

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Année universitaire 2019 - 2020

TITRE

Mémoire N°...../

**LE RECOURS AU SERVICE DES URGENCES
PEDIATRIQUES AU CHU GABRIEL TOURE**

Présenté et Soutenu publiquement le.../.../2021 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

Dr Malika MOUSSA HAMAD

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) en
Pédiatrie**

Présidente : Pr Mariam SYLLA

Membres : Pr Boubacar TOGO, Pr Fatoumata DICKO

Directeur : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

Co-Directeur : Dr Adama DEMBELE

CHU GT : Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

PEC : Prise en charge

SCA : Sortie Contre Avis médical

I. INTRODUCTION	5
II. LES OBJECTIFS	6
III. MATERIELS ET METHODES	7
1. <i>CADRE ET LIEU D'ETUDE</i>	7
2. <i>TYPE ET PERIODE D'ETUDE</i>	Erreur ! Signet non défini.
2.1. <i>POPULATION D'ETUDE</i>	8
2.1.1. <i>CRITERES D'INCLUSION</i>	8
2.1.2. <i>CRITERES DE NON INCLUSION</i>	8
3. <i>L'ECHANTILLONNAGE</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.1. <i>DEROULEMENT DE L'ENQUETE</i>	8
3.2. <i>SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES</i>	9
4. <i>ETHIQUE</i>	Erreur ! Signet non défini.
5. <i>DEFINITIONS OPERATIONNELLES</i>	Erreur ! Signet non défini.
IV. RESULTATS	10
1. <i>DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES</i>	10
2. <i>LES DONNEES CLINIQUES</i>	14
3. <i>LES DONNEES THERAPEUTIQUES</i>	21
4. <i>ANALYSE DES DONNEES</i>	23
V. DISCUSSION	26
1. <i>DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES</i>	26
1.1. <i>LE PATIENT</i>	26
1.1.1. <i>LE SEXE</i>	26
1.1.2. <i>L'AGE</i>	26
1.2. <i>LES PARENTS</i>	26
1.2.1. <i>LES PERES</i>	26
1.2.2. <i>LES MERES</i>	27
2. <i>LES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES</i>	27
3. <i>DONNEES CLINIQUES</i>	27
3.1. <i>LE MOTIF DE CONSULTATION</i>	27
3.2. <i>LE DELAI ECOULE ENTRE LE PREMIER SYMPTOME ET LA PREMIERE CONSULTATION</i>	28
3.3. <i>LE TRAJET</i>	28
3.3.1. <i>LES MOYENS DE TRANSPORT UTILISES</i>	28
3.3.2. <i>LA DUREE DU TRAJET POUR LES PATIENTS REFERES</i>	28
3.4. <i>LES SYMPTOMES CONSIDERES COMME URGENTS SELON LES PARENTS</i> ...	29
3.5. <i>L'ATTITUDE DES PARENTS FACE A L'URGENCE</i>	30

4. LE DIAGNOSTIC RETENU	30
5. <i>DONNEES THERAPEUTIQUES</i>	31
5.1. L'ACCES AUX SOINS.....	31
5.2. LA PERCEPTION DE LA QUALITE DES SOINS ET APPRECIATION DE LA PRESTATION DE SOINS	31
6. EVOLUTION ET DEVENIR.....	31
6.1. LA DUREE D'HOSPITALISATION	31
6.2. LE DEVENIR DES PATIENTS.....	32
CONCLUSION	33
VI. RECOMMANDATIONS	33
BIBLIOGRAPHIE	34

I. INTRODUCTION

Une urgence est une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé [1].

Les services d'urgences pédiatriques répondent aux besoins de soins urgents de la population et traitent les patients les plus sévères [2].

En France, ces services sont détournés de leur fonction initiale et sont sollicités pour des urgences qui n'en sont pas. Pour Petter, « plus de 70% des urgences n'entraîne aucune hospitalisation et parfois jusqu'à 80% des passages relèveraient d'une prise en charge ambulatoire ». [2, 3, 4]

A la différence des pays occidentaux, la prise en charge des patients au service des urgences pédiatriques relève de la médecine de catastrophe avec une létalité importante. [5, 6].

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : le retard dans la consultation, la précarisation des populations et la prise en charge inadaptée dans les centres de santé de première ligne. [7]

Le Mali, comme de nombreux pays d'Afrique, a adopté la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) permettant de développer des interventions efficaces autour de la population infantile. [8, 9].

Le service des urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré participe beaucoup à cette politique afin d'améliorer les soins pédiatriques et réduire la morbi-mortalité infantile.

Malgré ces différentes stratégies, le retard de recours aux soins est fréquemment rapporté comme une cause de décès et de morbidités. Afin de comprendre ce décalage, nous avons initié ce travail pour évaluer la capacité des parents à reconnaître les symptômes d'urgence chez les enfants malades et nos objectifs sont :

II. LES OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Apprécier les connaissances et les attitudes pratiques des parents face aux urgences pathologiques de l'enfant.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la capacité des parents à reconnaître les symptômes d'une urgence.
- Déterminer les facteurs motivant les parents à venir consulter aux Urgences Pédiatriques.
- Préciser l'impact du retard de prise en charge sur le devenir immédiat des patients.
- Déterminer le niveau de satisfaction des parents sur la prise en charge des patients.

III. MATERIELS ET METHODES

1. CADRE ET LIEU D'ETUDE

Notre étude a été réalisée au service des urgences du département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT), situé en plein centre-ville de Bamako (capitale administrative et économique de la république du Mali). L'hôpital, de par son accessibilité reçoit la majorité des malades venant de la ville ou de l'intérieur du pays.

Le département de la pédiatrie, situé au nord-est à l'intérieur de l'hôpital, est constitué de deux bâtiments principaux contigus à un niveau et comprend :

- un service de pédiatrie générale
- l'unité de pédiatrie I ;
- l'unité de pédiatrie II ;
- l'unité de pédiatrie IV ;
- l'unité d'oncologie pédiatrique ;
- l'unité de prise en charge de la drépanocytose ;
- le centre d'excellence pour la prise en charge des patients HIV,
- l'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI).
- Un service de néonatalogie/Unité kangourou
- Un service des urgences pédiatriques
 - avec un maitre-assistant et deux chargés de recherches
 - une grande salle d'hospitalisation avec une capacité de 13 lits (6 grands lits et 7 berceaux)
 - deux petites salles d'hospitalisation avec respectivement 7 berceaux et 5 berceaux
 - deux salles de consultation
 - une salle de triage

2. ECHANTILLONNAGE

2.1. POPULATION D'ETUDE

L'étude a concerné tous les enfants hospitalisés aux service des Urgences Pédiatriques et leurs parents ou accompagnants.

