO₂ supérieure à 8 kpa ou 60 mmhg) avec acidose (pH inférieur à 7,20).

e. Les signes biologiques :

Sur le plan biologique, il existe une hémococoncentration (augmentation de l'hématocrite et de la protidémie), une hyper, iso, ou hypoosmolarité (et ou natrémie), une acidose métabolique, une hypokaliémie, éventuellement une insuffisance rénale aiguë, fonctionnelle puis organique.

f. Principes du traitement

Le traitement repose sur la réhydratation, précédée dans les formes sévères avec choc par une expansion volémique. La réhydratation peut être orale dans les diarrhées avec déshydratation légère, elle doit être intraveineuse dans les formes sévères.

Les déshydratations aiguës hyperosmolaires doivent être traitées par réhydratation progressive (en 24-48H) du fait du risque d'œdème cérébral lors de la réhydratation au cas où l'hypoosmolarité est très rapidement corrigée, régulée.



METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Nous avons mené notre étude au service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali ; situé sur la rive droite du fleuve Niger, au quartier de Missabougou, en Commune VI du district de Bamako.

L'hôpital du Mali est un établissement de 3eme référence qui, selon la réglementation doit assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologique et sociaux du patient.

Il comprend essentiellement :

- Un bloc administratif comprenant les bureaux de la direction, la consultation externe, le bureau des entrées, la pharmacie hospitalière, les urgences et la réanimation ;
- Un bloc technique qui comprend le laboratoire, l'imagerie médicale, l'exploration fonctionnelle et le bloc opératoire ;
- Un bloc d'hospitalisation qui comprend la chirurgie (neurochirurgie, chirurgie thoracique et gynécologie), la médecine (l'endocrinologie et la pédiatrie) ;
- Un bloc de radiothérapie.

Le service d'accueil des urgences est situé au côté ouest de l'hôpital.

Le dit service n'est pas très spacieux, composé de :

- Une grande salle d'accueil renfermant cinq (5) box, avec un lit (brancards) par box et aussi sept (7) lits dans les allées ;
- Une salle de soins avec trois (3) tables ;
- Une salle de déchoquage avec deux (2) tables ;
- Deux (2) salles UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée, homme et femme) chacune ayant quatre (4) lits d'hospitalisation ;
- Le bureau du médecin chef de service ;

- La salle des médecins ;
- Le bureau de l'infirmier major ;
- Une salle des infirmières.

Le service des urgences a pour mission d'accueillir et d'apporter des soins d'urgence pour la stabilisation des malades en état d'urgence médico-chirurgicale. Après quoi ces malades sont orientés dans un service spécialisé pour une meilleure prise en charge en fonction de leur état pathologique.

On y fait de la prise en charge en ambulatoire mais aussi avec hospitalisation si nécessaire.

Le service travaille en parfaite collaboration avec les services disponibles à l'hôpital à savoir : La neurochirurgie, la chirurgie thoracique, l'endocrinologie, la gynécologie, la radiothérapie, la réanimation, le bloc opératoire, le service de médecine, le laboratoire et l'imagerie médicale.

Le service travaille 24h/24h et 7jours/7. Il est organisé de telle sorte que : La permanence de 08 à 15h30 soit assurée par le chef de service, deux médecins fonctionnaires, trois médecins contractuels, trois étudiants en année de thèse, et cinq infirmiers dont un surveillant de service (major), des étudiants stagiaires de la faculté de médecine, quatre brancardiers, deux techniciens de surfaces et un vigile à la porte d'entrée du service.

La garde est assurée par : Un médecin, un étudiant en année de thèse, un étudiant stagiaire, cinq infirmiers dont un administrateur de garde (major de garde), deux brancardiers, et un vigil a la porte.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale, et a porté sur les patients âgés de zéro (0) à quinze (15) ans admis au SAU de l'hôpital du Mali.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2019 au SAU de l'hôpital du Mali.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur tous les patients pédiatriques (les enfants âgés de 0 à 15 ans) ayant eu recours au service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali durant notre période d'étude.

5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les enfants âgés de 0 à 15 ans admis au service d'accueil des urgences durant la période d'étude.

6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude les patients âgés de plus de 15 ans admis au service d'accueil des urgences ; les enfants âgés de 0 à 15 ans admis au service d'accueil des urgences en dehors de notre période d'étude ; et les enfants dont les parents n'ont pas voulu adhérer à l'étude.

7. Collecte des données :

Pour la collecte des données nous avons exploités les renseignements mentionnés sur les fiches accueil tri, les dossiers des malades et complétés par l'interrogatoire du malade, de la famille ou des accompagnants ou de l'équipe d'évacuation.

8. Les supports utilisés pour la recherche :

- Revues de la littérature ;
- Articles et publications médicales ;
- Livres de médecine ;
- Les sites médicaux.

9. Les variables :

Nous avons étudié les variables suivantes :

a. Variables sociaux démographiques :

Elles ont été étudiées en fonction de l'âge, le sexe, la scolarisation, la résidence, l'heure d'arrivée, le mode de transport, le mode d'admission, et la profession

des parents. L'âge a été réparti en trois tranches d'âge comme suit : 0 à 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 15 ans.

b. Les variables cliniques

Les données cliniques suivantes ont été utilisées :

- Le motif de recours ;
- Le type d'urgence ou pathologie
- La classification clinique du malade aux urgences a été utilisée et les différentes situations cliniques ont été regroupées comme suit : CCMU5/ CCMU4 → urgences absolues, CCMU3/ CCMU2 → urgences relatives, CCMU1 → pas d'urgence ;
- L'orientation après l'examen initial à l'admission ;
- Le diagnostic ;
- Type de prise en charge ;
- Durée de séjour ;
- Mode de sortie.

10. Analyse et saisie des données :

Nos données ont été analysées avec le logiciel SPSS version 21 et saisie avec le logiciel Microsoft office Word 2013.

$P < 0,05$ est considéré comme significatif pour toutes les procédures.

11. Question d'éthique

Le secret médical et le secret de confidentialité ont été respectés, le consentement parental a été aussi obtenu pour l'utilisation des données.



RESULTATS

V. RESULTATS

Nous avons colligé durant la période d'étude 529 enfants âgés de 0 à 15 ans sur 6517 passages dans le service. Parmi lesquels, 458 répondaient aux critères d'inclusion de l'étude soit une fréquence de 8,12%.

