

Connaissance, attitude et pratique des parents face à une urgence pathologique de l'enfant au service des urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré

Knowledge, attitude and practice of parents faced with a pathological emergency in children: a survey of patients hospitalised in the paediatric emergency department of the CHU Gabriel Touré.

Coulibaly O¹, Dembélé A¹, Cissé M E, Maïga B¹, Malika¹, Doumbia AK¹, Togo P¹, Diall H¹, Sacko K¹, Dembélé G², Konaté D³, Sidibé LN¹, Traoré K¹, Sanou I⁴, Koné Y⁴, Diakité AA¹, Togo B¹.

- 1) Département de pédiatrie, CHU Gabriel Touré
- 2) Hôpital du Mali
- 3) Médecin militaire Luxembourg

Auteur correspondant : M. DEMBELE Adama, Département de pédiatrie, CHU Gabriel Touré

Email : adamadembele2206dochgt@yahoo.fr

DOI : 10.53318/msp.v12i01.2424

Resumé

Introduction : Le service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré participe à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) afin d'améliorer les soins pédiatriques et réduire la morbi-mortalité infantile. Cependant, le retard de recours aux soins est fréquemment rapporté comme une cause de décès et de morbidités. L'objectif de l'étude était d'apprécier la connaissance et attitudes pratiques des parents face aux urgences pathologiques de l'enfant.

Matériels et Méthode : Cette étude prospective, transversale et descriptive s'est déroulée du 20 janvier 2020 au 19 avril 2020. Elle concernait les enfants hospitalisés, âgés de 1 mois à 15 ans. Les données ont été recueillies sur un questionnaire adressé aux parents ou accompagnants, et le dossier d'hospitalisation des patients. **Résultats**: Nous avons pu colliger 105 patients et leurs parents ou accompagnants répondant aux critères d'inclusion. Le sexe ratio était de 0,8. Les nourrissons de 1 à 6 mois (47,7%) étaient les plus représentés. Les pères étaient majoritairement non scolarisés (39,1%) et ouvriers (43,8%). Les mères étaient non scolarisées à 42,8% et 72,4% étaient des femmes au foyer. Selon les parents, les symptômes considérés comme une urgence étaient surtout la fièvre (28,9%) et la détresse respiratoire (23%). Leurs attitudes étaient de consulter directement au centre de santé le plus proche (36,2%), l'automédication (19,1%), se rendre directement à l'hôpital (14,3%).

Conclusion : La fièvre et les difficultés respiratoires ont été fréquemment citées par les parents comme signes d'urgence. Leurs attitudes étaient de consulter au centre de santé le plus proche ou l'automédication.

Mots clés : Connaissance, Parents, Urgences, Pédiatrie

Abstract

Introduction: The paediatric emergency department of the University Hospital Center Gabriel Touré participates in the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in order to improve paediatric care and reduce child morbidity and mortality. However, delay in seeking care is frequently reported as a cause of death and morbidity. The aim of the study was to assess the knowledge and practical attitudes of parents towards pathological emergencies in children. **Materials and method**: This prospective, cross-sectional, descriptive study was conducted from 20 January 2020 to 19 April 2020. It concerned hospitalized children aged from 1 month to 15 years. Data were collected from a questionnaire sent to parents or accompanying persons, and from the patients' hospital records. **Results**: We were able to collect 105 patients and their parents or accompanying persons meeting the inclusion criteria. The sex ratio was 0.8. Infants aged 1 to 6 months (47.7%) were the most represented. The fathers were mostly uneducated (39.1%) and working class (43.8%). The mothers were 42.8% uneducated and 72.4% were housewives. According to the parents, the symptoms considered as an

emergency were mainly fever (28.9%) and respiratory distress (23%). Their attitudes were to consult the nearest health center (36.2%), self-medicate (19.1%) and go directly to the hospital (14.3%). **Conclusion:** Fever and breathing difficulties were frequently cited by the parents as signs of emergency. Their attitudes were to consult the nearest health center or to self-medicate.

