Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

Devenir des Enfants Reçus aux Urgences Pédiatriques du CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville en 2025 : Une Étude Prospective

Outcomes of Children Admitted to the Pediatric Emergency Unit of the Mother-Child University Hospital of Libreville: A 2025 Prospective Study

Midili TL[1,2], Mekame Meye AEP[1,2] , Mintsa Mi Nkama ELJ[2], Boutolini Boukamba D[1], Pemba Mihindou M[1], Medza M'Ella R[1], Aloli N[1] Kuissi Kamgaing E[2,] Ategbo S[1,2]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i10.7893

Affiliations
1. Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant de Libreville
2. Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Libreville-Gabon.

Auteur correspondant
Midili Tècle Larissa,
Pédiatre
Email : midililarissa@yahoo.fr
Tel :
+24166055085/+24177739474

Mots clés : Devenir, Enfants, urgences, CHUMEFJE, Libreville

Key words: Development, Children, A&E, CHUMEFJE, Libreville

Article history
Submitted: 30 August 2026
Revisions requested: 4 September 2026
Accepted: 25 September 2026
Published: 29 September 2026

RÉSUMÉ

Introduction. L'issue des patients admis aux urgences pédiatriques reflète la qualité des soins et l'efficacité du système de santé. Au Gabon, les données récentes sur le devenir des enfants consultant aux urgences sont limitées. Nous avons mené une étude prospective pour évaluer le devenir des enfants reçus aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUME-FJE) de Libreville en 2025 et identifier les facteurs associés à une évolution défavorable. **Méthodes**. Étude prospective descriptive et analytique réalisée de juillet à décembre 2025. Nous avons inclus de façon exhaustive tous les enfants âgés de 0 à 17 ans ayant consulté aux urgences pédiatriques, avec consentement parental. Les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies par entretien et, si nécessaire, par contact téléphonique. Les analyses statistiques ont utilisé le test du χ^2, avec un seuil de significativité à 0,05. **Résultats**. Sur 307 enfants inclus (âge moyen 3,8 ans, sex-ratio 1,3), les symptômes prédominants étaient la fièvre (52,8 %) et les vomissements (22,1 %). Les principales pathologies étaient le paludisme (30 %), la gastro-entérite aiguë fébrile (20,5 %) et la pneumopathie (17,6 %). À l'arrivée, 88,6 % des patients étaient stables. Le devenir se répartissait en hospitalisation (47,9 %), retour à domicile (35,8 %), mise en observation (14,3 %), réanimation (1 %) et décès (1 %). Un délai de consultation inférieur à 24 heures était associé à une mise en observation plus fréquente (OR = 2,76 ; IC 95 % [1,44 – 5,34]), mais aucun lien significatif n'a été trouvé entre ce délai et l'hospitalisation, le retour à domicile ou le décès. **Conclusion**. L'étude révèle une forte proportion d'infections et d'hospitalisations, mais une mortalité très faible. Ces résultats plaident pour une amélioration de l'orientation précoce et de l'éducation parentale afin de réduire les consultations non urgentes et d'optimiser les ressources.

ABSTRACT

Introduction. Patient outcomes in pediatric emergency departments reflect quality of care and health system performance. In Gabon, recent data on outcomes of children attending emergency services are scarce. We conducted a prospective study to assess the outcomes of children seen at the pediatric emergency unit of the Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUME-FJE) in Libreville in 2025 and to identify factors associated with unfavorable evolution. **Methods**. A prospective descriptive and analytical study was carried out from July to December 2025. We consecutively included all children aged 0–17 years who attended the pediatric emergency unit, with parental consent. Sociodemographic, clinical, therapeutic and outcome data were collected through interviews and, when necessary, telephone follow-up. Statistical analysis used the χ^2 test, with significance set at 0.05. **Results**. Among 307 children included (mean age 3.8 years, sex ratio 1.3), the main symptoms were fever (52.8 %) and vomiting (22.1 %). Leading diagnoses were malaria (30 %), acute febrile gastroenteritis (20.5 %) and pneumonia (17.6 %). At presentation, 88.6 % were clinically stable. Outcomes were: hospitalization (47.9 %), discharge home (35.8 %), observation (14.3 %), intensive care (1 %) and death (1 %). A consultation delay of less than 24 hours was associated with more frequent observation (OR = 2.76; 95 % CI [1.44–5.34]), but no significant link was found with hospitalization, discharge or death. **Conclusion**. This study shows a high burden of infections and hospitalizations, yet very low mortality. These findings call for improved early referral and parent education to reduce non-urgent consultations and optimize resource use.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu du sujet. Les urgences pédiatriques constituent une porte d'entrée majeure pour les soins aigus de l'enfant. L'évaluation du devenir – hospitalisation, retour à domicile, transfert ou décès – permet de juger de la qualité des soins et de l'organisation du système. En Afrique subsaharienne, les pathologies infectieuses dominent, et les taux d'hospitalisation varient largement, de 30 % à plus de 60 %, avec une mortalité souvent supérieure à 2 %.

La question abordée dans cette étude. Peu de données récentes existent sur le devenir des enfants consultant aux urgences pédiatriques au Gabon. Cette étude a cherché à décrire précisément les issues et à identifier les facteurs associés à une évolution défavorable dans le principal hôpital de référence materno-infantile du pays.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Sur 307 enfants inclus (âge moyen 3,8 ans ; sex-ratio 1,3), les pathologies principales sont le paludisme (30 %), les gastro-entérites (20,5 %) et les pneumopathies (17,6 %). Près de la moitié (47,9 %) sont hospitalisés, 35,8 % rentrent à domicile, 14,3 % sont mis en observation, 1 % sont admis en réanimation et 1 % décèdent. Un délai de consultation court (<24 h) multiplie par 2,76 le risque de mise en observation, mais n'est associé ni à l'hospitalisation ni au décès.

Implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures. Ces résultats confirment la prédominance des affections infectieuses et le recours fréquent à l'hospitalisation, malgré une mortalité remarquablement basse. Ils incitent à renforcer les stratégies de triage, à former les parents à la reconnaissance des signes de gravité et à optimiser les parcours de soins pour réduire

INTRODUCTION

Le devenir des patients admis aux urgences pédiatriques constitue un indicateur essentiel de la qualité des soins et de la performance des systèmes de santé. Il correspond à l'issue de la prise en charge après l'évaluation et le traitement initial, notamment le retour à domicile, l'hospitalisation, le transfert vers une unité de soins spécialisés, la sortie contre avis médical ou le décès. L'analyse de ces différentes issues permet d'apprécier la gravité des pathologies, l'efficacité du triage, la rapidité de la prise en charge et l'adéquation des ressources disponibles. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère les soins d'urgence comme un élément fondamental de la couverture sanitaire universelle et estime que le renforcement des services d'urgence pourrait prévenir une proportion importante des décès évitables chez l'enfant [1].

Les urgences pédiatriques représentent un maillon essentiel des systèmes de santé en raison de leur rôle dans la prise en charge rapide des enfants atteints de pathologies aiguës mettant en jeu le pronostic vital. L'évaluation du devenir des patients admis dans ces services (retour à domicile, hospitalisation, transfert, sortie contre avis médical ou décès) constitue un indicateur majeur de la qualité des soins, de l'efficacité des systèmes d'urgence et de la performance des structures hospitalières. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le renforcement des services d'urgence est une intervention prioritaire pour réduire les décès évitables chez l'enfant et améliorer la survie des populations pédiatriques [1].

À l'échelle mondiale, des progrès importants ont été réalisés dans la réduction de la mortalité infantile au cours des trois dernières décennies. Toutefois, l'OMS estime qu'en 2024, 4,9 millions d'enfants de moins de cinq ans sont décédés, dont près de 47 % au cours de la période néonatale. Les principales causes de décès demeurent les complications de la prématurité, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme, les septicémies et les complications périnatales, pathologies dont la majorité sont évitables grâce à un accès rapide à des soins d'urgence de qualité. Malgré les progrès accomplis, le ralentissement de la diminution de la mortalité infantile observé depuis 2015 souligne la nécessité de renforcer davantage les systèmes de soins d'urgence [2].

L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus touchée par la mortalité pédiatrique. En 2024, elle représentait environ 58 % de l'ensemble des décès mondiaux des enfants de moins de cinq ans, avec un taux de mortalité de 71,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit près de quatorze fois celui observé dans les pays à revenu élevé. Les principales causes d'admission dans les services d'urgences pédiatriques sont le paludisme grave, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, les septicémies et les traumatismes. Plus des deux tiers de ces décès sont considérés comme évitables grâce à un diagnostic précoce et à une prise en charge adaptée [3].

Au Gabon, malgré une amélioration progressive des indicateurs de santé, la mortalité des enfants de moins de cinq ans demeure préoccupante, avec un taux estimé à 34 décès pour 1 000 naissances vivantes selon les dernières données de l'OMS. Les maladies infectieuses, notamment le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les gastro-entérites, constituent les principales causes de consultation et d'hospitalisation chez l'enfant [4]. Le Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUME-FJE) est le principal hôpital de référence en pédiatrie au Gabon. Une étude réalisée sur quatre années dans son service des urgences a recensé 27 469 consultations, dont 37,1 % ont nécessité une hospitalisation. Les enfants de moins de cinq ans représentaient 44,8 % des admissions. Les principales pathologies observées étaient le paludisme (36,6 %), les affections respiratoires (17,3 %) et les gastro-entérites aiguës (15,5 %). Le devenir des patients montrait que 65,7 % étaient hospitalisés dans les différents services, 29,2 % retournaient à domicile, 2,6 % étaient transférés en réanimation et la mortalité aux urgences était de 2,5 %. Ces données illustrent la lourde charge d'activité des urgences pédiatriques et soulignent l'importance d'une évaluation régulière des issues de prise en charge [5].

Cependant, les données actualisées concernant le devenir des patients admis aux urgences pédiatriques du CHUME-FJE au cours de l'année 2025 restent limitées. Une analyse de ces issues permettra non seulement de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des enfants pris en charge, mais également d'identifier

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

les facteurs associés à une évolution défavorable. Les résultats attendus contribueront à l'amélioration de l'organisation des urgences pédiatriques, à l'optimisation des stratégies thérapeutiques et au renforcement des politiques nationales visant à réduire la mortalité infantile conformément aux recommandations de l'OMS et aux Objectifs de développement durable. Nous avons donc mené cette étude afin d'évaluer le devenir des enfants reçus aux urgences pédiatriques dans notre structure.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agit d'une étude prospective a visée descriptive et analytique menée a Libreville, plus précisément au service des urgences pédiatriques de la dite structure dans la période de juillet a Décembre 2025.

La population d'étude a été sélectionnée de façon exhaustive et concernait tous les enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques du centre hospitalier universitaire mère-enfant, accompagnés d'un parent ou d'un accompagnant quelconque. Ont été inclus, tous les enfants dont les parents ou accompagnants acceptaient de participer à l'étude, avec signature du consentement éclairé et pouvaient correctement décrire l'itinéraire du patient.

