

LES URGENCES VITALES CHEZ L'ENFANT
(A PROPOS DE 183 CAS)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Fatine HICHOUHAI

Née le 05 février à Tétouan

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : urgences respiratoires - urgences hémodynamiques - urgences
neurologiques - protocoles thérapeutiques – enfant.

JURY

Mme. L. Karboubi

Professeur de pédiatrie

PRESIDENT

Mme. D. B. S. Benjelloun

Professeur de pédiatrie

RAPPORTEUR

Mr. R. Abilkassem

Professeur de pédiatrie

JUGES

Mr. H. Zerhouni

Professeur de chirurgie pédiatrique





UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed

Médecine Interne – Doyen de la FMPR
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du
CEDOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la
FMFA
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie

Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Gynécologie-Obstétrique

Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOUI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHEIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouada
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSE Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAB Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique

Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdelouhab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila

Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie



(mise en disponibilité)

Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najja

Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie



Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIQUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr. ZOUBIR Mohamed*
 Pr. TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik

Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie



Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :
Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire



Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Généologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOÛT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





Dédicaces

A mon cher père : Mohammed

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts que tu n'as jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.

J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi.

*Que dieu tout puissant te garde et te procure santé, et
bonheur*

A ma très chère mère : Souad

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi maman. A la personne qui m'a tout donné sans compter.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

*J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma profonde affection et mon profond respect. Puisse dieu tout puissant te protéger du mal, te
Procurer longue vie, santé et bonheur.*

A mon cher mari : Mouad El Yaaqoubi

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, dont tu m'as toujours entouré. Cher mari j'aimerais bien que tu trouveras dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères car grâce à ton aide et à ta patience avec moi que ce travail a pu voir le jour... Que dieu le tout puissant nous accorde un avenir meilleur

A la plus belle des bébés : Asmae

Ton beau sourire a été pour moi le meilleur encouragement que je puisse avoir. Je t'aime Ma petite fille, et je te souhaite tous le bonheur du monde

*A mes chères sœurs : Ferdaous, Farah, Fenna ; et à
mon cher frère Mohammed Achraf*

Malgré la distance, vous êtes toujours dans mon cœur.

*En témoignage de mes sentiments d'amour et d'affection, que
je porte pour vous. Je profite de cette occasion pour vous
souhaiter une vie pleine de bonheur et de bonne santé.*

A ma belle famille

*Je vous remercie tout particulièrement pour votre soutien,
affection et vos encouragements. Puissiez-vous trouver dans
ce travail le témoin de mon affection et estime. Je vous
souhaiter une vie pleine de bonheur et de bonne santé.*

*A toutes les personnes qui ont servis pour ma
formation, mon éducation et mon enseignement.*



Remerciements

A

Notre maître et président de thèse

Mme le Professeur L. Karboubi

Professeur de pédiatrie

Hôpital d'enfants de Rabat

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour la bienveillance et la gentillesse que vous nous avez accordées.

Veillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements...

A

Notre maître et rapporteur de thèse :

Mme le Professeur D. B. S. Benjelloun

Professeur de pédiatrie

Chef de service des UMP

Hôpital d'enfants de Rabat

*Pour tous les efforts inlassables et toute la patience
que vous avez déployés pour que ce travail soit
élaboré.*

*Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines,
qui m'ont profondément émue, resteront pour moi
un exemple à suivre dans l'exercice de ma
profession. Ce fut pour moi, un honneur et un grand
plaisir d'avoir préparé ma thèse sous votre guidance
et nul mot ne qualifie ma gratitude. Veuillez
accepter, cher maître dans ce travail mes sincères
remerciements et mon profond respect.*

A

*Notre maître et juge de thèse
Mr le professeur R. Abilkassem*

Professeur de pédiatrie

*Hôpital militaire d'instruction Mohammed V-
rabat*

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que
vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre
jury de thèse.*

*Vos qualités humaines et professionnelles jointes à
votre compétence seront pour nous un exemple à
suivre dans l'exercice de notre profession.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre grande
estime et de notre sincère reconnaissance*

A

Notre maître et juge de thèse

Mr le professeur H. Zerhouni

Professeur de chirurgie pédiatrique

Hôpital d'enfants de Rabat

*Vous nous avez honoré d'accepter avec grande
sympathie de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Votre compétence et votre gentillesse ont toujours
suscité grande estime.*

*Veillez trouver dans ce modeste travail,
l'expression de notre vive reconnaissance et notre
profonde estime.*



*Liste des
illustrations*

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure n°1 : Répartition des patients selon le sexe

Figure n°2 : Répartition des cas selon l'âge

Figure n°3 : Répartition selon le mois de consultation

Figure n°4 : Répartition des malades selon la saison de consultation

Figure n°5 : Répartition des patients selon le jour de consultation

Figure n°6 : Répartition des patients selon l'heure de consultation

Figure n°7 : Répartition des patients selon le service d'admission

Figure n°8 : Répartition des patients selon le type de détresse vitale

Figure n°9 : Répartition des patients selon le type de détresse vitale selon l'âge

Figure n°10 : Evolution

Figure n°11 : Evolution selon l'âge

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des malades selon le lieu de résidence

Tableau 2 : pourcentage des pathologies

Tableau 3 : facteurs associés avec le décès des détresses vitales

LISTE DES ABREVIATIONS

UMP	: Urgence Médical Pédiatrique
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire.
BAV	: Broncho Alvéolite Viral
PNP	: Pneumopathie
DR	: Détresse Respiratoire
HD	: Détresse Hémodynamique
PEC	: Prise En Charge
UV	: Urgence Vitale
DV	: Détresses Vitales
SAMU	: Service D'aide Médicale Urgente.
Héli-SMUR	: Hélicoptère-Service Mobile d'Urgence Et De Réanimation
RH	: Ressources Humaines
Ramed	: Régime d'Assistance Médicale Aux Economiquement Démunis
ADRE	: Adrénaline
AMIO	: Aminodarone
CEE	: Choc Electrique Externe
RCP	: Réanimation Cardio Pulmonaire
DEP	: Débit Expiratoire De Pointe
VO	: Voie Orale
IV	: Intra Veineuse
ORL	: Oto Rhino Laryngologiste
ATB	: Antibiotique
SpO2	: Saturation Pulsée En Oxygène
AC	: Arrêt Cardiaque
IM	: Intra Musculaire

O2	: Oxygène
IVSE	: Intra Veineuse Par Seringue Electrique
FC	: Fréquence Cardiaque
FR	: Fréquence Respiratoire
PA	: Pression Artériel
IVL	: Intra Veineuse Lent
NFS	: Numération Formule Sanguine
CRP	: Protéine C Réactive
PCT	: Pro Calcitonine
LCR	: Liquide Céphalo Rachidienne
TDM	: Tomodensitométrie
PNN	: Polynucléaire
PCR	: Réaction En Chaine Par Polymérase
HSV	: Virus Herpès Simplex
ATV	: Antiviraux
DXM	: Dextrométhorphane
IRM	: Imagerie Par Résonance Magnétique
PL	: Ponction Lombaire
N	: Normal
PROT	: Protéine
HED	: Hématome Extra Dural
HSD	: Hématome Sous Dural
SFP	: Société française de pédiatrie
SFMU	: Société française de médecine d'urgence
SFA	: Société française d'allergologie
GFRUP	: Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques



Sommaire

Introduction.....	1
Matériel et méthodes.....	4
Résultats.....	6
1. Caractéristiques générales des patients	7
1.1 Le sexe	7
1.2 L'âge	7
1.3 Le lieu de résidence.....	8
2. la saison et le mois de consultation.....	8
2.1 Le mois de consultation.....	8
2.2 La saison de consultation.....	9
3. le jour et l'heure de consultation.....	9
3.1 Le jour de consultation.....	9
3.2 L'heure de consultation.....	10
4. Service d'admission.....	10
5. Types de détresse vitale.....	11
6. Type de pathologie.....	12
7. Evolution.....	13
Discussion.....	15
1. Etude descriptive.....	16
2. Etude analytique.....	17
3. Pourquoi, une amélioration de l'organisation et de la prise en charge est nécessaire ?.....	18
4. Quelles Propositions d'améliorations à apporter aux structures d'urgences ?.....	19
5. Une meilleure prise en charge des détresses vitales pédiatrique demande.....	20

6. Une meilleure organisation de soins et prise en charge des détresses vitales pédiatriques nécessite.....	20
7. Les actions de la stratégie élaborée par le ministère de la sante pour l'organisation et le développement des soins médicaux d'urgence.....	21
8. Prise en charge de principales urgences vitales chez l'enfant dans la littérature.....	24
8.1. Arrêt cardio-respiratoire.....	25
8.2. Asthme aigue grave	26
8.3. Dyspnée laryngée.....	27
8.4. Corps étranger.....	28
8.5. Bronchiolite sévère.....	29
8.6. Choc anaphylactique.....	30
8.7 Choc septique.....	31
8.8. Choc cardiogénique.....	32
8.9. Choc hypovolémique.....	32
8.10. Etat de mal convulsif.....	33
8.11. Méningite ; méningo-encéphalite.....	34
8.12. Coma.....	35
Conclusion.....	36
Résumé.....	38
Références bibliographiques.....	42

A decorative rectangular frame with rounded corners, featuring ornate scrollwork and flourishes. The word "Introduction" is centered within the frame in a bold, italicized serif font.

Introduction

La situation d'urgence est une situation vécue par le patient ou son entourage comme nécessitant une intervention médicale immédiate. Elle se décline en quatre catégories [1]

- **L'urgence vitale** : elle met en jeu le pronostic vital.
- **L'urgence vraie** : elle n'engage pas le pronostic vital, mais nécessite des soins rapides.
- **L'urgence ressentie** : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave.
- **L'urgence de confort** : le patient majore les symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée.

Les urgences pédiatriques ce sont des situations pathologiques concernant des enfants qui nécessitent des soins immédiats sous peine de conséquences graves pour leur santé, voire pour leur vie.

Il est difficile de cibler le patient type pour qui les services de l'urgence sont indiqués. Le patient n'a pas les connaissances pour déterminer la nature de son problème de santé et encore moins la compétence pour évaluer l'urgence de sa condition.

Selon la définition de l'American College of Emergency Physicians (ACEP):«*Emergency services are those health care services provided to evaluate and treat medical conditions of recent onset and severity that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe that urgent and/or unscheduled medical care is required.* »

«*Les soins d'urgence sont des soins de santé destinés à évaluer et traiter des situations médicales graves apparus brutalement et donnant à penser à une personne dont les connaissances médicales sont limitées, qu'une prise en charge médicale urgente et/ou une visite médicale est nécessaire.* »

Les enfants qui ont besoin de soins d'urgence ont des besoins uniques. Les situations d'urgence sont graves ou mettent la vie en danger. Il est donc impératif que tous les hôpitaux

disposent de ressources appropriées (médicaments, équipement,) et de personnel compétents pour fournir des soins d'urgence efficaces aux enfants. Mais aussi de directives claires, procédures et information-éducation des familles.

Les objectifs de l'étude sont :

- Déterminer le profil des urgences vitales au niveau du service UMP de l'hôpital d'enfants de Rabat.
- Les conduites pratiques devant ces urgences basées sur les données de la littérature.



*Matériel
et méthodes*

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, et analytique menée sur une période d'une année, entre début janvier et fin décembre 2014, incluant les enfants qui ont été admis pour détresse vitale au service des urgences médicales pédiatriques (UMP) de l'hôpital d'enfants de Rabat.

Notre service, situé au sein d'un CHU niveau III, draine les urgences pédiatriques de la région de Rabat Salé Zemour Zaër (région située au nord-ouest du Maroc et peuplée de plus de quatre millions d'habitants), et reçoit en moyenne 150 enfants par jour.

Les détresses vitales sont admises directement en salle de déchocage, et après mise en condition, elles sont transférées soit en réanimation, soit « à défaut de place en réanimation » dans un des services de pédiatrie générale. Les détresses vitales sont :

- **Détresse respiratoire** : état pathologique responsable d'une hypoxémie sévère, mettant en jeu le pronostic vital [2]
- **Détresse neurologique** : dysfonctionnement par atteinte de système nerveuse centrale ou périphérique avec retentissement sur le pronostic vitale.
- **Détresse hémodynamique** : Altération de la fonction cardiaque ou vasculaire entraînant une incapacité à assurer une perfusion suffisante aux organes et une inadéquation entre les besoins de l'organisme et les apports.

Le service de réanimation pédiatrique de notre hôpital est une réanimation polyvalente dotée de 12 lits, qui a admis au cours de la période de notre étude (année 2014) 362 enfants répartis entre urgences médicales, chirurgicales et postopératoires.