Keywords: Knowledge, Parents, Emergencies, Paediatrics

Introduction

Une urgence est une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé [1]. Les services d'urgences pédiatriques répondent aux besoins de soins urgents de la population et traitent les patients les plus sévères [2]. En France, ces services sont détournés de leur fonction initiale et sont sollicités pour des urgences qui n'en sont pas. Pour Petter, « plus de 70% des urgences n'entraîne aucune hospitalisation et parfois jusqu'à 80% des passages relèveraient d'une prise en charge ambulatoire » [2, 3, 4]. A la différence des pays occidentaux, la prise en charge des patients au service des urgences pédiatriques relève de la médecine de catastrophe avec une létalité importante [5, 6]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : le retard dans la consultation, la précarisation des populations et la prise en charge inadaptée dans les centres de santé de première ligne [7]. Le Mali, comme de nombreux pays d'Afrique, a adopté la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) permettant de développer des interventions efficaces autour de la population infantile [8, 9]. Le service des urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré participe beaucoup à cette politique afin d'améliorer les soins pédiatriques et réduire la morbi-mortalité infantile. Malgré ces différentes stratégies, le retard de recours aux soins est fréquemment rapporté comme une cause de décès et de morbidités. Ce travail permettra de cerner la connaissance, l'attitude et la pratique des parents face à une urgence pathologique de l'enfant.

Méthodologie

Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été réalisée au service des urgences du département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT), situé en plein centre-ville de Bamako (capitale administrative et économique de la république du Mali). L'hôpital, de par son accessibilité facile, reçoit la majorité des malades venant de la ville ou de l'intérieur du pays. Le département de la pédiatrie, situé au nord-est à l'intérieur de l'hôpital, est constitué de deux bâtiments principaux contigus à un niveau et il est composé d'un service de néonatalogie auquel est rattachée l'URENI (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive), un service de pédiatrie générale et un service des urgences pédiatriques. Ce dernier a été créé en 2010 dans le cadre de la restructuration du service. Il comporte un hall d'accueil qui est aussi une salle de tri, deux salles de consultation, un secteur d'hospitalisation de 20 berceaux et 6 lits avec deux salles pour les nourrissons et une salle pour les grands enfants.

Type d'étude et critères d'inclusion

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, descriptive qui s'est déroulée du 20 janvier 2020 au 19 avril 2020, soit une période de 3 mois. Par échantillonnage aléatoire simple, nous avons inclus les enfants de 1 mois à 15 ans hospitalisés au service des Urgences Pédiatriques et leurs parents ou accompagnants. L'enquête consistait à renseigner un questionnaire de quatre pages au cours d'un entretien avec les parents (la mère et/ou le père, ou l'accompagnant) disponibles pendant l'hospitalisation des patients. L'entretien se faisait lorsque les parents étaient disponibles, dans une salle calme au plus près de l'enfant hospitalisé. La durée de l'entretien n'était pas définie, dépendant du temps que pouvait consacrer les parents. Les variables étudiées étaient entre autres : le sexe, l'âge, les conditions socio-économique des parents, le type de pathologie, les attitudes des parents face à l'urgence, les données cliniques, le traitement et l'évolution. L'enquête a été validée par le Chef du département, le Chef de service des urgences et un consentement éclairé des parents ou accompagnants a été obtenu par signature après explication détaillée du protocole d'étude. La saisie et l'analyse des

données ont été effectuées avec les logiciels Microsoft, Excel et SPSS.

Résultats

Au cours de notre période d'étude, nous avons pu colliger 105 patients et leurs parents ou accompagnants répondant à nos critères d'inclusion. Le sexe féminin était majoritaire avec un sexe ratio de 0,8. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 1 à 6 mois (47,7%). L'âge des pères se situait entre 25 et 35 ans dans 37,1% des cas. Ils étaient non scolarisés dans 39,1% des cas et leur profession prédominante était celle d'ouvrier pour 43,8% des cas. Les mères de 25 à 35 ans représentaient 47,6 %, elles étaient non scolarisées (42,8%) et étaient majoritairement des femmes au foyer (72,4 %). Les conditions socio-économiques des parents ont été jugées défavorables dans 62,9% des cas. Les symptômes fréquemment décrits par les parents comme sévères, nécessitant une consultation d'urgence et une hospitalisation étaient : la fièvre (28,9%), suivie de la détresse respiratoire (23%). Certains parents évoquaient aussi différents symptômes tels que les convulsions, les vomissements, la diarrhée, les céphalées, la toux, un changement dans l'attitude habituelle de l'enfant, l'épistaxis, la distension abdominale. Quatre couples n'avaient pas pu mettre en évidence des symptômes de gravité. Face à ces symptômes, 36,2 % des parents disaient se rendre directement au centre de santé le plus proche. Pour 19,1 % des patients, les parents avaient pratiqué une automédication pour leurs enfants avec des médicaments achetés à la pharmacie. Quinze parents (14,3 %) s'étaient rendus directement à l'hôpital avec leurs enfants. Par ailleurs, 30,5 % des patients ont été conduits à la consultation plus de 4 jours après le début de la symptomatologie. Les patients référés aux urgences pédiatriques utilisaient des moyens de transport en commun dans 46,5% des cas, suivis de ceux amenés par ambulance (23,9%) et par moto (18,3%). En ce qui concerne les patients non référés, 44,2 % arrivaient à l'hôpital à bord d'un transport en commun. Les autres moyens de locomotion étaient la moto (23,5%) et la voiture personnelle (23,5%). Les transports en commun étaient donc les plus utilisés, que l'enfant soit référé ou non. Le temps écoulé entre le site de référence et

