



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

Année 2023

Thèse N° 311

Profil épidémiologique des malades hospitalisés aux urgences pédiatriques

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/10/2023

PAR

Mme. Soukaina SAOUI

Née le 05 Octobre 1993 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Urgences Pédiatriques – Epidémiologie – Pathologies Pédiatriques
Mortalité Infanto – Juvénile.

JURY

M.	M. ZYANI Professeur de Médecine interne	PRESIDENT
M.	M. BOURROUSS Professeur de Pédiatrie	RAPPORTEUR
M.	E.E. KAMILI Professeur de Chirurgie Pédiatrique	} JUGES
M.	N. RADA Professeur de Pédiatrie	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب اوزعني ان اشكر نعمتك
التي انعمت علي وعلى والدي
وان اعمل صالحا ترضاه
واصلح لي في ذريتي
إني تبت إليك و إني من المسلمين"
صدق الله العظيم



Serment d'Hippocrate



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

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Hanane RAISS
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Liste nominative des personnels enseignants chercheurs permanents

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie

12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses

44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie

79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale

114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie

148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
150	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
154	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie

179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
205	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
206	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
207	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
208	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
209	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
210	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
211	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
212	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
213	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie

214	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
215	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
216	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
217	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
218	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
219	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
220	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
221	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
222	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
224	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
225	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
226	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
227	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
232	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUIA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique

249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2023



DEDICACES



Tous les mots ne sauraient exprimer en ce moment mon émotion et ma joie.

*Toutes les langues du monde ne suffiraient à témoigné de ma
reconnaissance et ma gratitude.*



Je dédie cette thèse...



***À Allah, le Puissant et l'Équitable,
Qui m'a toujours soutenu dans les moments où
personne d'autre ne l'était,
Qui a guidé chacune de mes étapes tout au long
de ma vie,
Qui m'a surveillé et m'a donné la force
nécessaire pour accomplir ce parcours,
Je dédie humblement cette thèse en témoignage
de ma gratitude et de ma foi.
Que Ta lumière continue de briller sur mon
chemin.***

Amen.

À la mémoire de ma mère, Naïma MEKAOUI

Bien que tu sois partie beaucoup trop tôt, ta présence dans ma vie continue de me guider chaque jour. Même si nos moments ensemble étaient brefs, tu as semé les graines de la persévérance et de la détermination en moi. Cette thèse est dédiée à toi, car tu as été ma première source d'inspiration et de force. Je m'efforce de poursuivre mes rêves en ton honneur, sachant que tu aurais été fière de mes réalisations. Tu resteras à jamais dans mon cœur, et cette œuvre est un témoignage de l'amour et du respect que je porte à ta mémoire.

Je souhaite ardemment que tu sois fière de la personne que je suis devenue. En ce jour important, ta présence physique me manque cruellement, mais je suis convaincu que tu m' observes depuis les hauteurs célestes, veillant sur moi avec une tendresse éternelle.

À mon aimable père, Jamaa SAOUI

À mon père bien-aimé, qui veille toujours sur notre bonheur, qui a toujours souhaité nous voir réussir et qui nous a encouragés à étudier et à chercher le savoir. Ton amour et ton soutien m'ont guidé tout au long de ce chemin. Ton regard bienveillant est notre source d'inspiration et de motivation. J'espère avoir été digne de ton estime, et je prie Dieu pour que je puisse un jour honorer ton nom et t'en rendre fier. Puisse Dieu t'accorder longue vie, santé, bien-être et bénédiction.

À la mémoire de mon cher grand-père, Jamaa MEKAOUI

Tu as été la source d'un amour pur et inconditionnel qui a illuminé ma vie.

Toujours prêt à m'écouter, à m'encourager, à me récompenser d'affection, ton sourire me manque, et ta présence aussi.

Cette dédicace est un humble hommage à la personne exceptionnelle que tu étais et à l'amour éternel que tu as semé en moi.

