



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N° 161#

# Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/06/2019  
PAR

**Mr. BENJELLOUN Hamza**

Né le 28/04/1993

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

**MOTS-CLES :**

Urgences pédiatriques- Connaissances- Attitudes - Médecins généralistes -

Région Marrakech-Safi

---

**JURY**

Mr	<b>S.ZOUHAIR</b> Professeur de Bactério-Virologie	PRESIDENT
Mr.	<b>M.BOURROUS</b> Professeur de Pédiatrie	RAPPORTEUR
Mr.	<b>N.RADA</b> Professeur de Pédiatrie	JUGES
Mr.	<b>A.HACHIMI</b> Professeur de Réanimation	
Mr.	<b>E.E.KAMILI</b> Professeur de Chirurgie Pédiatrique	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك  
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ  
وأن أعمل صالحاً ترضاه  
وأصلح لي في ذريّتي  
إنّي تبّيت إليك و إنّي من المسلمين"  
صدق الله العظيم





# *Serment d'hippocrate*

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

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

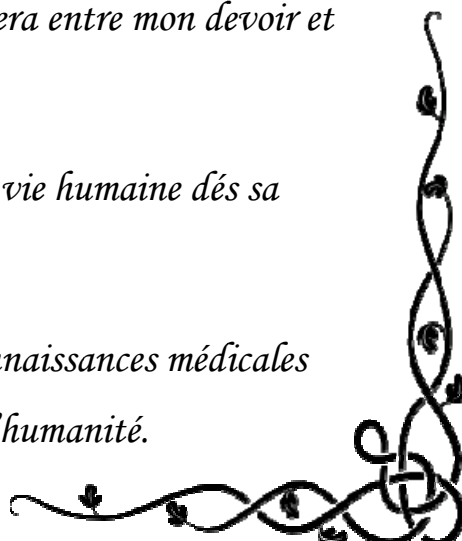
*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*





# *Liste des Professeurs*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. BadieAzzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr.Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE EIMouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI ElOuafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie

ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMARRidouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAFIK Redda	Neurologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie-générale	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique

AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MAOULAININE FadlMrabihrabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique

EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie– obstétrique	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
FAKHRI Anass	Histologie– embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro–entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI FatimaEzzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELLASRI Salah	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DAMI Abdallah	Médecine Légale	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation

**LISTE ARRÊTÉE LE 22/04/2019**



# *Dédicaces*



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »*

*Marcel Proust.*



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que*

*Je dédie cette thèse ...* 

الله

*Louange à Dieu tout puissant,  
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

### *A La mémoire de mes grands-parents*

*Qui ont toujours été dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie aujourd'hui ce travail.  
Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.*

### *A ma merveilleuse mère*

*Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice.*

*Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.*

*Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. Depuis mon enfance, tu étais toujours mon idole ; ta force et ton courage étaient et seront toujours ma plus grande inspiration.*

*Ce modeste travail, qui est avant tout le tien, n'est que la consécration de tes grands efforts et tes immenses sacrifices. Sans toi je ne saurais arriver où je suis.*

*J'espère rester toujours digne de ton estime. Puisse Dieu tout puissant te préserver de tout mal, te*

*combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

*Je t'aime maman.*

### *A mon très cher père*

*Plus qu'un père, tu as toujours été mon meilleur ami et mon confident.*

*Ta simplicité de vivre, ton optimisme et ton grand cœur m'ont appris l'essence de la vie.*

*De tous les pères, tu es le meilleur.*

*Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et perfectionnisme.*

*En témoignage de brut d'années de sacrifices, de sollicitudes, d'encouragement et de prières.*

*En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves.*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mes respects, ma reconnaissance et mon profond amour.*

*Puisse Dieu te préserver et te procurer santé et bonheur*

*Je t'aime papa.*

***A ma sœur Ghita et mon frère Mohamed***

*Vous étiez à mes côtés pendant toutes les étapes de ma vie, je vous en suis très reconnaissant.*

*Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels d'amour et d'attachement que j'éprouve à votre égard.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union qui s'est tissée au fil des jours.*

*Puisse dieu vous protéger, garder et renforcer notre fraternité et notre amour inconditionnel.*

***A mes oncles et tantes, cousins et cousines, aux membres de ma famille, petits et grands, J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom.***

*Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années.*

*En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et l'amour sincère que je vous porte.*

***A ma très chère Maroua***

*Bien que ces simples mots soient insuffisants pour te remercier, en gage de gratitude, je tiens à rendre mille grâce à une personne qui a toujours été là pour moi.*

*En témoignage des souvenirs, de tous les moments que nous avons passés ensemble, je te dédie ce travail. Puisse Dieu te préserver, te procurer le bonheur et la réussite.*

***A mes meilleurs amis Anas AUHMANNI et Soukaina BENLAMKADEM***

*Nous avons traversé beaucoup de moments ensemble, les bons comme les plus difficiles.*

*Tout est gravé dans le plus profond de ma mémoire, témoin de notre complicité ....*

*Je vous remercie de m'avoir soutenu.*

*Votre présence dans ma vie sera toujours une source de bonheur.*

*Et pour cela je vous remercie.*

*Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de réussite.*

***A mes cousins Soulaymane RACHDA et Othmane NASSAF***

*Pour tous les moments de folie qu'on a passés ensemble,*

*Vous vendez du rêve, vous m'inspirez, tous les jours un peu plus !*

*je vous dédie mes chères amis ce travail,*

*avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*

*A mes très chers amis ; Younes CHIKI, Zineb BENCHARFA, Simo BOUNA, Khalil elbaz,  
Othmane LAMOUIHI*

*Merci pour tous ces petits moments qui sont devenus inoubliables grâce à vous.  
Ce sont souvent des petits moments qui paraissent banals qui créent les meilleurs  
souvenirs.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de  
mon amour sincères et fidèles.*

*A mes chers amis ; Mohamed BENCHOUK, Youssa BENNOUNA, Soumia  
BENLAMINE, Sara BENBIBA*

*Quel plaisir que de vous avoir côtoyés ces quelques années.  
Que ce travail soit le témoignage des bons moments que nous avons passé ensemble.*

*A mes chers amis ; Soukaina BOUDDA, Warda CHAJA, Hamza BOUSFIHA, Oumayma  
BOULAHYAN*

*Une belle rencontre comme on en fait peu.  
A tous ces bons moments passés ensemble, à tous nos éclats de rire, à nos souvenirs.*

*A Tous mes amis,*

*Marouane FAQIRI, Mehdi SOUALHIA, Amine NEJMEDINE, Hicham EL OMARI,  
Yassine CHAIT, Nizar NOUIDI, Walid EL HARICH, Achraf TIMSAHI, Reda  
RHAZI, Adib CHOUKRI, Sara NABIL, Dalila LAHNA, Amina BOUDDA, Salma  
BOUJNANE,*

*Merci pour votre amitié et votre soutien infailible. Que de bons moments passés ensemble.  
Je ne vous oublierai jamais et j'espère que la vie, nous permettra de nous revoir plus  
souvent.*

*A tous les collègues de classe, d'amphithéâtre et de stage hospitalier.*

*A tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer.*

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.  
Aux malades...*



*Remerciements*



**A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MONSIEUR LE  
PROFESSEUR BOURROUS MOUNIR**

*C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail.*

*Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles.*

*Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fier d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.*

**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE  
PROFESSEUR ZOUHAIR Saïd**

*Nous sommes très honoré de vous avoir comme président du jury de notre thèse.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.*

*Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.*

*Veillez, cher Maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.*

**A NOTRE MAÎTRE PROFESSEUR RADA NOUREDDINE  
NOUS VOUS REMERCIONS, CHER PROFESSEUR POUR AVOIR  
ACCEPTÉ DE DIRIGER CE TRAVAIL.**

*Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos  
qualités professionnelles*

*ne peuvent que susciter ma grande estime.*

*Vous m'avez toujours épaulé, soutenu et encouragé  
en tant qu'étudiant dans votre service.*

*Vous êtes un exemple à suivre.*

*Veillez trouver ici, l'assurance de mon profond respect, ma profonde  
admiration et ma sincère gratitude.*

**A NOTRE MAÎTRE PROFESSEUR KAMILI EL OUAFI EL AOUNI  
VOUS NOUS FAITES UN GRAND HONNEUR EN ACCEPTANT  
DE VOUS ASSOCIER A NOTRE JURY DE THÈSE.**

*Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer  
notre profonde reconnaissance.*

*Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes  
qualités humaines et professionnelles.*

*Votre compétence et votre dévouement sont pour nous un exemple à  
suivre dans l'exercice de la profession médicale.*

*Veillez croire, chère Maître, à l'expression de notre sincère  
reconnaissance et notre grand respect.*

**A NOTRE MAÎTRE PROFESSEUR HACHIMI ABDELHAMID**

*Veillez accepter Professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt  
que vous avez porté à ce travail*

*en acceptant de faire partie de mon jury de thèse.*

*Veillez trouver ici, cher Maître,*

*le témoignage de mes sentiments respectueux et dévoués.*



*Liste d'abreviation*



## Liste d'abreviation

<b>BNSE</b>	: Bas niveau socio-économique
<b>CAT</b>	: Conduite à tenir
<b>C3G</b>	: Céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMI</b>	: Concentration minimale inhibitrice
<b>CRP</b>	: Protéine C réactive
<b>DEP</b>	: Débit expiratoire de pointe
<b>DR</b>	: Détresse respiratoire
<b>ED</b>	: Examen direct
<b>FC</b>	: Fréquence cardiaque
<b>FMP</b>	: Faculté de médecine et de pharmacie
<b>FR</b>	: Fréquence respiratoire
<b>HTIC</b>	: Hypertension intracrânienne
<b>IIA</b>	: Invagination intestinale aiguë
<b>IM</b>	: Intramusculaire
<b>INN</b>	: Infection néonatale
<b>IV</b>	: Intraveineuse
<b>IVL</b>	: Intraveineuse lente
<b>LCR</b>	: Liquide céphalo-rachidien
<b>MG</b>	: Médecins généralistes
<b>NFS</b>	: Numération de la formule sanguine
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**PAD** : Pression artérielle diastolique

**PAS** : Pression artérielle systolique

**PCIME** : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

**PCT** : Procalcitonine

**PFA** : Paralyse flasque aiguë

**PL** : Ponction lombaire

**PNA** : Pyélonéphrite aiguë

**PO** : Per os

**PSDP** : Pneumocoque à sensibilité diminuée à la pénicilline

**SA** : Semaines d'aménorrhées

**SNC** : Système nerveux central

**SRO** : Sels de réhydratation orale

**TA** : Tension artérielle

**TDM** : Tomodensitométrie

**TRC** : Temps de recoloration cutanée

**VVP** : Voie veineuse périphérique



# *Plan*



<b>INTRODCUTION</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>3</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>8</b>
<b>I. Description de la population selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles</b>	<b>9</b>
1. sexe :	9
2. Age :	9
3. Lieux d'étude :	10
4. Ancienneté dans la fonction publique	11
5. Ancienneté dans le poste actuel	11
6. Formation spécifique en pédiatrie ou en urgences pédiatriques	11
<b>II. Description de la population selon les connaissances et attitudes</b>	<b>12</b>
1. Les urgences les plus courantes	12
2. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant une pyélonéphrite aiguë chez le nourrisson	15
3. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant une bronchiolite aiguë sévère	18
4. Prise en charge d'une crise d'asthme aiguë grave de l'enfant	19
5. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant une déshydratation aiguë de l'enfant	20
6. Traitement d'une pneumonie typique de l'enfant	21
7. Conduite à tenir des médecins généralistes devant une paralysie flasque aiguë	22
8. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant un syndrome méningé fébrile	23
9. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant un purpura fébrile	24
10. Conduite à tenir devant une suspicion d'infection néonatale.	25
11. Conduite à tenir devant un syndrome occlusif chez un nourrisson.	25
<b>DISCUSSION</b>	<b>26</b>
<b>I. Population statistique de l'étude.</b>	<b>27</b>
<b>II. Caractéristiques de notre population</b>	<b>27</b>
1. Sexe :	27
2. Age :	28
3. Lieux d'études médicales :	28
4. Selon l'ancienneté dans la fonction publique et dans le poste actuel :	28
<b>III. Formation continue en pédiatrie</b>	<b>29</b>
<b>IV. Connaissances et attitudes face aux urgences pédiatriques</b>	<b>29</b>
1. Les urgences pédiatriques les plus fréquemment vues en consultation	29
2. Pyélonéphrite aiguë	30
3. Bronchiolite virale aiguë	33
4. Asthme aiguë grave	35
5. Déshydratation aiguë	38

6. Pneumonie	42
7. Paralysie flasque aiguë	45
8. Syndrome méningée fébrile et purpura fulminans	47
9. Infections néonatales	54
10. Syndrome occlusif	55
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>58</b>
<b>PERSPECTIVES DE RECHERCHE</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>65</b>
<b>RESUME</b>	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>79</b>



# *Introduction*



Les urgences pédiatriques doivent occuper une grande place dans le système de santé de tous pays. Au Maroc, les enfants de moins de 15 ans représentent 27% de l'ensemble de la population en 2017 [1]. Ainsi les problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant figurent parmi les actions prioritaires de santé retenues par les autorités.

Les urgences pédiatriques nécessitent une reconnaissance précoce et le lancement d'interventions diagnostiques et thérapeutiques spécifiques pour prévenir d'autres complications. La pédiatrie et les autres disciplines médicales et paramédicales et surtout la médecine générale ont un grand défi à relever celui de réduire la morbidité et la mortalité infantiles.

Le médecin généraliste a souvent le premier contact avec l'enfant avant même une consultation spécialisée. Ce rôle demeurera pour longtemps primordial, tant que l'affectation des pédiatres auprès des urgences et des centres de santé est loin d'être généralisée et tant que le coût d'une consultation privée demeure prohibitif pour une large tranche de la population marocaine à revenu limité.

Ces considérations exigent que le médecin généraliste doit posséder une solide connaissance ainsi qu'une excellente prise en charge en matière d'urgences pédiatriques. La bonne pratique de cette activité joue un rôle capital pour améliorer le pronostic et éviter les complications.

Notre étude a pour objectifs, à travers une enquête auprès des MG d'évaluer :

- 1- Les connaissances des MG en termes d'urgences pédiatriques.
- 2- Les attitudes des MG face aux urgences pédiatriques.
- 3- Les difficultés rencontrées par les mg en pratique quotidienne face aux urgences pédiatriques.
- 4- Les besoins exprimés en formation continue, sur les problèmes spécifiques de l'urgence pédiatrique.



## *Matériels et méthodes*



## **1. Type de l'étude**

Notre travail consiste en une enquête sur les connaissances et les attitudes des MG exerçant dans la région de Marrakech-Safi, face aux urgences pédiatriques.

## **2. Contexte de l'étude**

Notre étude avait pour cible les médecins généralistes exerçant au niveau de la région de Marrakech-Safi, et précisément aux provinces suivantes :

- Marrakech.
  - El Kelaâ des Sraghna.
  - Safi.
- a) **Aperçu sur la région de Marrakech-Safi [1].**

La région de Marrakech-Safi s'étend sur une superficie de 39 167 km<sup>2</sup> et compte 4 520 569, soit une densité de 115 habitants au km<sup>2</sup> et une superficie de 5,5% du territoire national.

Elle est limitée :

- au Nord par la région du Grand Casablanca-Settat,
- à l'Est par la région de Beni Mellal-Khénifra,
- au Sud-Est par la région de Drâa-Tafilalet,
- au Sud par la région de SoussMassa
- et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

La région compte huit provinces et une préfecture :

- ✓ Chichaoua,
- ✓ Al Haouz,
- ✓ El Kelâa des Sraghna,
- ✓ Essaouira,
- ✓ Rehamna,
- ✓ Safi,
- ✓ Youssoufia
- ✓ et la préfecture de Marrakech.

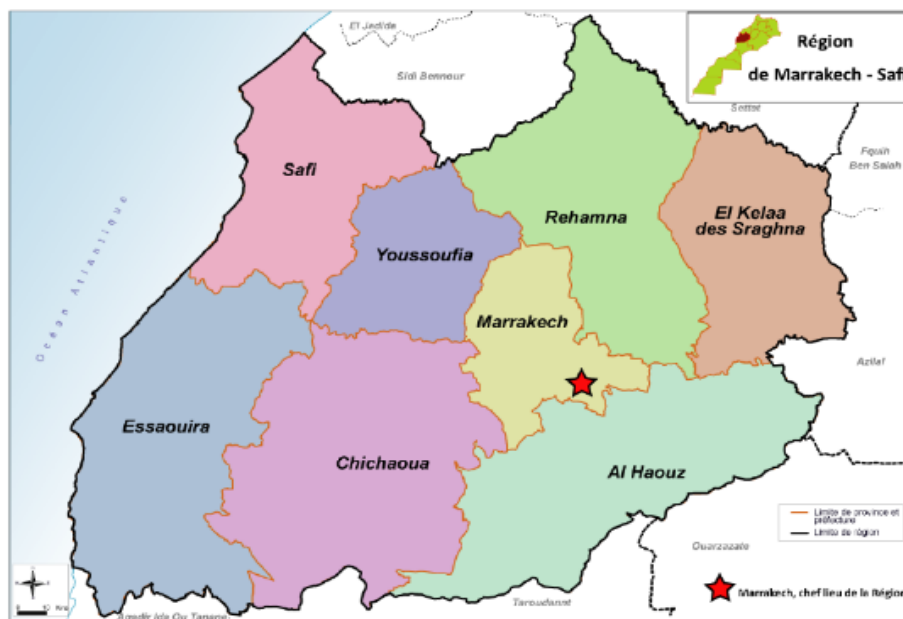
## Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques

Le nombre de communes est de 215 dont 18 urbaines et 197 rurales soit à peu près 14 % de l'ensemble des communes à l'échelon national.

Le chef-lieu de la région est la préfecture de Marrakech.

### Population municipale totale par provinces

- Marrakech	1 323 005
- Safi	691 983
- Al Haouz	571 999
- El Kelâa des Sraghna	535 753
- Essaouira	449 133
- Chichaoua	369 494
- Rehamna	311 457
- Youssoufia	251 943



### Provinces de la région de Marrakech-Safi [2]

**b) Répartition des médecins généralistes dans la région de Marrakech-Safi [3].**

Selon le ministère de la santé, en 2013, le nombre de médecins généralistes exerçant au sein du réseau des Etablissements de Soins de Santé Primaires était de :

- 99 médecins généralistes à Marrakech.
- 14 médecins généralistes à Safi.
- 21 médecins généralistes A EL KELAA DES SRAGHNA.

### **3. Conception du questionnaire :**

Pour évaluer les connaissances et les attitudes des Médecins Généralistes vis à vis des urgences pédiatriques, nous avons élaboré un questionnaire contenant 23 questions fermées et ouvertes.

La conception du questionnaire s'est faite sur plusieurs étapes :

- ❖ Documentation, qui consiste à consulter les documents traitant les enquêtes sur les urgences pédiatriques.
- ❖ Conception et rédaction du questionnaire.
- ❖ Correction par 4 professeurs et mise au point du questionnaire.
- ❖ Test du questionnaire par 4 médecins généralistes.
- ❖ Remplissage par les médecins généralistes de la région de Marrakech-Safi.