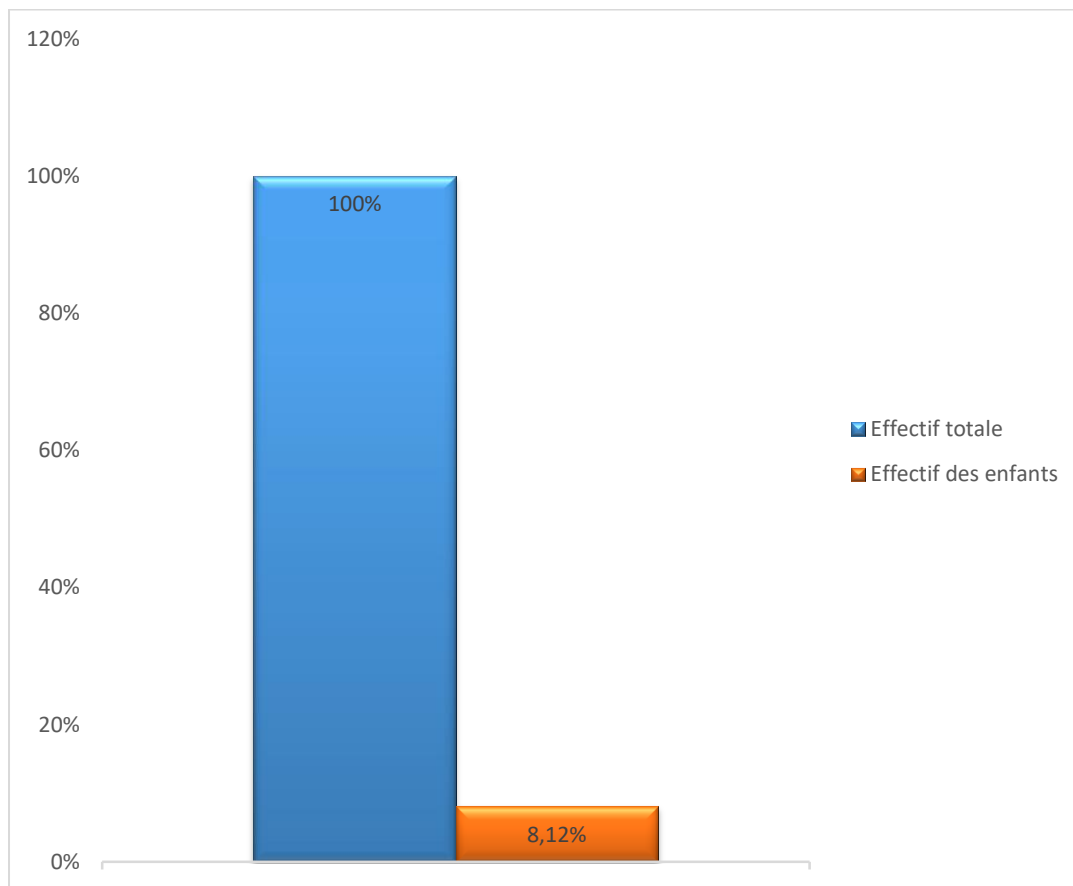


Figure 1 : proportion des enfants aux urgences polyvalentes

Les enfants de 0 à 15 ans ont représentés 8,12% des admissions durant la période d'étude.

1. Données sociaux démographiques :

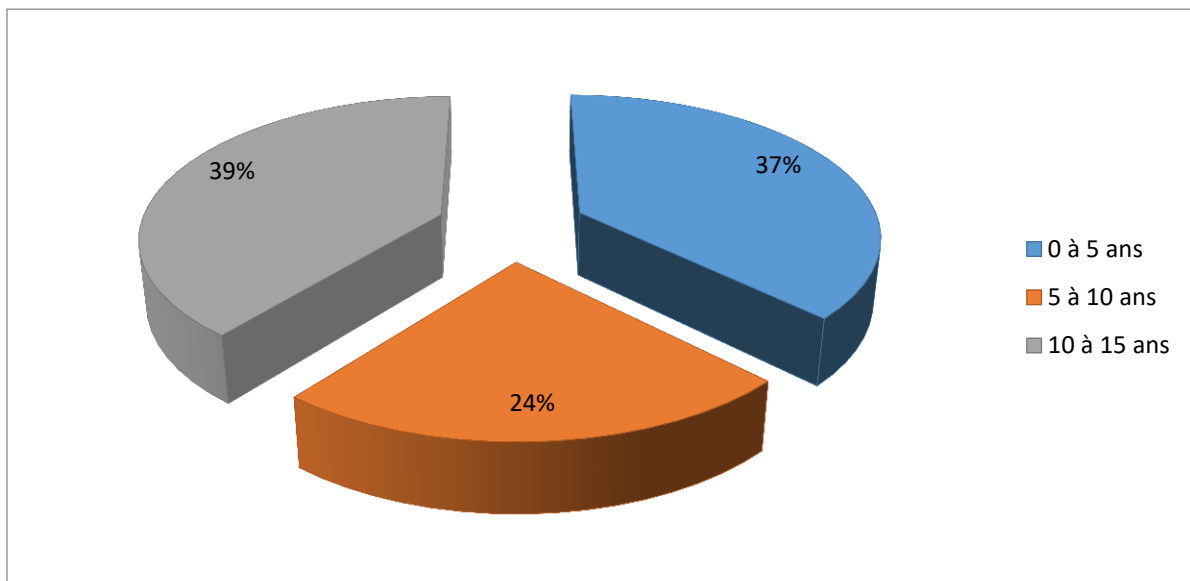


Figure 3 : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge

La tranche d'âge de 10 à 15 ans a été la plus représentative avec 39% des cas.

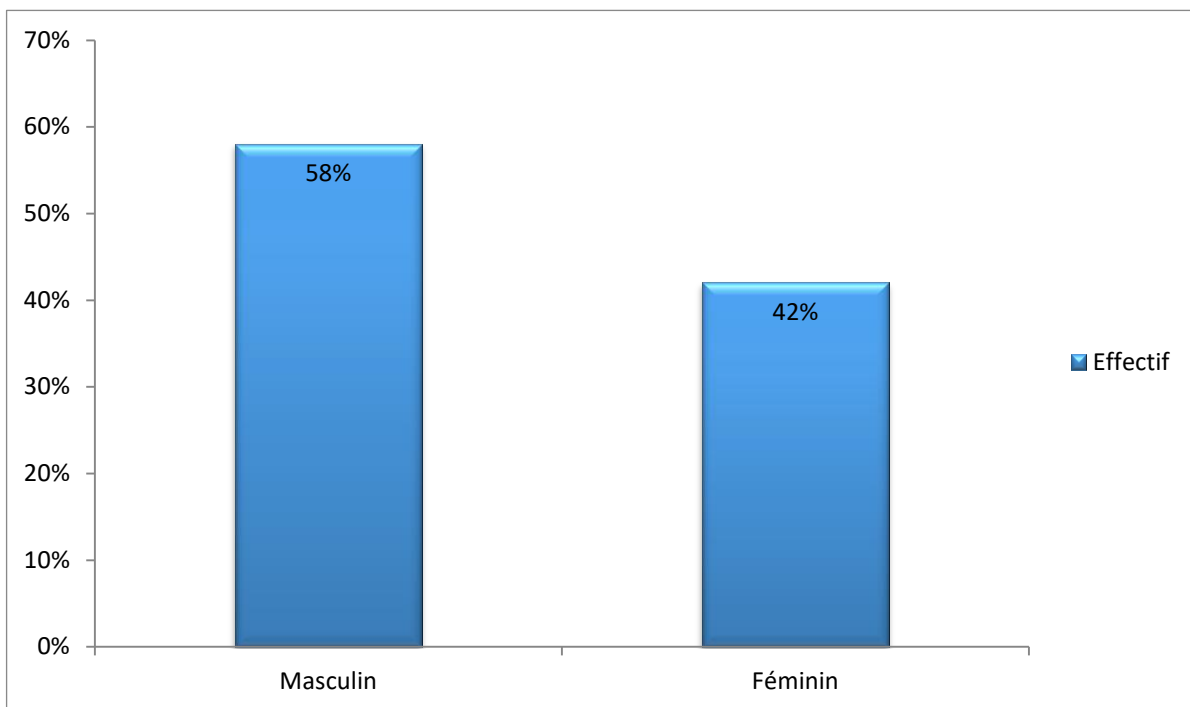


Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin a représenté 58% des cas. Avec un sex-ratio de 1,36.

