



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2021

Thèse N°: 378

MOTIFS DE CONSULTATIONS PEDIATRIQUES AUX URGENCES DE L'HÔPITAL REGIONAL AL IDRISSE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Madame Raouane BOUYA

Née le 07 Octobre 1995 à Tétouan

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Motifs de consultation ; Pédiatrie ; Urgence

Membres du Jury :

Madame Amal THIMOU IZGUA

Professeur de Pédiatrie

**Président &
Rapporteur**

Madame Naima EL HAFIDI

Professeur de Pédiatrie

Juge

Madame Toufik MESKINI

Professeur de Pédiatrie

Juge



تَرْفَعُ دَرَجَاتٍ مِّنْ نَّشَأٍ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ



**UNIVERSITE MOHAMMED V
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 Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

*Enseignant

**1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS
PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :**

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - [Clinique Royale](#)
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne - [Doyen de la FMPR](#)
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENSOUA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. [Chef Maternité des Orangers](#)
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale [Doyen de EMPT](#)
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAFFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques [Doyen de la EMPA](#)
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale - [Directeur du CHIS](#)
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie -Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie [Inspecteur du SSM](#)
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

*Enseignant

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

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

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR 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. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie [Directeur Hôp.Ar-razi Salé](#)
Gynécologie Obstétrique

Neurologie Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - [Directeur Hôp.Cheikh Zaid](#)
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

*Enseignant

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
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. 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. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

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. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
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. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique Directeur Hôp. Des Enfants Rabat
Chirurgie Générale
Pédiatrie - Directeur Hôp. Univ. International (Cheikh Khalifa)
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale Directeur Hôpital Ibn Sina
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique V-D chargé Aff Acad. Est.
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie

*Enseignant

Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 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. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif*
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 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. 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. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Rhumatologie **Directeur Hôp. ALAyachi Salé**
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biophysique
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

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

*Enseignant

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhoussaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nouridine
Pr. CHERKAOUI Naoual *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOU Mohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. OUZZIF Ez zohra *
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFAT Hassan *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour *
Pr. TLLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. AKHADDAR Ali *
Pr. ALLALI Nazik
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. 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

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Biochimie-chimie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie [Directeur Hôp.des Spécialités](#)
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie

*Enseignant

Pr. LAMSAOURI Jamal *
Pr. MARMADÉ Lahcen
Pr. MESSAOUDI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufik*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
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. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *
Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
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 JAoudi Rachid *
Pr. EL KABABRI Maria

Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
Médecine Interne [Directeur ERSSM](#)
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie

*Enseignant

Pr.EL KHANNOUSSI Basma
 Pr.EL KHLOUFI Samir
 Pr.EL KORAICHI Alae
 Pr.EN-NOUALI Hassane *
 Pr.ERRGUIG Laila
 Pr.FIKRI Meryem
 Pr.GHFIR Imade
 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 *

AVRIL 2013

Pr.EL KHATIB MOHAMED KARIM *

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir*

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr.BENCHAKROUN Mohammed *
 Pr.BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss *
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
 Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale *
 Pr. HERRAK Laila
 Pr. JEAIDI Anass *
 Pr. KOUACH Jaouad*
 Pr. MAKRAM Sanaa *
 Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
 Pr. SEKKACH Youssef*
 Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Anatomie Pathologique
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique [Vice-Doyen à la Pharmacie](#)
 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

Toxicologie

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Hématologie Biologique
 Gynécologie-Obstétrique
 Pharmacologie
 CCV
 Médecine Interne
 Gynécologie-Obstétrique

*Enseignant

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

PROFESSEURS AGREGES :**JANVIER 2016**

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

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

Dermatologie
Rhumatologie

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

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Chirurgie Générale
Immunologie

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

*Enseignant

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*	Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *	Chirurgie réparatrice et plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid	Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *	Chirurgie-Générale
Pr. BOUZELMAT HICHAM *	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS JALAL *	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFRY BOUCHAIB *	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAHDI HAFSA*	Anatomie pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD *	Neuro-chirurgie
Pr. DAMIRI AMAL *	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI NAWFAL*	Anesthésie-Réanimation
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR	Pharmacie-Galénique
Pr. EL ANNAZ HICHAM*	Virologie
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN *	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI HAKIM *	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EN-NAFAA ISSAM *	Radiologie
Pr. HAMAMA JALAL *	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*	O.R.L
Pr. HJIRA NAOUFAL *	Dermatologie
Pr. JIRA MOHAMED *	Médecine interne
Pr. JNIENE ASMAA	Physiologie
Pr. LARAQUI HICHAM *	Chirurgie-Générale
Pr. MAHFOUD TARIK *	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE MOHAMMED *	Anesthésie-Réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES *	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. MOUZARI YASSINE *	Ophtalmologie
Pr. NAOUI HAFIDA *	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL MAJDOULINE	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI ABDELHAKIM *	Pédiatrie
Pr. SAQUAB RACHIDA *	Radiologie
Pr. SBITTI YASSIR *	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG OMAR*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. ZIDOUH SAAD *	Anesthésie-Réanimation

*Enseignant

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUE
PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

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. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <u>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</u>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 09/04/2021
KHALED Abdellah
Chef du Service des Ressources Humaines
FMPR

*Enseignant



Remerciements



Nous tenons à exprimer notre gratitude

A notre Maître, Président de jury et Rapporteur de thèse

Madame le professeur THIMOU IZGUA Amal

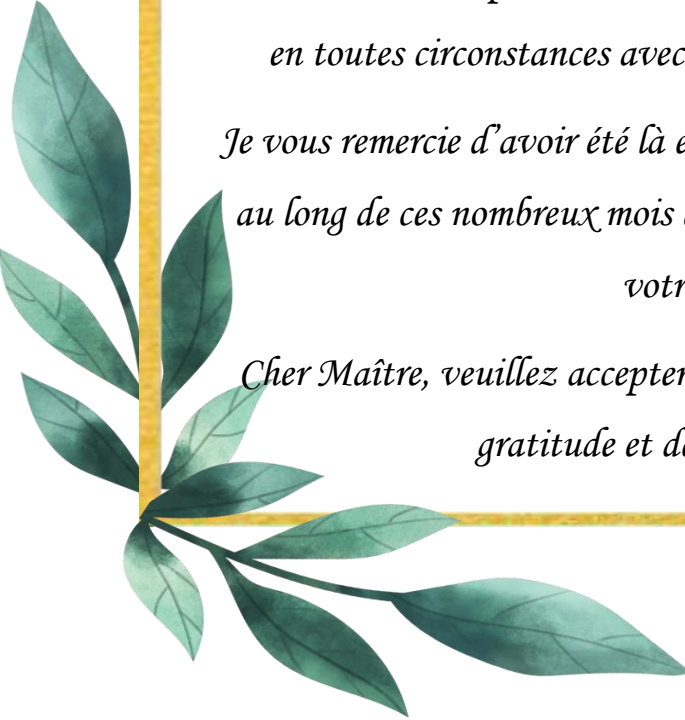
*Professeur de Pédiatrie, et Chef du Centre de Consultation
et D'Exploration Externes de l'Hôpital d'Enfants de Rabat*

*J'ai eu l'immense privilège de vous avoir comme directrice de thèse
Et j'ai le plus grand honneur de vous avoir en tant que présidente du
jury.*

*. Nous avons eu un grand plaisir à travailler sous votre direction.
Nous avons eu auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus
en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Je vous remercie d'avoir été là et d'avoir répondu à mes questions tout
au long de ces nombreux mois de travail. Nous espérons avoir mérité
votre confiance.*

*Cher Maître, veuillez accepter de recevoir l'expression de ma sincère
gratitude et de mon profond respect*






Nous remercions vivement notre Maître et Juge de thèse,


Madame le Professeur El Hafidi Naima

Professeur de Pédiatrie Hôpital d'Enfants de Rabat

*Nous avons été touchés par la bienveillance et la cordialité de votre
accueil.*





*Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en
acceptant de siéger parmi les membres de notre jury de thèse. Veuillez
nous permettre de vous formuler l'assurance de notre haute
considération et de notre sincère reconnaissance*



*Nous tenons à exprimer notre gratitude à notre Maître et Juge de
thèse, Monsieur le Professeur Meskini Toufik,
Professeur de Pédiatrie Hôpital d'Enfants de Rabat*

*Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail
en acceptant de le juger. Que vous trouvez dans ce modeste travail
le témoignage de notre profonde reconnaissance pour votre
contribution et notre admiration de vos compétences*






*En préambule de ce travail qui est l'agrégat des résultats des années
passées à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.*

*Je remercie en premier lieu, le bon Dieu, tout puissant, de m'avoir
donné durant mon cursus la force ainsi que l'audace
pour dépasser toutes les difficultés.*

*Le Tout Miséricordieux qui nous a donné grâce et bénédiction pour
mener à terme cette thèse.*

*Nous remercions ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à sa
concrétisation et sa réalisation.*





Liste des abréviations

AMP	: Adénosine monophosphate cyclique
ASP	: Abdomen sans préparation
ATB	: Antibiothérapie
CCMU	: Classification clinique de malades des urgences
CHP	: Centre Hospitalier Provincial
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CRP	: Protéine C réactive
CVO	: Crise vaso-occlusive
ECBU	: Examen cyto bactériologique des urines
ETG	: Échelle de Triage et de Gravité
FC	: Fréquence cardiaque
FR	: fréquence respiratoire
GAD	: Glutamate acide décarboxylase
GAJ	: Glycémie à jeun
GDS	: Gaz du sang
HbA1c	: Glycolysated Hemoglobin Type A1c
IA2	: tyrosine phosphatase-related Islet Antigen 2
IMF	: infection materno-fœtale
INP	: Infection néonatale précoce
INT	: Infection néonatale tardive
IOA	: Infirmier Organisateur de l'Accueil
MODY	: Maturity Onset Diabetes of Youth

NFS	: Numération formule sanguine
NHS	: National Health Service
ORL	: Oto-Rhino-Laryngé
OHD	: Oxygénothérapie à haut débit
PALS	: Pediatric Advanced Life support
PCT	: Procalcitonine
PL	: Ponction lombaire
PRAM	: Preschool Respiratory Assesment Measure
PV	: Prélèvement Vaginal
PVC	: Pression Veineuse Centrale
RAMED	: Le Régime d'Assistance Médicale aux économiquement démunie
RPM	: Rupture prématuré des membranes
SAMU	: Service d'Aide Médical Urgente
SMUR	: Structure mobile d'urgence et de réanimation
SPO2	: Saturation Pulsée en Urgence
TA	: Tension artérielle
TC	: traumatisme crânien
TDM	: Tomodensitométrie
UHCD	: unité d'hospitalisation de courte durée
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Funds
UMP	: Urgence médicales de Proximité
USCP	: Unité de surveillance continue pédiatrique
VS	: Vitesse de sédimentation
VRS	: Virus Respiratoire Syncytial humain



Liste des illustrations

Liste des figures :

Figure 1: Sexe des patients.....	11
Figure 2: Répartition des patients selon l'âge.....	12
Figure 3: (A-B) : répartition des patients selon leur milieu de provenance	12
Figure 4: Répartition des enfants selon leur scolarisation	13
Figure 5: Répartition des patients selon leur niveau socioéconomique	14
Figure 6: Répartition des patients selon leur couverture médicale	15
Figure 7: répartition des patients selon leur accompagnant	15
Figure 8: Répartition selon le niveau d'instruction des parents	16
Figure 9: Répartition selon la structure de référence	17
Figure 10: Répartition selon l'horaire de consultation	17
Figure 11: Répartition des enfants selon leur délai avant la consultation.....	18
Figure 12: Répartition des patients selon leur ATCDs	19
Figure 13: Répartition des patients selon leur devenir final	28
Figure 14: Cartographie régionale :	33
Figure 15: Etiologies de la dyspnée chez l'enfant [43]et CAT	55
Figure 16: Arbre décisionnel face à une diarrhée aigue chez l'enfant	58
Figure 17: Arbre décisionnel face à des vomissements aigues chez l'enfant	61
Figure 18: Arbre décisionnel face à une hématurie chez l'enfant.....	63
Figure 19: Le triangle d'évaluation pédiatrique PALS	64
Figure 20: Arbre décisionnel en cas de suspicion du diabète type1	71
Figure 21: Prise en charge des enfants diabétiques.....	73
Figure 22: Arbre décisionnel de prise en charge du nouveau-né à risque de sepsis	83
Figure 23: Indication de l'antibiothérapie chez un nouveau-né symptomatique	84
Figure 24: ARBRE décisionnel de la prise en charge d'une exacerbation d'asthme	94

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Pourcentage des pathologies accidentelles.....	20
Tableau 2 : Répartition selon les motifs de consultations non accidentels	22
Tableau 3 : Examens radiologiques réalisés aux patients	23
Tableau 4 : Les divers examens biologiques réalisés aux patients	24
Tableau 5 : Les diagnostics finaux retenus	27
Tableau 6 : Répartition des patients selon leur devenir immédiat	29
Tableau 7 : Prise en charge du patient selon la sévérité de la crise.....	76
Tableau 8 : Codification du score PRAM	93



Sommaire

Introduction	1
Matériels et méthodes	7
1. Type de l'étude :	8
2. But de l'étude :	8
3. Critères d'inclusion :	8
4. Critères d'exclusion :	8
5. Collecte des données :	8
6. Analyse des données :	9
Résultats	10
1. Sexe :	11
2. 'Âge :	11
3. Origine :	12
4. Scolarisation des patients :	13
5. Niveau socioéconomique :	14
6. Couverture médicale :	14
7. Accompagnement :	15
8. Niveau d'instruction des parents :	16
9. Les modalités de consultation :	16
9.1. Structure de référence :	16
9.2. Heure d'arrivée des patients :	17
9.3. Délai avant la consultation au CHR :	18
9.4. Antécédents des patients :	19
9.5. Motif de consultation :	20
9.5.1. Pathologie accidentelle :	20
9.5.2. Autres causes de consultation :	20
9.6. Examen complémentaire :	23
9.6.1. Explorations radiologiques :	23
Tableau 3 : Examens radiologiques réalisés aux patients.....	23

9.6.2. Examens biologiques :.....	24
9.7. Diagnostique final :	25
9.8. Devenir immédiat :	28
Discussion	30
1. Santé au Maroc :	31
2. Circuit du patient :	33
2.1. Circuit du patient au sein de l'organisation régionale des soins	33
2.2. Circuit du patient au sein de l'hôpital El Idrissi :.....	34
3. L'âge et le sexe :	37
3.1. Le sexe :.....	37
3.2. L'âge :.....	37
4. Origine et scolarisation du patient :	38
4.1. Origine :.....	38
4.2. Aperçu sur la région de Kenitra :	39
4.3. Scolarisation des patients :	40
5. Couverture sociale :	40
6. Niveau socioéconomique :.....	41
7. Niveau d'instructions des parents :.....	42
8. Déroulement de la consultation aux urgences :	43
8.1. Service d'accueil des urgences :.....	43
8.2. Structure de référence :.....	44
8.3. Heure d'arrivée :.....	46
8.4. Accompagnant :.....	48
8.5. Délai avant consultation :	49
9. Les consultations aux urgences pédiatriques :.....	51
9.1. Recours inappropriés aux urgences :.....	51
9.2. Les principaux motifs de consultations aux urgences :	52
9.2.1. Gêne respiratoire :.....	53

9.2.2. Diarrhée aigüe–vomissement :	56
9.2.3. L’hématurie :	62
10. Prise en charge en charge aux urgences :	63
10.1. Évaluation de l’urgence.....	63
Gravité des consultants selon la classification CCMU :.....	64
10.2. Examens complémentaires :	65
10.2.1. Examen radiologique :	65
10.2.2. Examen biologique :	68
10.3. Affections diagnostiquées et prise en charge aux urgences :	70
10.3.1. Diabète insulino-dépendant :.....	70
10.3.2. Bronchiolite aigüe :	75
10.3.3. Infection materno-fœtale :.....	79
10.3.4. TC chez l’enfant :.....	85
10.3.5. Piqûre de scorpion :.....	87
10.3.6. Crise vaso-occlusive :	90
10.3.7. Crise d’asthme :	91
Conclusion	95
Annexes	97
Résumés	101
Bibliographie	105



Introduction

Le service des urgences représente le pilier central de tout centre hospitalier. C'est un service d'accueil et de soins de toute personne en situation d'urgence qui arrive via les services de secours (les pompiers, le Samu) ou se présente d'elle-même à l'hôpital. [1]

Cette situation d'urgence se définit par tout tableau clinique pouvant engager le pronostic vital et ou fonctionnel du patient et nécessite une prise en charge immédiate.

Il peut s'agir d'une urgence : [2]

- absolue engageant le pronostic vital : dont le temps d'intervention est <3min (hypoglycémie, arrêt cardiaque...)
- relative engageant le pronostic vital : dont le temps d'intervention est < 20 minutes (septicémies)
- potentielle : dont les complications engagent le pronostic vital.

Autrement dit, le service d'accueil des urgences est un service hospitalier dont le principale rôle est de prendre en charge sans sélection, 24 heures sur 24 toute personne présentant une situation d'urgence, y compris psychiatrique, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.[3]

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, les trois principales fonctions de chaque système de santé sont : améliorer la santé de la population, répondre à ses attentes en matière sanitaire et également fournir une protection financière en cas de séquelles ou de maladie. Quels que soient les pays, la médecine d'urgence doit répondre aux deux premières. [4]

La naissance des services des urgences remonte à la seconde moitié du XIX^e siècle comme résultat du progrès qu'a connu la médecine. L'amélioration des techniques et moyens thérapeutiques (asepsie et anesthésie, perfusion/transfusion, appareils de suppléance vitale, fibrinolytiques) a permis de modifier favorablement le pronostic vital des patients avec une situation médicale ou chirurgicale aiguë grave. Une nouvelle fonction est ainsi attribuée aux services des urgences, comme étant un lieu d'administration de ce type de traitement. [5]

Mais au cours des dernières décennies, un phénomène commun à tous les pays a été constaté : une hausse continue de la fréquentation des services d'urgence. Par exemple en 2001 au Canada, une augmentation du nombre de passages annuels dans ces services de 5 % en 3 ans a été enregistrée alors qu'au Royaume-Uni, une augmentation de 1 % par an depuis le milieu des années 1990 a été notée [6]

L'organisation des services des urgences constitue un des défis les plus difficiles à relever pour tous les pays même pour les plus développés.

Au regard de ce problème mondial, la France figure parmi les pays avec une meilleure accessibilité aux soins et de bons résultats. En France, la prise en charge au niveau des services des urgences ne se base plus sur le fonctionnement classique : premier arrivé /premier servi. L'infirmière organisatrice de l'accueil représente le premier soignant rencontré dès l'arrivée aux urgences et à l'exception des patients pris en charge préalablement par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) chaque patient va être rapidement, examiné par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) qui va déterminer à l'aide d'outils de classification et de triage la priorité de prise en charge du patient et son orientation au sein du service. L'IAO est aidé(e) parfois par un urgentiste référent.[4]

L'organisation des services des urgences Canadiennes se base comme en France sur le principe du triage, qui est sous la responsabilité du personnel infirmier. La recommandation récente d'utilisation « d'une Échelle de triage et de gravité » (ETG) par « le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec » a permis d'uniformiser le processus du triage en utilisant la même méthode de classification. Cette échelle de triage comprend cinq niveaux, établis selon des critères objectifs permettant de déterminer rapidement le niveau d'urgence du patient consultant et aussi le délai d'attente acceptable pour chaque niveau d'urgence.[7]

En Angleterre l'organisation est différente des précédentes, en cas d'urgence, les patients doivent en premier lieu contacter le NHS 111 où ils peuvent obtenir plus rapidement de la part d'un personnel médical des conseils voire les traitements dont ils ont besoin, et si l'état du patient est jugé critique ce service téléphonique sera responsable de l'envoi d'une ambulance équipée qui va amener le patient vers le centre de traitement d'urgence le plus proche.

Ces centres sont dirigés par des médecins généralistes, proposent des rendez-vous qui peuvent être pris non seulement par le biais du 111 mais également sur la recommandation d'un médecin généraliste.

Afin d'éviter l'encombrement, les services d'urgences britanniques travaillent en collaboration avec le reste du réseau de soins d'urgence (les soins primaires, les pharmacies de ville, les ambulanciers..), pour assurer une alternative accessible et pratique aux services d'urgence surtout pour les patients qui n'ont pas besoin d'une prise en charge immédiate. [8]

Au Maroc depuis leur création dans les années 60, l'activité de ces services d'urgences n'a pas cessé de croître d'année en année. Par exemple dans le Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques de Casablanca, une augmentation du nombre de passages de 40786 en 2007 à 53485 en 2012 puis de 58706 en 2015 et 64507 en 2016 . Cependant ni la capacité ni la structure du service n'ont changé pour s'adapter à ce flux massif. Ces services sont devenus en l'occurrence, une plaque tournante du centre hospitalier, essentielle pour l'accueil, l'orientation des patients, la gestion de situations de catastrophe et la médecine des évacuations sanitaires. [9]

Au Maroc selon la loi –cadre n39-04 relative au système de santé, l'offre des soins d'urgence est organisée : en urgences médicales de proximité (UMP), en urgences pré-hospitalière assurés par les moyens de transport de secours de base (les services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) et les services médicaux hélicoptés). Et en urgences médicaux hospitaliers qui comprennent les urgences médicaux hospitaliers de base assurés : par les CHP - les CHR- les CHU. [10]

Actuellement, dans les systèmes de santé marocaine, le service des urgences représente souvent le service du 1^{er} recours devant les souffrances physiques ou morales. Il complète également le dispositif de soins de santé primaires offerts à la population.

Son premier objectif est de prendre en charge rapidement et de façon efficace les patients dont l'état de santé est critique et ensuite d'évaluer les modalités de suivi des patients, soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier.[11]

En réalité, la mission du service des urgences s'éloigne considérablement de la définition initiale et recouvre des situations très hétérogènes : quelques situations d'urgence lourde et plusieurs situations d'urgence ressentie et cela s'explique par l'absence d'un système de triage à l'accueil du patient adulte et enfant .[12]

L'urgence se confond avec l'idée d'un danger vital imminent ou proche. La perception de situation d'urgence chez les enfants se fait à deux niveaux : celui des parents et celui du corps médical.[13] Cela permet de distinguer deux types d'urgences pédiatriques :[14]

- Les urgences vraies /prioritaires : ce sont des enfants nécessitant une prise en charge rapide vu le tableau de détresse vitale qu'ils présentent.
- *Les urgences ressenties : ce sont des enfants dont les parents les amènent aux urgences même s'ils ne présentent aucune menace du pronostic vital. Dans tous les cas, l'étiquette d'urgences « ressenties » n'est portée qu'après l'examen de l'enfant

Cette inflation des passages pour des affections non urgentes renforce la difficulté de gérer les flux et de faire face à l'urgence vraie.

Dans les services des urgences, les consultations pédiatriques représentent 30% de l'ensemble des urgences accueillies dans les hôpitaux, plus de la moitié sont âgés de moins de 5 ans. D'où la nécessité de disposer au sein des services d'urgences d'unités d'accueil des enfants, dotées d'un matériel adapté et d'un personnel médical et paramédical familiarisé avec les urgences pédiatriques.[15]

Il est donc primordial de mener des études au niveau des services des urgences pour analyser les motifs de consultations pédiatriques et ainsi proposer des mesures d'amélioration pour décongestionner ces services et mieux gérer les véritables urgences pédiatriques.[12]



Matériels et méthodes

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive de prévalence réalisée en se basant sur le recueil actif de données sur une fiche d'exploitation préétablie.

Lieu de l'étude : Service des urgences de l'hôpital régional du Kenitra
Durée de l'étude : 01/01/21 au 18/02/21.

2. But de l'étude :

L'objectif de ce travail est d'identifier les principaux motifs de consultations pédiatriques au service des urgences de l'Hôpital régional.

3. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude tous les enfants âgés de 0 à 15 ans se présentant aux urgences de l'hôpital El Idrissi au cours des gardes (avec un rythme d'une garde chaque 9 jours) quelque soit le motif médical, chirurgical ou traumatique. Indépendamment du niveau d'urgence et quelque soit leur devenir.