### **4. Collecte et saisie des données :**

La distribution du questionnaire s'est faite sur une période de 2 mois (janvier et février 2019). Les enquêtés ont procédé à la consignation des réponses sur le support papier qu'on leur a remis, sans l'aide d'un intervieweur. Une fois les questionnaires récupérés, on a procédé sur place à leur vérification. Un retour chez nos répondants, pour éventuellement combler les lacunes, était exclu, du fait du caractère anonyme de l'enquête.

L'ensemble des données, ainsi recueillies dans le cadre de cette enquête ont été codées, saisies et traitées sur Excel.

**5. Analyse statistique :**

L'analyse des résultats a été réalisée en utilisant le logiciel Excel 2007.

**6. Considérations éthiques :**

Cette étude a été entreprise avec respect des lois Marocaines et de la déclaration d'Helsinki pour la protection des personnes [4]. Les participants ont été informés des objectifs de l'enquête, et leur consentement a été obtenu avant l'administration du questionnaire. Tout au long de l'étude, l'anonymat et le respect de la confidentialité des données ont été assurés.



# *Résultats*

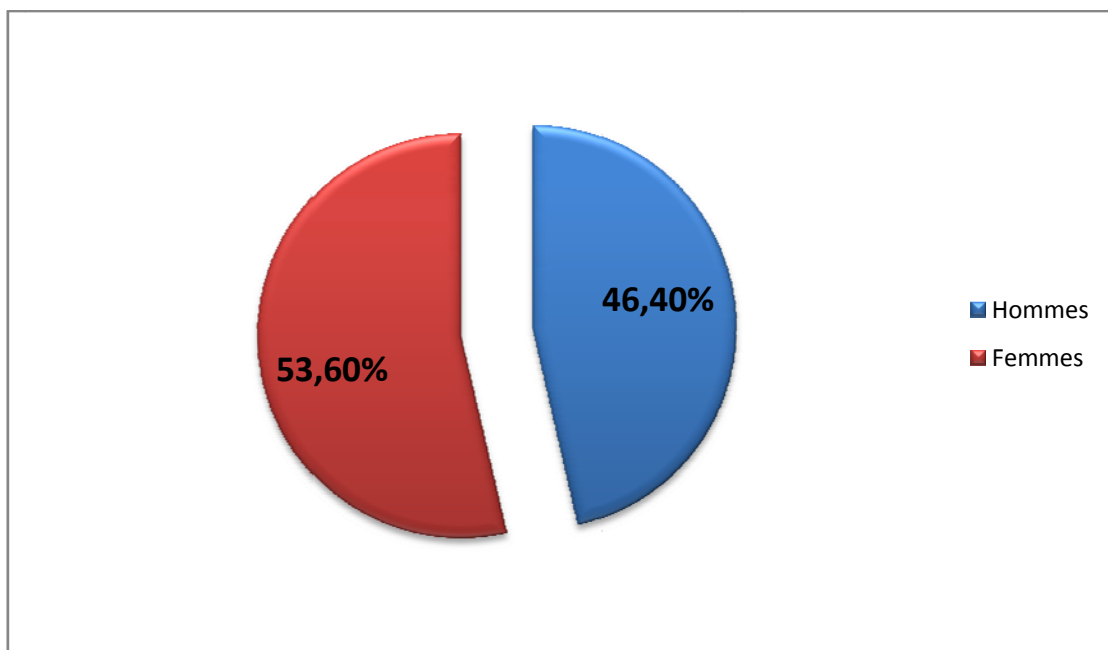


Dans le cadre de ce travail, 125 médecins généralistes exerçant dans la région de MARRAKECH-SAFI ont été contactés pour y participer. Nous avons reçu 112 réponses ; soit un taux de participation de 89.6 %.

## **I. Description de la population selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles**

### **1. sexe :**

Dans notre étude, 52 médecins étaient de sexe masculin (46,4%), soit un sexe ratio Homme/Femme de 0,86.



**Figure 1 : Répartition des médecins selon le sexe**

### **2. Age :**

L'âge moyen des médecins était de 43,5 ans, avec des extrêmes allant de 26 à 61 ans.

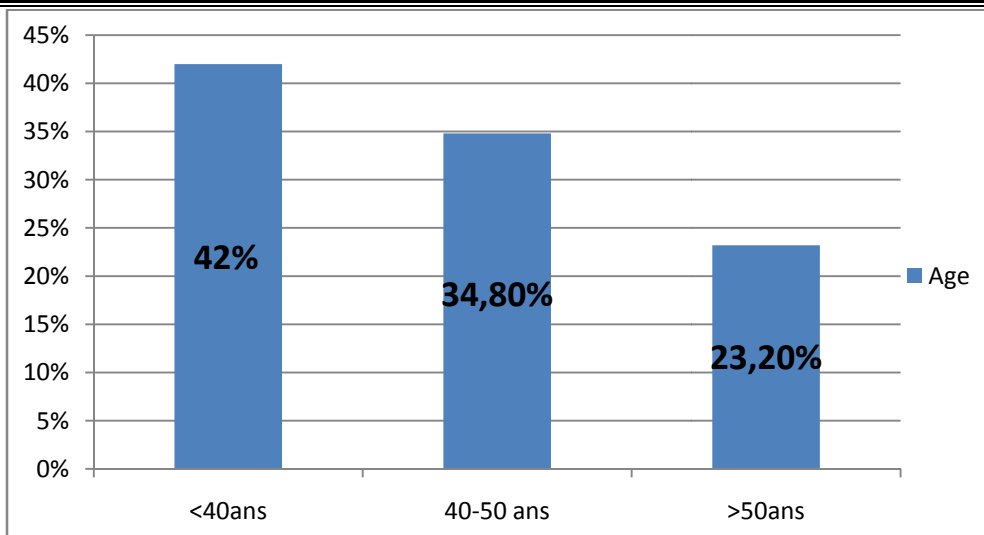


Figure 2 : Répartition des médecins selon l'âge

### 3. Lieux d'étude :

La majorité (92%) de nos médecins généralistes sont des lauréats des Facultés de médecine et de pharmacie au Maroc.

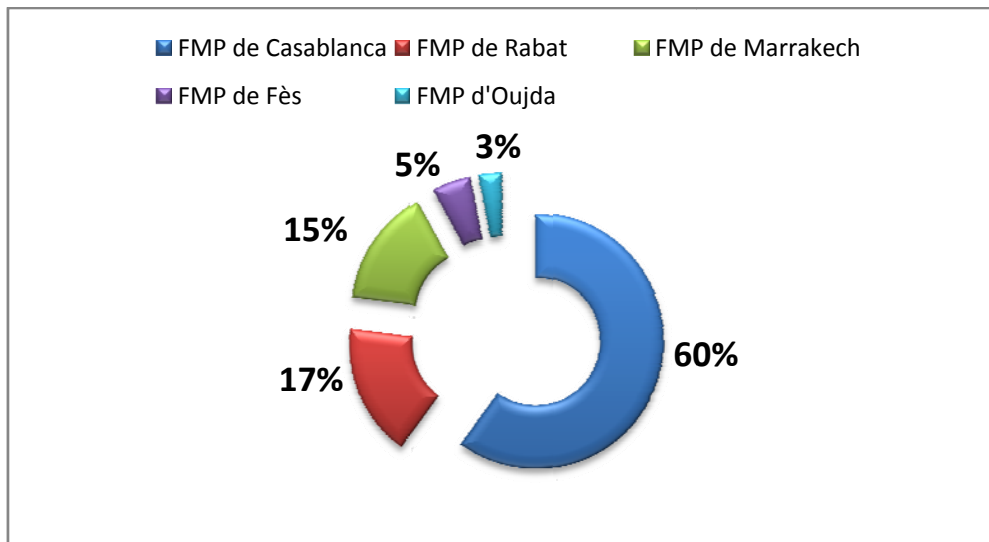


Figure 3 : Répartition selon le lieu d'étude

#### 4. Ancienneté dans la fonction publique

Tableau I : Répartition en fonction de l'ancienneté dans la fonction publique

Ancienneté dans la fonction publique	Effectif	pourcentage
< 10 ans	37	33%
10-20 ans	47	42%
> 20 ans	28	25%
Total	112	100%

#### 5. Ancienneté dans le poste actuel

Tableau II : Répartition selon l'ancienneté dans le poste actuel

Ancienneté dans le poste actuel	Effectif	Pourcentage
< 10 ans	38	34%
10-20 ans	45	40%
> 20 ans	29	26%
Totale	112	100%

#### 6. Formation spécifique en pédiatrie ou en urgences pédiatriques

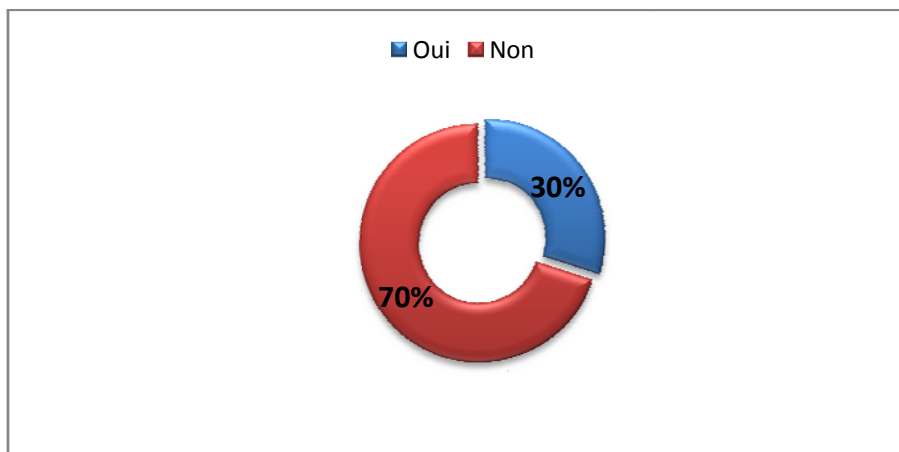
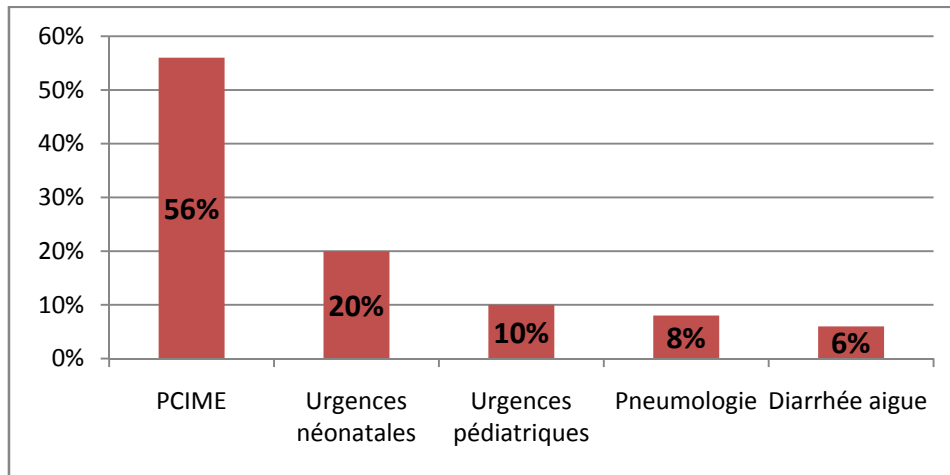


Figure 4: Répartition des médecins selon la formation spécifique en pédiatrie ou en urgences pédiatriques

Dans notre étude, 30% des médecins ont déjà eu une ou plusieurs formation(s) en pédiatrie ou en urgences pédiatriques. La PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) était la plus fréquente (82%).

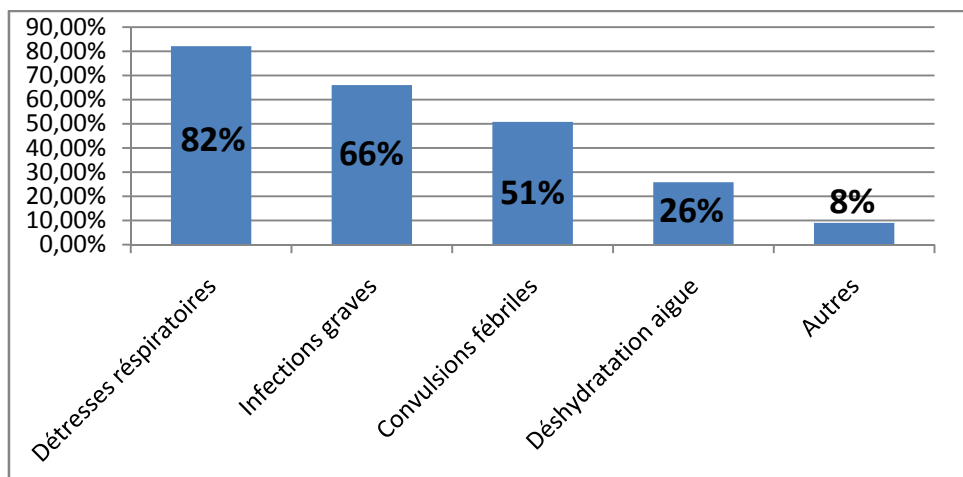


**Figure 5: Répartition des médecins selon le type de formation**

## **II. Description de la population selon les connaissances et attitudes**

### **1. Les urgences les plus courantes**

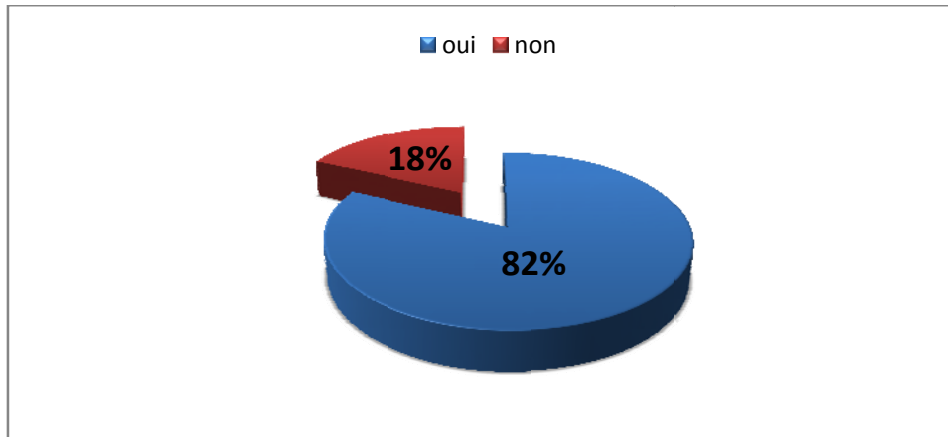
Les urgences les plus courantes étaient dominées par les détresses respiratoires (82%), suivie par les infections graves (66%).



**Figure 6: Répartition des urgences les plus courantes vues par les MG**

### 1.1 Détresses respiratoires

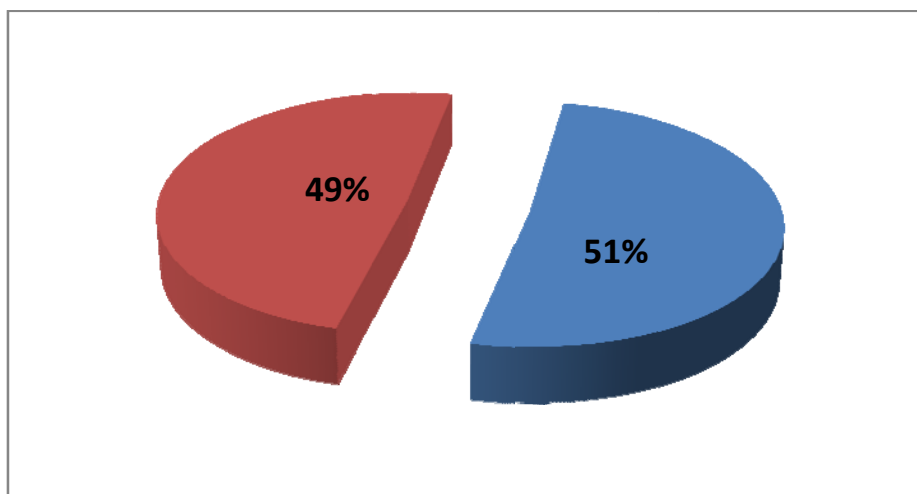
Les détresses respiratoires étaient vues fréquemment par 92 des médecins (82%).



**Figure 7: Répartition des médecins considérant que les détresses respiratoires sont fréquentes.**

### 1.2 Convulsions fébriles

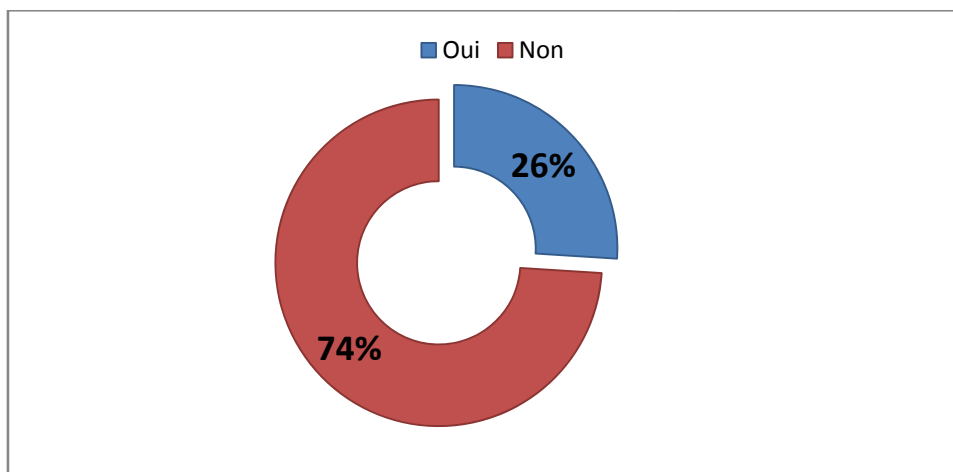
Les convulsions fébriles étaient vues fréquemment par 57 des médecins (51%).



**Figure 8: Répartition des médecins considérant que les convulsions fébriles sont fréquentes.**

### 1.3 Déshydratation aiguë

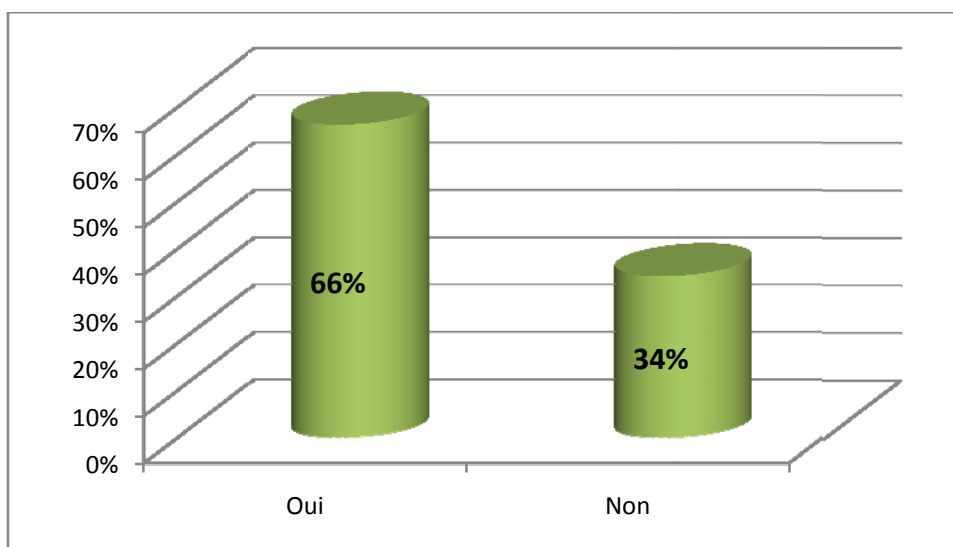
La déshydratation aiguë était vue fréquemment par 29 des médecins (26%).