À ma grand-mère, Ija MEKAOUI

Avec tout mon amour et ma gratitude pour la tendresse inestimable que vous m'avez toujours offerte, pour l'amour infini qui a illuminé ma vie, et pour les précieux conseils qui ont guidé mes pas.

Vous êtes une source de sagesse inépuisable et une étoile brillante dans ma vie. Merci pour chaque moment partagé, chaque sourire offert, et chaque câlin réconfortant.

Vous êtes irremplaçable et chère à mon cœur.

*À ma chère sœur, Fatima SAOUI et son conjoint Lahcen AIT
MBARK*

On dit que la sœur est une deuxième maman, et je l'ai trouvée en toi. Malgré nos petites querelles d'enfance, elles n'ont jamais terni les souvenirs agréables que nous avons partagés, empreints d'amour et de tendresse. Au fil des années, tu as été bien plus qu'une sœur pour moi. Tu as été ma complice, mon amie, et mon confident. Ma chère sœur je t'aime de tout mon cœur et je serai toujours là pour toi, prête à t'offrir le même amour et le même soutien que tu m'as donnés tout au long de ma vie. Je vous souhaite une vie comblée d'amour, bonheur et réussite, et je souhaite la meilleure des arrivées au petit "karkouch" de la famille. Cette thèse est dédiée à toi, en reconnaissance de tout l'amour, du soutien et de la complicité que nous partageons.

À mon cher frère et confrère Nouaman SAOUI

La vie nous a réunis en tant que frères par le sang et confrères par notre passion commune. Ta présence est un soutien précieux dans ma vie, dans la joie comme dans les moments difficiles.

Que notre lien continue de s'épanouir, que notre amitié grandisse encore plus fort, et que nous nous encourageons mutuellement dans nos ambitions. Chaque jour est une nouvelle page de notre histoire, écrite avec l'encre de la fraternité et de la camaraderie.

*À mes merveilleuses tantes : Fatima, Aïcha, Yamina, Hafida,
Nadia et Hasna*

Je tiens à vous dédier ces mots emplis de gratitude et d'amour.

Vous avez été les gardiennes de mon éducation, le soutien inébranlable qui m'a encouragé à chaque étape de ma vie. Vous avez joué le rôle essentiel de mères dans ma vie, apportant chaleur, tendresse, et sagesse.

Votre dévouement et votre amour indéfectible ont été une source inestimable de force et d'inspiration pour moi. Vous avez partagé avec moi vos valeurs, vos connaissances, et votre expérience de vie, contribuant ainsi à forger la personne que je suis aujourd'hui.

À travers les hauts et les bas, vous avez été mes piliers, ma confidente, ma conseillère. Vous avez illuminé mes journées de sourires et avez essuyé mes larmes dans les moments difficiles.

Votre amour inconditionnel m'a guidé tout au long de mon chemin.

Je tiens à vous remercier du fond du cœur pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous êtes des femmes exceptionnelles, des modèles de force, de bienveillance, et d'amour. Je chéris chaque moment que j'ai partagé avec vous, et je suis fière d'avoir été élevée sous vos ailes aimantes.

Que la vie vous récompense pour votre générosité et votre dévouement infatigable envers moi. Vous méritez toute la joie et le bonheur que le monde peut offrir.

À mes chères cousines Wissal, Marwa et Assil ELMASTI

Vous êtes bien plus que des cousines pour moi, vous êtes comme mes petites sœurs. Ensemble, nous avons grandi, ri, et partagé tant de moments précieux. Votre beauté va bien au-delà de l'apparence, elle réside dans vos cœurs aimants et dans les souvenirs que nous avons créés ensemble. Je chéris chacun de ces moments et je suis reconnaissante de vous avoir dans ma vie.

Que notre amitié continue de grandir et que nous partagions encore de nombreux moments heureux ensemble.