Ont été inclus dans notre étude les enfants âgés de 1 mois à 15 ans, qui ont été admis en salle de déchocage pour une détresse vitale. Ont été inclus les caractéristiques : Sexe, âge, origine, date d'admission, heure d'admission, service d'admission, type d'urgence vitale, et l'évolution.

Le recueil des données était réalisé sur fichier Excel à partir des registres des malades hospitalisés disponible au niveau du service des UPM et des services hospitaliers.

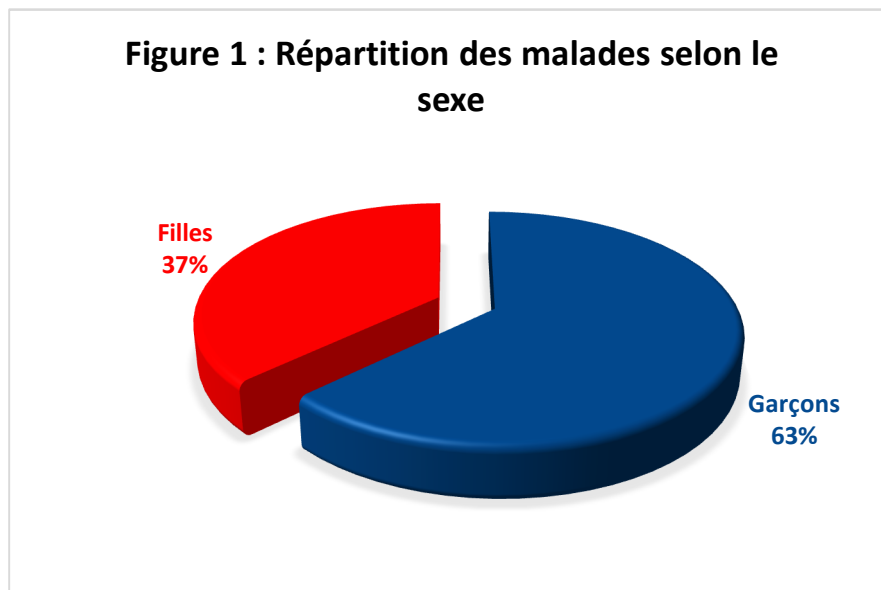
Concernant l'exploitation des données, les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS, Les Odds Ratios avec les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés, Les différences ont été considérées significatives au seuil de $p < 0,05$.

A decorative rectangular frame with rounded corners and a light gray shadow. The frame is composed of intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns in a light gray color. In the center of the frame, the word "Résultats" is written in a bold, black, serif font.

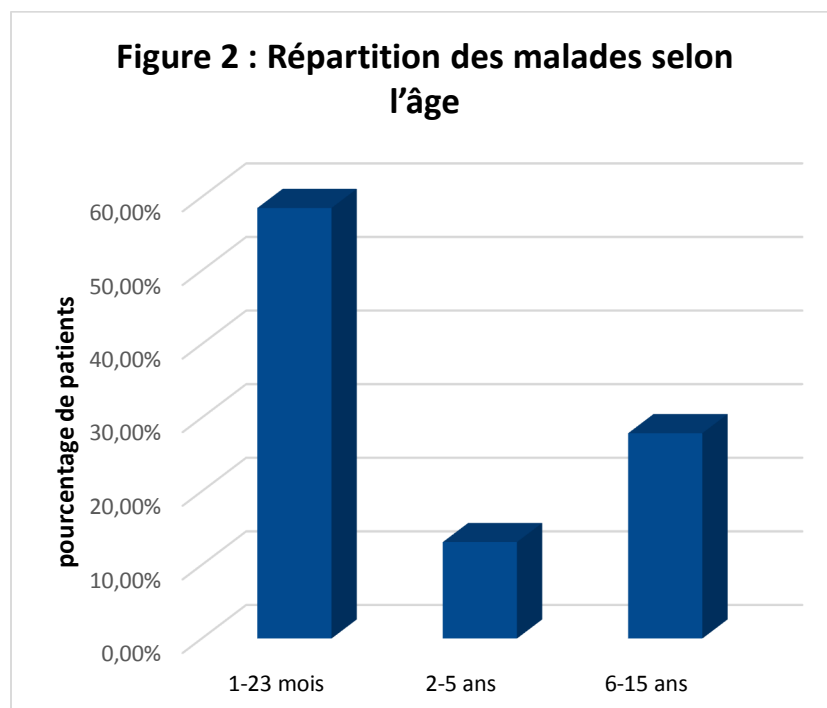
Résultats

1. Caractéristiques générales des patients :

1.1 le sexe :



1.2 l'âge :



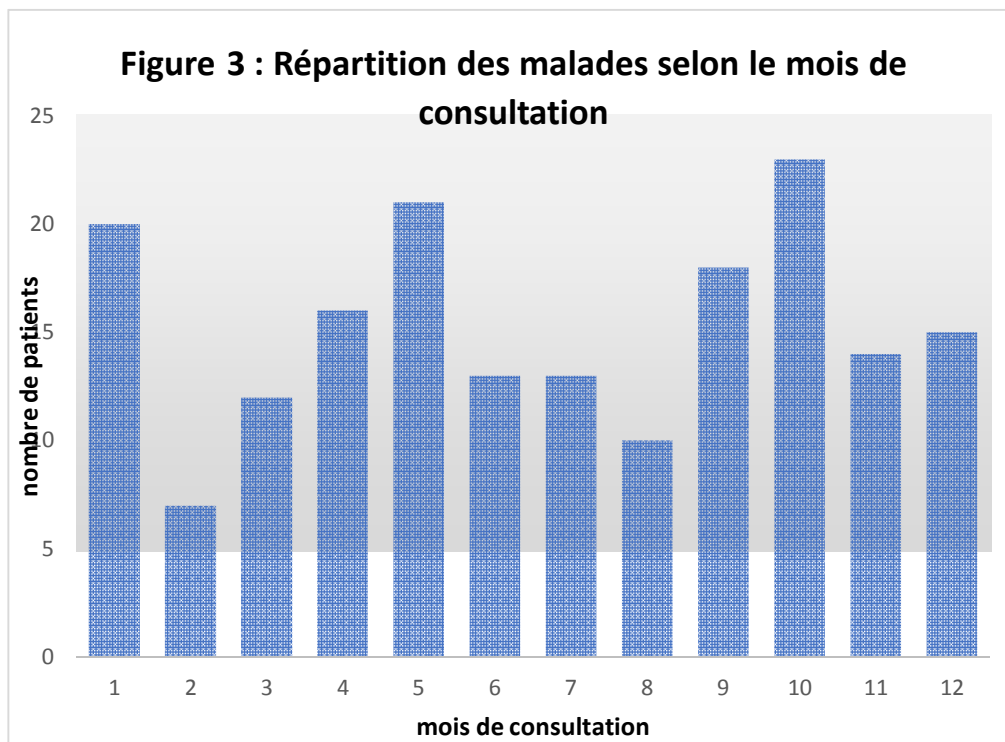
1.3 lieu de résidence

Tableau 1 : Répartition des malades selon le lieu de résidence

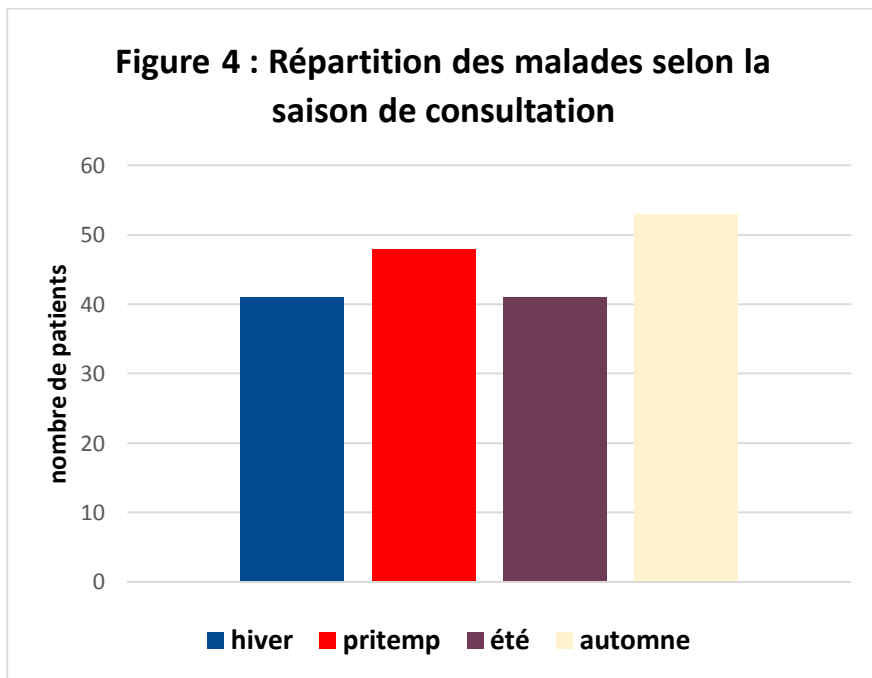
Région	Nombre	%
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	27	14.8
Oriental	7	3.8
Fès-Meknès	5	2.7
Rabat-Salé-Kénitra	136	74.3
Beni mellal-Khénifra	2	1.1
Grande casablanca-settat	4	2.2
Souss-Massa	2	1.1