La collecte de données a été réalisée en deux étapes : la première étape a consisté a un entretien des parents par le personnel de sante muni d'une fiche de recueil renseignant sur les données nécessaires à l'étude. La seconde étape a consisté a un contact téléphonique pour les patients dont le devenir ne pouvait pas être directement déterminé à la suite de la consultation. La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Excel 2013.

Concernant les aspects éthiques et réglementaires, les données ont été recueillies dans le respect de la confidentialité, avec autorisation de la direction du centre hospitalier universitaire mère-enfant et l'avis favorable du comité scientifique.

RESULTATS

❖ Étude descriptive

- Caractéristiques sociodémographiques

Durant la période d'étude, 307 patients ont été inclus sur 500 parents interrogés. L'âge moyen était de 3,8 ans (± 4,07 ans), avec des extrêmes de 4 jours à 17 ans. Les garçons étaient majoritaires (57 %, n = 175), avec un sex-ratio de 1,3.

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques (N = 307)

Variables	N	%
Tranche d'âge		
[0 – 27 jours]	8	2,6
[1 – 23 mois]	121	39,4
[2 – 11 ans]	156	50,8
[12 – 17 ans]	22	7,2
Sexe		
Masculin	175	57,0
Féminin	132	43,0
Lieu de résidence		
Libreville	218	71,0
Akanda	32	10,4
Ntoum	31	10,1
Owendo	23	7,5
Situation économique		
Revenu faible	174	57,0
Revenu moyen	125	41,0
Revenu élevé	8	2,0

La plupart des patients résidaient à Libreville (71 %). Près de six parents sur dix (57 %) avaient un revenu faible (Tableau I).

- Données cliniques et parcours de soins

Les hôpitaux étaient la structure la plus sollicitée avant la consultation (39,2 %), suivis des pharmacies (25 %). Les médecins étaient les acteurs de soins les plus consultés (68,7 %), suivis des pharmacies (26,9 %). Le délai de consultation était de 1 à 3 jours dans 44 % des cas. Avant la consultation, 205 enfants (66,7 %) avaient reçu un traitement médical, 10 (3,6 %) un traitement traditionnel, et 91 (29,6 %) n'avaient reçu aucun traitement.

Tableau II. Données cliniques et parcours de soins (N = 307)

Variables	N	%
Structure consultée avant		
Hôpital	120	39,2
Pharmacie	77	25,0
Autre	110	35,8
Acteur de soins consulté		
Médecin	211	68,7
Pharmacie	83	26,9
Infirmier	13	4,4
Délai de consultation		
< 24 h	110	35,8
1 – 3 jours	136	44,3
> 3 jours	61	19,9
Traitement reçu avant		
Traitement médical	205	66,7
Traitement traditionnel	10	3,6
Aucun traitement	91	29,6
Symptôme principal		
Fièvre	162	52,8
Vomissements	68	22,1
Autres	77	25,1
Pathologie identifiée		
Paludisme	92	30,0
Gastro-entérite aiguë fébrile	63	20,5
Pneumopathie	54	17,6
Autres	98	31,9
État clinique à l'arrivée		
Stable	272	88,6
Instable	35	11,4
Défaillance respiratoire	23	7,5
Défaillance neurologique	7	2,3
Défaillance hémodynamique	5	1,6
Devenir du patient		
Hospitalisation	147	47,9
Retour à domicile	110	35,8
Mise en observation	44	14,3
Réanimation	3	1,0
Décès	3	1,0

Les symptômes les plus fréquents étaient la fièvre (52,8 %) et les vomissements (22,1 %). Les pathologies identifiées étaient dominées par le paludisme (30 %), la gastro-entérite aiguë fébrile (20,5 %) et la pneumopathie

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

(17,6 %). Sur les 307 enfants reçus, 272 (88,6 %) étaient cliniquement stables. Parmi les 35 patients instables (11,4 %), les défaillances étaient : respiratoire (7,5 %), neurologique (2,3 %) et hémodynamique (1,6 %).
À l'issue de la consultation, 147 patients (47,9 %) ont été hospitalisés, 110 (35,8 %) sont rentrés à domicile, 44 (14,3 %) ont été mis en observation, 3 (1,0 %) ont été admis en réanimation et 3 (1,0 %) sont décédés (Tableau II, Figure 1, Figure 2).

❖ **Étude analytique**

- **Attitude thérapeutique, traitement reçu et devenir**

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'attitude thérapeutique adoptée par les parents et le devenir des patients (p = 0,15), ni entre le type de traitement reçu avant la consultation et le devenir (p = 0,73) (Tableau III).

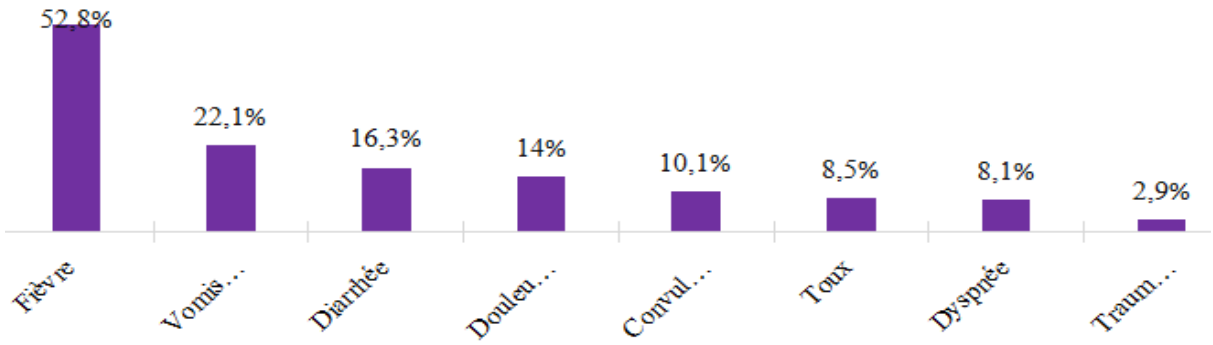

Figure 1. Répartition des patients selon les symptômes observés à la consultation au lieu d'étude