Je vous dédie ce travail et je vous souhaite plein de bonheur et de succès dans votre vie scolaire et familiale

À mes chers cousins Salem, Najat, Mohamed, Soumaya, Moubarak, et Mourad

Que notre lien familial continue à s'épanouir et à m'apporter joie, amour et complicité. Vous êtes tous une part précieuse de ma vie, et je suis comblée par chaque moment partagé ensemble. Que notre amitié et notre affection perdurent pour toujours.

*À mes chères amies d'enfance : Rachida ACHOUMMI et
Hanan ALAOUI*

Au fil des années, notre amitié a grandi, évolué, mais elle est restée aussi forte que les souvenirs de notre enfance. Vous êtes les piliers de ma vie, les gardiens de nos aventures passées et les complices de nos rêves futurs. Que notre amitié continue de s'épanouir, que chaque journée soit remplie de rires partagés, de confidences, et de moments précieux. Vous êtes ma source de joie, de réconfort et d'inspiration.

À l'amitié indestructible qui nous unit depuis toujours et pour toujours !

*À mes précieuses amies universitaires, Asma TIBBOUSSINE
et Naoual SOUCRATI*

Nos chemins ont pu se croiser sur les bancs de l'université, mais nos âmes étaient déjà liées bien avant cela. Chacun de nos moments partagés, qu'ils soient emplis de rires ou de larmes, a renforcé notre lien spécial. Dans nos moments les plus sombres, nous étions là les unes pour les autres, et dans nos moments de joie, nous avons célébré avec une intensité unique.

Vous êtes des trésors inestimables dans ma vie, des amies dont la valeur dépasse tout ce que les mots peuvent exprimer. Sachez que je serai toujours là pour vous, prêt à soutenir, à rire, à pleurer et à partager chaque instant de nos vies.

Je dédie ce travail avec tout mon cœur à vous deux, Asma et Naoual, en reconnaissance de l'amitié extraordinaire que nous partageons. Pussions-nous continuer à grandir ensemble, à surmonter les défis et à célébrer les réussites, tout en sachant que notre amitié est un trésor précieux qui illumine nos vies.

À ma chère colocataire Soumaya EL HAMIDI

Je tiens à te dédier ces mots emplis de gratitude et d'affection, car tu es bien plus qu'une colocataire pour moi. Tu es une source inestimable de tendresse, d'amour, de générosité et de soutien psychique. Tu es un exemple vivant de patience et de compréhension, et ta présence dans ma vie est un véritable cadeau.

Ensemble, nous partageons bien plus que le même espace. Nous venons du même village, partageons les mêmes souvenirs d'enfance, et nos racines sont profondément ancrées dans les mêmes terres. Nos idées se rejoignent de manière naturelle, et nos folies s'entremêlent avec une complicité unique.

Nous avons également partagé les mêmes moments de souffrance pendant nos études, et cela a renforcé encore davantage notre connexion. À travers les hauts et les bas de nos vies, tu as été là, apportant de la lumière dans les moments sombres et faisant briller nos jours les plus joyeux. Avec toi, chaque journée devient un voyage extraordinaire, où nos rêves deviennent réalité et nos peines se transforment en leçons précieuses.

Je dédie ces mots à notre amitié exceptionnelle, à nos rires partagés et à toutes les aventures que l'avenir nous réserve. Soumaya, tu es un trésor dans ma vie, et je suis reconnaissante de t'avoir à mes côtés.

À mon amie bien-aimée Oumaima ROUIJA

Il est vrai que nos chemins se sont croisés tardivement, mais dès le premier instant où nos vies se sont entrelacées, j'ai découvert en toi une amie d'une valeur inestimable. Tu es bien plus qu'une amie, tu es un pilier sur lequel je peux compter, une oreille attentive à l'écoute de mes préoccupations, et une présence toujours disponible.

Ton intérêt pour la connaissance est une source d'inspiration, et tu es généreuse de ton savoir, prête à le partager sans retenue.