2. La saison et le mois de consultation

2.1 Le mois de consultation

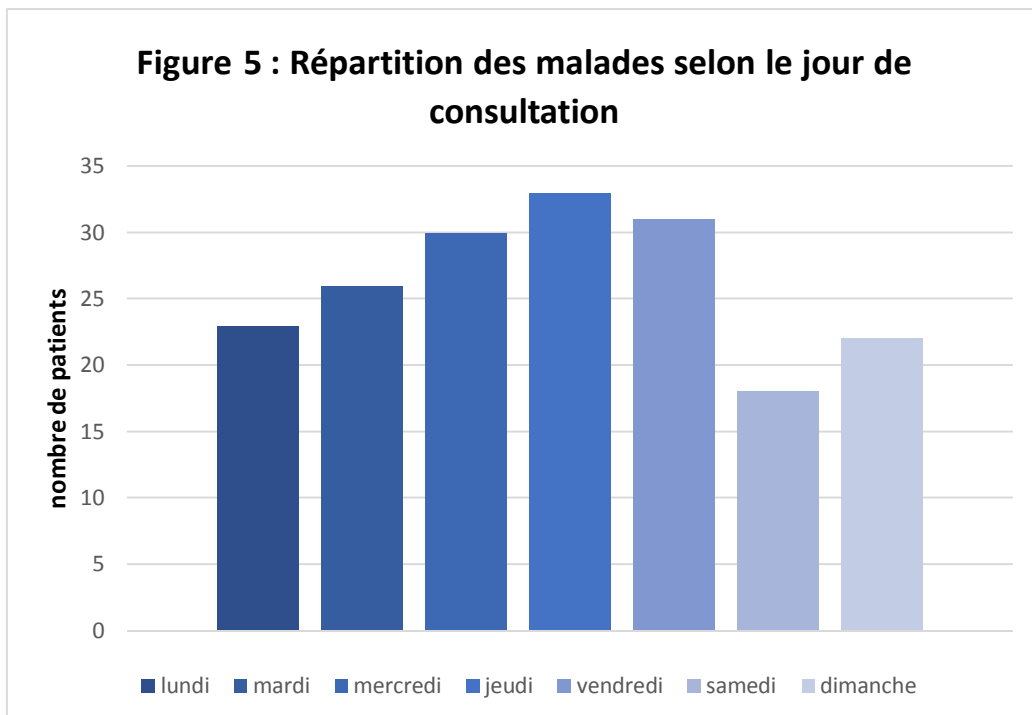


2.2 La saison de consultation

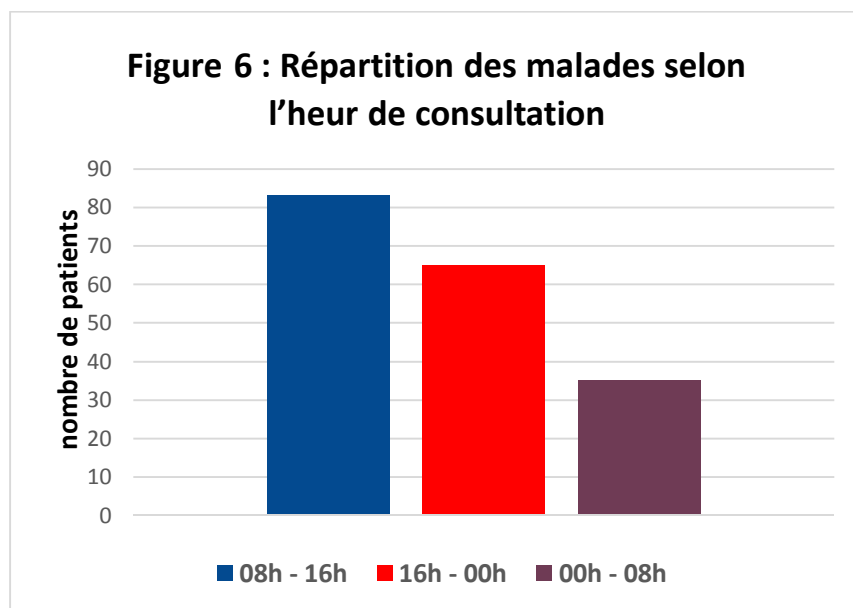


3. Le jour et l'heur de consultation

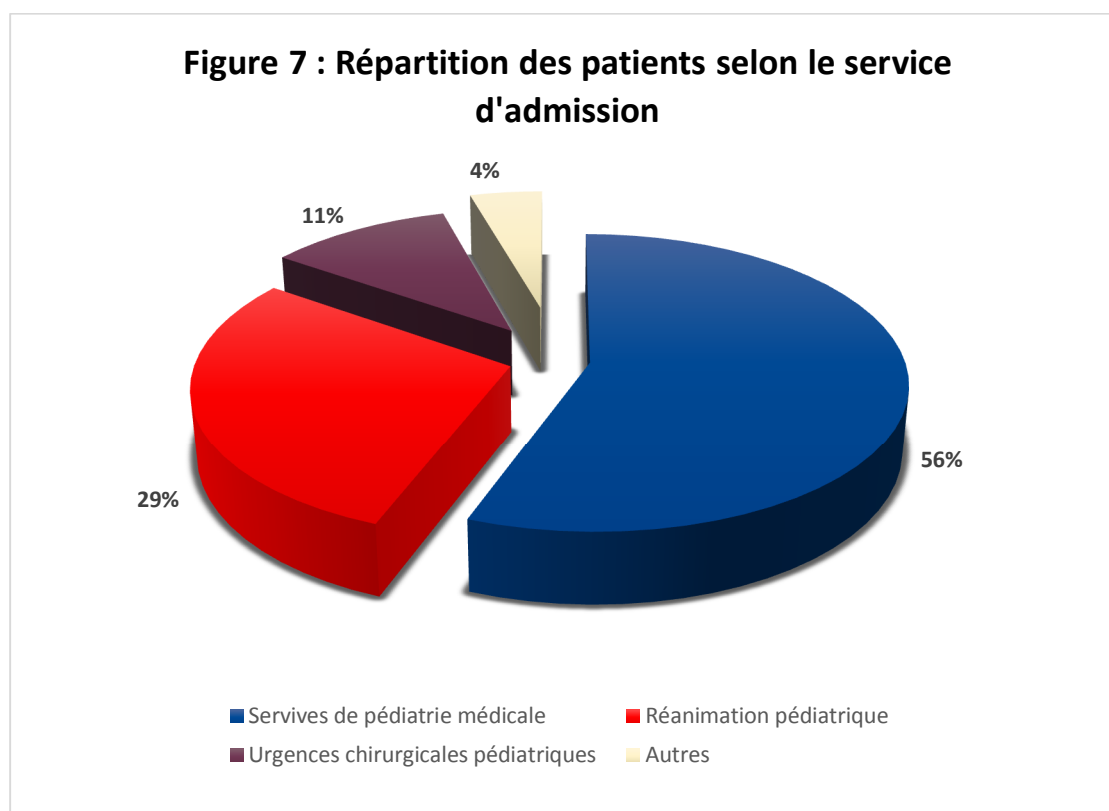
3.1. Le jour de consultation



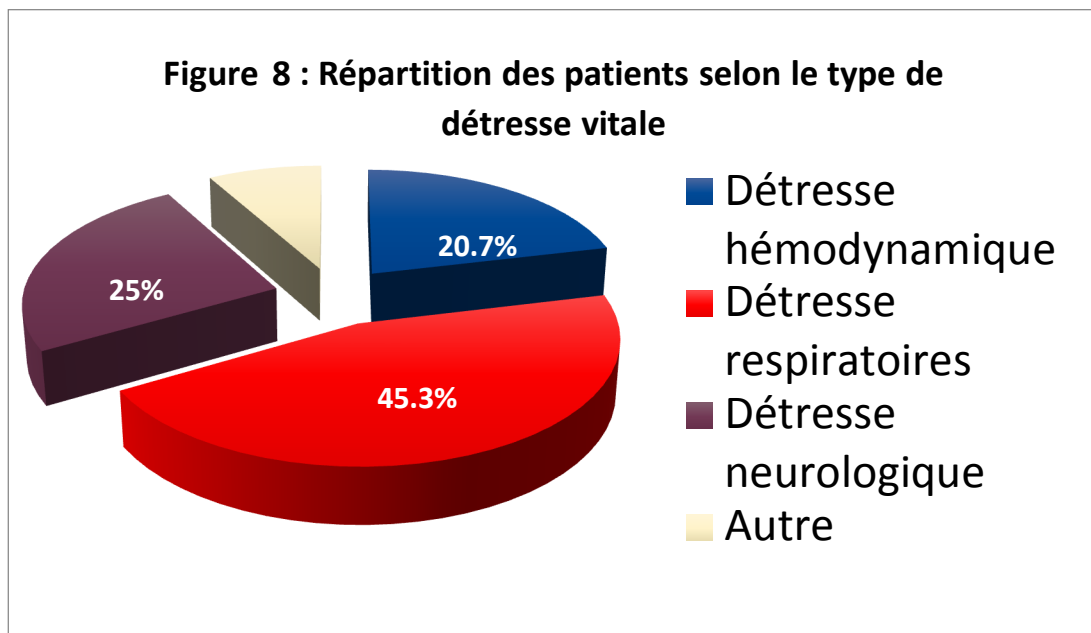
3.2 L'heur de consultation



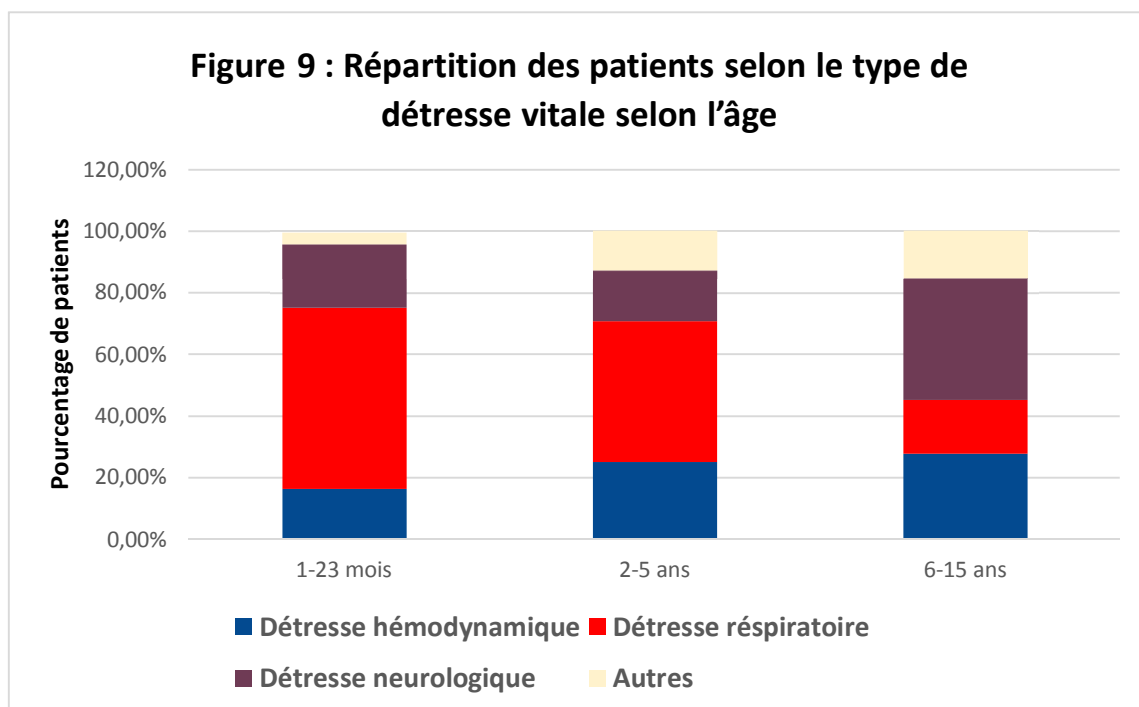
4. Service d'admission



5. Détresse vitale



→ Détresse vitale selon l'âge :



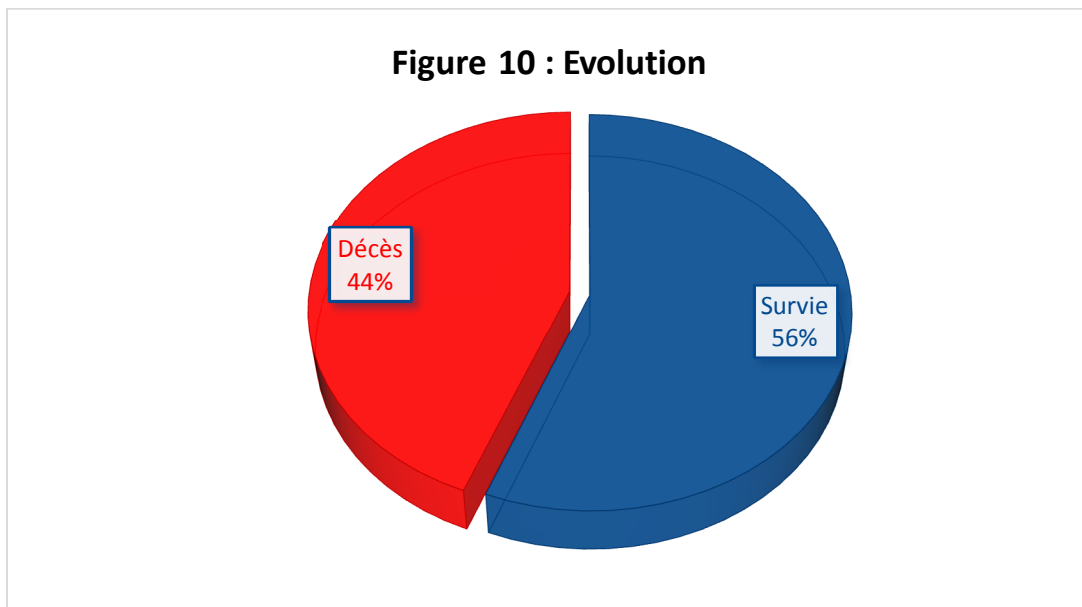
6. Pathologie

Tableau 2 : pourcentage des pathologies

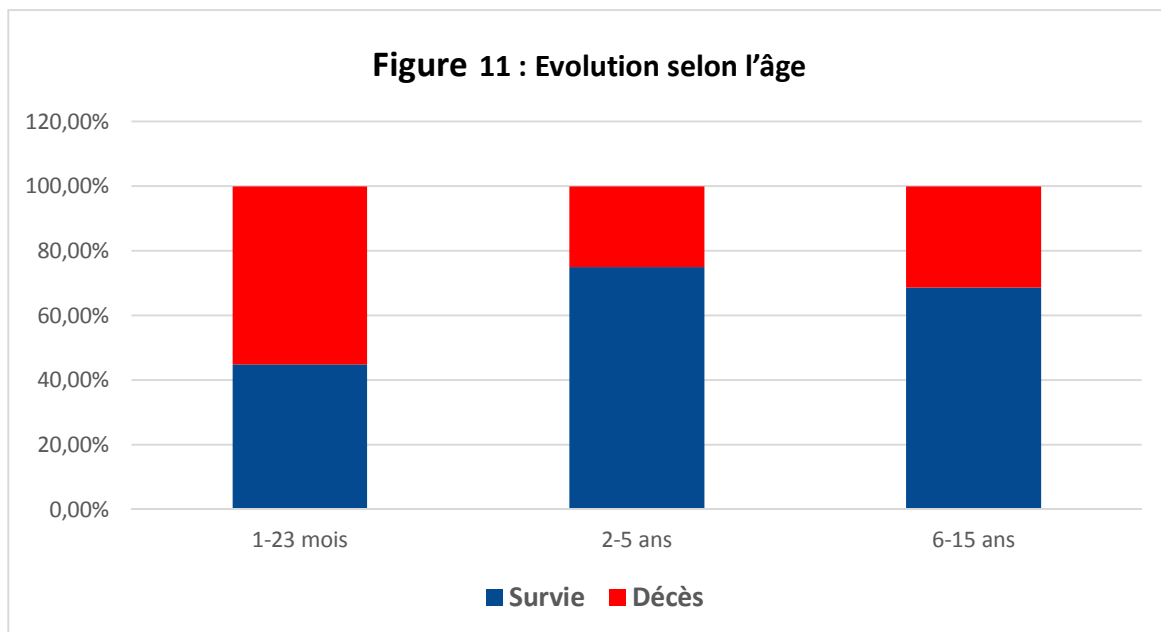
Type de pathologie	Pourcentage
Pathologies cardiocirculatoires :	9.3 %
Insuffisance cardiaque aigüe	2.7 %
Arrêt cardiorespiratoire	1.1 %
Choc hémorragique	1.1 %
Déshydratation	3.8 %
Pic hypertensif	0.5 %
Pathologies respiratoires :	38.3 %
BAV sévère	6.6 %
Asthme aigue grave	2.2 %
Dyspnée laryngée	7.1 %
PNP sévère	2.7 %
DR sévère	19.1 %
Coqueluche sévère	0.5 %
Pathologies neurologiques :	15.3 %
Etat de mal convulsif	9.3 %
Coma	3.3 %
Paralysie flasque aigue	1.6 %
Accident vasculaire cérébral	0.5 %
Pathologies infectieuses :	12 %
Méningo-encéphalite	2.7 %
Méningite	3.8 %
Choc septique	2.7 %