2.2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive qui s'est déroulée du 20 janvier 2020 au 20 avril 2020, soit une période de 3 mois.

2.2.1. CRITERES D'INCLUSION

Ont été inclus les enfants hospitalisés dont les parents ont accepté de répondre au questionnaire.

2.2.2. CRITERES DE NON INCLUSION

N'ont pas été inclus les enfants hospitalisés dont les parents ont refusé de répondre au questionnaire.

2.3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête consistait à renseigner un questionnaire de quatre pages (annexes) au cours d'un entretien avec les parents (la mère et/ou le père, ou l'accompagnant) disponibles pendant l'hospitalisation des patients.

Le questionnaire était traduit en langue locale. La durée de l'entretien n'était pas définie, dépendant du temps que pouvait consacrer les parents. Les paramètres sont le sexe, l'âge, les conditions socio-économique des parents, le type de pathologie, les attitudes des parents face à l'urgence.

2.4. DEFINITIONS OPERATIONNELLES

La sortie contre avis médical : signifie que les parents refusent de poursuivre l'hospitalisation aux Urgences pour des raisons diverses quel que soit l'état de l'enfant.

2.5. ETHIQUE

L'enquête a été validée par le chef de service des urgences. Le consentement éclairé des parents ou accompagnants a été obtenu par signature après explication détaillée du protocole d'étude.

2.6. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données a été effectuée avec les logiciels EXCEL et SPSS.

La saisie avec Microsoft Word 2010.

3. LE NIVEAU SOCIO- ECONOMIQUE

- On parle de conditions socio-économiques **défavorables** quand un ménage se trouve dans le groupe A.
- On parle de conditions socio-économiques **acceptables** quand un ménage possède 4 éléments du groupe A et 4 éléments du groupe B
- On parle de conditions socio-économiques **favorables** quand un ménage se trouve dans le groupe B

GROUPE A	GROUPE B
Location ou maison en banco	Chez soi
Pas d'électricité	Electricité
Puits	Robinet
Latrines (toilettes traditionnelles)	WC (toilettes modernes)
Nombre de repas quotidien inférieur 3	Nombre de repas quotidien supérieur 3
Pas de réserves alimentaires	Réserves alimentaires
Pas de téléviseur	Téléviseur
Pas de voiture	Voiture

IV. RESULTATS

Au cours de notre période d'étude, nous avons pu colliger 105 patients répondant à nos critères d'inclusion.

1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES



Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe (n=105)

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Age	Nombre	Pourcentage
1- 6 mois	50	47,7
7-12 mois	17	16,2
13-24 mois	16	15,2
25-59 mois	6	5,7
60 mois-15 ans	16	15,2
Total général	105	100

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge des pères (n=105)

Age des pères (en année)	Nombre	Pourcentage
18-24	3	2,8
25-35	39	37,1
36-45	36	34,3
46-60	15	14,3
Non spécifié	7	6,7
Supérieur à 60	5	4,8
Total	105	100

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'instruction des pères (n=105)

Niveau d'instruction des pères	Nombre	Pourcentage
Non scolarisé	41	39 ,1
Primaire	22	20,9
Secondaire	13	12,4
Supérieur	23	21,9
Non spécifié	6	5 ,7
Total	105	100

Tableau IV : Répartition des patients selon les professions des pères (n=105)

Profession des pères	Nombre	Pourcentage
Ouvriers	46	43,8
Commerçant-vendeurs	25	23 ,8
Cultivateurs	13	12 ,4
Fonctionnaires	14	13,3
Etudiants	2	1,9
Non spécifié	5	4,8
Total	105	100

Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial des pères (n=105)

Statut matrimonial des pères	Nombre	Pourcentage
Marié	99	94,3
Célibataire	4	3,8
Divorcé	2	1,9
Total	105	100

Tableau VI : Répartition des patients selon l'âge de la mère (n=105)

Age de la mère (en année)	Nombre	Pourcentage
< 18	5	4,8
18-24	32	30,5
25-35	50	47,6
36-45	14	13,3
Non spécifié	4	3,8
Total	105	100

Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction des mères (n=105)

Niveau d'instruction des mères	Nombre	Pourcentage
Non scolarisé	45	42,8
Primaire	29	27,6
Secondaire	20	19,1
Supérieur	9	8,6
Non spécifié	2	1,9
Total	105	100

Tableau VIII : Répartition des patients selon la profession des mères (n=105)

Profession des mères	Nombre	Pourcentage
Femme au foyer	76	72,4
Commerçante-vendeuse	20	19,1
Fonctionnaire	8	7,6
Etudiante	1	0,9
Total	105	100