Ta rigueur et ta ponctualité sont des qualités rares qui montrent ton engagement envers tout ce que tu entreprends.

Les moments que nous avons partagés, nos discussions nocturnes sur des sujets profonds, nos instants de joie commune et les moments de doute que nous avons tous éprouvés, tout cela a été véritablement précieux.

Ton amour pour le bien et ton don de toi-même font de toi une personne extraordinaire à mes yeux. Je t'apprécie profondément pour toutes ces qualités et bien plus encore.

Tu es une amie spéciale qui a apporté une lumière chaleureuse dans ma vie, et pour cela, je suis infiniment reconnaissante.

À ma chère amie Nouhaïla CHARAFI

Tu étais encore très jeune lorsque nous nous sommes rencontrées pour la première fois, et maintenant te voilà plus sage, avec ta petite fille. Qui aurait cru que nous deviendrions amies et partagerions tous ces beaux moments ensemble ?

Nous adorions discuter sous les étoiles, évoquer nos rêves, notre passé et notre avenir. Cela a toujours été très réconfortant de parler avec toi, une amie en dehors du domaine médical, qui voit la vie d'une manière différente, sans stress et avec une énergie positive débordante.

J'ai apprécié chaque instant que nous avons passé ensemble, Je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine de bonheur, ainsi qu'à ta petite famille. Haut du formulaire

À mes chers amis

Oumaima DRISSI ETTAHIRI, Asmaa AIT EL MAHDI, Khadija AIT ABDELAALI, Mina Boutgourine, Soumaya BIHAT, Oumaima AZZIME, Hajar LADNANY, Meryem KRAIM, Jihad SARKADI, Hajar SADIK, Abdelfattah MAATOUBI, Mohamed Rida SOUAIKI, Younes TAITI, Abderrahim MOSSAID, avec chacun de vous, j'ai une histoire différente, et les pages ne me suffiraient pas pour exprimer la gratitude que j'ai envers vous. Je tiens à vous remercier sincèrement et je vous dédie ce travail.



REMERCIEMENTS



A notre maître et président de thèse :

Professeur ZYANI Mohammed

*Professeur de l'enseignement supérieur et chef de service de
Médecine interne à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech*

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider le jury de notre thèse. Par votre modestie, vous nous avez montré la dimension morale de notre profession. Vos hautes qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre sérieux, ont toujours suscité notre profond respect. Nous vous remercions pour votre enseignement et votre gentillesse. Nous vous prions de bien vouloir, cher Maître, accepter notre profonde reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en présidant notre thèse. Je tiens également à vous remercier pour tout ce que j'ai appris de vous pendant mon passage dans votre service.

A notre maître et Rapporteur de thèse :

Professeur BOURROUS Mounir

Professeur de l'enseignement supérieur de Pédiatrie et chef de service des urgences pédiatriques au CHU Mohammed VI Haut du formulaire

Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude envers vous en cette occasion très spéciale. Votre rôle en tant que Maître et rapporteur de thèse a été d'une importance capitale pour mon parcours académique, et je suis sincèrement honoré par l'opportunité que vous m'avez offerte. C'est grâce à votre inspiration que j'ai choisi ce sujet de thèse, et tout au long de l'élaboration de ce travail, vous m'avez guidé avec une bienveillance et une sympathie inestimable. Vos précieux conseils ont été une boussole essentielle, me permettant d'avancer avec assurance dans ma recherche.

De plus, j'admire profondément la manière dont vous prenez soin de vos patients, votre engagement à améliorer constamment la qualité des soins pédiatriques, ainsi que votre respect envers l'ensemble du personnel médical. Ces qualités sont une source d'inspiration pour moi, et je m'engage à les intégrer dans ma future pratique médicale.

Enfin, je tiens à vous témoigner ma reconnaissance la plus sincère pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu tout-puissant vous accorde une longue vie, une excellente santé et un bonheur continu.

