



Article Original

Épidémiologie des Urgences Pédiatriques de Nuit au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Epidemiology of night pediatric emergencies at the Centre Hospitalier Universitaire of Libreville

Nzame Y^{1,2}, Ntsame S³, Ndoutoume R³, Gahouma D¹, Koko J^{1,3}

RÉSUMÉ

Nzame Y^{1,2}, Ntsame S³,
Ndoutoume R³, Gahouma
D¹, Koko J^{1,3}

¹Faculté de Médecine de
Libreville

²Centre Hospitalier
Universitaire d'Angondje

³Centre Hospitalier
Universitaire de Libreville

Auteur correspondant :

NZAME Yolande :
yolandenzame@gmail.com
; tél : 0024166267581

Mots clés : signes
d'urgences, enfants,
Libreville

Keywords : emergency
signs, children, Libreville

Introduction. Les décès à l'hôpital surviennent souvent dans les 24 heures qui suivent l'admission. Une grande partie de ces décès pourrait être évitée si les enfants gravement malades étaient identifiés dès leur arrivée et traités immédiatement. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des enfants reçus en consultation de nuit aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). **Patients et méthodes.** Il s'est agi d'une étude prospective et descriptive, réalisée du 1er juin au 30 septembre 2016. Elle s'est déroulée dans le service des urgences de pédiatrie du CHUL. Les données ont été recueillies sur une fiche de collecte de données standardisées qui comprenait : l'identité du patient, les données socio-démographiques et les caractéristiques cliniques. **Résultats.** Deux cent deux patients ont été inclus. Cent trente-sept enfants (67,8%) ont été pris en charge dans les 30 premières minutes après leur arrivée, 20 enfants (9,9%) l'ont été entre 30 minutes et une heure après leur arrivée. Quatre-vingt-trois enfants (41,1%) avaient été consultés moins d'un jour après l'apparition des signes cliniques. Les signes d'urgence ont été décelés chez 37 enfants (18,3%). Le principal motif de consultation était la fièvre (70,2%). Le diagnostic le plus fréquent était le paludisme (65,8%). Les enfants présentant de la fièvre étaient amenés en consultation plus précocement que les autres ($p < 0,005$). L'absence d'automédication était significativement associée au délai de consultation ($p = 0,005$). **Conclusion.** Plus de la moitié des enfants sont pris en charge précocement. Les consultations sont dominées par les affections ne relevant pas des urgences. Les parents devraient être, informés sur les signes d'urgence nécessitant une consultation de nuit.

ABSTRACT

Introduction. Deaths in hospital often occur within 24 hours of admission. A large part of hospital deaths could be prevented if critically ill children were treated immediately. The objective of this work was to assess the care of children in night consultations in pediatric emergencies of the Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). **Patients and methods.** This was a prospective and descriptive study, carried out from June 1 to September 30, 2016. It took place in the pediatric emergency department of CHUL. The data was collected on a standardized data collection sheet which included: patient identity, socio-demographic data and clinical characteristics. **Results.** We included 202 children. In 137 cases (67.8%), the children were taken care of within the first 30 minutes after their arrival. Emergency signs were detected in 37 children (18.3%). The main reason for consultation was fever (70.2%). The most common diagnosis was malaria (65.8%). Children with fever were brought to the consultation earlier than the others ($p < 0,005$). The lack of self-medication was significantly associated with the consultation time ($p = 0,005$). **Conclusion.** More than half of the children are taken care of within 30 minutes of their arrival in the night service. Consultations are dominated by non-emergency conditions. Parents should be informed about emergency signs requiring overnight consultation.

INTRODUCTION

Les décès à l'hôpital surviennent souvent dans les 24 heures qui suivent l'admission. Une grande partie de ces décès pourrait être évitée si les enfants gravement malades étaient identifiés dès leur arrivée et traités immédiatement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a conçu un manuel de tri, évaluation et traitement d'urgence. Ce manuel présente un procédé de triage rapide destiné à vérifier la présence de signes d'urgence ou de priorité. Il décrit ensuite le traitement d'urgence. Le triage consiste à évaluer rapidement les enfants

malades lors de leur arrivée à l'hôpital et à les mettre dans l'un des groupes suivants :

- ceux qui présentent des signes d'urgence et nécessitent un traitement d'urgence immédiatement;
- ceux qui ont des signes de priorité et doivent être évalués et traités sans attendre;
- les cas non urgents, qui ne présentent ni des signes d'urgence ni des signes de priorité.