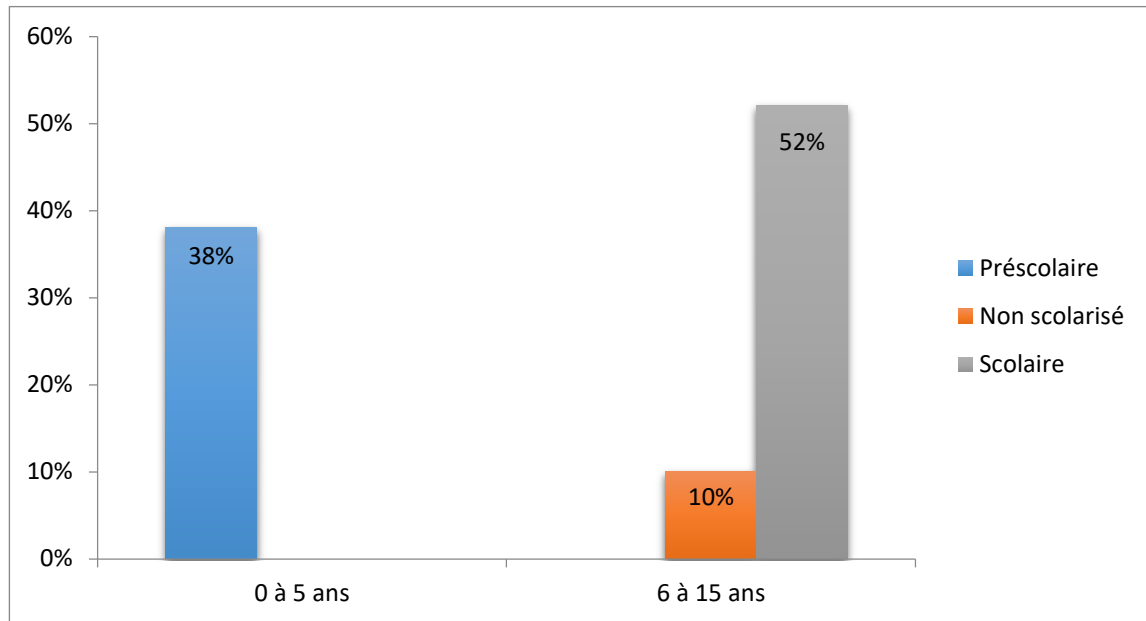


Figure 4: Répartition des patients en fonction de la scolarisation

10% des patients étaient non scolarisés

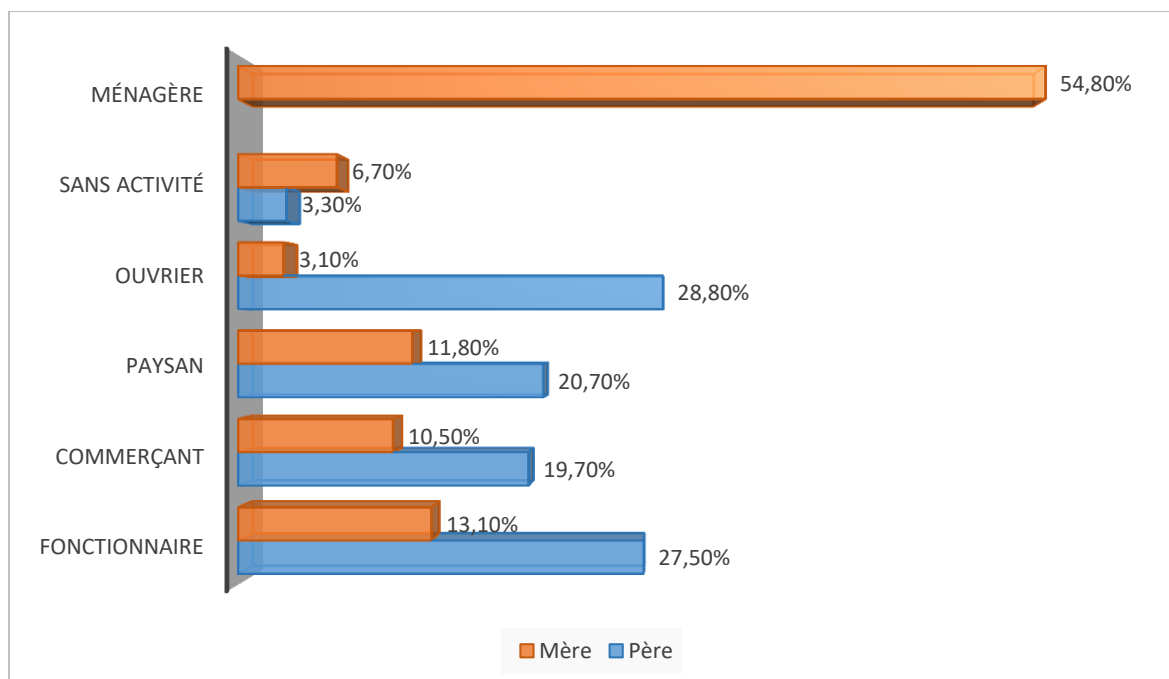


Figure 5 : Répartition des patients selon l'occupation des parents

Les ouvriers représentaient 28,8% chez les pères et 54,8% des mères étaient des ménagères.

Tableau 6 : Répartition des patients selon la fratrie :

Fratrie	Patient	Pourcentage
Enfant unique	9	2,0
Deux enfants	92	20,0
Trois enfants	124	27,1
Plus de trois enfants	233	50,9
Total	458	100%

Les enfants appartenant à des familles qui ont plus de trois enfants représentaient 50,9% des cas durant la période d'étude.

Tableau 7 : Répartition des patients en fonction de leur résidence :

Provenance	Patient	Pourcentage
Commune I	19	4,1
Commune II	6	1,3
Commune III	2	0,4
Commune IV	5	1,1
Commune V	10	2,2
Commune VI	235	51,3
Hors Bamako	181	39,5
Total	458	100,0

Les patients venant hors de Bamako représentaient 39,5% des cas

Tableau 8 : Répartition des patients en fonction de la période d'admission :

Période d'admission	Patient	Pourcentage
08H-16H	247	53,9
16H-00H	98	21,4
00H-08H	113	24,7
Total	458	100,0

Il ressort de notre étude que 53,9% des patients ont été admis entre 08H-16H.