A notre maître et juge de thèse

Professeur KAMILI E. E.

*Professeur de Chirurgie Pédiatrique Au CHU Mohammed VI
de Marrakech*

*Nous vous sommes infiniment reconnaissants d'avoir
aimablement accepté de juger ce travail. Votre compétence et
votre sens du devoir nous ont profondément marqués. Notre
passage dans votre service a été très instructif et formateur.
Que ce travail soit l'expression de notre profond respect et de
notre reconnaissance.*

A notre maître et juge de thèse

Professeur RADA Noureddine

Professeur de Pédiatrie Au CHU Mohammed VI de Marrakech

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous
associer à notre jury de thèse. Vous représentez pour nous
l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et
professionnelles. Votre compétence et votre dévouement sont
pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de la profession
médicale. Veuillez croire, cher Maître, à l'expression de notre
sincère reconnaissance et notre grand respect.*



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

SUP	:	Service des Urgences Pédiatriques
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire.
SAUP	:	Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques
SAMU	:	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU	:	Services d'Accueil des Urgences
NV	:	Naissances Vivantes
ENPSF	:	L'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale
MI	:	Mortalité Infantile
MIJ	:	Mortalité Infanto-Juvenile
MNN	:	Mortalité Néo-Natale
MPN	:	Mortalité Post Néonatale
ORL	:	Oto-Rhino-Laryngologie
INN	:	Infection Néonatale
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
NV	:	Naissances Vivantes



LISTE DES FIGURES



Liste des Figures

- Figure 1** : Pourcentage des patients hospitalisés au service des urgences pédiatriques par an.
- Figure 2** : Répartition des patients selon la tranche d'âge.
- Figure 3** : Répartition des patients selon le sexe.
- Figure 4** : Répartition des patients selon les saisons.
- Figure 5** : Répartition des patients selon la région.
- Figure 6** : Répartition des patients selon l'origine de référence.
- Figure 7** : Répartition des patients selon le moyen de référence.
- Figure 8** : Répartition des patients selon les antécédents.
- Figure 9** : Répartition des patients selon le type d'urgence.
- Figure 10** : Répartition des patients selon les motifs d'hospitalisation.
- Figure 11** : Détail des motifs de consultation cardio-respiratoire.
- Figure 12** : Détail des motifs de consultation digestive.
- Figure 13** : Détail des motifs de consultation neurologique.
- Figure 14** : Détail des motifs de consultation générale.
- Figure 15** : Détail des motifs de consultation accidentelle.
- Figure 16** : Détail des motifs de consultation uro-génitale.
- Figure 17** : Détail des motifs cutané-muqueux.
- Figure 18** : Détail des motifs de consultation oto-rhino-laryngologique.
- Figure 19** : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'hospitalisation.
- Figure 20** : Récapitulatif des différents diagnostics finaux par système chez les enfants de plus d'un mois.
- Figure 21** : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.
- Figure 22** : Répartition des patients selon l'évolution.
- Figure 23** : Répartition de nombre de décès selon la tranche d'âge.