**Figure 9: Répartition des médecins considérant que la déshydratation aiguë est fréquentes.**

### 1.4 Infections graves (méningite, pyélonéphrite.....)

Les infections graves étaient vues fréquemment par 47 des médecins (66%).

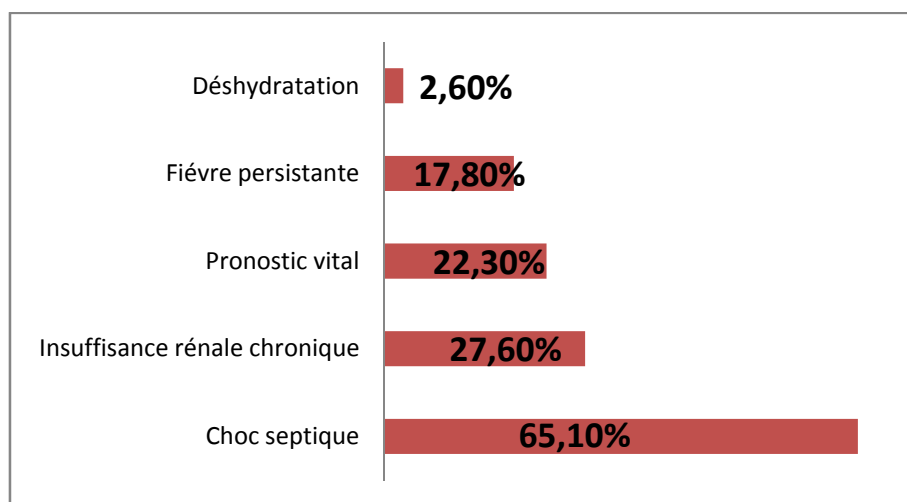


**Figure 10: Répartition des médecins considérant que les infections graves sont fréquentes.**

## 2. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant une pyélonéphrite aiguë chez le nourrisson

### 2.1 Pyélonéphrite aiguë chez le nourrisson

Parmi les 112 médecins interrogés, 111 médecins considéraient la pyélonéphrite aiguë du nourrisson comme étant une urgence, justifiant cela comme suit :



**Figure 11: Les risques de la pyélonéphrite aiguë du nourrisson selon les médecins interrogés**

### 2.2 Attitudes des médecins généralistes devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson

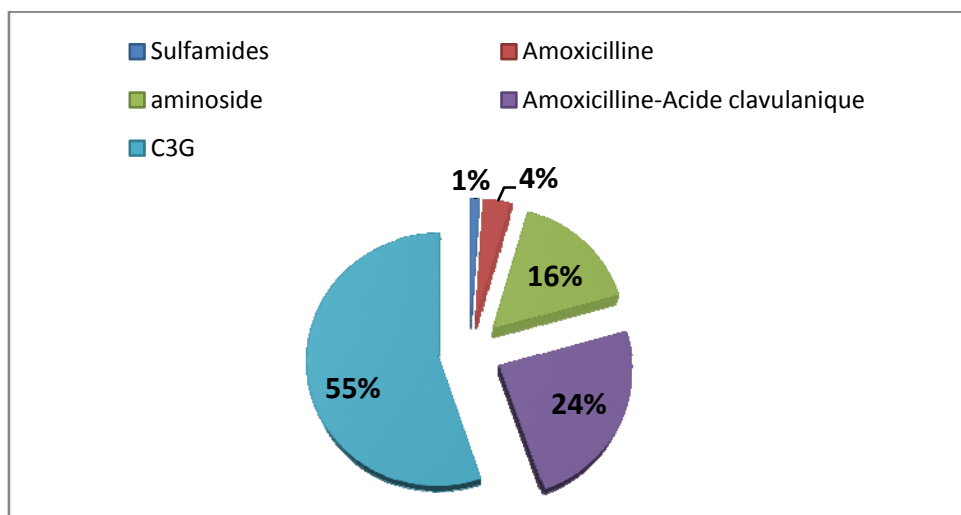
Presque la totalité des médecins (94.7%) adoptaient l'hospitalisation comme conduite à tenir devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson.

**Tableau III : Attitudes des médecins généralistes devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson**

CAT	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation	106	94,7%
Antibiothérapie et bilan à domicile	4	3,5%
Autres :	2	1,8%
Adresser au Spécialiste	1	0,9%
Hospitalisation si < 3mois ou complications	1	0,9%
Total	112	100%

**2.3 Molécule utilisée devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson avant les résultats du bilan**

Parmi les 112 médecins interrogés, plus de la moitié ont choisi les C3G devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson.



**Figure 12:La molécule prescrite par les médecins généralistes devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson.**

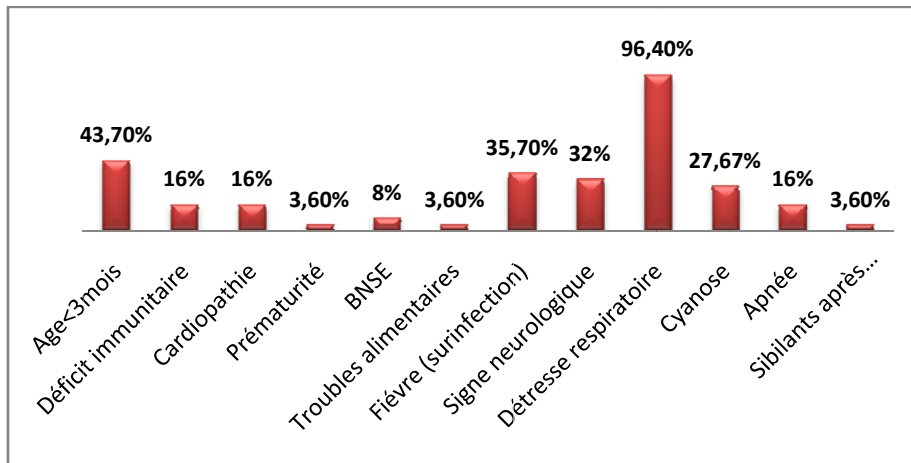
**Tableau IV: La molécule prescrite par les médecins généralistes devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson avant les résultats du bilan**

Molécule	Effectif	Pourcentage	Dose mg/kg/j	Effectif	Pourcentage
Sulfamides	1	1%	-	-	-
Amoxicilline	4	4%	100	1	1%
			50	3	3%
Aminoside	18	16%	15	2	1,75
			10	2	1,75
			3à5	14	12,5
Amoxicilline-acide clavulanique	27	24%	100	12	10,6%
			80	15	13,4%
Ceftriaxone	50	54,5%	100	10	9%
			50	40	35,5%
Cefotaxime	12	10,5%	100	10	9%
			50	2	1,5%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

### 3. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant une bronchiolite aiguë sévère

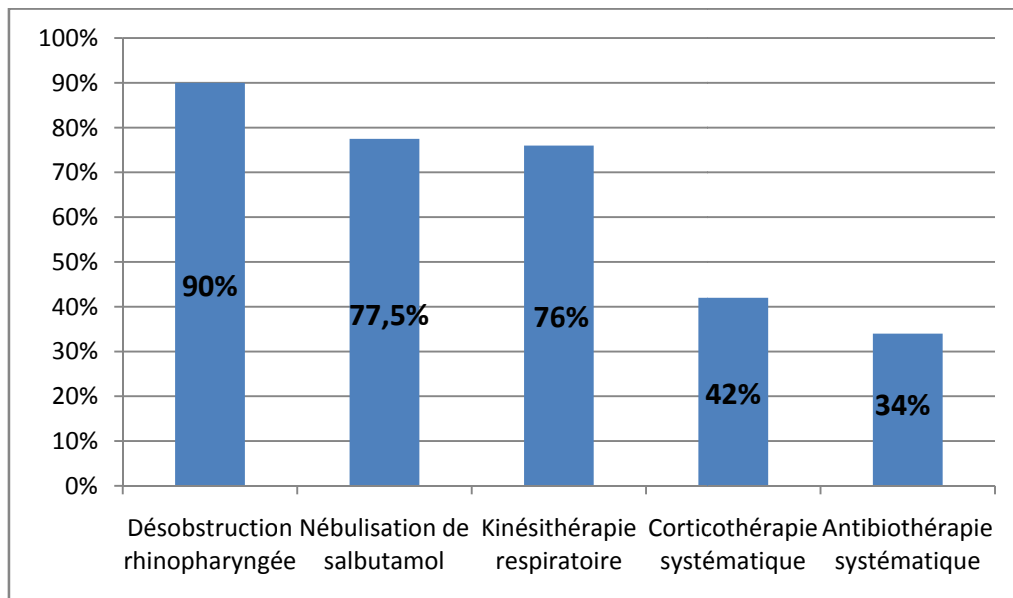
#### 3.1 Critères de gravité d'une bronchiolite virale aiguë

Les détresses respiratoires sont considérées par la majorité des médecins comme étant un critère de gravité en cas d'une bronchiolite virale aiguë.



**Figure 13: Critères de gravité d'une bronchiolite virale aiguë selon nos médecins interrogés**

#### 3.2 Attitudes lors de l'hospitalisation d'un nourrisson souffrant d'une bronchiolite sévère



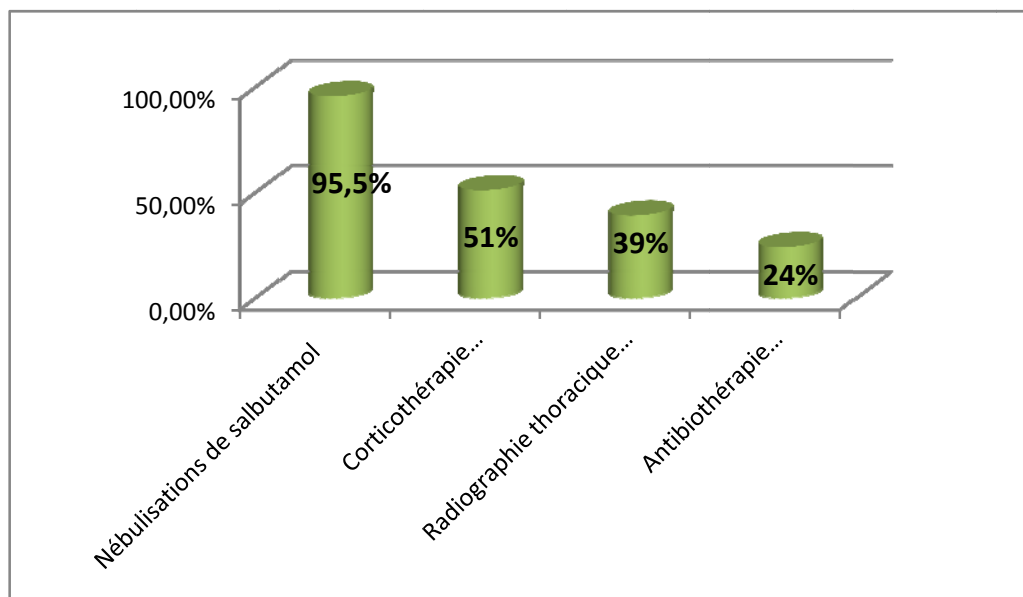
**Figure 14: Attitudes des MG lors de l'hospitalisation d'un nourrisson souffrant d'une bronchiolite sévère**

Parmi nos interrogés, 8 médecins ont rajouté d'autres attitudes :

- Oxygénothérapie : 7 médecins
- Hydratation : 7 médecins

#### **4. Prise en charge d'une crise d'asthme aiguë grave de l'enfant**

Devant une crise d'asthme aiguë grave de l'enfant, presque la totalité des médecins généralistes ont choisi les nébulisations au salbutamol.

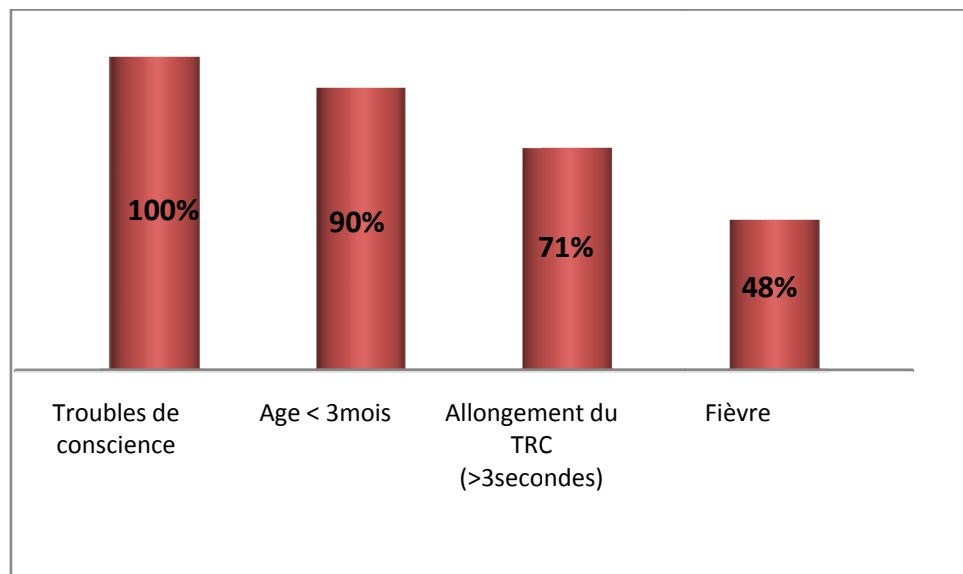


**Figure 15: Prise en charge devant une crise d'asthme aiguë grave selon les médecins interrogés**

## 5. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant une déshydratation aiguë de l'enfant

### 5.1 Les signes de gravité qu'il faut rechercher devant une déshydratation aiguë de l'enfant

La totalité des médecins interrogés ont choisi les troubles de conscience comme signe de gravité.



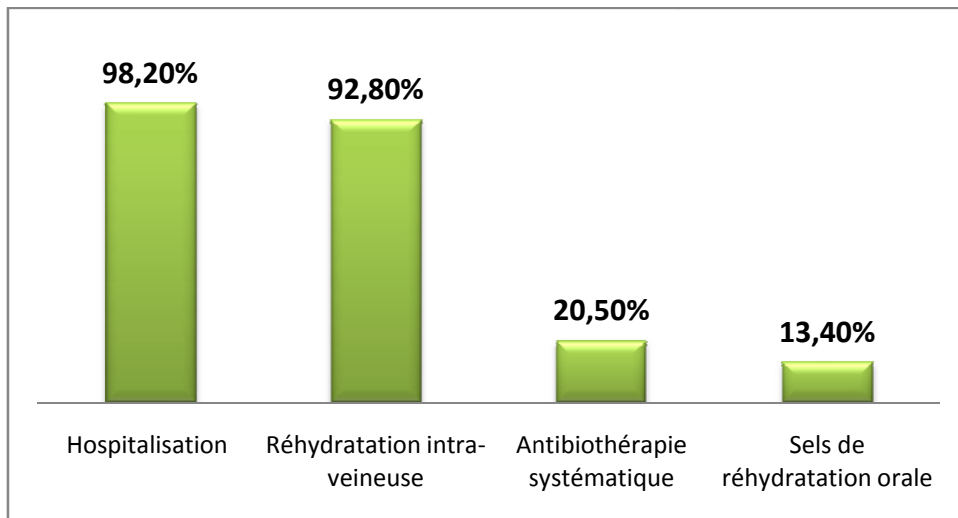
**Figure 16: Signes de gravité d'une déshydratation aiguë de l'enfant selon les médecins interrogés**

Les autres réponses étaient comme suit :

- + perte de poids > 10% (4 médecins)
- + Pli cutané constant (3 médecins)
- + Refus de téter (1 médecin)
- + signes de choc (1 médecin)

### 5.2 Conduite à tenir des MG devant une diarrhée aiguë avec une déshydratation aiguë grave

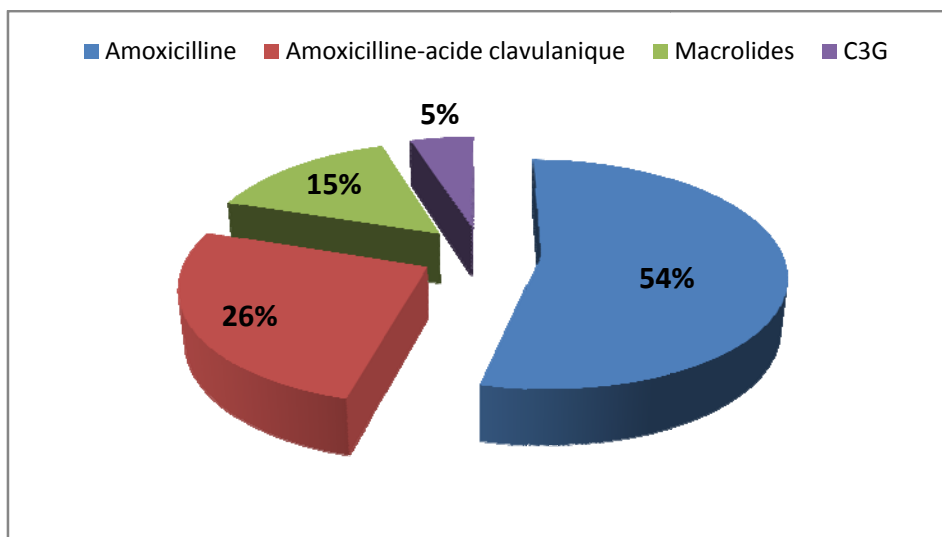
Presque la totalité des médecins interrogés hospitalisaient le patient et la majorité a choisi la réhydratation par voie intraveineuse.



**Figure 17: Prise en charge d'une diarrhée aiguë avec déshydratation aiguë grave par nos médecins interrogés**

## **6. Traitement d'une pneumonie typique de l'enfant**

Plus que la moitié des médecins interrogés donnaient l'Amoxicilline devant une pneumonie typique.



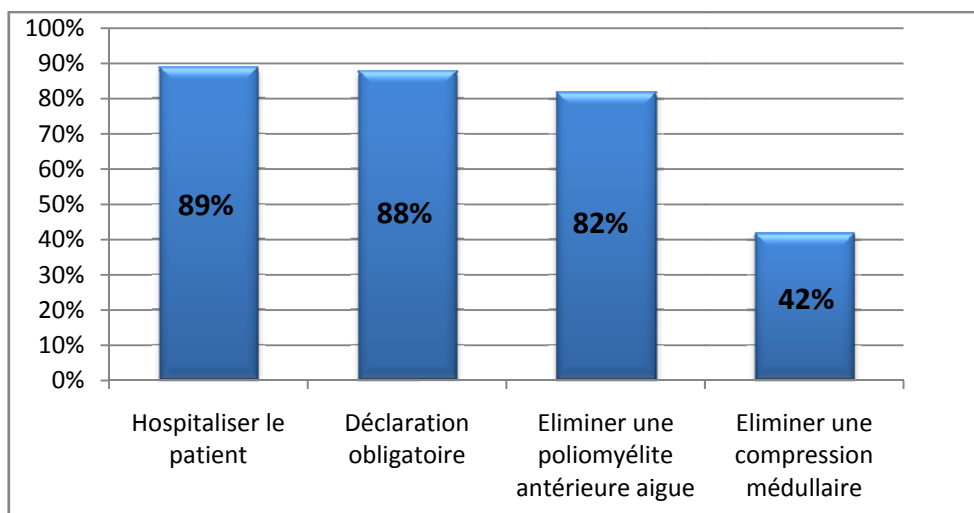
**Figure 18 : Molécule prescrite devant une pneumonie typique par nos médecins interrogés**

**Tableau V: Molécule utilisée par les médecins généralistes devant une pneumonie typique de l'enfant**

Molécule	Effectif	pourcentage	Dose mg/kg/j	Effectif	Pourcentage
Amoxicilline	61	54,5%	100	40	35,7%
			80	5	4,5%
			50	20	17,9%
Amoxicilline-acide clavulanique	29	25,6%	80	18	16%
			50	10	9%
Macrolides	17	15,4%	100	4	3,6%
			50	12	10,7%
C3G	5	4,5%	80	3	2,6%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	-	<b>112</b>	<b>100%</b>

## 7. Conduite à tenir des médecins généralistes devant une paralysie flasque aiguë

La majorité de nos médecins interrogés ont choisi d'hospitaliser le patient.