4. Critères d'exclusion :

Les enfants âgés de plus de 15 ans et ceux admis en dehors des gardes ont été exclus de l'étude.

5. Collecte des données :

Au cours des gardes que j'avais établi étant interne au CHR Kenitra, j'ai recueilli ces données sur des fiches d'enquêtes individuelles préétablies après interrogatoire de l'accompagnant, examen physique de l'enfant et également après examen de leurs carnets de santé, les lettres et les fiches de liaison pour les référés. L'anonymat et la confidentialité des patients ont été respectés lors du recueil de ces données.

Le questionnaire est dressé en 3 principales parties :

- Caractères socio-économique des parents et sociodémographique des patients
- Modalités de consultation : condition d'admission et structure de référence
- Évaluation au cours de la consultation : diagnostique, devenir immédiat du patient.

Le questionnaire est dressé en 3 principales parties :

- Caractères socio-économique des parents et sociodémographique des patients
- Modalités de consultation : condition d'admission et structure de référence
- Évaluation au cours de la consultation : diagnostique, devenir immédiat du patient.

6. Analyse des données :

La saisie des informations et leurs analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft office Excel.



Résultats

Au terme de notre période d'étude, nous avons pu collecter 100 patients pédiatriques dont les caractéristiques sont décrites dans les chapitres ci-dessous.

1. Sexe :

Comme on le remarque sur la figure ci-dessous : 2/3 des patients inclus dans notre étude sont des garçons alors que les filles ne représentent qu'un tiers du nombre total.

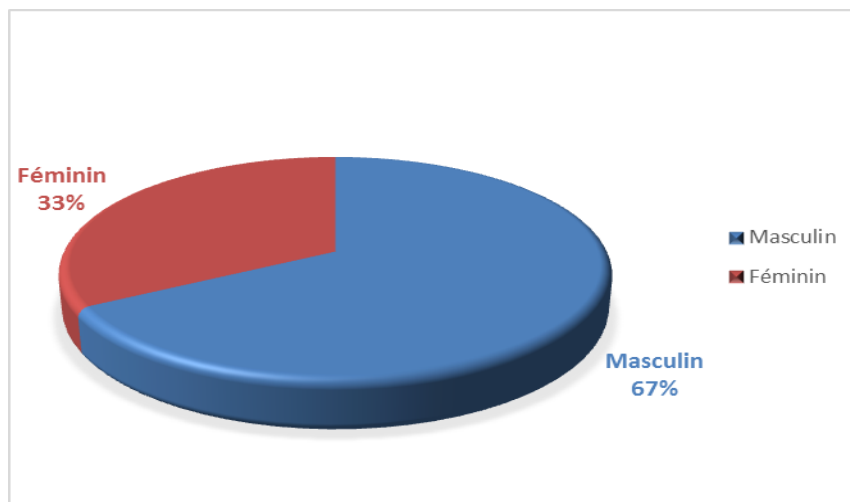


Figure 1: Sexe des patients

2. 'Âge :

La médiane d'âge de notre série est de 4ans7mois, avec une fourchette de vie allant de 0 à 15.

La répartition des patients en quatre classes d'âge (figure 2) nous a permis de constater que :

- La majorité (55%) de nos patients sont âgés de moins de 5 ans dont :
 - 23% moins d'un an
 - 32% ont entre 1 et 5 ans

- Pour les 45% restant :
 - 28% ont entre 5 et 10 ans
 - 17% ont plus de 10 ans

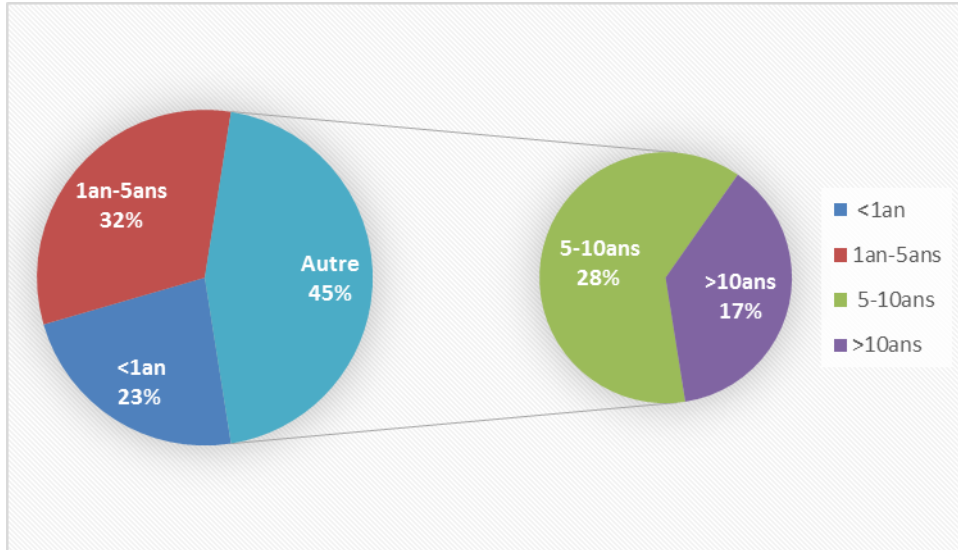


Figure 2: Répartition des patients selon l'âge

3. Origine :

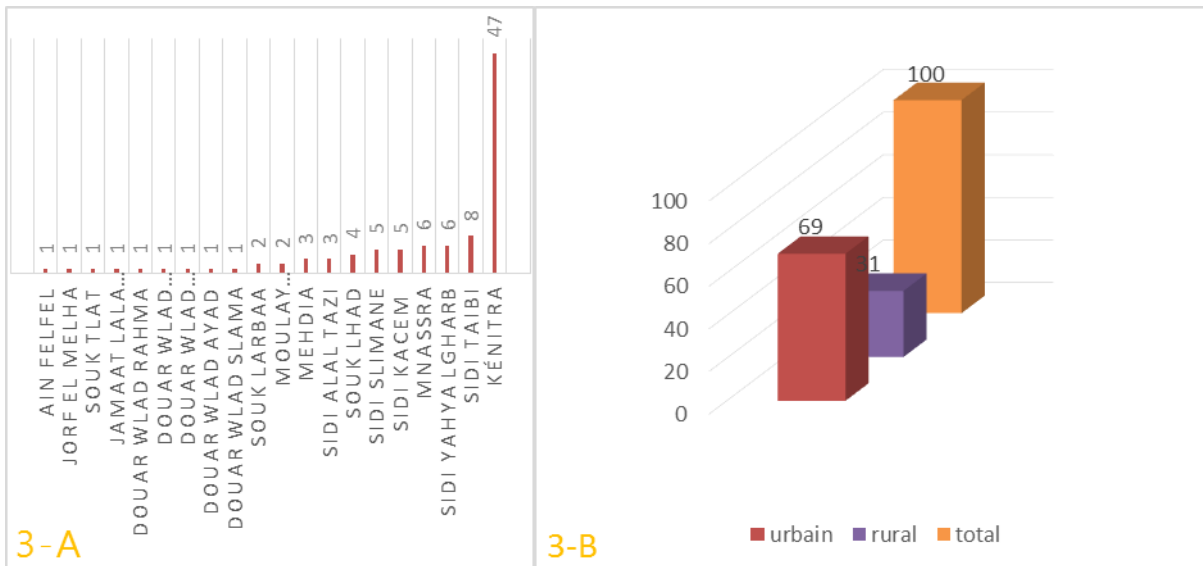


Figure 3: (A-B) : répartition des patients selon leur milieu de provenance

D'après les données illustrées dans la figure 3, nous notons que les deux tiers de nos patients habitent en milieu urbain, et que la ville du Kenitra représente l'origine de 47% des consultants.

4. Scolarisation des patients :

La figure 4 ci-dessous précise le pourcentage de scolarisation des enfants consultants ; seulement 39 des consultants ont atteints l'âge de scolarisation. On note que la majorité 84.6% de ces derniers est scolarisée.



Figure 4: Répartition des enfants selon leur scolarisation

5. Niveau socioéconomique :

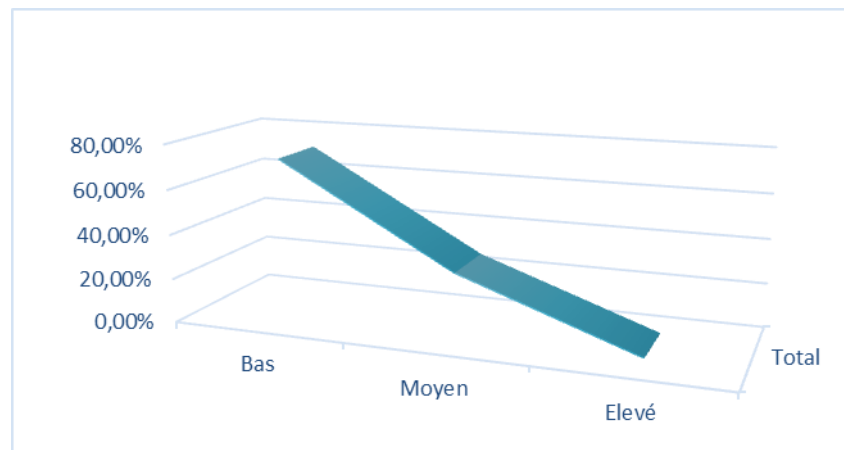


Figure 5: Répartition des patients selon leur niveau socioéconomique

Comme on l'observe sur la courbe ci-dessus :

- 72% de nos patients sont issus de bas niveau socioéconomique.
- 28% sont issus de niveau moyen.

Cette classification est basée sur le niveau de revenu des familles (rapport du Haut-Commissariat au Plan)[16]

6. Couverture médicale :

- Après l'analyse de la figure 6 on note que 78% de nos patients bénéficient d'une couverture médicale dont :
 - 55% sont ramedistes
 - 23% disposaient d'une mutuelle
- les 22% restant ne possédaient aucun type de couverture sanitaire.

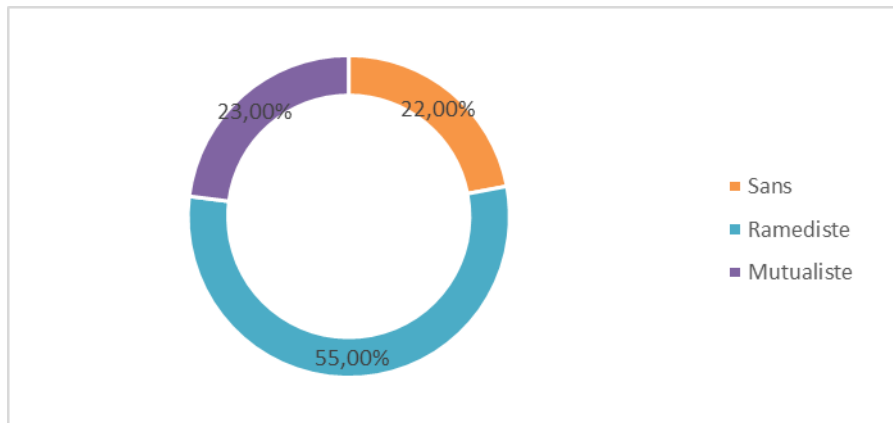


Figure 6: Répartition des patients selon leur couverture médicale

7. Accompagnement :

Nos patients ont été accompagnés :

- par la mère dans 72% des cas
- par le père dans 22% des cas
- par un autre de membre de la famille dans 6% des cas.

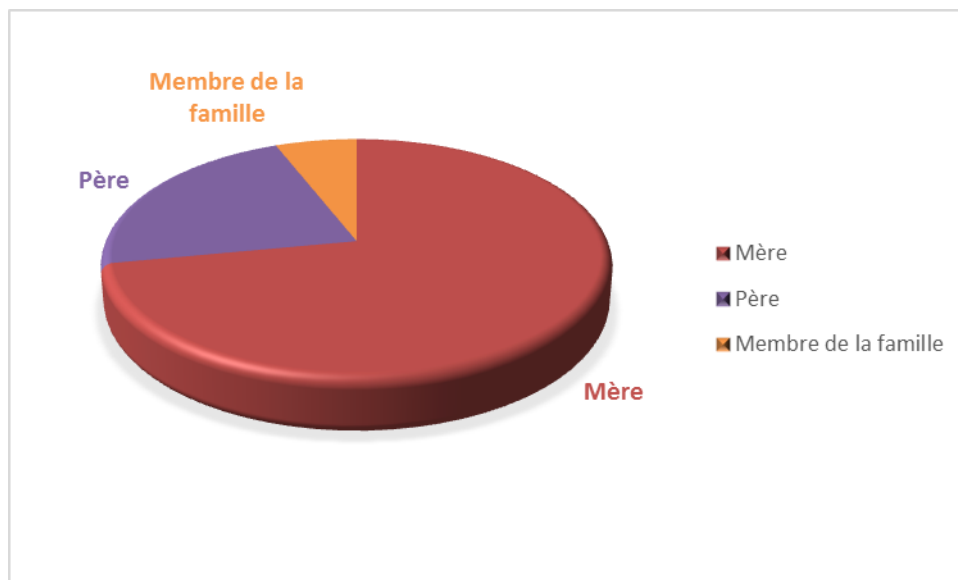


Figure 7: répartition des patients selon leur accompagnant

8. Niveau d'instruction des parents :

La figure 8 reflète les divers niveaux d'instructions des parents de nos patients. On déduit que les deux tiers de ces derniers 64% n'ont pas dépassé le niveau scolaire secondaire, et presque le quart n'a jamais été scolarisé. En outre, seulement 13% des parents ont complétés leurs études universitaires.

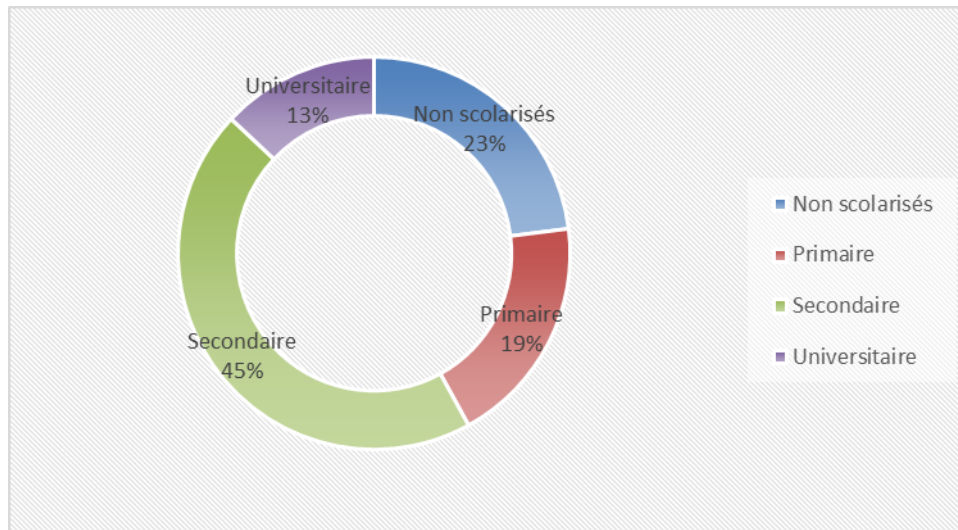


Figure 8: Répartition selon le niveau d'instruction des parents

9. Les modalités de consultation :

9.1. Structure de référence :

62% de nos patients se sont adressés directement en consultation aux urgences de l'hôpital El Idrisi Kenitra.

Alors que 38% restants ont consultés pour la même symptomatologie avant de recourir aux urgences et ont été référés au CHR :

- par une structure sanitaire : CHP 18% – centre de santé 10%
- par un autre médecin du secteur privée 10%

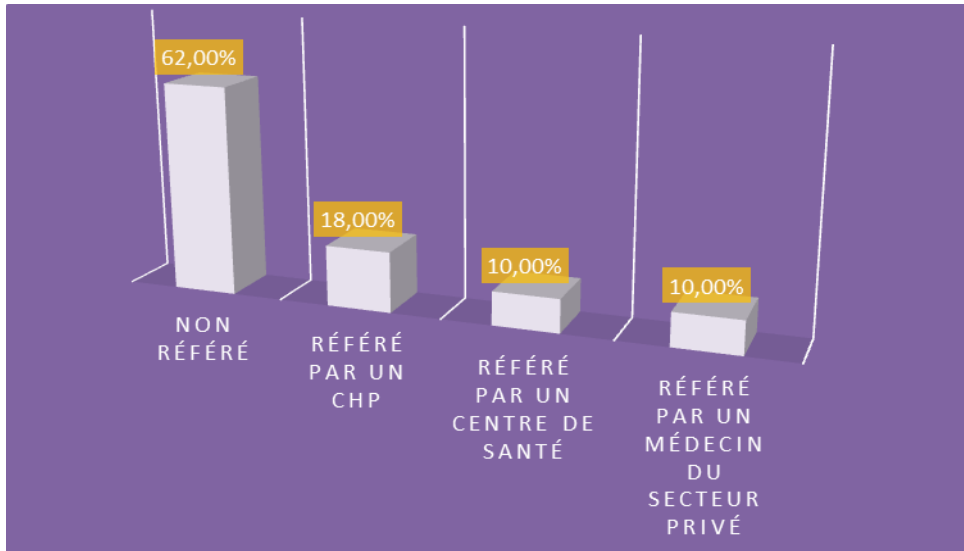


Figure 9: Répartition selon la structure de référence

9.2. Heure d'arrivée des patients :

La figure 10 nous donne une vision sur les horaires au cours desquels le flux des patients au niveau des urgences du CHR atteignait son maximum. On note une nette prédominance 70 % des consultations entre 8h et 16h .18% des enfants sont arrivés à l'hôpital entre 16h et 20h et le reste ont consultés le soir.

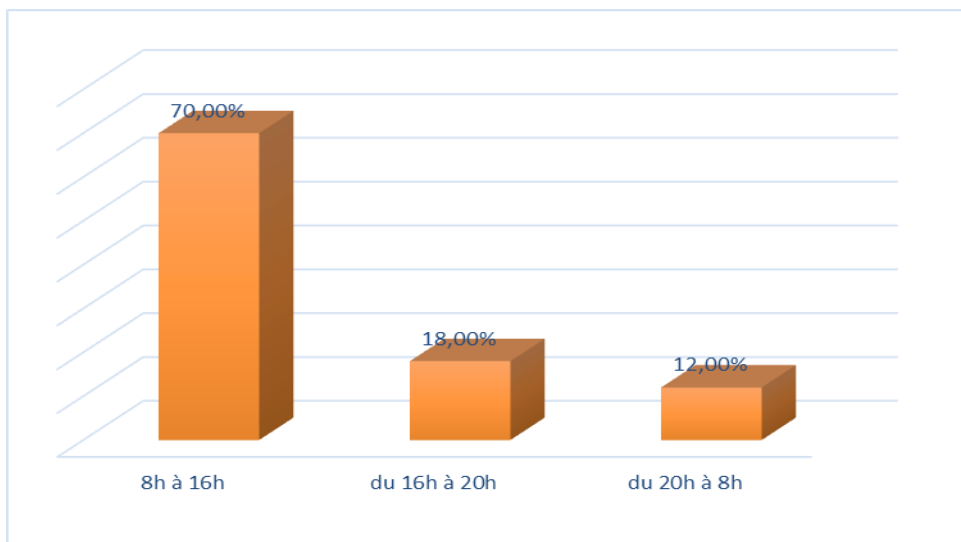


Figure 10: Répartition selon l'horaire de consultation

9.3. Délai avant la consultation au CHR :

En ce qui concerne le délai entre l'apparition de la symptomatologie et la consultation aux urgences du CHR on remarque que :

- 38% des patients ont consultés le jour même
- le quart au cours des 2 premiers jours
- 30% au cours de la première semaine
- 5% ont attendus entre 10-15jrs
- et le reste a consulté après 1-2mois

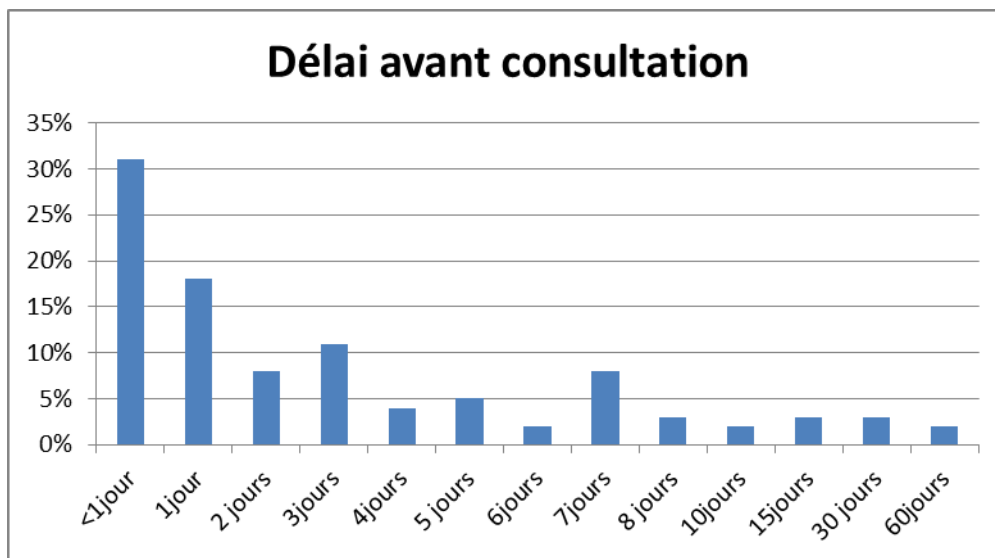


Figure 11: Répartition des enfants selon leur délai avant la consultation

9.4. Antécédents des patients :

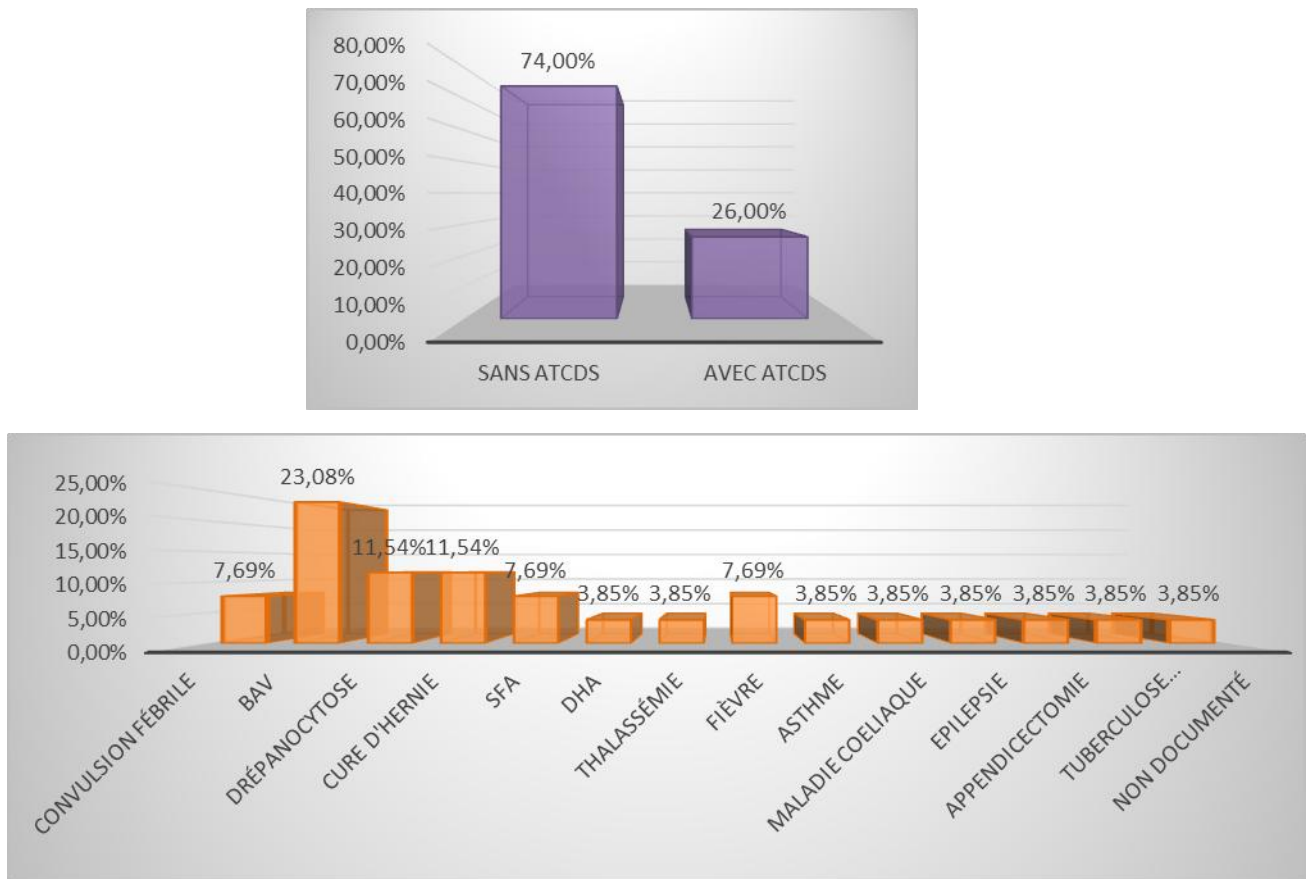


Figure 12: Répartition des patients selon leur ATCDs

En observant la figure 12 on note que 74% des patients présentant au moins un antécédent médico-chirurgical :

- 23% entre eux ont déjà eu un épisode de BAV
- 11.5% étaient suivis pour la drépanocytose, 11.5% ont bénéficiés d'une cure d'hernie inguinale.
- 7.7% ayant comme ATCD une convulsion fébrile, 7.7% ont été hospitalisés pour fièvre isolée
- le reste des enfants présentaient comme ATCD : Thalassémie, maladie cœliaque, épilepsie, tuberculose pulmonaire, hospitalisation pour prise en charge d'une déshydratation aigue et appendicectomie.

