

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES PEDIATRIQUES AU NIVEAU DE LA VILLE DE FES ET REGIONS

MEMOIRE PRESENTE PAR :
Docteur FOUZIA HMAMI
née le 23 Août 1978 à TAOUNATE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : PEDIATRIE

Sous la direction de :
Professeur ATMANI SAMIR

Juillet 2010

SOMMAIRE

I : Introduction.....	5
1: Epidémiologie	5
2: Législation	6
II : Population et méthodes	7
1 : Caractéristiques de la Ville de Fès.....	7
2 : Population infantile de la ville de Fès	8
3 : Structures sanitaires publics assurant les urgences pédiatriques au niveau de la ville de Fès	9
4 : Description et fonctionnement du service des urgences pédiatriques du CHU HASSAN II Fès	9
4-1: Architecture	9
4-2 : Personnel du service	17
4-2-1 : Personnel médical	17
4-2-2 : Personnel paramédical	18
4-2-3 : Secrétaire médicale	18
5 : Mission des urgences	19
6 : Organisations des consultations	20
6-1: En aval	20
6-2 : Aux urgences	20
6-3 : En amont	20
7 : Matériels et méthodes	21
III : Résultats	23
1 : Répartition des consultants selon l'âge	23
2 : Répartition selon l'heure de passage aux urgences	24
3 : Répartition saisonnière des consultations	24

4 : Répartition selon l'origine des malades	25
5 : Répartition des malades selon leur mode de provenance	26
6 : Gravité des consultants selon la classification CCMU	27
7 : Motifs de consultations les plus fréquents	28
7-1 : Pathologie accidentelle	28
7-2 : Pathologie respiratoire	29
7-3 : Pathologie digestive	29
7-4 : Urgences chirurgicales en dehors de la pathologie accidentelle (trauMATISMES et brûlures)	29
7-5 : pathologie neurologique	29
7-6 : Symptomatologie urinaire	29
7-7 : Syndrome anémique	29
7-8 : symptomatologie cardiaque	29
7-9 : Tableau (3) récapitulatif des différents motifs de consultations en dehors des accidents	30
8 : Gravité des patients selon l'heure d'arrivée aux urgences	30
9 : Hospitalisations	31
9-1 : Répartition des hospitalisations selon les heures	31
9-2 : Principaux diagnostics des malades hospitalisés	32
9-3 : Devenir des malades hospitalisés	33
9-4 : Décès	34
IV : Discussion	36
V : Recommandations	41
1 : Avant l'admission du malade	41
2 : A l'admission	41
VI Résumé	45
VII Bibliographie	46

Liste des figures	Page
Figure 1: Pyramide des ages, Maroc, 2005	8
Figure 2: Entrée du bâtiment Mère Enfant.....	9
Figures 3, 4,5: Salle d'attente et d'accueil des consultants	10
Figure 6: Le premier hall du service.....	10
Figures 7, 8: Première salle de consultation.....	11
Figure 9: La 2ème salle de consultation.....	11
Figure10: Le 2ème hall du service	12
Figure 11: Pharmacie	12
Figure 12, 13: Salle de plâtre	13
Figures 14, 15: Salle de soins.....	13
Figure16: Salle d'observation	14
Figures 17, 18: Salle de déchoquage	15
Figure 19: Salle de réveil	16
Figure 20: Salle de repos des médecins	16
Figure21: Bilan d'activité	22
Figure22: Répartition des consultants selon l'age	23
Figure 23: % des consultants selon les heures	24
Figure24: Répartition saisonnière des consultants	24
Figure 25: Répartition des consultants selon leur origine.....	25
Figure 26: % des malades non originaires de Fès	25
Figure 27: Gravité des consultants selon la classification CCMU.....	27
Figure 28 : Gravité des consultants selon heures d'arrivée aux urgences.....	30
Figure 29: Répartition des hospitalisations selon les heures	31

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des malades selon leur provenance	26
Tableau 2: % des Pathologies accidentelles	28
Tableau 3 : différents motifs de consultations en dehors des accidents	30
Tableau 4: diagnostics des malades hospitalisés	32
Tableau 5: Devenir des malades hospitalisés	33
Tableau 6: Etiologies des arrivées morts.....	34
Tableau 7: Etiologies des décès survenant au delà de 6 heures	35

I : Introduction :

La prise en charge des urgences est devenue un sujet très sensible dans l'organisation du système de santé. « Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatriques, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales ». Les soins d'urgences sont complexes en raison du caractère pluriprofessionnel des intervenants, mais aussi de la gestion des flux de patients et de leurs trajectoires de soins. L'hétérogénéité des demandes de soins, la variabilité du volume horaire de patients à prendre en charge, la difficulté croissante de disposer de lits d'hospitalisation pour ces patients, les moyens parfois insuffisants, sont autant d'éléments qui rendent cet exercice difficile. Parallèlement, les récentes réformes ont défini des exigences élevées pour ces services.

1: Epidémiologie:

Depuis leur création dans le milieu des années 60, les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année [1]. Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence (SU) est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés [2,3]. En France, le nombre de passages, qui croît de 4.5 % par an, est estimé à 13,5 millions pour 2001[4]. Cette augmentation, qui touche aussi bien les urgences « adultes » que pédiatriques, traduirait de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins [5-6] et une évolution de l'organisation des soins entre la médecine de ville et l'hôpital.

2: Législation:

L'accueil et le traitement des urgences selon l'article français R. 712-65 du code de la santé publique ne fait pas de distinction selon l'âge des malades [7] et aucun texte de loi ne prévoit de régime spécifique pour les enfants. IL en est de même pour le Maroc. Alors, malgré les progrès remarquables de notre législation concernant les droits de l'enfant, celle ci comporte encore des lacunes à combler à savoir les normes applicables aux divers établissements pour enfants. Par conséquent, la prise en charge des enfants et de leur famille doit être adaptée et ceci d'autant plus que l'enfant est jeune. L'importance numérique de ces enfants dans les SU (30 % de l'ensemble des urgences accueillies dans les hôpitaux [8,9] dont plus de la moitié est représentée par des enfants de moins de 5 ans [5]), montre la nécessité que ces enfants soient accueillis dans des locaux spécifiques par un personnel médical et paramédical familiarisé et disposant d'un matériel adapté à l'enfant. Parallèlement, l'évolution préoccupante de la démographie pédiatrique [10] va influencer l'organisation de la prise en charge des enfants en urgence, en ville comme à l'hôpital.

Une meilleure connaissance de la typologie de ces jeunes patients accueillis dans les services d'urgences de la ville de Fès, qui était le lieu de notre étude, doit permettre l'amélioration de leur prise en charge, par une meilleure définition des besoins de la population, par des actions de formation ciblées des équipes soignantes, ainsi que par la possibilité d'optimiser l'organisation régionale.

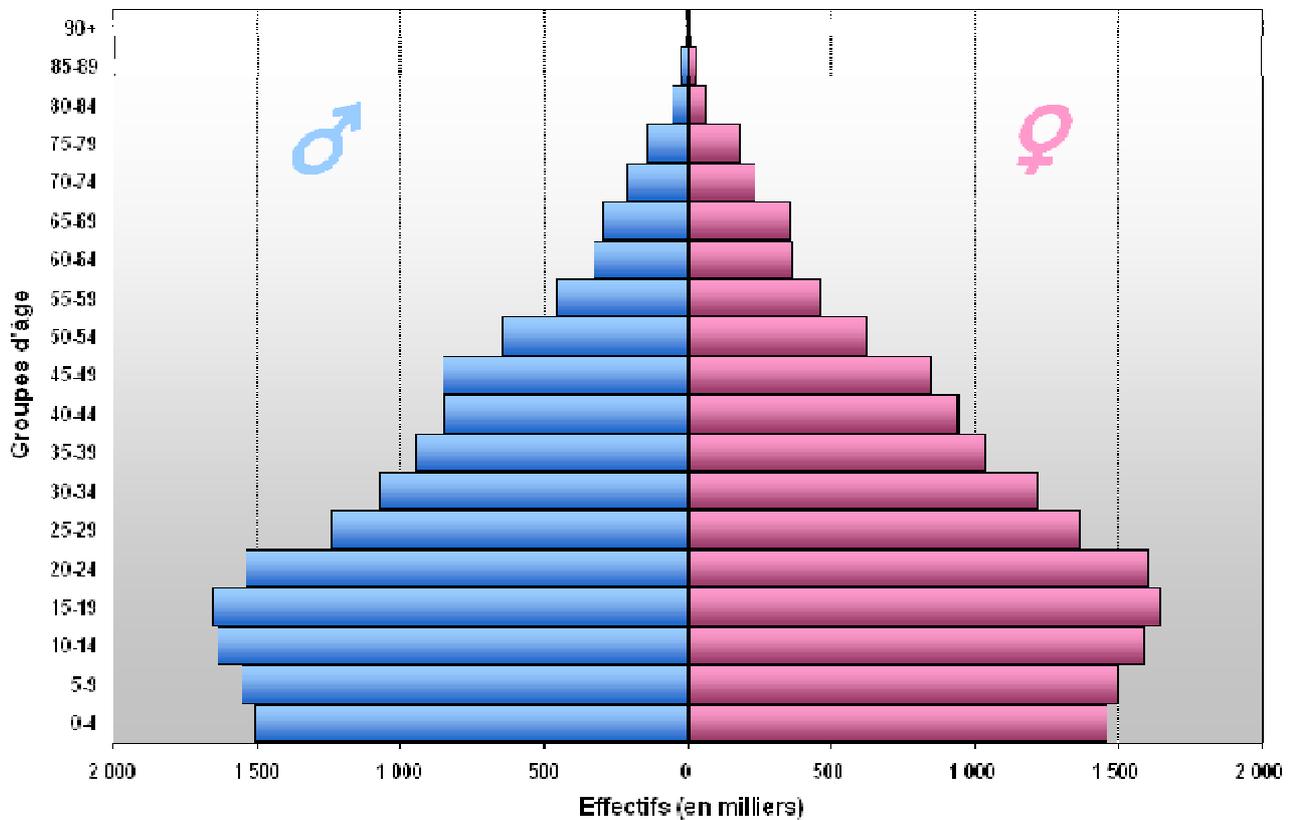
II : Population et méthodes:

