

Les difficultés liées à la prise en charge des urgences pédiatriques en Afrique.

The challenges of managing paediatric emergencies in Africa.

N'guessan Y F

Service d'anesthésie-réanimation. CHU d'Angré à Abidjan (RCI)

Auteur correspondant : N'guessan Yapi Francis. Email : yapifrancis@yahoo.fr

Introduction

Chaque année, quelques 11 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire le plus souvent de maladies telles que la pneumonie, la diarrhée, la malaria et la rougeole sur terrain de malnutrition [2]. Plus de 99 % des décès surviennent dans les pays en voie de développement. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique qui met en mal la relève sociale de nos pays médicalement moins avancés. Selon l'OMS la majorité des décès pourrait être évitable. Le retard de prise en charge, la qualification et la non-disponibilité des moyens matériels et humains sont souvent les raisons évoquées pour expliquer ces décès. Ainsi, des urgences pédiatriques pourvoyeuse d'une létalité élevée sont fréquemment observées dans nos centres de santé. La qualité des soins administrés par le personnel tant médical que paramédical dans les hôpitaux a un impact sur la santé et la vie de millions d'enfants dans le monde [1].

Ces difficultés varient selon le pays.

Les observations dans les pays

En Côte D'Ivoire [3]

Le taux de mortalité globale aux urgences pédiatriques était de 106,4‰ (534/5018) avec une mortalité spécifique dans les groupes d'âge 0-59 mois, 60-119 mois, 120-180 mois respectifs de 88‰, 166,6‰ et 205‰. Les enfants de moins de 5ans constituaient 65,5%. Les patients de sexe masculin représentaient 52,2%. L'indice économique des ménages était faible dans 72% et la mère avait un faible niveau d'instruction dans 70% des cas. La moyenne mensuelle des décès était de 22 (extrême 10 et 40). Les 3 principales causes de décès étaient le paludisme (80%), la pneumopathie (5,2%) et la méningite bactérienne (4,1%). La plupart des décès survenait dans les 5 premiers jours ce qui laisse présager que les décès sont liés à la nature de la pathologie, les facteurs aigus ; sa sévérité et le diagnostic. Il existait un lien entre l'âge de l'enfant et la forme clinique du paludisme à l'origine du décès. Avant 5 ans, les enfants mourraient plus de la

forme anémique alors qu'au-delà de 5 ans, il s'agissait plutôt de la forme neurologique

Il s'agit d'une des plus meurtrières de toutes les affections humaines : elle tue chaque année 1,5 à 2,7 millions de personnes, dont 1 million d'enfant de moins de 5 ans [1]. Cette mortalité élevée est surtout l'apanage des formes graves du paludisme qui nécessite dans la majorité des cas une admission en unité de réanimation en vue d'une thérapeutique adaptée.

Ces chiffres sont en deçà de la réalité car il y a une disparité dans l'accès aux soins. La plupart des structures spécialisées dans la prise en charge des enfants sont à Abidjan et banlieue.

Ces réalités ont été observées partout dans les pays d'Afriques subsahariennes.

En RDC, [4] plus de la moitié des enfants sont transférés vers d'autres structures mais que cette décision est souvent tardive. En effet, 16 % des décès surviennent avant 24 heures d'hospitalisation. Le paludisme grave a été aussi le diagnostic le plus fréquent, soit 87 % des enfants hospitalisés. Le taux de mortalité spécifique du paludisme grave était de 15 %. Le tri n'a toujours pas été correctement fait les après-midis. Car les médecins étaient souvent absents des hôpitaux. Cet absent a été à l'origine de retard dans le triage et les soins d'urgence.

Les admissions différées, augmentent la gravité des cas et par conséquent la mortalité.

Dans les salles d'urgence et en hospitalisation, il n'y a ni grille d'évaluation initiale, ni guide pratique de l'OMS, ni protocole de prise en charge standardisé. Il n'y a pas non plus de Kit d'urgence. Les facteurs limitant la qualité de la prise en charge sont l'insuffisance en nombre du staff (surtout l'après-midi et la nuit) et la motivation insuffisante du personnel. En hospitalisation, le monitoring de base et les soins infirmiers ont été insuffisants, surtout la nuit. Les facteurs qui pouvaient être prévenus et qui contribuaient à la mauvaise évolution des enfants sont les délais longs pour poser le diagnostic et l'indisponibilité des médicaments prescrits.