**Figure 19 : Prise en charge d'une paralysie flasque aiguë par nos médecins interrogés**

## 8. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant un syndrome méningé fébrile

### 8.1 Prise en charge d'un syndrome méningé fébrile par nos médecins interrogés

Tous nos médecins ont choisi d'hospitaliser le patient, et la majorité a choisi de démarrer une antibiothérapie après la réalisation d'une ponction lombaire.

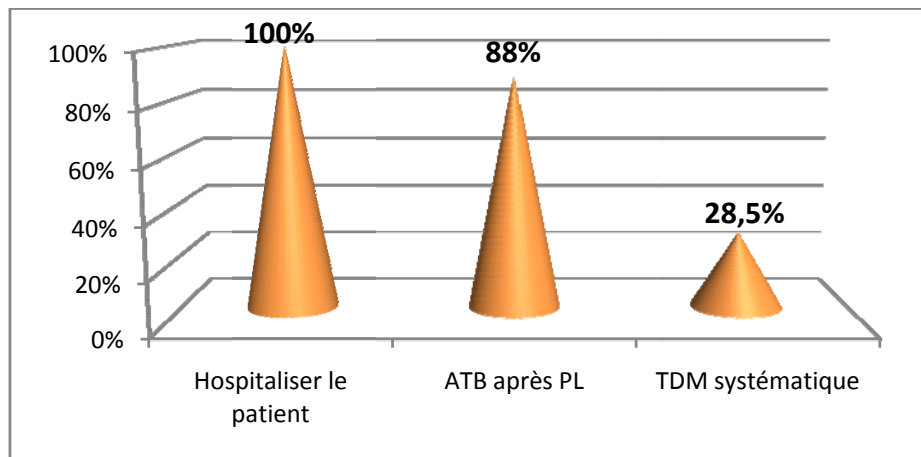


Figure 20: Prise en charge d'un syndrome méningé fébrile par nos médecins interrogés

### 8.2 Signes de gravité recherchés devant un syndrome méningé fébrile :

La majorité a choisi le purpura, les troubles de conscience et les signes d'HTIC comme signes de gravité.

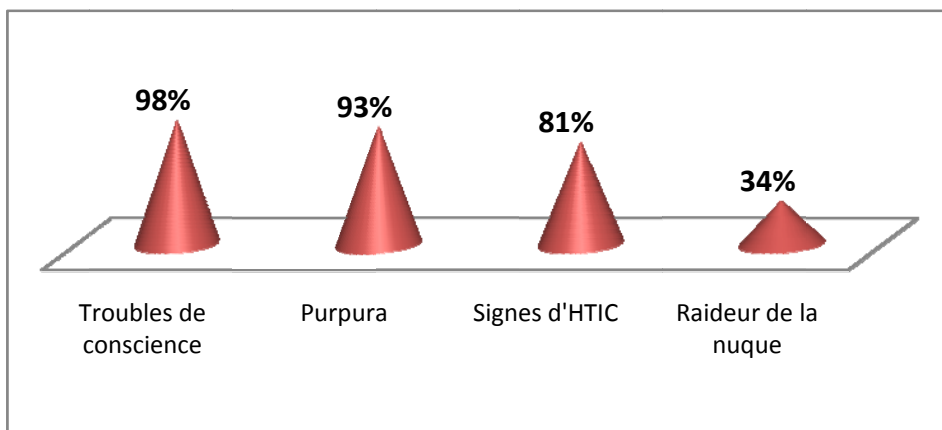


Figure 21: Signes de gravité devant un syndrome méningé fébrile selon nos médecins interrogés

## 9. Connaissances et attitudes des médecins généralistes devant un purpura fébrile

### 9.1 Conduite à tenir des médecins généralistes devant un purpura fébrile

Tableau VI : Prise en charge d'un purpura fébrile par nos médecins interrogés

Référer le patient aux urgences	61	54,4%
Administer une antibiothérapie par voie parentérale avant de référer le patient aux urgences	49	43,8%

### 9.2 Molécule prescrite devant un purpura fébrile par nos médecins interrogés

La majorité des médecins interrogés a choisi les céphalosporines de 3ème génération.

Tableau VII : Molécule prescrite par les médecins interrogés devant un purpura fébrile

Molécule	Effectif (pourcentage)	Dose mg/kg/j	Effectif (pourcentage)
C3G	99 (88,4%)	100	69 (61,6%)
		50	30 (26,8%)
Amoxicilline-acide clavulanique	9 (8%)	100	9 (8%)
Amoxicilline	4 (3,6)	100	4 (3,6%)
Total	112 (100%)	-	112 (100%)

**10. Conduite à tenir devant une suspicion d'infection néonatale.**

**Tableau VIII : Prise en charge d'une infection néonatale suspectée**

Hospitalisation	109	97%
Antibiothérapie probabiliste IV avec surveillance	69	62%
Antibiothérapie probabiliste PO avec surveillance	9	8%
Surveillance sans antibiothérapie probabiliste	4	3,5%
Autres	4	3,5%

**11. Conduite à tenir devant un syndrome occlusif chez un nourrisson.**

Devant un syndrome occlusif chez un nourrisson jamais opéré, la majorité des médecins a évoqué en premier lieu l'invagination intestinale aiguë.

**Tableau IX : Premier diagnostic à évoquer devant un syndrome occlusif chez un nourrisson par nos médecins interrogés**

Le diagnostic à évoquer	Effectif	Pourcentage
Invagination intestinale aiguë	103	92%
Volvulus	6	5,3%
Péritonite	2	1,8%
Iléus réflexe	1	0,9%
Total	112	100%



# *Discussion*



## **I. Population statistique de l'étude.**

Dans le cadre de ce travail, 125 médecins généralistes exerçant dans la région de MARRAKECH-SAFI ont été contactés, Nous avons reçu 112 réponses, soit un taux de participation de 89.6 %.

Ce taux reflète la bonne collaboration de la majorité des médecins, obtenue grâce à une motivation basée sur une bonne présentation des objectifs de notre travail, l'importance de leurs contributions pour atteindre les objectifs escomptés, et le souci manifesté pour le respect de l'éthique lors du recueil et du traitement de l'information.

Notre étude s'est déroulée auprès des médecins généralistes de la région de MARRAKECH-SAFI. Cette composante de notre système a souvent le premier contact avec l'enfant et représente le cadre de l'exécution principal des différents programmes nationaux.

## **II. Caractéristiques de notre population**

### **1. Sexe :**

Dans notre population, 53.6% des participants étaient de sexe féminin. Selon la démographie médicale publiée par le ministère en décembre 2009, il y avait autant de médecins de sexe féminin que de sexe masculin dans le secteur public.

Ceci dit, le secteur de la santé connaît par ailleurs une féminisation de la profession de plus en plus importante. En effet, le taux de féminisation est passé de 20 % d'inscription à la faculté de médecine dans les années 70, à plus de 60 % (moyenne des années allant de 1995 à 2008) [5].

## **2. Age :**

La moyenne d'âge des généralistes de notre population est de 43.5 ans et la tranche d'âge prédominante se situe entre (40 et 50 ans). Ceci rejoint l'analyse de la structure par âge des médecins dans tous les secteurs du ministère de la santé qui montre que l'âge moyen est de l'ordre de 40.7 ans [5].

## **3. Lieux d'études médicales :**

Dans notre population, les lauréats de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca étaient de loin les majoritaires. Cela est expliqué par le fait que la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca soit créée en 1975 et que la moyenne d'âge de notre population était de 43.5 ans.

Cette prédominance de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca trouverait de surcroît une seconde explication par sa géographie proche de la région de MARRAKECH-SAFI comparée avec celle de Rabat.

Cette faculté a joué un rôle très important dans la formation médicale des cadres nationaux, ce qui a permis de répondre aux besoins du pays.

Par la suite, d'autres facultés de médecine ont été inaugurées à Fès, Marrakech et Oujda

## **4. Selon l'ancienneté dans la fonction publique et dans le poste actuel :**

Les généralistes enquêtés avaient une ancienneté dans la fonction publique entre 10 à 20 ans dans 42% des cas, et une ancienneté dans le poste actuel entre 10 à 20 ans dans 40% des cas. L'ancienneté dans l'exercice de la médecine permet d'acquérir un bon savoir faire. Cependant, il est important qu'elle soit accompagnée par des formations continues, pour mettre à jour les connaissances et les recommandations, ce qui permettrait d'améliorer significativement les compétences des personnels de santé. Ainsi, l'ancienneté, à elle seule,

peut conduire à des pratiques non actualisées, qui ne respectent pas les nouvelles recommandations et évolutions issues du progrès technique et développement scientifique.

### **III. Formation continue en pédiatrie**

La formation en urgences pédiatriques commence lors du stage hospitalier obligatoire en pédiatrie durant les études médicales. Cependant, de nombreux médecins généralistes ressentent le besoin d'une formation complémentaire pour assurer la prise en charge des enfants qui leur sont confiés. Ce besoin est exprimé à la fois par les jeunes praticiens qui souhaitent compléter et optimiser leur formation initiale, que par les confrères plus âgés qui souhaitent une mise à jour de leurs connaissances.

Dans notre échantillon, 70% des médecins avaient déclaré n'avoir jamais bénéficié d'une formation spécifique en pédiatrie. Sachant que les urgences pédiatriques exigent du praticien un raisonnement particulier et une prise en charge différente des urgences adultes, la formation continue est logiquement une nécessité incontournable pour une meilleure prise en charge des pathologies et des urgences rencontrées.

### **IV. Connaissances et attitudes face aux urgences pédiatriques**

#### **1. Les urgences pédiatriques les plus fréquemment vues en consultation**

- ✚ Dans notre échantillon, les urgences les plus courantes étaient dominées par les détresses respiratoires (82%), suivies par les infections graves (66%), les convulsions fébriles (51%), puis la déshydratation aiguë (26%).
- ✚ En 2013, une enquête auprès de 280 médecins généralistes de Midi-Pyrénées en France [6], a montré que les détresses respiratoires étaient l'urgence pédiatrique la plus fréquente (48%), ce qui rejoint nos résultats, suivie par les convulsions (21%) et les pathologies infectieuses (17%).
- ✚ Une autre étude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU Hassan II de Fès en 2009 sur une période de 6 mois [7], a montré que le motif de consultation le plus fréquent

après la pathologie accidentelle était les pathologies respiratoires, ce qui rejoint nos résultats.

- ✚ Dans une étude faite au Mali dans le CHU Gabriel Toure en 2006 [8], le paludisme grave (32,7%) était l'urgence la plus courante, suivi par la déshydratation (11,26%) puis la méningite (9,42%) .
- ✚ En France une étude faite dans le CHU de Toulouse en 2001[9], a montré que les diarrhées et gastro-entérites infectieuses étaient l'urgence la plus fréquente (15,7%).
- ✚ En 2014, une étude prospective réalisée au centre hospitalier de Forbach à Nancy [10], a montré que les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient : les gastroentérites aiguës (8,1%).

**Tableau X : les urgences pédiatriques les plus fréquentes selon les séries**

<b>ATTAL EZAOUI [6]</b>	Les détresses respiratoires
<b>HMAMI [7]</b>	Les pathologies respiratoires
<b>COULIBALY [8]</b>	Le paludisme grave
<b>SAGNES-RAFFY [9]</b>	Les gastro-entérites infectieuses
<b>FONTANAROSA [10]</b>	Les gastro-entérites aiguës
<b>Notre étude</b>	Les détresses respiratoires

## **2. Pyélonéphrite aiguë**

L'infection urinaire est une des infections bactériennes les plus fréquentes en pédiatrie, elle constitue un problème de santé publique majeur. La PNA chez le nourrisson est une vraie urgence vu le terrain particulièrement vulnérable et le risque de complications engageant le pronostic vital ;

Au cours de la période néonatale, les symptômes et les signes ne sont pas spécifiques [11].

La fièvre inexplicée est la plus courante au cours des deux premières années de vie [12, 14, 15]. En fait, il peut être le seul symptôme présent à cet âge. Après la deuxième année de vie, les symptômes et les signes d'infections urinaires deviennent plus spécifiques [16, 11].

Les bandelettes urinaires devraient être systématiques à la fin de chaque examen clinique, si l'infection urinaire est suspectée suivi d'un examen cytobactériologique des urines avec culture pour confirmer l'infection et isoler l'agent pathogène [17].

Une cicatrice rénale se développe chez 5% des filles et 13% des garçons après leur premier épisode de pyélonéphrite symptomatique. L'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale au stade terminal sont des conséquences possibles de la cicatrice rénale, d'où l'intérêt de la traiter précocement [11, 18→22].

Presque la totalité de nos médecins interrogés pensent que la PNA est une urgence, justifiant cela majoritairement soit par le risque de bactériémie soit par le risque d'évolution vers une insuffisance rénale chronique terminale, ce qui rejoint les données de la littérature.

Tous les nourrissons atteints d'une pyélonéphrite aiguë, doivent être hospitalisés afin de débiter le traitement, rechercher l'étiologie et éviter d'éventuelles complications. Ce qui rejoint la réponse de la grande majorité des médecins interrogés (94.7%).

Une antibiothérapie rapide est indiquée pour les infections urinaires symptomatiques basées sur les résultats cliniques et l'analyse d'urine positive tout en attendant les résultats de la culture [19, 25→29]. Elle devra assurer une couverture adéquate des BGN notamment E. coli et des Cocci Gram positif [26]. Elle doit être facile à administrer, atteindre une concentration élevée dans les urines, avoir peu ou pas d'effet sur la flore vaginale et intestinale, une faible incidence de résistance bactérienne et une toxicité minime ou nulle [11, 19].

Le traitement de première intention est une C3G injectable [11, 24] :

- ❖ soit la Ceftriaxone par voie intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV) pour les patients hospitalisés ou en ambulatoire à dose quotidienne unique de 50 mg/kg, sans dépasser la dose adulte de 1 g/j ;
- ❖ soit le Céfotaxime par voie IV uniquement chez les patients hospitalisés, à la dose de 100 mg/kg/j, en trois ou quatre injections, sans dépasser la dose adulte de 4 g/j.

Les aminosides (gentamicine à la dose de 3 mg/kg/j en injection IV ou IM quotidienne unique) peuvent également être utilisés comme traitement d'attaque, en association aux C3G injectables dans les pyélonéphrites sévères (enfants de moins de 3 mois, uropathie malformative connue, syndrome septicémique, immunodéprimé) ;

Ces traitements sont prescrits pour une durée de 2 à 4 jours, en fonction de l'évolution clinique de l'enfant.

Cette première phase est suivie d'un traitement par voie orale [33, 34]. La molécule utilisée, lors de la deuxième phase du traitement, est adaptée à l'antibiogramme.

- ❖ Plus que la moitié de nos médecins interrogés (55,3%) ont choisi de traiter la PNA par les C3G
- ❖ Dans une étude multicentrique faite en 2014, sur le diagnostic et le traitement de l'infection urinaire chez l'enfant au Maroc, réalisée avec la participation des 5 centres hospitaliers universitaires marocains (Casablanca, Rabat, Fès, Marrakech et Oujda). La Ceftriaxone était utilisée dans 25,7% des cas et la C3G en association avec la gentamicine dans 25,3% des cas [35].
- ❖ Dans une étude faite à Limoges en 2011 à propos de la conduite de 100 médecins devant une pyélonéphrite aiguë chez un nourrisson, 36 médecins ont hospitalisé le

patient en service de pédiatrie, 11 d'entre eux ont prescrit une antibiothérapie parentérale en première intention. Tous ont opté pour la céftriaxone [36].

### **3. Bronchiolite virale aiguë**

La bronchiolite est une affection virale, obstructive des voies aériennes inférieures, chez les nourrissons de moins de 24 mois. Elle représente un problème de santé publique. Son pronostic est nettement amélioré par une prise en charge précoce et efficace.

Les critères de gravité de la bronchiolite virale aiguë sont :

- ❖ FR > 60 cycles par minute,
- ❖ Age inférieur à 3 mois,
- ❖ Pâleur intense
- ❖ Epuisement respiratoire
- ❖ Cyanose,
- ❖ Geignement,
- ❖ Apnée,
- ❖ Altération de conscience,
- ❖ Alimentation difficile, troubles digestifs,
- ❖ Spo2 < 92%,
- ❖ Prématurité
- ❖ Cardiopathie sous-jacente,
- ❖ pathologie pulmonaire chronique grave.

**Tableau XI : Les signes de gravité de la bronchiolite virale aiguë selon les séries**

<b>Armand [37]</b>	Polypnée > 60 cycles par minute et Difficultés alimentaires
<b>Fadlollah [38]</b>	Apnée et Cyanose
<b>Lellouch et Robert [39]</b>	Difficultés alimentaires et Signes de lutte respiratoire
<b>Salles [40]</b>	Difficultés respiratoires, Age < 6 semaines, et cyanose
<b>Notre étude</b>	Détresse respiratoire et Age < 3 mois

La prise en charge de la bronchiolite virale aiguë repose sur la désobstruction rhinopharyngée, mettre le patient en position proclive dorsale 30°, prendre une voie veineuse périphérique, faire des nébulisations de salbutamol 0,5 % (5 mg /ml : 0,02 à 0,03 ml/kg (sans dépasser 1 ml) dans 4 ml de sérum physiologique avec 6 l/min d'oxygène : Nébulisations toutes les 20 minutes durant la 1ère heure, à ne poursuivre que si efficacité. La kinésithérapie est essentielle si encombrement bronchique important

L'antibiothérapie n'est pas systématique, seulement si :

- ❖ Fièvre > 39 °C ou persistante plus de 3 jours.
- ❖ Otite moyenne aiguë
- ❖ Pathologie pulmonaire ou cardiaque sous-jacente.
- ❖ Foyer pulmonaire.
- ❖ élévation de la C Réactive Protéine (CRP) et/ou de la Procalcitonine (PCT).

L'antibiothérapie n'est indiquée qu'en cas de surinfection bactérienne

La corticothérapie n'est pas systématique

**Tableau XII : Prise en charge de la bronchiolite virale aiguë selon les séries**

	Désobstruction rhinopharyngée	Kinésithérapie respiratoire	Antibiothérapie systématique	Nébulisation de salbutamol	Corticothérapie systématique
<b>FADLOULLAH [38]</b>	94%	75%	60%	56%	63%
<b>SALLES [40]</b>	65%	74%	12%	55%	38%
<b>PROTEAU [41]</b>	92,5%	73,8%	6,4%	62%	20,8%
<b>LELLOUCH et ROBERT [39]</b>	92,8%	64,2%	14,3%	48,2%	39,3%
<b>Notre étude</b>	90,2%	75,9%	33,9%	77,7%	42%

#### **4. Asthme aiguë grave**

L'asthme est une affection inflammatoire chronique des voies aériennes associée à une hyperréactivité bronchique, très fréquent en pédiatrie. Sa prévalence est en nette augmentation partout dans le monde. Elle fait partie de la pratique quotidienne des médecins généralistes et son évolution peut être fatale.