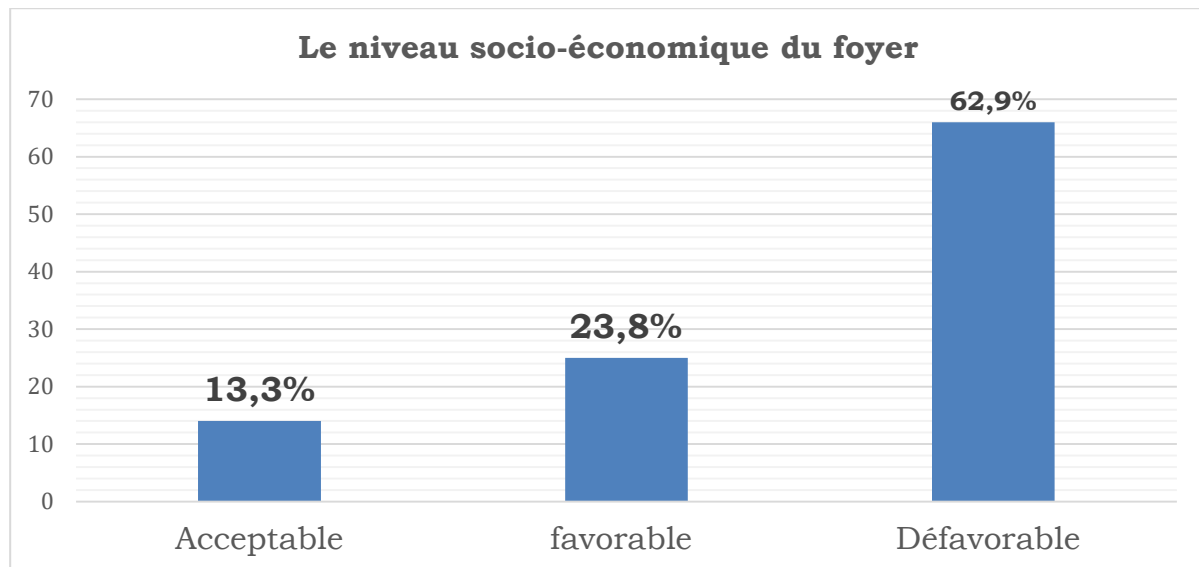


Figure 2 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique du foyer

2. LES DONNEES CLINIQUES

Le mode d'admission des patients

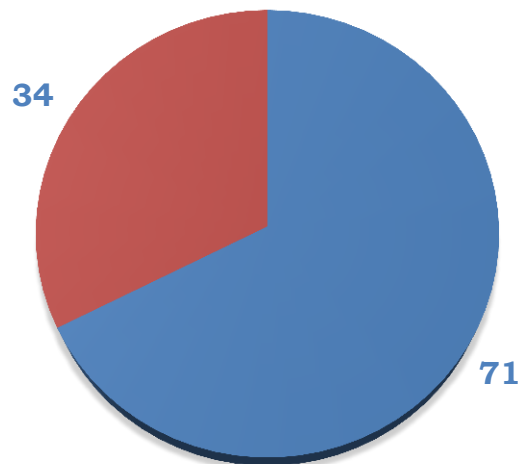


Figure 3 : Répartition des patients selon leur mode d'admission (n=105)

Tableau X : Répartition des patients selon les motifs de référence

Motifs de référence	Nombre	Pourcentage
Détresse respiratoire	39	30,7
Convulsion	18	14,2
Fièvre	35	27,5
Anémie	7	5,5
Malnutrition	4	3,1
Déshydratation	4	3,1
Œdème	3	2,4
Masse abdominale	1	0,8
Vomissements	3	2,4
Altération de l'état général	8	6,3
Myosite	1	0,8
Brûlure	1	0,8
Ingestion de produits caustiques	1	0,8
Ballonnement	1	0,8
Vertiges	1	0,8

Tableau XI : Répartition des patients référés selon les différents moyens de transport utilisés (n=71)

Différents moyens de transport utilisés lors d'une référence	Nombre	Pourcentage
Transport en commun	33	46.5
Ambulance	17	23.9
Moto	13	18.3
Voiture personnelle	8	11.3
Total	71	100

Tableau XII : Répartition des patients selon le temps écoulé entre le site de référence et l'arrivée aux Urgences Pédiatriques (n=71)

Temps écoulé entre le site de référence et l'arrivée aux Urgences Pédiatriques (en minutes)	Nombre	Pourcentage
Inférieur à 30 minutes	14	19,7
]30 min; 60 min]	38	53,6
]60 min; 180 min]	12	16,9
Supérieure à 180 minutes	3	4,2
Indéterminé	4	5,6
Total	71	100

Tableau XIII : Répartition des patients non référés selon le motif de consultation

Motif de consultation des patients non référés	Nombre	Pourcentage
Gêne respiratoire	26	57,7
Fièvre	24	8,9
Convulsion	10	13,3
Amaigrissement	2	4,5
Toux	8	2,2
Vomissements	2	4,5
Autres	4	8,9

Autres : diarrhée, asthénie, anorexie, cris incessants

Tableau XIII : Répartition des patients non référés selon le moyen de transport (n=34)

Moyens de transport chez les patients non référés	Nombre	Pourcentage
Transport en commun	15	44,2
Moto	8	23,5
Voiture personnelle	8	23,5
A pied	2	5,9
Ambulance	1	2,9
Total	34	100

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction des symptômes de gravité selon les parents

Symptômes de gravité selon les parents	Nombre	Pourcentage
Quand le corps de l'enfant devient très chaud	44	28,9
Quand l'enfant ne respire pas bien	35	23
Quand l'enfant convulse	11	7,2
Quand l'enfant présente des vomissements	9	5,9
Quand l'enfant présente une toux	7	4,6
Quand l'enfant devient mou	7	4,6
Quand l'enfant devient de plus en plus maigre	7	3,9
Quand l'enfant ne mange plus	3	1,9
Quand l'enfant présente de la diarrhée	3	1,9
Quand l'enfant a des cris plaintifs	4	1,9
Quand l'enfant change de comportement	3	1,9
Quand l'enfant présente une épistaxis	2	1,3
Quand l'enfant présente un vertige	2	1,3
Quand l'enfant présente une distension abdominale	2	1,3
Quand l'enfant présente un œdème	1	0,7
Quand l'enfant présente une gêne à la tétée	1	0,7
Quand l'enfant présente des mouvements anormaux	1	0,7
Quand l'enfant est apathique	1	0,7
Quand l'enfant présente une perte de conscience	1	0,7
Quand l'enfant présente une céphalée	1	0,7
Quand l'enfant présente une douleur abdominale	1	0,7
Quand l'enfant refuse de téter	1	0,7
Quand l'enfant présente une pâleur cutanéomuqueuse	1	0,7
Ne sais pas	4	2,6

Tableau XV : Répartition des patients selon l'attitude des parents (n=105)

Attitude des parents	Nombre	Pourcentage
Recours au centre de santé le plus proche	38	36,2
Automédication par médicaments achetés à la pharmacie	20	19,1
Venir directement à l'hôpital	15	14,3
Recours aux médicaments traditionnels	9	8,6
Ne rien faire	8	7,6
Venir voir son médecin traitant	8	7,6
Ne sais pas	2	1,9
Automédication par médicaments de rue	1	0,9
Autres	4	3,8
Total	105	100

Tableau XVI : Répartition des patients selon la personne qui a pris la décision de consultation (n=105)