LISTE DES TABLEAUX



Liste des tableaux

- Tableau I** : Nombre des patients hospitalisés au service des urgences pédiatriques par an.
- Tableau II** : Nombre des patients hospitalisés au service des urgences pédiatriques selon l'origine géographique.
- Tableau III** : Répartition des antécédents médicaux chez nos patients.
- Tableau IV** : Répartition des antécédents chirurgicaux chez nos patients.
- Tableau V** : Représentation des classes médicamenteuses les plus utilisées avant l'hospitalisation.
- Tableau VI** : Diagnostic final chez les nouveaux nés.
- Tableau VII** : Diagnostic final chez les nourrissons.
- Tableau VIII** : Diagnostic final chez les petits enfants de 2 à 5 ans.
- Tableau IX** : Diagnostic final chez des grand enfants de 6 à 10 ans.
- Tableau X** : Diagnostic final chez les adolescents
- Tableau XI** : Causes de décès chez les nouveaux nés.
- Tableau XII** : Causes de décès post-néonatal.
- Tableau XIII** : Causes de décès juvénile.
- Tableau XIV** : cause de décès chez l'enfant de 5 à 15 ans.
- Tableau XV** : Comparaison du nombre des hospitalisations entre les services des urgences pédiatriques.
- Tableau XVI** : Age d'admission dans différentes études.
- Tableau XVII** : Sexe ratio dans différentes études.
- Tableau XVIII** : Saison d'admission prédominante au service des urgences pédiatriques dans différentes études.
- Tableau XIX** : Répartition des patients hospitalisés au service des urgences pédiatriques selon l'origine géographique prédominante.
- Tableau XX** : Pourcentage de référence dans différentes études.

- Tableau XXI :** Moyens de référence prédominants dans diverses études.
- Tableau XXII :** Pourcentage de l'automédication dans différentes études.
- Tableau XXIII :** Durée du séjour selon les différentes études.
- Tableau XXIV:** Répartition de l'évolution selon les différents services des urgences pédiatriques.
- Tableau XXV :** Taux de mortalité aux urgences pédiatriques dans différents pays.
- Tableau XXVI :** Pourcentage de la MIJ sur la MP aux services des urgences pédiatriques.
- Tableau XXVII :** Pourcentage de la mortalité des enfants de 5 à 15 ans sur MP aux services des urgences pédiatriques.



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIEL ET METHODE	04
I. Cadre de l'étude	05
1. Architecture	05
2. Personnel	06
II. Type d'étude	07
III. Critères d'inclusion et d'exclusion	07
IV. Méthode de l'étude	08
V. Fiche d'exploitation	08
RESULTATS	09
I. Données épidémiologiques	10
1. Taux global des hospitalisations	10
2. Répartition selon l'âge	11
3. Répartition selon le sexe	12
4. Répartition saisonnière	12
5. Origine géographique	13
6. Origine de référence	14
7. Moyen de référence	15
II. Antécédents	15
1. Antécédents médicaux	16
2. Antécédents chirurgicaux	17
III. Motifs d'hospitalisation	18
1. Type d'urgence	18
2. Motifs de consultation	18
IV. Traitement reçu avant l'hospitalisation	27
V. Diagnostic retenu	29
1. Diagnostic final chez les nouveaux nés	29
2. Diagnostic final chez les nourrissons	31
3. Diagnostic final chez les petits enfants de 2 à 5 ans	33
4. Diagnostic final chez les grands enfants de 6 à 10 ans	35
5. Diagnostic final chez les adolescents	37
VI. Durée d'hospitalisation	39
VII. Evolution	39

VIII. Caractéristiques des décès	40
1. Causes de mortalité néonatale (MNN)	40
2. Causes de la mortalité post-néonatale (MPN)	41
3. Causes de la mortalité juvénile	42
4. Causes de la mortalité des enfants âgés entre 5 et 15 ans	42
DISCUSSION	43
I. Généralités	44
1. Santé au Maroc	44
2. Service des urgences: Considération générales et particularités pédiatriques	45
II. Données épidémiologiques	47
1. Taux des hospitalisations	47
2. Age d'admission	48
3. Sexe ratio	50
4. Répartition saisonnière	51
5. Provenance	53
6. Origine de référence	54
7. Moyens de référence	56
III. Motifs d'hospitalisation	58
IV. Automédication	60
V. Diagnostic retenu	62
1. Les nouveaux nés	62
2. Enfant de plus d'un mois	63
VI. Durée d'hospitalisation	66
VII. Evolution	69
VIII. Caractéristiques des décès	70
1. Taux global de la mortalité aux urgences pédiatriques	70
2. Taux de la mortalité pédiatrique selon l'âge	71
3. Cause de la mortalité pédiatrique selon l'âge	73
IX. Limite d'étude	75
Solutions et recommandations	76
I. Recommandation a la population	77
II. Recommandation aux personnels de santé	79