Tétanos	1.1 %
Hépatite fulminante	1.1 %
Purpura fulminans	0.5 %
Pathologies accidentelles :	16.9 %
Inhalation de corps étranger	6.5 %
Morsure de vipère	2.7 %
Piqûre de scorpion	3.3 %
Intoxication aiguë	2.2 %
Intoxication aux raticides	1.1 %
Intoxication aiguë médicamenteuse	0.5 %
Noyade	0.5 %
Pathologies métaboliques :	5.5 %
Décompensation acidocétosique	2.2 %
Hypoglycémie	2.2 %
Insuffisance hépatocellulaire	1.1 %
Pathologies hématologiques :	2.7 %
Leucémie aiguë	2.2 %
Crise drépanocytaire	0.5 %

7. Evolution :



→ Evolution selon l'âge :



A decorative rectangular frame with rounded corners, featuring intricate scrollwork and floral patterns. The word "Discussion" is centered within the frame in a bold, black, serif font.

Discussion

1. Etude descriptive :

Ce travail rétrospectif nous permet de dégager le profil des enfants qui ont été admis aux urgences pédiatriques du CHU de Rabat pour détresse vitale. Durant la période d'étude, les urgences vitales représentaient zéro virgule trois pour cent des consultations et parallèlement un virgule huit des hospitalisations.

Dans notre série, nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio M/F de un virgule sept ; ce qui est différent des patients hospitalisés pour détresse vitale en unités de surveillance continue pédiatrique médicale (Polynésie française) avec un sex-ratio M/F de un virgule zéro trois. [3]

L'âge médian des patients qui ont été admis pour détresse vitale était de deux ans, avec cinquante-huit virgule cinq pour cent des patients qui sont âgés de moins de deux ans et quarante-six virgule quatre pour cent qui ont moins d'un an. Ce résultat est comparable avec l'âge médian des patients hospitalisés pour détresse vitale en unités de surveillance continue pédiatrique médicale dans [3] (âge médian = deux virgule six ans), et à [4] (Âge médian = deux virgule dix-neuf ans). Ceci peut s'expliquer par la raison que les nourrissons représentent une population particulièrement vulnérable, à haut risque de décompensation

Soixante-quatorze virgule trois pour cent des patients résident à la même région où se trouve notre CHU. Mais on note par ailleurs une augmentation du pourcentage des patients résident de la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima qui est de quatorze virgule huit pour cent ; ceci peut être expliqué par le fait que cette région ne dispose pas d'un CHU, mais il est en cours de construction.

On note aussi une légère augmentation de consultation pour détresse vitale médicale en automne ce qui correspond à la période des infections respiratoires aiguës.

Les patients ont été reçus aux urgences durant les heures ouvrables dans 41% des cas

Dans seulement vingt-neuf pour cent des cas, les patients ont été admis au service de réanimation, par contre dans cinquante-six pour cent des cas, les patients ont été admis au

service de pédiatrie médicale ; et ceci est relié directement au manque de places en réanimation

Les motifs d'admission pour détresse vitale étaient dominés dans notre série par les défaillances respiratoire (quarante-cinq virgule trois pour cent), neurologique (vingt-cinq pour cent) et hémodynamique (vingt et un pour cent). Des résultats similaires ont été rapportés dans la littérature, avec en première ligne les défaillances respiratoire (vingt-six à quarante-sept pour cent), puis neurologique (quatorze à dix-sept pour cent) et hémodynamique (cinq à quinze pour cent) [3]

En note aussi une diminution avec l'âge de pourcentage des détresses respiratoires qui passe de cinquante-neuf pour cent chez les nourrissons à dix-huit pour cent chez les patients ayant 6ans ou plus.

Dans notre série, quarante-quatre virgule huit pour cent des enfants décédaient à l'hôpital après admission pour détresse vitale.

Dans d'autres séries africaines le taux de décès des détresses vitales était beaucoup plus bas (dix virgule huit pour cent à Cotonou et neuf virgule deux à Lamé) [5,6]

Cette différence est due probablement à des différences dans les définitions des cas.

2. Etude analytique :

Tableau 3 : facteurs associés avec le décès des détresses vitales

	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Sexe	1,207	,660 - 2,208	,541	1,347	,693 - 2,621	,380
Age :						
<2 / 2- 5	,267	,098 - ,724	,009	,250	,088 - ,709	,009
<2 / 5-10	,427	,167 - 1,090	,075	,374	,136 - 1,031	,057
<2 / 10-15	,320	,130 - ,790	,013	,263	,098 - ,706	,008
Région	,952	,750 - 1,207	,683	,916	,707- 1,188	,510
Saison :						
Automne /Hiver	1,324	,583 - 3,010	,503	,696	,276 - 1,757	,443
Automne/Print	,901	,408 - 1,990	,796	,798	,312 - 2,043	,638
Automne/Eté	,987	,433 - 2,251	,975	,947	,387 - 2,314	,904
Heure ouvrable	1,244	,688 - 2,249	,470	1,069	,561 - 2,035	,840
Admission en réanimation	,500	,251 - ,992	,048	,473	,220 - 1,015	,055
Type de détresse						
HD / Resp	,806	,376 - 1,730	,580	,511	,214 - 1,218	,130
HD / Neuro	,884	,376 - 2,079	,778	,804	,316 - 2,042	,646
HD / Autres	,702	,210 - 2,351	,566	,964	,258 - 3,608	,957

En analyse univariée les facteurs associés, de façon statistiquement significative, avec le décès des détresses vitales sont : l'âge inférieur à 2 ans ($p = 0,006$) et l'admission dans un service de pédiatrie par manque de place en réanimation ($P < 0,05$). En analyse multivariée, et en ajustant sur tous les autres facteurs proches de la signification en analyse univariée, seul l'âge inférieur à 2 ans reste associé au décès de façon statistiquement significative.

3. Pourquoi, une amélioration de l'organisation et de la prise en charge est nécessaire ?

Les services d'urgence des hôpitaux, jouent un rôle primordial dans le système de santé et représentent un indicateur de la qualité des soins. C'est le lieu de premier recours en cas de détresse vitale. On y constate une iniquité de prise en charge selon les centres de soins et les régions sanitaires.

En effet la prise en charge de l'urgence médicale exige du personnel médical « et paramédical » des compétences spécifiques leur permettant d'agir rapidement et très souvent dans des situations d'incertitude.

Au Maroc, les services d'urgences pédiatriques sont de création récente au niveau des centres hospitaliers universitaires.

Une des problématiques majeure de ces services est l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins médicaux pédiatriques vu les flux importants de patients ; ceci est responsable de dysfonctionnements qui portent sur l'absence de gestion des flux en amont et l'insuffisance de la capacité d'hospitalisation d'aval. Très souvent ce sont les cas de détresses vitales qui en souffrent le plus par l'absence de disponibilité de lit de réanimation pédiatriques.

On note par ailleurs l'absence de formation en urgentologie pédiatrique, spécialité enseignée sous forme de diplôme universitaire dans de nombreux pays étrangers.

Dans les CHU pédiatriques, En heures ouvrables les médecins en formation ont un recours facile aux séniors pour avis ce qui n'est pas le cas en heures non ouvrables.

Dans certains hôpitaux périphériques, l'indisponibilité d'un sénior de garde est plus préoccupante, et assez souvent c'est un médecin interne 7ème année qui assure la garde aux urgences.

Parmi les problèmes vécus en matière de prise en charge des détresses vitales, l'insuffisance de ressources humaines spécialisées dédié à cette fonction : la formation est

aussi un créneau manquant en ce qui concerne les gestes à accomplir et de façon synchronisée vis-à-vis d'une détresse vitale

L'absence de formation continue « paramédicale pédiatrique » est un autre aléa. Certains infirmiers se déclarent inapte à « piquer un enfant » d'où son transfert vers une structure pédiatrique plus adaptée avec perte de temps.

Parmi les problèmes vécus, l'insuffisance de régulation des malades en détresses vitales, ceux-ci se présentant dans les structures d'urgences, confrontés à l'absence d'un plateau technique préparé à les recevoir, il en découle deux possibilités préjudiciables pour eux ; soit le malade est gardé pour un temps indéfini en salle de déchoquage (si elle existe !) ; soit il est hospitalisé dans un service pédiatrique où le lit pour soins intensif fait défaut, il reçoit des soins selon les moyens existants avec tous les risques pronostiques inhérents à sa situation.

On est d'autre part confronté au malaise d'indisponibilité de personnel médical ou paramédical occupé à d'autres tâches au même moment au niveau des services d'urgences et/ou noyés dans les consultations ambulatoires dont le flux est insurmontable notamment, les fausses urgences.

4. Quelles Propositions d'améliorations à apporter aux structures d'urgences ?

Des recommandations d'experts ont été élaborées par différentes sociétés savantes concernées par la prise en charge (PEC) des urgences vitales insistant sur la particularité des urgences vitales qui ne doivent pas être confondues avec les soins ambulatoires.

La PEC de l'urgence vitale (UV) nécessite : la reconnaissance de l'UV (triage), la mise en exergue de la procédure d'alerte (appel du réanimateur...), les premiers gestes à effectuer (formation), la disponibilité du chariot d'urgence (matériels) sur place, la composition et procédures d'un travail d'équipe pour la PEC des UV (charte commune aux services des urgences et de réanimation). Sans oublier la nécessité d'une formation spécifique

des praticiens habilités à prendre en charge les DV en plus de celle sur les gestes de premier secours.

L'application de ces recommandations est importante et impose un investissement en matériel et en formation du personnel, qui n'est possible au niveau d'une structure de soins que s'il existe une politique claire de la part de l'administration et une implication rigoureuse des médecins.

5. Une meilleure prise en charge des détresses vitales pédiatrique demande :

- Un personnel médical et de garde spécifique de pédiatrie ;
- Des consultations d'urgences installées dans des locaux particuliers ayant un circuit d'accès individualisé pour l'enfant ;
- Un personnel ayant reçu une formation spécialisée en urgences pédiatriques ;
- une formation pour la Pec des détresses vitales pour les professionnels de santé en lien avec l'enfant
- Une salle de déchoquage avec matériel et plateau technique adaptés à l'enfant ;
- Disposer de protocoles écrits
- Mise en place d'un diplôme universitaire d'accueil et de PEC des urgences pédiatriques

6. Une meilleure organisation de soins et prise en charge des détresses vitales pédiatriques nécessite :

- Un respect du circuit de soins du malade
- Une application des premiers gestes au niveau de structure primaires avant transfert du patient
- Une régulation préalable et une mise en condition pré transfert
- Un transport en ambulance accompagné et médicalisé
- Une fiche de transfert et de contre transfert dûment rempli avec tous les renseignements nécessaires concernant le patient et les mesures de soins entreprises préalablement et par la suite
- L'Adaptation d'un circuit pédiatrique spécifique (triage, locaux...) et une Prise en charge similaire dans toutes les régions.
- Une Implication des pédiatres des centres de santé dans les gardes des urgences hospitalières ou une instauration de gardes obligatoires dans les centres de santé.
- Un accroissement du nombre de pédiatre en formation par année, cette démographie pédiatrique en baisse depuis quelques années, rend difficile la séniorisation des gardes des urgences pédiatriques et néonatales (faites actuellement par les généralistes, et les résidents en formation). Situation critique qui sera majorée dans quelques années si la tendance actuelle n'est pas inversée.
- Une insertion dans un ensemble régional défini par concertation avec et entre les pédiatres en lien étroit avec toutes les structures consacrées aux urgences.
- La constitution de réseaux ville-hôpital pour assurer la continuité de la prise en charge pré et post-hospitalisation ;
- Une éducation-information des familles pour gérer les situations bénignes qui ne relèvent pas réellement d'une consultation médicale urgente.