Décision de consultation	Nombre	Pourcentage
Père	58	55,2
Mère	26	24,8ç
Tierce personne	15	14,3
Père et mère	6	5,7
Total	105	100

Tableau XVII : Répartition des patients selon le délai écoulé entre le début de la symptomatologie et la consultation (n=105)

Délai écoulé entre le début de la symptomatologie et la consultation	Nombre	Pourcentage
Supérieur à 4 jours	32	30,5
Sans délai	30	28,6
3-4 jours	24	22,8
Moins de 3 jours	18	17,2
Aucune idée	1	0,9
Total	105	100

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la personne qui s'occupe des dépenses de soins (n=105)

Personne qui s'occupe des dépenses de soins	Nombre	Pourcentage
Père sans assurance	64	61
Tierce personne sans assurance	15	14,3
Père avec assurance	11	10,5
Mère sans assurance	9	8,6
Père et mère sans assurance	3	2,9
Père et mère avec assurance	1	0,9
Tierce personne avec assurance	1	0,9
Mère avec assurance	1	0,9
Total	105	100

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le diagnostic (n=105)

Diagnostic retenu	Nombre	Pourcentage
Bronchopneumopathie	35	33,4
Méningite/Méningo-encéphalite	20	19,1
Gastro-entérite	8	7,7
Cardiopathie	5	4,8
Paludisme grave	5	4,8
Malnutrition Aiguë Sévère	5	4,8
Sepsis	4	3,8
Drépanocytose	4	3,8
Anémie aigue	3	2,9
Tuberculose	3	2,8
Syndrome néphrotique	2	1,9
Infection urinaire	2	1,9
Leucémie	1	0,9
Néphroblastome	1	0,9
Ingestion de produits caustiques	1	0,9
Insuffisance rénale	1	0,9
Epilepsie	1	0,9
Opportuniste cérébrale	1	0,9
Inhalation de corps étranger	1	0,9
Excision compliquée	1	0,9
Hydrocéphalie compliquée	1	0,9
Total général	105	100

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le temps d'attente avant de voir un médecin (n=105)

Temps d'attente avant de voir un médecin (en minutes)	Nombre	Pourcentage
Inférieur à 30 min	89	84,8
[30 min; 60 min [11	10,5
[60 min; 180 min]	3	2,8
Supérieure à 180 minutes	2	1,9
Total général	105	100

Tableau XX : Répartition des patients selon le temps d'attente avant les soins (n=105)

Temps d'attente avant les soins (en minutes)	Nombre	Pourcentage
Inférieur à 30 min	65	61,9
[30 min; 60 min [25	23,8
[60 min; 180 min]	11	10,5
Supérieure à 180 minutes	4	3,8
Total général	105	100

3. LES DONNEES THERAPEUTIQUES

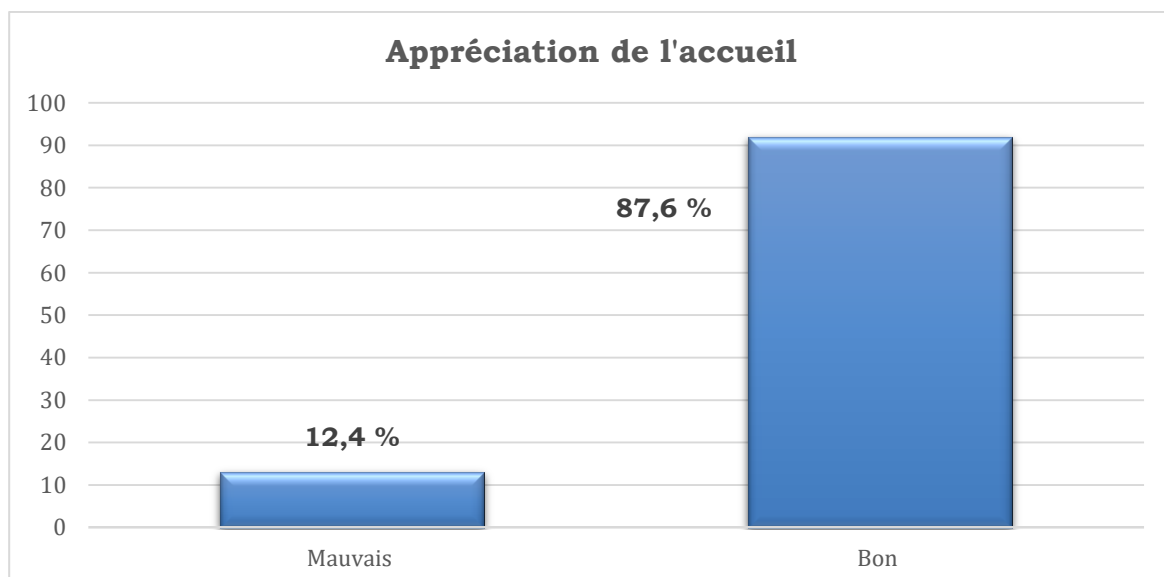


Figure 5 : Répartition des patients selon l'appréciation de l'accueil

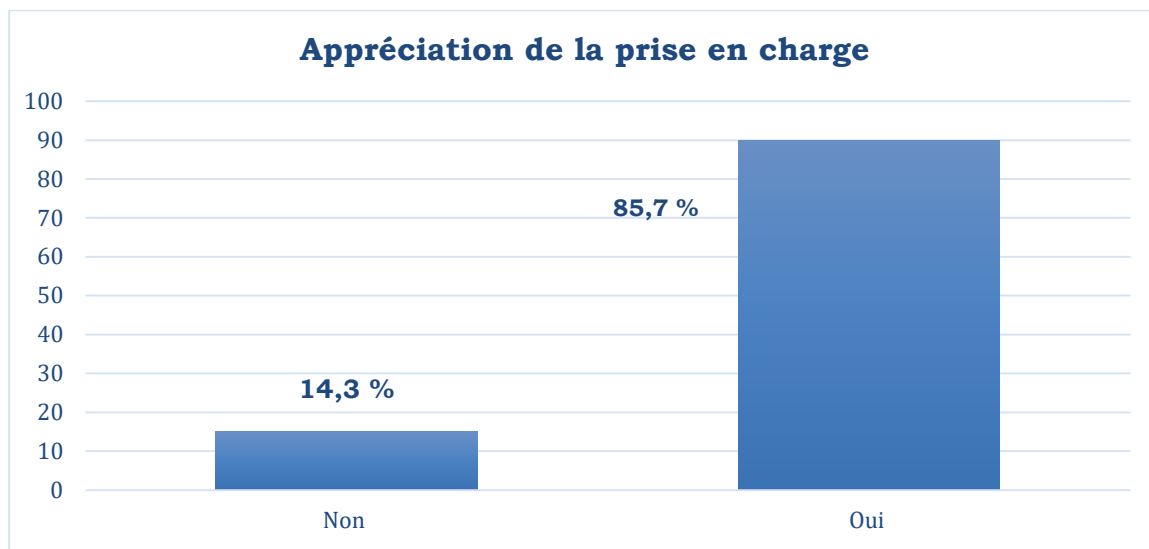


Figure 3 : Répartition des patients selon l'appréciation de la prise en charge (n=105)

