

LES URGENCES PÉDIATRIQUES AU CHU DE DAKAR ASPECTS SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET PERCEPTION DES PARENTS

DIOUF S., MBAYE N.G., CAMARA B., SALL M.G., SARR M., MARTIN S.L., KUAKUVI N., FALL M.

DIOUF S., MBAYE N.G., CAMARA B., SALL M.G., SARR M., MARTIN S.L., KUAKUVI N., FALL M. - Les urgences pédiatriques au CHU de Dakar. Aspects socio-épidémiologiques et perception des parents.

Dakar-Médical 1995, 40, 57-61.

DIOUF S., MBAYE N.G., CAMARA B., SALL M.G., SARR M., MARTIN S.L., KUAKUVI N., FALL M. - Pediatric emergency in Dakar. Socio-epidemiological aspects and parents' perceptions.

Dakar-Médical 1995, 40, 57-61.

Résumé :

Ce travail, réalisé à partir de 200 enfants reçus dans une structure pédiatrique hospitalo-universitaire, étudie :

- le profil épidémiologique et socio-économique des malades,
- la nature de la référence et les obstacles lors du recours aux soins,
- la perception de l'accueil par les parents.

Les malades proviennent le plus souvent de milieux socio-économiquement défavorisés particulièrement de la banlieue de Dakar (53,5 %).

Ils consultent fréquemment (54 %) sans avis médical de référence, le choix du service étant motivé essentiellement par l'habitude d'y consulter (66,7 %) et la bonne réputation (20,3 %).

Les motifs de consultation sont dominés par les troubles digestifs (16,5 %) et respiratoires (19 %).

L'urgence est ressentie par les parents dans 63,5 % des cas. Pour les médecins, il s'agissait d'une urgence dans 52 % des cas, beaucoup de malades pouvant relever des structures sanitaires de base.

Pour les parents, l'appréciation positive sur l'accueil (88 %) ne fait pas oublier la longueur d'attente.

MOTS CLÉS : Urgence pédiatrique, Épidémiologie, accueil.

Summary :

This work was carried out on 200 children in a Pediatrics University Hospital.

It deals with :

- the epidemiologic and economic profile of the patients,
- the nature of the reference and the obstacles during the medical care,
- how patients consider the welcome.

The patients usually come from socio-economically unfavoured areas, particularly from Dakar suburb (53.3%).

Consultation was often done (54%) without any reference medical advice, the choice of the service being motivated by habit (66.7%) and fame (20.3%).

For these parents, there was urgency in 63.5 cases.

For practitioners there was emergency in only 52 cases because many patients could and should have been consulted in Primary Sanitaries facilities (clinics).

According to parents, the positive appreciation on the welcome (88%) does not mean that they have not waited too long.

KEY-WORDS : Pediatric emergency, Epidemiology, Welcome.

I. INTRODUCTION

Beaucoup de médecins et d'administratifs pensent que les services de pédiatrie des centres hospitalo-universitaires (CHU) doivent être des services de pointe, axés uniquement vers des malades vus en deuxième intention adressés par des médecins ou les autres structures sanitaires.

Notre service de pédiatrie qui a pour vocation d'être une structure de référence, est en réalité de plus en plus submergé par des cas plus urgents les uns que les autres. Particulièrement au niveau des médecins, il se dégage une impression de mauvais fonctionnement de la pyramide sanitaire avec une utilisation inadéquate du système d'orientation recours. Ce travail a pour but de mieux comprendre les déterminants de l'utilisation d'une structure pédiatrique universitaire afin de mieux répondre aux besoins des populations.

II. POPULATION ET MÉTHODES

A. POPULATION

Notre étude a eu pour cadre le service de Pédiatrie de l'hôpital A. Le Dantec situé en plein centre de Dakar. Le service d'accueil reçoit à toute heure de la journée, les enfants qui viennent à l'hôpital pour une consultation avec hospitalisation en cas de nécessité.

Le travail a été effectué du 15 Septembre au 15 Octobre 1993 (1 mois) à partir de 200 enfants :

* Travail de la Chaire de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Dakar

- 94 enfants représentant l'ensemble des malades hospitalisés,
- 106 malades provenant de la consultation externe.

B. MÉTHODES

Après accueil du malade par le médecin de garde, les accompagnants répondent à un questionnaire portant sur :

- le profil épidémiologique et socio-économique des enfants reçus aux urgences,
- la nature de la référence, les obstacles et contraintes lors du recours aux soins,
- la perception de l'accueil par les parents.