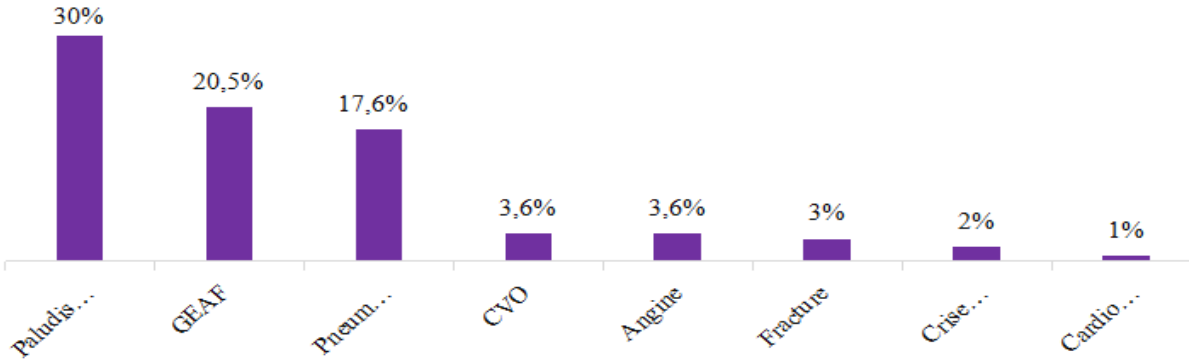

Figure 6. Répartition des patients selon les pathologies identifiées à l'issu de la consultation

Tableau III. Relation entre le devenir et l'attitude thérapeutique / traitement reçu

Devenir	Auto-initiative	Auto-médication	Consultation	Observation	Total	Aucun traitement	Traitement médical	Traitement traditionnel	Total
Décès	0	2	0	1	3	1	2	0	3
Hospitalisation	4	65	70	8	147	43	97	7	147
Mise en observation	4	16	17	7	44	12	29	3	44
Réanimation	0	2	1	0	3	2	1	0	3
Retour à domicile	3	50	43	14	110	33	76	1	110
Total	**11**	**135**	**131**	**30**	**307**	**91**	**205**	**11**	**307**
p					**0,15**				**0,73**

Tableau IV. Relation entre le délai de consultation et le devenir des patients

Devenir	< 24h (n = 110)	1 – 3 jours (n = 136)	> 3 jours (n = 61)	Total
Décès	2	1	0	3
Hospitalisation	49	64	34	147
Mise en observation	25	14	5	44
Réanimation	0	2	1	3
Retour à domicile	34	55	21	110
p global				**0,028**

Tableau V. Association entre délai < 24h et mise en observation

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Mise en observation					
Délai < 24h	**Non (n = 263)**	**Oui (n = 44)**	**OR**	**IC 95 %**	**P**
Non	178 (90 %)	19 (10 %)	1	–	–
Oui	85 (77 %)	25 (23 %)	**2,76**	[1,44 – 5,34]	**0,002**

- **Délai de consultation et devenir**

Il existait une association statistiquement significative entre le délai de consultation et le devenir du patient (p = 0,028) (Tableau IV). L'analyse a montré que les patients ayant consulté dans un délai de moins de 24 heures avaient environ **3 fois plus de risque d'être mis en observation** (OR = 2,76 ; IC 95 % : 1,44 – 5,34 ; p = 0,002). Aucune association significative n'a été retrouvée entre le délai de consultation et l'hospitalisation, le retour à domicile, l'admission en réanimation ou le décès (p > 0,05 dans tous les cas) (Tableau V).

DISCUSSION

❖ Caractéristiques sociodémographiques

- **Age**

La moyenne d'âge était de 3,8 ans (± 4,07ans) avec des extrêmes d'âge de 04 jours à 17 ans, ce qui est similaire aux résultats retrouvés par Lalya et *al* au Bénin, soit un âge moyen de 4 ans et des extrêmes d'âge de 1 mois à 17 ans [6]. La disparité observée au niveau de la borne inférieure de l'échantillon (04 jours/1 mois) peut s'expliquer par la spécificité des deux lieux d'étude. En effet, le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) bien qu'étant un hôpital de niveau trois, n'est pas spécialisé dans la prise en charge mère-enfant [7,8]. À l'inverse, le CHUMEFJE, également un hôpital de niveau trois est spécialisé dans la prise en charge maternelle et infantile, il constitue le premier recommandé dans la prise en charge des enfants au Gabon, y compris des nouveau-nés, ce qui explique la présence des nouveau-nés de 4 jours dans l'échantillon. De plus, l'étude réalisée par Nze et *al* au CHUMEFJE au sein de laquelle la fourchette d'âge inférieure était similaire (soit 1 jour), conforte cette hypothèse [9].

- **Sexe**

Dans cette étude, il a été observé une prédominance du sexe masculin, avec un sex-ratio de 1,3. Ce résultat est identique à ceux rapportés par Nzame et *al* au Gabon, Makoura et *al* au Burkina Faso, ainsi que Kouadio et *al* en Côte d'Ivoire, qui ont également retrouvé un sex-ratio de 1,3 [10,11, 12]. Ces travaux montrent que le flux de patients reçus aux urgences pédiatriques est majoritairement composé d'enfants de sexe masculin. Par ailleurs, la dernière actualisation de la pyramide des âges sur le sexe au Gabon en 2024 confirme que les garçons sont le groupe le plus représenté dans la population gabonaise [13].