1 : Caractéristiques de la Ville de Fès:

La région de Fès-Boulemane (en arabe فاس بولمان) est l'une des seize régions du Maroc. Elle se situe dans le nord du pays, et inclut une partie du Moyen Atlas. Elle est considérée comme un carrefour entre l'est et le nord-est d'une part, et le sud-ouest du Royaume d'autre part. Sa superficie est de 20 318 km² soit 2,85 % de la superficie totale du Royaume, répartie entre la province de Sefrou et celle de Boulemane et les trois préfectures de la ville de Fès : Fès Jdid Dar Dbibagh, Fès-Médina et Zouagha Moulay Yacoub. La population est de 1 573 055 habitants soit 5,26 % de la population totale du pays. La population est au deux tiers urbaine, la capitale est la ville de Fès dont environ 1 million est concentré au niveau de cette ville.

2 : Population infantile de la ville de Fès :

Pyramide des âges, Maroc, 2005



Source: Organisation des Nations Unies (World Population Prospects: The 2006 Revision)

Figure 1: Pyramide des ages, Maroc, 2005

Les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 30 % de la population marocaine, ce qui correspond à environ 300.000 enfants pour la ville de Fès et au alentour de 500.000 enfants pour la région de Fès-Boulemane.

3 : Structures sanitaires publics assurant les urgences pédiatriques au niveau de la ville de Fès :

Les structures sanitaires publics de la ville de Fès sont représentés par :

- Ses deux hôpitaux provinciaux : CHP IBN EL KHATIB et CHP EL GHASSANI disposant d'un service d'urgence accueillant à la fois les urgences adultes et pédiatriques et dont le fonctionnement est assuré par des médecins généralistes assurant des gardes de 24 heures.
- Le service des urgences pédiatriques du CHU Hassan II.

4 : Description et fonctionnement du service des urgences pédiatriques du CHU HASSAN II Fès:

4-1: Architecture :

Il est placé à droite de l'entrée du bâtiment mère enfant (Bâtiment G) : Figure1



Figure 2: Entrée du bâtiment Mère Enfant

Le service dispose d'un premier secteur composé d'une Salle d'attente avec un service d'accueil (figures 3, 4,5) où se trouvent en permanence un agent de sécurité et une hôtesse d'accueil le jour et un seul agent de sécurité la nuit dont leur mission est d'accueillir les malades, de les enregistrer dans un registre, d'envoyer les malades pour payer la consultation, de garder l'ordre et de faire rentrer immédiatement les accidentés et les malades graves. Ce premier secteur contient également une salle d'isolement pour examiner les malades suspects d'être hautement contagieux.



Figures 3, 4,5: Salle d'attente et d'accueil des consultants

Le service proprement dit est séparé de ce premier secteur par une porte et comporte:



Figure 6: Le premier hall du service

1 : Bureau du major

2 : Une première salle de consultation générale (figure 7) disposant de 3 tables d'examen, deux bureaux, un ordinateur avec connexion Internet, une ligne téléphonique, un négatoscope, un otoscope, des tensiomètres muraux et mobiles, un chariot de soins, un lavabo avec du matériel pour désinfection, toute la paperasse nécessaire avec un classeur contenant divers protocoles ou guides pour les différentes pathologies des urgences.



Figures 7, 8: Première salle de consultation

3 : Une 2ème salle de consultation spécialisée (Figure 8) avec 2 tables d'examen, un bureau, un négatoscope, un chariot et la paperasse.



Figure 9: La 2ème salle de consultation



Figure 10: Le 2ème hall du service

4 : Une pharmacie (Figure 11) :



Figure 11: Pharmacie

5 : Les toilettes

6 : une salle de plâtre (Figure 12, 13) avec un chariot et une table d'examen.



Figure 12, 13: Salle de plâtre

7 : Une salle de soins (Figures 14, 15) avec une table d'examen, un projecteur fixe de lumière, un chariot, un autoclave, un négatoscope, une table avec un registre des activités de la salle, un placard, et un lavabo.



Figures 14, 15: Salle de soins

8 : Une salle d'observation (Figure 16) : disposant de 4 lits avec 4 sources d'oxygène et de vide, et deux tensiomètres muraux, d'un chariot de soin, d'un bureau avec un registre pour l'enregistrement des malades admis à la salle et d'une toilette avec un lavabo.

Critères d'admission à la salle d'observation :

- Crise d'asthme, bronchiolite
- Intoxication sans signes de gravité.
- Syndrome appendiculaire
- Pyélonéphrite avec signes de gravité
- Malade en attente d'un bilan fait dans le cadre d'une urgence
- Convulsion simple sans signes de gravité (convulsion dans un climat fébrile)
- Les malades nécessitant une prise en charge urgente en attendant la place aux services de pédiatrie ou de chirurgie pédiatriques.



Figure 16: Salle d'observation

9 : Une salle de déchoquage (Figures 17, 18): contenant 4 lits avec 4 sources d'oxygène et de vides, 3 scopes, 3 respirateurs, des lavabos pour désinfection chirurgicale avec du savon mural, un bureau avec un registre de la salle et un chariot d'urgence contenant en permanence tout le matériel nécessaire pour une prise en charge immédiate des extrêmes urgences ainsi que des différents médicaments d'urgence.

Critères d'admission à la salle de déchoquage :

- Trouble de conscience
- Détresse respiratoire
- Désaturation,
- Etat hémodynamique instable
- Toute situation pouvant se compliquer en absence d'une salle d'observation non équipé par des moyens de surveillance.

Tout malade admis à la salle d'observation ou à la salle de déchoquage est accompagné de son dossier d'urgence fait par l'interne de garde des fiches de prescription, de surveillance et des examens complémentaires à demander. Le médecin spécialiste doit écrire également son avis sur ce dossier par la suite.



Figures 17, 18: Salle de déchoquage

10 : Un bloc opératoire des urgences pédiatriques

11 : Une salle de réveil (Figure 19) pour les malades sortant du bloc en attendant leurs transferts aux leurs services de destination.



Figure19: Salle de réveil

12 : Deux salles de repos des médecins (Figure 20) et une salle de repos des infirmiers de gardes.



Figure 20: Salle de repos des médecins

4-2 : Personnel du service :

4-2-1 : Personnel médical :

- Equipe de pédiatrie :

- Chef du service : Professeur M.HIDA : chef du service de pédiatrie et des urgences pédiatriques.

- Professeur S. ATMANI : Professeur agrégé en pédiatrie et médecin responsable des urgences pédiatriques : Mise à jour des protocoles des urgences, visite aux lits des malades le matin à 08 heures entre les deux équipes des internes : entrantes et sortantes avec les résidents de pédiatrie, suivie d'un staff de tous les consultants des 24 heures. Une autre visite aux lits des malades est faite en fin de journée. Celui ci est joignable à tout moment par la suite pour avis ou intervention urgente qui dépasse les capacités du senior d'astreinte.

- Médecins seniors de pédiatrie qui font l'astreinte hebdomadaire aux services de pédiatrie et des urgences pédiatriques.

- Deux ou trois résidents de pédiatrie affectés au service assurant le travail du 8H00 à 18H00 (faire la consultation à la première salle selon le flux des malades, superviser les internes à la première salle de consultation, régler les problèmes des malades hospitalisés) puis au delà de cette heure, c'est le résident de garde du service de pédiatrie qui supervise les internes de garde aux urgences.

- Deux internes avec deux externes 6ème année assurent la garde de 24 heure et leur mission est de faire la consultation à la première salle de tout venant, adresser les malades difficiles à la deuxième salle pour un avis chirurgicale, hospitaliser d'emblée les malades en détresse vitale à la salle de déchoquage ou les malades dont l'indication d'hospitalisation est évidente, hospitaliser après un avis spécialisé les autres malades et faire leurs dossiers médicaux.