Tableau XXV : Répartition des patients selon le nombre de jours d'hospitalisation (n=105)

Nombre de jours d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage
Inférieur à 3 jours	34	32,4
4- 7 jours	39	37,1
7-14 jours	26	24,8
Supérieur à 14 jours	6	5,7
Total général	105	100

Tableau XXVI : Répartition des patients selon leur devenir (n=105)

Devenir des patients	Nombre	Pourcentage
Guérison	86	81,9
Sortie contre-avis médical	4	3,9
Décès	15	14,2
Total	105	100

4. ANALYSE DES DONNEES

Tableau croisé : le délai avant la consultation et les décès

Effectif

		Décès		Total
		Non	Oui	
Délai avant la consultation	Inférieur à 4 jours	65	7	72
	Supérieur à 4 jours	25	8	33
Total		90	15	105

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,896 ^a	1	,048		
Correction pour la continuité ^b	2,801	1	,094		
Rapport de vraisemblance	3,643	1	,056		
Test exact de Fisher				,070	,050
Nombre d'observations valides	105				

Test de Khi-deux : $p=0,048 > 0,05\%$.

Il y a un lien significatif entre les deux variables soit entre la survenue de décès et le délai de consultation.

Les patients ont 4 fois plus de risque de décéder si le délai de consultation est supérieur à 4 jours.

Tableau croisé : le délai avant la consultation et la durée d'hospitalisation

Effectif

	Durée de l'hospitalisation		Total
	Inférieure à 7 jours	Supérieure à 7 jours	
Inférieur à 4 jours	49	23	72
Délai avant la consultation Supérieur à 4 jours	24	9	33
Total	73	32	105

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,233 ^a	1	,629		
Correction pour la continuité ^b	,065	1	,799		
Rapport de vraisemblance	,236	1	,627		
Test exact de Fisher				,820	,404
Nombre d'observations valides	105				

Le test de Fisher : $p=0,404 > 0,05\%$.

Il n'y a pas de lien significatif entre le délai avant la consultation et la durée de l'hospitalisation.

Tableau croisé : délai en minutes durant le trajet lors d'une référence et les décès

	Décès	Total

		Non	Oui	
Délai en minutes	Inférieur à 30 min	21	3	24
	Entre 30 et 60 min	23	3	26
	Supérieur à 30 min	12	3	15
Total		56	9	65

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,629 ^a	2	,730
Rapport de vraisemblance	,587	2	,746
Nombre d'observations valides	65		

Test du Khi-deux : $p= 0,746 > 0,05\%$.

Il n'y a pas de lien significatif entre les deux variables soit entre la survenue du décès et la durée du trajet.

V. DISCUSSION

1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES

1.1. LE PATIENT

1.1.1. LE SEXE

Dans notre étude, le sexe féminin était majoritaire avec un sexe ratio de 0,8. Notre résultat est différent de ceux rapportés par Diarra NC [6], par Coulibaly [9] et Traoré [10] qui retrouvaient une prédominance masculine avec un sexe ratio respectivement de 1,36, 1,45 et de 1,4. Cependant, aucune étude n'a pu établir une corrélation entre le sexe du patient et la survenue d'une urgence.

1.1.2. L'AGE

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle de 1 à 6 mois (47,7%). L'étude de Diarra NC [6] retrouvait que les tranches d'âge 12-59 mois (38,1%) et 60-119 mois (37,9 %) étaient parmi les plus représentées. Coulibaly [9] mettait en évidence une prédominance des patients de 1-59 mois (67,50%). La prédominance de cette tranche d'âge dans notre étude pourrait s'expliquer par l'immaturation du système immunitaire, exposant ainsi les enfants à des pathologies infectieuses plus ou moins sévères.

1.2. LES PARENTS

1.2.1. LES PERES

L'âge des pères se situait entre 25 et 35 ans dans 37,1% des cas. Ils n'avaient pas suivi de scolarité dans 39,1% des cas et leur profession prédominante était celle d'ouvrier pour 43,8% des cas. Notre résultat rejoignait ceux de Coulibaly [9] qui avait une majorité de pères ouvriers (35,1%) non instruits (41,1%) et de Diarra NC [6] qui retrouvait une majorité de pères cultivateurs (28,9%) non instruits (42,7%). En effet, dans 55,2 % des consultations, c'était le père qui prenait la décision contre 24,8% pour les mères. Pour 14,3 % des consultations, c'étaient des tierces personnes qui avaient décidé. Les dépenses engendrées par la prise en charge étaient intégralement à la charge des parents. Cependant, les pères, considérés

comme chefs de famille, supportaient la totalité des frais. Beaucoup de père étaient des ouvriers journaliers, cela pouvait expliquer souvent le retard pour faire les examens complémentaires et les soins.

1.2.2. LES MERES

L'âge des mères se situait entre 25 et 35 ans dans 47,6 % des cas, elles étaient non scolarisées (42,8%) et étaient majoritairement des femmes au foyer (72,4 %). Nos résultats sont superposables à ceux de Coulibaly [9] qui retrouvait une majorité de mères âgées de 21 à 34 ans (57,9%), non instruites (62,3%) et femmes au foyer (77,2%). Nos résultats étaient en deçà de ceux rapportés par Diarra NC [6], 71,9% de mères non instruites et 77,2% de femmes au foyer.