l'arrivée aux urgences pédiatriques se situait entre 30 minutes et 60 minutes pour 53,6% des patients. Certains patients arrivaient dans un délai inférieur à 30 minutes (19,7%) et d'autres dans un délai entre 1 heure et 3 heures (16,9%). Certains parents n'avaient pas pu préciser le temps passé dans les transports entre la référence et le CHU du fait de la précipitation ou du stress dû à l'état de l'enfant (5,6%). Les principaux diagnostics posés lors de l'hospitalisation des patients étaient la bronchopneumonie (33,4 %) et les méningites/méningo-encéphalites (19,1 %). Selon 84,8% des parents, le délai d'attente avant de voir un médecin aux urgences était rapide (inférieur à 30 minutes). La plupart des patients avaient reçu les premiers soins dans l'immédiat : en moins de 30 minutes (61,9 %). Les parents, à 87,6% avaient apprécié l'accueil aux urgences pédiatriques ; ils étaient satisfaits de la prestation des soins à 85,7%. Ils jugeaient la prise en charge à l'admission rapide dans 61,9% des cas. La durée de l'hospitalisation aux urgences pédiatriques se situait entre 4 à 7 jours dans 37,1% des cas. Le taux de guérison s'élevait à 81,9% des patients. Cependant, la mortalité reste relativement élevée (14,2%).

Discussion

Sur une période de 4 mois et par échantillonnage aléatoire, nous avons pu colliger 105 patients et leurs parents ou accompagnants. Le sexe féminin était majoritaire avec un sexe ratio de 0,8. Notre résultat est différent de ceux rapportés par Diarra NC [6], par Coulibaly B [9] et Traoré IY [10] qui ont rapporté une prédominance masculine avec respectivement un sexe ratio de 1,36 ; 1,45 et de 1,4. Cependant, aucune étude n'a établi une corrélation entre le sexe du patient et la survenue d'une urgence. La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle de 1 à 6 mois (47,7%). L'étude de Diarra NC [6] retrouvait majoritairement les tranches d'âge de 12 à 59 mois (38,1%) et 60 à 119 mois (37,9 %). Coulibaly B [9] mettait en évidence une prédominance des patients de 1 à 59 mois (67,50%). La prédominance de cette tranche d'âge dans notre étude pourrait s'expliquer par l'immaturation du système immunitaire, exposant ainsi les enfants à des pathologies infectieuses plus ou moins sévères.

Les pères étaient majoritairement jeunes (entre 25 et 35 ans), 37,1% des cas. Ils étaient non scolarisés pour 39,1% et ouvriers pour 43,8% des cas. Notre résultat est superposable à ceux de Coulibaly B [9] qui avait une majorité de pères ouvriers (35,1%), non instruits (41,1%) et de Diarra NC [6] qui retrouvait une majorité de pères cultivateurs (28,9%), non instruits (42,7%). En effet dans notre contexte, les dépenses engendrées par la prise en charge sont généralement à la charge des parents. Et le père, considéré comme Chef de famille décide de la consultation, l'hospitalisation de l'enfant et supporte la totalité des frais qui en découlent. Beaucoup de pères étaient des ouvriers journaliers, ce qui explique souvent le retard pour faire les examens complémentaires et les soins. L'âge des mères se situait entre 25 et 35 ans dans 47,6 % des cas, elles étaient non scolarisées dans 42,8% des cas et elles étaient majoritairement des femmes au foyer (72,4 %). Pour Diarra NC [6], 71,9% des mères étaient non instruites et 77,2% étaient des femmes au foyer. Les principaux symptômes considérés comme sévères selon les parents, nécessitant une consultation d'urgence et une hospitalisation étaient la fièvre (28,9%) et la détresse respiratoire (23%). Certains parents évoquaient aussi différents symptômes tels que la convulsion, les vomissements, la diarrhée, les céphalées, la toux, un changement dans l'attitude habituelle de l'enfant, l'épistaxis, la distension abdominale. Quatre couples n'avaient pas pu mettre en évidence des symptômes de gravité. Face à ces symptômes, les parents disaient se rendre au centre de santé le plus proche avec l'enfant dans 36,2 % des cas. Pour 19,1 % des patients, les parents avaient pratiqué les premiers soins sur leurs enfants en faisant de l'automédication avec des médicaments achetés à la pharmacie. Quinze parents (14,3 %) s'étaient rendus directement à l'hôpital pour la prise en charge de leurs enfants. L'attitude de certains parents, non répertoriée dans le questionnaire, correspondait dans la majorité des cas à : un enveloppement humide lors de la fièvre, une alimentaire forcée devant une anorexie, l'achat de boissons sucrées devant des vertiges et la poursuite du traitement de fond préconisé par un médecin traitant (généralement les cas de