9.5. Motif de consultation :

9.5.1. Pathologie accidentelle :

Elle représente 28 % des consultations réparties comme suit :

Motif de consultation accidentelle	Fréquence	Proportion	
Piqûre de scorpion	1	1%	
Inhalation de corps étranger	1	1%	
Pathologie traumatique	Traumatisme crânien	4	4%
	Traumatisme lombaire	1	1%
	Traumatisme des membres	21	21%
			26%

Tableau 1 : Pourcentage des pathologies accidentelles

9.5.2. Autres causes de consultation :

D'après les données démontrées sur le tableau ci-dessous il y a une prédominance des deux motifs respiratoires 18 % et digestives 16%. 11% des patients consultent suite à l'apparition d'une symptomatologie urinaire, 9% à cause des signes cutanés alors que 5% présentaient des signes rhumatologiques à l'admission. Le reste des motifs sont : douleur thoracique, convulsions et le syndrome polyuro-polydipsique.

Motif de consultation		Fréquence	Proportion
Respiratoire	Gêne respiratoire	12	12%
	Détresse respiratoire	3	3%
	Tuméfaction thoracique	1	1%
			16%
Digestive	Refus de tété	3	3%
	Vomissement-diarrhée	8	8%
	Douleur abdominale	3	3%
	Vomissement	3	3%
	Pleurs-diarrhée	1	1%
			18%
Cutanéomuqueuses	Ictère	4	4%
	Pâleur	1	1%
	Plaie chirurgicale surinfectée	1	1%
	Aphtes buccaux	1	1%
	Œdème des paupières	1	1%
	Eruption	1	1%
			9%

	cutané			
Neurologique	convulsions	4	4%	
Urinaire/génital	Oligurie	2	2%	
	hématurie	6	6%	
	Œdème des membres inférieurs	2	2%	
	Ectopie testiculaire	1	1%	
	Douleur articulaire et lombaire	1	1%	
	Genou varum	1	1%	
	Gonflement du genou	1	1%	
	rhumatologique	Douleur et impotence fonctionnel d'un membre	2	2%
		Douleur thoracique	1	1%
	Cardiaques			
Syndrome polyuro-polydipsique		3	3%	
ORL	rhinorrhée	1	1%	
Fièvre isolée		3	3%	

Tableau 2 : Répartition selon les motifs de consultations non accidentels

9.6. Examen complémentaire :

Dans le but de poser un diagnostic final, on a réalisé à nos patients des examens complémentaires.

9.6.1. Explorations radiologiques :

Examen radiologique	Fréquence	Proportion	Nombre de résultat normal	Nombre de résultat anormal
Radiographie du thorax	12	20%	10	2
TDM thoracique	1	1.6%	-	1
Radiographie de l'abdomen sans préparation	1	1.6%	1	-
Echographie abdomino-rénale	12	20%	11	1
Echographie inguino-scrotale	1	1.6%	-	1
Radiographie du rachis dorso-lombaire	1	1.6%	-	1
TDM du rachis lombaire	1	1.6%	-	1
TDM cérébral	7	11.6%	6	1
Radiographie du membre supérieur	10	16.6%	5	5
Radiographie du membre inférieur	11	18.3%	6	5
Echographie articulaire	2	3.3%	1	1
TDM de la cuisse	1	1.6%	-	1

Tableau 3 : Examens radiologiques réalisés aux patients

9.6.2. Examens biologiques :

Examens	fréquence	proportion	Nombre de résultat normal	Nombre de résultat anormal
NFS	46	33.8%	15	31
Frottis sanguin	1		-	1
CRP	37	27%	11	26
VS	1	0.73%	-	1
ECBU	14	10.3%	9	5
Glycémie à jeun	12	8.8%	4	4
HBA1c	6	4.4%	-	6
Dosage de laG6PD	3	2.2%	-	3
Bilirubine libreet totale	3	2.2%	-	3
protidémie	5	3.7%	1	4
Protéinurie 24h	4	2.9%	-	4
Albuminémie	2	1.5%	1	1
25-OHD	1	0.73%	-	1
Bilan phosphocalcique	1	0.73%	-	1

Tableau 4 : Les divers examens biologiques réalisés aux patients

9.7. Diagnostique final :

Diagnostique étiologique	Fréquence	Proportion	Notion d'urgence
Affections endocriniennes			
Diabète insulino-dépendant	7	7%	urgent
Hypoglycémie	1	1%	urgent
Rachitisme	1	1%	Non urgent
Affections hématologiques			
Anémie hémolytique par déficit en G6PD	3	3%	urgent
crise drépanocytaire	3	3%	urgent
Thalassémie	1	1%	urgent
Infection materno-foetale primitive	6	6%	urgent
Ictère physiologique du nouveau-né	3	3%	urgent
Affections digestives			
Invagination intestinale aigue	1	1%	urgent
Gastroentérite aigue	4	4%	Non urgent
Constipation chronique	1	1%	Non urgent
Déshydratation aigue	4	4%	Urgent
Affections respiratoires			
Pneumopathie aigue	2	2%	
Bronchiolite aigue	7	7%	Urgent

Abcès pulmonaire		1	1%	Urgent
Surinfection d'une tuberculose pulmonaire		1	1%	Urgent
Crise d'asthme		3	3%	Urgent
Déformation thoracique		1	1	Non urgent
Inhalation d'un corps étranger		1	1	urgent
Affections neurologiques				
Crise épileptique		1	1%	urgent
Convulsion fébrile		1	1%	urgent
Affections urologique-néphrologique				
Infection urinaire		3	3%	Non urgent
Syndrome néphrotique		4	4%	urgent
Hernie inguinale		3	3%	urgent
Accident de vie courante : Piqûre de scorpion non compliquée 1% urgent				
Affections traumatologiques				
Rhume de la hanche		1	1%	Non urgent
Processus métaphyso-Diaphysaire inférieur du fémur		1	1%	urgent
Abcès sous périoste au niveau du péroné		1	1%	urgent
Fracture	Ouverte	1	1%	urgent
	Fermée	4	4%	urgent

	Négligée mal consolidée	2	2%	7%	Non urgent
Traumatisme léger des membres		14	14%		Non urgent
Traumatisme crânien	Léger	3	3%	4%	Non urgent
	Fracture enfonce- ment frontal	1	1%		urgent
Fissure ischio-pubienne/ perte de la lordose lombaire		1	1%		urgent
Affection ORL					
Angine cryptiques		1	1 %		Non urgent
Aphtes buccaux		1	1 %		Non urgent
Rhinite allergique		1	1%		Non urgent
Affection dermatologique					
Réaction allergique		1	1%		urgent
Surinfection légère d'une plaie chirurgicale		1	1%		Non urgent
Griffures superficielles		1	1%		Non urgent

Tableau 5 : Les diagnostics finaux retenus

9.8. Devenir immédiat :

Après avoir retenu un diagnostic final, la moitié des patients ont été hospitalisés au service de la pédiatrie, 12% ont été adressés au service de chirurgie infantile et seulement 2 % ont été référés au CHU Rabat. 34 % des enfants consultants ont bénéficié d'un traitement ambulatoire.

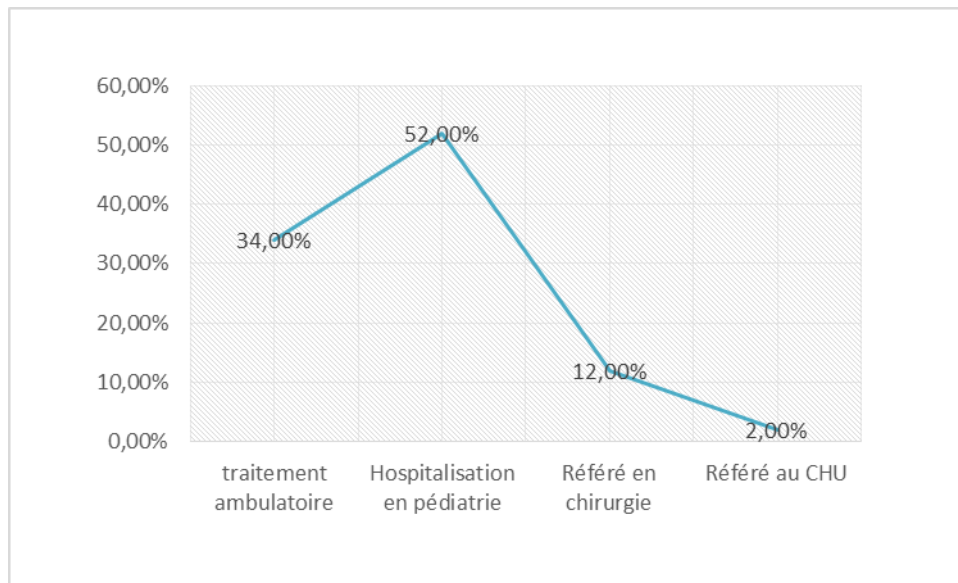


Figure 13:Répartition des patients selon leur devenir final

Devenir immédiat	Motifs de consultations
Traitement ambulatoire	Rachitisme Gastroentérite aigue Constipation chronique Traumatisme légère des membres Angine cryptiques Aphtes buccaux Rhinite allergique Réaction allergique Griffures superficiels
Hospitalisation en pédiatrie	Diabète insulino-dépendant Hypoglycémie Anémie hémolytique par déficit en G6PD Crise drépanocytaire Thalassémie Ictère néonatal physiologique Pneumopathie aigue bronchiolite aigue abcès pulmonaire crise d'asthme surinfection d'une tuberculose pulmonaire crise épileptique convulsion fébrile infection urinaire syndrome néphrotique infection materno-fœtale
Référé en chirurgie	Invagination intestinale aigue Déformation thoracique Hernie inguinale Rhume de la hanche Abcès sous périoste au niveau du péroné Fractures : ouvertes, fermées et négligées Fissure ischio-pubienne/ perte de la lordose lombaire Surinfection légère d'une plaie chirurgicale
Référé au CHU	Inhalation d'un corps étranger Processus métaphyso-diaphysaire inférieur du fémur

Tableau 6 : Répartition des patients selon leur devenir immédiat



Discussion

1. Santé au Maroc :

L'alignement aux orientations internationales et l'intégration des soins de santé de base dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé était un choix stratégique qu'a fait le Maroc à la fin des années 70 [17].

Actuellement, le contexte sanitaire au Maroc est marqué par un certain nombre d'acquis dominés par la réduction de la morbidité et mortalité (maternelles, infantiles...) mais aussi par des déficits relativement importants.

Le développement de ce dernier nécessite la levée des obstacles liés essentiellement à l'accès aux soins. Une correction de la pénurie des prestataires de service et du déficit qualitatif et quantitatif en professionnels de santé sera également indispensable.[18]

Dans le but de prévoir les évolutions nécessaires de l'offre de soins, le ministère de la santé a mis progressivement un dispositif de prise en charge basé sur des éléments fondamentaux fixés par la carte sanitaire et cela en vue de satisfaire d'une manière optimale les besoins de soins et services de santé de la population, d'assurer l'équité dans la répartition spatiale de ressources humains et matériels ce qui va permettre de corriger les déséquilibres intra régionaux et régionaux et d'assurer la croissance de l'offre.

La carte sanitaire était officialisée par la loi n°34-09 (l'article 21) et dont le but est de définir aux niveaux régional et national, les différentes composantes de l'offre et notamment: les types d'infrastructures et des installations sanitaires, les modalités de leur implantation afin de renforcer l'offre de soins et d'assurer une meilleure harmonisation et synchronisation de la gradation des soins et leurs continuités entre les différents filières et niveaux de soins au niveau régional.[19]

Deux réseaux principaux, en plus du réseau des laboratoires constituent la base de la santé publique au Maroc :[20]

**Le réseau d'action ambulatoire, comprenant l'ensemble des établissements destinés à assurer les soins de santé primaires en milieu rural et urbain. Ce dernier est le plus proche de la population. Il constitue le niveau de prise en charge de proximité.

**Le réseau hospitalier : les hôpitaux au Maroc sont classés selon leur champ d'action et le niveau de prestations qu'ils offrent, en partant de la base, comme suit :

- 1er niveau le Centre hospitalier provincial ou préfectoral général ou spécialisé constitue le niveau de recours.
- 2ème niveau : le Centre hospitalier Régional général ou spécialisé (CHR)
- 3ème niveau : le Centre hospitalier universitaire. (CHU)Le CHR et le CHU représentent le niveau de référence.

Cette organisation permet une gradation des soins selon des filières et un réseau coordonné de soins dans l'objectif d'assurer une meilleure qualité des soins et des prestations sanitaires rendues à la population.

• Filières de soins :

C'est une organisation verticale hiérarchisée dédiée à la prise en charge des patients à travers des différents niveaux de recours aux soins organisés selon la nature de la morbidité et des protocoles thérapeutiques quand, avec un premier contact d'accès aux soins représenté pour le secteur public par les établissements de soins de santé primaires et pour le secteur privé par les médecins généralistes.

- Réseau coordonné de soins :

C'est une organisation horizontale non hiérarchisée dédiée à la prise en charge des patients au sein du même territoire sanitaire dans le but de renforcer la coordination d'une prise en charge médicale multidisciplinaire impliquant les professionnels de la santé du secteur public et/ ou privé.

2. Circuit du patient :

2.1. Circuit du patient au sein de l'organisation régionale des soins

L'hôpital El Idrissi constitue le premier niveau de référence pour la province de Kenitra, ainsi que celles de Sidi Kacem et Sidi Slimane même si ces deux dernières ne font plus partie du bassin de desserte de l'hôpital. Ceci peut s'expliquer par l'attractivité de son plateau technique et par la disponibilité des compétences humaines.

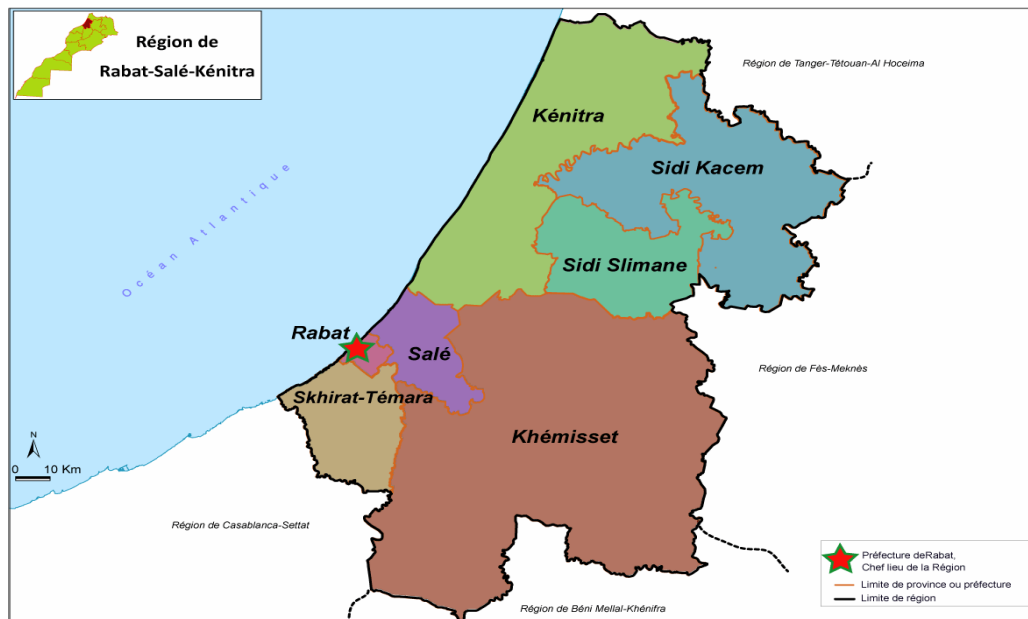


Figure 14:Cartographie régionale : [21]

2.2. Circuit du patient au sein de l'hôpital El Idrissi :

Le circuit du patient pédiatrique à l'hôpital El Idrissi débute par son contact avec le service d'accueil des urgences. Ensuite, selon son état de santé, le malade est soit traité en ambulatoire, soit référé au service de pédiatrie pour hospitalisation. Avant la survenue de la pandémie, les patients pouvaient également provenir de consultations programmées au niveau du centre diagnostic.

Par la suite, en fonction de son plateau technique, le service de pédiatrie décidera de prendre en charge ou non le patient. Au cas où la deuxième option est retenue, le service de pédiatrie contacte le SAMU régional pour une demande de transfert. Lorsque l'appel arrive au centre de régulation, il est reçu par le médecin régulateur qui identifie l'appelant et étudie sa demande. Soit des conseils médicaux spécialisés seront prodigués et le patient sera alors pris en charge au CHP, soit la réponse sera positive à la demande et le médecin régulateur procède alors à la recherche de lits d'hospitalisation spécialisés et à la préparation de l'accueil du patient au CHU. [20]

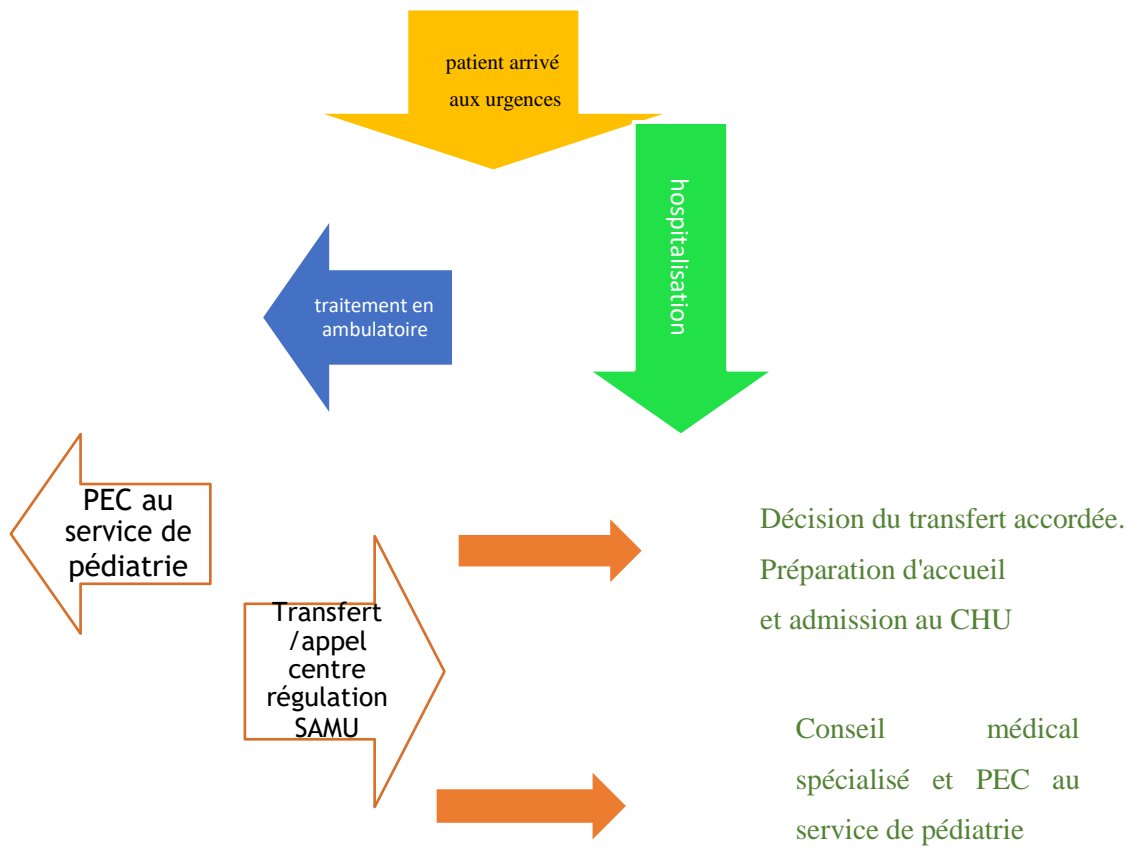
Au cours de notre étude, 34 % des enfants consultants ont bénéficié d'un traitement ambulatoire, la moitié des patients ont été hospitalisés au service de la pédiatrie, 12% ont été adressés au service de chirurgie infantile et seulement 2 % ont été référés au CHU Rabat.