Les enfants qui présentent des signes d'urgence sont en danger de mort imminente. Ils doivent être traités immédiatement. [1]. L'organisation des services de pédiatrie permet de recevoir en journée un maximum

d'enfants, mais un nombre non négligeable de patients se tourne vers les services d'urgence pédiatrique la nuit aboutissant à un débordement. La notion d'urgence constitue un souci majeur dans la prise en charge des patients. On distingue les urgences réelles ou vraies, qui sont de nature accidentelles ou infectieuses, et les urgences « ressenties » qui se rapportent à des patients dont le pronostic vital ou fonctionnel n'est pas immédiatement menacé mais qui présentent des symptômes alarmants pour leur entourage [2].

Au Gabon, les centres hospitaliers universitaires sont accessibles à toutes les populations. Le flux des populations dans ces structures sanitaires de références par les patients est motivé par la présence de ressources humaines qualifiées. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des enfants reçus en consultation de nuit aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL).

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude prospective et descriptive, réalisée du 1^{er} juin au 30 septembre 2016. Elle s'est déroulée dans le service des urgences de pédiatrie du CHUL.

Les données ont été recueillies sur une fiche de collecte de données standardisées qui comprenait : l'identité du patient, les données socio démographiques et les caractéristiques cliniques.

Les signes d'urgence et les signes prioritaires ont été définis selon l'OMS :

Signes d'urgence : obstruction des voies aériennes, détresse respiratoire grave, convulsions, déshydratation sévère.

Signes de priorité : pâleur palmaire sévère, nourrisson malade âgé de moins de 2 mois. A ces signes prioritaires, nous avons ajouté les traumatismes.

Les patients venus en consultation la nuit de 18 heures à 07 heures au service des urgences pédiatriques, du CHUL ont constitué la population d'étude.

Le critère d'inclusion était l'accord des parents. Dès qu'il était obtenu, le protocole leur était expliqué, puis le questionnaire leur était administré. La variable « distance » a été estimée selon l'appréciation des parents. Les critères étaient les suivants : proche, loin, très loin.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info version 7. Le test le Chi2 a été utilisé pour la comparaison des proportions. Le seuil de significativité était de 5% ($p < 0.05$) pour l'ensemble des analyses.

RÉSULTATS

Fréquence

Mille trois cent vingt-huit patients ont consulté dans le service des urgences de pédiatrie pendant la période d'enquête. Sept cent cinquante-cinq enfants (56,9%) ont consulté dans le service des urgences la nuit. Les parents ont donné leur accord pour la participation à l'enquête chez 202 enfants, soit 26,7%.

Age

La répartition était la suivante : 53 enfants (26,2%) étaient âgés de 1 à 11 mois ; 90 enfants (44,6%) étaient

âgés de 1 à 4 ans ; 30 enfants (14,8%) étaient âgés de 5 à 9 ans ; 29 enfants (14,4%) étaient âgés de 10 à 16 ans.

Sexe

Cent quinze enfants (56,9%) étaient de sexe masculin et 87 (43,1%) de sexe féminin, soit un sex-ratio de 1,3.

Délai de prise en charge

Cent trente-sept enfants (67,8%) ont été pris en charge dans les 30 premières minutes après leur arrivée, 20 enfants (9,9%) ont été pris en charge entre 30 minutes et une heure après leur arrivée, 15 enfants (7,4%) ont été pris en charge entre 1 h et 2 h après leur arrivée et 17 enfants (8,4%) ont été pris en charge 3 heures ou plus après leur arrivée. Dans 13 cas, le délai de prise en charge n'a pas été précisé.