- Equipe chirurgicale :

- Médecins seniors d'astreinte.

- Un résident, un interne et un externe 6^{ème} année assurant une garde de 24 heures aux urgences pour les malades de chirurgie, ce qui reste très insuffisant et très fatiguant pour l'équipe et source d'insatisfaction pour les familles des malades.

- Equipe réanimatrice :

- Médecins seniors d'astreinte du service.

- Deux résidents de réanimation affectés aux urgences interviennent à la demande pour la prise en charge des malades en détresse à la salle de déchoquage, prennent en charge les malades rentrant au bloc des urgences et aussi au bloc de la maternité jusqu'à 15h, puis c'est le réanimateur de garde qui prend la relève. Point également à améliorer pour un meilleur rendement.

4-2-2 : Personnel paramédical :

Ils sont au nombre de 22 : le major avec son aide et les autres travaillent en équipe de 6 (un infirmier à la salle de soin, un autre à la salle d'observation, un troisième à la salle de déchoquage et deux au bloc et à la salle de réveil). Ils assurant une garde de 24h et font un roulement toutes les 72 heures. Par insuffisance du nombre du personnel, nous ne disposant pas, pour le moment, d'un infirmier fixe à la première salle de consultation générale pour accueillir les malades, prendre les constantes, maintenir à jour le matériel et le chariot et accompagner les blessés et les malades nécessitant des soins à la salle de soin.

4-2-3 : Secrétaire médicale :

Celle-ci s'occupe de tous ce qui est administratif et des transferts des malades.

5 : Mission des urgences :

La mission des urgences est la prise en charge, sans discrimination, de tout patient en état de détresse réelle ou ressentie, et ce 24/ 24, 365 jours par an.

En médecine, l'urgence se définit par toute situation empirant rapidement, ou susceptible de le faire, sans intervention médicale ou même avec. Elle est classée typiquement en quatre catégories :

- Urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence
- Urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital
- Urgence relative : pathologie sub-aiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital
- Urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai

Pour les citoyens, une urgence est une situation inopinée et soudaine faisant craindre pour la vie de la personne ; or, plusieurs situations impressionnantes ou ressenties comme graves par l'entourage peuvent être en fait bénignes. Si tout malade peut trouver son droit à consulter au service des urgences, plusieurs problèmes se posent et peuvent s'aggraver et entraver la bonne marche du service :

- De plus en plus de personnes utilisent les urgences de l'hôpital comme un cabinet médical ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre/sept jours sur sept.
- La coexistence du grave et du bénin, de l'urgent et du stable aboutissent à l'engorgement des services d'urgences.

Ces types de comportement nuisent à l'efficacité du système, les « vraies » urgences risquent d'être prises en charge avec retard en raison de l'encombrement du système, et la fatigue des personnels générée par cette surcharge de travail est nuisible à la qualité des soins.

6 : Organisations des consultations :

6-1: En aval :

Aucune condition n'est exigée pour accéder au service des urgences et de cela tout demandeur de soins médicaux, qu'il soit adressé par un médecin ou consultant directement, a le droit d'être vu au service.

6-2 : Aux urgences :

Les malades graves soit par jugement de la famille ou jugement des agents d'accueil, les accidentés et les malades référés surtout si le transport est médicalisé rentrent sans délai à la première salle de consultation. Les consultations froides payent la consultation d'avance et sont vus en consultation à tours de rôle.

6-3 : En amont :

Les malades vus à la première salle de consultation peuvent soit :

- Sortir des urgences et donc soit retourner chez eux après avoir juger de la bénignité de leurs affections tout en prescrivant si nécessaire une ordonnance et ou un bilan à titre externe, soit être adressés pour une consultation et un suivi spécialisé à froid au centre diagnostique, soit être adressés au service de pédiatrie (à la salle d'admission) pour une hospitalisation directe à ce service ou rendez vous d'hospitalisation froide.

- Etre adressés à la deuxième salle de consultation spécialisée surtout pour attendre un avis du chirurgien pédiatre.

- Etre hospitalisés en salle d'observation et donc régler un billet d'observation qui est valable 6 heures ou bien d'hospitalisation si on juge que le malade va rester plus que 6 heures et l'hospitalisation se fait au nom du service dont relève le malade.

- Etre hospitalisé en salle de déchoquage pour les malades en situation grave ou susceptible de l'être.

La priorité d'hospitalisation en principe au sein des services du bâtiment mère enfant est aux malades des urgences et dont la prise en charge relèvent de l'équipe de garde de ces services et dont la durée de séjour aux urgences doit être le minimum possible le temps de leurs débrouiller les places.

7 : Matériels et méthodes :

Notre travail avait pour but d'étudier, pendant une période de 6 mois (du premier juillet à la fin du mois de Décembre 2009), l'épidémiologie de tous nos consultants afin de mieux connaître leur typologie, de faire une lecture critique sur la situation et de pouvoir définir par la suite les besoins organisationnels pour une meilleure prise en charge et donc un rendement optimal. Une fiche, qui a été simplifiée au maximum pour qu'elle soit facile et rapide à remplir, a été nommée fiche de bilan d'activité (figure 21). Celle-ci a été établie et mise à la disposition du personnel du service d'accueil qui est sensé de remplir la première partie concernant l'identité du malade : le nom, le prénom, l'âge, l'heure au premier contact au service d'accueil et l'origine du malade. Le malade rentre à la première salle de consultation avec cette fiche dont le médecin qui examine le malade remplit la deuxième partie concernant la provenance du malade : consultation directe (CD), adressé d'un hôpital (H), du privé (P) ou d'un centre de santé (SC) et le médecin va juste cocher la case convenable, puis il doit écrire le diagnostic ou les symptômes et la conduite à tenir en cochant soit la case d'ordonnance, de bilan, d'hospitalisation ou de référence à un autre service.

Bilan d'activité :

Date : Heure :

Origine : Nom :

Age :

Provenance :

consultation directe

Privé

Hôpital

S/C

Motif :

Dc d'entrée:.....

Dc sortie :

Bilan :

Hospitalisation :

Durée :

Bilan :

Salle d'observation Déchoquage

Référence :

Ordonnance :

Figure 21 : Bilan d'activité

III : Résultats :

En se renforçant par les registres du service d'accueil et des deux salles d'hospitalisation : d'observation et de déchoquage, nous avons pu recueillir 8220 malades au total avec un nombre de consultants par jour allant de 26 à 81 par jour et une moyenne de 45 consultants par jour.

1 : Répartition des consultants selon l'âge (figure 22):

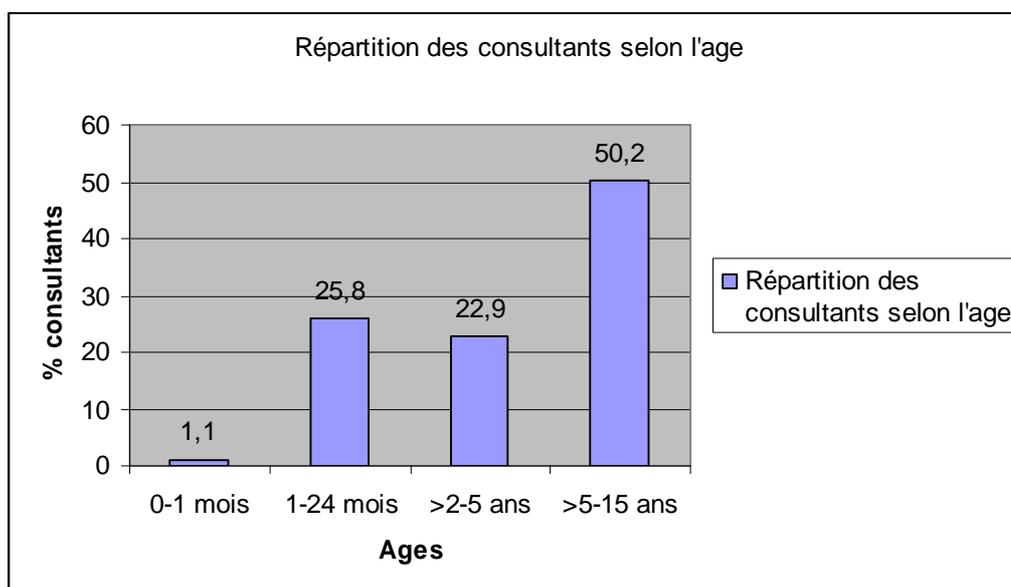


Figure22: Répartition des consultants selon l'age

Les enfants moins de 5 ans représentent 48,8% des consultants réparties comme suit :

- Nouveau-nés (moins de 30 jours) : représentent 1,1 %.
- Nourrissons de moins de 24 mois : représentent 25,8 %
- Enfants de 2 à 5 ans : représentent 22,9 %

Les enfants de 5 à 15 ans représentent approximativement l'autre moitié des consultants soit 50,2 % de l'ensemble des enfants de cette étude.