Tableau 9 : Répartition des patients en fonction des vecteurs d'évacuation :

Vecteurs d'évacuations	Patient	Pourcentage
Taxi/véhicule/moto	251	54,8
Sapeurs-pompiers	141	30,8
Ambulance civile	66	14,4
Total	458	100,0

54,8% des patients sont venus au service par taxi, véhicule ou moto.

Tableau 10 : Répartition des patients en fonction du mode d'admission :

Mode d'admission	Patient	Pourcentage
Admission directe	182	39,7
Référence/évacuation	276	60,3
Total	458	100,0

Les admissions par référence/évacuation ont représenté 60,3% des cas.

2. Données cliniques :

Tableau 11 : Répartition des patients en fonction du motif de recours :

Motif d'admission	Patient	Pourcentage
AVP	223	48,7
AcVC	159	34,7
Douleur	22	4,8
Coups et blessures	14	3,1
Dyspnée	7	1,5
Altération de la conscience	13	2,8
Fièvre	13	2,8
Convulsions	7	1,5
Total	458	100,0

Les AVP ont représenté 48,7% des cas durant la période d'étude.

NB : les AcVC (accidents de la vie courante) regroupent, les chutes (63 cas) ; les accidents scolaires et les accidents de sport ou de loisirs (39 cas) ; les brûlures (31 cas) ; les morsures de serpent (15 cas) ; les corps étrangers (5 cas) ; les noyades (4 cas) ; le coup de sabot (1cas) ; et le coup de corne (1cas).

Tableau 12 : Répartition des patients en fonction du type d'urgence ou pathologie rencontré :

Type d'urgence		Patient		Pourcentage	
Médicale		58		12,7	
Chirurgicale	Traumatique	381	401	83,2	87,3
	Non traumatique	20		4,1	
Total		458		100,0	

Les urgences chirurgicales ont représenté 87,3% des cas durant la période d'étude.

Tableau 13 : Répartition des patients selon la CCMU à l'admission :

CCMU	Patient	Pourcentage
CCMU1	125	27,3
CCMU2	71	15,5
CCMU3	165	36,0
CCMU4	74	16,2
CCMU5	5	1,1
CCMU D	18	3,9
Total	223	100,0

Après l'examen initial à l'admission 36% des patients étaient classés CCMU3.

Tableau 14 : Répartition des patients selon la CCMU et l'orientation au sein du SAU:

CCMU	Orientation au sein du SAU			Total
	Box de soins	SAUV	UHCD	
CCMU1	125	-	-	125
CCMU2/CCMU3	187	-	49	236
CCMU4/CCMU5	-	31	48	79
Total	312	31	97	440

P<0, 0001

Il y avait une corrélation entre la CCMU et l'orientation des malades au sein du SAU avec $P < 0,0001$.

NB : les **18** cas de décès constatés à l'arrivée (DCA) ont été directement orientés à la morgue d'où l'effectif de **440** dans le tableau.

3. Le diagnostic retenu :

Tableau 15 : Répartition des cas chirurgicaux selon le diagnostic retenu :

Diagnostic retenu	Patients (n = 401)	Pourcentage
Plaies et écorchures	138	34,4
TC	84	20,9
Fracture de membre	57	14,2
Brulure	31	7,7
Traumatisme indéterminé (DCA)	18	4,5
Polytraumatisme	16	4,0
Traumatisme thoracique	12	3,0
Traumatisme abdominale	10	2,5
Traumatisme maxillo-faciale	5	1,3
Traumatisme oculaire	4	1,0
Tumeur cérébrale	4	1,0
Abcès cérébral	3	0,7
Abdomen aiguë	9	2,3
Autres	10	2,5
Total	401	100

Les plaies et écorchures ont été les plus retrouvées avec 34,4% des cas.

NB : Parmi les diagnostics classés comme autres, nous avons deux (2) cas d'ingestion de clou, dont un intra-thoracique et un intra-abdominale ; deux (2) cas de corps étrangers dans les fosses nasales ; deux (2) cas de pleurésie ; deux (2) cas de kyste arachnoïdien un (1) cas d'ingestion de pièce de monnaie, localisée dans l'œsophage cervicale ; et un (1) cas de traumatisme anal.

Tableau 16 : Répartition des cas médicaux en fonction du diagnostic retenu :

Diagnostic	Patients (n = 57)	Pourcentages
Paludisme	19	33,3
Morsure de serpent	15	26,3
IRA	7	12,3
Intoxication alimentaire	6	10,5
Diabète compliqué	5	8,7
Cardiopathie	2	3,5
Crise d'épilepsie	1	1,8
Hémophilie	1	1,8
Eclampsie	1	1,8
Total	57	100,0

Le paludisme a représenté 33,3% des diagnostics retenus parmi les cas médicaux.

4. La prise en charge : (PEC)

Tableau 17 : Répartition des patients selon le mode de prise en charge :

Mode de prise en charge	Patients	Pourcentage
Médicale	286	62,2
Chirurgicale	154	33,8
Aucune (DCA)	18	3,9
Total	458	100,0

Les patients ayant bénéficié d'une prise en charge médicale ont représenté 62,2% des cas.

Tableau 18 : Répartition de patients selon l'urgence et le mode prise en charge :

Urgence	Mode prise en charge			Total
	Médicale	Chirurgicale	Aucune (DCA)	
Médicale	57	-	-	57
Chirurgicale	229	154	18	401
Total	285	154	18	458

P<0, 123

Il n'y a pas de corrélation entre l'urgence et le type de prise en charge au SAU avec un P < 0,123

5. Devenir des patients :

Tableau 19 : Répartition des patients selon la durée de séjour au SAU :

Durée de séjour	Patients	Pourcentage
Inférieur à 24 heures	307	67,0
Entre 24 & 48 heures	86	18,8
Entre 48 & 72 heures	36	7,9
Supérieur à 72 heures	29	6,3
Total	458	100,0

Les patients ayant séjournés moins de 24 heures dans le SAU ont représenté 67% des cas. La durée moyenne de séjour était de 23,23 heures avec des extrêmes allant de 0,17 heure à 140 heures.

Tableau 20 : Répartition des patients selon le devenir :

Devenir	Patients	Pourcentage
Guérison (sortie)	259	56,6
Complicé (Transfert en hospitalisation)	118	25,8
Référence	49	10,7
Décès	24	5,2
Sortie contre avis médical	8	1,7
Total	458	100,0

1,7% de nos patients sont sortie contre avis médical.

Tableau 21 : Répartition des patients selon le devenir en fonction de la durée de séjour :

Devenir	Durée de séjour				Total
	< 24H	24H-48H	48H-72H	>72H	
Exeat	215	31	10	3	259
Transfert	36	41	22	19	118
Décès	18	2	1	3	24
Sortie contre avis médical	4	2	1	1	8
Référence	34	10	2	3	49
Total	307	86	36	29	458

$P < 0,0001$

Il y avait une corrélation entre la durée de séjour et le mode de sortie avec un $P < 0,0001$.