Délai de consultation

Quatre-vingt-trois enfants (41,1%) avaient été consultés moins d'un jour après l'apparition des signes cliniques, 53 entre 1 et 2 jours après l'apparition des signes cliniques (26,2%), 42 entre 3 et 4 jours après l'apparition des signes cliniques (20,8%) et 24 l'ont été plus de 4 jours après l'apparition des signes cliniques (11,9%). Dans 125 cas (61,9%), les parents avaient déclaré que le retard de consultation était lié à de la négligence. Dans 30 cas (14,9%), il était lié à l'absence du père. Dans 24 cas (11,9%), il était lié à l'absence de la mère. Dans 15 cas (7,4%), il était lié à l'absence de moyens financiers et dans 3 cas à l'absence de la personne qui s'occupait de l'enfant.

Signes d'urgence et signes de priorité

Les signes d'urgence ont été décelés chez 37 enfants (18,3%). Il s'agissait notamment d'enfants déshydratés dans 17 cas (8,9%). Les signes prioritaires avaient été observés chez 156 enfants (77,2%), parmi lesquels la fièvre chez 142 enfants (tableau I)

Tableau I : répartition selon les signes d'urgence et de priorité

Signes	Effectif (%)
Signes d'urgence	37 (18,3)
Déshydratation	18 (8,9)
Détresse respiratoire grave	11 (5,4)
Convulsions	7 (3,5)
Obstruction des voies aériennes	1 (0,5)
Signes prioritaires	14 (6,9)
Nourrisson de moins de 2 mois	8 (3,9)
Traumatisme	2 (1)
Pâleur palmaire sévère	4 (1,9)
Aucun signe d'urgence ni prioritaire	151 (74,8)
Total	202 (100)

Motifs de consultation

Cent quarante-deux enfants (70,2%) ont été conduits dans le service des urgences pour fièvre ; 111 enfants (55%) pour signes digestifs, 78 enfants (38,6%) pour signes respiratoires ; 10 enfants (5%) pour signes neurologiques ; 9 enfants pour signes ORL et 8 pour signes cutanés.

Étiologies retenues

A l'issue des examens cliniques et paracliniques, les étiologies ont été retenues :

En pathologie infectieuse, 133 cas (65,8%) de paludisme, 47 cas (23,3%) de bronchopneumopathies, 1 cas de bronchiolite, 10 cas (5%) de pharyngite, 2 cas (1%) d'otite, 1 cas d'infection néonatale, 5 cas (2,5%) d'infection urinaire, 9 cas (4,5%) de rougeole et 1 cas de varicelle ont été diagnostiqués.

En pathologie respiratoire, 8 cas (4%) d'asthme ont été diagnostiqués.

En pathologie ORL, 1 cas d'épistaxis a été diagnostiqué.

En pathologie accidentelle et traumatique, 2 cas (1%) de fractures, 2 cas (1%) de brûlure, 1 cas d'intoxication à l'eau de javel, 1 cas d'intoxication au paracétamol et 1 cas de plaie de la cuisse ont été diagnostiqués.

En pathologie digestive, 32 cas (15,8%) de gastroentérite, 1 cas de constipation, 4 cas (2%) de coliques, 4 cas (2%) de vomissements et 2 cas (1%) d'intoxication alimentaire ont été diagnostiqués.

Automédication

Les parents ont eu recours à l'automédication chez 110 patients (54,5%).

Relation entre le motif de consultation et le délai de consultation

Les enfants présentant de la fièvre étaient amenés en consultation plus précocement que les autres ($p < 0,005$).

Relation entre le délai de consultation et l'automédication

L'absence d'automédication était significativement associée au délai de consultation ($p = 0,005$). Le fait de ne pas avoir eu recours à l'automédication amenait les parents à consulter précocement par rapport à ceux y ayant eu recours.

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des enfants reçus en consultation de nuit aux urgences pédiatriques du CHUL. Pendant le déroulement de l'étude, plusieurs parents n'ont pas souhaité participer à l'enquête. C'était la principale limite de ce travail. Toutefois, les données collectées nous orientent sur les informations permettant d'évaluer cette prise en charge des patients aux consultations de nuit dans le service des urgences.