7. Les actions de la stratégie élaborée par le ministère de la sante pour l'organisation et le développement des soins médicaux d'urgence : [7]

◎ **Action 1:** Définition des fonctions et des niveaux de recours de la filière des urgences médicales avec individualisation de trois niveaux de soins médicaux d'urgences:

- Le premier niveau : Concerne les soins d'urgences médicales de proximité prodigués dans les établissements de santé de base implantés dans les chefs-lieux de centres urbains ou ruraux des zones éloignées ne disposant pas de centres hospitaliers ou distantes des hôpitaux de référence.
- Le deuxième niveau : Concerne les soins médicaux d'urgence de base. Ils sont prodigués au niveau des Hôpitaux Locaux, Hôpitaux Provinciaux et Préfectoraux, dans lesquels s'exercent les disciplines de base : la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie et l'obstétrique avec une activité minimale pour les urgences et la réanimation.
- Le troisième niveau : concerne les soins médicaux d'urgence complets ; Ils sont prodigués au niveau des Centres Hospitaliers Régionaux et des Centres Hospitaliers Universitaires.

◎ **Action 2:** Renforcement des urgences pré hospitalières:

- Mise en place de SAMU ou Centres de Régulation des appels médicaux ;
- Mise en service du numéro national unique et gratuit des appels médicaux d'urgence "141" ;
- Opérationnalisation des SMUR rattachés aux SAMU fonctionnels ;
- Création des nouveaux SAMU obstétricaux ruraux ;
- Renforcement et normalisation du parc ambulancier ;
- Normalisation de l'accès aux services de recours en réanimation au niveau des Centre Hospitalier Régionaux ;

- Mise en place de Hélicoptère-SMUR.

◎ **Action 3:** Développement des urgences médicales spécialisées:

- Mise à niveau et renforcement des services de réanimation au niveau régional et universitaire ;
- Développement des pôles d'urgences médicales spécialisées dans les disciplines de néonatalogie, de psychiatrie, des brûlés ;
- Création des Trauma-centres au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires.

◎ **Action 4:** Amélioration de la prise en charge en urgence médicales:

- Assurer la disponibilité, l'accessibilité et la traçabilité des médicaments et dispositifs médicaux vitaux au niveau des filières de soins urgences ;
- Développement du système d'information des urgences et encouragement de la recherche et de l'expertise en évaluation dans le domaine de la médecine d'urgence ;
- Mise en place des protocoles et des procédures de prise en charge des urgences médicales.

◎ **Action 5:** Renforcement des effectifs, et promotion de la formation continue des professionnels de santé des services des urgences:

- Renforcement des effectifs des RH exerçant dans les filières de soins médicaux d'urgences ;
- Développement des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgences(CESU) ;
- Création d'une filière de techniciens ambulanciers à Marrakech, Fès, Rabat et Oujda ;
- Création d'une filière paramédicale en soins d'urgence (Rabat) ;
- Organisation d'un cours annuel multisectoriel sur la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes ;

- Organisation des stages à l'étranger en partenariat avec les Samu-Urgences de France ;
- Révision du cursus de formation en médecine d'urgence ;
- Mise en place d'un Centre d'Expertise en Evaluation des Urgences(Fès).

◎ **Action 6:** Mise en place, et organisation du Réseau Intégré de Soins d'Urgence Médicale (RISUM):

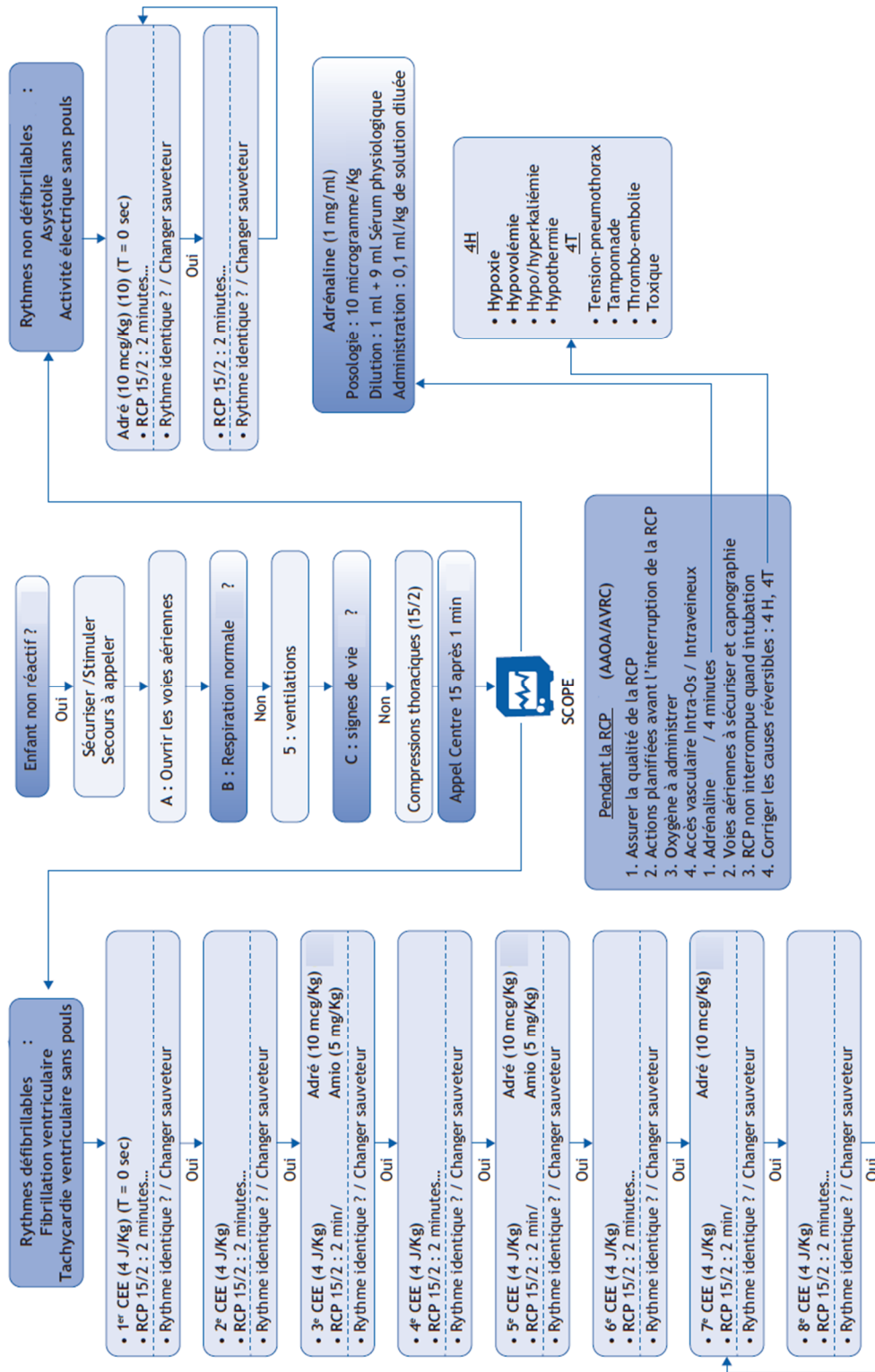
- Création d'un comité de coordination sur la base de convention de partenariat définissant les modalités d'intervention des différents partenaires ;
- Renforcement de la collaboration intersectorielle et du Partenariat Public – Privé.

◎ **Action 7:** Renforcement du cadre réglementaire

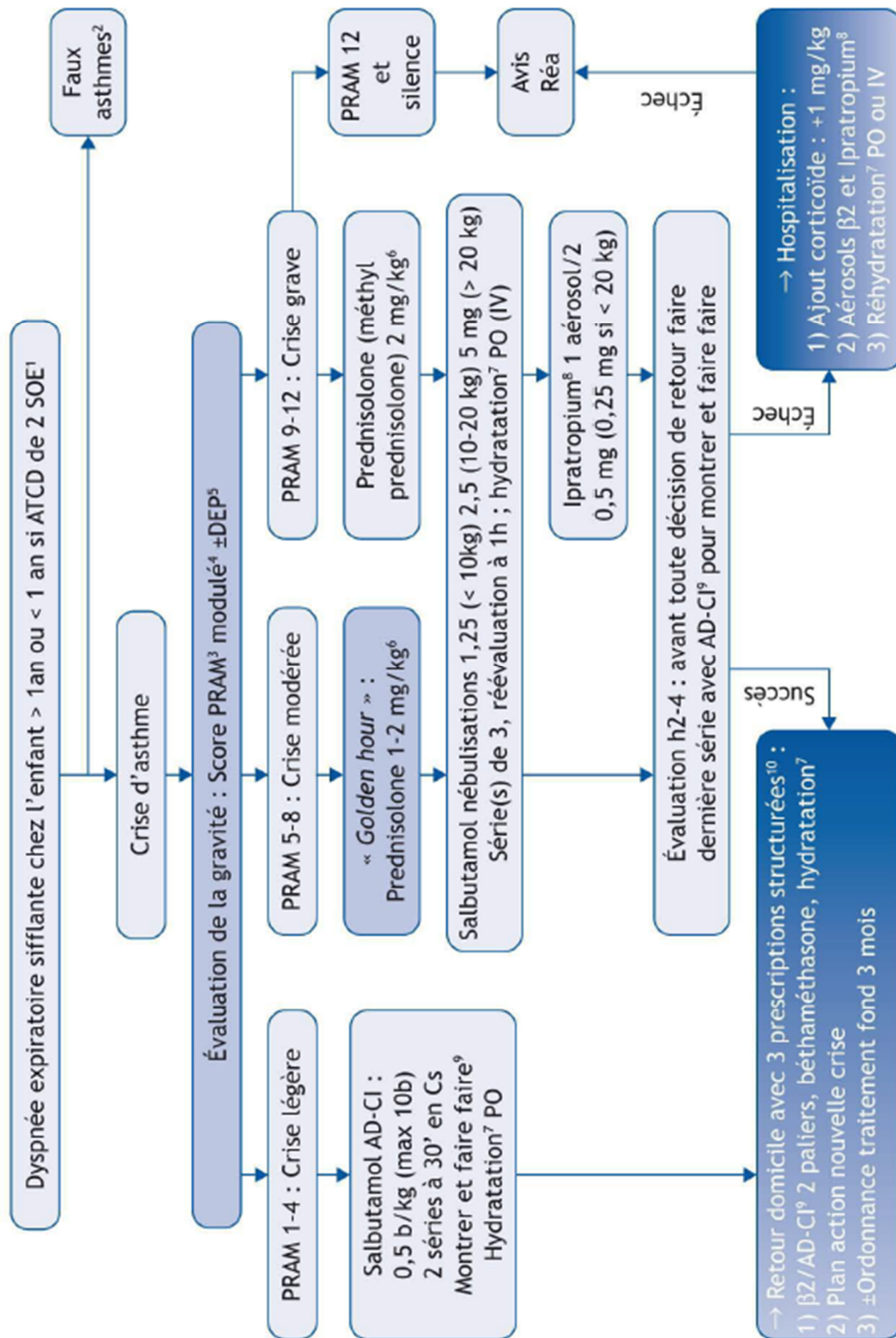
- Réglementation des actes de médecine d'urgence pré-hospitalière ;
- Développement d'un plan de carrière des métiers de l'urgence ;
- Création d'une filière de « Permanencier Aide à la Régulation Médicale » (PARM).