Tableau 22 : Répartition des patients selon l'urgence en fonction de la durée de séjour :

Urgence	Durée de séjour				Total
	< 24H	24H-48H	48H-72H	>72H	
Médicale	40	11	5	1	57
Chirurgicale	268	73	31	29	401
Total	308	84	36	30	458

$P < 0,761$

Il n'y avait pas de corrélation entre le type d'urgence et la durée séjour au SAU ($P < 0,761$).

A decorative graphic of a scroll with a blue outline and grey shaded ends, framing the title text.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Proportion des enfants de 0 à 15 ans :

Notre étude a porté sur 528 patients, admis au SAU de l'Hôpital du Mali. Il représentait 8,12% des admissions. Ce résultat est inférieur à celui de OUOLOGUEM B. [27] dans son étude sur "l'épidémiologie des urgences pédiatrique au service des urgences-réanimations de l'Hôpital Gabriel Touré" en 1998 et celui de GOITA A. [4] dans sa thèse sur le "bilan médical de la première année d'activité du service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Gabriel Touré" en 2011, qui ont retrouvé respectivement 17% et 14,2%. Cette différence pourrait s'expliquer par la situation géographique de l'hôpital du Mali, situé dans un quartier périphérique du district de Bamako où la population est moins dense ; contrairement au CHU Gabriel Touré qui est situé au centre-ville.

2. Données sociaux démographiques :

2.1. Résidence :

Dans notre étude, la majorité des patients provenait de la commune VI du district de Bamako, soit 51% ; Cela s'expliquerait par le fait que l'hôpital du Mali est situé dans cette commune. Il est le seul hôpital de référence de la rive droite du district de Bamako, dont la plus accessible par des patients secourus par les sapeurs-pompiers, mais aussi les cas de référence provenant de cette rive.

2.2. L'âge :

Les enfants âgés de 10 à 15 ans étaient les plus représentés, soit 39%. Notre résultat diffère de ceux de BENDJAKA PRISO L. N. [23], dans sa thèse sur "les motifs de consultation chez les enfants de 0 à 15 ans dans le service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du CHU Gabriel Touré en 2010", et de KABORO M. et al. [29] dans une étude sur "les traumatismes par accident chez les enfants admis au service des urgences de l'hôpital général de référence de N'Djamena (Tchad)", en 2006, Qui ont retrouvé une sur-représentativité des enfants de 0 à 5 ans avec respectivement 30,8% et 46,74%. Cette différence

pourrait être liée au fait que nos études ont été mené dans des services à profil différents.

2.3. Le sexe :

Le sexe masculin a prédominé avec 58% des cas, avec un sex-ratio égale à 1,36. Cette prédominance masculine a été démontrée dans plusieurs séries de la littérature. [25-30] Ceci pourrait être lié à un comportement plus turbulent des garçons, volontiers, plus oppositionnels quant aux interdits, aux capacités plus athlétiques et le fait qu'ils sont plus autonomes comparativement aux filles, qui sont souvent confinées dans les tâches ménagères, ce qui pourrait expliquer leur faible représentation.

2.4. La scolarisation

Les enfants en âge de scolarisation n'allant pas à l'école représentaient 10% dans notre étude. Ce résultat est inférieur à celui de OULOGUEM B.[27] qui trouva 18% et de KANTA S. [26], dans son étude sur "les accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans admis au Service des Urgences Chirurgicales du CHU Gabriel Touré en 2007", qui trouva 16,31%.

2.5. Profession des parents :

La profession des parents semblent avoir une incidence concrète sur le mode de vie et la survenue de manifestations morbides chez leurs enfants.

Ainsi, il ressort de notre étude que les parents des enfants appartenaient, pour la plupart, à des classes sociales peu favorisées économiquement. En effet, les pères ouvriers, y étaient les plus nombreux, soit 28,8%. De même, les mères ménagères y étaient plus représentées soit 54,8%. Nos résultats sont superposables à ceux retrouvé par HAHUSSEAU A. [32] dans son étude intitulée, "le recours aux urgences pédiatriques est-il toujours justifié ?" Menée aux urgences pédiatriques de Clocheville (France) en 2015, où 36% des pères étaient ouvriers et 1/3 des mères étaient sans activités professionnelles.

2.6. La fratrie

Les enfants appartenant à des familles qui ont plus de trois enfants représentaient 50,9% des cas durant la période d'étude. Ce résultat est superposable à celui trouvés par KABORO M. et al. [29] selon lequel, 43.34% des enfants ont appartenu à des familles qui ont un nombre d'enfants supérieur ou égal à 5. Cela pourrait s'expliquer par le fait que quand les enfants sont nombreux dans les familles la surveillance est souvent moins rigoureuse.

3. Période d'admission :

La plupart de nos patients, soit 59,4% des cas, a été reçus entre 08H et 16H.

Nos résultats diffèrent de ceux d'EJLAIDI A. [33] dans son étude intitulée, "enquête multicentrique sur les urgences pédiatriques", en 2010 au Maroc, qui retrouva 46,25% des cas, entre 08H et 16H ; et de TRAORE I.Y. [20] dans sa thèse sur "les urgences pédiatriques au centre de sante de référence de la commune V de Bamako", qui retrouva 79,1% des cas, entre 14 H et 23H.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les pathologies traumatiques sont plus fréquentes pendant la journée par rapport à la nuit où la population est moins active.

4. Mode d'admission

La majorité de nos admissions dans le service étaient des références/évacuations, soit 60,3% des cas.

Notre résultat est plus élevé que celui de HAHUSSEAU A. [31] qui retrouva 41% des cas et à celui de OULOGUEMB. [27] qui retrouva 13,9% cas.

Ceci pourrait être dû au système d'évacuation des accidentés par les pompiers dans notre pays, où toutes les victimes sont amenées directement au SAU, sans aucun triage au préalable.

5. Motifs de recours :

Les patients victimes d'AVP étaient majoritaires dans notre étude, soit 48,7% des cas. OULOGUEMB. [27] avait obtenu un résultat plus élevé soit 53,6% des cas.

Cette différence pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des AVP au centre-ville de Bamako, dû à l'insuffisance ou au mauvais état des infrastructures routières, mais aussi à la méconnaissance ou au non-respect du code de la route par la plupart des usagers.

Les CBV ont représenté 3,1% des cas. OULOGUEMB. [27] avait trouvé 5,7% des cas. Ceci expliquerait que même les enfants ne sont pas épargnés par la généralisation de la violence dans notre pays.

6. Type d'urgence (pathologie) :

La pathologie traumatique a été la plus retrouvée dans notre étude soit 83,2% des cas. OULOGUEMB. [27] avait obtenu presque le même résultat soit 81% des cas. Notre résultat est largement différent de celui de KABORO M. et al. [29] soit 17,08% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, les urgences médicales pédiatrique sont directement dirigées vers le service de pédiatrie dans la plupart des cas, alors que tous les cas chirurgicaux passent d'abord par le service des urgences.