Trois niveaux socio-économiques ont été déterminés dans les familles selon l'existence de commodités à domicile : robinet, électricité, téléphone, voiture.

- Niveau élevé :* la famille dispose d'au moins 3 de ces biens.
Niveau modeste : la famille dispose de 1 ou 2 de ces biens.
Niveau faible : la famille ne dispose d'aucun de ces biens.

Au médecin de garde, il est demandé un avis sur :

- la nature de l'affection,
- le caractère urgent ou non.

La mortalité a été appréciée chez les malades hospitalisés. L'analyse statistique fait appel au χ^2 : $p < 0,05$ est retenu comme seuil de significativité.

III. RÉSULTATS

A. DESCRIPTION DES ENFANTS ADMIS

1. Sexe

Il y avait 116 garçons et 84 filles, soit un sex-ratio de 1,38.

2. Age

La répartition selon l'âge s'établit ainsi :

- nourrissons : 54 %,
- de 30 mois à 59 mois : 14,5 %,
- ≥ 60 mois : 25,5 %.

3. Provenance sociale

Dans la majorité des cas (53,5 %) les malades proviennent de la banlieue. Ils habitent Dakar ville dans 26 % des cas, l'intérieur du pays dans 20,5 % des cas.

4. Accompagnants

L'accompagnant le plus souvent analphabète (81,5%) était :

- la mère dans 79 % des cas,
- le père dans 7,5 % des cas,
- les apparentés dans 13,5 %.

5. Niveau socio-économique

Selon le niveau socio-économique, la classification des familles est ainsi établie :

- niveau élevé 23,5 %,
- niveau modeste 60,5 %,
- niveau faible 16 %.

76,5 % des familles sont de niveau modeste ou faible.

Cent soixante treize accompagnants ont répondu à la question sur le revenu du père. L'analyse des réponses révèle :

- 23,1 % sont sans revenu,
- 56,1 % ont un revenu irrégulier,
- 20,8 % ont un revenu régulier.

6. Durée de la maladie

Quinze accompagnants n'ont pu préciser la durée de la maladie. Dans 66,5 % des cas, ces enfants présentent une pathologie évoluant depuis plus de 7 jours. Aucun enfant n'a été présenté le premier jour de sa maladie.

B. NATURE DE LA RÉFÉRENCE ET DESCRIPTION DES ADMISSIONS

1. Avis médical

Les malades, dans 91,5 % des cas ont déjà consulté une structure sanitaire sans succès. Cette consultation s'est faite auprès du personnel des dispensaires privés catholiques "Soeurs" (35,5%), des infirmiers (27,3 %), médecins généralistes (27,9 %) et des pédiatres (9,3 %).

La référence à notre structure pédiatrique hospitalière s'est faite dans 54 % des cas sans avis médical.

L'avis médical de transfert, lorsqu'il existe, provient du poste de santé (20,6 %), du centre de santé (37 %), de la PMI (1,1 %), de l'hôpital (12 %) ou d'un dispensaire privé catholique «Keur Soeurs» (29,3 %). Le recours à un avis médical n'est pas significativement lié à l'alphabétisation de l'accompagnant.

Tableau I :
Recours à un avis médical selon l'alphabétisation de la mère

Alphabétisation	Avis médical	
	Oui	Non
Oui	24	13
Non	84	79

$$X^2 = 2,16 ; p = 0,14$$

2. Moyens de liaison

Le système public de transport en commun (SOTRAC) est le moyen de transport le plus utilisé (36,5 %), suivi par le système privé de transport en commun «Cars Rapides» (25,5 %), les taxis (24,5 %), les voitures privées (12 %), les ambulances (1,5%). Pour les quatre vingt douze malades disposant d'un avis médical de transfert, la liaison avec le service est réalisée dans l'heure qui suit dans 66,3 %.

3. Choix du service

Pour les cent huit malades dont la consultation est réalisée sans avis médical de référence, le choix du service est motivé par l'habitude d'y consulter (66,7 %), la bonne réputation (20,3 %) ou l'accessibilité financière des soins (13 %).

4. Motifs d'admission

Les motifs de consultation sont :

- troubles digestifs (diarrhée, vomissements) 16,5 %,
- troubles respiratoires : 19 %,
- signes infectieux : 13 %,
- pathologie neuro-méningée : 10 %,
- malnutrition : 15,5 %,
- autres : 26 %.