2. LES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES

Les foyers étaient de niveau socio-économique défavorable dans 62,9% des cas. [11]

3. DONNEES CLINIQUES

3.1. LE MOTIF DE CONSULTATION

Pour les patients non référés, le motif de consultation prédominant était la gêne respiratoire avec 57,7% des cas suivi des convulsions et de la fièvre avec respectivement 13,3% et 8,5%.

Le motif de référence le plus fréquent était la détresse respiratoire (30,7%) suivi par la fièvre (27,5%) et la convulsion (14,2%).

La symptomatologie était semblable même si les étiologies étaient différentes.

Chez le même enfant, les associations de symptômes sont fréquentes [4].

Dans l'étude de Coulibaly [9], le motif de consultation le plus fréquent était la convulsion (19,37%), pour Diarra NC [6], c'était la fièvre (25,5%).

3.2. LE DELAI ECOULE ENTRE LE PREMIER SYMPTOME ET LA PREMIERE CONSULTATION

Dans notre étude, 30,5 % des patients avaient consulté plus de 4 jours après le début de la symptomatologie. Coulibaly [9] retrouvait une majorité de patients ayant consulté après le 3^{ème} jour d'évolution (48,4%). Dans les travaux de Traoré [10] le délai de consultation s'allongeait à 8 jours (45,5%). A la question « pourquoi avoir attendu plus de quatre jours avant de consulter ? », les réponses les plus récurrentes étaient la prise en charge dans un autre centre de santé avant la référence aux Urgences du CHUGT dans 36,2% des cas et l'automédication par des médicaments pour 19,1% des patients. Selon Bitwe et all [12], la référence tardive et la distance avant d'atteindre l'hôpital constituaient des facteurs qui augmenteraient le risque de décès. Dans notre étude, nous avons trouvé un lien significatif entre le retard à la consultation et le risque de décès. En effet, l'enfant a 4 fois plus de risque de décéder si la consultation a lieu dans un délai supérieur à 4 jours.

3.3. LE TRAJET

3.3.1. LES MOYENS DE TRANSPORT UTILISES

Dans notre étude, les patients référés s'étaient rendus aux urgences pédiatriques en transport en commun dans 43,7%. Le deuxième moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance (23,9%) suivi par la moto (18,3%).

En ce qui concerne les patients non référés, 44,2 % arrivaient à l'hôpital à bord d'un transport en commun. Les autres moyens de locomotion étaient la moto (23,5%) et la voiture personnelle (23,5%).

Les transports en commun étaient les plus utilisés, que l'enfant soit référé ou non. Cependant, les références étant motivées par l'absence d'amélioration, il est à noter que le transport sécurisé en ambulance n'était pas utilisé à chaque fois.

3.3.2. LA DUREE DU TRAJET POUR LES PATIENTS REFERES

Le temps écoulé entre le site de référence et l'arrivée aux urgences pédiatriques se situait entre 30 minutes et 60 minutes pour 53,5% des patients.

Certains patients arrivaient dans un délai inférieur à 30 minutes (16,9%) et d'autres dans un délai entre 1 heure et 3 heures (16,9%).

Certains parents n'avaient pas pu préciser le temps passé dans les transports entre la référence et le CHU du fait de la précipitation ou du stress dû à l'état de l'enfant (8,5%).

Le temps pour arriver à l'hôpital dépendait de plusieurs facteurs dont :

L'heure de la référence : les embouteillages à certaines heures pouvaient perturber le trafic.

Le mode de transport : l'ambulance étant une voiture prioritaire, elle arrivait plus rapidement que les transports en commun qui s'arrêtaient au gré de la volonté des passagers. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre la survenue du décès et la durée du trajet lors d'une référence.

3.4. LES SYMPTOMES CONSIDERES COMME URGENTS SELON LES PARENTS

Certains symptômes étaient considérés comme sévères selon les parents, nécessitant une consultation d'urgence et une hospitalisation. Parmi ces symptômes, la fièvre avait été citée dans 28,9% des cas suivie par la détresse respiratoire (23%). Certains parents évoquaient aussi différents symptômes tels que des épisodes de vomissements, la diarrhée, les céphalées, la toux, un changement dans l'attitude habituelle de l'enfant, l'épistaxis, la distension abdominale.

Quatre couples n'avaient pas pu mettre en évidence des symptômes de gravité. La consultation aux urgences avait été motivée par une tierce personne. Pour ces quatre familles, trois pères sur quatre n'avaient pas été scolarisés, trois mères sur quatre n'avaient pas bénéficié de scolarisation. Le plus haut niveau de scolarité était le niveau primaire. Deux pères étaient cultivateurs, un père était commerçant et l'autre était ouvrier. Le niveau socio-économique était favorable pour deux familles et défavorables pour deux autres familles. Etait-ce le faible niveau d'éducation qui avait entraîné une absence de reconnaissance des symptômes de gravité ?

3.5. L'ATTITUDE DES PARENTS FACE A L'URGENCE

Les parents se rendaient au centre de santé quand leur enfant était malade dans 36,2 % des cas. Pour 19,1 % des patients, les parents avaient pratiqué les premiers soins sur leur enfant en faisant de l'automédication avec des médicaments achetés à la pharmacie. Quinze parents (14,3 %) s'étaient rendus directement à l'hôpital pour soigner leur enfant. L'attitude de certains parents, non répertoriée dans le questionnaire, correspondait dans la majorité des cas à un enveloppement humide lors de la fièvre conseillé par une personne âgée ou par le médecin traitant, à un forçage alimentaire devant une anorexie, l'achat de boissons sucrées devant des vertiges et la poursuite du traitement de fond préconisé par le médecin traitant (traitement cardiologique).

Deux parents ne savaient pas ce qu'il fallait faire et deux autres n'avaient rien fait également (leur prise de décision n'a pas été notifiée). Dans deux cas, les parents n'avaient pas su quelle attitude adopter. Leur venue à l'hôpital et la consultation aux urgences avaient été motivées par une tierce personne.