L'asthme aigu grave est une crise sévère qui ne répond pas au traitement ou dont l'intensité est inhabituelle dans son évolution ou sa symptomatologie. Elle menace le pronostic vital.

**Tableau XIII : évaluation de la gravité d'une crise d'asthme**

Légère	Modérée	Sévère
Sibilants +/- toux	Sibilants +/- toux	Sibilants Murmures vésiculaires diminués ou absents=
FR normale Ni DR ni cyanose	FR augmentée Mise en jeu des muscles respiratoires accessoires	FR augmentée DR intense + cyanose
Activité normale Parole normale	Marche difficile Chuchote 3 à 5 mots	Activité impossible Troubles de l'élocution
SaO <sub>2</sub> > 95% PA normale	SaO <sub>2</sub> < 95% PA normale	SaO <sub>2</sub> < 90 % Chute de PAS et PAD
DEP > 75 % Réponse aux BCA	DEP : 50 - 75% Réponse aux BCA	DEP < 50 % Faible réponse aux BCA

La prise en charge d'une crise d'asthme à la première heure repose essentiellement sur les nébulisations de Salbutamol et la corticothérapie par voie veineuse

- ❖ on ne donne pas d'antibiothérapie systématiquement sauf si foyer radiologique ou si fièvre documentée.
- ❖ La radiographie thoracique est systématique:

Un cliché de face en inspiration et expiration à la recherche de complications associées :

- ❖ Pneumopathie
- ❖ Pneumomédiastin
- ❖ Pneumothorax.

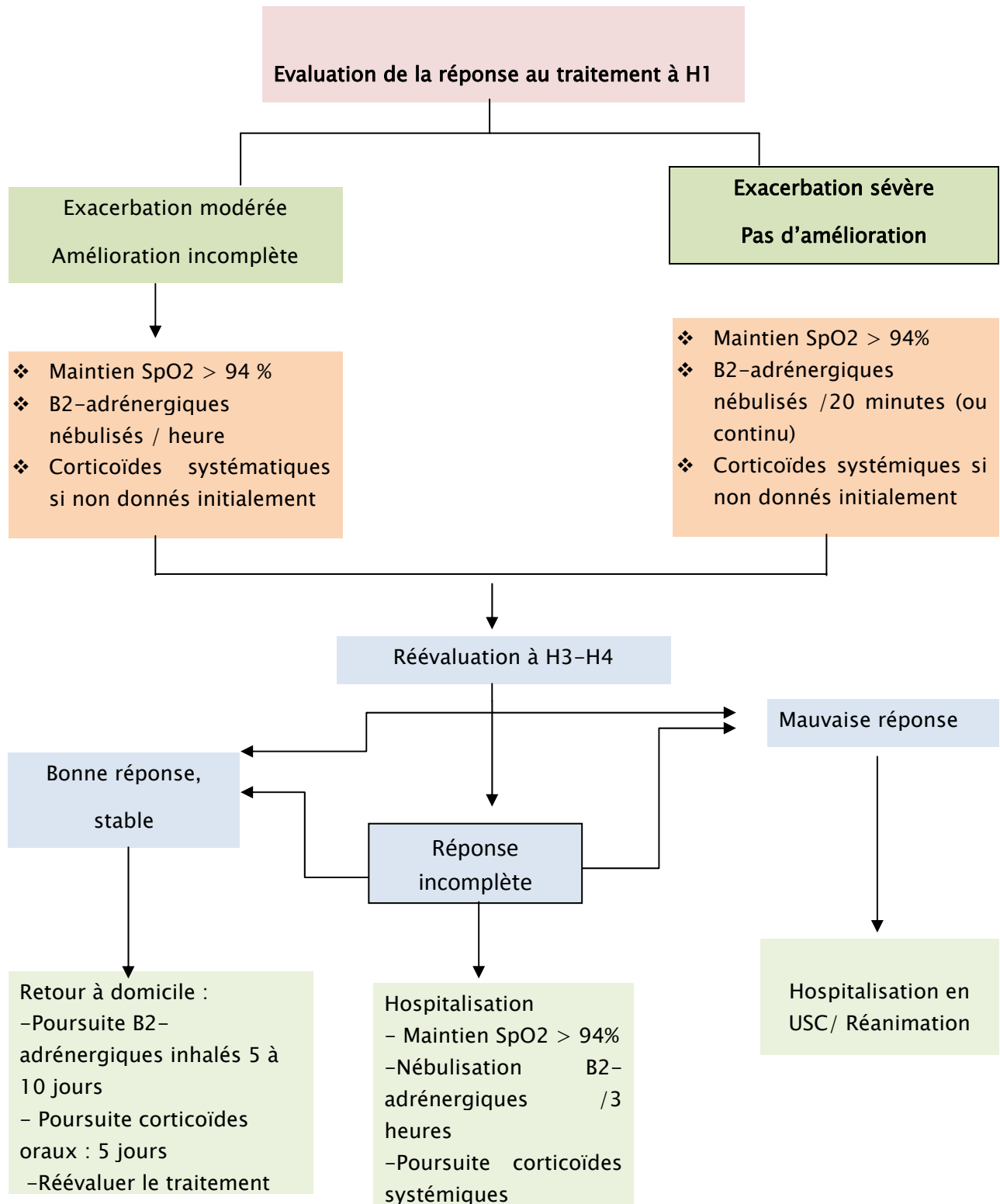


Figure 22 : Prise en charge de l'asthme aiguë grave.

**Tableau XIV : Prise en charge de l'asthme aiguë grave selon les deux séries.**

	SABIR [42]	Notre étude
Nébulisation de salbutamol	91,4%	95,5%
Corticoïdes injectables	25%	50,9%
Antibiothérapie systématique	80%	24,1%
Radiographie thoracique systématique	84,3%	79,3%

## 5. Déshydratation aiguë

Malgré une diminution sensible du nombre de cas de déshydratation mortelle au cours des dernières décennies, la diarrhée reste la première cause de morbidité et de mortalité infantile dans les pays en voie de développement [43].

Une anamnèse et un examen physique minutieux sont très importants pour évaluer de façon rigoureuse le degré de déshydratation et rechercher d'éventuelles complications. L'ensemble des symptômes cliniques permet d'affirmer le diagnostic de déshydratation et d'en évaluer la gravité.

Le critère de référence pour affirmer et quantifier une déshydratation aiguë est la mesure de la perte de poids, mais il est rare de disposer d'un poids récent (le nourrisson grossit rapidement) avant l'affection aiguë à l'origine de la déshydratation. S'y ajoute d'autre difficulté, telle que la précision du pèse bébé. De plus, en cas de constitution d'un troisième secteur, il peut exister un déficit hydrique du secteur extracellulaire, avec des signes de déshydratation et même de choc hypovolémique, sans perte de poids. C'est donc essentiellement l'examen clinique qui permet d'apprécier l'importance et la gravité de la déshydratation [48].

**Tableau XV : évaluation de la déshydratation du nourrisson [44-45]**

	Déshydratation légère	Déshydratation modérée	Déshydratation grave
Perte de poids	3 - 5 %	6 - 9%	> 10 %
Altération de l'état général TRC > 2s Sécheresse des muqueuses Absence de larmes	Moins de deux signes	Deux signes cliniques	Au moins trois signes cliniques
Diurèse	Un peu diminuée	< 1 ml/kg/h	< 0.5 ml/kg/h (rares urines dans les couches)
Etat de conscience	Normal	Normal +/- Agitation	+/- Léthargique
Yeux	Normaux	Orbites Creusées Yeux cernés	Orbites profondément creusées
Pli cutané	Normal	Persistant	Persistant
Fontanelle	Normale	Déprimée	Déprimée
Extrémités	Chaudes	Normales	Froides et marbrées
Fréquence cardiaque	Normale	Augmentée	Très augmentée >150/min

La principale complication d'une déshydratation aiguë est le **choc hypovolémique**, qui est une urgence vitale, car non corrigé, il entraîne rapidement une défaillance multi viscérale. Les complications neurologiques sont dominées par les troubles de conscience et les convulsions. Au-delà du traitement symptomatique et du diazépam, il convient de rechercher une

complication sous-jacente à type d'hématome sous-dural ou de thrombose veineuse cérébrale pouvant nécessiter un traitement spécifique. Les complications rénales sont beaucoup plus fonctionnelles qu'organiques (nécrose tubulaire, plus rarement corticale).

Le pronostic est plus grave devant : une perte de poids > 10%, l'âge < 3mois ou un retard de prise en charge.

La grande majorité de nos enquêtés ont choisi l'âge < 3mois, les troubles de conscience et l'allongement du temps de recoloration cutanée comme signes de gravité à rechercher devant une déshydratation aiguë, ce qui rejoint les données de la littérature.

Une étude menée en 2003 sur la conduite adoptée par des médecins généralistes à Nancy devant une diarrhée aiguë de l'enfant, plusieurs d'entre eux ont été interrogés sur l'âge à partir duquel le pronostic était plus grave ; la majorité considérait l'âge < 3mois comme signe de gravité [49].

Devant une déshydratation aiguë grave, il faut hospitaliser le patient en urgence avec un monitoring cardio-respiratoire et une VVP [48].

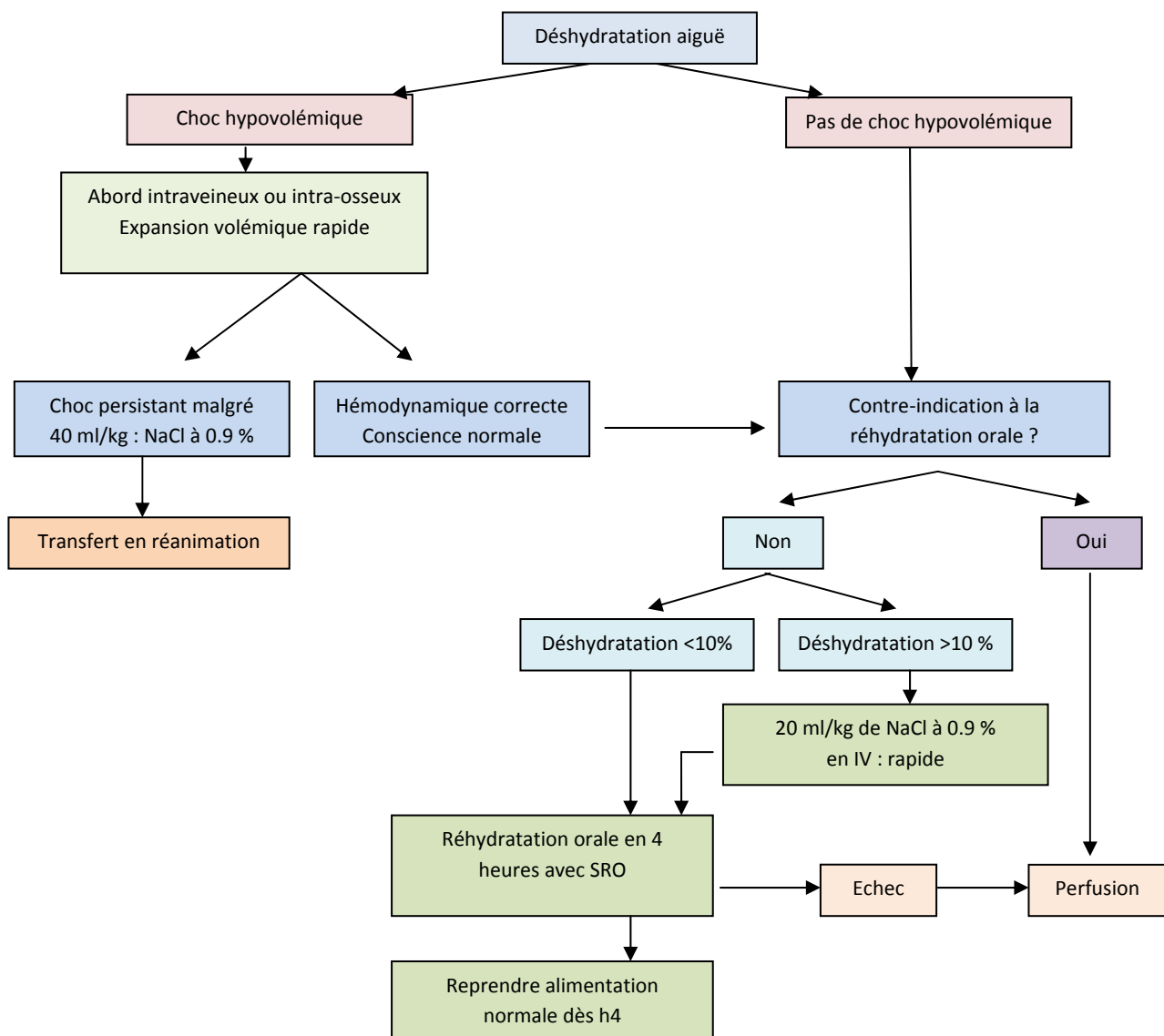
**S'il existe des signes de choc**, le soluté à administrer est le sérum salé isotonique (NaCl 0,9 %) par bolus de 20 ml/kg, à renouveler jusqu'à diminution de la tachycardie, normalisation du temps de recoloration, régression des marbrures, normalisation de la pression artérielle et amélioration de l'état de conscience [48].

**S'il n'existe pas de signes de choc, mais que la déshydratation est estimée supérieure ou égale à 10 %**, une expansion volémique par 20 ml/kg de sérum salé à 0,9 % en une à deux heures est justifiée [48].

La réhydratation intraveineuse doit être d'autant plus prudente qu'il s'agisse d'une forme grave, car le traitement peut lui même provoquer des complications.

Chez le nourrisson, la réhydratation repose sur les sels de réhydratation orale, en les administrant initialement à l'enfant en petites quantités à intervalles très rapprochés, s'il n'y a pas de vomissements, les quantités peuvent alors être augmentées.

L'antibiothérapie est de mise devant les diarrhées bactériennes invasives, et reste discutée en fonction du terrain et de la gravité du syndrome dysentérique, et ceci après réalisation d'une coproculture [48].



**Figure 23 : Arbre décisionnel thérapeutique d'une déshydratation aiguë du nourrisson [48].**

## Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques

Dans une enquête faite à Nancy en 2003 sur la prise en charge de la diarrhée aiguë avec une déshydratation aiguë grave chez l'enfant par les MG, 98% ont choisi l'hospitalisation, 90% la réhydratation intraveineuse et 13% ont opté pour une antibiothérapie systématique. [49]

Une autre enquête a été menée à Marrakech en 2010 sur la prise en charge de la maladie diarrhéique par les MG, la totalité des MG ont choisi d'hospitaliser des patients souffrants d'une déshydratation aiguë grave. En absence de signes de gravité, 97% des MG ont opté pour les SRO; l'antibiothérapie était systématique chez 36,1% des MG. [47].

Dans notre étude, la majorité des MG a choisi l'hospitalisation avec une réhydratation intraveineuse devant une déshydratation aiguë grave et 20,5% ont opté pour l'antibiothérapie systématique.

**Tableau XVI : Prise en charge d'une déshydratation aiguë grave selon deux séries.**

	GHOUILA [50]	BOURROUS [47]	Notre étude
Hospitalisation	98%	100%	98,2%
Réhydratation intraveineuse	90%	--	92,8%
SRO	8%	--	13,4%
Antibiothérapie	13%	36,1%	20,5%

## **6. Pneumonie**

La pneumonie est une urgence secondaire à une atteinte infectieuse du parenchyme pulmonaire. C'est une pathologie fréquente chez l'enfant, surtout ceux âgés de moins de 5 ans, elle représente une des premières causes de mortalité chez l'enfant dans le monde [52].

## Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques

En raison des complications locales (extension de la pneumonie, épanchement pleural) et générales (diffusion systémique), notamment dans les pays en voie de développement et chez les enfants âgés de moins de trois ans, l'antibiothérapie reste justifiée. [50]

- Les deux principaux agents responsables de la pneumonie sont avant l'âge de trois ans les virus et le pneumocoque, et après l'âge de trois ans le pneumocoque et le *Mycoplasma pneumoniae*.
- En France, le pneumocoque a dans près de 50 % des cas, une sensibilité diminuée à la pénicilline et une résistance élevée aux macrolides [50], tout en sachant que cette bactérie présente une résistance naturelle aux bêta-lactamines.
- Ainsi, en absence de confirmation bactériologique, aucune antibiothérapie ne peut prétendre à une efficacité totale [50].
- Dans tous les cas, l'antibiothérapie reste de mise du fait de la létalité potentielle du pneumocoque qui reste le germe le plus redouté.

### ***En absence de signes de sévérité :***

- **Avant l'âge de trois ans**, le traitement initial recommandé en première intention est l'Amoxicilline (80 à 100 mg/kg/ jour en trois prises). Il n'y a, du fait des concentrations tissulaires d'Amoxicilline dans le tissu pulmonaire, aucune justification à prescrire des posologies supérieures.

Seuls les enfants non ou mal vaccinés vis-à-vis d'*H. influenzae*, et/ou atteints d'une otite moyenne aiguë purulente, pourraient bénéficier d'un traitement antibiotique initial par Amoxicilline + acide clavulanique (80 mg/kg/ jour) ;

- **Au-delà de l'âge de trois ans**, l'Amoxicilline (80 à 100 mg/kg/jour) reste, dans l'éventualité d'une suspicion d'une origine pneumococcique, l'antibiotique initial privilégié pendant une durée de dix jours.

Ce n'est qu'en cas de suspicion de bactéries atypiques (*M. pneumoniae*) (fièvre peu élevée, toux sèche, asthénie, myalgies, images radiologiques pulmonaires à type d'infiltrat bilatéral) que les macrolides pourraient être prescrits en première intention [50].

Il n'y a pas de justification à une bi-antibiothérapie initiale.

La durée du traitement est de 10 jours pour l'Amoxicilline en cas de pneumonie à pneumocoque et 14 jours minimum pour les macrolides en cas de pneumonie à bactéries atypiques.

La persistance de la fièvre (48 à 72 heures) après le début d'un traitement antibiotique adapté et bien conduit vis-à-vis d'une pneumonie supposée à pneumocoque, devrait redouter la survenue d'un épanchement pleural et conduire à la prescription d'une nouvelle radiographie thoracique. L'identification de celui-ci conduirait à la pratique d'une ponction pleurale écho-guidée à visée diagnostique bactériologique.

Devant une pneumonie typique de l'enfant, les deux principaux antibiotiques prescrits dans notre série sont l'Amoxicilline seule (50-100 mg/kg/j) et l'Amoxicilline-acide clavulanique (50-80 mg/kg/j).

Nos résultats sont superposables à ceux d'une enquête faite au CHU Mohammed VI à Marrakech, au cours de laquelle les enfants hospitalisés pour pneumonie ont reçu dans 40,8% des cas l'Amoxicilline-acide clavulanique (80 à 100 mg/kg/jour) et 37,5% des cas l'Amoxicilline (80 à 100 mg/kg/jour) [51] ; Et celle faite au CHU de Tlemcen où dans 71.42% des cas le traitement reçu était l'Amoxicilline et 21.42% l'Amoxicilline + acide clavulanique[54].