cardiopathie congénitale). Deux parents ne savaient pas ce qu'il fallait faire et deux autres n'avaient rien fait également (leur prise de décision n'a pas été notifiée). Dans deux cas, les parents n'avaient pas su quelle attitude adopter. Leur venue à l'hôpital et la consultation aux urgences avaient été motivées par une tierce personne. Le délai écoulé entre l'apparition du premier symptôme et la première consultation était relativement long. En effet, 30,5 % des patients avaient consulté plus de 4 jours après le début de la symptomatologie. Coulibaly B [9] retrouvait 48,4% de patients ayant consulté après le 3ème jour d'évolution des symptômes. Dans les travaux de Traoré IY [10], le délai de consultation s'allongeait à 8 jours (45,5%). Les raisons évoquées à cette prise en charge tardive dans notre étude étaient entre autres : une prise en charge dans un autre centre de santé avant la référence aux Urgences du CHU Gabriel Touré (36,2%), une automédication (19,1%). Selon Bitwe et al [11], la référence tardive et la distance avant d'atteindre l'hôpital constituaient des facteurs qui augmenteraient le risque de décès. Les moyens de transport utilisés par les parents pour joindre le service des urgences pédiatriques étaient les transports en commun dans 43,7%, l'ambulance dans 23,9% et la moto (18,3%) pour les patients référés. Même tendance pour les patients non référés : 44,2 % par transport en commun ; 23,5% par moto et 23,5% par voiture personnelle. Cependant, les références étant motivées par l'absence d'amélioration, il est à noter que le transport sécurisé par ambulance n'était pas utilisé à chaque fois. Ainsi, la durée du trajet pour les patients référés était de 30 à 60 minutes pour 53,5% des patients. Certains patients arrivaient dans un délai inférieur à 30 minutes (16,9%) et d'autres dans un délai entre 1 à 3 heures (16,9%). Par ailleurs, le temps pour arriver à l'hôpital dépendait de plusieurs facteurs dont : l'heure de la référence (les embouteillages à certaines heures pouvaient perturber le trafic) ; le mode de transport (l'ambulance étant une voiture prioritaire, elle arrivait plus rapidement que les transports en commun qui s'arrêtaient au gré de la volonté des passagers). Les principaux diagnostics posés lors de l'hospitalisation étaient la bronchopneumonie