Les problèmes infectieux, dermatologiques et les troubles digestifs sont plus souvent vus en consultation.

Les troubles neurologiques, les affections respiratoires et la malnutrition sont plus souvent hospitalisés.

C. ACCUEIL

Les accompagnants pensent avoir été bien accueillis dans 88 % des cas, mais trouvent que l'attente est longue (72,5 %).

L'appréciation de la durée de l'attente par les parents donne les résultats suivants :

- 0 à 1 heure : 27,5 %,
- 1 à 2 heures : 24,5 %,
- 2 à 3 heures : 36 %,
- > à 3 heures : 12 %.

On constate que près de la moitié des malades (48 %) déclarent avoir attendu plus de 2 heures avant de se faire examiner.

Dans 25,5 % des cas, les accompagnants n'ont pas payé le ticket de consultation. Ceux qui ont payé, trouvent le prix souvent raisonnable (59,7 %). Les accompagnants sont dans l'ensemble satisfaits et disposés à revenir (98,5 %) en cas de besoin.

D. PERCEPTION DE L'URGENCE

Le caractère urgent de la situation a été ressenti par l'accompagnant dans 63,5 % des cas. Pour le médecin, il s'agissait d'une urgence dans 52 % des cas.

La perception de l'urgence par le médecin se répartit ainsi :

- extrême urgence : 18,5 %,
- urgence relative : 33,5 %,
- non urgent : 48 %.

Près du tiers (30,7 %) des urgences ressenties par l'accompagnant ne sont pas des urgences selon le médecin.

Tableau II :
Perception de l'urgence selon le médecin et selon l'accompagnant

Urgence accompagnant	Urgence Médecin	
	Oui	Non
Oui	88	39
Non	16	57

$$X^2 = 41,6 ; p = (10^{-4})$$

Il existe une importante divergence de perception de l'urgence entre le médecin et l'accompagnant avec une différence statistiquement significative.

E. ÉVOLUTION

Parmi les 94 malades hospitalisés, nous avons observé 15 décès représentant 15,9% de mortalité.

IV. COMMENTAIRES

Les questions étaient posées par le personnel médical ; nous devons accepter certaines réponses avec prudence, particulièrement celles portant sur l'accueil.

Malgré cela, ce travail nous a permis de mettre en évidence des aspects intéressants sur les urgences pédiatriques. Ces urgences intéressent de façon préférentielle les enfants de moins de 5 ans [1, 2] tranche d'âge classiquement caractérisée par une forte morbidité.

Dans une enquête réalisée sur les urgences à l'hôpital d'enfants Albert Royer de Dakar [2] 72 % des malades étaient âgés de 0 à 30 mois.

La prédominance masculine est retrouvée dans la plupart des travaux [1,2,3]. La provenance des malades de la banlieue et de l'intérieur du pays souvent sans avis médical de référence nous conforte dans l'idée que la Pédiatrie du CHU est perçue par les populations comme une structure dispensant des soins de qualité.

La mère souvent analphabète, joue un rôle de premier plan dans le recours des enfants malades à nos structures de santé. Toute modification des comportements en vue d'une utilisation rationnelle de nos services devrait passer de façon inéluctable par ces mères de famille.

Le niveau socio-économique des familles est faible comme en témoigne la classification en différents stades et selon le revenu du père.

Nos malades le plus souvent présentent une pathologie évoluant depuis plus de 7 jours. Ils ont presque tous eu recours à la médecine moderne sans succès.

Les dispensaires privés catholiques "Keur Soeurs" jouent un rôle capital dans ce recours posant le problème de leur place réelle dans nos structures formelles de santé

Malgré le fait d'avoir eu recours à la médecine moderne, environ la moitié des malades consultent sans avis médical de référence.

A Grenoble [4] ces admissions directes sans avis médical préalable représentent 51 % des enfants.

Ce problème nous impose l'évocation de deux explications possibles :

- Le personnel consulté, le plus souvent de type paramédical ("Soeurs", Infirmiers) n'a pas été à même de faire le diagnostic de gravité et de référer à temps les malades posant donc un véritable problème de formation quant à la prise en charge correcte des enfants malades par ce type de personnel.
- En raison de la hantise de l'hospitalisation liée particulièrement au faible revenu des familles, l'avis médical de référence même s'il existe, ne motive pas l'accompagnant à amener l'enfant. C'est l'absence d'amélioration au bout de plusieurs jours ou bien la dégradation brutale de l'état clinique de l'enfant qui décident finalement les parents en faveur de l'hospitalisation.