Par contre une étude menée au Mali dans le CHU Gabriel Toure en 2006, a montré que la majorité des patients était traités par l'association Ceftriaxone + Gentamycine dans 55,9% des cas et l'association Amoxicilline +Gentamycine dans 42.2% [53].

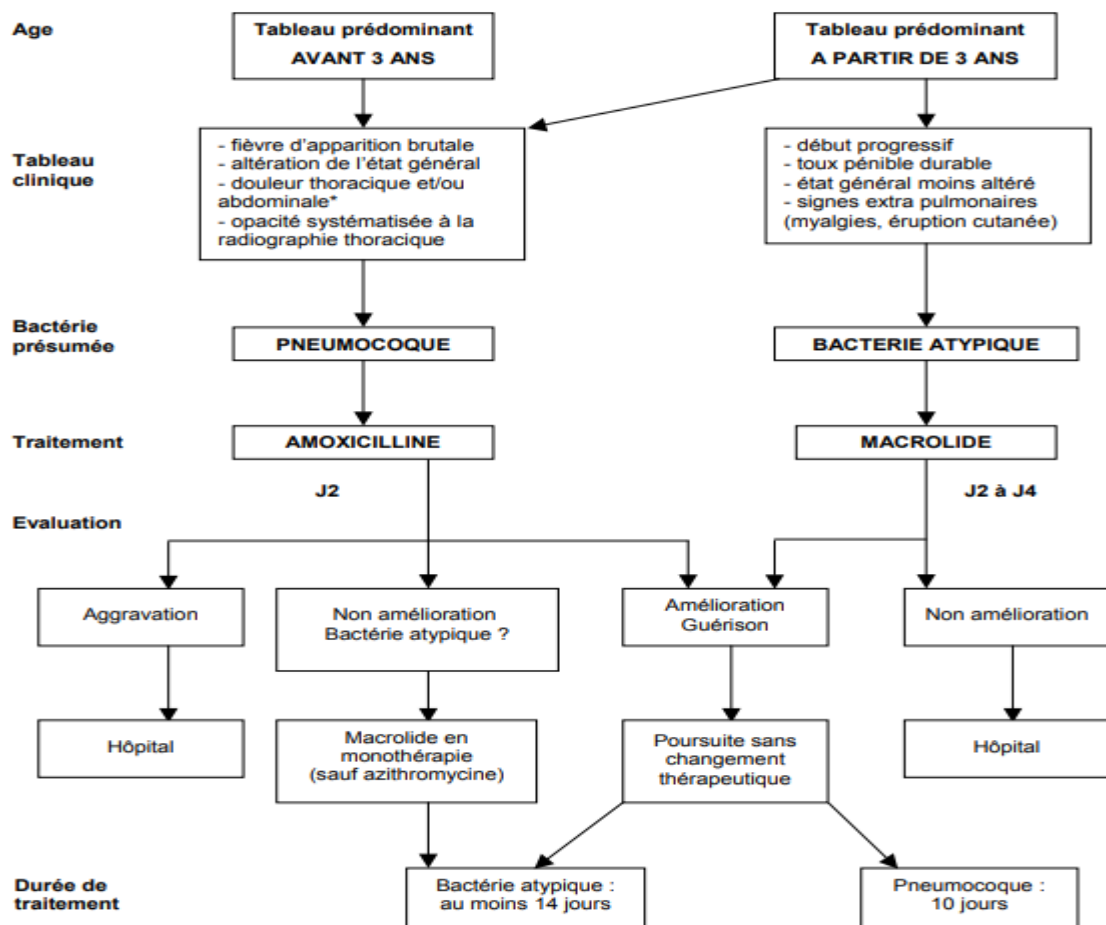


Figure 24 : Arbre décisionnel thérapeutique de la pneumonie [50].

## 7. Paralysie flasque aiguë

Le Maroc, qui n'a plus enregistré de cas de poliomyélite depuis 1989, a pu être considéré par l'OMS comme exempt de toute circulation de poliovirus sauvage. Ceci est le fruit des efforts consentis par le ministère de la santé, notamment le renforcement de la vaccination de routine par des campagnes de masse, et la mise en place d'une surveillance active, clinique et virologique des PFA, d'où l'intérêt de la déclaration obligatoire [55].

Cliniquement la PFA se manifeste rapidement (quelques jours à 3 ou 4 semaines) par l'apparition d'une faiblesse motrice et des troubles sensitifs, affectant de façon bilatérale,

symétrique et typiquement ascendante, les jambes ensuite les bras et parfois les muscles respiratoires ainsi que le visage.

Elle évolue sur 3 phases : Une phase d'extension de quelques jours, une phase plateau puis une phase de récupération, avec dans plus de 80 % des cas une guérison totale ou presque, et jusqu'à 5 % de mortalité par complications respiratoires, dysautonomiques ou liée au séjour en réanimation [56].

Tous les cas de PFA doivent faire l'objet d'une conduite standardisée, qui consiste à les hospitaliser, déclarer obligatoirement, éliminer une compression médullaire puis à les considérer comme des cas de poliomyélite jusqu'à l'étape de leur classification finale.

Deux prélèvements de selles doivent être recueillis à 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie [56].

Une surveillance clinique rapprochée (*testing* musculaire, déglutition, toux, fréquence respiratoire, ampliation thoracique, pouls, SaO<sub>2</sub>, Tension artérielle, température) est primordiale.

Le traitement doit être précoce, au mieux dans les deux premières semaines ; pour écourter la durée de la phase aiguë : immunoglobulines polyvalentes IVL (0,4 g/kg/jour pendant 5 jours) ou plasmaphérèses (4 échanges plasmatiques réalisés 1 jour sur 2).

Sans oublier la prévention des complications de décubitus et la kinésithérapie motrice.

Devant une PFA, la grande majorité de nos enquêtés ont choisi d'hospitaliser le patient, d'éliminer une poliomyélite et de déclarer obligatoirement. 42% ont opté pour l'élimination d'une compression médullaire.

## 8. Syndrome méningée fébrile et purpura fulminans

La méningite constitue un problème de santé publique préoccupant à l'échelle mondiale. Elle est responsable chaque année d'un taux de mortalité élevé (117 000 décès par an dans le monde) et de séquelles neurosensorielles lourdes [57]. De point de vue diagnostique, il y a toujours des cas de méningites diagnostiquées tardivement à cause du tableau clinique atypique ou des traitements inadéquats reçus par automédication avant toute preuve bactériologique.

La prise en charge d'une méningite passe par plusieurs étapes, à savoir :

- L'hospitalisation et l'évaluation du degré de la gravité

La gravité d'une méningite à la phase initiale, peut être liée essentiellement à trois éléments parfois associés :

Les signes de souffrance du système nerveux central (Troubles de la conscience, convulsions, signes de focalisation, troubles neurovégétatifs, possibles signes d'engagement cérébral),

le choc septique et le purpura nécrotique extensif.

La majorité des médecins interviewés optaient pour le purpura, les troubles de conscience et les signes d'HTIC comme signes de gravité, tandis que plus du tiers ont choisi la raideur de la nuque comme signe de gravité.

Une étude rétrospective sur une cohorte d'enfants de 0 à 16 ans, ayant été hospitalisés au CHU Charles Nicolle à Rouen pour méningite bactérienne, le purpura a été retrouvé chez 45,7% des enfants, des signes neurologiques focaux dans 8,2% des cas, une hydrocéphalie dans 8,7% des cas [58].

Tout purpura fébrile doit faire redouter en premier lieu un purpura fulminans en raison de la rapidité avec laquelle peut s'installer un état de choc gravissime.

## Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques

Il s'agit d'un choc septique associé à un purpura extensif. Le purpura fulminans demeure l'une des plus grandes urgences de la pédiatrie. Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la qualité de la prise en charge initiale.

Les signes inauguraux sont toujours brutaux et surviennent chez un enfant en pleine santé. Ils associent : Fièvre élevée, atteinte de l'état général et purpura extensif.

Il faut dès lors noter : l'heure d'apparition des taches purpuriques, leur localisation, les entourer et suivre leur évolution.

Le premier geste à faire est d'administrer une antibiothérapie (Ceftriaxone 50 mg/Kg en IV ou IM), avant de référer le patient vers une hospitalisation

Plus que la moitié de nos enquêtés ont choisi de référer l'enfant aux urgences sans lui administrer d'antibiothérapie. Seulement 43,8% ont choisi d'administrer une antibiothérapie par voie parentérale avant de le référer aux urgences.

La majorité de nos médecins interrogés ont opté pour la Ceftriaxone devant un purpura fébrile, ce qui rejoint les recommandations.

- Tout cas suspect de méningite doit faire l'objet d'une ponction lombaire sauf contre indications [57]. L'aspect macroscopique du LCR permet une orientation diagnostique

Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste ne doit pas être systématique. Sa réalisation est rarement urgente [57].

Les principaux signes cliniques le rendant nécessaire sont :

- ✓ La survenue de signes neurologiques nouveaux
- ✓ La persistance d'une fièvre inexplicquée au-delà de 72 heures après le début du traitement
- ✓ chez le nourrisson, une augmentation rapide du périmètre crânien ;

## Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques

- ✓ Le traitement doit être débuté le plus vite possible et au plus tard dans les deux heures

Si la PL n'a pu être réalisée dans ce délai, elle doit l'être juste après l'administration du traitement et correction des anomalies.

Deux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (C3G) : Ceftriaxone et Céfotaxime restent le traitement de référence, et ce dès l'âge d'un mois.

En pratique,

- **La dose de Ceftriaxone à administrer est de :**
  - 100 mg/kg/j en 2 injections dans les 2 premiers jours
- Le Céfotaxime doit être administré à la dose de :
  - 300mg/kg/j en 4 fois (avec un maximum de 12 g/j) si la possibilité d'un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) n'est pas écartée à la dose de 200 mg/kg/jour dans les autres cas.

**Tableau XVII : Traitement de première intention des méningites bactériennes aiguës en fonction de l'examen direct du LCR [57].**

Examen direct négatif	Antibiotique	Dosage *	Alternatives
Si nourrisson de moins de 3 mois	Ceftriaxone ou Céfotaxime	100 mg/kg/j IV en 1 ou 2 perfusions	Amoxicilline
	+	300 mg/kg/j IV soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50mg/kg sur 1h**	
	Gentamicine	3 à 5 mg/kg/j IV en 1 perfusion unique journalière	

Examen direct positif	Antibiotique	Dosage*	Alternatives
Suspicion de pneumocoque (cocci gram +)	Ceftriaxone ou Cefotaxime	100 mg/kg/j IV en 1 ou 2 perfusions  300 mg/kg/j IV soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50mg/kg sur 1h**	Amoxicilline
Suspicion de méningocoque (cocci gram -)	Ceftriaxone ou Cefotaxime	75 mg/kg/j IV en 1 ou 2 perfusions  200 mg/kg/j IV soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50mg/kg sur 1h **	Amoxicilline Thiamphénicol
Suspicion d'E Coli (Bacille Gram -) Si enfant de moins de 3 mois	Ceftriaxone ou Cefotaxime  +  Gentamicine	75 mg/kg/j IV en 1 ou 2 perfusions  200 mg/kg/j IV soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50mg/kg sur 1h **  3 à 5 mg/kg/j IV en 1 perfusion unique journalière	

\* Dose journalière maximale chez l'enfant : Céfotaxime = 12g. Ceftriaxone= 4g.

\*\* La perfusion journalière continue et la dose de charge doivent être mises en route de façon concomitante.

L'adaptation du traitement ultérieur repose sur l'identification et la sensibilité de la bactérie et sur l'évolution clinique.

**Tableau XVIII : Traitement antibiotique des méningites bactériennes communautaires après documentation microbiologique [57].**

Bactérie, Sensibilité	Traitement antibiotique*	Durée totale (jours)
<b>Streptococcus pneumoniae</b>		
CMI Pénicilline < 0.1 mg/l	De préférence, Amoxicilline, 200 mg/kg/j IV, en quatre à six perfusions ou en administration continue, ou maintien C3G, en administrant la dose de Céfotaxime à 200 mg/kg/j, de Ceftriaxone à 75mg/kg/j si la CMO de la C3G est < 0.5 mg/l	10 à 14 **
CMI Pénicilline > 0.1 mg/l	Ceftriaxone IV. , en une ou deux perfusions : 100 mg/kg/j( ou 75mg/kg/j si CMI< 0.5 mg/l) ou Céfotaxime IV en quatre à six perfusions ou en administration continue 300 mg/kg/j( ou 200 mg/kg/j si CMI < 0.5 mg/l)	10 à 14 **
<b>Neisseria meningitidis</b>		
CMI Pénicilline < 0.1mg/l	Amoxicilline ou maintien C3G	4 à 7 ***
CMI Pénicilline > 0.1mg/l	Ceftriaxone, 75mg/kg/j IV, en une ou deux perfusions ou Cefotaxime, 200 mg/kg/j IV en quatre perfusions ou en administration continue	4 à 7 ***
<b>Streptococcus agalactiae</b>	Amoxicilline	14 à 21
<b>Escherichia Coli</b>	Céftriaxone ou Cefotaxime, en association à la gentamicine les deux premiers jours chez le nourrisson de moins de trois mois	21
<b>Haemophilus influenzae</b>	Ceftriaxone ou Cefotaxime	7

\*Si dose non indiquée, se référer au tableau1 : Dose journalière maximale chez l'enfant : Cefotaxime = 12g/l. Céftriaxone 4g/l.

\*\* Plutôt dix jours en cas d'évolution rapidement favorable (Dans les 48 premières heures) et de pneumocoque sensible à la céphalosporine de troisième génération utilisée (CMI< 0.5mg/l)

\*\*\* Plutôt quatre jours en cas d'évolution rapidement favorable (Dans les 48 premières heures)

## **Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

La durée du traitement antibiotique d'une méningite à méningocoque est de 4 à 7 jours (4 jours en cas d'évolution rapidement favorable dans les 48 premières heures).

Pour les infections à pneumocoque, elle peut être de 10 jours en cas d'évolution rapidement favorable et de bactérie sensible à la C3G utilisée. Elle est de 14 jours dans les autres cas.

La durée classique du traitement des méningites à entérobactéries est de 21 jours.

La durée de l'antibiothérapie pour les méningites non compliquées à germe non identifié est de 10 jours.

L'absence de signes cliniques d'aggravation et une évolution favorable permettent le respect de la durée du traitement préconisé. La persistance de la fièvre en fin de traitement ne justifie pas de prolonger l'antibiotique si :

- L'examen neurologique est normal.
- La CRP est normale

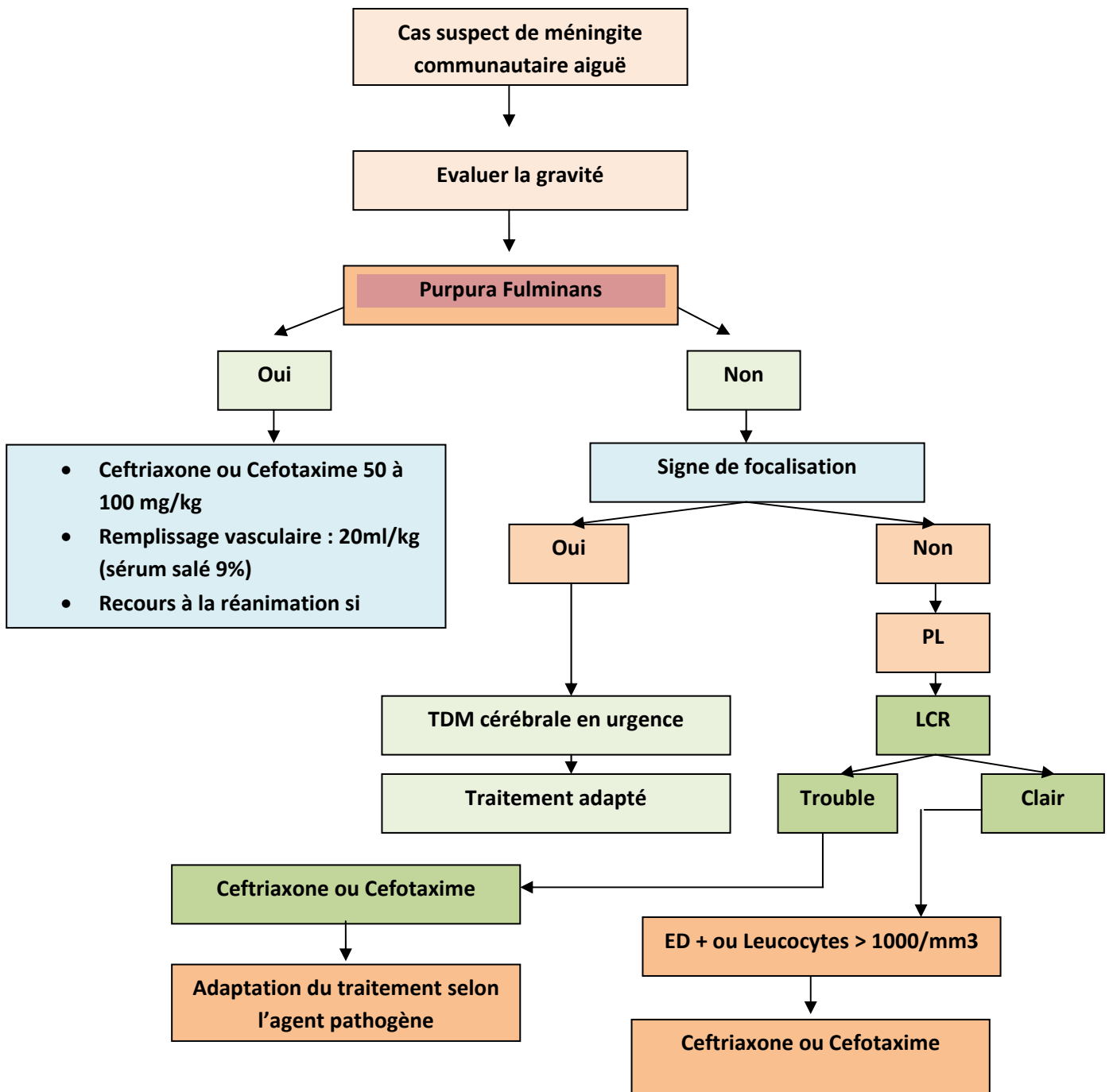


Figure 25 : Schéma de la prise en charge d'un syndrome méningé fébrile d'installation aiguë.

**Tableau XIX : Prise en charge d'un syndrome méningé fébrile selon les séries**

	Hospitalisation	TDM systématique	ATB après PL
HARENT [59]	100%	68,9%	93,4%
JOVENIN [60]	100%	3%	95%
Notre étude	100%	28,5%	88%

## 9. Infections néonatales

L'infection néonatale (INN) demeure une pathologie préoccupante par sa fréquence et sa gravité. C'est la pathologie néonatale la plus fréquente avec un taux estimé entre 2 à 3% des naissances vivantes [61]. L'incidence de l'infection materno-foetale est de l'ordre de 0,6 à 1 pour mille naissances. Sa gravité est liée à l'immuno-incompétence du nouveau-né et au risque de mortalité qui est de l'ordre de 10 à 30% selon les séries.

Aucun signe clinique n'est pathognomonique d'INN [61]. Son diagnostic est de difficulté variable mettant en valeur l'importance du bilan paraclinique en particulier les prélèvements bactériologiques.