2 : Répartition selon l'heure de passage aux urgences (figure 23) :

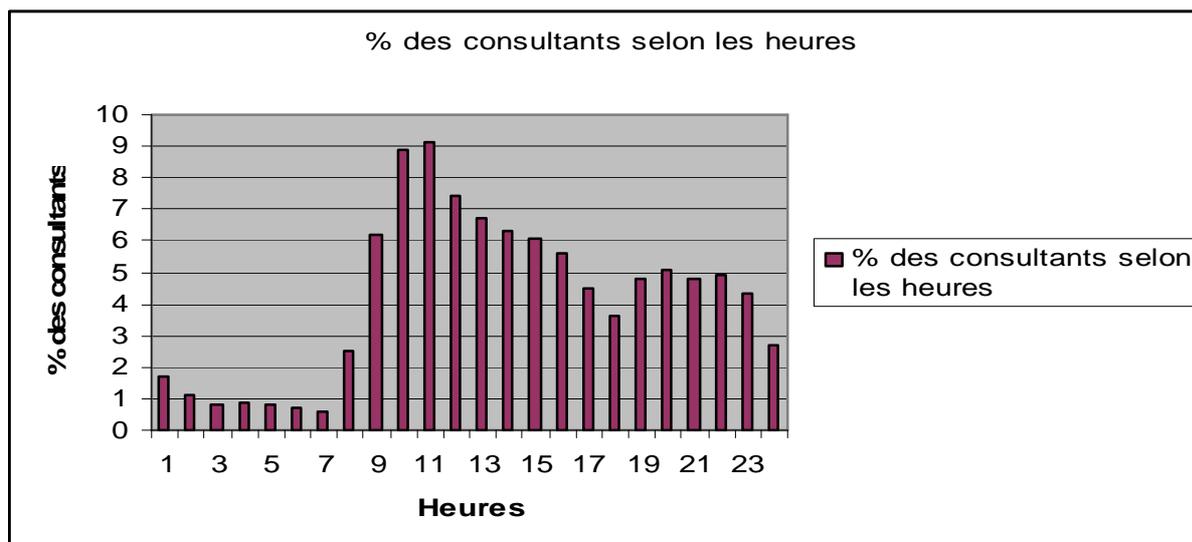


Figure 23 : % des consultants selon les heures

On distingue deux périodes distinctes : une de 00H à 08 heures avec un pourcentage faible de consultants qui reste au alentour de 1 % des consultants de la journée par heure. La 2^{ème} période est celle de 09 à 23 heures dont on note un pourcentage des enfants vus au alentour de 6 % par heure avec un maximum entre 09H et 15 H et surtout un pic à 10-11 H (9 % des consultants du jour par heure).

3 : Répartition saisonnière des consultations (figure 24) :

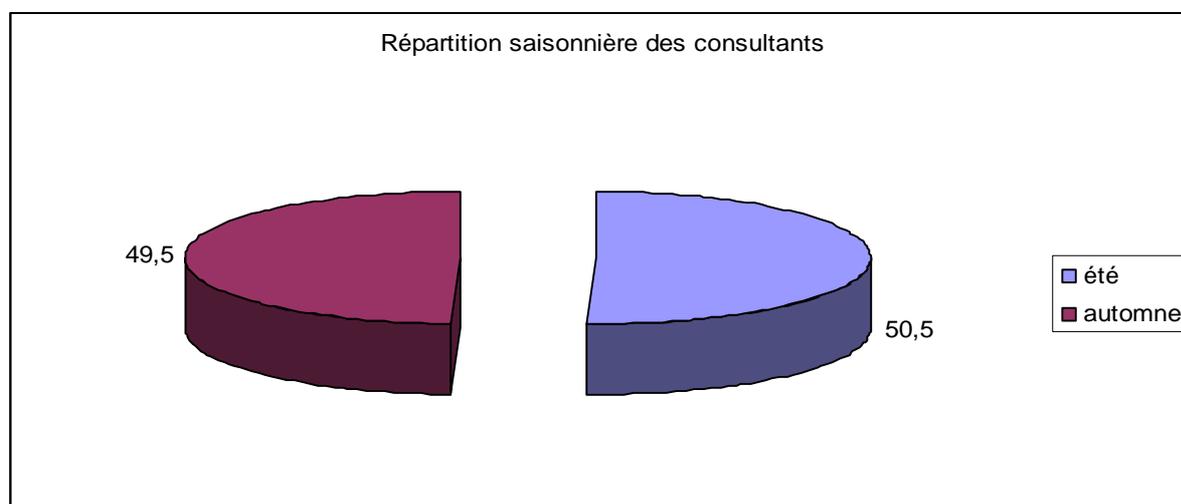


Figure 24: Répartition saisonnière des consultants

Le nombre total de consultants ne connaît pas de différence concernant les deux saisons étudiées : 50,5 % d'enfants sont vus durant les trois mois d'été et 49,5 % durant les trois mois d'automne.

4 : Répartition selon l'origine des malades (figures 25, 26) :

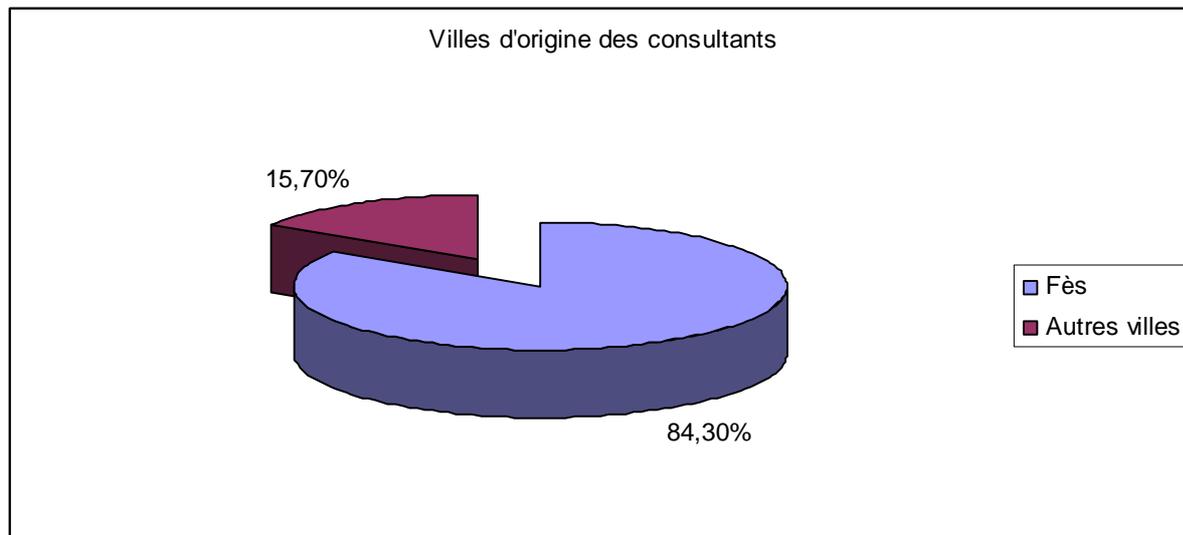


Figure 25 : Répartition des consultants selon leur origine

84% des consultants sont des habitants de la ville de Fès et Moulay yaakoub, alors que 16% viennent d'autres villes soit de la région fès-boulmane, la région de taza- houceima-taounate ou de la région de mèknès-tafilalet.

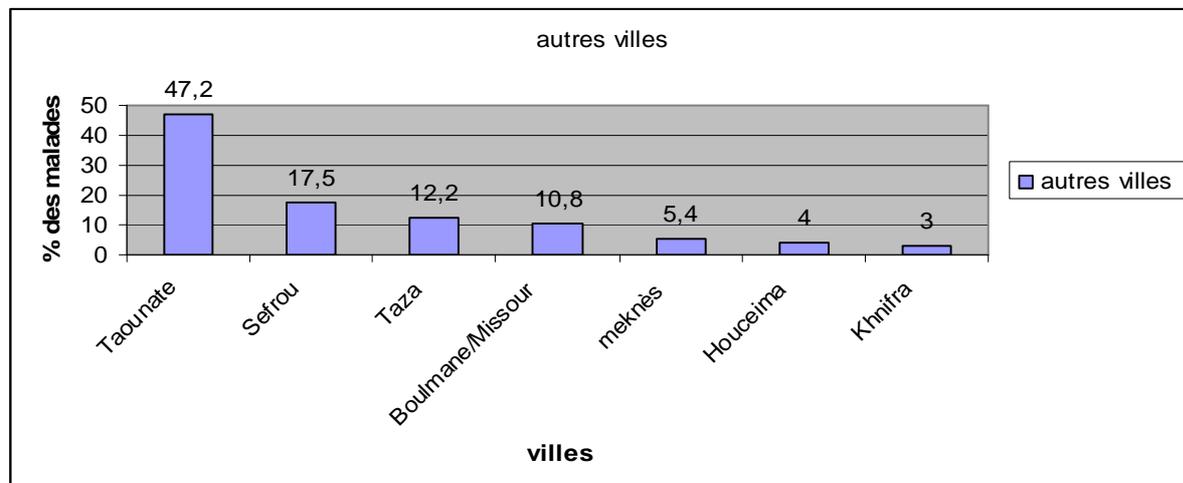


Figure 26 : % des malades non originaires de Fès

Taounate est la 2^{ème} ville d'origine de nos consultants après la ville de Fès soit 6,5% des admissions, suivie de la province de Sefrou (2,4% de nos consultants), puis de la ville de Taza (1,7%), puis viennent par ordre décroissant Boulmane-Missour, Meknès, El houceima et Khnifra qui sont les principales provinces et villes d'origine de nos consultants après la ville de Fès.