4. LE DIAGNOSTIC RETENU

Les principaux diagnostics posés lors de l'hospitalisation des enfants étaient la bronchopneumonie (33,4 %) et les infections du système nerveux comme les méningites et méningo-encéphalites (19,1 %). Dans l'article de Bitwe et all [12] le paludisme grave (86,7%), la malnutrition sévère (31,8%), la diarrhée (24%) étaient les principaux diagnostics d'admission. De même, dans l'étude de Coulibaly [9], les pathologies les plus fréquentes étaient le paludisme grave dans 32,7% suivi de la déshydratation (11,26%) et la méningite (9,42%). Les diagnostics retenus par Diarra [6] étaient le paludisme grave (32,4%), l'anémie palustre (16,2%), les bronchopneumopathies (11,5%).

Dans notre étude, le paludisme ne figurait pas parmi les principales pathologies parce-que le recueil des données s'était effectué en-dehors de la saison des pluies (pic palustre).

5. DONNEES THERAPEUTIQUES

5.1. L'ACCES AUX SOINS

L'organisation de la PEC aux urgences pédiatriques obéissait au système TETU (Tri Evaluation Traitement d'Urgence). Une fois au service, les patients référés étaient donc prioritaires.

Le délai avant de voir un médecin aux urgences était rapide pour 73,4 % des patients. Dans 10,5% des cas, l'attente avait été de 30 minutes et pour 9% des malades, l'attente avait duré 60 minutes. La plupart des patients avaient reçu les soins dans l'immédiat (29,6 %), certains malades les avaient reçus après 60 minutes (21,9 %) et d'autres après 30 minutes (20,9 %).

L'attente plus ou moins longue avant les soins était expliquée par le fait que les produits d'urgence n'étaient pas disponibles dans le service. Certains soins étaient administrés sans délai comme l'oxygénothérapie. L'oxygène étant gratuit au service, l'enfant en détresse respiratoire était immédiatement mis sous oxygène.

La rapidité de la prise en charge dépendait des moyens financiers des parents et de la célérité à obtenir les produits médicaux à la pharmacie [12, 13].

5.2. LA PERCEPTION DE LA QUALITE DES SOINS ET APPRECIATION DE LA PRESTATION DE SOINS

Les parents, à 85,7%, étaient satisfaits de la prestation des soins. Ils jugeaient la prise en charge à l'admission rapide dans 61,9% des cas.

Les parents apprécient la qualité de l'accueil à l'arrivée aux Urgences surtout le temps d'attente qui n'était pas long pour voir un médecin pour 84,8% des patients.

6. EVOLUTION ET DEVENIR

6.1. LA DUREE D'HOSPITALISATION

La durée de l'hospitalisation aux urgences pédiatriques se situait entre 4-7 jours (37,1%), tout comme les études de Diarra NC [6] dont la durée d'hospitalisation était de 4-6 jours (33,4%) et celle de Coulibaly [9] 4 jours et plus (63,6%). Par contre, la durée d'hospitalisation dans l'étude de Traoré [10] était plus courte, entre 0 et 4 jours dans 56% des cas.

6.2. LE DEVENIR DES PATIENTS

Dans notre étude, 85,7% des patients étaient sortis guéris des urgences pédiatriques. Notre résultat était supérieur à ceux obtenus par Diarra NC [6] et Coulibaly [9] respectivement 76,6% et 65,4%. Nous avons enregistré 3,9 % de sorties contre avis médical. Diarra NC [6] en avait retrouvé 1,1% et Coulibaly [9], 5%. Cependant, notre taux de décès (14,2%) était inférieur à ceux de Diarra NC (15%) [6] et de Coulibaly (19,4%) [9].

La durée de l'hospitalisation et le délai avant de consulter n'avaient pas de lien significatif dans notre étude ($p=0,404$).

CONCLUSION

Selon les parents, les signes d'urgence chez les enfants étaient surtout prédominés par la fièvre, les difficultés respiratoires et les convulsions. Leur attitude face à ces signes était d'aller consulter au centre de santé le plus proche ou de pratiquer une automédication.

VI. RECOMMANDATIONS

Au ministère de la santé :

- Proposer un service d'ambulances médicalisées gratuit afin de transporter en sécurité les patients

A la direction de l'hôpital CHU GT :

- Doter de matériels et de consommables disponibles au sein du service des urgences pédiatriques pour une prise en charge rapide et efficace

A la population :

- Eviter l'automédication
- Adhérer à une assurance maladie

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification, Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Urgence vitale - novembre 2020
- 2- EMMANUEL GRIMPREL, PIERRE BEGUE. Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants. Bull. Acad. Natle Méd 2013 ; 197 (6) : 1127-1141
- 3- DIANNE PETTER. la Prise en charge des urgences pédiatrique au Chu de Tours. Mémoire de l'école Nationale de la santé publique 2001.
- 4- P. TALANI G. SAMBA, G. MOYEN. Prise en charge des fièvres de l'enfant à domicile dans le district rural de Boko (Congo-Brazzaville) CENTRALE S.F.S.P.. Santé Publique 2003, volume 15, n° 4, pp. 485-490
- 5- ATAKOUMA D.Y., GBETOGLO D., TURSZ A., CROST M., AGBERE A., ASSIMADI J.K. Etude Epidémiologique Du Recours Aux Consultations Hospitalieres D'urgence Chez Les Enfants De Moins De 5 Ans Au Togo. Published in Rev.Epidemiol.Sante Publique, 47 Suppl 2:2S75-91, 1999, pp. 2S75-91
- 6- NZAME Y NTSAME S, NDOUTOUME R , GAHOUMA D , KOKO J. Épidémiologie des Urgences Pédiatriques de Nuit au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Health Sci. Dis: Vol 21 (4) April 2020
- 7- DIARRA NIA CISSOKO. Bilan d'activité d'une année^[1] au Service Des urgences pédiatriques du Chu GABRIEL TOURE. Thèse Médecine (2008-2009)-Bamako
- 8- Prise en charge intégrée des Maladies de l'enfant ; le point sur la situation mondiale. WHO/CHS/CAH/98.1B. REV.1 1999
- 9-Manuel sur la PCIME La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant WHO/FCH/CAH/00.12
- 10- BREHIMA COULIBALY. Les Urgences Médicales pédiatriques dans Le service de pédiatrie du C.H.U- Gabriel Toure. Thèse Médecine (2005-2006)-Bamako
- 11- IBRAHIM YACOUBA TRAORE. Les urgences pédiatriques au centre de Sante de référence de La Commune V. Thèse Médecine (2011-2012)-Bamako
- 12- RICHARD BITWE MICHELE DRAMAIX, PHILIPPE HENNART. Qualité des soins donnés aux enfants gravement malades dans un hôpital provincial en Afrique Centrale. S.F.S.P. « Santé Publique » 2007, volume 19, n° 4, pp. 401-411