La prise en charge thérapeutique de l'INN consiste en un traitement symptomatique associant : Une correction des désordres métaboliques, un apport calorique adéquat et un traitement étiologique reposant sur l'association d'antibiotiques.

Dans l'infection materno-foetale, l'association la plus adaptée est à base d'une C3G, une Amoxicilline et un aminoside [61]. Ce traitement initial sera adapté le 3ème jour d'hospitalisation en fonction de la sensibilité du germe isolé.

La quasi-totalité de nos médecins ont choisi d'hospitaliser le patient, la majorité d'entre eux a opté pour une antibiothérapie probabiliste IV avec surveillance avant la confirmation de l'infection. Ce qui rejoint les recommandations.

Selon une étude rétrospective menée en 2003, au service de réanimation néonatale du CHU de Gabriel TOURE, tous les nouveau-nés ayant une infection néonatale ont été hospitalisés et traités par voie intraveineuse.

Une grande majorité des patients ont été traités en première intention par une bi-antibiothérapie. L'association la plus utilisée a été celle d'une C3G (Ceftriaxone) et d'un aminoside (Gentamycine), avec 60,9 % des cas, suivie de l'association Amoxicilline + Gentamycine (26,4 %) [62].

Ce protocole est superposable à celui de F. Bode-Thomas [63] qui préférerait l'administration de C3G + Gentamycine en première intention. Par contre, Tchokoteu PF [64] et Balaka B. [65] optaient pour l'association Ampicilline + Gentamycine à l'admission.

## **10. Syndrome occlusif**

L'occlusion intestinale aiguë est une des urgences abdominales les plus fréquentes chez l'enfant.

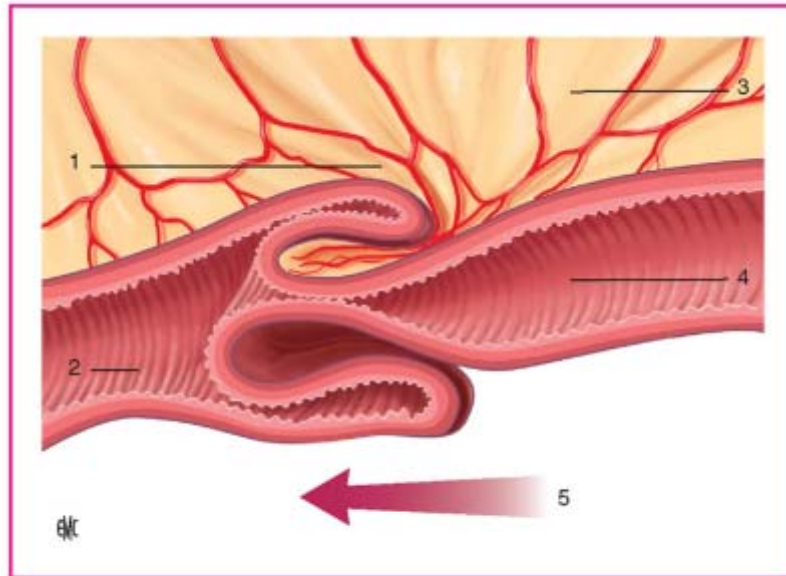


Figure 26 : Boudin d'invagination. 1. Boudin d'invagination ; 2. segment d'aval, 3. méso ; 4. segment d'amont ; 5. sens du péristaltisme.

L'IIA est une urgence chirurgicale et la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez le nourrisson et l'enfant de moins de 2 ans [67]. Les symptômes cardinaux de l'IIA sont les douleurs abdominales de survenue brutale, les vomissements et les rectorragies. Cette triade classique a une valeur prédictive positive de 93 %, mais elle ne concerne que 7,5 à 40 % des patients [68→70].

La léthargie est un signe important chez le nourrisson de moins de 1 an. L'échographie est l'examen de référence.

Dès que le diagnostic est suspecté, l'enfant doit être perfusé, réhydraté et réchauffé, cela afin d'éviter les chocs hypovolémiques lors de la désinvagination. La réduction non chirurgicale se fait par lavement pneumatique ou hydrostatique sous sédation ou anesthésie générale avec contrôle scopique ou échographique. La réduction est chirurgicale en cas de contre indications au lavement (pneumopéritoine, péritonite, signes de choc).

## **Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

---

La grande majorité (92%) de nos enquêtés ont choisi l'IIA comme premier diagnostic à évoquer devant un syndrome occlusif chez un nourrisson jamais opéré. Ce qui rejoint les recommandations.

En 1991, une étude a été menée à Lomé (TOGO) sur les considérations étiologiques du syndrome occlusif chez les nourrissons de 1 mois à 1 an, qui a prouvé que la cause la plus fréquente était l'invagination intestinale aiguë (41.62%), suivie par l'hernie étranglée (38.35%) et la péritonite primitive occupait la troisième place (8.35%) [66].



# *Recommandations*



Notre étude a mis en évidence une conscience, de la part des médecins interrogés, du rôle primordial qu'ils ont dans la prise en charge de l'enfant. Elle a montré aussi une motivation, une volonté de contribuer à la mise en place et au développement de cette pratique. Ce constat est capital pour le développement et l'amélioration de cette prise en charge. Notre étude a soulevé certains problèmes liés à cette activité. Pour y pallier, nous proposons les recommandations suivantes dégagées à la lumière des constats effectués :

- **Instaurer des formations adaptées** (formation continue, séminaires, conférences....). Ces formations continues doivent concerner tous les médecins généralistes du secteur public, et doivent être mises à jour périodiquement.
- **Le développement de recommandations claires, détaillées et adaptées au contexte et à la culture marocaine.** Avec la collaboration de différents experts (médecins généralistes, sociologues, pédiatres, psychologues...) pour parvenir à instaurer des messages éducatifs convaincants et adaptés au contexte marocain.
- **Mieux informer** les professionnels de santé sur la morbidité et la mortalité infantile.
- **Renforcer la présence des médecins spécialistes aux centres de santé.**
- **Mieux équiper les centres de santé et les centres hospitaliers périphériques.**
- **Renforcer la motivation et la conscience constatées par notre étude,** par la mise en place d'un système de valorisation et de reconnaissance, au profit des professionnels de santé impliqués.
- **Plus d'implication des ONG** pour la promotion de l'éducation pour la santé avec un alignement sur les objectifs du ministère de la santé et un respect du contexte marocain.
- **Renforcement en personnel et implication plus directe et plus structurée,** des autres intervenants comme l'infirmier et le pharmacien.



*Perspectives de recherche*



Dans notre étude, nous avons mesuré les connaissances, et les attitudes des médecins vis-à-vis de certaines urgences pédiatriques. L'urgence pédiatrique est une spécialité vaste, difficile à entourer en totalité sous tous ses aspects grâce à une seule étude. Cela exige d'autres études concernant les autres aspects non traités dans notre étude.

L'exploration d'autres régions, ainsi que l'étude approfondie du secteur privé, de ses caractéristiques, de ses forces et faiblesses sont aussi nécessaires.



# *Conclusion*



A notre connaissance, notre étude sur les connaissances, et les attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques constitue une contribution dans ce domaine sur le plan régional et national.

Les résultats dégagés de notre travail constituent une source d'enseignements à tirer pour l'amélioration des connaissances, et des attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques, permettant à cette activité de mieux jouer son rôle dans la réduction de la morbidité et de la mortalité.

Malgré son importance, notre étude présente certaines limites. En effet, Les urgences pédiatriques sont une spécialité très vaste pour pouvoir cerner tout ses aspects, nous avons essayé d'en traiter les plus pertinents tout en ayant une étroite relation avec les taches des médecins généralistes. Ainsi ses résultats concernent seulement le secteur public qui représente, certes, une composante importante dans la prise en charge des urgences pédiatriques, mais ne peuvent être extrapolés au secteur privé, pour plusieurs raisons : Le secteur privé au Maroc, diffère du public par les conditions, la charge de travail mais aussi par les catégories socioéconomiques des patients ayant accès à ses services.

Notre travail a concerné seulement la région de Marrakech-Safi, et certains chapitres de l'urgence pédiatrique. D'autres travaux sont nécessaires pour étudier les connaissances et les attitudes des médecins dans la région de Marrakech-Safi et les autres régions du Maroc en s'attachant à traiter d'autres chapitres et aspects non abordés dans cette étude.

Les urgences pédiatriques exige du médecin un raisonnement particuliers différent de celui des urgences adultes, parce que l'enfant n'est pas un adulte en miniature.

Notre étude a mis en évidence une conscience, une motivation et une volonté à contribuer à la mise en place et au développement de cette pratique. Ce constat est capital, pour le développement et l'amélioration de cette activité.

## **Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

Notre étude a soulevé certains problèmes liés à cette activité, citant ainsi le manque de recommandations claires et adaptées à notre contexte, de formation des généralistes dans le domaine, de structures et de matériels adaptés pour ce genre de consultation .

Il en ressort la nécessité de développer des recommandations visant à guider les praticiens dans la prise en charge de l'enfant tout en prenant en considération le contexte marocain, et en évaluant l'apport de ces recommandations à court et à long terme.



# *Annexes*



## Fiche d'exploitation

- Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques.

### Important :

- ✓ Ce questionnaire est strictement anonyme, ce qui signifie qu'il ne contient aucune information nominative de nature à identifier la personne qui y répond.
- ✓ Cette enquête a pour but d'évaluer les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques et de cerner leurs besoins en formation concernant ce sujet pour une prise en charge meilleure des enfants en état d'urgence.
- ✓ Ce travail rentre dans le cadre d'une réalisation d'une thèse de fin d'étude d'un étudiant en Médecine.

### - 1 Identification du répondant :

1.1 Sexe :  féminin  Masculin

1.2 Age (en année) : .....

1.3 Lieu d'étude :  Maroc  Etranger

Si au Maroc,

Lauréat de :  Casablanca  Rabat  Fès  Marrakech  Oujda

1.4 Ancienneté dans la fonction publique (en année) : .....

1.5 Ancienneté dans le poste actuel (en année) : .....

1.6 Avez-vous déjà bénéficié d'une (des) formation(s) spécifique(s) en pédiatrie ou en urgences pédiatriques ?  Oui  Non

Si oui, Laquelle (lesquelles) : .....

### 2 – connaissances et attitudes :

2.1 Quelles sont les urgences les plus courantes que vous voyez en consultation ?

Les détresses respiratoires

---

**Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

---

- Les convulsions fébriles
- La déshydratation aiguë
- Les infections graves (méningite, pyélonéphrite, infections respiratoires, infections ostéo-articulaires ...)
- Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

2.2 Selon vous, est-ce que la pyélonéphrite aiguë chez le nourrisson représente une urgence :

- Oui
- Non

\* si oui, pourquoi ? .....  
.....

2.3 Quelle est votre conduite à tenir devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson :

- Hospitalisation
- Antibiothérapie et bilan à domicile
- Autres (à spécifier): .....

.....  
.....

2.4 Quelle molécule utilisez-vous devant une pyélonéphrite aiguë du nourrisson avant les résultats du bilan :

- Amoxicilline
- Amoxicilline-acide clavulanique
- Sulfamides
- Aminosides
- Céphalosporine 3ème génération
- Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

\* Dose (à préciser) : .....  
.....  
.....

2.5 Selon vous, Quels sont les critères de gravité d'une bronchiolite virale aiguë nécessitant une hospitalisation ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.6 Vous hospitalisez un nourrisson souffrant d'une bronchiolite sévère,

- Quelle serait votre prise en charge ?

Désobstruction Rhinopharyngée

Kinésithérapie respiratoire

Antibiothérapie systématique

Nébulisation de salbutamol

Corticothérapie systématique

Autres (à spécifier) : .....

.....  
.....

2.7 Quelle sera votre prise en charge devant une crise d'asthme aiguë grave de l'enfant ?

Nébulisation de salbutamol

Corticoïdes injectables

Antibiothérapie systématique

Radiographie thoracique systématique

Autres (à spécifier): .....

.....  
.....

2.8 Selon vous, Quels sont les signes de gravité qu'il faut rechercher devant une déshydratation aiguë de l'enfant ?

Fièvre

Âge < 3mois

---

**Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

---

- Troubles de la conscience
- Allongement du temps de recoloration cutanée (>3 secondes)
- Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

2.9 Devant un enfant qui se présente pour une diarrhée aiguë avec une déshydratation aiguë grave,

Quelle sera votre conduite à tenir ?

- Hospitalisation
- Sels de réhydratation orale
- Réhydratation intra-veineuse
- Antibiothérapie systématique
- Autres (à spécifier) : .....  
.....  
.....

2.10 Devant une pneumonie typique de l'enfant, Quelle est la molécule que vous utilisez ?

- Amoxicilline
- Amoxicilline-acide clavulanique
- Céphalosporine de 3ème génération
- Macrolides
- Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

\* Dose (à préciser) : .....  
.....  
.....  
.....

2.11 Quelle est votre conduite à tenir devant une paralysie flasque aiguë ?

- Hospitaliser le patient
- Eliminer une poliomyélite antérieure aiguë
- Eliminer une compression médullaire
- Déclaration obligatoire

---

---

**Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

---

Autres (à spécifier) : .....  
.....  
.....

2.12 Quelle serait votre conduite à tenir devant un syndrome méningé fébrile chez un enfant ?

- Hospitaliser le patient
- Réaliser un scanner systématiquement
- Démarrer une antibiothérapie après la réalisation d'une ponction lombaire
- Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

2.13 Devant un syndrome méningé fébrile chez un enfant, quels sont les signes de gravité que vous recherchez ?

- Un Purpura
- Des Troubles de conscience
- Une Raideur de la nuque
- Des signes d'hypertension intracrânienne
- Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

2.14 Devant un purpura fébrile, quelle est votre conduite à tenir ?

- Vous référez l'enfant aux urgences
- Vous administrez une antibiothérapie par voie parentérale avant de le référer aux urgences
- Vous prescrivez une antibiothérapie par voie orale à domicile et vous réévaluez après 48H
- Vous faites un bilan biologique et vous réévaluez après 48 H
- Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

2.15 Selon vous, devant un purpura fébrile de l'enfant, Quelle molécule prescrivez-vous avant les résultats du bilan biologique ?

- Céphalosporine 3ème génération
- Amoxicilline-acide clavulanique
- Amoxicilline

**Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

---

Aminosités

Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

\* Dose (à préciser) : .....  
.....  
.....  
.....

2.16 Devant une suspicion d'infection néonatale,

Quelle est votre conduite à tenir avant la confirmation ?

Hospitalisation

Antibiothérapie probabiliste par voie orale avec surveillance

Antibiothérapie probabiliste par voie Intra-veineuse avec surveillance

Surveillance sans antibiothérapie probabiliste

Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

2.17 Selon vous, devant un syndrome occlusif chez un nourrisson jamais opéré, quel est le premier diagnostic à évoquer ?

Invagination intestinale aiguë

Péritonite aiguë

Volvulus

Iléus réflexe

Autres (à spécifier): .....  
.....  
.....

**Merci pour votre participation à la réalisation de cette enquête.**



# *Résumés*



## **RESUME :**

Le médecin généraliste a souvent le premier contact avec l'enfant. Une bonne connaissance des urgences pédiatriques joue un rôle important dans la baisse de la morbidité et de la mortalité infantile au Maroc. L'objectif principal de notre travail est de mesurer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis des urgences pédiatriques. Nous avons mené une enquête, sur une période de 2 mois (janvier et février 2019), au cours de laquelle 112 médecins généralistes exerçant dans la région de Marrakech-Safi ont été interrogés. Le taux de réponse était de 89.6 %. Le sexe ratio Homme/Femme était de 1,15. La moyenne d'âge était d'environ 43,5 ans. Environ 61% sont lauréats de la Faculté de médecine et pharmacie de Casablanca. Les médecins avec une ancienneté entre 10 et 20 ans représentent 42%. Seuls 30% des médecins dans notre série ont déjà bénéficié d'une formation pédiatrique. Le PCIME était la plus fréquente, avec 82%. Selon nos médecins interrogés les urgences les plus courantes étaient les détresses respiratoires. La quasi-totalité considérait la pyélonéphrite aiguë du nourrisson comme étant une urgence. Plus que la moitié d'entre eux a choisi les C3G pour la traiter. Les détresses respiratoires sont considérées par la majorité des médecins comme étant un critère de gravité en cas d'une bronchiolite virale aiguë, Seulement 16% ont cité 8 signes de gravité ou plus. Plus que 90% ont choisi la désobstruction rhinopharyngée, 75,9% ont opté pour la kinésithérapie respiratoire et 77,7% pour les nébulisations de salbutamol dans la prise en charge de la bronchiolite sévère. Presque la totalité de nos interviewés ont choisi les nébulisations de salbutamol, 79,3% ont opté pour la radiographie thoracique systématique dans la prise en charge d'une crise d'asthme aiguë grave. Tous nos médecins ont choisi les troubles de consciences comme signe de gravité. La Grande majorité d'entre eux a opté pour l'hospitalisation (98,2%) avec une réhydratation intraveineuse (92,8%) devant une déshydratation aiguë grave. Plus que la moitié des médecins interrogés donnaient l'Amoxicilline devant une pneumonie typique. Environ 90% de nos enquêtés ont choisi d'hospitaliser un patient atteint d'une paralysie flasque aiguë, 82% ont opté pour l'élimination d'une poliomyélite aiguë antérieure, et 88,3% ont choisi la déclaration obligatoire. Tous nos

## **Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

---

médecins ont choisi d'hospitaliser un patient avec un syndrome méningé fébrile, la majorité (88,3%) d'entre eux a choisi de démarrer une antibiothérapie après la réalisation d'une ponction lombaire. La quasi-totalité a choisi les troubles de conscience comme signe de gravité. Devant un purpura fébrile seuls 43% de nos enquêtés ont opté pour l'administration d'une antibiothérapie par voie parentérale avant de référer le patient aux urgences, pour la molécule administrée, 88,4% d'entre eux ont opté pour la C3G. Devant la suspicion d'une infection néonatale 97,3% ont choisi d'hospitaliser le patient et plus que la moitié ont opté pour une antibiothérapie probabiliste IV avec surveillance. La quasi-totalité de nos interviewés (92%) ont choisi l'invagination intestinale aiguë comme premier diagnostic évoqué devant un syndrome occlusif chez un nourrisson jamais opéré. Notre étude a mis en évidence une conscience, une motivation et une volonté dans la contribution de la mise en place et le développement de cette pratique. Elle a soulevé certains problèmes liés à cette activité, montrant ainsi le manque de recommandations claires et adaptées à notre contexte, de formation de généralistes dans le domaine et de structures adaptées.