Notre résultat est proche de celui observé dans une étude réalisée en 2010 aux urgences pédiatrique de Fès où 33, 3 % des cas ont reçu un traitement ambulatoire, 23% ont été hospitalisés au service de pédiatrie, 31% ont été pris en charge au service de chirurgie infantile. Alors que 7, 8% des cas ont été hospitalisés au service de réanimation et 0.8% au service de néonatalogie et le reste des consultants ont décédé.[3]

Selon une étude similaire faite au CHP Sidi Kacem en 2019, 75% des patients ont été traité à domicile ,19 cas ont été transférés selon leur état clinique soit vers CHP Sidi EL Idrissi, soit vers CHU Rabat et 9 patients ont décédé.[22]

Au cours de la même année, une enquête a été réalisée au niveau des urgences médicales pédiatriques du CHU Rabat. Au cours de cette étude, également la majorité des patients 63% ont nécessité seulement un traitement ambulatoire. Seulement 21.4% ont nécessité une consultation spécialisée ,9.1% ont été adressés au centre de santé pour suivi et 5.6% ont bénéficié de conseils de puériculture.[23]

En outre d'autres études ont constaté que la majorité des patients étaient rentrés à domicile à l'issue de la consultation notamment celle réalisée au centre hospitalier du Pikine au Sénégal en 2016 où 67,2% ont été traité en ambulatoire, 23,5% hospitalisés, 8,7% transférés et 1% décédé .[24] Et également celle effectuée au centre hospitalier de Roanne en France en 2015 qui a constaté que 60% patients rentraient à domicile sans examens complémentaires, alors que 35 patients soit 22% rentraient à domicile après surveillance et/ou administration d'un traitement ou réalisation d'examens complémentaires. Seulement 18 % soit 30 cas ont été hospitalisés. [25]



3. L'âge et le sexe :

3.1. Le sexe :

Une prédominance masculine a été notée avec 67% contre 33% pour le sexe féminin soit un sexe ratio de 2. Cette prédominance masculine a été également rapportée par d'autres études notamment celle de Mr M. Mohamed Baba Maïga réalisé à Bamako avec 58,2% [26], celle de Mr. TRAORE ABDOULAYE Bafing effectuée au CHU Gabriel Toure avec 60% et un SEX-RATIO de 1.5 [16]et enfin celle de Mr IBRAHIM''YACOUBA''TRAORE qui a noté un Sexe ratio de 1,4 en faveur des garçons au centre de santé de référence de la commune 5 (Mali) en 2012. [28]

Par ailleurs, une étude faite au niveau des urgences médicales pédiatriques du centre hospitalier national de Pikine en 2016, a trouvé un sex-ratio de 1,1 ; soit 112 garçons (54%) contre 97 filles (46%). [24]

Alors que Mme AHLAM AHATTAB a observé une équivalence entre les deux sexes (81 filles et 80 garçons) au cours de leurs consultations au centre hospitalier de Roanne en 2015[25], ainsi que Mme VEYRE Aurélia-Virginie-Cécile qui a trouvé presque autant de filles 51 % que de garçons 49% en 2009 au CHU Kremlin –Bicêtre.[29]

3.2. L'âge :

On a noté que la majorité de nos patients 55% sont âgés de moins de 5 ans avec un âge moyen de 4ans 7mois. Notre résultat est proche de celui rapporté par une étude similaire menée par Mme Fouzia Hmami au niveau de la ville de Fès. En effet, cette dernière a constaté que les enfants moins de 5 ans représentent 48,8% des consultants. [3]

En outre, l'âge moyen de l'étude faite au CHU Gabriel Toure par Mr. TRAORE ABDOULAYE Bafing était identique à celui de notre étude, avec une prédominance 72% des consultants âgés de moins 5ans [30]

La tranche d'âge de 0 à 5 ans était également la plus représentée dans divers études : Celle de M. Mohamed Baba Maïga avec un pourcentage de 90%, dans l'étude faite en 2016 au centre hospitalier national de Pikine au Sénégal 83% [24] et dans celle de Mr. IBRAHIM''YACOUBA''TRAORE faite en 2012 à Mali 82%. [28]

Alors que trois quarts des patients étudiés par Mme VEYRE Aurélie-Virginie-Cécile soient 77% ; ont moins de 6 ans, et presque ¼ d'entre eux a moins d'un an. [29]

Ce constat s'explique par la vulnérabilité de la population pédiatrique de moins de 5 ans et la fréquence à cet âge des pathologies infectieuses et des accidents de la vie courante.

4. Origine et scolarisation du patient :

4.1. Origine :

Au cours de notre enquête au niveau des urgences de l'hôpital El Idrissi on a constaté que la majorité des enfants soit 69% habitent en milieu urbain : 47% à Kenitra, 6% à Sidi Yahya Gharb, 5% à Sidi Kacem 5% Sidi Slimane... alors qu'on a trouvé que 31% provient du milieu rural.

D'autres études ont trouvé également que la plupart des patients habitent en milieu urbain comme celle effectué aux urgences médicales pédiatriques du Rabat où ils ont trouvé que 84.8% des cas habitent en milieu urbain et 15.2% en milieu rural.[23]

Cette prédominance a été également notée au cours de l'enquête faite au niveau des urgences pédiatrique de Fès , où 84% des consultants sont des habitants de la ville de Fès, 6,5% des admissions provenaient de la ville de Taounate , 2,4% de la province de Séfrou de 1,7% de la ville de Taza, puis viennent par ordre décroissant Boulmane, Missour, Meknès, El Hoceima et Khnifra qui sont les principales provinces et villes d'origine de nos consultants .[3]

Par contre selon une étude faite aux urgences du CHP Sidi Kacem les patients qui résident en milieu rural constituent 54%. [22]

4.2. Aperçu sur la région de Kenitra :

Actuellement la zone de compétence de la direction régionale de la ville de Kenitra est l'Ex-région de Gharb-Chrarda-Beni Hssen. Cette région est intégrée dans la nouvelle région de Rabat-Salé-Kenitra dans le cadre de la Régionalisation avancée. Elle est issue de la fusion des 2 anciennes régions Gharb-Chrarda-Béni Hssen et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër.

La Province de Kenitra est située au Nord-Ouest du pays. Elle se limite, à l'Ouest par : l'Océan Atlantique, au Nord par : les provinces de Ouezzane et de Larache, à l'Est par : les 2 provinces de Sidi Slimane et Sidi Kacem alors qu'au Sud, elle est limitée par la province de Khémisset et la préfecture de Salé. Sa superficie est de 3 052 km² pour 23,2% habitant de la population régionale. En outre, cette province est composée de 20 communes, dont trois urbaines : Kenitra, Mehdiya et Souk el Arbaâ et 17 rurales. Ces dernières sont rattachées à 5 cercles : Lalla Mimouna, Ben Mansour, Kenitra banlieue, Souk Tlet El Gharb et Souk El Arbaa El Gharb. [20]

4.3. Scolarisation des patients :

Au cours de notre étude on a noté que 84.6% des patients ayant atteint l'âge de scolarisation sont scolarisés et que seulement 15.6% ne fréquente pas l'école.

En effet, dans les dernières décennies, le Maroc a connu des progrès dans divers indicateurs socio-économiques.

En étant proche d'annuler les inégalités dans l'accès entre garçons et filles et entre milieux urbains et ruraux, le Maroc a presque atteint la scolarisation universelle au niveau primaire. Mais, à partir du niveau collégial et surtout au niveau du secondaire, une réduction du taux de participation est produite et les inégalités dans l'accès à l'éducation entre zones urbaines et rurales et garçons et filles se creusent. [31] Le ministère de l'Education nationale, de la formation professionnelle, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique a indiqué que durant la saison scolaire 2019/2020 : le taux de scolarisation niveau du cycle collégial a atteint 94,2% (92,2% chez les filles) alors que le même taux a atteint presque 100% au niveau de l'enseignement primaire. [32]

5. Couverture sociale :

Les facteurs socioéconomiques ont une incidence importante sur la mortalité et la morbidité infantile. Au Maroc, les services d'urgences et d'accueils sont confrontés quotidiennement à la prise en charge des patients en grande précarité : en 2006 seulement 18.89% des enfants consultant avaient une couverture sociale. [15] En 2015 l'UNICEF a déclaré qu'au Maroc 53,6% des enfants <5 ans, 47,2% des enfants de 5 ->14 ans et 46,1% des enfants de 15 ->17 ans, n'avaient pas de couverture médicale.[33].

Concernant nos résultats ,78% de nos patients bénéficient d'une couverture sanitaire dont : 55% sont ramedistes ,23% disposaient d'une mutuel.

Une étude faite en 2019 au CHP EL Idrisi Kenitra a démontré que la majorité des patients bénéficiaient du RAMED 68,62%, 17,64% sont mutualistes et 9,8% ne disposaient aucune couverture sanitaire. [20]

Ce résultat est proche de celui d'une étude réalisée aux urgences médicales pédiatrique du CHU Rabat en 2019 : 16% des patients n'avaient aucune couverture médicale alors que 55% avaient le RAMED, 29% possédaient une mutuel. [23]

Ce constat diffère de celui des pays européens dont la France où une étude publiée en 2006 avait trouvé que seulement 3 patients parmi 410 soit 0.74% ne disposaient d'aucune couverture sociale. [29]

Au Maroc le Régime d'assistance médicale (RAMED) permet aux personnes ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales et qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base , de bénéficier d'une prise en charge des frais de soins qui leur sont dispensés dans les établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat. Sont exclus de la couverture médicale, les interventions de chirurgie esthétique et plastique, à l'exception des actes de chirurgie d'orthopédie maxillo-faciale et réparatrice. [34]

6. Niveau socioéconomique :

Il ressort de notre étude que 72% des patients sont issu de bas niveau socioéconomique alors que 28% sont issu de niveau moyen.

Ces résultats sont très proches de l'étude faite aux UMP-CHU Rabat où ils ont constaté que 71% des consultants sont issus de bas niveau socio-économique, 26% de niveau moyen et seulement 3% sont issus de haut niveau. [23]

Mr Traoré Ibrahim a trouvé également au cours de son étude en 2012 à Mali que la majorité de familles consultantes 80% appartenant à un niveau socio-économique bas et seulement 20 % à un niveau moyen. [28]

Selon une étude faite à Pikine 53.6% des parents appartenaient à un niveau socio-économique moyen et 39.7% à un niveau bas. [24]

7. Niveau d'instructions des parents :

On a trouvé que la majorité des parents 64% n'ont pas dépassé le niveau scolaire secondaire, et presque le quart n'a jamais été scolarisé. Seulement 13% de ces derniers ont complétés leurs études universitaires.

Notre résultat est proche de celui d'une étude similaire réalisée aux UMP Rabat : 55% des pères et 52.4% des mères n'ont pas dépassé le niveau scolaire secondaire. Le reste : 22% des pères et 14% des mères ont un niveau universitaire. [23]

Par ailleurs Mr. TRAORE ABDOULAYE Bafing a noté au cours de son étude au CHU Gabriel Touré que 34,3% les pères n'étaient pas scolarisés et que la moitié des mères 51,3% n'étaient pas également scolarisée.[30]Ainsi que dans l'étude de Mr Charles Bourras qui a trouvé au cours de son étude aux urgences pédiatriques du centre hospitalier de la Rochelle que 45,35% des parents n'avaient pas le niveau baccalauréat.[35]

Alors que Mme VEYRE Aurélia-Virginie-Cécile a constaté que le niveau d'étude de la population étudiée est élevé, avec des données superposables entre les femmes et les hommes. Presque le tiers a effectué des études supérieures. La moitié a complété ses études secondaires : 49,45% des femmes et 60,11% des hommes. 23% des pères et 33.6%des mères n'ont jamais été scolarisé. [29]

Le faible niveau d'instruction des parents pourrait favoriser le recours injustifié aux urgences en amplifiant la perception d'urgence ressentie en raison de la méconnaissance des signes de gravité chez l'enfant.

8. Déroulement de la consultation aux urgences :

8.1. Service d'accueil des urgences :

L'activité des services d'accueil des urgences hospitalières n'a pas cessé de croître d'année en année. Cette augmentation constante de la fréquentation de ces services d'urgences au niveau de différents pays est associée à la difficulté de la prise en charge des urgences pédiatriques. Cela est dû au manque ou bien l'insuffisance de structures d'accueils de l'enfant en état d'urgence surtout que les particularités physiologiques et pathologiques de la population pédiatrique en font une population dont la prise en charge est différente de l'adulte.

Au Maroc, le nombre des pédiatres formés pour la prise en charge des urgences pédiatriques est limité et les services d'urgences pédiatriques n'existent qu'au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires. De ce fait, la prise en charge des enfants au niveau des urgences des hôpitaux provinciaux est assurée par les médecins généralistes dans 53,30 % des cas et par les internes dans 35,20% des cas qui sont débordés déjà par les urgences adultes.

D'où la nécessité de formation des urgentistes aptes de prendre en charge des urgences pédiatriques médicales et chirurgicales ainsi que du personnel de santé au triage.

De même la disposition d'un plateau technique performant et d'un soutien opérationnel à travers des avis spécialisés multidisciplinaire est indispensable.

La présence du pédiatre au niveau des services d'accueils des urgences permettra également d'améliorer la prise en charge des enfants admis aux services d'urgences et de diminuer le nombre d'hospitalisations inutiles.

Par ailleurs, la mise en place d'une stratégie dans le but de diminuer le nombre de consultations directes aux urgences va permettre de décongestionner les services d'urgences et réduire le nombre de consultations non urgentes qui devraient être prise en charge au niveau des structures de soins de santé primaire. [15], [35].

8.2. Structure de référence :

Les services d'urgences se retrouvent quotidiennement sous pression vu qu'ils doivent assurer une prise en charge de tout patient s'y présentant et garantir la continuité et la qualité des soins, avec l'obligation de performances diagnostique et thérapeutique. [36]

Deux types de patients se présentent au service des urgences :

- Les patients auto-référés.
- Les patients référés par un autre service médical privé ou publique [11] :

Concernant le secteur privé on trouve dans la province : 13 cliniques, 5 cabinets de laboratoire, 14 cabinets de radiologie, 6 Centres d'hémodialyse et 416 cabinets de consultation médicale. Alors que le réseau d'établissements de soins de santé primaires sont au nombre de 59 centres de santé : 26 urbains et 33 ruraux. [20]

Le premier obstacle de la continuité de soins réside dans le fait que ce sont les parents qui amènent le plus souvent leurs enfants aux urgences sans avoir recours initialement à une autre structure de santé primaire.[15] D' où la nécessité de création d'un outil d'éducation pour la santé guidant les parents afin qu'ils apprécient mieux les motifs de consultation aux urgences et consultent dans les autres situations aux centres de santé plutôt qu'aux urgences pédiatriques. Cela va permettre de diminuer le flux et les recours non justifiés aux urgences pédiatriques et par conséquent contribuera à une meilleure prise en charge des vrais urgences. [37]

D'après nos résultats 62% des patients se sont adressés directement aux urgences de l'hôpital El Idrisi Kenitra. Alors que 38% restants ont été référés au CHR :

- Soit par une structure sanitaire : CHP 18% – centre de santé 10%
- soit par un autre médecin du secteur privé 10%

Notre résultat est proche de celui de l'étude faite à Pikine où 71.3% des consultants provenaient directement de la maison tandis que 28,7% étaient référés par une structure sanitaire[24] et également de celui de Mr TRAORE ABDOULAYE Bafing qui a trouvé que les patients référés au CHU Gabriel Toure représentaient 29,9%.[30]

De même, deux autres études réalisées au Maroc ont rapportées des résultats similaires. L'une en 2010, sous forme d'enquête multicentrique sur les urgences pédiatriques a révélé que la majorité des malades 81.57 % s'étaient adressés aux urgences directement sans recours préalable à un autre établissement de santé. Le reste ont été adressés d'une autre structure pour prise en charge aux urgences : essentiellement par les médecins de ville 45.5% et les structures extrahospitalières 29%, rarement par les hôpitaux publics 19%. [15]

L'autre étude faite au centre hospitalier provincial de Sidi Kacem en 2019 a constaté que 74% soit 85 des enfants ont consulté directement au niveau des urgences et que 26% ont été adressés au centre hospitalier provincial de Sidi Kacem dont 19 patients adressés du secteur privé et 10 patients adressés du secteur public. [22]

Ces résultats diffèrent de ceux observés au cours de la même année aux UMP CHU Rabat où 61% des patients ont consulté avant de recourir aux UMP, 39% se sont adressés directement aux UMP. [23]

8.3. Heure d'arrivée :

On a noté que 70 % des consultations sont produites entre 8h et 16h. 18% des enfants sont arrivés à l'hôpital entre 16h et 20h et le reste des cas ont consulté le soir.

La part des recours injustifiés aux urgences parmi les consultations qui se sont produites aux heures ouvrables (entre 8h et 16h) est de 17,14%.

Notre résultat est proche de celui d'une étude faite aux urgences de Fès où 59% des patients ont consultés entre 8h et 16h, 18% entre 16h et 20h et 23% entre 20h et 8h00. [3]

L'étude de Mme Roukia Sahrane réalisée au service des urgences pédiatriques médicales du CHU de Rabat en 2019, a noté que la moitié des consultations aux urgences médicales pédiatriques de Rabat ont lieux entre 8H et 16H et l'autre moitié est réparties comme ci-dessous : [23]

- 15.2% entre 16H et 20H,
- 21.4% des enfants ont consulté entre 20H et minuit et
- 13.6% entre minuit et 8H.

L'enquête multicentrique sur les urgences pédiatriques au Maroc a été effectuée en 2010, 48.25 % des patients se sont présentés aux hôpitaux entre 08h00 et 16h00, 28,14% entre 16h00-20h00 et le reste des patients entre 20h00 et 8h00. [15]

Au Maroc la majorité des cas ont consulté durant les horaires de travail. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des accompagnants durant la journée sont des mamans femmes au foyer, ou bien des salariés avec des horaires flexibles, qui sont conscients de la disponibilité de la totalité du staff médical durant la journée, et veulent bénéficier de l'expertise des différents spécialistes.

Par contre durant la période comprise entre 20h00 et 00h00, les classes les plus représentées sont les salariés avec des horaires fixes, surtout qui de retours à la maison trouvent un enfant malade ou un enfant dont l'état de santé est non amélioré malgré la prise médicamenteuse. Après minuit se sont surtout les parents qui ont des difficultés à gérer leur enfant qui s'adressent aux urgences : ils n'arrivent pas à gérer une fièvre, un nourrisson qui pleure (ballonnement abdominal, poussée dentaire ...). Ces consultants ont besoin surtout d'accompagnement et de conseils de puériculture. [23]

De l'autre côté Mme VEYRE Aurélia-Virginie-Cécile a constaté que les trois quarts des consultations au CHU du Kremlin Bicêtre se sont déroulés en semaine (76%), la majorité 83.66% entre 8h30-20h30. [29]

En outre, une étude réalisée au niveau des urgences pédiatriques du centre hospitalier de Pikine a noté une prédominance des consultations 64.6% au cours de la journée entre 8h 00et 20h00[24]

Par ailleurs Mr. TRAORE ABDOULAYE Bafing a noté que la majorité des enfants 70.2% ont consulté entre 12h-22h00 au CHU Gabriel Toure à Mali [30], et celle de Mr IBRAHIM''YACOUBA''TRAORE a constaté que la plus part de ces patients 79.1% ont été reçus entre 14H et 23H[28], alors que les deux tiers des consultations au centre hospitalier de Roanne en France ont eu lieu en semaine (74%), et trois quart aux heures ouvrables 68% soit de 9h-18h.[25]

8.4. Accompagnant :

Au service des urgences pédiatriques l'enfant est accompagné le plus souvent de son père ou de sa mère. L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant et seuls les titulaires de cette autorité donnent leur accord pour l'hospitalisation, la sortie et pour les différents soins et gestes opératoires.

Durant l'examen il faut garder auprès de l'enfant une personne qu'il connaît. Il faut toujours être attentif aux remarques annoncés par l'entourage, notamment en ce qui concerne le l'attitude de l'enfant qui pourrait traduire une douleur physique.

Ces échanges entre soignants et parents favorisent une meilleure participation des parents et rassurent l'enfant. [38]

Selon les données qu'on a recueillies dans notre étude, 72% des enfants étaient accompagnés par leur mère, 22% par leur père et dans 6% des cas par un autre de membre de la famille.

Nos données sont proches de ceux de l'étude effectuée aux UMP CHU Rabat où les mères accompagnaient seules leurs enfants dans 63.4% des cas, avec leur mari dans 23% des cas. Dans seulement 8.4% des cas les pères ramenaient seuls les enfants en consultations et dans 5.2% des cas restants, un autre membre de la famille accompagnait le patient. [23]

D'autres études ont également noté que la majorité des enfants étaient accompagnés seulement par les mères .Comme celle de Mme VEYRE Aurélie-Virginie-Cécile ,qui a trouvé que 53.2% des patients étaient amenés à l'hôpital par la mère seule , 25,85% par les deux parents, 18.29 % par le père seul.[29] Ainsi que celle de Mr. TRAORE ABDOULAYE Bafing qui a constaté lors de son étude que dans 51,4% des cas les mères accompagnaient leurs enfants en consultation.[30]

8.5. Délai avant consultation :

On a remarqué avant que le délai entre l'apparition de la symptomatologie et la consultation aux urgences diffère d'un patient à un autre.

- 38% de ces derniers ont consultés le jour même
- 25% durant les 2 premiers jours
- 30% au cours de la première semaine
- 5% ont attendus jusqu'à 2 semaines
- et le reste a consulté après 1/2 mois

Notre résultat est proche de celui de l'étude effectué au CHU Rabat où 45.9% des patients ont consulté dans les 2- 3 jours suivants l'installation de la symptomatologie, le quart entre 3-7jrs et 20% après une semaine [23]. Et également de celle faite au centre hospitalier de Roanne où le délai avant la consultation aux urgences pédiatriques était inférieure à 24 heures dans 32 % des cas, entre 24 à 72heures dans 44% des cas, entre 3jrs et une semaine dans 18% des cas alors que seulement 6% des patients ont consultés après une durée supérieure à une semaine.[25]

Par ailleurs, au cours de l'étude faite au centre hospitalier de Pikine 52,2% des patients se sont adressés aux urgences dans les 24 heures qui suivaient le début de la symptomatologie alors que 47,8% ont dépassaient 24 h. Leur résultat s'explique par la proximité de l'hôpital pour les consultants, mais aussi par l'anxiété des parents face à certaines manifestations cliniques chez leurs enfants, ainsi la notion d'urgence ressentie par les parents motivant ainsi une consultation précoce. [24]

Mr. TRAORE ABDOULAYE Bafing au cours de son enquête a constaté que 40.3% attendaient entre 3 jours et une semaine avant de consulter, 23.8% des cas consultaient au cours des 2 premiers jours, 11.6% au cours des premiers 24Het le reste après une semaine [30].

Tandis que Mr Antoine Marie TRAORE a trouvé que le délai de consultation était compris entre un à trois jours chez 48.6%des enfants, entre 3 jrs et une semaine chez 23.7%, et qu'il dépassait une semaine chez 14.2% alors que 13.5% uniquement des enfants ont été amenés en consultation le jour même de l'apparition des [39].

Par contre Mr. IBRAHIM YACOUBA TRAORE a constaté que la majorité des enfants 56% ont consultés au centre de référence de la commune 5 après une semaine de l'installation de la symptomatologie, 25.9%entre 3-7jrs et17.5% des enfants au cours des 2 premiers jours [28].

9. Les consultations aux urgences pédiatriques :

9.1. Recours inappropriés aux urgences :

Les consultations « inappropriées » constituent un problème fréquent aux urgences pédiatriques et diverses études évoquent l'engorgement de ces services avec la notion d'admission de patients pour « pathologies bénignes » [40]

Au cours de notre étude 34% des cas ont bénéficié d'un traitement symptomatique à domicile et cela pourrait s'expliquer par le caractère « non urgence vitale » de ces admissions dominées par l'angoisse des parents devant la moindre symptomatologie.

En effet, le constat du caractère non urgent de ces 34% des patients était basé sur leurs motifs de consultation et leurs devenirs immédiats. Parmi les pathologies pour lesquels ils ont consulté, on note : Rachitisme-Gastroentérite aigue - Constipation chronique-Traumatisme légère des membres-Angine cryptiques-Aphtes buccaux-Rhinite allergique-Réaction allergique-Griffures superficiels.

La prise en charge de ces patients devaient être effectuée au sein des structures de soins primaires (centre de santé) et non pas au niveau du service des urgences d'un hôpital régional.

Selon une enquête menée au pays de la Loire une augmentation des recours aux services d'urgences pédiatriques de l'ordre de 5 % par an a été notée. La majorité de ces recours sont auto-référés et ne se justifient pas alors du point de vue médical s'ils ne nécessitent ni hospitalisation ni plateau technique.

Parmi les causes de ces consultations inappropriées, sont relevées les difficultés d'accès à l'offre de soins de premier recours et la disponibilité des urgences hospitalières. Ces facteurs objectifs se doublent de déterminants

subjectifs qui confèrent à la notion d'urgence une dimension profane de recours dits inappropriés, résultant d'un complexe où interviennent le contexte familial, social et psychologique de ces recours inappropriés.

Une justification des parents suite aux recours dits inappropriés c'est leur sentiment d'impuissance face à des symptômes inhabituels, leur inexpérience parentale ou bien des expériences traumatisantes antérieures, tous ces facteurs participent à la genèse de l'anxiété et également du sentiment d'urgence. [41]

9.2. Les principaux motifs de consultations aux urgences :

En dehors des motifs de consultations accidentels qui représentaient 28%, le motif de consultation le plus fréquent était la gêne respiratoire 12%, suivi des diarrhée-vomissement avec 8% et de l'hématurie 6%. Une prédominance des deux motifs respiratoires 18 % et digestives 16% était noté au cours de notre étude. 11% des patients consultent suite à l'apparition d'une symptomatologie urinaire, 9% à cause des signes cutanés alors que 5% présentaient des signes rhumatologiques à l'admission. Le reste des motifs sont : douleur thoracique, convulsions et le syndrome polyuro-polydipsique.