7. Orientation des patients en fonction du CCMU au sein du SAU :

Au cours de notre étude, la majorité des patients avec 330 cas ont été orienté dans le box de soins parmi lesquels 125 cas étaient classés CCMU1 (pas d'urgence), 187 étaient classés CCMU2/CCMU3 (urgence relative) et 18 cas de DCA. Ce résultat pourrait s'expliquer, par le fait que l'état clinique de ces patients ne nécessitait en général plus de temps quant aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

8. Diagnostic retenu :

Parmi les cas chirurgicaux, les plaies et écorchures prédominaient, soit 34,4 % des cas suivi des TC avec 21% puis les fractures des membres avec 14,2% des cas. Nos résultats se rapprochent de ceux de KABORO M. et al. [29], Qui ont retrouvé une prédominance des plaies avec 59,75% alors que les principaux sièges des lésions ont été la tête et les membres avec respectives de 30% et 29,70% des cas.

Les cas médicaux étaient dominés par le paludisme soit 30,6%. Ce résultat diffère de celui de OUOLOGUEM B. [27], qui retrouva que 62,9% des cas médicaux étaient des abdomens aigues.

9. Mode de prise en charge :

Durant notre période d'étude 33,8% des cas ont bénéficié d'une PEC chirurgicale. Ce résultat diffère de celui trouvé par OUOLOGUEM B. [27], où 71% des cas ont bénéficié d'une PEC chirurgicale. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients ne nécessitaient pas de PEC chirurgicale ; mais aussi qu'il n'y avait pas de service de chirurgie pédiatrique à l'hôpital du Mali au moment de l'étude.

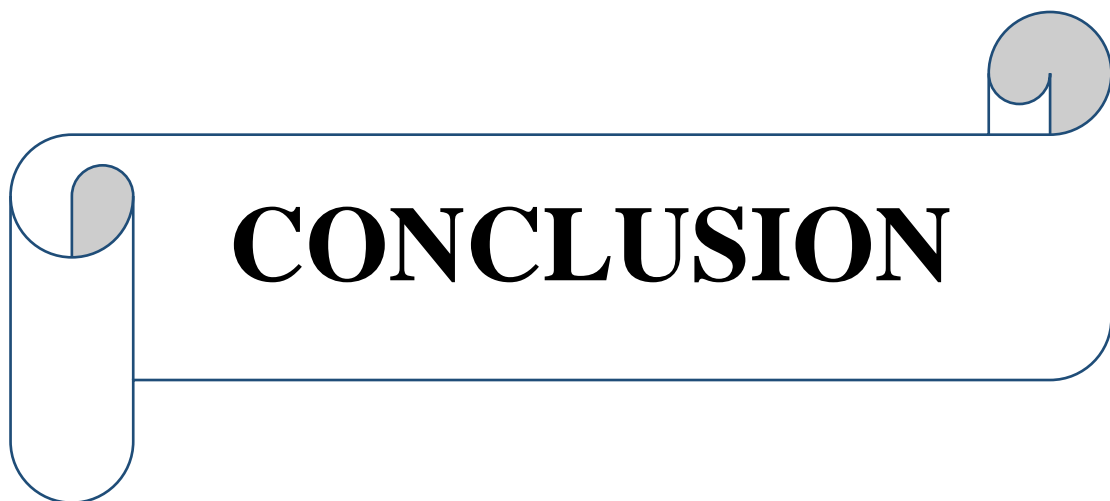
10. Durée de séjour :

La majorité de nos patients a séjourné moins de 24 heures aux urgences soit 308 patients correspondant à 67% des cas. La durée moyenne de séjour était de 23,23 heures avec des extrêmes de 0,17 heure et 140 heures.

11. Mode de sortie :

Après les premiers soins au service des urgences, les enfants ont été orientés dans les différents services en fonction de leur pathologie et de l'évolution de leur état clinique. 259 enfants, soit 56,6% ont été autorisés à rentrer à domicile après les premiers soins, 119 enfants, soit 26% ont été transférés dans d'autres services au sein de l'hôpital, 49 patients soit 10,7% ont été référés dans un autre hôpital et 8 soit 1,7% patients étaient sortis contre avis médical.

Au cours de cette étude il y a eu au total 24 décès : 18 cas DCA et 6 cas de décès au service des urgences. Ainsi, le taux de mortalité globale a été de 5,2%. Ce taux est superposable à celui retrouvé par KABORO M. et al. [29] au Tchad soit 4,95% des cas. Par contre il est largement inférieur à celui de OUOLOGUEM B. [27] soit 12,2% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, l'étude de ce dernier a concerné non seulement le service des urgences mais aussi le service de réanimation ; mais aussi par une durée de séjour moins élevée de nos patients au SAU soit 23,23 heures comme durée moyenne.



CONCLUSION

VII. CONCLUSION

Les motifs de recours des enfants de 0 à 15 ans au SAU polyvalent de l'Hôpital du Mali sont multiples. Les accidents restent le motif de recours le plus fréquent dans le service et touchent particulièrement les adolescents de 10 à 15 ans. Ces accidents sont dominés par les AVP et AcVC. Les enfants issus de familles défavorisées économiquement et les scolaires ont été les plus concernés. Les lésions à types de plaies et écorchures ont représentées les principales lésions accidentelles. Les enfants constituent une clientèle des urgences polyvalentes, certes moins représentée, mais tout aussi demandeuse d'une prise en charge efficiente que les autres tranches d'âge. Cette prise en charge passe par une véritable évaluation lors de leur passage dans le service qui ne peut se faire sans compétences adéquates. Elles doivent bénéficier comme les adultes des progrès de la médecine moderne.



RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS

A l'issue des résultats et des conclusions tirées, nous formulons les recommandations suivantes :

A la population :

-Veiller sur les enfants et sécuriser la cour de la maison au moment des travaux ménagers ;

-Ne pas laisser les objets dangereux à la portée des enfants dans la cour ;

-Accorder toujours une attention particulière aux enfants surtout aux adolescents.

Aux autorités politiques et administratives :

-Mettre à la disposition du personnel des urgences des matériels et équipements mieux adapté à la prise en charge des enfants ;

-Créer un service de chirurgie pédiatrique doté de matériels et équipements performants à l'Hôpital du Mali ;

-Enseigner aux enfants les règles de base de la sécurité routière à l'école.

-Au personnel de santé

-Mener des campagnes d'éducation afin de mieux guider les parents dans leur recours aux soins avec les enfants.