Il y a un besoin en formation surtout en réanimation pédiatrique et en prise en charge des principales maladies de l'enfant. Le personnel infirmier avait des connaissances théoriques et pratiques très insuffisantes. Les facteurs qui augmentent le risque de décès sont la sévérité de la maladie et la référence tardive. De plus, le traitement est parfois différé du fait des moyens financiers insuffisants dont disposent les parents.

Au Bénin [5]

Les admissions dans le service des urgences pédiatriques représentent 33,65% des enfants référés. L'âge moyen des patients référés était de 4 ans avec des extrêmes allant de 0 jour à 15 ans. Une prédominance masculine était notée avec un sex-ratio égal à 1,32. Le moyen de transport le plus utilisé est le taxi moto (zémidjan) dans 71,72% des cas. Puis faisait suite le transport par un véhicule personnel dans 24,18% des cas. 1,63% étaient transférés par ambulance et bénéficiaient d'une assistance médicale. Les motifs de référence les plus fréquents étaient : le paludisme grave 53,27%, les infections néonatales 28,27%, les infections respiratoires aiguës 8,2%, le syndrome infectieux 4,09% et les autres affections 6,14%. Le moment de référence était situé entre 15 heures et minuit dans 58,60% des cas. 23,77 % des enfants référés étaient retournés à leur centre de santé d'origine.

Au Mali [6]

Les urgences chirurgicales sont des affections graves avec une mortalité élevée dans les pays en développement. Cette mortalité varie de 20 à 70% [1]. Les urgences néonatales ont représenté 8,7 % de l'ensemble des urgences pédiatriques. Le sex-ratio était de 1,46. L'âge moyen des patients était de $5,7 \pm 0,5$ ans. Le délai moyen de consultation était de 5,4 jours (extrêmes : 2 h et 21 jours). Les motifs de référence les plus fréquents étaient : le paludisme grave, les infections néonatales, les infections respiratoires aiguës, le syndrome infectieux et les autres affections. Concernant les urgences néonatales, L'atrésie de l'œsophage et le laparoschisis avaient des taux de mortalité respectifs

de 91 et 100%. Une pathologie associée était notée chez 50,4% de nos patients et la colostomie était la méthode chirurgicale la plus fréquente.

Globalement La mortalité dans les urgences pédiatriques était de 42,3%. Les facteurs incriminés à la mortalité étaient l'âge, l'hypotrophie, la présence de malformations associées, la situation socio-économique des parents, leur niveau de scolarisation et la survenue de complications.

Références

1. **Duke T, Tamburlini D.** for the paediatric quality care group. Improving the quality of paediatric care in peripheral hospitals in less-developed countries. *Arch Dis Child* 2003 ;88 :563-5
2. **Murray CJL, Lopez AD.** Alternatives projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997 ;249 :1498-504
3. **Asse K.V, Plo K.J., Yenan J.P.** Mortalité pédiatrique en 2007 et 2008 à l'Hôpital Général d'Abobo (Abidjan/Côte d'Ivoire). *Revue Africaine d'Anesthésiologie et de Médecine d'Urgence* 2011 ; 16 (2) : 30-6
4. **Bitwe, Richard, Michèle Dramaix, et Philippe Hennart.** « Qualité des soins donnés aux enfants gravement malades dans un hôpital provincial en Afrique Centrale ». *Santé Publique* 2007 ; 19 (5) 401-11.
5. **Akodjènou Joseph, Zounmènou E, Lokossou TC, Assouto P, Aguémon A.R., Chobli M.** Les urgences pédiatriques du service de pédiatrie de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava (BENIN) : Références et contre-références. *Rev Afr Anesth Med Urg* ; 2013. 18 (1) :62-66.
6. **O Coulibaly, Y Coulibaly, I Amadou and coll.** Les facteurs de mortalité des urgences chirurgicales néonatales dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré. *AJOL* 2016 ; 10 (3)