8. Prise en charge de principales urgences vitales chez l'enfant dans la littérature :

8.1. Arrêt cardio-respiratoire : [8]



8.2. Asthme aigu grave : [9]



8.3. Dyspnée laryngée [10]

Age	Orientation diagnostique		CAT par le praticien	CAT par l'ORL	
Nouveau-né	Stridor congénital : laryngomalacie (dyspnée rare)		• Rechercher une hypo calcémie	Laryngoscopie diagnostique	
	Stridor symptomatique : paralysie, malformation, kyste		• Si calcémie normale à confier à l'ORL	Intubation, trachéotomie, résection	
< 6 mois	Angiome sous-glottique (après 1 mois)		Corticoïdes*, hospitalisation +/- urgente	Laryngoscopie, laser-chirurgie	
	Paralysie laryngée		Intubation parfois nécessaire	Nasofibroscope, cordotomie	
> 6 mois	Laryngites aiguës	Striduleuse	Aérosols d'adrénaline** et /ou corticoïdes		
		Oedémateuse	Sous-glottique	• Corticoïdes IV, • Hospitalisation immédiate si dyspnée décompensée ou pas de résultats après 30mn • Aérosols d'adrénaline	
			Epiglottite	• Hospitalisation urgente : USI, ne pas mobiliser • ATB***	Intubation ou trachéotomie,
	Corps étranger laryngé (rare)		Manceuvre de Heimlich, hospitalisation immédiate	Extraction	
	Œdème d'origine caustique, allergique		Corticoïdes IV, adrénaline, hospitalisation si pas de résultats après 30mn	Intubation ou trachéotomie	
	Traumatisme externe ou interne (intubation)		Hospitalisation urgente : bloc	Intubation ou trachéotomie	
	Papillomatose laryngée		A confier à l'ORL	Laser, trachéotomie	

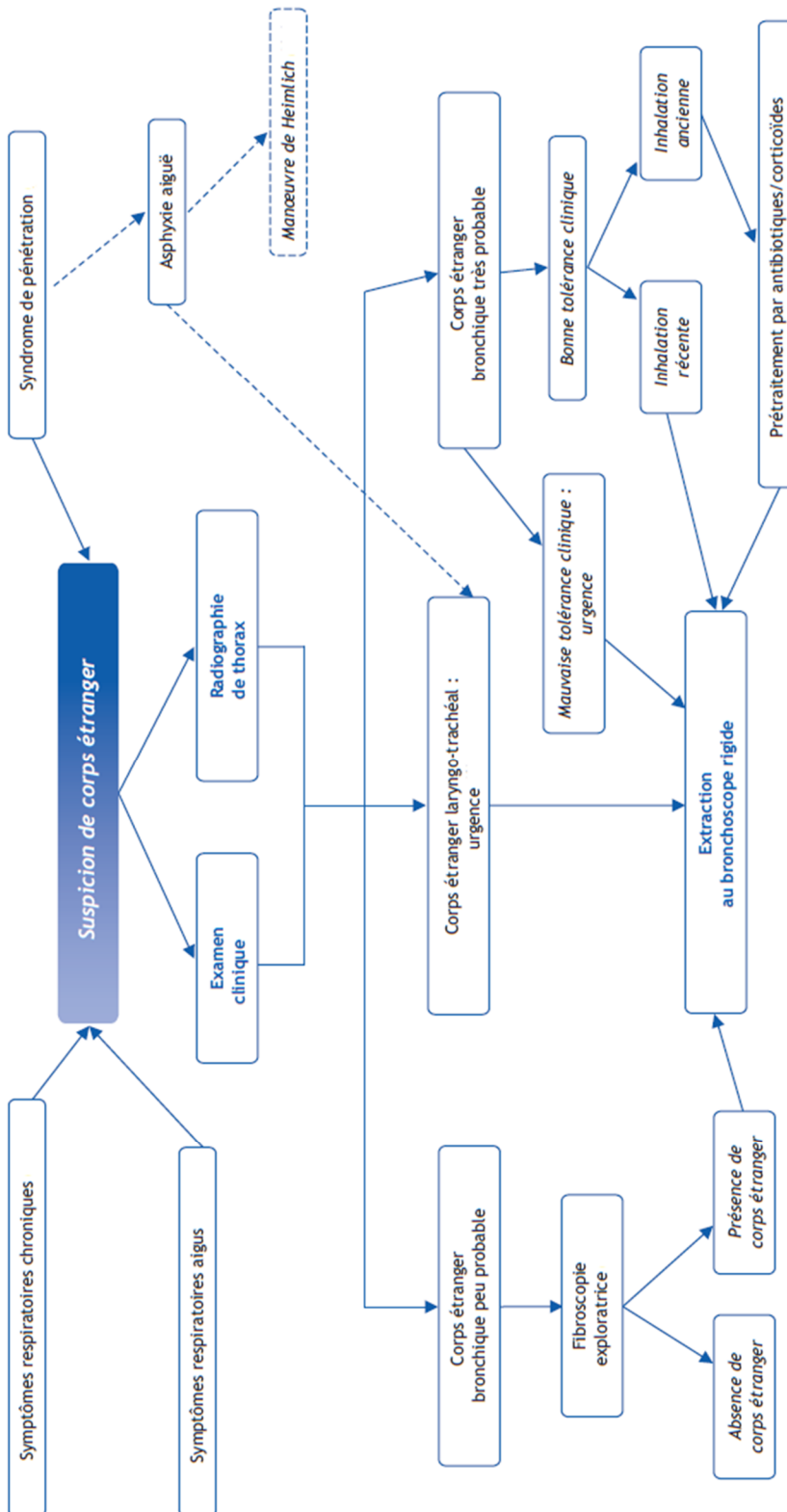
•* dexaméthasone : 0,1 à 0,3 mg/kg/j

•** adrénaline : 0,01 à 0,5 µg /kg

•***ATB : céfotaxime 200 mg/kg/j

Ceftriaxone 100mg/kg/j

8.4. Corps étranger [11]



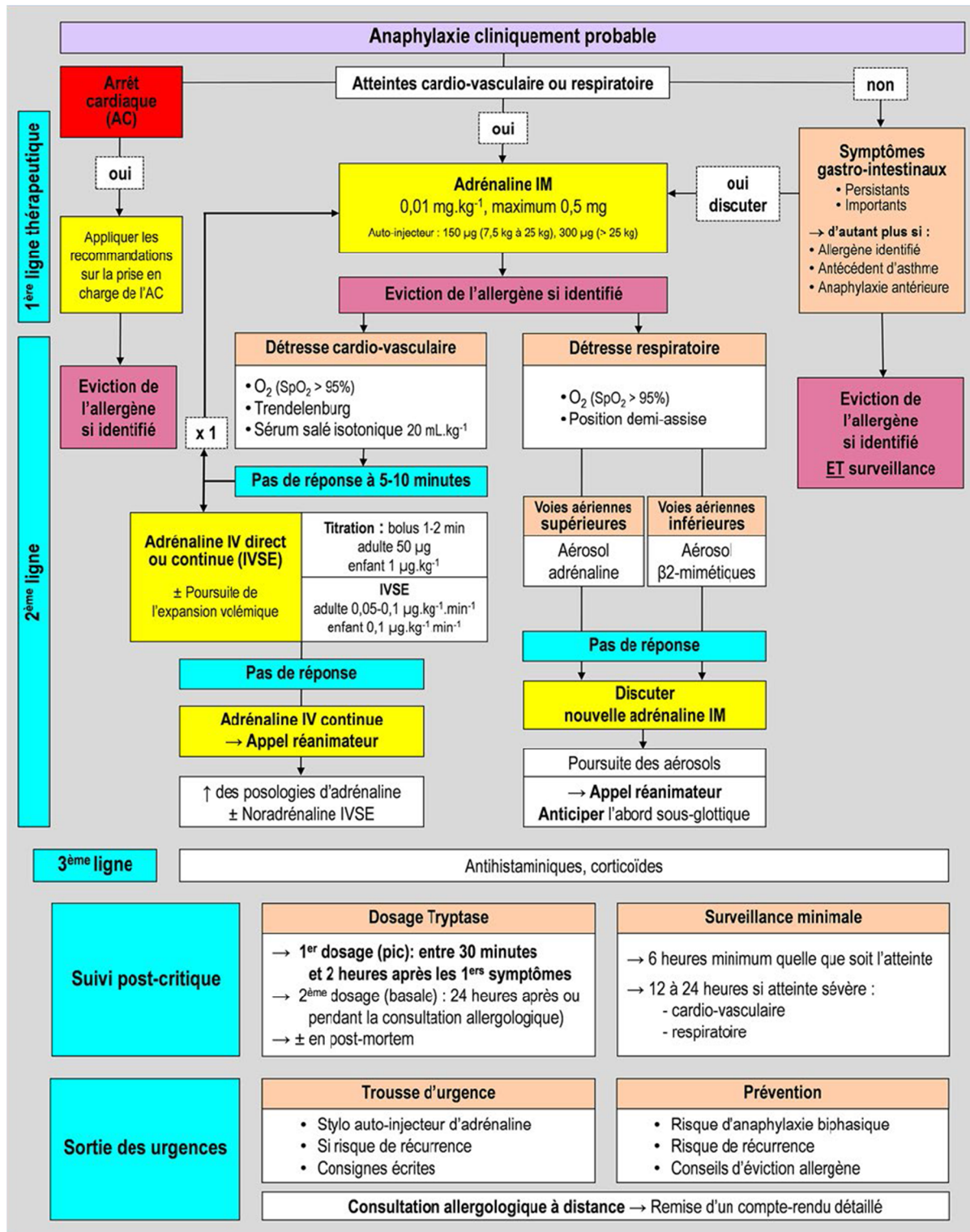
8.5. Bronchiolite sévère : [12]

Hospitalisation en service de pédiatrie :

- Position demi assise.
- Libération des voies aériennes : aspiration et désobstruction nasopharyngée.
- Oxygénothérapie pour obtenir une SpO₂ ≥95%.
- Voie veineuse pour hydratation intraveineuse*** (100 ml/kg/24 h de G 5% avec électrolytes).
- Si BRONCHIOLITE SEVERE, faire radio du thorax au lit du malade.
- Si otite moyenne aiguë ou pneumopathie : donner de l'amoxicilline + acide clavulanique à raison de 100 mg/kg/j en 3 prises parentérales pendant 8 jours.
- Si fièvre > 38,5°C, donner du paracétamol à raison de 15 mg/kg/6h.
- Donner salbutamol (0,5%) en nébulisation (test thérapeutique sans dépasser 2 nébulisations en absence de réponse) à raison de 0,03 ml/kg à intervalle de 30 minutes (ne pas dépasser 1 ml de salbutamol/nébulisation et chaque prise doit être donnée avec du sérum salé 9‰ pour avoir un total de 4 ml).
- Si encombrement bronchique important : kinésithérapie respiratoire.
- Règles d'hygiène personnelle et de l'environnement**** (voir encadré).
- Surveillance continue des éléments suivants : état de conscience, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, SpO₂, fièvre, signes de déshydratation et aptitude à s'alimenter.
- Si aggravation, transfert au service de réanimation ou unité de soins intensifs.

*** Le soluté à perfuser est composé de G5% avec électrolytes : NaCl 3g/L, et KCL 1.5 g/L, et Gluconate de Calcium 1 g/L.

8.6. Choc anaphylactique : [13]



8.7. Choc septique : [14]

8.7.1. Prise en charge thérapeutique initiale :

*** Transport médicalisé systématique.**

*** Mesures thérapeutiques immédiates (communs à tous les états de choc) [15]**

- monitoring non invasif : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, pression artérielle au brassard adapté à la taille de l'avant-bras, saturation transcutanée en oxygène ;

- oxygénothérapie systématique au masque à haute concentration quelle que soit la saturation transcutanée en oxygène ;

- mise en place de deux voies d'abord veineux de bon calibre ou d'une voie intraosseuse (à privilégier chez le nourrisson et le petit enfant en raison des difficultés de voies d'abord) ;

- remplissage vasculaire (en l'absence de signes d'insuffisances cardiaques cognitives) : NaCl 0,9 % 20 ml/kg (sans dépasser 500 ml) aussi rapidement que la voie d'abord le permet, à renouveler trois fois au maximum selon l'efficacité de la réponse thérapeutique ;

- antibiothérapie probabiliste intraveineuse synergique et bactéricide en cas de choc septique : céphalosporine de troisième génération ± aminoside ;

- surveillance : diurèse horaire, FC, FR, PA, score de Glasgow adapté à l'âge.

8.7.2. Prise en charge thérapeutique secondaire

Si malgré cette prise en charge initiale, les objectifs tensionnels ne sont pas atteints à la fin de la première heure, une perfusion continue de médicaments vasoactifs ou inotropes devra être mise en route.

C'est en général la noradrénaline qui est débutée. Quelle que soit l'amine vasopressive choisie, il faut avoir des objectifs tensionnels précis motivant l'augmentation régulière des doses.

L'évaluation paraclinique, le plus souvent par échocardiographie-doppler à l'admission en réanimation est obligatoire.

Quelle que soit l'évolution sous traitement, l'hospitalisation en réanimation pédiatrique ou au minimum en unité de surveillance continue est obligatoire. L'enfant sera transféré par transport médicalisé.