III. Recommandation pour le système de santé	80
CONCLUSION	82
ANNEXES	84
RESUMES	87
BIBLIOGRAPHIE	94



INTRODUCTION



Selon l'OMS, 60 millions d'enfants mourront avant l'âge de 5 ans d'ici 2030 si les inégalités ne sont pas réduites. Ainsi, les taux de mortalité infantile restent élevés dans le monde malgré qu'ils soient passés chez les enfants de moins de 5 ans de 11,9 millions de décès en 1990 à 5,6 millions de décès en 2016, avec des disparités entre les pays en développement et les pays développés puisque l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud se heurtent aux plus grands défis dans ce domaine avec 80% des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde [1-4]. Tandis que dans les pays développés, les taux de décès restent très bas : moins de 1%, comme aux États-Unis avec 1,7 pour 10000 admissions enregistrés, et en Espagne avec un taux de 1,5 décès pour 10000 admissions enregistrés [5-7].

La lutte contre la mortalité infantile passe obligatoirement par la qualité de la prise en charge des urgences pédiatriques [8]. Par définition, les urgences pédiatriques constituent l'ensemble des états morbides menaçant la vie de l'enfant dans une échéance plus ou moins brève nécessitant une prise en charge rapide et adéquate [9]. Cette définition n'est pas toujours respectée à cause de l'hétérogénéité du service des urgences pédiatriques (SUP) et la perception de la santé et du soin qui diffère du personnel soignant et des parents [8,10]. Par conséquent, le SUP souffre d'engorgement qui est devenu un problème universel qui ne cesse d'augmenter.

Dans ces conditions, l'urgence pédiatrique, avec ces trois niveaux (accueil, triage, et hospitalisation) pourrait être affectée négativement [11]. Plusieurs études se sont intéressées aux différents dysfonctionnements des urgences pédiatriques dans les pays développés, notamment au niveau de l'accueil et du triage. Par contre, rares sont les recherches qui ont visé la situation au niveau des pays non développés et l'hospitalisation des urgences pédiatriques [12-14].

Le Maroc n'échappe pas à ce phénomène avec une inflation de plus de 20% du taux de passage au SUP du centre hospitalier universitaire (CHU) Ibn Sina de Rabat entre 2014 et 2015 [15]. De même, au CHU Ibn Rochd de Casablanca, on retrouve aussi une tendance à l'inflation du taux de passage au SUP de Casablanca, par l'enregistrement d'une augmentation de 58% entre 2007 et 2016 [11].

Ainsi, à travers une étude rétrospective sur les enfants hospitalisés aux SUP s'intègre cette étude, qui vise de décrire le profil épidémiologique des enfants hospitalisés au niveau des urgences pédiatriques de l'hôpital mère enfant du CHU Mohammed VI de Marrakech et d'évaluer leur prise en charge, afin de pouvoir fournir des données probantes qui contribuera à améliorer la pratique d'urgence pédiatrique dans notre environnement.



MATÉRIEL & MÉTHODE



I. Cadre d'étude :

1. Architecture :

- ❖ Le service des urgences pédiatriques est composé de deux pôles :
 - Pôle d'admission qui est constitué de :
 - Salle d'attente avec un service d'accueil
 - Trois salles de consultation
 - Salle de consultation spécialisée de pédiatrie
 - Salle de consultation spécialisé de chirurgie
 - Salle de soins
 - Salle de plâtre
 - Salle de gestes rapides
 - Dépôt linge propre
 - Pôle de surveillance et d'hospitalisation de courte durée qui comporte :
 - Salle d'isolement (6 lits)
 - Salle de surveillance de chirurgie (4 lits)
 - Salle d'observation (8 lits)
 - Salle de soins infirmiers
 - Salle de kinésithérapie respiratoire
 - Deux salles de repos des médecins et des infirmiers de gardes
 - Bureau de chef de service
 - Pharmacie