-Informé et sensibiliser le public sur les conduites à tenir en cas d'accident pour diminuer la gravité initiale de l'accident ;

-Respecter les mesures de référence des enfants selon les niveaux de la pyramide sanitaire du Mali ;

-Sensibiliser les parents afin qu'ils surveillent mieux leurs enfants et rendent moins dangereux leur environnement.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Organisation des Nations Unies. La Convention internationale relative aux droits de l'enfant. New York : ONU; 1989. <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx> (page consultée le 13 janvier 2020)

[2]DOMINGUES P., SIRIEZ J.-Y., DIA Y. Spécificités de la prise en charge des urgences médicales pédiatriques par une équipe de SMUR ou des urgences «adultes». Urgences 2007-SFMU-SAMU de France ; Chapitre39 : page 323-42. https://www.sfmur.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/39_domingues.pdf (page consultée le 11 juin 2019)

[3]MOUSSA M., MONS C., JOLY K. Comment gérer l'urgence pédiatrique vitale en SMUR et/ou aux urgences adultes ? (52^e congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmiers. Infirmier(e)s d'urgence). © 2010 Sfar https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/comment_gerer_une_urgence_pediatrique_vitale_en_SMUR_et_ou_aux_urgences_adultes.pdf

[4]GOÏTA A. Bilan médical de la première année d'activité du service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Gabriel TOURE [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2011. N°113

[5]TOBIE M. J. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest : Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge, axes d'amélioration [Thèse]. Médecine : France ; 2012. 99 p.

[6]Référentiels de Prise en charge hospitalière des urgences au Mali ; Avril 2015<http://www.sarmumali.org/index.php/item/22-referentiels-de-prise-en-charge-hospitaliere-des-urgences-au-mali>

[7]THOMAS A. Etude descriptive et rétrospective des motifs d'admission et diagnostics de sortie dans un service d'urgence : profil du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de tulle [Thèse].Médecine : France ; 2014. 105 p.

[8] BEGUE P. Fièvres Aiguës chez le nourrisson. In: Tounian, dir. Pédiatrie DCEM3.Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2000. p. 429-433.

[10] Psychologie et le Développement de l'enfant (CMEA-les dossiers de l'Infop) <https://www.etudier.com/dissertations/Developpement-Enfant-Dossier/79368064.html> (page consulté le 30 / 08 / 2019)

[9] Antoine Amélie L2., CR : Juliette Phélip. Particularités de la sémiologie chez l'enfant. In: Professeur Brigitte CHABROL, dir. Sémiologie générale 10 Nov. 2015. <http://www.aem2.org/wp-content/uploads/2011/05/Particularit%C3%A9-de-la-s%C3%A9miologie-de-lenfant.pdf>

[11] BEN AMAR N. Les facteurs associés aux accidents de la vie courante chez l'enfant (à propos de 363 cas) [Thèse]. Médecine : Royaume du Maroc ; 2019. N°36

[12] KANAKOMO D. Etude épidémiologique des décès par traumatisme au CHU Gabriel Touré [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2012. N°123

[13] DAFPE H. Urgences pédiatriques au service de pédiatrie de l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou [Thèse]. Médecine : Bamako; 2006. N°159

[14] COULIBALY B. Urgences médicales dans le service de pédiatrie du CHU-GT [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2006. N°265

[15] DAN V., HAZOUME F.A., AYIVI B., DOUMAKPAIS S., Prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant : aspects actuels et Perspectives d'avenir au Centre National hospitalier de Cotonou. Médecine Afr.Noire. 1991,38 (11).752-759

[16] COULIBALY. M.Z. Urgences Pédiatriques à l'hôpital Gabriel TOURE [Thèse]. Médecine : Bamako ; 1988. N°42

[17] DANIEL CAU. Les Urgences chez l'enfant, un souci devenu majeur. Pub. « Urgences Pratiques » : 16 juin 1999, Mis en Ligne le 5 Fév. 2001. www.snpeh.org/snpeh_urgence_cau_html (page consulté le 25/ 07 / 2019)

[18] Angélique Sentilhes-Monkam. Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest ? Exemple à l'hôpital principal de Dakar. Rev Santé Publique. 2011 ; 23 : 7-17

- [19] Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2019
- [20] TRAORE I. Y. Les Urgences Pédiatriques au centre de santé de référence de la commune V [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2012. N°29
- [21] DANIEL V., BISMUTH CH. Les Intoxications aiguës non médicamenteuses. Encycl Med Chir. (Paris France), Intoxications, pathologies du travail. 1600 IG 05, 1990
- [22] DEVICTOR D. Urgences en Pédiatrie : données chiffrées. In : Journées parisiennes de pédiatrie Paris, Flammarion. Médecines-Sciences, 1994 : 381-6.
- [23] BENDJAKA PRISO L. N. Motifs de consultation chez les Enfants de 0 à 15 ans dans le service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie du CHU Gabriel Touré, Bilan de mars à août 2009 à propos de 65 Cas [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2010. N°19
- [24] TOURE W. O. Accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans en commune I du district de Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2014. N°231
- [25] MOHAMED A.S. et al. Epidémiologie des accidents domestiques chez l'enfant à Dakar (Sénégal). Health Sci. Dis. 2019; 20 (5): 18-23
- [26] KANTA S. Accidents domestiques chez les enfants de 0 à 15 ans admis au Service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré du 1er Octobre 2006 au 31 Mars 2007 [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2008. N°104
- [27] OUOLOGUEM B. Epidémiologie des urgences des urgences pédiatriques au service des urgences et réanimations de l'hôpital Gabriel Touré (juin 1995 à mai 1996) [Thèse]. Médecine : Bamako ; 1998. N°36
- [28] FOUZIA HMAMI. Epidémiologie des urgences pédiatriques au niveau de la ville de Fes et régions [Mémoire]. Médecine : Maroc ; 2010. 45 p.
- [29] KABOROM. et al. Les traumatismes par accidents chez les enfants admis au service des urgences de l'hôpital général de référence de N'Djamena (Tchad). RAMUR. 2012 (2012-01-13T19:32:00Z)

[30] A. Mbika-Cardorelle, A.R. Okoko, R. Ibala, G. Moyen. Épidémiologie des accidents de l'enfant au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Service de soins intensifs pédiatriques, CHU de Brazzaville, BP 32, Congo. Archives de pédiatrie. 2003 ; 10(7) : 657

[31] Sy O. Mortalité et Morbidité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE de 1999 à 2000 [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2001. N°27

[32] HAHUSSEAU A. Le recours aux urgences pédiatriques est-il toujours justifié ? [Thèse]. Médecine : France ; 2015.

[33] AZIZ EJLAIDI. Enquête multicentrique sur les urgences pédiatriques [Thèse]. Médecine : Maroc ; 2010. N° 15

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : FAROTA

PRENOM : IBRAHIMA

TITRE DE LA THESE: Motifs de recours des enfants de 0 à 15 ans au service d'accueil des urgences polyvalentes de l'hôpital du Mali

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018- 2019

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : République du Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEUR D'INTERET : Orthopédie-Traumatologie, Chirurgie infantile, Neurochirurgie, Chirurgie thoracique, Santé publique.