8.8. Choc cardiogénique ^[16]

* Mesures thérapeutiques immédiates

* Mesures spécifiques :

- Si pré-charge augmentée : restriction hydrique et furosémide IV
- anti-arythmique si trouble du rythme symptomatique contribuant au choc
- Dobutamine +ou- dopamine si choc persistant

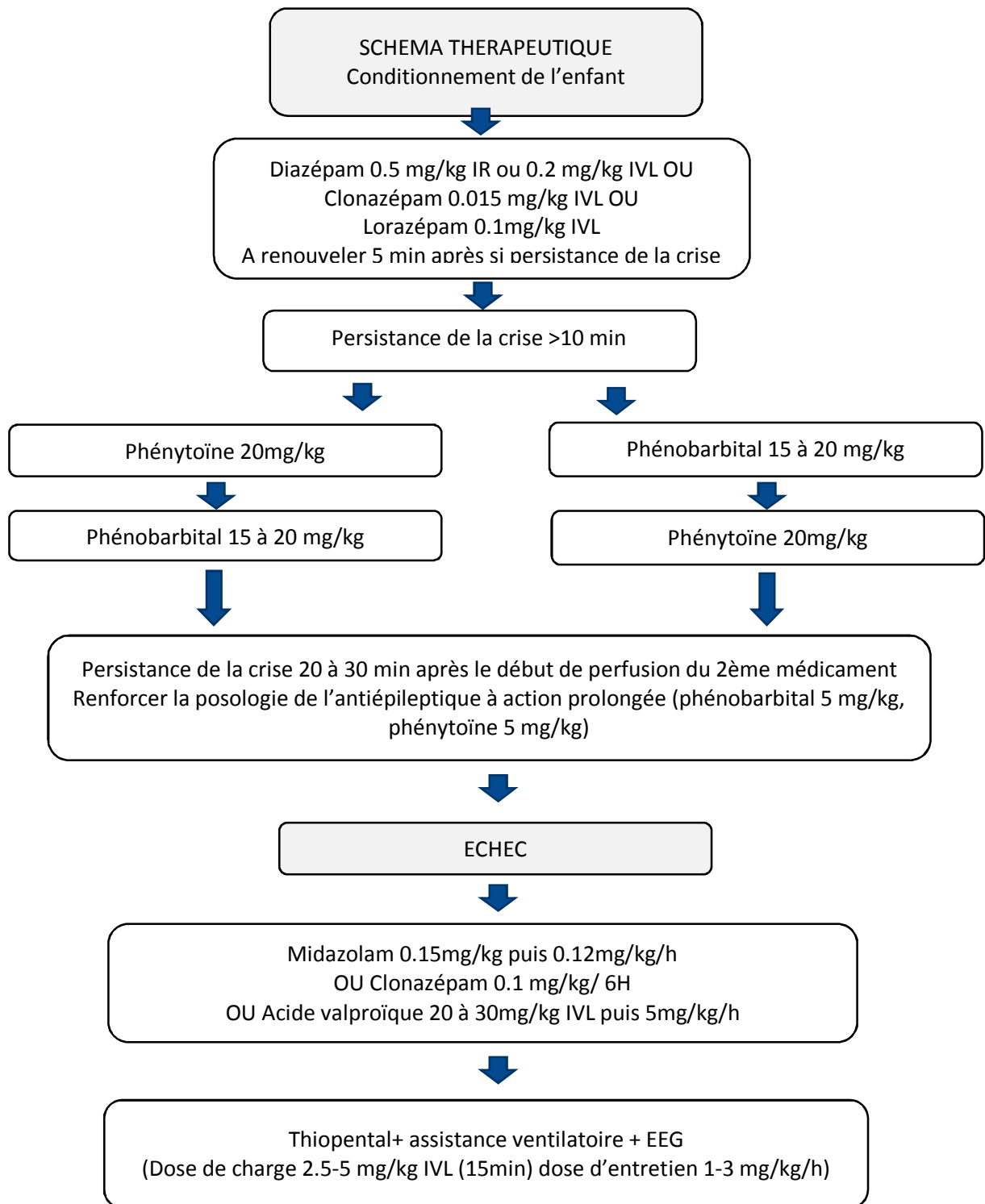
8.9. Choc hypovolémique [17]

* Mesures thérapeutiques immédiates

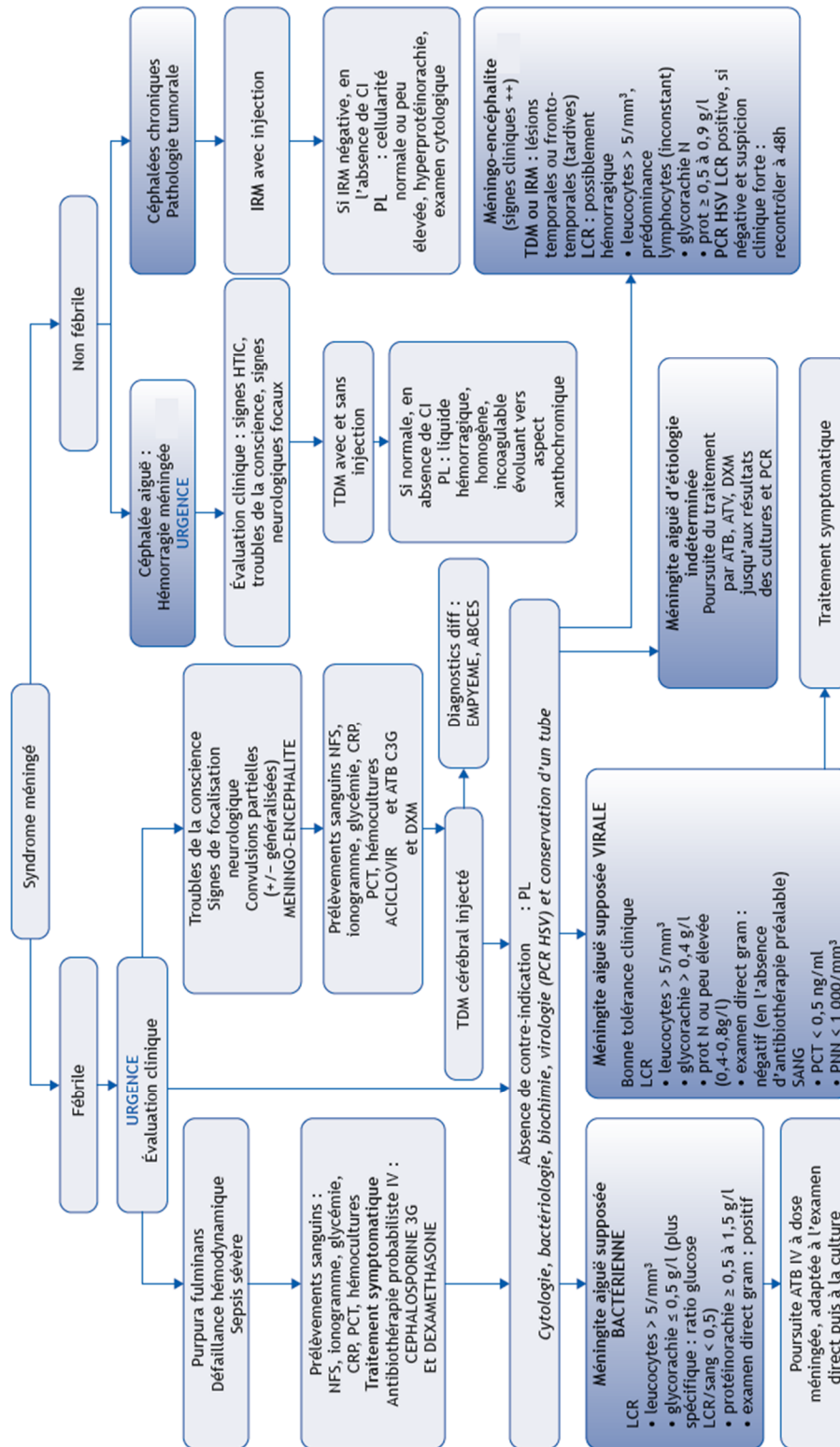
* Mesures spécifiques :

- Continuer expansion par sérum physiologique NaCl 20 mL/kg IV, puis réévaluer
- Envisager vasopresseurs si mauvaise perfusion persistante malgré prise en charge

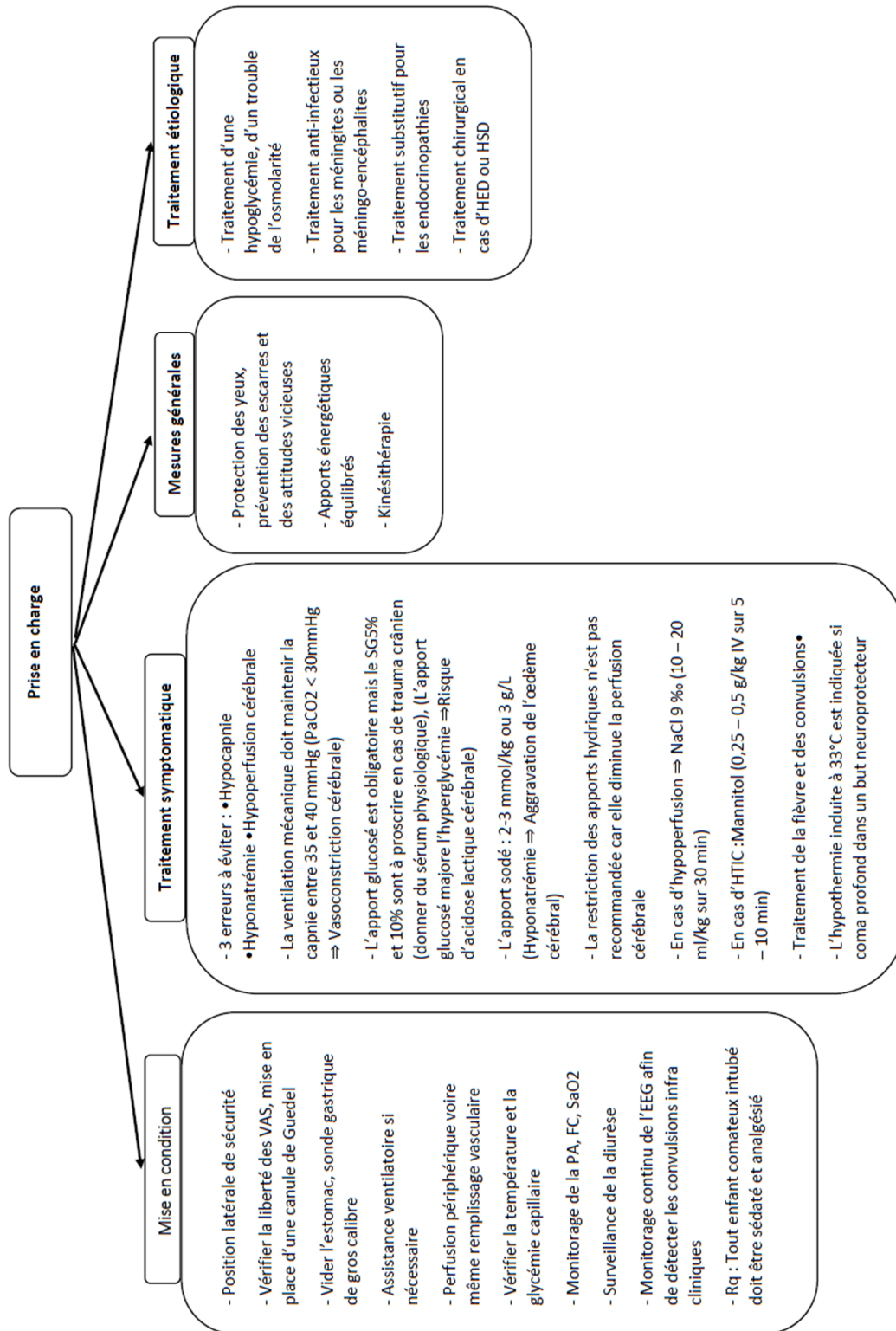
8.10. Etat de mal convulsif [18]

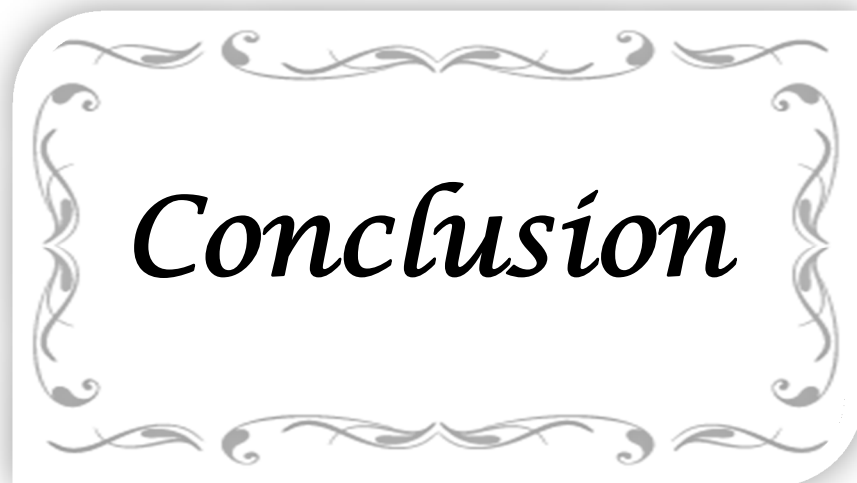


8.11. Méningite ; méningo-encéphalite [19]



8.12. Coma [20]





Conclusión

Le présent travail met l'exergue sur deux problèmes : la croissance de la demande de soins et l'inégalité de la prise en charge selon les centres de soins.

Une majorité de patients pédiatriques reçoivent des soins dans des centres hospitaliers non pédiatriques. Il aussi à noter que les ressources allouées aux soins d'urgence et de traumatologie varient localement, régionalement et nationalement.