13- PIERRE JACQUEMOT. Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. De Boeck Supérieur « Afrique contemporaine » 2012/3 n° 243 | pages 95 à 97

RESUME :

Une urgence médicale est une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé. L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances et les attitudes pratiques des parents face aux urgences pathologiques de l'enfant. Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, descriptive s'étendant du 20 janvier 2020 au 20 avril 2020, au service des urgences du département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT). Nous avons colligé 105 patients répondant à nos critères d'inclusion. Le sexe ratio est de 0,8. Les nourrissons de 1- 6 mois avec 47,7% étaient les plus nombreux. La majorité des pères soit 37,1% avaient entre 25 et 35 ans, ils étaient non instruits dans 39 % et étaient des ouvriers dans 43,8% des cas. La majorité des mères soit 47,6% avaient entre 25 et 35 ans, elles étaient non scolarisées dans 42,8% des cas et 72,4% d'entre elles était des mères au foyer. La majorité des patients étaient référés dans 67,6% des cas. Les motifs de consultation étaient principalement la détresse respiratoire (30,7%), la fièvre (27,5%) et la convulsion (14,2%). Les attitudes adoptées par les parents étaient majoritairement la consultation dans un centre de santé le plus proche (36,2%) et une automédication (19,1%). Les principaux diagnostics étaient les bronchopneumopathies (33,4%) et les méningo-encéphalites (19,1%). L'évolution des patients était surtout marquée par la guérison dans 81,9 % des cas mais nous avons enregistré 14,2% de décès. En conclusion, l'attitude des parents face à l'urgence était d'aller consulter au centre de santé le plus proche ou de pratiquer une automédication.

FICHE D'ENQUETE

PATIENT

1.1 Identité

Nom de l'enfant :

.....

Age : 1m-6 m , 7m-12m , 13m-24 m , 25m-59 m , 60m-15 ans

Sexe : M F

Résidence : C1 C2 C3 C4 C5 C6 // Kayes Koulikoro

Sikasso Ségou Mopti Tombouctou Gao Kidal Taoudéni

Ménaka

1.2 Motif de consultation

Référence : motif : DR anémie aigue convulsion manque d'oxygène
manque de sang autre

Moyens de transport : ambulance transport en commun moto voiture
personnelle

Délai entre la référence et l'arrivée aux urgences (en heures) :

Non référé : motif : fièvre vomissement convulsion amaigrissement gêne
respiratoire toux diarrhée vomissements autre

Moyens de transport : ambulance transport en commun moto voiture
personnelle à pied

PARENTS

Père :

Age : 18-24 ans 25-35 ans 36-45 ans 46-60 ans supérieur à 60
ans

Scolarisation : primaire secondaire supérieur non scolarisé

Profession : cultivateur commerçant-vendeur ouvrier fonctionnaire

Etat matrimonial: marié célibataire divorcé veuf

Si marié : nombre de femmes..... Nombre d'enfants :..... Position de la
femme...

Mère :

Age : inférieur à 18 ans 18-24 ans 25-35 ans 36-45 ans supérieur à
45ans

Scolarisation : primaire secondaire supérieur non scolarisé

Profession : cultivatrice commerçante-vendeuse ouvrière fonctionnaire femme au foyer

Nombre d'enfants : le rang de l'enfant

malade :

Conditions socio-économiques :

Favorable Acceptable

Défavorable

On parle de conditions socio-économiques défavorables quand un ménage se trouve dans le groupe A

On parle de conditions socio-économiques acceptables quand un ménage possède 4 éléments du groupe A et 4 éléments du groupe B

On parle de conditions socio-économiques favorables quand un ménage se trouve dans le groupe B

GROUPE A	Cochez si oui	GROUPE B	Cochez si oui
Location ou maison en banco		Chez soi	
Pas d'électricité		Electricité	
Puits		Robinet	
Latrines (toilettes traditionnelles)		WC (toilettes modernes)	
Nombre de repas quotidien inf 3		Nombres de repas quotidiens sup 3	
Pas de réserves alimentaires		Réserves alimentaires	
Pas de téléviseur		Téléviseur	
Pas de voiture		Voiture	

LA
MALADIE
Reconnaiss
ance de
l'urgence
A quel
moment
l'état de

l'enfant est considéré comme urgent ?

SIGNES	OUI	NON
Le corps de l'enfant devient très chaud		

Votre enfant devient mou		
Votre enfant convulse		
Votre enfant ne mange plus		
Votre enfant ne respire pas bien		
L'enfant devient de plus en plus maigre		
Autre		
Ne sais pas		

Que faites- vous face à cette urgence ?

Ne rien faire

Recours aux médicaments traditionnels

Automédication par médicaments de rue

Automédication par médicaments achetés à la pharmacie

Recours au centre de santé le plus proche

Venir directement à l'hôpital

Venir voir son médecin traitant

Autre

Ne sais pas

Si recours aux soins médicaux, qui a pris cette décision ? Père Mère Autre

Après combien de jours d'évolution de la maladie, la consultation aux Urgences se fait-elle et pourquoi?

Sans délai

Moins de 3 jours

Entre 3 et 4 jours

Supérieur à 4 jours

Ne sait pas

Aucune idée

LES SOINS AUX URGENCES PEDIATRIQUES

Qui s'occupe des dépenses aux soins pour l'enfant ?

Père : avec assurance sans assurance

Mère : avec assurance sans assurance

Père et mère : avec assurance sans assurance

Tiers personne : avec assurance sans assurance

Motif d'hospitalisation : DR anémie aigue convulsion manque d'oxygène

manque de sang bronchopneumopathie paludisme grave cardiopathie

autre :.....

Accès aux soins :

Au bout de combien de temps avez-vous vu un médecin :.....

Au bout de combien de temps l'enfant a reçu les soins :.....

Etes- vous satisfait des soins : oui non // de l'accueil : oui non

Devenir du patient :

Evolution :

Guéri

Décès

Durée d'hospitalisation :

Inf 3 jours

4-7 jours

7-14 jours

Sup 14 jours