- **Résidence**

La majorité des patients (71 %) provenait de la ville de cette étude (Libreville), ce qui se diffère de l'étude de Makoura et *al* au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS, Burkina Faso) dans laquelle près de trois patients sur quatre vivaient en dehors de la ville où l'étude avait été menée [11]. Cette divergence peut s'expliquer par la configuration géographique de ces structures hospitalières. En effet, le CHUMEFJE se trouve à proximité immédiate (environ 1 km) d'un hôpital de troisième référence, à nommer le Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). À l'inverse, le CHUSS constitue la seule structure de troisième référence dans un rayon de près de 400 km. Ainsi, 95 % des enfants admis dans cette structure avaient été référés par les structures en périphérie. Il convient aussi de noter que, comme au Gabon, le système de santé au Burkina Faso se présente sous la forme d'une pyramide organisée en trois niveaux qui assurent des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires.

- **Situation économique**

Plus de la moitié (57 %) des parents des patients admis dans notre échantillon avaient une situation socio-économique faible et 41 % étaient classés moyen. Ces proportions illustrent respectivement à la fois la réalité économique des ménages et les signes d'une croissance économique émergente dans le pays d'étude [14,15].

Toutefois, contrairement à ce qui était attendu, cette étude n'a pas mise en évidence de lien significatif entre la situation socio-économique du patient et l'itinéraire emprunté. Ce résultat semble s'expliquer par la prédominance de la perception propre de la maladie par les parents, qui l'emporte sur les contraintes économiques. En effet, dans cette étude, seul 1 % des personnes interrogées ont évoqué des raisons financières pour justifier leur choix thérapeutique, tandis que 78,2 % ont mentionné des motifs liés à leurs propres perception (tableau VII). En outre, ce résultat rejoint celui de l'étude de Niyondiko au Burundi dans laquelle les contraintes les socio-économiques n'influençaient pas les choix thérapeutiques [16].

- **Type de structures de soins consultés**

Les structures de soins les plus sollicitées dans cette étude étaient l'hôpital (20,7 %) et la pharmacie (12,7 %). Ces résultats contrastent avec ceux rapportés par Kabore et *al* au Burkina Faso, où l'hôpital ne représentait que 4,6 % des consultations, tandis que le centre de santé atteignait 31,2 % [17]. Cette divergence peut être expliquée par les différences socio-économiques entre les deux contextes. En effet, le pourcentage de pauvreté élevé au Burkina Faso (43,2 %, estimation banque mondiale) limite la capacité de nombreux parents à recourir directement aux services hospitaliers, les orientant plutôt vers les centres de santé ou les officines pharmaceutiques, jugés plus accessibles financièrement [18]. À l'inverse, au Gabon, malgré la présence d'un pourcentage de pauvreté non négligeable (25 %), celui-ci ne semble pas constituer un frein majeur à la consultation hospitalière [19].

- **Traitements reçus**

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Avant leur consultation au CHUMEFJE, la plus grande partie des enfants avait été automédiquer, ce fait est également observé au Burkina Faso au cours de l'étude réalisée par Kabore et *al* [17]. Par contre, au Bénin, les études de Maroufou et *al* ainsi que Layla et *al* ont révélé que le traitement reçu par les enfants avant leur arrivée aux urgences était majoritairement de nature traditionnelle [20,6]. Cette différence peut s'expliquer par le fort attachement de la population béninoise aux pratiques culturelles et rituelles. En effet, contrairement au Gabon, le Bénin demeure profondément enraciné dans les traditions, avec une majorité de la population adhérant aux croyances animistes et au vaudou [21]. Par ailleurs, l'étude a montré qu'il n'existait pas de relation significative entre le type de traitement reçu et le devenir des enfants, constat similaire aux études réalisées par Pigeon-Gagné et Mubake, qui n'avaient pas non plus identifié de lien entre la nature du traitement et le devenir des patients [22].

- **Acteurs de soins consultés**

Les résultats de cette étude indiquent que les médecins constituent les acteurs de soins les plus fréquemment sollicités. Cette observation diffère des travaux de Nyande et *al au* Ghana ainsi que Rogers et *al* au Kenya qui montrent que les infirmiers constituent les acteurs les plus consultés [23,24]. Cette divergence peut être attribuée au concept d'adhésion des populations aux systèmes de santé. En effet, au Gabon, les structures de troisième référence sont majoritairement consultées, ce qui place les médecins en première ligne de la prise en charge. À l'inverse, les études suscités menées révèlent un respect plus marqué de la pyramide sanitaire car les infirmiers y jouent un rôle essentiel dans les soins de première ligne et constituent les acteurs les plus sollicités.

Par ailleurs, le fait que les parents ne sollicitent pas les tradipraticiens ou les prophètes-guérisseurs conforte l'existence d'une conception rationnelle de la maladie. Cela met également en lumière une dissociation entre appartenance religieuse, croyances traditionnelles et la gestion de la maladie chez les enfants par les parents

- **Délai de consultation**

La plupart des parents (44 %) emmenaient leurs enfants consulté aux urgences dans les 1 à 3 jours suivant l'apparition des symptômes. Ce qui est similaire aux études de Tchoua et *al* au Gabon, Laaraje et *al* au Maroc, Ndongossi et *al* au Congo, Harerimana au Burundi où les délais de consultations étaient respectivement de 1 à 2 jours, 1 à 3 jours, plus de 1 jour et les 2 premiers jours [25,26,27, 28]. En revanche ces résultats sont différents de l'étude de Nzame et *al* au Gabon où les parents emmenaient leurs enfants consulter à moins d'un jour après l'apparition des symptômes. Cela est justifiable par le fait que cette étude a été réalisée la nuit et en général lorsque la maladie survient la nuit les parents sont plus inquiets [10]. De plus, au Sénégal, l'étude réalisée par Fatou Ly et *al* au service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier National de Pikine avait également révélé un délai de consultation court (< 24 h), pouvant être rationnalisé par l'inquiétude des parents selon la littérature [29,30].