L'accès d'Enfants malades à des soins d'urgence est affecté par le manque de disponibilité d'équipement adapté, de Personnel formé pour s'occuper des enfants, et de règles et procédures qui garantissent un transfert en temps opportun aux soins ultimes.

Aujourd'hui une forte recommandation est soulignée pour des soins régionalisés conformément à la politique de régionalisation en cours.

Ainsi des lignes directrices doivent être élaborées fournissant des informations sur l'équipement, les médicaments, les fournitures et le personnel ; nécessaires pour la prise en charge des soins d'urgences pour enfants dans les structures d'urgences selon les régions.

Elles doivent appuyer une coordination administrative avec une charte des soins pédiatriques, et une accessibilité facile en cas d'orientation vers d'autres centres de soins d'urgence ou d'hôpitaux homologués pour des soins d'urgence pédiatriques.

Nous mettons l'accent sur l'importance de cette morbi-mortalité afin que des actions soient entreprises pour l'encadrement des soignants pour une prise en charge initiale adéquate au niveau des structures de bases avant et pendant le transfert des patients pour améliorer leur pronostic. ; Ainsi que la nécessité de créer des lits de soins intensifs et de réanimation pédiatrique.

Toutes les urgences hospitalières doivent être continuellement prêtes à recevoir, à évaluer avec précision, Et, au minimum, stabiliser et Transférer en toute sécurité les patients pédiatriques gravement malades ou blessés, vers de services de pédiatrie tertiaire.

Afin d'atteindre des progrès à l'échelle nationale pour relever le niveau de l'urgence pédiatrique.

A decorative rectangular frame with rounded corners and a light gray shadow. The frame is composed of intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns in a light gray color. In the center of the frame, the word "Résumé" is written in a black, elegant, cursive script font.

Résumé

RESUME

Titre : Les urgences vitales chez l'enfant

Auteur : Hichouhaj Fatine

Rapporteur : Pr Badr Sououd Ben Jelloun Dakhamaa

Mots clés : urgences respiratoires, urgences hémodynamiques, urgences neurologiques, protocoles thérapeutiques, enfant

Introduction : Les détresses vitales sont des situations rares aux urgences pédiatriques. L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques et évolutives des détresses vitales qui sont admises au service des urgences médicales pédiatriques, de proposer des protocoles de prise en charge, et d'analyser les facteurs associés avec le décès.

Matériel et méthode : nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique, incluant tous les enfants qui ont été admis pour détresse vitale aux urgences médicales pédiatriques de l'hôpital d'enfant de Rabat.

Résultats et discussion : dans notre étude nous avons inclus 183 enfant, ce qui représentait 0.3 % des consultants aux urgences médicales durant cette période la médiane d'âge était de 2ans [1ans – 6 ans], le sex-ratio M/F était de 1,73. Les détresses vitales étaient respiratoires dans 45.3 % des cas, hémodynamiques dans 20.7 % des cas, et neurologiques dans 25.1 % des cas. Le taux de décès des détresses vitales était de 44.8 %. Les facteurs significativement associés avec le décès étaient : l'âge inférieur à 2 ans et l'admission dans un service de pédiatrie générale par manque de place en réanimation.

Conclusion : Nous mettons l'accent sur l'importance de cette morbi-mortalité afin que des actions soient entreprises pour l'encadrement des soignants pour une prise en charge initiale adéquate au niveau des structures de bases avant et pendant le transfert des patients pour améliorer leur pronostic. ; Ainsi que la nécessité de créer des lits de soins intensifs et de réanimation pédiatrique.

ABSTRACT

Title: vital emergencies in children

Author: Hichouhaj Fatine

Protractor: Pr Badr Sououd Ben Jelloun Dakhamaa

Keywords: respiratory emergencies, hemodynamic emergencies, neurological emergencies, therapeutic protocols, child

Introduction: Vital distress is a rare situation in paediatric emergencies. The objective of our work is to describe the epidemiological and evolutionary characteristics of vital distress that are admitted to paediatric medical emergencies, to propose management protocols, and to analyse the factors associated with death.

Materials and Methods: we conducted a retrospective, descriptive and analytical study, including all children who were admitted for vital distress in paediatric medical emergencies in the Rabat Children's Hospital.

Results and discussion: In our study, we included 183 children, which represented 0.3% of medical emergency consultants during this period. The median age was 2 years [1 - 6 years], the sex ratio M/F was 1.73. The vital distress was respiratory in 45.3% of the cases, haemodynamic in 20.7% of the cases, and neurological in 25.1% of the cases. The death rate for vital distress was 44.8%. The factors significantly associated with the death were: age less than 2 years and admission to a general paediatric ward for lack of space in intensive care.

Conclusion: We emphasize the importance of this morbidity and mortality so that actions are taken to supervise caregivers for adequate initial care at the level of the basic structures before and during the transfer of patients to improve their prognosis; as well as the need to create intensive care beds and paediatric resuscitation.

ملخص

المؤلف: الهيشو الحاج فاتن

المشرف: الأستاذة بدر سعود ابن جلون الضخامة

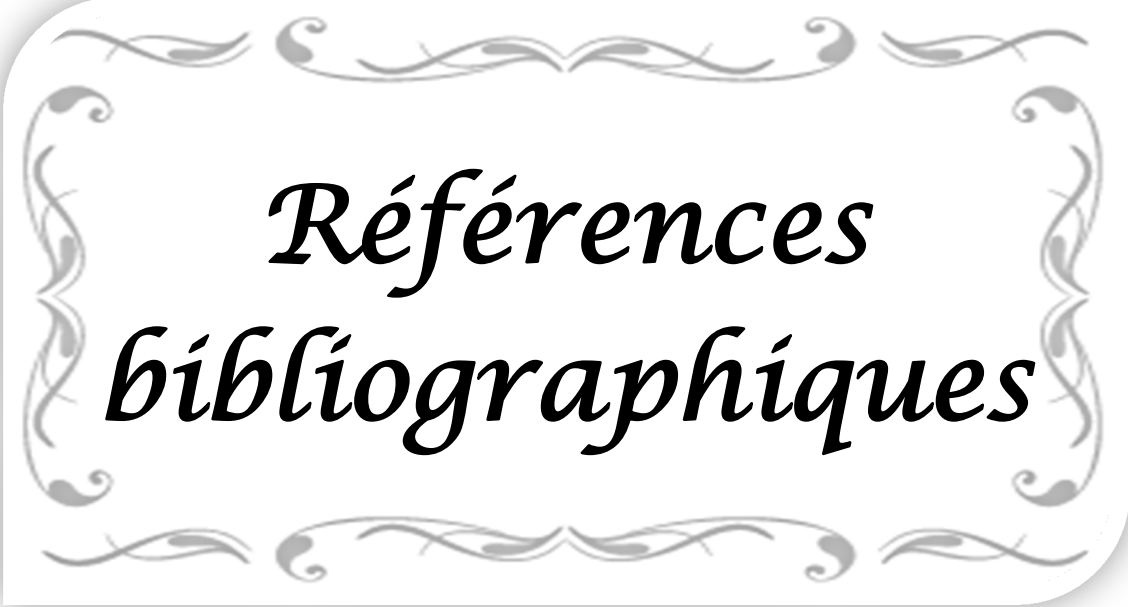
الكلمات الأساسية: الحالات المستعجلة التنفسية، الحالات المستعجلة في الدورة الدموية، الحالات المستعجلة العصبية، البروتوكول العلاجي، الطفل

مقدمة: الضائقات الحيوية هي حالات نادرة في مستعجلات الأطفال. الهدف من عملنا هو وصف الخصائص الوبائية والتطورية للضائقات الحيوية التي يتم قبولها في قسم المستعجلات الطبية للأطفال، اقتراح بروتوكولات للعلاج، وتحليل العوامل المرتبطة بالوفاة

المواد والطريقة: أجرينا دراسة بأثر رجعي، وصفي، وتحليلي، ضمت جميع الأطفال الذين تم قبولهم من أجل الضائقات الحيوية بقسم المستعجلات الطبية للأطفال في مستشفى الأطفال بالرباط.

النتائج والمناقشة: شملنا في دراستنا 183 طفلا، يمثلون 0.3% من الاستشاريين في حالات الطوارئ الطبية خلال هذه الفترة. وكان متوسط العمر سنتين [1-6 سنوات]، وكانت نسبة الجنس 1.73. وكانت الضائقات الحيوية، تنفسية في 45.3% من الحالات، متعلقة بالدورة الدموية في 20.7% من الحالات، وعصبية في 25.1% من الحالات. وكان معدل الوفيات من الضائقات الحيوية 44.8%. العوامل المرتبطة بشكل كبير بالوفاة هي: عمر أقل من سنتين والقبول في جناح طب الأطفال العام لعدم وجود مكان في العناية المركزة.

الخلاصة: نؤكد على أهمية هذه الاعتلالات والوفيات، حيث يجب اتخاذ الإجراءات اللازمة للإشراف على مقدمي الرعاية، ليتم الحصول على العلاجات الأولية الكافية على مستوى الهياكل الأولية قبل وأثناء نقل المرضى وذلك لتحسين وضعيتهم. فضلا عن الحاجة إلى إنشاء أسرة العناية المركزة والإنعاش لدى الأطفال.



*Références
bibliographiques*

1- P-L.DRUAIS, ET AL.

Médecine Générale 2ème édition. Paris : Masson, 2009 ; p 61

2- Aurès Chaïb.

Urgences-Réanimation-Transfusion ; L'indispensable en stage 2015, 94

3- H. Gattia, S. et al.

Unité de surveillance continue pédiatrique en centre hospitalier général : l'expérience récente de l'hôpital de Polynésie française 014 ; 21:272-278

4- Hamze-Sinno R, Abdoul H, Neve M, et al.

Can we easily anticipate on admission pediatric patient transfers from intermediate to intensive care ? Minerva Anesthesiol 2011 ; 77:1022-3

5- BLIMPO E.

Les urgences pédiatriques à Lomé. Thèse Med. Lomé, 1984, n°133.

6- RAHIMY C.D.

Contribution à l'étude de la mortalité précoce. Thèse Med. Cotonou 1982, n°32

7- stratégie sectorielle de santé.

2012-2016 ministère de santé Marocaine

Disponible sur www.sante.gov.ma

8- S. Leteurtre, J. Naud, O. Brissaud.

Recommandations de SFP ; 2016

Disponible sur www.pap-pediatrie.fr

9- D. plion, Et al

Recommandations de SFP ; 2014

Disponible sur www.pap-pediatrie.fr

10- Prof. GUEDICHE Mohamed Néji et al.

Urgences en pédiatrie ; 1ère édition – 2010 ; p 65-68

11- K. Arlaud, J.-C. Dubus

Recommandations de SFP ; 2011

Disponible sur www.pap-pediatrie.fr

12- ministère de la santé marocaine

Disponible sur www.sante.gov.ma

13- A. Gloaguen • E Cesareo • et al

Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence ; Ann. Fr. Med.

Urgence (2016) 6:342-364

Recommandations de SFMU en partenariat SFA et GFRUP. SFMU et

Lavoisier SAS 2016

Disponible sur www.sfmou.org

14- Antoine Bourrillon et al.

Les référentiels des collègues ; pédiatrie ; 7eme Edition ; 2017 ; p 784-790

15- Marc BELLECHE.

Médecine kb pédiatrie ; Edition 2013-2014 ; p 531

16- Marc BELLECHE.

Médecine kb pédiatrie ; Edition 2013-2014 ; p 531

17- Marc BELLECHE.

Médecine kb pédiatrie ; Edition 2013-2014 ; p 531

18- Prof. GUEDICHE Mohamed Néji et al.

Urgences en pédiatrie ; 1ère édition – 2010 ; page 133-134

19- S. Gueden

Recommandations de SFP ; 2017 Elsevier Masson

Disponible sur www.pap-pediatrie.fr

20- Prof. GUEDICHE Mohamed Néji et al.

Urgences en pédiatrie ; 1ère édition – 2010 ; p 123-127

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

المستعجلات الحيوية عند الأطفال (بحدد 183 حالة)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

السيدة: فاتن الميشو الحاج

المزداة في: 05 فبراير بتطوان

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الحالات المستعجلة التنفسية - الحالات المستعجلة في الدورة الدموية - الحالات المستعجلة العصبية - البروتوكول العلاجي - الطفل

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

الرئيس

المشرف

الأعضاء

{

السيدة: لمياء كربوبي

أستاذة في طب الأطفال

السيدة: بدر سعود ابن جلون الضخامة

أستاذة في طب الأطفال

السيد: رشيد أبي القاسم

أستاذ في طب الأطفال

السيد: هشام الزرهوني

أستاذ في جراحة طب الأطفال