**ABSTRACT :**

The general practitioner has often the first contact with the child. Therefore, a good pediatric emergency knowledge has an important role in the decrease of morbidity and infant mortality in Morocco. The aim of this study is to measure the knowledge and attitudes of general practitioners regarding pediatric emergencies. We conducted a survey for two months (January to February 2019), during which 112 general practitioners performing in the Marrakech–Safi region were interviewed. The response rate was 89.6%. The sex ratio Male / Female was 1.15. The average age was about 43.5 years old. About 61% are laureates of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Casablanca. Doctors with seniority between 10– and 20– years account for 42%. Only 30% of the doctors in our series have already received pediatric training. PCIME was the most common, with 82%. According to doctors, the most common emergencies were respiratory distress. Nearly all considered infant pyelonephritis to be an emergency. More than half of them chose C3G to treat it. Respiratory distress is considered by the majority of doctors as a severity criterion for acute viral bronchiolitis. Only 16% cited 8 or more signs of seriousness. More than 90% chose nasopharyngeal disobstruction, 75.9% chose respiratory physiotherapy and 77.7% nebulized salbutamol in the management of severe bronchiolitis. Almost all of our interviewees chose nebulization of salbutamol, 79.3% opted for a systematic chest X–ray in the management of a severe acute asthma attack. All doctors chose conscientiousness disorders as a sign of gravity. The majority opted for hospitalization (98.2%) with intravenous rehydration (92.8%) in the presence of severe acute dehydration. More than half of the doctors surveyed gave Amoxicillin in the presence of typical pneumonia. Approximately 90% of our respondents chose to hospitalize a patient with acute flaccid paralysis, 82% opted for the elimination of anterior acute poliomyelitis, and 88.3% chose mandatory reporting. All our doctors have also chosen to hospitalize a patient with febrile meningeal syndrome, the majority (88. 3%) has chosen to start antibiotic therapy after a lumbar puncture. Almost all have chosen consciousness disorders as a sign of seriousness. Faced with a feverish purpura, only 43% of our respondents opted for parenteral antibiotic therapy before

## **Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

referring the patient to the emergency room, for the molecule administered, 88.4% of them opted for C3G. When a neonatal infection was suspected, 97.3% chose to hospitalize the patient and more than half opted for probabilistic IV antibiotic therapy under surveillance. Almost all of the interviewees (92%) have chosen acute intestinal invagination as their first diagnosis in front of an obstructive syndrome in an infant who had never had surgery. Our study revealed an awareness and motivation to contribute to the implementation and development of this practice. It raised some problems related to this activity, showing the lack of clear recommendations adapted to our context, training of general practitioners in the field and adapted structures.

## ملخص

لطالما كان الطبيب العام نقطة وصل مع الطفل، لذلك كلما كانت المعرفة بالحالات الإستعجالية للأطفال جيدة، كلما لعب ذلك دورا هاما في الإنقاذ و الحد من وفيات الأطفال بالمغرب. يبقى الهدف الرئيسي من دراستنا هذه، هو قياس المستوى المعرفي و التطبيقي للأطباء العامين فيما يتعلق بحالات طوارئ الطفل. أجرينا دراسة اقتصادية على مدى شهرين، تم خلالها مقابلة 112 ممارسا عاما بمنطقة مراكش، كان معدل الاستجابة هو % 89.6 ، و كانت نسبة الذكور أكثر بقليل من القليل من الإناث الطبييات (ذكر/أنثى= 1.15)، كان متوسط العمر حوالي 43.5 بحوالي (61%) من خريجي كلية الطب بالدار البيضاء. الأطباء ذوي الاقدمية ما بين 10 و 20 سنة يمثلون %42، فقط %30 من أطباء سلسلتنا تلقوا تكويننا في علاجات الأطفال. و كانت La PCIME هي الأكثر شيوعا بنسبة % 82. وفقا للأطباء المستجوبين، كانت الضائقة التنفسية هي الحالة الطارئة الأكثر شيوعا. الأغلبية اعتبروا التهاب الحوضية والكلية عند الرضع حالة طارئة. حيث اختار أكثر من النصف علاجها بC3G. كما اعتبرت كل ضائقة تنفسية كعلامة على الحدة في ما يتعلق بالتهاب القصبيات الفيروسي الحاد.

فقط %16 من كانت لهم معرفة ب 8 أو أكثر من علامات الحدة. أكثر من %90 اختاروا إعادة فتح مسالك الأنف و البلعوم، و %35.9 اختاروا العلاج الطبيعي التنفسي و %77.7 اختاروا "السالبوتامول" في السيطرة على أزمة التهاب القصبيات.

%79.3 وقع اختيارهم على صور أشعة الصدر في حالة أزمة الربو الحاد الوخيم. كل الأطباء اتفقوا على أن اضطرابات الوعي علامة على الحدة. معظم الأطباء (% 98.2) اختاروا استشفاء الأطفال داخل المصلحة مع إعادة تسقية الذات في حالة الجفاف الحاد. أكثر من نصف الأطباء يصفون الأموكسيسيلين في حالة الالتهاب الرئوي النموذجي. اختار ما يقرب من %90 إدخال مرض الشلل الرخو الحاد إلى المستشفى، اختار %82 إقصاء شلل الأطفال الحاد الأمامي واختار %88.3 الإبلاغ الإجباري.

اختار جميع الأطباء استشفاء كل حالات السحايا الحموية ، إذ اختارت الأغلبية بدء العلاج بالمضاد الحيوي بعد تحليل سائل النخاع الشوكي . معظمهم يعتبرون اضطرابات الوعي كعلامة على خطورة الحالة. أمام الفر فرية المحمومة، %43 فقط من الأطباء يختاروا إعطاء المضادات الحيوية عن طريق الحقن قبل إحالة المريض إلى المستعجلات. بالنسبة للمضاد الحيوي، %88.4 منهم اختاروا C3G. في حالة الاشتباه في وجود عدوى لحدِيثِي الولادة ، %97.3 يفضلون استشفاء المرضى، كما اختار أكثر من نصفهم العلاج بالمضادات الحيوية الاحتمالية عن طريق الحقن مع المراقبة.

## **Enquête sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes face aux urgences pédiatriques**

---

معظم الأطباء (92%)، اختاروا الانسداد المعوي الحاد كأول تشخيص أمام حالة انسداد لدى رضيع لم يسبق له أن أجرى عملية جراحية. سلطت دراستنا الضوء على الوعي والتحفيز والرغبة في المساهمة في تنفيذ وتطوير هذه الممارسة. مما يدل على عدم وجود توصيات واضحة تتكيف مع سياقنا ، كما ذكرت ببعض المشاكل المتعلقة بهذا النشاط، و كذا النقص في تدريب الأطباء العامين.



# *Bibliographie*



1. **Haut-commissariat au plan,**  
les indicateurs sociaux du maroc 2017, PRESENTATION DE LA REGION DE MARRAKECH-SAFI.
2. **Ministère de l'équipement du transport et de la logistique.**  
Monographie de la province Al Haouz. Disponible sur le lien <http://www.equipement.gov.ma>
3. **Ministère de la santé.**  
SANTÉ EN CHIFFRES 2014 EDITION 2015.
4. **DÉCLARATION D'HELSINKI**  
DE L'AMM – PRINCIPES ÉTHIQUES APPLICABLES À LA RECHERCHE MÉDICALE IMPLIQUANT DES ÊTRES HUMAINS.
5. **Haut-commissariat au plan,**  
les indicateurs sociaux du maroc 2011.
6. **Sophie ATTAL EZAOUI.**  
Enquête de pratique auprès de 280 médecins généralistes de MIDI- PYRENEES. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine spécialité médecine générale. Toulouse : Faculté de médecine, 2013.
7. **FOUZIA HMAMI.**  
EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES PEDIATRIQUES  
AU NIVEAU DE LA VILLE DE FES ET REGIONS. Thèse pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine. Option pédiatrie. Fès : Faculté de médecine et de pharmacie, Juillet 2010.
8. **BREHIMA COULIBALY.**  
Les urgences médicales pédiatriques dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE.  
Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine. Bamako : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, 2006.
9. **Christine SAGNES-RAFFY, Isabelle CLAUDET, Erick GROUTEAU, Frédéric FRIES, Jean Louis DUCASSÉ.**  
Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées. Toulouse : POSU pédiatrique, CHU de Toulouse, 2001.
10. **FONTANAROSA Philippe.**  
ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT  
D'UN SERVICE D'URGENCES PEDIATRIQUES SUITE A UNE RESTRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS LOCALE. Thèse pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE. Nancy: Faculté de médecine de Nancy, 2014.
11. **Leung AK.**  
Urinary tract infection. Common problems in ambulatory pediatrics: Specific clinical problems, volume 1. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2011, pp173-181.
12. **Simões e Silva AC, Oliveira EA.**  
Update on the approach of urinary tract infection in childhood. J Pediatr (Rio J) 2015; 91(6 Suppl 1): S2-S10.
13. **Schlager TA.**  
Urinary tract infections in infants and children. Microbiol Spectr 2016 Oct; 4(5). doi: 10.1128/microbiolspec.UTI0022-2016.

14. **Bell LE, Mattoo TK.**  
Update on childhood urinary tract infection and vesicoureteral reflux. *Semin Nephrol* 2009; 29(4): 349–59.
15. **Hudson A, Romao RLP, MacLellan D.**  
Urinary tract infection in children. *CMAJ* 2017; 189(16): E608.
16. **Korbel L, Howell M, Spencer JD.**  
The clinical diagnosis and management of urinary tract infections in children and adolescents. *Paediatr Int Child Health* 2017; 37(4): 273–9.
17. **Robinson JL, Finlay JC, Lang ME, Bortolussi R.**  
Urinary tract infections in infants and children: Diagnosis and management. *Paediatr Child Health* 2014; 19(6): 315–25.
18. **Larcombe J.**  
Urinary tract infection in children: Recurrent infections. *BMJ Clin Evid.* 2015; pii:0306.
19. **Schlager TA.**  
Urinary tract infections in infants and children. *Infect Dis Clin North Am* 2003; 17(2): 353–65.
20. **Chang SL, Shortliffe LD.**  
Pediatric urinary tract infections. *Pediatr Clin North Am* 2006; 53(3): 379–400.
21. **Blumenthal I.**  
Vesicoureteric reflux and urinary tract infection in children. *Postgrad Med J* 2006; 82(963): 31–5.
22. **Riccabona M.**  
Urinary tract infections in children. *Curr Opin Urol* 2003; 13(1): 59–62.
23. **Clark CJ, Kennedy WA II, Shortliffe LD.**  
Urinary tract infection in children: When to worry. *Urol Clin North Am* 2010; 37(2): 229–41.
24. **Shaikh N, Hoberman A.**  
Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Acute management, imaging, and prognosis. In: Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA. (Accessed on August 10, 2018)
25. **Leung AK, Robson WL.**  
Urinary tract infection in infancy and childhood. *Adv Pediatr* 1991; 38: 257–285.
26. **Awais M, Rehman A, Baloch NU, Khan F, Khan N.**  
Evaluation and management of recurrent urinary tract infections in children: State of the art. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2015; 13(2): 209–31.
27. **Stein R, Dogan HS, Hoebeke P, Kovara R, Nijman RJ, Radmayr C, et al.**  
European Association of Urology; European Society for Pediatric Urology. Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines. *Eur Urol* 2015; 67(3): 546–558.
28. **Shaikh N, Hoberman A.**  
Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Clinical features and diagnosis. In: Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA. (Accessed on August 10, 2018)

29. **Hellerstein S.**  
Acute urinary tract infection: Evaluation and treatment. *Curr Opin Pediatr* 2006; 18(2): 134–138.
30. **Stephens GM, Akers S, Nguyen H, Woxland H.**  
Evaluation and management of urinary tract infections in the school-aged child. *Prim Care* 2015; 42(1): 33–41.
31. **Becknell B, Schober M, Korbel L, Spencer JD.**  
The diagnosis, evaluation and treatment of acute and recurrent pediatric urinary tract infections. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2015; 13(1): 81–90.
32. **Delbet JD, Lorrot M, Ulinski T.**  
An update on new antibiotic prophylaxis and treatment for urinary tract infections in children. *Expert Opin Pharmacother* 2017; 18(15): 1619–25.
33. **Roberts KB.**  
Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Urinary tract infection: Clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics* 2011; 128(3): 595–610.
34. **Subcommittee On Urinary Tract Infection.**  
Reaffirmation of AAP clinical practice guideline: The diagnosis and management of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children 2–24 months of age. *Pediatrics* 2016; 138(6). pii: e20163026.
35. **M. Bouskraoui, I. Ait Saab, F. Lasry.**  
Table ronde sur l'infection urinaire chez l'enfant au Maroc, du diagnostic au traitement, résultats d'une étude multicentrique pour un consensus national de prise en charge. Avril 2014.
36. **Bertrand ICHER.**  
L'infection urinaire chez l'enfant Evolution des pratiques en médecine générale entre 2004 et 2009. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Limoges : Faculté de médecine, 2011.
37. **Salle Louis Armand.**  
Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette – Paris. Septembre 2000.
38. **Ahmed FADLOULLAH.** Prise en charge de la bronchiolite aiguë Etat des médecins généralistes dans la région de Marrakech. Thèse pour l'obtention de doctorat en médecine. Marrakech : Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2009.
39. **Jérémy LELLOUCH et Marie ROBERT.**  
Quelles sont les pratiques professionnelles habituelles des médecins généralistes dans la prise en charge des bronchiolites aiguës du nourrisson de moins de 2 ans en ambulatoire dans la Sarthe ? Quels sont les déterminants des discordances évoquées par les médecins généralistes par rapport aux recommandations? Thèse pour le diplôme de docteur en médecine Qualification en médecine générale. Angres : Faculté de médecine, 2015.

40. **Elodie SALLES.**  
Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins généralistes des Hauts de Seine : évaluation des connaissances et de leur application. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine : Faculté de médecine de CRETEIL, 2014.
41. **Pierre-Édouard Proteau.**  
Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2017.
42. **Ouafa SABIR.**  
Enquête sur la prise en charge de l'asthme de l'enfant auprès des médecins généralistes de la région de Béni Mellal. Marrakech : Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2015. Thèse N°126
43. **Kosek M, Bern C, Guerrant RL.**  
The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bull World Health Organ* 2003;81:197—204.
44. **Gorelick MH, Shaw KN, Murphy KO.**  
Validity and reliability of clinical signs in the diagnosis of dehydration in children. *Pediatrics* 1997;99:E6.
45. **Friedman JN, Goldman RD, Srivastava R, Parkin PC.**  
Development of a clinical dehydration scale for use in children between 1 and 36 months of age. *J Pediatr* 2004;145:201—7
46. **Saavedra JM, Harris GD, Li S, Finberg L.**  
Capillary refilling (skin turgor) in the assessment of dehydration. *Am J Dis Child* 1991;145:296—8
47. **Bourrous M et Collaborateurs.**  
Enquête sur la prise en charge de la maladie diarrhéique dans la région de Marrakech (Maroc). 2010.
48. **Hubert, P.**  
(2008). *Déshydratation aiguë du nourrisson. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 21(3).*
49. **Farida GHOUILA.**  
Diarrhée aiguë du nourrisson : Prévention de la déshydratation. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, 2003.
50. **Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.**  
ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN PRATIQUE COURANTE AU COURS DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT. octobre 2005.
51. **Fatima Ezzahra LAHLIMI.**  
Pneumonies de l'enfant A propos de 274 cas. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Marrakech : Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2013. Thèse N°27.
52. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Pneumonie de l'enfant aide mémoire No 331. Novembre 2012; disponible sur [www.oms.com](http://www.oms.com) .  
Consulte le 01decembre 2012

- 53. SIDIBE DIAKARIDIA.**  
Pneumopathie bactérienne au service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE. Pour obtenir le grade de docteur en médecine. Bamako: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie. 2006.
- 54. LARABI ILHAM, LOUADJ ZEYNEB.**  
Les pneumopathies bactériennes chez l'enfant. Mémoire de fin d'études. Tlemcen : Faculté de médecine. 2014.
- 55. OMS :**  
Rapport de la situation sur l'éradication de la poliomyélite. EM/ RC 58/ INF. DOC 1, juillet 2011.
- 56. Programme national d'immunisation.**  
Aspects pratiques de la vaccination Manuel de formation. juin 2013.
- 57. Neuman H, Wald. E.**  
Bacterial meningitis in childhood at the children's hospital of Pittsburg: 1988–1998. Clin Pediatr 2001;40:595–600.
- 58. Anne Mayeur.**  
Méningite bactérienne de l'enfant : étude épidémiologique, suivi auditif et psychomoteur. Cohorte du CHU de Rouen 2000–2012. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Rouen : Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen, 2013.
- 59. Stanislas Harent.**  
Prise en charge de 61 méningites bactériennes aiguës communautaires au CHRU de Lille du 01/01/2009 au 01/01/2012 et adéquation avec la conférence de consensus de la SPILF de 2008. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2012.
- 60. Cassandra JOVENIN.**  
Méningites à méningocoques état des connaissances des futurs professionnels de santé. Nantes : UFR science pharmaceutiques et biologiques , 2016.
- 61. Kayange N, Kamugisha E, Mwizamholya DL, et al.**  
Predictors of positive blood culture and deaths among neonates with suspected neonatal sepsis in a tertiary hospital, Mwanza – Tanzania. BMC Pediatr 2010;10:39.
- 62. CHOKOTEU YOSSA DJUIMO.**  
Infections bactériennes du nouveau-né dans l'unité de réanimation néonatale du CHU GABRIEL TOURE. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Bamako: Faculté de Médecine et de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie. 2005.
- 63. Bode-Thomas F, Ikeh EI, Pam SD, Ejeliogu EU.**  
Current aetiology of neonatal sepsis in Jos University Teaching Hospital Nigeria J Med. 2004; 13: 130–135
- 64. Tchokoteu PF, Kago L, Wouafo, Ndayo M, Ekoue T, Koki ND.**  
L'infection néonatale à Yaoundé: aspects épidémiologiques, cliniques et bactériologiques. Revue internationale de pédiatrie 1991 ; 215 : 27–31

65. **Balaka B, Bonkougou B, Matey K, Napo–Bitankem S, Kessie K, Assimadi K.**  
Septicémie néonatale: aspect bactériologique.  
Bull. Soc. Pathol. Exot. 2004 ; 97 : 97–99
66. **Homawoo K, Assimadi K, Marouf R, Bissang K, Ayite A, Songne B.**  
Considérations étiologiques du syndrome occlusif chez l'enfant en milieu tropical Togolais. Med Afr Noire. 1991;38(3):193–200.
67. **Bines JE, Ivanoff B, Justice F, Mulholland K.**  
Clinical case definition for the diagnosis of acute intussusception. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004;39:511–8.
68. **Harrington L, Connolly B, Hu X, Wesson DE, Babyn P, Schuh S.**  
Ultrasonographic and clinical predictors of intussusception. J Pediatr 1998;132:836–9.
69. **Jenke AC, Klaassen–Mielke R, Zilbauer M, Heining U, Trampisch H, Wirth S.**  
Intussusception: incidence and treatment–insights from the nationwide German surveillance. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011;52:446–51.
70. **Klein EJ, Kapoor D, Shugerman RP.**  
The diagnosis of intussusception. Clin Pediatr 2004;43:343–7.

# قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأْبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ  
وَالْأَحْوَالِ بَادِلًا وَسَعِي فِي انْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ  
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلًا رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،  
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ  
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ  
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهِ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدًا

أطروحة رقم 161

سنة 2019

## استقصاء حول معارف ومواقف الأطباء العامين بخصوص حالات طوارئ الأطفال

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/06/14

من طرف

السيد : حمزة بنجلون

المزاداد في 1993/04/28

### لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

#### الكلمات الأساسية:

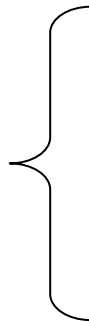
حالات طوارئ الطفل – معارف- مواقف – الأطباء العامين – جهة مراكش آسفي

### اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام



السيد س. زهير

أستاذ في علم البكتريا و الفيروسات

م . بو الروس

أستاذ في طب الأطفال .

ن. راضي

أستاذ في طب الأطفال .

ع. هاشمي

أستاذ في التخدير و الإنعاش

أ. ا. كميلي

أستاذ في جراحة الأطفال .

السيد

السيد

السيد

السيد

السيد