Durant les quatre mois de l'étude, 755 patients (56,8%) ont consulté la nuit dans le service des urgences pédiatriques du CHUL sur un total de 1328 patients. Seuls 202 enfants (26,7%) ont été retenus et examinés pour l'investigation. La fréquence de consultation de nuit dans notre travail était proche de celle du Congo Brazzaville où elle est de 45,7% [3].

Facteurs sociodémographiques

Sexe

Les enfants de sexe masculin représentaient 56,9% de l'effectif. Cette prédominance des patients de sexe masculin est rapportée dans la littérature [4-7].

Age

La tranche d'âge la plus fréquente était celle des enfants âgés de moins de 5 ans (71,1%). Cette fréquence est

aussi rapportée au Congo [3]. Les enfants âgés de moins de 5 ans sont souvent plus exposés que les autres enfants à la survenue des maladies infectieuses et aux intoxications accidentelles [8, 9]

Délai de prise en charge

Dans notre étude, la plupart des patients (67%,8%) ont été pris en charge dans les 30 premières minutes suivant leur arrivée dans le service et 9,9% entre 30 mn et une heure après leur arrivée. Ce délai rapide de prise en charge pour la plupart des patients témoigne de l'efficacité du fonctionnement du service des urgences de nuit au CHUL malgré l'afflux des consultations la nuit.

Diagnostic retenu

Dans notre travail, les pathologies infectieuses étaient les principaux diagnostics retenus. Ces résultats corroborent avec ceux retrouvés au CHUL en 2002 [10]. Dans plusieurs pays africains, une prédominance des maladies infectieuses est aussi rapportée [11-13]

Le paludisme était la maladie infectieuse la plus fréquente dans notre étude. Du fait de son implication dans la mortalité infantojuvénile, l'OMS a développé la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Cette stratégie permet de contribuer à une meilleure prise en charge des enfants de moins de 5 ans, notamment ceux atteints de paludisme. Elle permet aussi d'assister les parents à une meilleure prise en charge à domicile [14].

Délai de consultation

Dans notre étude, 55,4% des enfants ont été gardés à la maison par négligence des parents, ce retard induit une aggravation des symptômes constatée la nuit aux urgences. Pour d'autres auteurs, l'accès tardif aux structures sanitaires est dû à l'absence des parents pendant la journée [15].

Motifs de consultation et délai de consultation

Dans notre étude la fièvre était le symptôme le plus fréquent (70,3%), suivi des signes digestifs (55%) et des signes pulmonaires (38,6%). Ces résultats ont également été retrouvés par d'autres auteurs au Congo [3], au Togo [4] et au Mali [5] où la fièvre représentait respectivement 75%, 50% et 53%. Celle-ci constituait le principal motif de consultation de nuit suivie des signes digestifs et pulmonaires. La prédominance de ces symptômes pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de maladies infectieuses, notamment le paludisme.

Notion d'urgence

Dans notre étude, sur les 138 parents (68,3%) qui estimaient que le tableau clinique de leurs enfants était urgent, seuls 37 (18,3%) patients présentaient des signes d'urgence vraie. Pour les autres parents chez qui le tableau clinique de leur enfant n'était pas une urgence, le service de consultation de nuit était considéré comme un service de consultation de routine. Certains auteurs rapportent que la quasi-totalité des parents des enfants reçus en consultation semble être traumatisée [2,16]. D'autres auteurs rapportent que 28% des consultations nocturnes ne sont pas justifiées car ne présentant aucun signe d'urgence [17]. Dans d'autres cas, la moitié des consultations est estimée non urgente par le médecin du

service [18]. Par contre au Bénin, 60% de cas d'hospitalisations l'ont été dans une situation d'urgence [13]. Ces observations suggèrent qu'à partir du moment où le patient se sent en état d'urgence, il va s'orienter vers un service d'urgence et ce, quel que soit l'heure, afin d'avoir une consultation rapide. Un autre facteur peu explicatif serait le moment d'apparition des symptômes. En effet, même lorsque le patient ne se sent pas en état d'urgence, le recours aux services d'urgences semble plus fréquent dès que l'on se sent mal la nuit [2].