Cette prédominance de la symptomatologie respiratoire et digestive était notée au niveau des services des urgences pédiatrique et au cours de différentes études comme celle réalisée aux UMP du CHU Rabat où 28.6% des cas présentaient une symptomatologie respiratoire : toux, rhinorrhée obstruction nasale, gêne respiratoire... 27.6% consultaient pour une symptomatologie digestive : vomissements, douleur abdominale, diarrhée, constipation... 12% pour des signes ORL : Odynophagie, otorrhée, otalgie... Le reste des enfants consultaient pour des signes cutané dans 9.6% des cas, neurologique dans 6.4% des cas, rhumatologique dans 2% des cas, cardiaque dans 3% des cas et la fièvre dans 4% des cas. [23]

De même selon l'étude effectuée aux urgences pédiatriques de Fès où les différents motifs de consultations en dehors des accidents étaient dominés par des signes respiratoires dans 13,9% des cas, des signes digestives dans 10,6% des cas. Parmi les autres symptomatologies : neurologique dans 3.4% des cas, urinaire dans 2% des cas [3]

Dans l'étude faite à Pikine, les troubles digestifs, avec diarrhée et vomissements étaient le principal motif de consultation 28, 7%, suivis des troubles respiratoires 30.2 % et puis des troubles neurologiques 12.9%. 20,1% se plaignaient d'une fièvre isolée, 2,4% des troubles dermatologiques, 2,4% Intoxications et 3,3 % des troubles hématologiques. [24]

Alors que Mr. IBRAHIM''YACOUBA''TRAORE a trouvé lors de son étude aux urgences pédiatriques au centre de santé de la commune 5 au Malique 41,3% des patients se plaignaient de la fièvre, 24,6% des vomissements et 23.33% de la diarrhée. [28]

Par contre Mr Mohamed Baba Maïga a noté que la fièvre a été le principal motif de consultation avec 76%, suivie du rhume et de la toux au niveau du service de pédiatrie au Mali [39].

Au cours de l'enquête réalisé au centre hospitalier de Roanne en France, la fièvre était le premier symptôme amenant les familles à consulter dans 24% des cas, suivi par les troubles digestifs 17%, puis par les symptômes ORL13%. [25]

9.2.1. Gêne respiratoire :

La gêne respiratoire chez l'enfant représente une grande part des consultations au sein des services d'urgence, d'où l'importance d'avoir une vision globale de ses causes, mais surtout de bien connaître les signes de gravité afin d'assurer une prise en charge rapide des dyspnées potentiellement graves. [42]

Toute dyspnée peut mettre en jeu le pronostic vital du patient en évoluant vers une un arrêt respiratoire (suite à une insuffisance respiratoire hypoxique), voire un arrêt cardiaque. Une évaluation clinique rapide du patient s'impose, permettant de juger de la sévérité de la dyspnée en parallèle, un traitement de soutien où l'oxygénation du petit patient est primordiale sera couplé à un traitement étiologique. [43]

L'interrogatoire minutieux avec les parents est indispensable à la recherche des antécédents périnataux, des antécédents familiaux d'atopie (asthme, allergie, eczéma), des antécédents personnels (atopie, chirurgie), le mode de vie (animaux, tabagisme passif), âge, les vaccinations, le mode d'apparition de la dyspnée (brutale/ progressive), son évolution (aiguë/chronique) et l'histoire clinique avec signes associés. On recherchera la notion de syndrome de pénétration en faveur d'un corps étranger. [44]

L'examen clinique doit comprendre l'observation :

- De la fréquence respiratoire : Patient eupnéique (FR= nourrisson < 60 cycles /min- < 1 an < 50 cycles /min- < 5 ans < 40 cycles /min -> 5 ans < 30 cycles /min), bradypnéique ou polypnéique [45]
- Du rythme respiratoire : régulier ou irrégulier et du temps de la dyspnée : inspiratoire (origine haute), expiratoire (origine basse) ou à deux temps (expiratoire et inspiratoire)
- De la présence de signes de lutte : évaluation selon le score de Silverman, la coloration des téguments : cyanose (labiale, extrémités ou généralisée) ou pâleur, la prise des paramètres.

Le rôle d'auscultation cardiaque et pulmonaire est primordial [42].

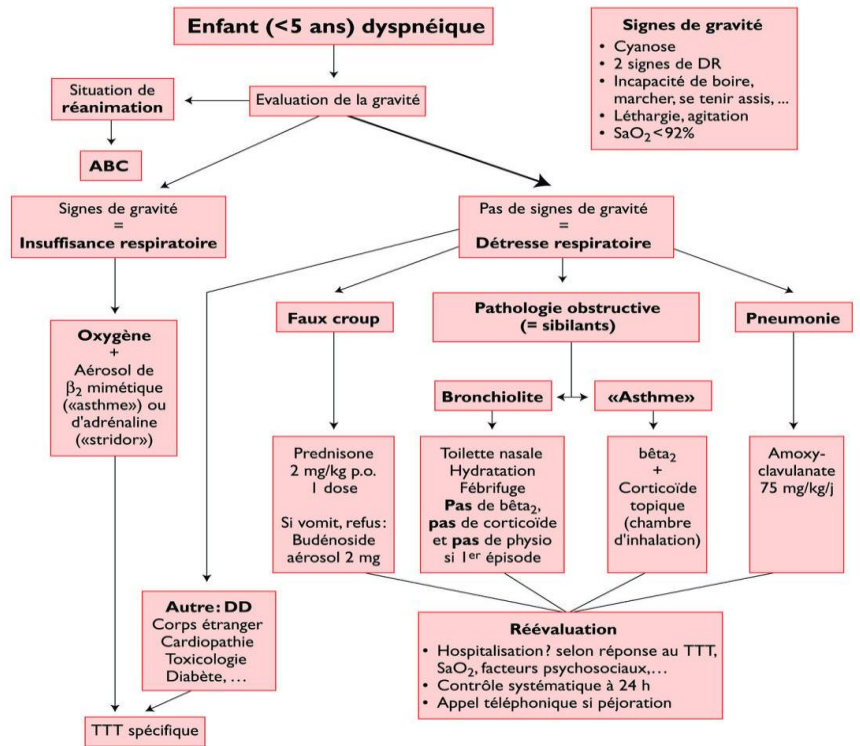
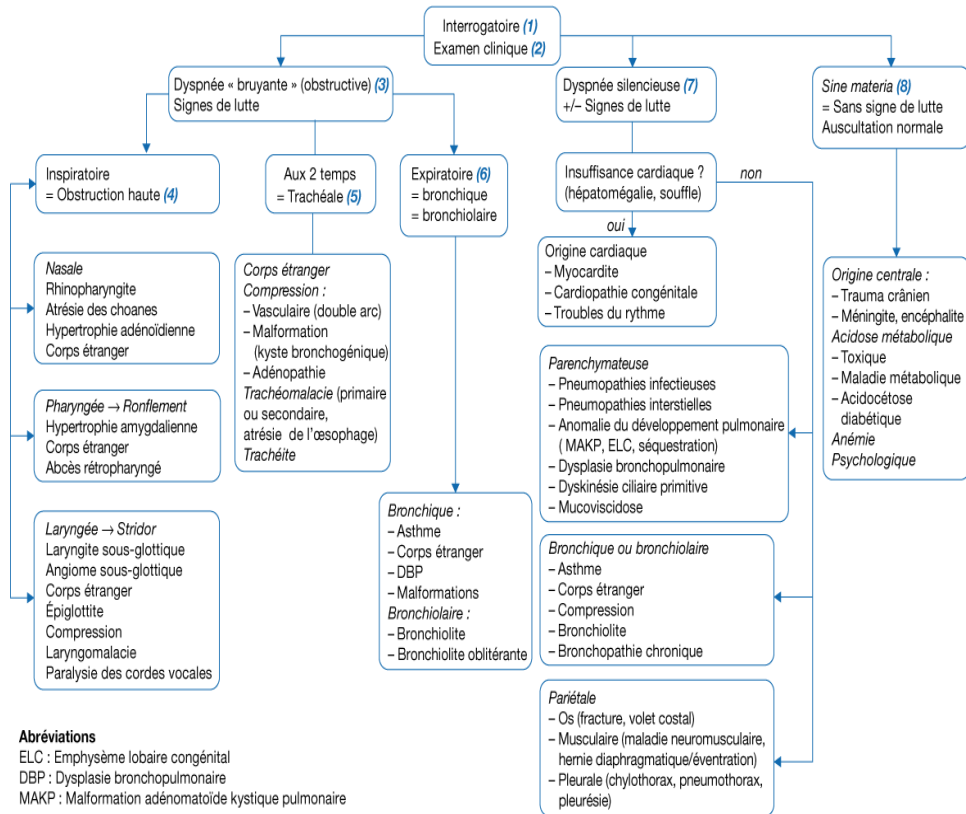


Figure 15: Etiologies de la dyspnée chez l'enfant [43] et CAT [44]

9.2.2. Diarrhée aigue–vomissement :

9.2.2.1. Diarrhée aigüe :

La diarrhée aiguë est source de nombreuses consultations et hospitalisations. Elle est définie comme une modification brutale du transit [46], et l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides dans une journée. Chez l'enfant, elle est le plus souvent d'origine virale (rotavirus ...).

Parmi les bactéries responsables des diarrhées on cite les E. coli, les salmonelles, les shigelles et les Campylobacter. Souvent une perte de poids accompagne le déséquilibre entre l'absorption et la sécrétion d'eau et d'électrolytes. [47]

Selon l'aspect on distingue :

- La diarrhée aqueuse,
- La diarrhée glaireuse contenant du mucus
- La diarrhée sanguinolente contenant du sang,
- La diarrhée glairo-sanguinolente ou dysenterie, qui se caractérise par l'émission du sang et du mucus, est l'un des types de diarrhée les plus tenaces. [39]

La connaissance des antécédents de l'enfant, et l'analyse de sa courbe de croissance sont primordiaux. Plusieurs pathologies peuvent se révéler par une diarrhée aigüe, sur un fond chronique avec dénutrition (maladie coéliqua...). Dans ce cas la déshydratation est surestimée et la réhydratation doit être faite d'une manière prudente. D'autres diagnostics différentiels sont : le syndrome hémolytique et urémique, la colite pseudomembraneuse la rectocolite hémorragique aiguë , l'hépatite A souvent anictérique chez l'enfant.

Chez le nourrisson, une infection extradiigestive peut être accompagnée de diarrhée et vomissements : otite, méningite, infection urinaire. D'où l'importance d'un examen clinique complet.

L'évaluation du degré de retentissement de l'épisode diarrhéique sur l'enfant est d'importance majeure pour la décision d'hospitalisation et de la prise en charge thérapeutique. Et il tient compte de l'état général, des yeux, de l'hydratation des muqueuses et surtout la notion de la perte du poids.

Les SRO sont le traitement de choix à prescrire dans le cas de déshydratation aiguë. En cas d'échec d'une réhydratation orale et/ou coexistence de vomissement ou bien en cas de déshydratation sévère de l'enfant une administration d'un bolus intraveineux de sérum salé 9% (20 ml/kg/h sur 2-4 h) et d'une réhydratation intraveineuse sous surveillance rapprochée de l'enfant s'imposent.[46]

Le Zinc a démontré son efficacité non seulement dans la réduction de la sévérité de l'épisode diarrhéique mais également dans la prévention de récurrence aux cours des quelques mois suivants. L'action pharmacologique du zinc se résume dans le blocage des effets sécrétoires de la toxine cholérique et de l'entérotoxine. Et cela se produit par le blocage des canaux potassiques qui sont responsables de la sécrétion de chlore via l'adénosine monophosphate (AMP) cyclique, ce qui conduit à une augmentation de l'absorption du sodium et une diminution de la sécrétion de chlore. [48]

L'antibiothérapie n'est pas recommandée au cours des diarrhées aqueuses, sauf si l'enfant a été exposé au choléra mais elle est envisagée pour le traitement des formes invasives sévères caractérisé par une installation brutale d'une fièvre élevée associée à une diarrhée mucosanglante. Les germes responsables de ces dernières sont le *Campylobacter*, les shigelles et les salmonelles.

Si on est devant un tableau de diarrhée sanglante avec peu ou pas de fièvre on suggère que le germe en cause c'est *E. coli* qui produit de la shigatoxine, mais peut s'agir une shigelles ou une salmonellose modérée. Les antibiotiques ne sont pas recommandés, à moins que l'épidémiologie ne suggère l'existence d'une shigellose. [49]

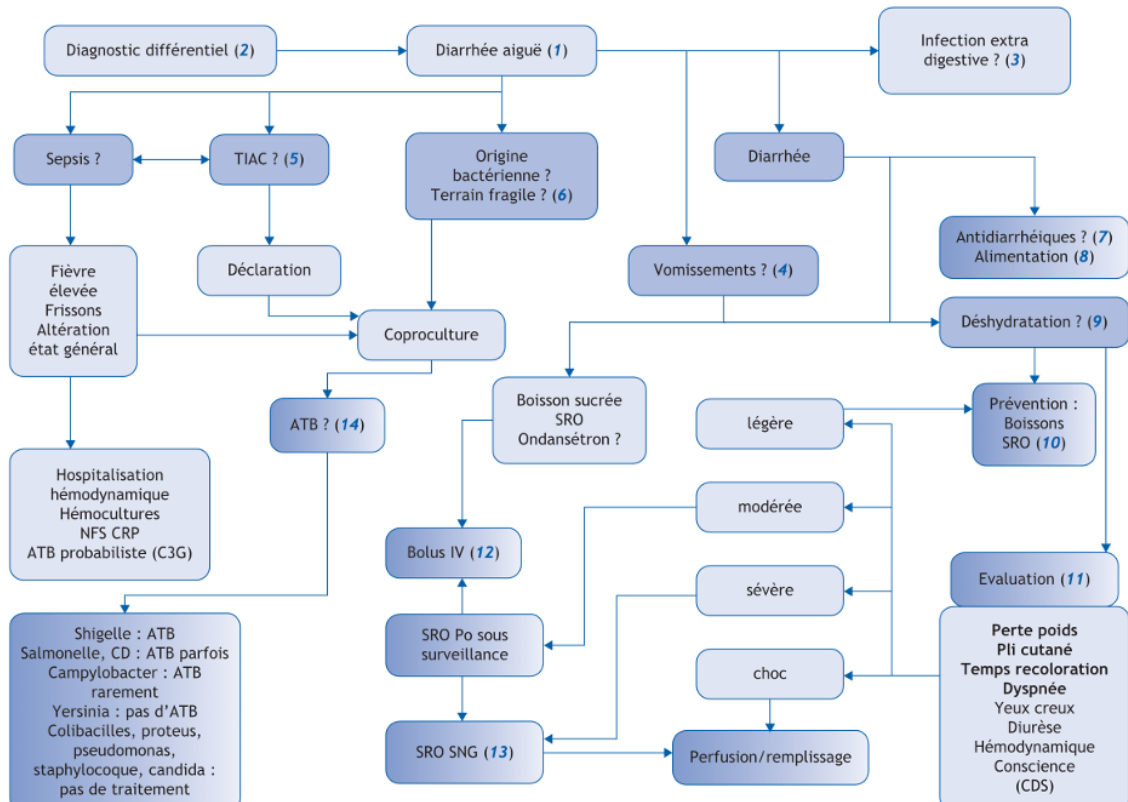


Figure 16: Arbre décisionnel face à une diarrhée aiguë chez l'enfant[46]

9.2.2.2. Vomissements :

*Vomissement c'est le rejet actif par la bouche du contenu gastrique / intestinal, secondaire à des contractions de la musculature abdominale et du diaphragme. Il peut être alimentaire, hémorragique ou biliaire. Cet aspect a déjà une valeur d'orientation.

À le différencier :

- des régurgitations : rejets alimentaires de faible quantité et sans effort, postprandiaux, fréquente chez le nourrisson.
- du mérycisme : observé chez des sujets qui font remonter volontairement à la bouche des aliments de l'estomac. [50]

Le vomissement c'est un motif de consultation fréquent chez l'enfant. C'est la traduction clinique de nombreuses pathologies médicales et chirurgicales.

La prise en charge initiale du patient repose sur la réalisation d'un exam clinique complet et rapide à la recherche d'une pathologie urgente mettant en jeu le pronostic vital (hypertension intracrânienne, volvulus intestinal. En premier, une origine organique doit toujours être évoquée. Si présence d'un contexte fébrile, il faut rechercher les signes méningés et surtout des signes cutanés (purpura) témoignant un tableau gravissime.

Les vomissements peuvent être dus à un obstacle au niveau du tube digestif (occlusion) et dans ce cas ils sont bilieux, ou à une irritation péritonéale par un foyer inflammatoire ou infectieux. Il ne faut pas oublier l'examen des orifices herniaires qui est impératif.

La date de survenue et leur caractère rendent chez un nourrisson affamé les vomissements de la sténose hypertrophique du pylore caractéristiques. L'origine psychologique des vomissements ne peut être évoquée qu'en dernier.

Des complications telles que la déshydratation, la dénutrition ou l'inhalation peuvent survenir suite à des vomissements répétées.

Les examens biologiques ont pour objectif d'apprécier le degré du retentissement des vomissements sur l'équilibre hydro-électrolytique du corps. Puisqu'ils peuvent entraîner une alcalose métabolique suite à la perte des ions chlore, un déséquilibre hydro-sodé, ou une cétose avec parfois acidose. Une insuffisance rénale fonctionnelle est une complication possible en absence de correction des désordres précédant.

Les explorations radiologiques sont souvent demandés à fin de compléter l'enquête étiologique .en cas d'urgence ces derniers ne doivent pas retarder la prise en charge thérapeutique. [51]

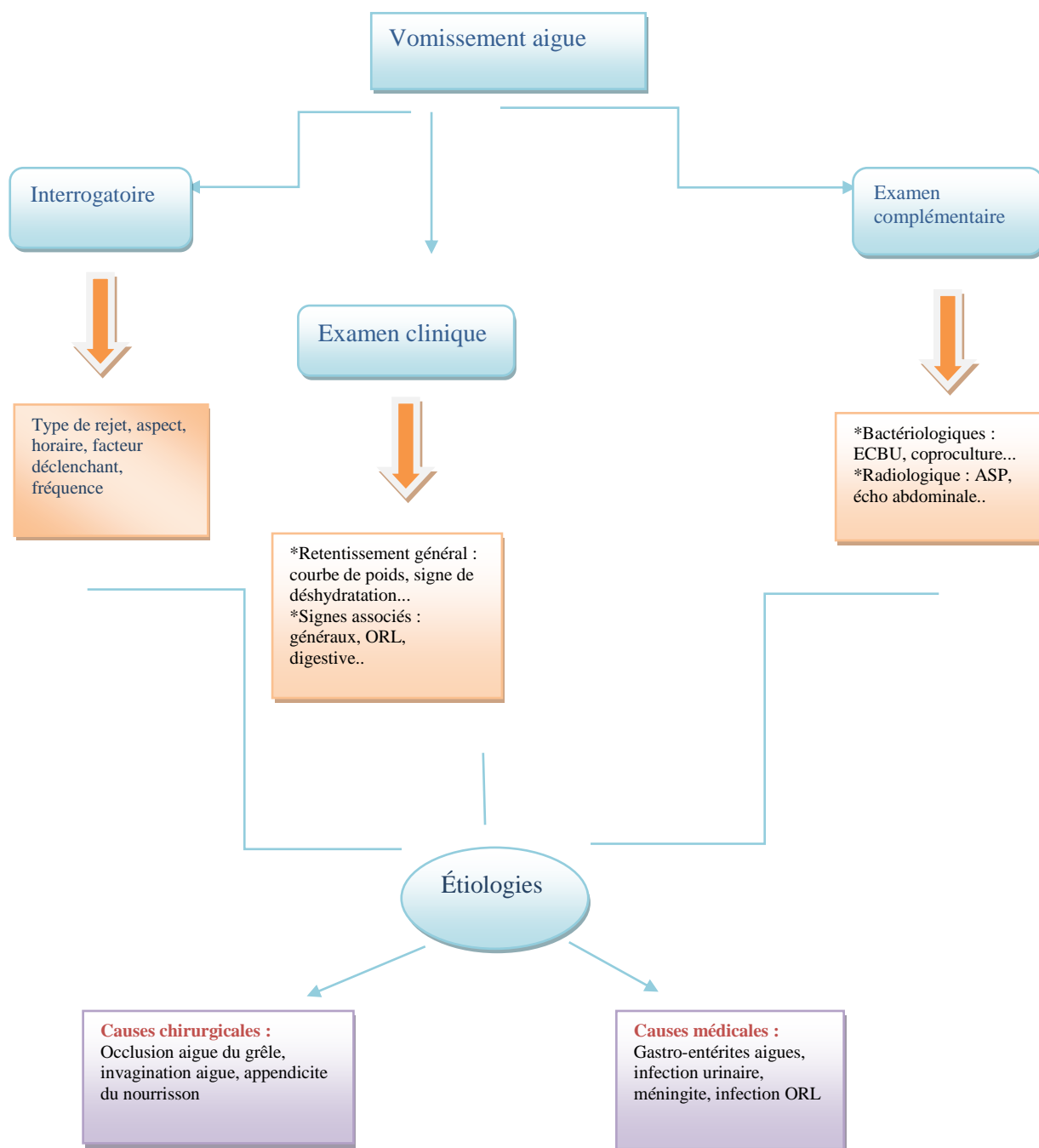


Figure 17: Arbre décisionnel face à des vomissements aigus chez l'enfant

9.2.3. L'hématurie :

C'est motif de consultation fréquent de l'enfant. Il se définit par la présence de GR dans les urines : >10 000 =microscopique /< 500 000 =macroscopique.

Il faut surtout toujours éliminer les fausses hématuries. En cas de bandelette urinaire négative écarter : pigments biliaires, coloration d'origine médicamenteuse (rifampicine), cristaux d'urates (période néonatale), colorants alimentaires (betteraves).

Devant une bandelette positive, une étude de la cytologie urinaire per mictionnel sera réalisée afin d'éliminer : myoglobinuries et les hémoglobinuries positivants les bandelettes urinaires, porphyries. Il faut toujours éliminer un saignement d'origine génital ou bien digestive. [52]

Parmi les principales étiologies de l'hématurie on note : [53]

1/Tumeurs : * Néphroblastome, adénocarcinome * Tumeur vésicale-prostatique

2/Traumatiques : Traumatisme violent - Corps étrangers

3/Congénitales : * malformations urinaires ± infections * angiome des voies urinaires

4/Infectieuses : infection haut appareil ou cystite : bactérienne –virale-tuberculose urinaire -Bilharziose

5/Rénales : * GNMP *GNA *vascularite : Kawasaki, purpura rhumatoïde

- néphrite interstitielle* Syndrome Hémolytique et urémique * Drépanocytose
- lupus, connectivite

6/ Médicamenteuses :* Cyclophosphamide

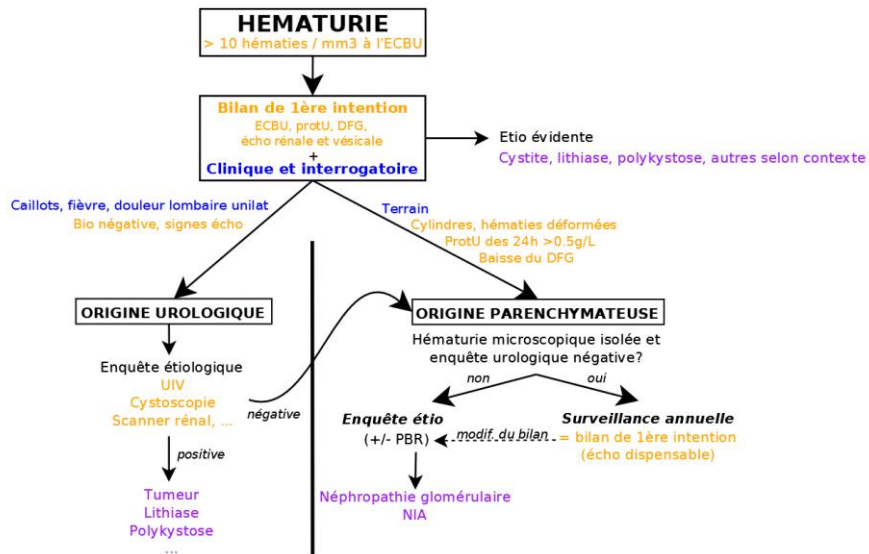


Figure 18: Arbre décisionnel face à une hématurie chez l'enfant[54]

10. Prise en charge en charge aux urgences :

10.1. Évaluation de l'urgence

Dès son arrivée aux urgences l'enfant doit bénéficier d'une évaluation initiale afin de détecter rapidement toute détresse vitale. Cette étape permet non seulement d'assurer la sécurité du patient mais également de faciliter la gestion des flux, d'optimiser les délais d'attente et de traiter prioritairement les urgences vraies.