5 : Répartition des malades selon leur mode de provenance (tableau 1) :

Tableau 1: Répartition des malades selon leur mode de provenance

Provenance	Effectif	%
Consultation directe	6267	80,6
Adressés par un hôpital	897	11,5
Adressés du privé	234	3
Adressés du centre de santé	224	2,9

80,6 % des passagers consultent directement aux urgences sans être vus au préalable ou adressés par un autre médecin.

Les malades adressés par un médecin sont représentés dans la grande majorité des cas par ceux qui viennent d'un autre hôpital provincial: 11,5 % des admissions.

Les malades adressés du privé ou d'un centre de santé représentent 3 % des consultations pour chacune.

6 : Gravité des consultants selon la classification CCMU (figure 27) :

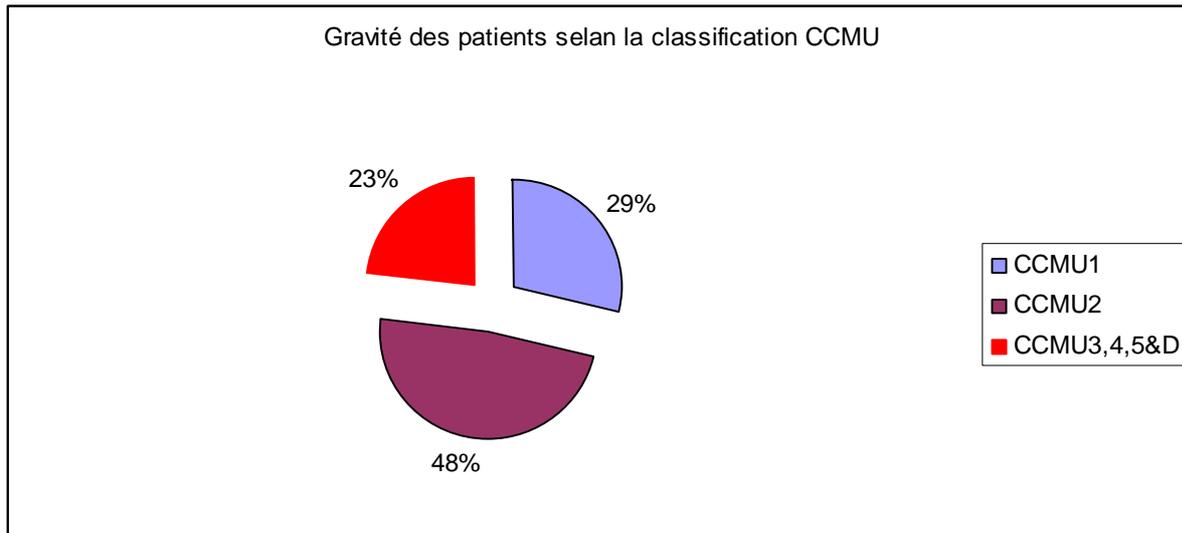


Figure 27 : Gravité des consultants selon la classification CCMU

La classification clinique des malades aux urgences, couramment abrégée par le sigle CCMU, est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical.

Ci-après les 7 classes CCMU codifiant l'état du patient avec des exemples de suspicions de diagnostics :

CCMU P = Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.

CCMU 1 : Etat clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.

Ex : angine, plaie sans suture, otite...

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

Ex : entorse, plaie simple à suturer, fracture fermée...

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

Ex : Malaise mal étiqueté, AVC, crise d'asthme légère à modérée, fracture ouverte...

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.

CCMU 5 : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.

CCMU D : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

7 : Motifs de consultations les plus fréquents :

7-1 : Pathologie accidentelle (tableau 2) :

Elle représente 30,3% des consultations réparties comme suit :

Tableau2: % des Pathologies accidentelles

Pathologies accidentelles	Effectif	%
Pathologie traumatique	2016	25,9%
Intoxications	108	1,4%
Ingestion ou inhalation de corps étranger	77	1%
Brûlure	60	0,8%
Piqûre de scorpion	59	0,8%
Morsure d'animaux non venimeux	15	0,2%
Piqûre d'insecte ou de vipère	11	0,1%
Noyade	6	0,1%
Electrisation	2	
TOTAL	2354	30,3%

7-2 : Pathologie respiratoire :

Elle a concerné 1081 consultants soit 13,9 %.

7-3 : Pathologie digestive :

Elle a été le motif de consultation de 823 enfants soit 10,6 %.

7-4 : Urgences chirurgicales en dehors de la pathologie accidentelle (traumatismes et brûlures) : 310 consultants : 4 %.

7-5 : pathologie neurologique : 261 consultants : 3,4 %.

7-6 : Symptomatologie urinaire : 155 consultants : 2 %.

7-7 : Syndrome anémique : 52 consultants : 0,7 %.

7-8 : symptomatologie cardiaque :

Les malades déjà étiquetés étaient suivis au service de pédiatrie et étaient rarement vus aux urgences, par contre beaucoup de malades cardiaques étaient pris initialement dans un tableau de détresse respiratoire ou instabilité hémodynamique et ce n'est qu'après leur mise en condition en hospitalier qu'on diagnostiquait leur problème cardiaque sous jacent, ce qui sous estime le pourcentage de cette pathologie comme motif de consultation.

7-9 : Tableau (3) récapitulatif des différents motifs de consultations en dehors

des accidents :

Tableau 3 : récapitulatif des différents motifs de consultations en dehors des accidents :

Motifs		Effectif	%
Pathologie respiratoire		1081	13,9%
Pathologie digestive		823	10,6%
Pathologie neurologique	Convulsions	118	1,5%
	Epilepsie	63	0,8%
	Troubles de conscience, Syndrome méningé ou autres	80	1%
	Total	261	3,4%
Symptomatologie urinaire		155	2%
Syndrome anémique		52	0,7%

8 : Gravité des patients selon l'heure d'arrivée aux urgences (figure 28):

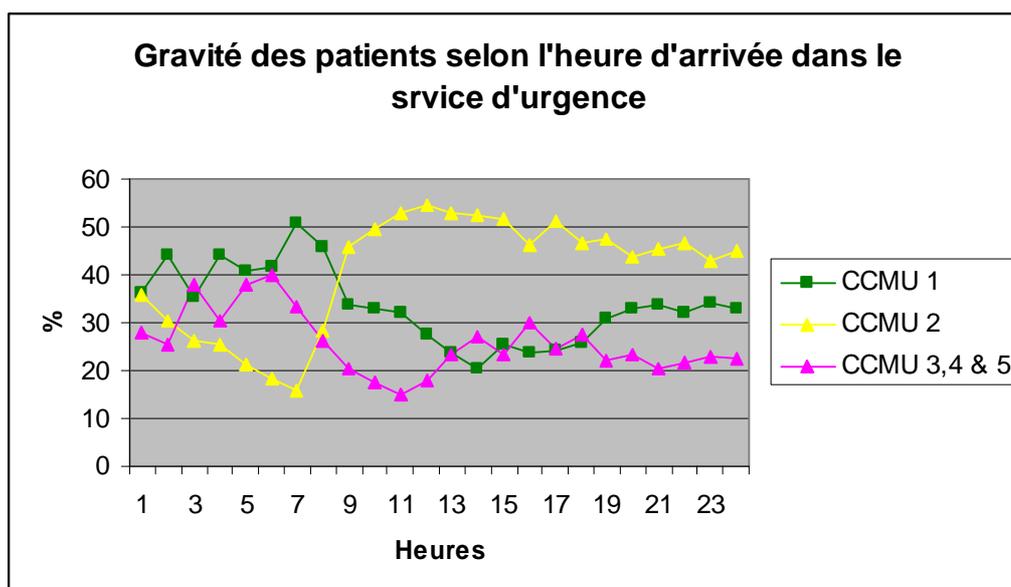


Figure 28 : Gravité des consultants selon heures d'arrivée aux urgences

La typologie des consultants varie en fonction des heures :

- Les consultations de 00 heure à 08 heures sont dans 30 à 40 % des cas graves ou très graves comparativement aux restes des 24 heures où le pourcentage des malades graves reste au alentour de 20 %.
- 40 à 50 % des consultations de 00 heures à 08 heures sont des consultations banales dominées par la fièvre, dont le caractère aigu ou l'aggravation brutale était la source d'une crainte parentale.