(33,4 %) et les méningites / méningo-encéphalites (19,1 %). Selon Bitwe et all [12], le paludisme grave (86,7%), la malnutrition sévère (31,8%), et la diarrhée (24%) étaient les principaux diagnostics posés au cours des hospitalisations. De même, dans l'étude de Coulibaly B [9], les pathologies les plus fréquentes étaient le paludisme grave (32,7%), suivi de la déshydratation (11,26%) et la méningite (9,42%). Les diagnostics retenus par Diarra NC [6] étaient le paludisme grave (32,4%), l'anémie palustre (16,2%), et les broncho-pneumopathies (11,5%). Dans notre étude, le paludisme ne figurait pas parmi les principales pathologies car notre période d'étude ne correspondait pas à la période de haute transmission du paludisme au Mali (Juillet – Octobre). L'organisation de la prise en charge aux urgences pédiatriques obéit au système TETU (Tri, Evaluation, Traitement, d'Urgence). Ainsi, les patients référés étaient donc prioritaires. Le temps d'attente avant de voir un médecin aux urgences a été jugé rapide par les parents de 73,4 % des patients. Chez 10,5% des patients, l'attente avait duré 30 minutes et pour 9% des patients, 60 minutes. La plupart des patients avaient reçu les soins dans l'immédiat (29,6 %). Certains patients avaient reçu après 30 minutes (20,9 %) et d'autres après 60 minutes (21,9 %). L'attente plus ou moins longue avant les premiers soins s'expliquait par le fait que le service des urgences pédiatriques ne dispose pas de Kit d'urgence. Certains soins étaient administrés sans délai comme l'oxygénothérapie (l'oxygène étant gratuit au service, un patient en détresse respiratoire sera immédiatement mis sous oxygène). La rapidité de la prise en charge dépendait des moyens financiers des parents et de la célérité à obtenir les produits médicaux à la pharmacie [11, 12]. Les parents étaient majoritairement satisfaits de la prestation des soins aux urgences pédiatriques (85,7%). Ils ont apprécié la qualité de l'accueil à l'arrivée aux Urgences surtout le temps d'attente qui n'était pas long pour voir un médecin (84,8%). La durée de l'hospitalisation était de 4 à 7 jours (37,1%). Des résultats similaires sont rapportés par Diarra NC [6] (4 à 6 jours dans 33,4% des cas) et Coulibaly B [9] (4 jours et plus dans 63,6% des cas). Par contre, la durée

d'hospitalisation dans l'étude de Traoré IY [10] était plus courte, entre 0 et 4 jours dans 56% des cas. L'évolution des patients a été satisfaisante avec 85,7% de guérison. Notre résultat était supérieur à ceux obtenus par Diarra NC [6] et Coulibaly B [9], respectivement 76,6% et 65,4%. Cependant, nous avons enregistré 3,9 % de sorties contre avis médical. Diarra NC [6] en avait retrouvé 1,1% et Coulibaly B [9], 5%. La mortalité dans notre étude s'élevait à 14,2%, qui était tout de même inférieur à celles rapportées par Diarra NC [6] (15%) et de Coulibaly B [9] (19,4%).

Conclusion

La fièvre, les difficultés respiratoires et les convulsions sont les principaux signes d'urgence évoqués par les parents chez l'enfant. Leurs attitudes face à ces signes étaient d'aller consulter au centre de santé le plus proche ou de pratiquer une automédication.

Bibliographie

1. Grimprel E, Begue P. Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants. Bull Acad Natle Méd. 2013 ; 197 (6) : 1127- 41
2. Petter D. La Prise en charge des urgences pédiatriques au CHU de Tours [Mémoire]. : Ecole Nationale de la santé publique ; 2001. 89p
3. Talani P, Samba G, Moyen G. Prise en charge des fièvres de l'enfant à domicile dans le district rural de Boko (Congo-Brazzaville). Santé Publique. 2003 ; 15 (4) : 485-490
4. Atakouma D Y, Gbetoglo D, Tursz A., Crost M., Agbere A., Assimadi J.K. Etude épidémiologique du recours aux consultations hospitalières d'urgence chez les enfants de moins de 5 ans au Togo. Rev Epidemio Sante Publique ; 1999. 47 (Suppl 2) : 2S75-91
5. Nzame Y, Ntsame S, Ndoutoume R, Gahouma D. Koko J. Epidémiologie des urgences pédiatriques de nuit au centre hospitalier universitaire de Libreville. Health Sci Dis. 2020 ; 21 (4) : 88-91
6. Diarra N C. Bilan d'activité d'une année au service des urgences pédiatriques du CHU GABRIEL TOURE [Thèse]. Bamako : FMPOS ; 2009. 96p
7. OMS, UNICEF. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : le point sur la situation mondiale. CAH/FCH ; 1999. 6p

8. OMS, UNICEF. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, Manuel sur la PCIME. WHO/FCH/CAH/00.12 ; 172p
9. Coulibaly B. Les Urgences Médicales pédiatriques dans Le service de pédiatrie du C.H.U- Gabriel Toure [Thèse]. Bamako : FMPOS ; 2006. 120p
10. Traore I Y. Les urgences pédiatriques au centre de Sante de référence de La Commune V [Thèse]. Bamako : FMPOS ; 2013. 93p

11. Bitwe R, Dramaix M, Hennart P. Qualité des soins donnés aux enfants gravement malades dans un hôpital provincial en Afrique Centrale. S.F.S.P. « Santé Publique » ; 2007. 19 (4) : 401-11
12. Jacquemot P. Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. De Boeck Supérieur « Afrique contemporaine » ; 2012. 3 (243) : 95-99