RESUME :

Ce travail rapporte les résultats d'une étude prospective et longitudinale menée de Janvier à Décembre 2019 dans le service d'accueil des urgences polyvalentes de l'hôpital du Mali. Les critères d'inclusion ont concerné les patients de 0 à 15ans admis au service d'accueil des urgences durant la période d'étude quelques soient les raisons et les modes d'admissions. Le but du travail était d'étudier les différents motifs de recours des enfants au service d'accueil des urgences polyvalentes. Pendant la période, 458 patients ont été recensés. La moyenne d'âge était de 8,46 ans avec une nette prédominance masculine (58 %). Les enfants de 10 à 15 ans étaient les plus touchés (39%). La majorité des enfants était issue de familles de niveau socio-économique bas. 53,9% des enfants étaient admis pendant la journée (entre 08 heures et 16 heures). Les traumatismes ont été les principaux motifs recours, soit 83,2% des cas, avec une prédominance des AVP (48,7%). La majorité des lésions accidentelles étaient plaies et écorchures avec 34,8% des cas, suivi des TC (21,2%), des fractures des os longs (14,4%) puis des brûlures (7,8%). La plupart des patients sont sortis en moins de 24 heures. Après les premiers soins, 259 enfants (56,6%) ont été autorisés à rentrer à domicile, 119 enfants (26%) ont été transférés dans un autre service au sein de l'hôpital, 49 patients (10,7%) ont été référés dans un autre hôpital et 8 patients soit 1,7% des cas sont sortis contre avis médical. Au cours de cette étude il y a eu au total 24 décès : 18 cas DCA et 6 cas de décès au service des urgences. Ainsi, le taux de mortalité globale a été de 5,2%.

NAME: FAROTA

FIRST NAME: IBRAHIMA

THESIS TITLE: Reasons for the use of children 0 to 15 years of age in the general emergency reception service of the Mali hospital

UNIVERSITY YEAR: 2018- 2019

SUPPORT CITY: Bamako

COUNTRY OF ORIGIN: Republic of Mali

PLACE OF DEPOSIT: Library of the Faculty of Medicine, and of Odonto-Stomatology.

AREA OF INTEREST: Orthopedics-Traumatology, Child Surgery, Neurosurgery, Thoracic surgery, Public health.

ABSTRACT:

This work reports the results of a prospective and longitudinal study conducted from January to December 2019 in the multipurpose emergency department of the Mali hospital. The inclusion criteria concerned patients aged 0 to 15 years admitted to the emergency reception service during the study period, whatever the reasons and the modes of admission. The aim of the work was to study the various reasons for the use of children in the general emergency reception service. During the period, 458 patients were identified. The average age was 8.46 years with a clear male predominance (58%). Children aged 10 to 15 were the most affected (39%). The majority of children came from families of low socio-economic status. 53.9% of children were admitted during the day (between 8 a.m. and 4 p.m.). Trauma was the main reason for recourse, 83.2% of cases, with a predominance of AVP (48.7%). The majority of accidental lesions were wounds and abrasions with 34.8% of cases, followed by TC (21.2%), long bone fractures (14.4%) then burns (7.8%). Most patients are discharged within 24 hours. After first aid, 259 children (56.6%) were allowed to go home, 119 children (26%) were transferred to another department within the hospital, 49 patients (10.7%) were referred to another hospital and 8 patients were discharged against medical advice. During this study there were a total of 24 deaths: 18 DCA cases and 6 cases of death in the emergency department. Thus, the overall mortality rate was 5.2%.

FICHE D'ENQUETE

Date: / / 2019

Heure:

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q1. Nom et prénom :.....

Q2. Age :.....Ans

Q3. Sexe :

1 : masculin 2 : féminin

Q4. Adresse :

a- Quartier ou village :

c-Région

.....

Q5. Scolarité :

1 Préscolaire 2 Non scolarisé 3 Scolarisé

PERE :

Q6. Age :..... Ans

Q7. Niveau d'instruction :

1-Primaire 2-Secondaire 3-supérieur 4-Ecole coranique 5- Non scolarisé

Q8. Profession :

1 : cultivateur 2 : commerçant 3 : artisan 4 : couturier 5 : chauffeur 6 :
fonctionnaire 7 : maçon 8 : sans activités 9 :
autres :.....

MERE :

Q9. Age :..... Ans

Q10. Niveau d'instruction :

1-Primaire 2-Secondaire 3-supérieur 4-Ecole coranique 5-Non scolarisé

Q11. Profession :

1 : cultivateur 2 : commerçante 3 : artisan 4 : couturière 5 : chauffeur 6 :
fonctionnaire 7 : ménagère 8 : non précisée 9 : sans activités 10 :
autres :.....

II. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Q12. Moyens d'évacuation :

1-Ambulance 2-Sapeurs-pompier 3-Voiture personnelle

4-Autres :.....

Q13. Provenance :

1 : domicile 2 : lieu de l'accident 3 : réfère d'une structure de santé ou par un
médecin 4: autre(s) :

Q14. Degré d'urgence :

1 : urgence absolue 2 : urgence relative 3 : pas d'urgence

Q15. ANTECEDENTS

a-Médicaux : 1 : Aucun 2 : A préciser :

b-Chirurgicaux : 1 : Aucun 2 : A préciser :
.....

Q16. Nombre de passage : 1 : 1er 2 : 2em 3 : 3em

Q17. Motifs de consultation :

1 : AVP 2 : intoxication 3 : dyspnée 4 : altération de la conscience 5 : fièvre 6 :
diarrhée 7 : convulsions 8 : vomissement 9 : brulures 10: céphalées 11 : vertiges
12 : douleur abdominale 13 : toux 14 : distension abdominale 15-chute de
hauteur 16-autres :.....

III. EXAMEN CLINIQUE :

Q18. Etat général : 1: bon 2: passable 3 : altère

Q19. Conscience : Blantyre/5 Glasgow/15

Q20. FC :(.....bat/min) 1 : normale 2 : bradycardie 3 : tachycardie

Q21. SpO2: 1 : 100% 2 : 99 à 95% 3 : ≤94%.

Q22. FR :(.....cycle/min) 1 : normale 2 : bradypnée 3 : polypnée.

Q23.T° :(.....°c) 1 : normale 2 : hyperthermie 3 : hypothermie

Q24. SIGNES PHYSIQUES :

Q25 Signes de gravités :

1-Etat de choc 2-coma : 3-convulsions : 4-cyanose 5-Détresse
respiratoire 6-Autre :

IV. ISSU DE LA CONSULTATION :

Q26. Bilan reçu : 1 : biologique 2 : radiographique 3. TDM

Q27. Diagnostic retenu :

1-Paludisme 2-Envenimation 4-OAP 7-Diabète compliqué 8-Intoxication
11-brulures 12-Péritonite 13-appendicite 16-TC 17-Hémopéritoine 18-
fracture 19-Hémothorax 21-Hémo-pneumothorax 22-Poly blessure 25-Poly
traumatisé

2--Autre à préciser :.....

Q28. Prise en charge :

1 : médicale 2 : chirurgicale 3 : les deux

Q29. Orientation du malade :

1 : Box de soins 2 : Accueil 3 : Déchoquage 4 : hospitalisée (UHCD) 5 : Bloc
opérateur

Q30. DUREE DE SEJOUR :

1 : < 24 heures 2 : 24 à 48 heures 3 : 48 à 72 heures 4 : > 72 heures

Q32 Mode de sortie :

1 : Exeat 2 : transfère 3 : Décès 4 : Décharge

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

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 !

Je Le Jure !