9 : Hospitalisations :

23% des consultants ont nécessité d'être gardés en hospitalier : environ 10 malades par jour dont les 2/3 en salle d'observation et le 1/3 en salle de déchoquage.

9-1 : Répartition des hospitalisations selon les heures (figure 29):

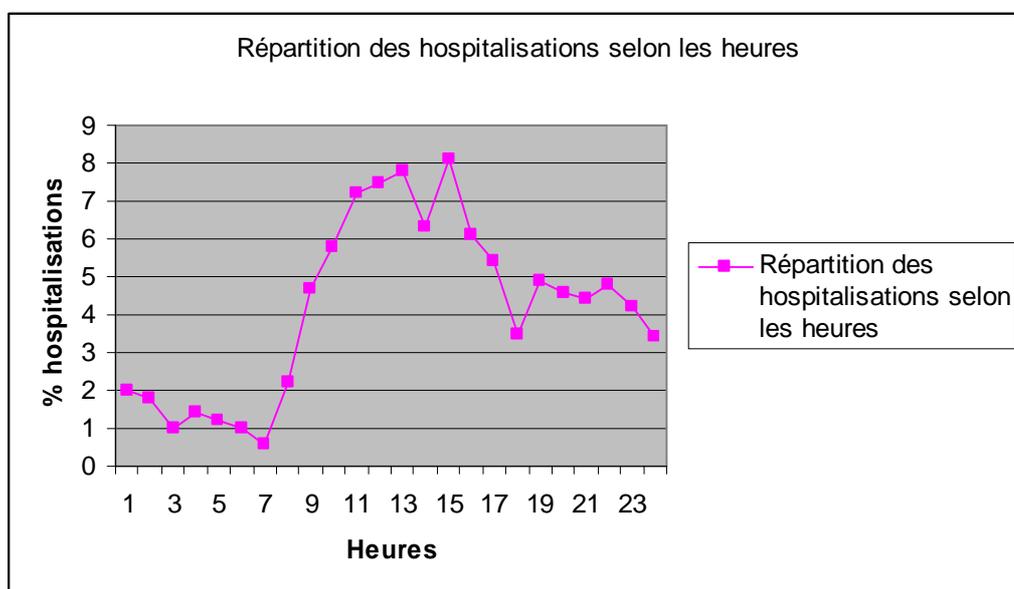


Figure 29 : Répartition des hospitalisations selon les heures

Le pic des hospitalisations se trouve entre 13 heure et 15 heures et qu'on explique d'une part, par la liberté des places aux services d'accueil dans ces heures

là et donc un transfert des malades déjà hospitalisés aux urgences et leur échange par des nouveaux malades. D'autre part, les malades admis le matin et qu'on doute sur la nécessité de les hospitaliser et donc mis sous surveillance et/ ou on a demandé un minimum de bilan pour décider, trouvent finalement l'indication d'hospitalisation à ces heures là.

9-2 : Principaux diagnostics des malades hospitalisés (tableau 4) :

Tableau 4: diagnostics des malades hospitalisés

Diagnostics	Effectif	%
Pathologie traumatique	330	18,4%
Intoxications	94	5,2%
Piqûre de scorpion	58	3,2%
Ingestion ou inhalation de CE	51	2,9%
Autres	51	2,9%
Total : pathologie traumatique et accidentelle	584	32,5%
Pathologie respiratoire	177	10%
Pathologie neurologique	165	9,2%
Pathologie digestive	109	6%
Pyélonéphrites	36	2%
Anémie	28	1,6%

La durée d'hospitalisation variait selon qu'il s'agit de la salle d'observation ou de la salle de déchoquage :

- A la salle d'observation, elle était de 30 min à 48 heures avec une moyenne de 10 heures.
- A la salle de déchoquage, elle était de quelques minutes à 7 jours avec une moyenne de 17 heures. Cette stagnation des malades concerne surtout des malades

graves, relevant purement du service de la réanimation, surtout que se sont des malades soit en troubles de consciences graves, soit intubés ventilés, candidats de l'être ou instables sur le plan hémodynamique. Cette attitude avait bien évidemment des répercussions sur la bonne marche du service à tous les niveaux et par conséquent celle des malades et malgré qu'il y avait des explications et des raisons pour l'équipe réanimatrice, ceci ne change en rien l'ampleur du problème et incite à chercher des solutions définitives et mettre des règles protectrices pour le bon fonctionnement de cette unité vitale du service des urgences.

9-3 : Devenir des malades hospitalisés (tableau 5) :

Tableau 5: Devenir des malades hospitalisés

Devenir des hospitalisés	effectif	%
Sortie ordinaire	507	33,3
Service de pédiatrie	352	23
Bloc opératoire des urgences pédiatriques : BOUP	271	17,8
Service de chirurgie pédiatrique	208	13,7
Service de réanimation	119	7,8
Décès	56	3,6
Service de néonatalogie	8	0,8

9-4 : Décès :

On a noté 56 décès au total dont 50% étaient des malades transférés d'autres villes et l'autre moitié provenant de la ville de Fès. Les étiologies étaient dominées par la pathologie traumatique et accidentelle, les détresses respiratoires avec ou sans terrain de morbidité sous jacent, les états de déshydratations sévères avec insuffisance rénale et les hépatites fulminantes. Ils ont été répartis comme suit :

- 13 arrivés morts (tableau 6): 8 secondaires à un accident traumatique ou accidentel, deux à un purpura fulminans, un à une déshydratation aigue chez un petit nourrisson, un état de mal épileptique et une anémie hémolytique autoimmune.

Tableau 6: Etiologies des arrivées morts

Etiologies des arrivés morts	Effectif	%
Traumatisme ou accident	8	62
Purpura fulminans	2	15,5
Déshydratation aigue	1	7,5
Etat de mal épileptique	1	7,5
Anémie hémolytique autoimmune	1	7,5

- 18 décès survenus en moins de 6 heures chez des malades admis en état grave dont 6 d'entre eux étaient des malades déjà hospitalisés dans d'autres services et admis en catastrophe à la salle de déchoquage pour nécessité d'une réanimation urgente.

- 25 décès survenus au delà de 6 heures dont la durée de séjour à la salle de déchoquage allait de 7 heures à 7 jours avec une moyenne de 48 heures.

Les étiologies étaient comme suit (tableau 7) :

□ Détresse respiratoire avec souvent un terrain de morbidité sous jacent (cardiopathie, achondroplasie...: 7 décès

□ Déshydratation sévère avec état de choc : 5 décès

□ Encéphalopathie hépatique avec hépatite fulminante : 5 décès

□ Encéphalite aiguë : 3 décès dont une encéphalite rabique

□ Traumatisme crânien : Deux décès

□ Anémie sévère : Deux décès

□ Dénutrition sévère avec troubles hydro électrolytiques : Un décès

Tableau 7: Etiologies des décès survenant au delà de 6 heures

Etiologies	Effectif des décès	%
Détresse respiratoire	7	28
Déshydratation sévère	5	20
Encéphalopathie hépatique	5	20
Encéphalite aiguë	3	12
Traumatisme crânien	2	8
Anémie sévère	2	8
Dénutrition sévère avec hypokaliémie	1	4

IV : Discussion :

L'urgence est un problème complexe et primordial. Le service d'accueil des Urgences constitue la vitrine de l'hôpital. C'est le point pivot de l'organisation à mettre en place pour la bonne mise en marche des urgences. Sa place au sein de l'hôpital doit être définie sans ambiguïté et des moyens appropriés doivent lui être consentis pour remédier aux insuffisances de la situation de départ.

Les résultats épidémiologiques de notre étude coïncident avec les données de la littérature [5, 6, 11,12]. Ce travail confirme les résultats d'études menées sur une période de temps courte ou par questionnaire. Dans ce travail, on a pris en considération :

- Les variations saisonnières vu que cette étude a été menée pour la moitié de sa période durant la saison chaude (Juillet, août et septembre) et pour l'autre moitié durant la période froide (Octobre, novembre et décembre).
- La typologie des enfants malades, leurs villes d'origine et leurs modes de recrutement.

Notre travail reflète l'activité des urgences pédiatriques au niveau de la ville de Fès et ses régions vu qu'il est effectué au niveau du seul service hospitalier universitaire de la région, qui est sensé d'accueillir tous les malades référés, difficiles, compliqués ou susceptibles de l'être en plus de toutes les types de consultations de la population de la ville de Fès.