Une prise en charge immédiate s'impose devant toute détresse vitale vu qu'une détresse respiratoire et /ou circulatoire peuvent s'aggraver en quelques minutes en un arrêt cardiorespiratoire.

Le triangle d'évaluation pédiatrique, est un outil diffusé à travers le PALS (Pediatric Advanced Life Support) et qui permet, d'évaluer en quelques secondes la gravité de toute situation t médicale ou chirurgicale, et d'entreprendre les mesures de stabilisation adéquates [55].

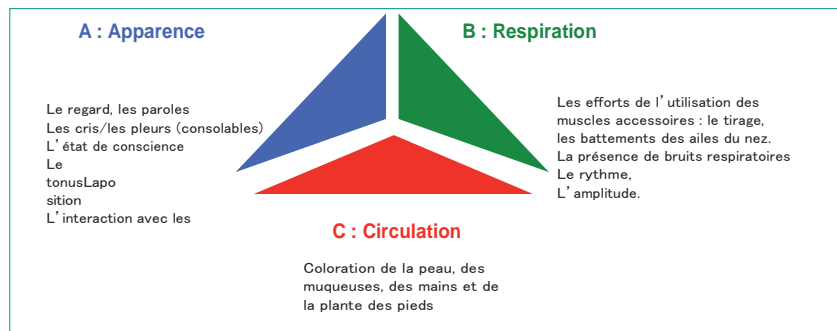


Figure 19: Le triangle d'évaluation pédiatrique PALS[55]

***Gravité des consultants selon la classification CCMU :**

Le sigle le CCMU, est une codification permettant la classification clinique des malades aux urgences, d'évaluer leur état et préciser le niveau de gravité clinique ainsi que le pronostic médical.

Ci-après les 7 classes CCMU codifiant l'état du patient : [3]

- CCMU P = Patient souffrant d'un problème psychiatrique en l'absence de toute instabilité clinique associée.
- *CCMU 1 : Etat clinique jugé stable. Aucun acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique n'est nécessaire. Examen clinique simple. Ex : angine, otite, plaie sans suture...
- CCMU 2 : Pronostic fonctionnel jugé stable. Patient ne nécessitant aucun acte complémentaire à visé diagnostique (prélèvements sanguin, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) .Ex : plaie simple à suturer, fracture fermée, entorse...
- CCMU 3 : Pronostic fonctionnel risque de s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital. Ex : crise d'asthme légère à modérée, fracture ouverte...

- CCMU 4 : Situation pathologique pouvant engager le pronostic vital mais aucun geste de réanimation est immédiatement nécessaire.
- CCMU 5 : Pronostic vital du patient est engagé, la pratique immédiate de manœuvres de réanimation s'impose.
- CCMU D : Patient arrivé décédé au service des urgences.

10.2. Examens complémentaires :

La médecine d'urgence se caractérise par la polyvalence de la pathologie et la nécessité de la prise en charge des patients dès les premières heures en tenant compte de la gravité de leur situation évaluée sur le plan clinique et paraclinique.

En effet, un certain nombre d'examens complémentaires sont réalisés en urgence chez les enfants admis en situation grave.

10.2.1. Examen radiologique :

*L'imagerie au niveau de services d'accueils des urgences :

Au cours de notre étude au niveau du service des urgences de l'hôpital El Idrissi, la radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient les explorations radiologiques les plus demandées 20% des cas, suivies de la TDM cérébral 11.6%, l'échographie articulaire 3.3%. Le reste des examens radiologiques ont été demandés avec la même fréquence 1.6%: TDM thoracique, TDM du rachis lombaire, TDM de la cuisse, radiographie de l'abdomen sans préparation, l'échographie inguino-scrotale et la radiographie du rachis dorso-lombaire.

*Radiographie du thorax :

La radiographie thoracique est pratiquée chez l'enfant dans des circonstances cliniques différentes. Elle reste l'examen de 1^{ère} intention et elle joue un rôle essentiel dans le diagnostic rapide des urgences pédiatriques thoraciques. L'incidence de base est le cliché de face en inspiration. Son interprétation repose sur une analyse rigoureuse et une connaissance des particularités anatomiques et pathologique des enfants.

Les étiologies des urgences thoraciques sont nombreuses : les pathologies traumatiques et non traumatiques. Notamment l'inhalation des corps étrangers, les crises d'asthme, les infections pulmonaires, les pneumothorax, les tumeurs médiastinales et les malformations congénitales de révélation tardive.[56][57]

*Echographie abdominale :

Les troubles digestifs sont parmi les motifs de consultation les plus fréquents au niveau des services des urgences pédiatriques. Le tableau clinique et l'âge de l'enfant sont des éléments capitaux d'orientation, et l'échographie reste l'examen de choix devant cette symptomatologie digestive. Elle permet de préciser le siège de l'atteinte et d'évaluer une éventuelle extension locorégionale des lésions si elles existent.[58]

Les douleurs abdominales chez l'enfant ont des étiologies différentes, allant des causes banales aux urgences chirurgicales ; Parmi ces dernière son trouve :[59]

Invagination intestinale aiguë : évoquée devant toute douleur abdominale paroxystique survenant chez un enfant âgé de 2–3 mois à 2–3 ans. L'échographie met en évidence le boudin d'invagination : montre une image en cocarde ou en cible (sur une coupe transversale).

Appendicite : est une urgence chirurgicale fréquente chez l'enfant entre 5 et 10 ans. L'échographie visualise l'appendice comme une structure tubulaire mesurant plus de 6–7 mm de diamètre et raccordée au cæcum. Un élément essentiel au diagnostic : sa non compressibilité

. Une hyperéchogénicité et une hypervascularisation de la graisse péri-appendiculaire et un épanchement de la fosse iliaque droite peuvent s'y associer.

□ Sténose hypertrophique du pylore : suspecté chez un nourrisson âgé de 3 semaines à 2 mois présentant depuis plusieurs jours des vomissements alimentaires en jets avec une stagnation pondérale. L'échographie met en évidence une épaisseur du muscle pylorique $\geq 3\text{mm}$, une longueur de l'olive pylorique $< 15\text{ mm}$, un diamètre supérieur à 10 mm et le signe de l'épaulement antropylorique.

*TDM cérébrale :

Souvent on a recours à la réalisation de la TDM cérébral au service des urgences pédiatriques. La connaissance des différentes situations d'urgence en neuro-imagerie pédiatrique est une nécessité :

- Le traumatisme crânien chez l'enfant de moins de 2 ans
- En cas du traumatisme crânien avec vomissements prolongés ou d'aggravation rapide
- Présence des signes d'hypertension intracrânienne.
- présence de signes focaux, perte de connaissance, comportement inhabituel
- convulsions, de signes cliniques de fracture du crâne ou de polytraumatisme.

Par contre en cas de première crise d'épilepsie avec examen neurologique normal et sans contexte particulier aucune imagerie n'est indiquée. De même, en cas de convulsions fébriles simples (généralisées) brèves et entre 1 et 5 ans, aucune imagerie cérébrale n'est indiquée. [60]

10.2.2. Examen biologique :

Au cours de notre étude la numération sanguine était demandée chez 33.8% des patients, la CRP chez 27%, ECBU chez 10.3%, GAJ chez 8.8% et HbA1c chez 4.4% des enfants.

*NFS :

Un hémogramme est demandé devant : [61]

1/Suspicion de la diminution d'une ou plusieurs lignées sanguines :

- Syndrome infectieux, persistant ou récidivant
- Syndrome anémique : pâleur, palpitations, tachycardie, dyspnée...
- Syndrome hémorragique aigu, ecchymoses, purpura ...

2/ Une altération de l'état général : anorexie, amaigrissement, douleurs osseuses...

3/Suspicion de l'augmentation d'une ou plusieurs lignées sanguines :

- Érythrose cutanée
- Thromboses veineuses ou artérielles
- Syndrome tumoral : adénopathies, hépatomégalie, splénomégalie.

*CRP :

Il s'agit d'une glycoprotéine et marqueur précoce de la réaction inflammatoire. Synthétisée par les cellules du foie, son rôle est de mobiliser les défenses immunitaires de l'organisme à travers l'activation de la voie du complément. Son dosage est aussi intéressant en post-opératoire et en pathologie néonatale. Puisque la CRP ne traverse pas le placenta, elle permet donc de différencier une inflammation propre à l'enfant d'une inflammation d'origine maternelle.

Sa concentration augmente à partir de la 6^{ème} heure de l'inflammation. Après 24 heures du début de l'inflammation, elle devient pathologique. Mais elle se normalise rapidement après la disparition de la source de cette inflammation. Elle s'élève modérément en cas d'infection d'origine virale, parasitaire et fortement en cas d'infection bactérienne.

Le retour de la CRP à sa valeur physiologique est un moyen fiable pour juger l'efficacité du traitement. La CRP est un marqueur d'infection reflétant l'importance d'un processus inflammatoire.[62]

*ECBU :

Il permet de confirmer l'infection urinaire : une bactériurie ≥ 100000 germes/ml associée ou pas à une leucocyturie pathologique (≥ 20000 leucocytes/ml).

Cependant, si le patient est sous traitement antibactérien, une bactériurie à 10^3 germes/ml peut avoir une valeur pathologique. L'examen direct peut mettre en évidence la présence de pus et de germes.

La culture du germe nécessite 24 heures alors que l'antibiogramme 48

heures.

Cette interprétation n'est valable que si les conditions de prélèvement et de conservation des urines ont été correctement respectées : [63]

- chez l'enfant : après une toilette soignée, l'élimination du 1er jet urinaire est nécessaire. Ensuite le recueil des urines va se faire dans un flacon stérile et le transport au laboratoire doit être rapide.
- chez le nourrisson : usage d'une poche stérile.

10.3. Affections diagnostiquées et prise en charge aux urgences :

Au cours de notre étude on a constaté que les affections suivantes étaient les plus fréquentes : diabète insulino-dépendant 7%, bronchiolite aiguë 7%, infection materno-fœtale 6%.

Pour les autres affections bien qu'elles sont moins fréquentes (traumatisme crâniens, crise drépanocytaire, morsure de scorpion.), il est primordial de savoir les prendre en charge.

10.3.1. Diabète insulino-dépendant :

Le diabète est défini par une glycémie à jeun $>1,26$ g/l ou supérieur à 2g/l à n'importe quel moment de la journée. Dans 95% des cas, le diabète de l'enfant est de mécanisme auto-immun par destruction des cellules β pancréatiques et aboutissant à un arrêt de production d'insuline.

L'insuline est une hormone indispensable pour le métabolisme glucidique. En l'absence de glucose intracellulaire qui est indispensable pour le fonctionnement cellulaire, l'organisme met en place des mécanismes de secours aboutissant à une élimination urinaire en excès du glucose plasmatique, une acidocétose métabolique :

l'enfant présente un syndrome polyuro-polydypsique, une déshydratation sévère .En absence de traitement l'évolution se fait rapidement vers un coma puis un décès [64]

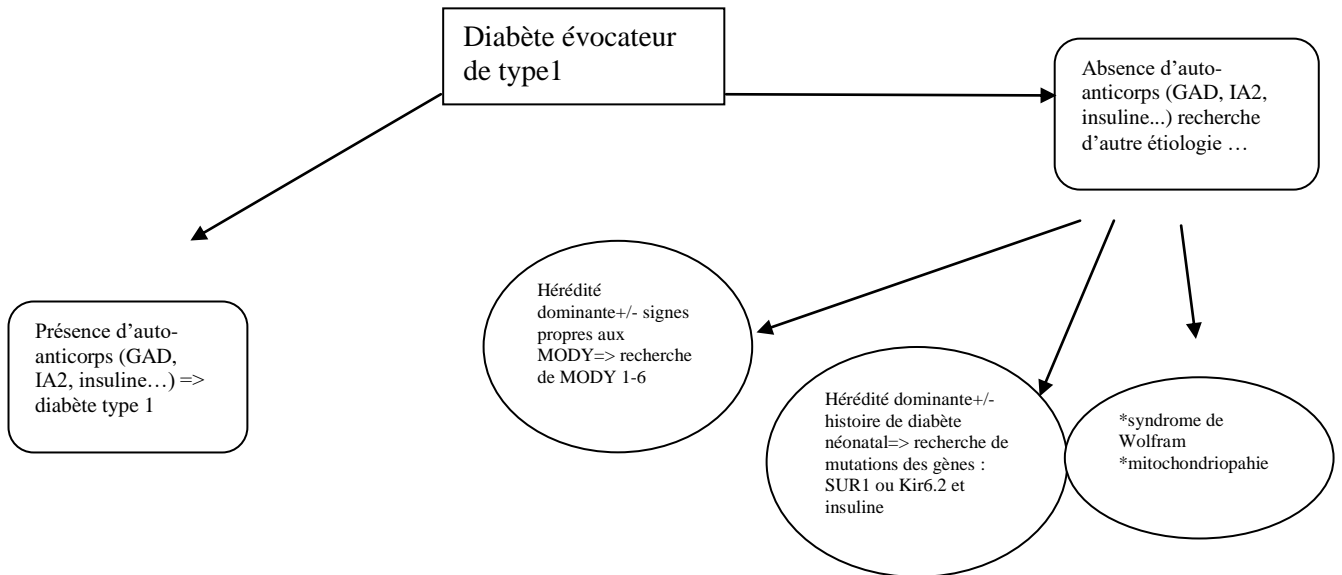


Figure 20: Arbre décisionnel en cas de suspicion du diabète type 1

- **Complications :**

- a. **Les décompensations aiguës :**

- L'acidocétose diabétique par carence en insuline peut être révélatrice du diabète de l'enfant : elle s'exprime par des signes cliniques de déshydratation d'intensité variable, une polypnée et une odeur acétonique de l'haleine. Des signes digestifs sont fréquemment présents à type de douleurs abdominales violentes et vomissements, qui peuvent même mimer un tableau pseudo chirurgical.

Devant un enfant présentant un syndrome polyuro-polydypsique le diagnostic du diabète type 1 devrait être confirmé afin d'assurer une prise en

charge immédiate évitant l'évolution rapide vers un tableau d'acidocétose diabétique potentiellement grave et cause de morbi-mortalité chez l'enfant.

Les hypoglycémies sévères par excès relatif ou absolu d'apport d'insuline. Les patients associent des hypoglycémies à des troubles de la conscience : convulsions perte de connaissance, coma

b. Complications chroniques :

Secondaire à des lésions micro vasculaires :

- atteintes rétiniennes : rétinopathie diabétique...
- atteintes rénales : néphropathie voire insuffisance rénale
- atteintes des nerfs périphériques : neuropathie des membres inférieurs jusqu'à l'amputation.

Et à des lésions macro vasculaires : atteintes coronariennes et vasculaires cérébrales chez l'adulte jeune. [64]

• Prise en charge :

La prise en charge des patients diabétiques repose sur l'ensemble des soins qui permettent non seulement d'assurer un développement physique et psychologique harmonieux, de réduire le risque de complications aiguës et tardives mais également de préserver la qualité de vie des enfants et de leurs familles.

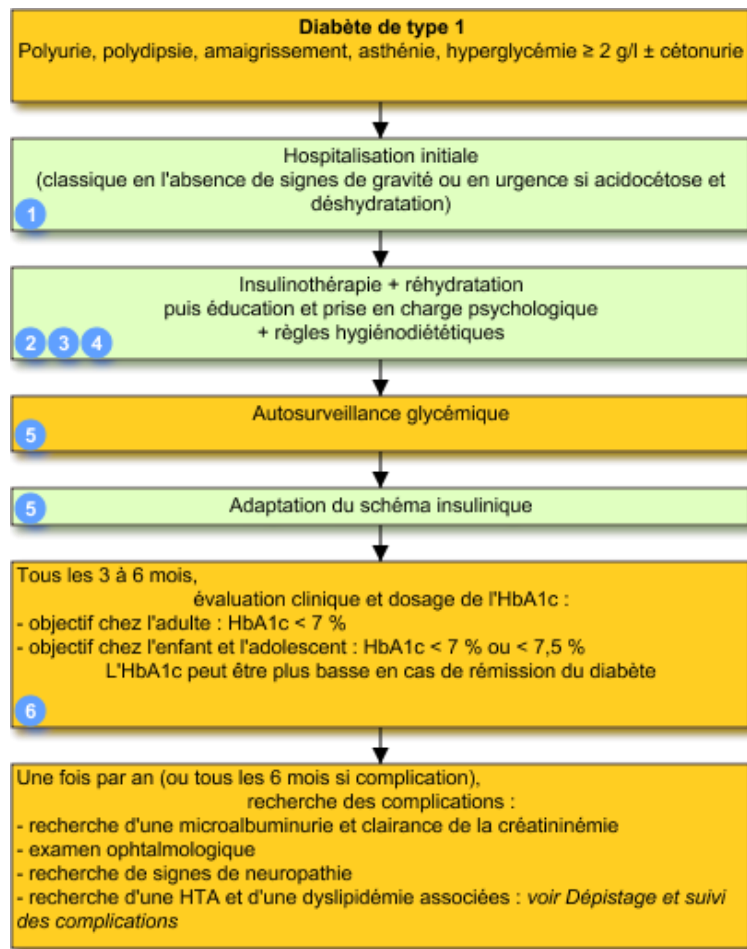


Figure 21: Prise en charge des enfants diabétiques[65]

a. Hospitalisation :

Systematique et urgente en cas d'acidocétose ou de signes de déshydratation.

b. Insulinothérapie :

Administrée immédiatement en cas d'acidocétose en association avec : la réhydratation et la correction de l'hypokaliémie.

Différents schémas d'insulinothérapie visent à mimer l'insulinosécrétion physiologique.

Chez le jeune enfant la pompe à insuline reste une alternative utile.[65]

c. Éducation thérapeutique et aide psychologique :

L'apprentissage se fait dès le diagnostic de la maladie par une éducation initiale assurée par des professionnels de santé. Le soutien psychologique de l'enfant améliore le contrôle métabolique. [64]

d. Règles hygiéno-diététiques :

L'alimentation de l'enfant diabétique doit être équilibrée et diversifiée, avec des doses d'insuline adaptées aux glucides ingérés.

L'activité physique nécessite un apprentissage dans la gestion de l'alimentation et des doses d'insuline pour éviter les hypoglycémies immédiates ou à distance. D'un côté elle améliore l'efficacité de l'insuline et d'un autre côté elle permet l'épanouissement de l'enfant. [64]

e. Auto-surveillance et adaptation du traitement :

La surveillance du taux de glucose par la glycémie capillaire, 5 à 6 fois par jour.

Cette auto-surveillance de la glycémie capillaire permet aux parents et aux enfants éduqués d'adapter la prise alimentaire et les doses d'insuline [64] et d'améliorer le contrôle glycémique.

L'adaptation de l'insuline est nécessaire en cas d'événements intercurrents : infections, fièvre, traumatisme et chirurgie. [65]

f. Surveillance de l'HbA1c :

C'est un paramètre de surveillance, reflétant l'équilibre glycémique du patient au cours des trois derniers mois. [65]

10.3.2. Bronchiolite aigue :

La bronchiolite aigue du nourrisson est une infection virale aigue se manifestant sous forme d'épidémie saisonnière par une dyspnée à prédominance expiratoire, pouvant s'associer à une polypnée, à des signes de lutte respiratoires, des sibilants ou des crépitants à l'auscultation.

L'évolution peut aller de la forme bénigne qui nécessite un traitement ambulatoire à la forme plus grave qui nécessite une hospitalisation en service de pédiatrie voire en service de réanimation. [66]

Les premiers signes de la bronchiolite aigue sont : oto-rhino-laryngés (rhinite -une toux sèche)

Les examens complémentaires ne sont pas demandés systématiquement en cas de forme bénigne

En cas de présence d'une des critères suivants une radiographie thoracique est nécessaire :

- une bronchiolite grave
- une fièvre élevée persistante
- la persistance inhabituelle des symptômes
- des facteurs de risque : âge < 2 mois, pathologie cardio-pulmonaire, immunodépression.

La recherche directe du VRS par immunofluorescence dans les sécrétions rhinopharyngées n'est pas de pratique courante et les examens biologiques et bactériologiques (numération formule sanguine, protéine C réactive, ionogramme sanguin) ne sont indiqués qu'au cas par cas [67]

NIVEAUX DE GRAVITE, PRISE EN CHARGE INITIALE

Tableau 2. Critères pour définir le niveau de gravité et prise en charge initiale selon le niveau

Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	> 50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
<small>*à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)</small>			
Interprétation	Présence de tous les critères	Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves)	Au moins un des critères graves
Prise en charge initiale			
Orientation (domicile, hospitalisation, USI réanimation)	Retour au domicile avec conseils de surveillance	Hospitalisation si : ✓ SpO2 < 92% (indication oxygène) ✓ Support nutritionnel nécessaire ✓ Age < 2 mois Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement	Hospitalisation systématique Hospitalisation USI / réanimation si : ✓ Apnées ✓ Epuïsement respiratoire, capnie (>46-50 mmHg), pH (< 7,34) ✓ Augmentation rapide des besoins en oxygène
Examens complémentaires	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS
Oxygène	Non Indiqué	Si SpO2 < 92% Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil	Si SpO2 < 94% à l'éveil Objectif SpO2 > 90% sommeil et > 94% à l'éveil
Nutrition	Fractionnement	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation intraveineuse (IV)	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation IV
Désobstruction des voies aériennes supérieures	systématique pluriquotidienne (aspirations naso-pharyngées non recommandées)		
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	Non recommandée	Non recommandée en hospitalisation Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire)	Contre Indiquée
<small>A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)</small>			
Traitements médicamenteux	Pas d'indication : bronchodilatateur, adrénaline, sérum salé hypertonique, antibiothérapie systématique Contre-indication : sirop antitussif, fluidifiant bronchique		

Tableau 7 : Prise en charge du patient selon la sévérité de la crise[68]

La prise en charge de sera en ambulatoire si l'enfant n'a aucun critère d'hospitalisation, dans ce cas le traitement associe : [55]

- la désobstruction nasale par mouche bébé et au sérum physiologique
- le fractionnement des repas
- la kinésithérapie respiratoire si le patient est encombré
- l'antibiothérapie doit être réservée aux patients présentant une surinfection bactérienne (signes généraux, condensation alvéolaire)
- la prise des mucolytiques/des antitussifs est contre-indiquée
- Antipyrétique en cas de la fièvre
- Éviter le tabagisme passif.
- En absence d'amélioration ou aggravation les parents doivent consulter

Critères d'hospitalisation d'un nourrisson atteint de bronchiolite :[55]

***Liés au terrain :**

- Cardiopathie, prématurité (<34SA), pathologie respiratoire chronique.
- Jeune âge (□ 6semaines).
- Contexte social qui compromettant la surveillance et/ou le recours aux soins.

***Détresse respiratoire :**

- Intensité de la polypnée (FR>60/mn).
- Intensité des signes de lutte.
- Irrégularité du rythme respiratoire (apnées).
- Insuffisance respiratoire : cyanose, hypoxémie, apnées.

***Signes d'hypercapnie :** sueurs, troubles de la conscience.

***Retentissement sur l'état général :**

- Troubles de l'hydratation, difficultés à la prise des biberons
- Somnolence
- Malaises.