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des enfants reçus en consultation de nuit aux urgences pédiatriques du CHUL. Plus de la moitié des enfants sont pris en charge dans les 30 minutes suivant leur arrivée dans le service la nuit. Les consultations sont dominées par les affections ne relevant pas des urgences. La notion d'urgence est différemment appréciée par les parents et les soignants. Les parents devraient être, pour la plupart, capables d'évaluer la gravité de l'état de santé de leur enfant bien qu'ils aient tendance à la surestimer. La PCIME est un outil qui permettrait d'améliorer les connaissances des parents sur l'état de santé de leur enfant et donc de mieux apprécier la notion d'urgence.

Conflits d'intérêt : aucun

RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère. Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement. 2004. 175 pages
2. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J. et al., « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique*, 2004 ;16(1) : 63-74.
3. Mabilia-Babela JR, Senga P. Consultation de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville, Congo. *Méd Trop* 2009; 69:281.
4. Sidibé T, Koné M, Keïta M et al. Intoxication accidentelle chez l'enfant: bilan de 36 mois du service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel-Touré. *Med Afr Noire* 1991; 38:128-30.
5. Kuakivi NK, Martin SL, Sow HD et al. Urgences médicales en Réanimation. *Méd Afr Noire* 2004; 5: 665-9.
6. Atakouma DY, Agbéré A, Gbadoé A, et al. Les intoxications aiguës accidentelles de produits toxiques chez l'enfant au CHU de Lomé-Tokoin (Togo). *Med Afr Noire* 1994, 41: 620-4.
7. Bonny JS, Brou Y, Biau N et al. Intoxications aiguës chez l'enfant : aspects statistiques à partir des données du Service d'Anesthésie Réanimation du CHU de Cocody Abidjan pour l'année 1988. *Revue de Pédiatrie* 1990; 26: 91-94.
8. Sylla M, Coulibaly Y, Dicko FT et al. Intoxication aiguë accidentelle chez l'enfant au service de Pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. *Mali Médical*, 2006, 21 : 50-3.
9. World Health Organization (WHO). Expert Committee on Malaria. twentieth report. WHO technical report series. 2000. [En ligne] <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42247> consulté le 06 août 2016.
10. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H et al. Le faux débat des fausses urgences. *Arch Pédiatr* 1999; 6:4646.
11. Abdou RO, Tchoua RK, Ndinga JP et al. Les urgences Pédiatriques au centre hospitalier de Libreville. *Méd Afr Noire* 2002; 49: 475-80.
12. Atanda HL, Porte J, Bon JC et al. Place des urgences médicales pédiatriques dans un service médical à Pointe-Noire. *Méd Afr Noire* 1994; 41 :17-20.
13. Dan, V., Hazoumé FA Ayivi B et al. Prise en charge des urgences du nourrisson et de l'enfant: aspects actuels et perspectives d'avenir. *Méd Afri Noire*, 1991; 38: 752-6.
14. Khaldi F, Zeribi A, Chabchoub A, et al. Etude de la mortalité hospitalière de 0 à 15 ans dans un service de pédiatrie à Tunis sur une période de 5 ans (1983-1987). *Arch péd*, 1990; 47: 605-8.
15. World Health Organization (WHO). Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). 2017. [En ligne] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/fr/ Consulté le 25 juin 2016.
16. Berthier M, Martin-Robin C. Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 476 enfants. *Arch Pediatr* 2003; 10: 61-3.
17. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées en enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Arch Ped* 2004; 11: 108.
18. Martin LE, Legrand M, Couleur G et al. Évaluation des consultations de nuit aux urgences pédiatriques de Pau. *Arch péd* 2006; 13 :931.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le personnel du service des urgences de pédiatrie du CHUL pour la disponibilité dans la réalisation de ce travail.

CONTRIBUTION DES AUTEURS :

Dr NZAME: a donné le sujet et coordonné la collecte des données et la rédaction de la thèse ; ensuite elle a rédigé l'article

Dr NTSAME : a réalisé la collecte des données et rédigé la thèse d'où a été tiré cet article

Dr NDOUTOUME : a supervisé la collecte des données
Pr GAHOUMA et Pr KOKO ont relu l'article.

CONFLITS D'INTÉRÊT : AUCUN