L'enfant dont l'âge est inférieur ou égal à 5 ans représente la moitié de nos consultants, ce qui concorde parfaitement avec les données de la littérature [14]. Les nouveaux nés relevant de la réanimation néonatale sont gérés au niveau du service de néonatalogie et de réanimation néonatale. Le problème se pose avec le cas particulier du nouveau-né ayant une urgence chirurgicale (1,1 % des admissions), celui-ci est vu premièrement aux urgences par le chirurgien pédiatre

de garde avant de décider soit son admission urgente au bloc opératoire et donc une mise en condition initiale à l'unité d'hospitalisation des urgences, ou bien une hospitalisation à l'unité de néonatalogie du service de chirurgie pédiatrique ou bien en néonatalogie. Etant bien admis que ce genre de malades est particulièrement vulnérable et nécessite des soins de base particuliers, une infrastructure adaptée et un personnel qualifié, le service des urgences n'est pas du tout apte à le recevoir et c'est au service de chirurgie pédiatrique et en collaboration avec le service de néonatalogie et de réanimation néonatale de régler les problème de places.

L'activité du service connaît des variations horaires avec un maximum du flux de patients et un maximum d'hospitalisation entre 10 h et 16 heures. L'activité hebdomadaire concernant le nombre de consultants, le pourcentage des malades référés et le pourcentage des hospitalisations, ne connaît pas de différence entre les jours ouvrables et les week-ends. Ceci implique une nécessité de marche du service et une disponibilité des places inchangeables. Les urgences pédiatriques ressentent plus spécifiquement les variations saisonnières rythmées par les épidémies hivernales des infections respiratoires qui étaient très influencées au cours de cette étude par l'angoisse parentale engendrée par la crainte de la grippe porcine, ce qui était une charge de travail supplémentaire de l'équipe. Les gastroentérites et la pathologie traumatique et accidentelle, essentiellement les accidents de la voie publique et les piqûres de scorpion, marquent remarquablement l'activité du service en été. Ces variations peuvent poser de réels problèmes de fonctionnement avec un risque de saturation à certaines périodes. Ainsi, l'inflation des passages pour des affections bénignes, non urgentes, renforce la difficulté de faire face à l'urgence vraie et donc de gérer les flux, notamment dans ces périodes. Toutes ces données, laborieusement recueillies, doivent être exploitées et analysées avec les professionnels de santé, car l'amélioration de l'accueil des enfants aux urgences passe d'abord par une meilleure connaissance de l'urgence pédiatrique et donc une

stratégie pour diminuer le nombre de consultations directes et par conséquent renforcer le rôle des structures de soins de santé de base. Ce résultat est à nuancer par le fait que de nombreux patients utilisent ce service en 1ère attention et que bon nombre de passages peuvent être assimilés à de simples consultations de médecine de ville, ne nécessitant pas de plateau technique spécifique et ne présentant pas de difficulté diagnostique. Martinot et al notent dans leur étude [16] que le recours aux urgences pédiatriques est plus approprié lorsqu'un médecin adresse l'enfant, conduisant alors à un taux d'hospitalisation significativement plus élevé.

Le problème des malades référés d'autres villes en catastrophe, avec toutes les conditions de transport incompatibles avec la gravité des malades et sans coordination préalable entre les services d'envoi et d'accueil, posent de réels problèmes sur plusieurs niveaux : règlement administratif, gestion des places, retard de prise en charge avec tous ses dégâts ainsi que des problèmes socio familiaux. Tout cela incite à revoir et à faire face aux problèmes de prise en charge au sein de nos hôpitaux provinciaux et d'améliorer les moyens de communication, de régulation et de coordination entre les différents services et hôpitaux.

Notre service a l'avantage d'intégrer et de brasser toutes les disciplines (pédiatrie, chirurgie, réanimation ...), permettant d'optimiser la prise en charge des enfants malades. Bien qu'il reste beaucoup d'effort à réaliser à ce niveau à savoir avoir un médecin de garde sur place de chirurgie et de réanimation. Ces différentes équipes doivent manifester plus de capacité de coexistence, de tolérance et de collaboration.

Il faut senioriser encore d'avantage le service des urgences.

L'unité d'hospitalisation aux urgences doit être une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui se définit comme suit [17, 18, 19,20] :

- C'est une unité d'hospitalisation et y admettre un patient a pour but d'assurer une démarche diagnostique et des soins. En tant que telle, l'UHCD doit être identifiée comme une unité fonctionnelle sur l'organigramme de l'hôpital. Elle doit faire partie du service des urgences. Le responsable doit en être un praticien du service des urgences, conformément aux textes en vigueur.

- C'est une unité d'hospitalisation conventionnelle pour laquelle il est recommandé que la durée moyenne de séjour soit inférieure à 24heures (le mieux 6heures et au maximum 24heures) et que la décision d'orientation soit prise avant la 24ème heure. Il n'est donc pas licite qu'une unité de médecine conventionnelle fasse office d'UHCD. La durée de séjour des patients est limitée par un texte réglementaire [17]. Compte tenu des exigences de fonctionnement, il n'est pas recommandé d'envisager ou de tolérer une durée de séjour supérieure. L'UHCD étant destinée à renouveler chaque jour la totalité de sa capacité d'accueil, l'absence de durée de séjour maximal correspondant à deux nuits consécutives ou 36 heures risquerait de ne plus laisser de lits disponibles alors que les indications d'hospitalisation en UHCD sont quotidiennes. Elle est à concevoir comme une unité de soins à haute rentabilité diagnostique et thérapeutique qui élargit l'éventail des possibilités d'orientation à partir de l'accueil des urgences: retour à domicile, hospitalisation de court séjour, hospitalisation en UHCD pour observation à but diagnostique, traitement de courte durée. Il est recommandé que la durée de séjour en UHCD soit comptabilisée en heures. La traditionnelle notion de «patient présent à zéro heure» est totalement inadaptée pour ces unités. Il faut donner la priorité aux urgences en ce qui concerne l'hospitalisation au niveau de l'hôpital.

- L'UHCD est une unité de surveillance [17]. Elle ne doit pas être une unité de réanimation ou de soins intensifs. A l'inverse, ces deux unités ne doivent pas être considérées comme une UHCD. Elle est avant tout une unité d'observation continue, avec possibilité de monitoring de sécurité. Pour des raisons liées à la structure

hospitalière, à l'organisation des responsabilités médicales et à une mutualisation des moyens au sein d'une entité centrée sur l'urgence et la réanimation, elle peut être en partie, une unité de soins continus, avec monitoring pouvant dépasser 24 heures pour les patients à risque d'instabilité, nécessitant une densité de soins infirmiers trop élevée pour permettre une hospitalisation ou le maintien dans une unité de soins classiques [21]. Le projet médical des services d'urgence, de réanimation et de l'établissement doivent clairement définir ces deux champs différents de l'activité médicale de l'UHCD et leur inscription, par convention, dans un réseau de soins du même établissement ou d'établissements voisins.

Les indications d'admission en hospitalisation ou en observation des malades dans notre étude étaient dans la grande majorité des cas très légitimes, mais il y avait par moments une stagnation des malades avec encombrement des urgences et par conséquent un vrai problème dans la gestion des nouveaux venants. Ce problème était plus remarquable pour les malades de la salle de déchoquage, qui est le lieu de départ de la prise en charge des malades graves dont le service de réanimation doit prendre la relève par la suite pour libérer la place d'une part et d'autre part pour ne pas fatiguer l'équipe par des malades lourds. Cette durée d'hospitalisation atteignait pour certains malades 7 jours, ce qui incite absolument à revoir et discuter la logistique de chaque service hospitalier envers ses malades des urgences.

V : Conclusion : Recommandations :

1 : Avant l'admission du malade :

- Le transfert des malades doit être bien régulé, ainsi les malades référés qui ont des pathologies pouvant être pris en charge dans leurs villes ou localités d'origine, épargnant ainsi tous les soucis matériels et sociaux des parents et les difficultés logistiques des hôpitaux. De même, les malades nécessitant vraiment une prise en charge au niveau du CHU doivent être transférés après un appel et un avis délivrés par le service d'accueil.

- Les enfants non accompagnés par un adulte responsable "qui doit faire les démarches administratives nécessaires" doivent bénéficier d'une certaine souplesse au niveau de l'administration au moins jusqu'à une clarification de leurs situations (ex : accident de la voie publique, les orphelins, les nourrissons abandonnés...)

- Les problèmes des parents très indigents qui n'ont pas de quoi payer alors que leur enfant est dans un état critique doivent être prévus par l'administration.

- Les hyper urgences avec le retard d'enregistrement qui implique une disponibilité immédiate et satisfaisante en matériel de réanimation (fongibles, moyen de surveillance...)

2 : A l'admission :

- Une fiche contenant les données nécessaires pour la consultation (nom, âge, IP, origine...), le motif de consultation et ou le diagnostic retenu, les principaux gestes ou actes faits ainsi que le traitement doit être rempli par l'agent de sécurité puis par le médecin qui prend en charge le malade. Cette fiche constituera la base de données pour le staff matinal et donc l'évaluation des conduites.