***Troubles hémodynamiques :** TA basse, marbrures, TR allongé, hypothermie.

Si l'enfant présente un des critères cités ci-dessus, le traitement comportera : [55]

- Libération des voies aériennes supérieures
- Nébulisations du salbutamol 0,5 % toutes les 20 minutes : 0,02 -0,03 cc/kg (sans dépasser 1 cc) dans 4 cc de sérum salé + une oxygénothérapie avec une surveillance rapprochée de la fréquence respiratoire, de la SpO₂, de l'état hémodynamique.
- un proclive dorsal 30°
- le maintien d'une nutrition et d'une hydratation correcte (90-120 ml/kg/j)

- Antibiothérapie probabiliste si présence des signes infectieux (clinique ou paraclinique)
- Traitement antipyrétique : paracétamol à raison de 60 mg/kg/jour toutes les 6 heures.
- Kinésithérapie respiratoire : si encombrement bronchique et en absence d'un épuisement respiratoire
- le transfert dans une structure de réanimation doit se discuter dès l'apparition d'un épuisement respiratoire, irrégularité respiratoire, régression des signes de lutte alors que l'hypoxémie se majore, hypercapnie ou bien l'apparition de pauses et des troubles de conscience.

10.3.3. Infection materno-fœtale :

C'est une infection bactérienne néonatale primitive. Elle est transmise par la mère, en anténatal, per ou postnatal. On distingue deux types d'IMF :[69]

- Les infections néonatales précoces (INP) surviennent au cours de la première semaine de vie.
 - Les infections néonatales tardives (INT) surviennent entre la 1ère semaine de vie et 3 mois après la naissance.
- Mode de contamination :
 - La voie ascendante qui correspond à une colonisation du liquide amniotique par un germe de la flore vaginale. C'est la voie de contamination la plus fréquente
 - La voie systémique transplacentaire au cours d'une bactériémie maternelle.

- La contamination lors du passage à travers la filière génitale.
- La contamination par le lait maternel.
- Germes en causes : Entre 40 à 60% des IMF sont causé par le streptocoque B. 20% à 30% des IMF sont causé par l'Escherichia Coli alors que la listeria concerne moins de 1% des cas.
- Critères anamnestiques majeurs : évoque fortement une IMF
 - *Température maternelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$ avant ou au cours du travail
 - *Rupture prolongée ≥ 18 heures de la poche des eaux.
 - *Rupture prématurée des membranes (RPM)
 - *Tableau de chorioamniotite.
 - *Infection materno-fœtale chez le jumeau.
 - *Prématurité < 35 SA
- Critères anamnestiques mineurs : sont plus fréquents mais moins à risque d'infection
 - *Rupture prolongé de la poche des eaux ≥ 12 h mais < 18 h
 - *Prématurité spontanée entre < 37 SA et ≥ 35 SA
 - *Asphyxie fœtale non expliquée
 - *Liquide amniotique méconial ou teinté
- Signes cliniques : ils sont non spécifiques, mais évocateurs d'une IMF :
 - *Hypothermie $< 35^{\circ}$ ou fièvre $> 37^{\circ}$ à H1.
 - *Troubles hémodynamiques : tachycardie, hypotension artérielle,

augmentation du temps de recoloration cutanée

*Signes respiratoires : tachypnée, dyspnée, détresse respiratoire

*Signes neurologiques : troubles du tonus, somnolence, troubles de la conscience, convulsions.

*Signes cutanés : ictère précoce,

*Signes digestifs : vomissement, météorisme abdominal,

- Explorations biologiques et bactériologiques :

*Explorations biologiques :

- Numération Formule Sanguine (NFS) : une leucopénie <5000 éléments/mm³, une hyperleucocytose >25000 /mm³.
- CRP : Celle-ci possède une cinétique lente (pic sérique 24 heures après le début de l'infection) rendant son dosage informatif surtout à partir de la 12^{ème} heure de vie.

Ainsi, chez l'enfant asymptomatique, son dosage de façon répétée entre les 12^{ème} et 36^{ème} heures de vie, permet d'orienter vers un risque d'INP.

- Interleukine 6 (IL-6) : produite par les macrophages c'est une protéine de l'inflammation, un marqueur précoce d'INP ayant un pic entre H1 et H2 de vie mais du fait d'un coût très important son dosage en pratique courante n'est pas réalisé.

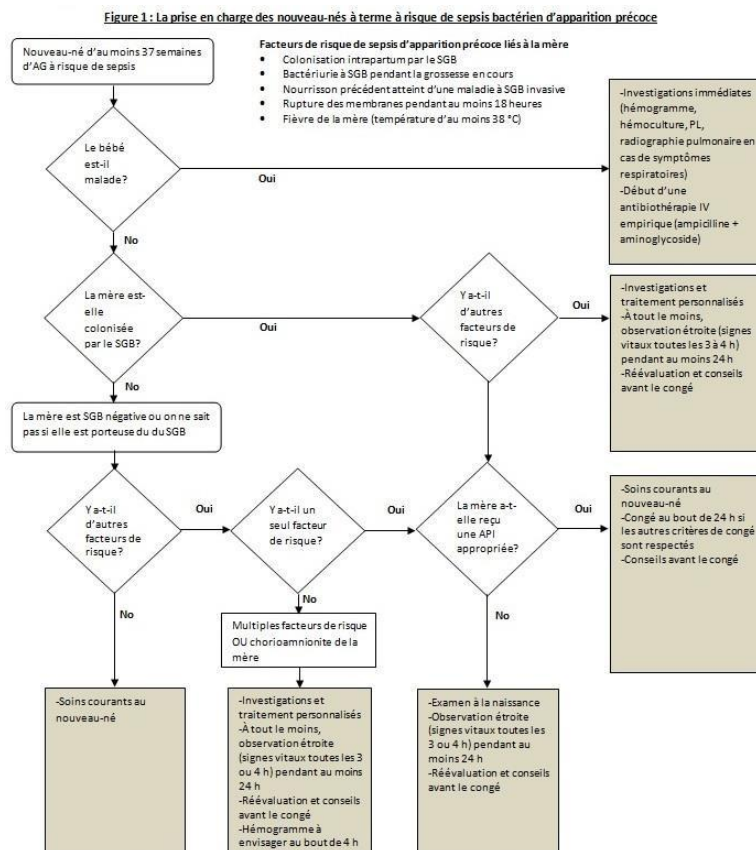
*Explorations bactériologiques :

- Hémoculture : elle représente l'examen de référence. Réalisée dans des conditions d'asepsie rigoureuse, elle permet d'adapter l'antibiothérapie en cas de germe identifié.

- Ponction Lombaire (PL) : en cas de symptômes évocateurs d'une méningite ou de sepsis. Elle se réalise en décubitus latéral et quand l'état hémodynamique du nouveau-né le permet.
- Placento-culture : en cas de suspicion d'infection par voie hématogène.[69]

• Traitement curatif :

*Nouveau-né asymptomatique : bénéficiera d'une surveillance particulière en maternité. Et une antibiothérapie probabiliste sera indiquée dans deux situations en cas d'infection chez le jumeau ou en cas de chorioamniotite chez la mère. Le traitement reposera sur une bi- antibiothérapie par aminoside et β lactamine. [69]



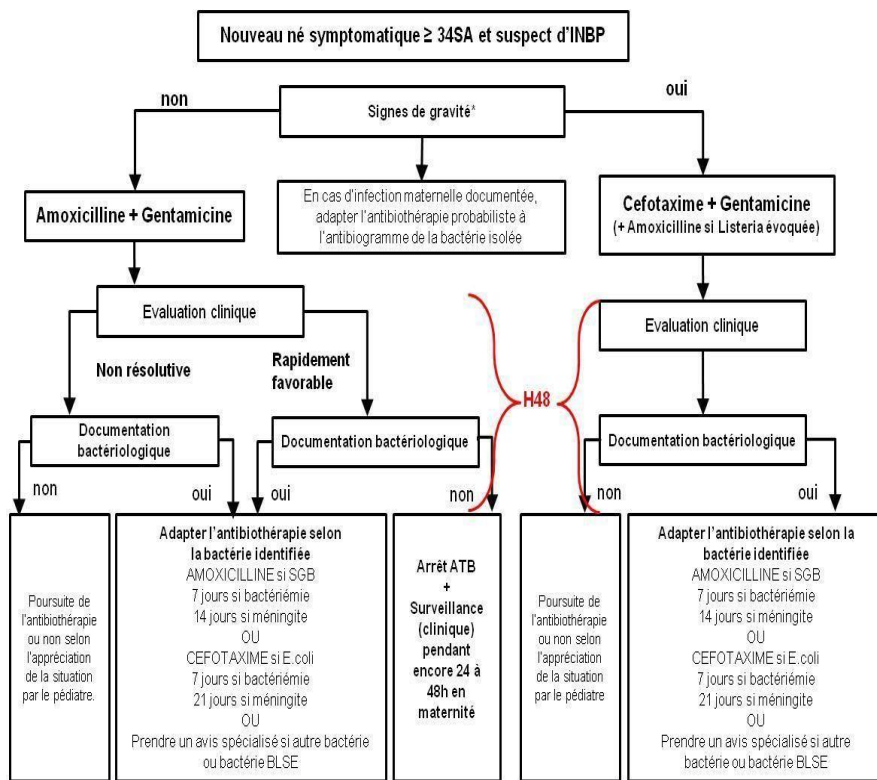
Algorithme pour la prise en charge des nouveau-nés à terme (au moins 37 semaines d'AG) à risque de sepsis bactérien d'apparition précoce

AG, âge gestationnel; API, antibioprophylaxie intrapartum; IV, intraveineuse; PL, ponction lombaire; SGB, streptocoque du groupe B

Figure 22: Arbre décisionnel de prise en charge du nouveau-né à risque de sepsis [70]

*Nouveau-né symptomatique : Tout nouveau-né présentant des signes cliniques doit être mis en urgence sous antibiothérapie probabiliste par voie Intra Veineuse (IV) après réalisation de prélèvements bactériologiques et biologiques. En absence de signes de gravité (stabilité hémodynamique, absence de signes respiratoires ou neurologique), le traitement repose en général sur l'association d'aminoside et d'amoxicilline. La cefotaxime devra être rajoutée en cas d'antibiothérapie maternelle prolongée (>24heures) en perpartum, ou d'ECBU/Prélèvement vaginal (PV) positif à Bacille Gram Négatif.

L'association d'aminoside et de cefotaxime est recommandée si le nouveau-né présente des signes de gravité.[69]



*troubles hémodynamiques (remplissage vasculaire ou administration de drogues vaso-actives), signes cliniques neurologiques (troubles de la conscience ou convulsions)

Figure 23: Indication de l'antibiothérapie chez un nouveau-né symptomatique [71]

*Adaptation thérapeutique : la nécessité d'une réévaluation de l'antibiothérapie entre 36H et 48H, afin de pouvoir l'adapter. Une interruption peut être envisagée dans les cas suivants : [69]

- Une hémoculture négative.
- Une suspicion clinique initiale faible.
- Une évolution clinique rassurante et absence de signes infectieux.
- la cinétique et la valeur des marqueurs inflammatoires (PCT, CRP) rassurantes.

Le traitement sera adapté selon les résultats de l'antibiogramme : [69]

- Si l'hémoculture est positive à SB, le patient se traite par amoxicilline pendant 8 à 10 jours. Les méningites à SB nécessite un traitement par l' amoxicilline pendant 14 jours dans les formes non compliquées et pour les formes compliquées ou avec une localisation ostéoarticulaire la durée du traitement peut atteindre 4semaines.
- une hémoculture positive à E. Coli impose un traitement pendant 10 à 14 jours par l'Amoxicilline ou cefotaxime selon l'antibiogramme. Les méningites à E. Coli se traitent par Cefotaxime pendant 21 jours au minimum, une PL de contrôle à 24-48 heures doit être réalisé systématiquement.
- une hémoculture positive à Listéria indique un traitement par amoxicilline pendant 8 à 10 jours.

10.3.4. TC chez l'enfant :

La gravité des TC chez l'enfant réside dans la survenue des lésions intracrâniennes :

- Primaires : hémorragies intracérébrales, hématomes sous-duraux et extraduraux, contusion.
- Secondaires : qui se traduisent par un œdème cérébral responsable d'une hypertension intracrânienne et par des lésions ischémiques.

Conduite à tenir :

- Evaluation clinique
- Immobilisation du rachis cervical et libération des voies aériennes
- Evaluation des fonctions vitales : la respiration et l'état hémodynamique
- Evaluation neurologique :
 - le score de Glasgow et recherche de signes de focalisation.
 - Examen neurologique complet : motricité, réflexes, sensibilité, tonus...
 - Examen locorégional : recherche d'embarrure, de plaie du scalp, d'une fontanelle antérieure bombante ...

Cette évaluation initiale à l'admission doit être complétée par un interrogatoire minutieux et un examen clinique complet précisant :

- L'heure, le lieu et le mécanisme du traumatisme
- Evolution de la symptomatologie initiale depuis l'accident : la notion

perte de connaissance, vomissements, convulsions...

- Existence d'une pathologie préexistante (l'épilepsie, une coagulopathie...) ou bien une prise médicamenteuse

*Examens para cliniques nécessaires :

La TDM cérébrale est l'examen de référence et le bilan sera demandé en fonction de l'orientation clinique.

Les indications d'une TDM cérébrale d'emblée :

Glasgow ≤ 13 , âge < 1 an, la fontanelle antérieure bombante, un déficit neurologique focal, la survenue d'une crise convulsive immédiate brève, les signes de fracture de la base du crâne et la suspicion de maltraitance.

Les indications d'une TDM cérébrale secondairement :

Une altération de la conscience, de l'interaction ou du tonus, l'augmentation du périmètre crânien, un bombement secondaire de la fontanelle antérieure, l'apparition d'un signe neurologique focal et la survenue d'une crise épileptique secondaire.

Une persistance de céphalées malgré un traitement symptomatique adapté ou bien de vomissements après 6 heures du traumatisme crânien sont également des indications pour effectuer une TDM cérébrale.

*Prise en charge du TC grave :

- Mise en condition de l'enfant en assurant le maintien de l'oxygénation et d'une stabilité hémodynamique tout en surveillant les paramètres suivants : FC, FR, TA, SpO₂, score de Glasgow, GDS, température, diurèse...

- mise en place d'une minerve.
- envisager une intubation et ventilation mécanique.
- correction de l'hypovolémie et suture des plaies du scalp
- perfusion d'analgésiques et prélèvements sanguins : NFS-groupage sanguin, bilan de crase et l'ionogramme sanguin.
- en plus de la TDM cérébrale, un bilan radiologique de polytraumatisme sera demandé.

Les plaies pénétrantes, les embarrures, les hématomes intracrâniens compressifs et les fractures de la base du crânes relèvent d'une intervention neurochirurgicale en urgence.[55]

10.3.5. Piqûre de scorpion :

L'envenimation par piqûres de scorpion peut mettre en jeu le pronostic vital surtout chez le jeune enfant. Au Maroc, il constitue un véritable problème de santé publique : il existe 15 espèces et 45 sous espèces.

*Circonstances Cliniques :

Il faut au début confirmer la piqûre, préciser son siège, le lieu géographique et l'heure de l'accident

*Manifestations Cliniques :

- Signes locaux : Douleur locale, ecchymose, œdème...
- Signes généraux : hyperthermie, frissons
- Signes digestifs : nausées, diarrhée, vomissements...
- Signes neurologiques : agitation, somnolence, paresthésies...

- Signes cholinergiques : Sueur, sialorrhée, larmoiements, myosis ou mydriase, priapisme
- Signes cardiovasculaires : bradycardie / tachycardie, hypertension artérielle
- Signes respiratoires : Polypnée ou bradypnée...

*Évaluation de la Gravité :

- Evaluation des différents paramètres vitaux : FC, TA, FR, SPO2...
- Appréciation de l'état de conscience : score de Glasgow.
- évaluation de la fonction respiratoire : GDS, ampliation thoracique.
- Signes Cliniques de Gravité : imposant une hospitalisation en unité de soins intensifs.
- Troubles de conscience, paralysies musculaires, convulsions, coma.
- Défaillance cardio-circulatoire
- Insuffisance respiratoire aigue
- Troubles thermiques : hyperthermie, hypothermie. Prise en charge :

Elle dépend de la gravité du tableau clinique. Tout d'abord il faut rassurer l'enfant et son entourage et ensuite nettoyer le site de la piqure

Par la suite et selon les symptômes observés, on détermine le niveau de l'envenimation. On distingue 3 classes :

*Classe I : signes locaux : douleur, œdème, rougeur, fourmillement...dans ce cas le traitement est symptomatique (désinfection, antalgique) + garder l'enfant sous surveillance pendant 4 heures.

*Classe II : Signes généraux : sueurs, douleurs abdominales ... mettre l'enfant en position demi-assise ou position latérale de sécurité, libération des voies aériennes, oxygénothérapie et mise en place d'une voie veineuse périphérique.

En cas :

- D'agitation : perfusion du Midazolam (hypnovel) 0.1 à 0.3 mg/kg en IV lente
- De convulsion : diazépam (valium) : 0.5mg/kg sans dépasser 10mg en intra rectal
- D'hypertension artérielle : Nicardipine (Loxen) : 0,5-1µg/kg/min en IV continu sans dépasser 3µg/kg/min.

L'enfant va rester sous surveillance jusqu'à disparition durable des signes généraux.

*Classe III : patient présentant une défaillance des fonctions vitales. En plus de mesures précédentes il faut commencer la Dobutamine par seringue auto pulsée : 5µg/kg/mn à augmenter par palier de 2µg toutes les 15 min jusqu'à 20µg/kg/mn en fonction des valeurs de la FC, TA et de la PVC.

Une Surveillance clinique, biologique et radiologique

Il faut surtout envisager le transfert du malade vers un centre hospitalier disposant une unité de soins intensifs. [55]

10.3.6. Crise vaso-occlusive :

La drépanocytose est une maladie génétique caractérisée par une anomalie de l'hémoglobine au cours de laquelle résulte une falciformation des globules rouges sous l'effet d'un stress oxydatif ; elle peut être déclenchée par de nombreuses situations.

L'hémoglobine polymérise au sein du globule rouge qui devient difficilement déformable et bouche les capillaires sanguins ce qui est à l'origine d'infarctus osseux douloureux amenant les patients drépanocytaires aux urgences.

Les douleurs de la crise vaso-occlusive touchent potentiellement les os longs du corps (humérus, fémurs, tibias) et du rachis. Une fièvre associée justifie l'administration d'une antibiothérapie couvrant le pneumocoque chez les patients sans rate fonctionnelle.

Prise en charge :

- La nécessité du recueil des constantes vitales : FR, FC, saturation en oxygène

-Les examens complémentaires à demander sont les suivants : Numération formule sanguine, Ionogramme sanguin, bilan hépatique, CRP.

En cas de douleur thoracique réaliser une gazométrie artérielle et une radiographie thoracique.

Le traitement d'une crise vaso-occlusive comprend 2 volets : le traitement antalgique souvent par de la morphine des douleurs osseuses similaires voire supérieures à celles d'une fracture osseuse et ensuite le traitement des facteurs favorisant la survenue de cette falciformation

*Mode d'administration de la morphine :

L'administration de la morphine sera en bolus de 0,1 mg/kg puis 2 à 3 mg / 15 min à l'aide d'une seringue électrique avec dose max de 16mg/4h jusqu'à EVA < 4.

Il faut également lutter contre l'hyperviscosité et traiter l'anxiété.

*Traitements antalgiques associés :

- Paracétamol oral 4 g /24 h.
- Nefopam chlorhydrate (acupan®) 20 mg *4 fois /jour en IV ou bien par VO.

*Correction des facteurs favorisant les CVO :

Hydratation : par voie veineuse, sérum physiologique 1 l /12 h puis 2l /jr du G5 % avec KCL 2 g/l et Nacl 4g/l. et Alcalinisation : par 0,5 l d'eau de Vichy par jour et par voie orale. [72]

10.3.7. Crise d'asthme :

Définition : c'est un accès paroxystique brève des symptômes d'asthme (râles sibilants, dyspnée expiratoire, oppression thoracique et toux nocturne sans ou à l'effort) cédant spontanément ou après une administration thérapeutique

***Exacerbation d'asthme** : c'est la persistance des signes respiratoires au-delà de 24 heures et/ou absence de la réponse dans l'heure au traitement par bronchodilatateurs inhalé à courte durée d'action et/ou nécessitant un recours à la corticothérapie et/ou nécessitant un changement de traitement.

***L'asthme aigu grave** : C'est une exacerbation sévère menaçant le pronostic vital et pouvant évoluer vers l'insuffisance respiratoire aiguë. [73]

Conduite à tenir :

***Anamnèse** : doit être rapide, ciblée et précisant : le début de la crise, traitement reçu à domicile (B2mimétiques, corticoïdes), traitement de fond - degré du contrôle de l'asthme, recherche des facteurs déclenchants.

***Examen physique** :

-Dyspnée à prédominance expiratoire, polypnée, signe de lutte

-Sibilants bilatérales et symétriques. Apprécier la sévérité de la crise en se basant sur les paramètres suivants : FR, FC, sibilants, dyspnée, coloration, tirage, parole, vigilance, DEP, GDS, SPO2.

***Examen complémentaire** : aucun examen paraclinique ne doit retarder la prise en charge de la crise d'asthme...

1- Radio du thorax : Elle montre des signes de distension et permet d'éliminer les diagnostics différentiels. Elle est demandée en cas de :

-Fièvre ou anomalies auscultatoires.

-Suspicion d'une complication (pneumonie, pneumothorax, atélectasie, pneumo médiastin).

2- Gaz du sang en absence d'amélioration sous traitement.

3- NFS – CRP si fièvre ou anomalies auscultatoires [73]

Prise en charge selon le score PRAM :

Tableau de codification du score PRAM

Paramètres	Description	Score		
Saturation O ₂	≥ 95%	0		
	92-94%	1		
	< 92%	2		
Tirage sus-sternal	Absent	0		
	Présent	2		
Contraction des muscles scalènes	Absente	0		
	Présente	2		
Murmure vésiculaire (MV) *	Normal	0		
	↓ à la base	1		
	↓ à l'apex et à la base	2		
	Minimal ou absent	3		
Sibilances †	Absentes	0		
	Expiratoires seulement	1		
	Inspiratoires (± expiratoires)	2		
	Audibles sans stéthoscope ou absentes (MV minimal ou absent)	3		
Score PRAM : (max. 12)				
Score	0-3	4-7	8-10	11-12
sévérité	Légère	Modérée	Grave	Critique

© Ducharme 2000

* En cas d'asymétrie, la plage pulmonaire (apex-base) la plus sévèrement affectée (droite ou gauche, antérieure ou postérieure) déterminera la cote pour ce critère.

† En cas d'asymétrie, les deux foyers d'auscultation les plus affectés, où qu'ils soient (LSD, LMD, LDQ, LSG, LIG), détermineront la cote pour ce critère.