En outre, cette étude a montré que plus l'itinéraire du patient est long, plus son délai de consultation tend à se prolonger, résultat similaire à l'étude de Nkoma au Cameroun [31]. Ce constat peut être la conséquence d'une part de la méconnaissance du fonctionnement du système de santé de la part des parents entrainant des erreurs d'orientation, et d'autre part par l'influence de divers facteurs déterminant leurs parcours thérapeutiques.

Par ailleurs, il a également été observé dans cette étude que le délai de consultation court (<24 h) favorise la mise observation. Cette situation peut être attribuée à la précocité des symptômes. En effet, lorsque les symptômes apparaissent tôt, ils sont peu spécifiques et insuffisamment développés, rendant ainsi difficile la décision du médecin d'hospitaliser. Par ailleurs, il convient de noter que la mise en observation permet de suivre l'évolution clinique, d'infirmer ou de confirmer la gravité et d'éviter une hospitalisation inutile. Elle contribue à limiter l'engorgement en milieu hospitalier et à réduire l'anxiété des parents.

❖ **Caractéristiques cliniques des patients**

- **Principaux symptômes**

La fièvre (52,8 %), les vomissements (22,1 %), la diarrhée (16,3 %), les convulsions (10,1 %) et les symptômes respiratoires (16,6 %) étaient les symptômes les plus fréquemment rencontrés, similairement à l'étude de Babela et *al* au Congo dans laquelle prédominaient la fièvre, les symptômes digestifs, respiratoires et les convulsions [81]. En revanche, l'étude de Maroufou et *al* au Bénin révélait une prédominance du syndrome anémique clinique (42,2 %) qui s'expliquerait par une prévalence élevée du paludisme au Bénin selon la littérature [20,33,34].

- **Pathologies répertoriées**

Cette étude a révélé que le paludisme est la pathologie la plus rencontrée (31,3 %), suivi
de la gastro-entérite aigue fébrile (21,2 %), la pneumopathie (18,6 %), ce qui corrobore l'étude de Nze Obiang et *al* au CHUMEFJE où les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient le paludisme (36,6 %), les bronchopneumonies (17,3 %) et les gastroentérites aiguës fébriles (15,5 %) [9]. Le paludisme est la première cause d'hospitalisation retrouvée dans les structures de santé au Gabon et dans la majorité des pays africains selon la littérature [9,35,36,37]. Il fait partie des premières causes incriminées dans la mortalité infanto-juvénile en Afrique selon l'UNICEF [38].

- **Etat vital des patients à l'arrivée**

La majorité des patients qui étaient admis aux urgences étaient stables (88,6 %), ce qui traduit la méconnaissance de la notion d'urgence vraie de la part des parents, les amenant à consulter pour des pathologies bénignes. Ce constat a également été rapporté par Nzame et *al* au Gabon et Aboubacar et *al* au Mali où seulement 18,3 % et 32 % des patients admis étaient instables et présentaient réellement des signes cliniques nécessitant une prise en charge urgente [10,39]. La proportion restante correspondait principalement à des urgences ressenties par les patients qui sont le plus souvent en état

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

de pression psychologique, souligne la littérature [40]. Cette situation concourt à l'engorgement des services d'urgences, responsable d'une baisse de la productivité des professionnels de santé par surcharge de travail, d'une baisse de qualité de soins et d'une diminution de la satisfaction des patients.

En revanche, l'étude de Layla et al au Bénin révèle une situation contraire. En effet, sur la majorité des patients consultés, plus de 90,4 % des enfants étaient admis en instabilité vitale, probablement en lien avec un traitement inadéquat à domicile (automédication, traitement traditionnel), un délai de consultation prolongé (délai moyen = 8 jours), des références tardives et un transport non médicalisé [6].

- **Devenir des patients**

Dans cette étude, la majorité des patients ont fini hospitalisés (47,9 %) tandis que 35,8 % ont pu regagner leur domicile. Dans les cas les plus graves (2 %), certains ont nécessité des manœuvres de réanimation ou sont décédés. Le taux élevé d'hospitalisation peut s'expliquer par deux facteurs principaux : d'une part, le délai moyen de deux jours observés avant que les parents n'emmènent leur enfant en consultation, et d'autre part, le recours fréquent à l'automédication comme première attitude thérapeutique. Ces éléments ont contribué au retard de prise en charge (retard à la consultation), justifiant la prévalence importante des hospitalisations observées. Des pourcentages d'hospitalisation similaires ont été observés dans les études de Babela et *al* au Congo et Nze Obiang et *al* au CHUMEFJE soit respectivement 56,7 % et 63 % [32,41].

Par contre la faible proportion des patients ayant fini décédés confirme le fait que la plupart des patients avaient consulté dans un état vital stable. Contrairement à l'étude le Layla et *al* au Bénin, où le pourcentage de décès était un peu plus élevé, soit 5,5 %, justifié par le fait que la plupart des patients avaient été admis aux urgences en état d'instabilité [6].

Par ailleurs, il a été retrouvé une association significative entre le nombre d'itinéraire parcouru et l'hospitalisation ($p = 0,03$). Autrement dit, les patients ayant suivi un parcours long avaient plus de risques de finir hospitalisés. Ce résultat illustre considérablement l'influence de l'itinéraire thérapeutique sur la prise en charge des patients. En effet un parcours prolongé conduit vraisemblablement à un retard de prise en charge.