- L'implication des médecins des différentes spécialités doit être effective et ceci demande une implication de leurs chefs de service. Le but est d'assurer une

meilleure prise en charge des malades (diagnostic définitif, prise en charge, traitement et suivi).

- En principe tous les enfants peuvent être vus aux urgences, mais seulement pour une organisation optimale, les malades référés par un médecin pédiatre doivent être adressés systématiquement à l'admission dans le service de pédiatrie. Et après, selon l'état des malades, ils peuvent être réadmis aux urgences.

- Dossier médical : La responsabilité de l'interne de garde est dominante (observation initial et suivi). Le nom du médecin qui a examiné le malade doit être écrit en clair sur le dossier et tout avis spécialisé est consigné par écrit dans le cadre destiné à cet effet.

- Dossier infirmier : Le dossier rouge contient une fiche de traitement précisant les détails du traitement prescrit par le médecin avec le nom du médecin, de l'infirmier, le nom du malade avec son IP, son poids et sa SC. Il est impératif d'avoir une prescription pour une seule journée et pas plus. Une fiche de surveillance avec les différents paramètres à surveiller, qui sont en général pathologie dépendante par jugement du médecin.

- Les registres : Plusieurs types de registres sont à la disposition du personnel qui doit les maintenir à jour :

- Registre de l'admission
- Registre de la salle d'observation
- Registre de la salle de déchoquage
- Registre de la salle de soins

NB : tous ces registres sont sous la responsabilité du major qui doit les mettre à jour

- Circuit de malade : Les malades nécessitant un suivi ultérieur doivent être bien orientés, par le médecin traitant, après leurs sorties des urgences avec des lettres bien rédigés détaillant les gestes faits ou le compte rendu d'hospitalisation s'ils étaient hospitalisés pour éviter leur retour aux urgences et donc un

dérangement pour une autre équipe de garde qui ne connaît pas le malade et une désorientation pour les malades.

- Les malades chroniques ou dont le caractère de la situation ne se prête pas pour une urgence doivent être vus et gérés au niveau du service concerné ou du centre diagnostique.

- Les malades qui ont besoin d'un bilan pour le diagnostic et dont le résultat ne requiert pas un caractère urgent doivent être gérés au niveau du service concerné ou du centre diagnostique.

- Adresser un malade aux urgences doit être pour une raison diagnostique et thérapeutique imminente et non pas pour faire un bilan ou parce qu'on n'est pas disponible.

- Les malades à cheval sur deux spécialités ou plus nécessitent plus d'attention par l'équipe médicale. Ils doivent être évalués d'une façon multidisciplinaire et la place des susceptibilités entre les différentes équipes doit être réduite au maximum. Il faut éviter la concurrence des territoires et du moi au profil d'une concurrence plus sacrée qui est celle de l'intérêt des malades.

- Le problème des places est un problème quotidien et chronique dans un service qui accueille les malades tout venant, jour et nuit dans diverses situations avec des pathologies différentes. Pour palier à ce problème, les services d'accueil doivent être à jour pour éviter la stagnation des malades qui doivent sortir et céder la place au plus nécessaire, entre autres :

- le malade qui attend un bilan non décisif pour la prise en charge immédiate ou celle-ci ne nécessite pas une hospitalisation doit sortir.

- Développer l'hôpital du jour, et le traitement en « out patient »

- Les services de radiologie, de biologie, de brancardage, buanderie, d'hygiène et de transfusion doivent être plus souple et plus disponible pour les urgences.

- Le Nouveau-né est particulièrement vulnérable nécessitant des soins de base particuliers, une infrastructure adaptée et un personnel qualifié de ce fait les urgences n'est pas du tout apte à recevoir ce genre de malades, c'est au service de néonatalogie et de chirurgie pédiatrique de réguler le problème de place.

- Les médecins d'astreinte sont tenus de faire une visite au moins deux fois par jour une à 8 heure et l'autre à 15 heure, de même ils sont tenus d'être disponibles pour délivrer les avis à tout moment de leur garde. Au cours du week-end et des jours fériés, ils sont sensés de libérer facilement les places dans leurs services et donc d'hospitaliser les nouveaux malades pour assurer une bonne marche des urgences dont le flux ne change pas comparativement aux jours ouvrables.

- Nécessité de mettre en place un planing de formation continu pour le personnel infirmier et médical

- Inciter sur la l'obligation de la transmission des consignes. Il est strictement interdit de sortir avant l'arrivée de celui qui va te remplacer : infirmier, brancardier, médecin.....

VI Résumé :

Introduction : Les urgences pédiatriques constituent une préoccupation majeure en pédiatrie. Il s'agit du mode de recrutement principal qu'il convient de maîtriser. Le caractère pluri professionnel des intervenants, le flux des patients et leurs trajectoires de soins nécessitent une meilleure organisation pour un meilleur rendement.

Les auteurs proposent à travers ce travail unique dans son genre au niveau national :

1/ une meilleure connaissance de la typologie et du circuit des enfants malades accueillis aux urgences et par conséquent définir les besoins organisationnels et de soin pour un rendement optimal.

2/ une lecture critique sur la situation actuelle de la prise en charge au niveau des urgences pédiatriques dans la région.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude prospective intéressant tous les consultants au service des urgences pédiatriques durant une période de 6 mois (du Juillet au décembre 2009).

Résultats : Le service des urgences pédiatriques accueille entre 26 et 81 consultants par jour avec une moyenne de 45 consultants par jour. 80% des malades consultent directement sans passer par une autre formation sanitaire et Taounate représente la 2ème ville d'origine des malades consultants après la ville de Fès. La pathologie traumatique et accidentelle représente 30% des admissions et plus de la moitié des consultations ne sont pas des urgences. 23% des malades avaient besoin d'être gardés au service des urgences, soit en observation ou bien en hospitalisation avec une moyenne de 9 à 10 malades par jour.

Conclusion : Une évaluation régulière permet de mieux définir la situation, de soulever les contraintes et d'apporter des réflexions nouvelles pour améliorer la prise en charge au niveau de nos services d'urgences.

VII : Bibliographie :

[1] Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S.

Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés.

Drees Etudes et Résultats 2000 ; 72 :1-8

[2] Lacroix J, Arseneau M.

L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine.

Arch Pédiatr 1999 ;6 Suppl 2 :457-8.

[3] Zimmerman DR, Allegra JR, Cody RP.

The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments.

Pediatr Emerg Care 1998 ;14 :112-5.

[4] Rapport au parlement sur la sécurité sociale. Cour des comptes. Les éditions des Journaux officiels. Sept 2002 : 358-368.

[5] Devictor D, Cosquer M, Saint Martin J.

L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné ».

Archives pédiatrique 1997 ;4 :21-6.

[6] Alfaro C, Brodin M, Lombrail P, Fontaine A, Gottot S.

Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Île-de-France.

Arch Fr Pédiatr 1992 ;49 :785-791.

[7] Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé

[8] Devictor D.

Les urgences en pédiatrie : données chiffrées. In : Journées parisiennes de pédiatrie.

Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1994 :381-6.

[9] ORU-MiP.

Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées.

2001. 76 p.

[10] Beaufils F.

Démographie médicale pédiatrique et urgences.

Arch Pédiatr 1999 ;6 :Suppl 2 :469- 470.

[11] Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A.

L'inflation des urgences pédiatriques.

Arch Pédiatr ;1999 ; 2(6 Suppl) :454-6.

[12] Christine SAGNES-RAFFY, Isabelle CLAUDET, Erick GROUTEAU, Frédéric FRIES :

EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES DE L'ENFANT DE MOINS DE 2 ANS.

orumip.com/docs/jeunenf.pdf

[13] Dominique Baubeau, Annie Deville, Marc Joubert :

Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés.

Etudes et Résultats Drees N°72 Juillet 2000.

[14] D Devictor, M Cosques, J Saint Martin :

L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales (un jour donné).

Arch Pediat 1997 ; 4 : 21-26

[15] P.GERBEAUX, (COORDINATEUR), P.BOURRIER, G.CHÉRON, V.FOURESTIÉ, M.GORALSKI, T.JACQUET-FRANCILLON.

Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) policy. Implementation and management of Observation Units

[16] Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A.

Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ?

Arch Pédiatr 1999 ; 6 Suppl 2 :461-3.

[17] Direction des Hôpitaux. Circulaire no DH.4B/D.G.S.3E /91—34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements à vocation générale: guide d'organisation.

[18] Journal Officiel de la République Française. Décret no 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JO du 10 mai 1995: pp75

[19] Journal Officiel de la République Française. Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JO du 10 mai 1995: pp.7586-8.

[20] Journal Officiel de la République Française. Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO du 25 avril 1996: pp.6320-36.

[21] Organisation de la Réanimation en France. Réan Urg 1996; 5: 709-11.

[22] Alfaro C, Brodin M, Lombrail P, Fontaine A, Gottot S.

Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Île-de-France.

Arch Fr Pédiatr 1992 ; 49 :785-791.