Tableau 8 : Codification du score PRAM [74]

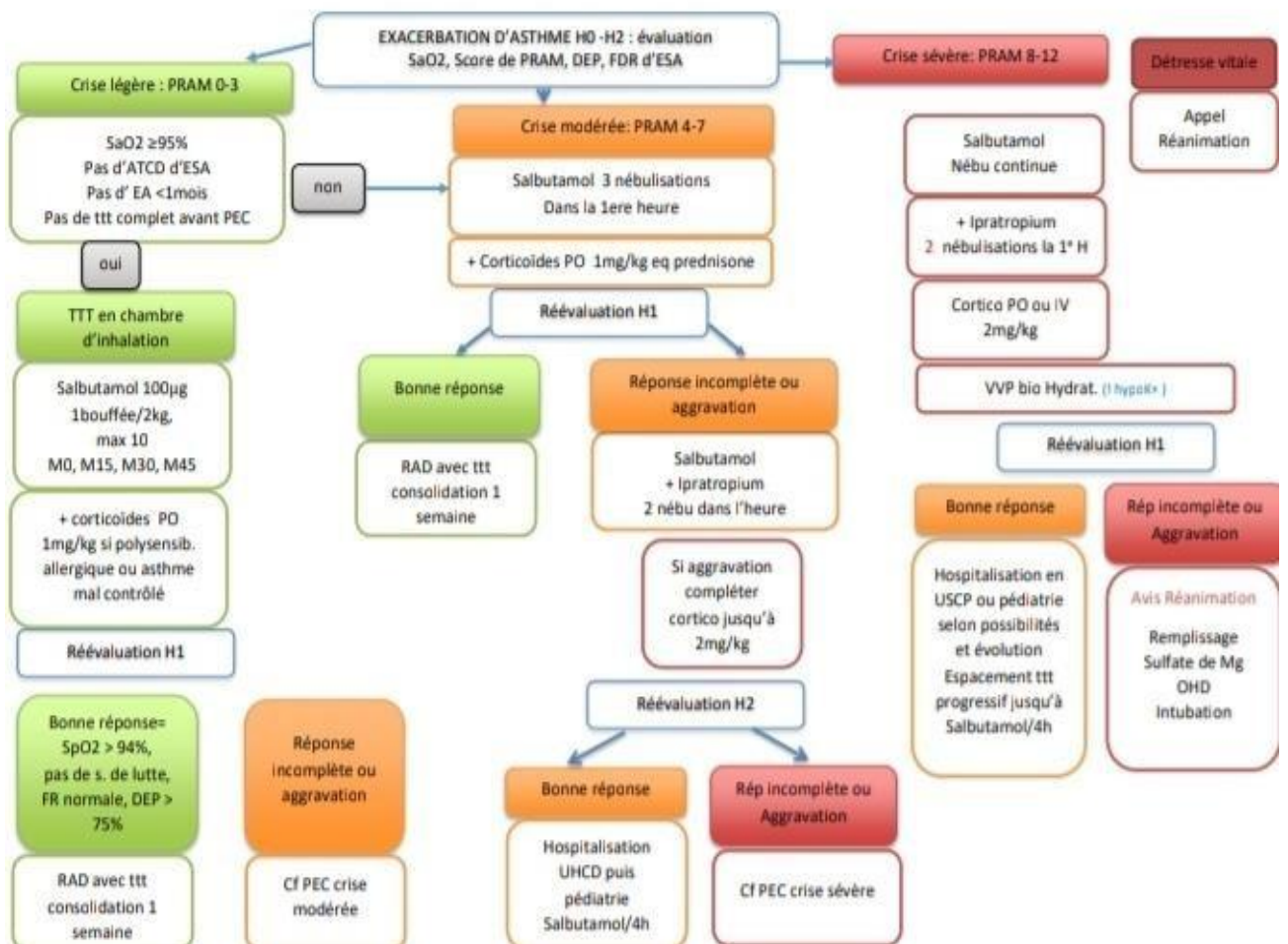


Figure 24: ARBRE décisionnel de la prise en charge d'une exacerbation d'asthme [74]



Conclusion

Les urgences pédiatriques représentent une préoccupation majeure en pédiatrie. Une lecture critique sur la situation actuelle au niveau des urgences pédiatriques dans la région et l'amélioration de la connaissance du circuit des enfants malades est indispensable pour aboutir à un rendement optimal.

Dans notre contexte et d'après l'analyse des résultats de notre étude, on constate qu'il est difficile de dissocier le problème du flux de consultations pédiatriques aux services des urgences et la grande fréquence des consultations non justifiées médicalement. Cette problématique à composante multifactorielle, influencée par le manque de moyens financiers des parents des consultants, contribue à la hausse de la demande de soins en urgence, à l'encombrement des services des urgences et la désorganisation de leurs activités et à un rendement non satisfaisant de la part des personnels médicaux épuisés. Le faible nombre d'unités d'accueil des urgences pédiatriques présent uniquement au niveau des centres hospitaliers universitaires et le nombre insuffisant des pédiatres au niveau des centres hospitaliers régionaux et provincial aggrave encore plus la situation.

Des efforts sont encore à déployer pour trouver des solutions pratiques permettant une meilleure réorganisation de l'accueil des urgences pédiatriques.

La mise à disposition au sein des services d'accueil des urgences des différents centres hospitaliers, d'un plateau technique triant les « vraies urgences » des urgences ressenties, va retentir d'une manière positive sur la qualité de la prise en charge des patients.

Par ailleurs, il faudrait prévenir les recours injustifiés aux urgences, par l'information et l'éducation de la population sur le respect de la filière de soins et la pyramide sanitaire en termes de recours aux soins et à consulter spontanément au centre hospitalier régional uniquement si présence de signes de gravité chez leurs enfants sans choisir l'heure de consultation.



Annexes

Fiche d'exploitation

- **Numéro du dossier IPP :**
- **Caractéristiques sociodémographiques : (Identification du patient)**

1. Sexe : masculin féminin
2. Âge :
3. Origine/habitat :
4. Scolarisation de l'enfant :
5. ATCD du patient :
6. ATCD d'hospitalisation et cause :
7. Niveau socioéconomique :
8. Couverture médicale : Ramediste mutualité sans
9. Niveau d'instruction des parents

Père : non scolarisé primaire secondaire

universitaire Mère : non scolarisé primaire

secondaire universitaire

- **Examen du patient à l'entrée :**

A. Interrogatoire :

1. Heure d'arrivée :
2. Délai avant la consultation au CHR (entre début des symptômes et consultation):
3. Accompagnant : père mère membre de la famille autre
4. Traitement
antérieurement reçu :

- Sur ordonnance du
médecin
- Automédication
pharmaceutique
- Automédication
traditionnelle
- Pas de traitement reçu

1. Motif de consultation :
2. patient référé : oui non :
3. Si Référé :
4. motif
5. structure de référence :

B. Examen physique :

1. Général :

- a. état général :
- b. température axillaire:
- c. poids/kg.
- d. tension artérielle:/.....mmhg.

2. Cutanéomuqueux :

- a. état nutritionnel :b- pâleur:
- b. Ictère : d-cyanose e-œdème
- c. état d'hydratation :

3. Cardio-pulmonaire :

- a. fréquence respiratoire :..... cycle / min
- b. auscultation pulmonaire: normale / anormale.
- c. Fréquence cardiaque...../battement par min.

d. auscultation cardiaque: normale/ anormale.

4. Digestif :

- a. vomissement : oui/ non.
- b. diarrhée : oui/non.
- c. douleur abdominale : oui/non
- d. d-Palpation abdominale :....

5. Neurologique :

- a. état de conscience:
- b. agitation : oui/non.
- c. syndrome méningé : oui/non.

6. Autre :....

C. Prise en charge :

- a. Hypothèse diagnostic:....
- b. Examens complémentaires :
- c. Devenir immédiat :
Hospitalisation : non oui au service de pédiatrie en
réanimation Traitement ambulatoire et retour à
domicile :
- d. Diagnostic final retenu
- e. Evolution : favorable décès



Résumés

Résumé

Titre : Motifs de consultations pédiatriques aux urgences de l'Hôpital Régional Al Idrissi.

Auteur : Raouane Bouya

Directeur de thèse : Pr. Amal THIMOU IZGUA

Mots clé : Motifs de consultation, pédiatrie, urgence.

Objectifs : Identifier les principaux motifs de consultation pédiatrique aux services des urgences d'un hôpital régional.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective descriptive de prévalence menée au sein du service des urgences de l'Hôpital Régional Al Idrissi à Kenitra entre le 1 Janvier 2021 et 18 Février 2021. La collecte des données a été réalisée au cours des gardes à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie

Résultats : Durant la période d'étude, 100 enfants ont été reçus en consultation aux urgences avec une prédominance masculine (67%). Les enfants âgés de moins de 5 ans représentaient 55% des cas.

Seulement une minorité des patients (38%) ont été référés au CHR. Le flux des patients au niveau des urgences du CHR atteignait son maximum (70%) entre 8h et 16h et la majorité (38%) d'eux ont consulté le jour même de l'apparition de la symptomatologie.

Les motifs de consultation étaient représentés par les accidents dans 28% des cas suivies par la symptomatologie respiratoire (18 %), digestive (16%), urinaire (11%), cutanée (9%) et des rhumatologique (5%).

La moitié des patients ont été hospitalisés au service de la pédiatrie, 12% en chirurgie infantile et 2 % référé au CHU Rabat alors que 34% des enfants consultants ont bénéficié d'un traitement ambulatoire.

Conclusion : La part des consultations non urgentes reste élevée dans notre étude et engendre un encombrement du service des urgences à l'origine d'une moindre efficacité dans la gestion des patients urgents. Ces recours injustifiés aux urgences doivent être prévenus par l'information et l'éducation de la population sur le respect de la filière de soins.

Abstract

Title : The reasons for pediatric consultation in emergency department of a regional hospital

Author : Raouane Bouya

Reporter : Professor Amal THIMOU IZGUA

Keywords : Reasons of consulting, pediatric, emergency.

Objectives : Identification of the principal reasons for pediatric consulting in emergency department of a regional hospital

Materiels and Methods : This is a descriptive and prospective epidemiological study carried out in an emergency department of the regional hospital Al Idrissi in Kenitra during the period from January 1st to Ferbruary 28, 2021. The Data collection was carried out during shifts using a pre-established document.

Results : during the period of the study, 100 patients were received in the emergency consultations with a male predominance (67%). The childrens whose age is less than 5, represented 55% of the cases. Just a miniority of the patients (38%) were referred to the regional hospital. The flow of the patients to the emergency departement reached its maximum (70%) between 8 a.m and 4 p.m and the majority of them (38%) consulted on the same day as the onset of the symptoms.

The reasons for consultation were represented by accidents in 28% of cases, followed by respiratory (18%), digestive (16%), urinary (11%), dermatological (9%) and rheumatologic (5%) symptoms.

Half of the patients were hospitalized in the pediatric departement, 12% in Children's surgery departement and 2% referred to the University Hospital in Rabat, while 34% of them received outpatient treatment.

Conclusion : The proportion of non-emergency consultations remains high in our study and congest the emergency department, causing less efficiency in the management of urgent patients. These unjustified recourse to emergency departments must be prevented by informing and educating the population on respecting the care system.

ملخص

العنوان: أسباب الاستشارة الطبية للأطفال في قسم الطوارئ بمستشفى الإقليمي

المؤلفة: روان بوية

المشرفة: الأستاذة أمال تهيمو إزكا

الكلمات الأساسية: أسباب الاستشارة الطبية، طب الأطفال، المستعجلات

الأهداف: تحديد الاسباب الرئيسية للاستشارة الطبية للأطفال في قسم الطوارئ بمستشفى إقليمي

المواد والطرق: هذه دراسة وبائية مستقبلية وصفية لانتشار المرض تم إجراؤها في قسم الطوارئ في مستشفى الإقليمي في القنيطرة بين 1 يناير 2021 و 18 فبراير 2021. وتم جمع البيانات أثناء فترة الحراسة باستخدام ورقة عمل قمنا بإعدادها مسبقا

النتائج: خلال فترة الدراسة استفاد 100 طفلا من هذه الاستشارة، مع أغلبية الذكور (67%).
الاطفال الذين يقل عمرهم عن 5 سنوات يشكلون 55% من الحالات.

تمت إحالة أقلية فقط من المرضى (38%) إلى المستشفى إقليمي.

بلغ تدفق المرضى إلى قسم الطوارئ بالمستشفى حده الأقصى (70%) بين الساعة 8 صباحًا و 4 مساءً وقام أغلبيتهم(38%) بالاستشارة الطبية في نفس يوم بداية الاعراض.

وتمثلت أسباب الاستشارة في الحوادث في 28% من الحالات، تليها أعراض الجهاز التنفسي (18%)، والجهاز الهضمي (16%)، والمسالك البولية (11%)، والجلد (9%)، وأعراض المفاصل (5%)

تم تحويل نصف المرضى إلى قسم الأطفال، و12% إلى قسم جراحة الأطفال 2% تم تحويلهم إلى

المستشفى الجامعي بالرباط، بينما تلقى 34% من الأطفال علاجًا منزليًا.

الخلاصة: تظل نسبة الاستشارات غير الطارئة عالية في دراستنا وتسبب الازدحام في قسم

الطوارئ، مما يؤدي إلى انخفاض الكفاءة في إدارة الحالات المستعجلة. يجب تجنب هذا اللجوء غير المبرر إلى اقسام الطوارئ من خلال إعلام المواطنين وتثقيفهم بشأن احترام تنظيم الرعاية الصحية.



Bibliographie

- [1]. « Les services d'urgence ».
<https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/Fiche.aspx?doc=services-urgence> (consulté le sept. 23, 2021).
- [2]. DAHDOUH-AKIL Sonia « Généralités sur les urgences médico-chirurgicales : Les services d'accueil médico-chirurgicale, le plateau technique des urgences, la trousse d'urgence, le transport médicalisé des malades et des blessés » 2020.
- [3]. D. F. Hmami, « EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES PEDIATRIQUES AU NIVEAU DE LA VILLE DE FES ET REGIONS », p. 49.
- [4]. «Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir» SAMU Urgences de France.2015
- [5]. A. Vuagnat, « Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours », p. 4.
- [6]. « WHO EMRO | Motifs du recours aux services d'urgence des principaux hôpitaux du Grand Tunis | Volume 18, issue 1 | EMHJ volume 18, 2012 ». <http://www.emro.who.int/emhj-volume-18-2012/issue-1/article-8.html> (consulté le sept. 22, 2021).
- [7]. « Guide de la gestion de l'unité d'urgence Québec ».Ministère de la santé et de services sociaux .Canada 2000.
- [8]. « Le système de santé britannique ». https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html (consulté le sept. 23, 2021).
- [9]. L. BELYAMANI « Annales Marocaines de médecine d'urgences et de réanimation p : 1 » Société marocaine de médecine d'urgence. 2018

- [10]. « Décret n° 2-14-562 : organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins». Ministère de la santé 2015.
- [11]. Chetoui A. 1, Papart J.P «Les urgences dans un hôpital régional : Profil épidémiologique et étude de la satisfaction des usagers/patients».Tunisie
- [12]. PA. Mme Widad Gueddari «L'ACCUEIL DES URGENCES PEDIATRIQUES : QU'EN EST-IL AU MAROC?» Revue marocaine de santé publique. 2017
- [13]. Mr.BREHIMA COULIBALY« Les Urgences Médicales Pédiatriques dans le Service de Pédiatrie». CHU Gabriel Toure.2006
- [14]. Bareye Ouologuem «épidémiologie des urgences pédiatriques au service des urgences –réanimation. De l'hôpital Gabriel Toure ».1996
- [15]. Mr. AZIZ EJLAIDI « enquête multicentrique sur les UP CHU » Marrakech 2010
- [16]. Monsieur Ahmed LAHLIMI ALAMI «Les classes moyennes marocaines Caractéristiques, évolution et facteurs d'élargissement». Haut-Commissariat au plan 2009.
- [17]. « *Renforcement du système de santé* ».Association Marocaine de Solidarité et de Développement.
- [18]. « Stratégie sectorielle Santé». Ministère de la santé 2012-2016
- [19]. « La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins» Ministère de la santé. Maroc 2011
- [20]. Mme Majdouline Bendarag« CHP EL Idrissi-CHU pour une meilleur PEC pédiatrique ».Kenitra 2019
- [21]. « Cartographie kénitra.png ». SIREDD de la région Rabat-Salé-Kenitra

(environnement.gov.ma)

- [22]. Mme Yasmine Lamghari « Circuit Pédiatrique du Centre Hospitalier Provincial au Centre Hospitalier Universitaire Impact sur la prise en charge ». Sidi Kacem 2019
- [23]. Mme Roukia Sahrane « motifs de consultations aux urgences médicales pédiatriques » Rabat.2019
- [24]. L. Fatou, « PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES CONSULTANTS ADMIS AUX URGENCES MEDICALES PEDIATRIQUES DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE », p. 7, 2016.
- [25]. Mme AHLAM AHATTAB «Parcours et motivations de recours spontanés aux urgences pédiatriques au centre hospitalier de ROANNE». Lyon 2015
- [26]. M. Mohamed Baba Maïga «MOTIFS DE CONSULTATION DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO» 2010.
- [27]. M. T. A. Bafing, « Présentée et soutenue publiquement le 02/01/2019 devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie », p. 163, 2017.
- [28]. Mr. IBRAHIM .YACOUBA.TRAORE «LES URGENCES PEDIATRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V».2013
- [29]. VEYRE Aurélie-Virginie-Cécile «LES MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES PÉDIATRIQUES : ETUDE PROSPECTIVE MENÉE PENDANT L'HIVER 2006 AU CHU DU KREMLIN-BICÊTRE»
- [30]. M. T. A. Bafing, « Présentée et soutenue publiquement le 02/01/2019

devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie », p. 163, 2017.

- [31]. « Les enfants au Maroc ». <https://www.unicef.org/morocco/les-enfants-au-Maroc> (consulté le juill. 14, 2021).
- [32]. « Enseignement primaire : un taux de scolarisation de près de 100% en 2019-2020 », le ministère de l'Education nationale, de la formation professionnelle, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. .
- [33]. « Situation des enfants au Maroc : Analyse selon l'approche équité».UNICEF-ONDE.2019
- [34]. « RAMED ministère de la santé. » Novembre 2002
- [35]. Monsieur Charles Bourras. «Pourquoi les familles consultent-elles aux urgences pédiatriques du C.H de La Rochelle pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux : Etude prospective sur un échantillon de 359 enfants»,2014.
- [36]. Pierre Mardegan «Services d'urgences : difficultés actuelles, perspectives». Septembre 2005
- [37]. Clémentine COSAERT «Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale : première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif le désengorgement des urgences pédiatriques.». FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG.2016
- [38]. C. Prigent et M. Carriot, « Prise en charge de l'entourage familial », p. 18, Sfm, Samu 2007.
- [39]. M. Mohamed Baba Maïga « motif de consultation dans le service de

pédiatrie à Bamako ».2010

- [40]. C. Marsault, « Le `` prendre-soin ’ ’ au cœur des urgences pédiatriques », p. 85.HAL 2018.
- [41]. J.-P. Canévet, C. Bourgogne, B. Querbès, M. Jourdain, B. Vrignaud, et C. Gras-Leguen, « Recours inappropriés aux urgences pédiatriques par les parents : approche qualitative d’un comportement multidimensionnel », *Ann. Fr. Médecine D’urgence*, vol. 8, n° 5, p. 295-300, oct. 2018, doi: 10.3166/afmu-2018-0033.
- [42]. A. Lampasona, « Dyspnées chez l’enfant », p. 19. Smfu.
- [43]. M. Gehri –J.D Krahenbuhl - Landry -Alain Gervais «L'enfant-dyspnéique». Revue médicale Suisse
- [44]. A. Masson «DYSPNÉE DU NOURRISSON »Société Française de Pédiatrie 2019.
- [45]. « Gêne respiratoire aigue chez l’enfant » Société Française de Pédiatrie-AFPA 2020.
- [46]. O. Mouterde «Diarrhée-Aigue »Société Française de Pédiatrie.
- [47]. A. Boyer, « La diarrhée aiguë du nourrisson et du jeune enfant : évaluation de la prise en charge ambulatoire dans le département de l’Isère », p. 104.
- [48]. Konan Sallert, Alexis Kouame ,Marie-Elise Verga, Anne Pittet , Gasser Rey-Bellet , Mario Gehri , Olivier Fontaine, Crisinel «Zinc et diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans : les recommandations de l’OMS applicables en Suisse».
- [49]. C. Dupont «Diarrhées aiguës de l’enfant». National Library of Medecine.

- [50]. Pr Eric DOBREMEZ et Pr Thierry LAMIREAU, Pr Pascal DE LAGAUSIE et Pr Benjamin FREMOND « N°271 - Vomissements du nourrisson et de l'Enfant - 06-03-2015. ».
- [51]. Pr Bruno Bachy¹, Dr Olivier Mouterde «Orientation diagnostique-Vomissements du nourrisson et de l'enfant (avec le traitement)». La revue du praticien, vol. 57, 31 O C T O B R E 2007.
- [52]. M. Fila*, C. Amouroux, D. Morin « Hématurie Macroscopique » Société Française de Pédiatrie.2016
- [53]. M. Cailliez, « Hématurie de l'enfant », p. 40.2019
- [54]. « Enquête étiologique Urologique : Hématurie » MEDG.FR.2017.
- [55]. « Guide des Urgences Pédiatriques» Ministère de santé. Edition 2018
- [56]. E. Masson, « le point sur - Imagerie thoracique en urgence chez l'enfant», *EM-Consulte*. <https://www.em-consulte.com/article/138727/article/le-point-sur?-imagerie-thoracique-en-urgence-chez-> (consulté le juill. 26, 2021).
- [57]. L. Martin, R. Naccache, S. Coze, C. Desvignes, et M. Panuel, «Radiographie thoracique de l'enfant : d) règles d'interprétation », *J. Imag. Diagn. Interv.*, vol. 1, p. S50-S56, oct. 2017, doi: 10.1016/S2543-3431(18)30075-7.
- [58]. Mme. Chaymae OUALI « Apport de l'imagerie dans les Urgences digestives chirurgicales pédiatrique.» FMPM 2020
- [59]. M. I. Traore, « Présentée et soutenue publiquement le... /... / 2020 devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par : », p. 58.
- [60]. E. Masson, « URGENCES NEUROPÉDIATRIQUES EN IMAGERIE », *EM-Consulte*. <https://www.em-consulte.com/article/126575/urgences->

neuropédiatriques-en-imagerie (consulté le juill. 28, 2021).

- [61]. « Item 316 : Hémogramme : indications et interprétations », p. 23. Campus Cerimes.
- [62]. Tina Borghini, Laurence Vernez, Dagmar Kessler «Protéine C réactive (CRP) et Vitesse de sédimentation (VS) » Centre Suisse de Contrôle de Qualité.2013
- [63]. D. G. Bourdat-Michel, « Infection urinaire de l'enfant (93) », p. 8.
- [64]. «PROPOSITION D'ORIENTATION DE L'ORGANISATION DE CENTRES DE RESSOURCES ET DE COMPETENCES POUR LE DIABETE EN PEDIATRIE» Société Française d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique.2019
- [65]. « Recommandations de prise-en-charge du Diabète type 1 ». Vidal 17 Mai 2021.
- [66]. M. Verstraete *et al.*, « Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 1 an : actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) », *Arch. Pédiatrie*, vol. 21, n° 1, p. 53-62, janv. 2014, doi: 10.1016/j.arcped.2013.10.020.
- [67]. D. Brassat, « Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale : taux de guérison et facteurs associés à la guérison », p. 74. 2017
- [68]. «Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois». Recommandations HAS – CNP de pédiatrie 2019

- [69]. J. Ledemazel, « Évaluation du nouvel algorithme de prise en charge des infections materno-foetales du CHU de Grenoble chez les nouveau-nés de terme 34SA : nouvel algorithme intégrant le dosage de la procalcitonine ausang du cordon », p. 63.
- [70]. « La prise en charge des nouveau-nés à terme à risque de sepsis bactérien d'apparition précoce» Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Ottawa.2017
- [71]. «Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce» recommandations de la Société Française de Néonatalogie. Septembre 2017
- [72]. M. Khellaf, « Crise vaso-occlusive chez le drépanocytaire », p. 8.Smfu 2015
- [73]. « Guide pratique des urgences pédiatriques », p. 266. Mai.2020
- [74]. C. Laurent, E. Hullo, I. Pin, C. Llerena .Bureau du BabyRenau et Commission scientifique du RENAU «Exacerbation/crise d'asthme chez l'enfant» 2020.

Serment

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 بوازع من ضميري وشرفي 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 بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 378

سنة: 2021

أسباب الاستشارة الطبية للأطفال في قسم الطوارئ بمستشفى الإدريسي الإقليمي

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: 2021/ /

من طرف

السيدة روان بوية
المزودة في 07 أكتوبر 1995 بتطوان

لنيل شهادة

دكتور في الطب

البيانات الأساسية: أسباب الاستشارة الطبية؛ طب الأطفال؛ المستعجلات

أعضاء لجنة التحكيم:

السيدة أمال اتهمو إزكا
رئيسة ومشرفة

أستاذة في طب الأطفال

السيدة نعيمة الحفيظي
عضوة

أستاذة في طب الأطفال

السيد توفيق المسكيني
عضو

أستاذ في طب الأطفال