CONCLUSION

cette étude apporte des données actualisées sur le devenir des patients reçus aux urgences pédiatriques du CHUME-FJE. Elle constitue une base scientifique utile pour les décideurs, les cliniciens et les responsables hospitaliers dans la mise en œuvre de stratégies visant à améliorer la qualité des soins, réduire la mortalité pédiatrique et contribuer à l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux de santé de l'enfant, notamment ceux définis par l'Organisation mondiale de la Santé et les Objectifs de développement durable. Les urgences pédiatriques constituent un maillon essentiel de la prise en charge des enfants, en particulier dans les pays à ressources limitées où la morbidité et la mortalité liées aux maladies aiguës demeurent élevées. L'évaluation du devenir des patients admis aux urgences permet d'apprécier la qualité des soins, l'efficacité de l'organisation du service et les performances du système de référence. Les résultats mettent en évidence les principales pathologies responsables des admissions, la proportion d'enfants hospitalisés, transférés, retournés à domicile, sortis contre avis médical ou décédés.

Limite de l'étude

Plusieurs limites doivent être considérées :

- Le caractère rétrospectif expose à un risque de données manquantes ou incomplètes ;
- L'étude est monocentrique, conduite dans un hôpital de référence ; les résultats ne sont donc pas directement extrapolables à la population générale ;
- Les variables relatives au genre et au pouvoir ont été mesurées à partir des informations disponibles dans les dossiers, sans instrument standardisé, ce qui peut entraîner un biais d'information ;
- L'absence de groupe comparateur interdit toute estimation de facteurs associés ou toute interprétation causale ;
- La longue période d'étude peut recouvrir des évolutions de l'offre de soins, des pratiques de référence et des ressources transfusionnelles, non prises en compte dans l'analyse descriptive globale.

DÉCLARATIONS

Remerciements

Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont rendu cette étude possible.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la déclaration d'Helsinki. L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude. En outre, ce travail n'a impliqué aucune expérimentation sur des êtres humains ou des animaux et ne contient aucune information personnelle permettant d'identifier les patients.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

REFERENCES

1. World Health Organization. Child mortality (under 5 years). Geneva: WHO; 2026.
2. World Health Organization Regional Office for Africa. Child Health. Brazzaville: WHO AFRO; [date non précisée].
3. World Health Organization. Global Health Observatory: Gabon health data. Geneva: WHO; [date non précisée].
4. Nze Obiang PC, Okoué R, Edjo Nkilly G, et al. Profil épidémiologique, diagnostique et évolutif des urgences