Malgré le nombre important de malades consultant dans nos structures, nous avons noté peu de malades venant des centres de PMI. Ceci semble lié à une meilleure prise en charge des enfants au niveau de ces formations disposant d'un personnel qualifié (pédiatrie le plus souvent) mais aussi d'unités de réhydratation et de récupération nutritionnelle.

Le fait que les malades arrivent directement du poste de santé à l'hôpital constitue un révélateur de l'inadéquation de la pyramide sanitaire telle que conçue par le Ministère, les étapes du centre de santé et de l'hôpital régional ne devant pas être sautées.

La plus grande perception de l'urgence par les médecins est normale et retrouvée dans la plupart des travaux [5, 6, 7].

L'importance des malades non urgents pouvant relever des structures de soins primaires et la gravité de certains malades liée à un retard de recours aux structures traduisent la nécessité pour les services de pédiatrie universitaire de participer à la prévention par des actions d'éducation pour la santé axées essentiellement autour des mères de famille.

Le faible rôle des ambulances dans le transport des enfants même provenant des structures sanitaires, révèle le caractère peu performant de notre système sanitaire public de transport des urgences.

Ce problème existe aussi dans les pays développés, dans le travail P. VELUN [1], 6,5 % des urgences pédiatriques étaient amenées par ambulance.

Dans notre pratique, les affections respiratoires et les gastro-entérites continuent d'être les premières causes d'urgences pédiatriques.

Nous n'avons pas retrouvé la grande importance de la pathologie neurologique telle que signalée dans certains travaux [3].

La malnutrition nous semble sous évaluée et ne concerne que les Kwashiorkors florides et les marasmes sévères.

L'impression générale des parents qui ont beaucoup attendu est néanmoins favorable avec 88 % d'opinions bonnes.

La gravité de l'urgence pédiatrique avec une forte mortalité rapportée dans ce travail est retrouvée ailleurs en Afrique [2, 3].

V. CONCLUSION

Le service de pédiatrie du CHU Le Dantec est assez éloigné de ses utilisateurs principaux qui sont des banlieusards aux conditions socio-économiques le plus souvent difficiles. Le recours tardif des enfants à l'hôpital est lié à la mauvaise prise en charge initiale des malades par un personnel paramédical dont la formation paraît insuffisante.

La bonne qualité de l'accueil ne fait pas oublier la longueur de l'attente.

A côté de l'urgence réelle mal perçue par les accompagnants, le médecin de garde est également sollicité par des malades pouvant relever des structures sanitaires de base. Mais la spécialisation de nos services ne doit pas faire oublier la nécessité d'un enracinement dans leur environnement social et la participation aux soins de santé primaires, à la prévention et à l'éducation des populations.

BIBLIOGRAPHIE

1. P. VELIN, C. PUIG, D. DUPONT, C. HAYEM, P. PARIZOT, D. BARBOT-BOILEAU
Activité d'un service d'accueil des urgences pédiatriques en 1991
Pédiatrie, 1992, 47, 635-664.
2. AGBERE D.A.
Analyse de la morbidité et de la mortalité à l'hôpital d'Enfants Albert Royer en 1983 et 1984
Thèse Médecine, Dakar, 1986, n°16.
3. MOEYN G., NZINGOULA S., MBIKA CARDOULE A., ASSAMBO-KIELI, SZAMBA B.
Urgences pédiatriques au service des soins intensifs pédiatriques du CHU de Brazaville
Med. Afr. Noire, 1994, 41, 187-192.
4. LEBRUN E. et BOST M.
Les urgences pédiatriques au CHRU de Grenoble
Pédiatrie, 1988, 43, 51-57.
5. VELIN P., PUIG C., DUPONT D., FOUR R., VAILLAND J.C.
Opinion des parents sur la prise en charge de leur enfant par un service d'accueil des urgences pédiatriques en 1991.
Pédiatrie, 1992, 47, 631-634.
6. KAHN L., M. ANDERSON M. & PERKOFF G.T.
Parent's perceptions and uses of pediatric emergency room
Soc. Sci. et Med., 1973, 7, 155-160.
7. GLOTZER D., SAGER A., SOCOLAR D., & WEITZMAN M.
Prior approval in the pediatric emergency room
Pediatric, 1991, 88, 674-680.