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

pédiatriques sur quatre ans au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant de Libreville. Bull Med Owendo. 2023;21(53):63-7.
5. Zang Eyi C, Nze Obiang PC, Mve Abaga R, et al. Analysis of the Mortality at the Pediatric Emergency Unit of the Jeanne Ebori Foundation Mothers and Children Hospital, Libreville, Gabon. Rev Anesth-Réanim Med Urg Toxicol. 2022;14(2):17-21.
6. Lalya F, Zohoun L, Alihonou F, Béhanzin M, Bagnan TL, d'Almeida M. Itinéraire thérapeutique et devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou en 2019. J Afr Pediatr Genet Med. 2021;14:17-21.
7. Secrétariat général du gouvernement du Bénin. Décret N°98-330 du 3 août 1998 portant création et organisation de l'espace centre hospitalier universitaire du Bénin. [Internet]. [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: file:///C:/Users/hp/Downloads/decret-1998-330%20(2).pdf.
8. Voyages modestes. Système de soins au Bénin. 2021 [Internet]. [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: https://www.voyage-benin.com/infos-pratiques/benin-clin-doeil/systeme-sanitaire-benin.
9. Zang E, Nze OP, Mve A, et al. Analyse de la mortalité aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Mère-Enfant, Fondation Jeanne Ebori de Libreville, Gabon. Rev Anesth-Réanim Med Urg Toxicol. 2022;14(2):17-21.
10. 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. 2020;21(4):44-8.
11. Barro M, Traoré IT, Kalmogho A, Baby AA, Ouattara CA, Sanogo B. Épidémiologie des urgences médicales pédiatriques au CHU SOURO SANOU de Bobo-Dioulasso. J Afr Pediatr Genet Med. 2022;1(18):37-41.
12. Kouadio EA, et al. Profil épidémiologique, clinique et devenir des enfants admis aux urgences au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (CHU) (Abidjan/Côte d'Ivoire). RAMUR. 2023;28(3):2-10.
13. PopulationPyramid.net. Pyramides des âges au Gabon en 2024 [Internet]. [cité avril 2025]. Disponible sur: https://www.populationpyramid.net/fr/gabon/2024.
14. Groupe de la Banque africaine de développement. Perspectives économiques au Gabon. 2025 [Internet]. [cité 14 janv 2026]. Disponible sur: https://www.afdb.org/fr/countries/central-africa/gabon/gabon-economic-outlook.
15. Direction Générale de la Statistique (DGS) Libreville. Résultats globaux du recensement général de la population et des logements de 2013 du Gabon (RGPL2013) [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: https://instatgabon.org/uploads/folder_1/RESULTATS-GLOBAUX-RGPL2013-OK_DECEMBRE-2015-1.pdf.
16. Dominique Niyondiko. Étude des déterminants de l'itinéraire thérapeutique de première intention de la commune urbaine de Buterere. [Internet]. 2012 [cité 22 févr 2026]. Disponible sur: https://www.beep.ird.fr/collect/curdes/index/assoc/12-196-2.dir/12-196-228.pdf.
17. Kaboré A, Ramdé D, Somé MT, et al. Recours thérapeutique en pédiatrie : place de l'automédication chez les enfants reçus au Centre Hospitalier Universitaire Charles de Gaulle Ouagadougou (Burkina Faso). Sci Tech Sci Santé. 2014;17(1-2):77-84.
18. World Bank. Poverty and Inequality Platform (PIP). 2026 [Internet]. [cité 8 avr 2026]. Disponible sur: https://pip.worldbank.org/.
19. ATLASOCIO. Classement des états d'Afrique par taux de pauvreté. 2025 [Internet]. [cité 29 janv 2026]. Disponible sur: https://atlasocio.com/classements/economie/pauvrete/classement-etats-par-taux-de-pauvrete-afrique.php.
20. Alao MJ, Akodjenou J, Yakoubou A, Agbodjogbé Y, Gbénou AS, Zouménou E. Urgences pédiatriques : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) de Cotonou – Bénin en 2019. RAMUR. 2020;25(2):54.
21. Visiter le Bénin. Les religions au Bénin. 2022 [Internet]. [cité 30 janv 2026]. Disponible sur: https://visiter-le-benin.com/les-religions-au-benin/.
22. Pigeon-Gagné E, Yaogo M, Saïas T, Hassan G, Bambara J. Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale : une ethnographie au Burkina Faso. Santé Publique. 2022;34(2):2099-311.
23. Nyande FK, Ricks E, Williams M, Jardien-Baboo S. Challenges to the delivery and utilisation of child healthcare services: a qualitative study of the experiences of nurses and caregivers in a rural district in Ghana. BMC Nurs. 2024;23(1):177.
24. Rogers AL, Lee AXT, Gudeon J, et al. Predictors of under-five healthcare utilization in Rongo sub-county of Migori County Kenya: results of a population-based cross-sectional survey. Pan Afr Med J. 2022;4:108.
25. Tchoua R, Raouf O, Ndinga J, Guikoumbi JR, Josseaume A. Les urgences pédiatriques au Centre Hospitalier de Libreville : 2002. Med Afr Noire. 2004;1(51):47-51.
26. Laaraje A, Mekaouia N, Karboubia L, Dakhama BS. Consultations aux urgences médicales pédiatriques : qui, pourquoi et comment ? À propos de 1000 consultants. Service des urgences médicales pédiatriques, hôpital d'enfants Rabat. EPICLIN 2018 – 12e Conférence francophone d'épidémiologie clinique. Épidémiologie et Santé Publique. 2018;66(5):149-70.
27. Ndongosi MF, N'sinabau ER, Nsangondamu NG, Mbaa MG, Magoga KM. Profil épidémiologique et clinique des urgences pédiatriques à l'Hôpital Général de Référence de N'djili/ISTM-KINSHASA, RD CONGO. Congosciences. 2020;8(3):169-72.
28. Harerimana JP, Ndabashinze P. Les urgences médicales pédiatriques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge : Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs : Étude prospective menée du 1er novembre 2018 au 30 avril 2019 à propos de 301 cas [thèse en ligne]. [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: https://repository.ub.edu.bi/items/51f20adb-34c3-4f32-950d-be0aa99b5228.
29. Fatou LY, Keita Y, Niang B, et al. Profil épidémiologique des consultants admis aux urgences médicales pédiatriques du Centre Hospitalier National de Pikine. J Soc Biol Clin Bénin. 2021;(035):56-61.
30. Leblanc A. Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant. Enfances Psy. 2009;1:63-8.
31. Paul Pouhè Nkoma. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication [Internet]. 2016 [cité 22 févr 2026]. Disponible sur: [lien non valide].

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

32. Mabiala-Babela JR, Senga P. Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville : Congo. Med Trop. 2009;69(3):281-5.
33. Akodjènou J, Zoumènou E, Lokossou TC, Assouto P, Aguèmon AR, Chobli M. Les urgences pédiatriques du service de pédiatrie de l'hôpital de zone d'Abomey Calavi/Sô-ava : Références et contre référence. RAMUR. 2018;18(1):25-30.
34. Houéto D, d'Hoore W, Ouendo EM, Hounsa A, Decache A. Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. Santé Publique. 2007;19(5):363-72.
35. Koko J, Dufillot D, Zima-Ebeyard AM, Duong TH, Gahouma D, Kombila M. Aspects cliniques et approche épidémiologiques du paludisme de l'enfant à Libreville, Gabon. Med Afr Noire. 1999;46(1):5-9.
36. Asse KV, Plo KJ, Yenan JP, Akaffou E, Hamien BA, Kouamé M. Mortalité pédiatrique en 2017 et 2008 à l'hôpital générale d'Abobo (Abidjan/Côte d'Ivoire) [Internet]. [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: https://web-saraf.net/Mortalite-pediatrique-en-2007-et.html.
37. Doumbia AK, Togo B, Togo P. Mortalité et morbidité chez les enfants de 01 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Toure de Janvier à Décembre 2013. REMIM. 2015;(5):14-23.
38. UNICEF Gabon. Survie et développement de l'enfant. 2021 [Internet]. [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: https://www.unicef.org/gabon/survie-et-d%C3%A9veloppement-de-lenfant.
39. Aboubacar S, Kanté M, Korotoumou WD, et al. Bilan des activités des urgences pédiatriques à l'Hôpital du Mali (Bamako). Health Sci Dis. 2024;25(6):82-5.
40. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J. Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.
41. Nze Obiang PC, Ategbo S, Okoué R, et al. Profil épidémiologique, diagnostique et évolutif des urgences pédiatriques sur quatre ans au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant de Libreville. Bull Med Owendo. 2023;21(53):63-7.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license