- 2 vestiaires
- Toilettes des patients
- Bureau d’inscription des patients
- Bureau secrétaire du service
- Bureau du major
- Bureau de caisse de l’administration
- Toilette de personnel

2. Personnel :

2.1. Personnel médical :

a. Equipe de pédiatrie :

- Deux professeurs de pédiatrie
 - Pôle d’admission :
- Deux résidents en pédiatrie assurant la garde pendant 24 heures au service des urgences pédiatriques.
- Un médecin généraliste affecté au service des urgences pédiatriques, assurant les consultations de 8h30 à 16h30.
- Deux internes de garde pédiatrie (1 journée et 1 nuit).
 - Pôle d’hospitalisation :
- Trois résidents de pédiatrie affectés au service assurant le travail du 8H30 à 16H30.
- Quatre internes affectés au service assurant le travail de 8H30 à 16H30.

b. Equipe chirurgicale :

- Un résident assurant la garde de 24 heures.
- Un interne assurant une garde de 24 heures aux urgences.

2.2. Personnel paramédical :

- Deux majors et 20 infirmiers travaillant en 4 équipes de 5.

2.3. Personnel médico-technique :

- Une secrétaire médicale
- Deux agents de brancardage
- Deux femmes de charge
- Trois agents de sécurité

II. Type, période et lieu d'étude :

C'est une étude rétrospective, analytique et descriptive portant sur tous les enfants hospitalisés au service des Urgences Pédiatriques du CHU MOHAMMED VI de Marrakech, sur une période de 4 ans allant du 15 mars 2015 au 30 décembre 2018.

III. Critères d'inclusion et d'exclusion :

- Critères d'inclusion :

Ont été inclus tous les enfants des deux sexes, moins de 16 ans, hospitalisés et pris en charge au sein du service des Urgences pédiatriques quel que soit le motif médical d'hospitalisation et durant la période d'étude.

- Critères d'exclusion :

Tous les dossiers incomplets, les enfants consultant pour un motif traumatique ou chirurgical, ainsi que les enfants traités en ambulatoire ou transférés directement vers un autre service de pédiatrie.

IV. Méthode de l'étude :

Cette étude a été élaborée à partir de l'exploitation :

Des dossiers médicaux des hospitalisations au sein du service des Urgences Pédiatriques.

Des fiches de référence des maternités si le nouveau-né a été référé directement après sa naissance, ou bien d'un service de pédiatrie de périphérie avant son transfert.

V. Fiche d'exploitation :

Une fiche d'exploitation a été établie pour chaque patient permettant l'analyse des différents paramètres épidémiologiques, sociodémographiques, cliniques et évolutifs.

La fiche d'exploitation était basée sur des données :

- Générales : date d'admission, résidence, notion de référence (référé ou admis directement aux urgences), moyen de référence, âge, poids et sexe.
- Cliniques : motifs d'hospitalisation, antécédents, diagnostic, et durée d'hospitalisation.
- Évolutives : évolution (sortie, transfert, Décès).



RÉSULTATS



I. Données épidémiologiques :

1. Taux global des hospitalisations :

- Au cours de notre période d'étude allant de mars 2015 à décembre 2018, nous avons pu recueillir 1658 dossiers de patients hospitalisés aux urgences.
- L'effectif des patients hospitalisés était en pic au cours de l'année 2017 avec un pourcentage de 31.5% de la totalité des hospitalisés.

Tableau I : Nombre des patients admis et hospitalisés au service des urgences pédiatriques par an.

Année	Nombre des admissions	Nombre des hospitalisations	Pourcentage des hospitalisations	Nombre des hospitalisations/nombre total des admissions
2015	58768	272	16,5%	0,10%
2016	67771	490	29,5%	0,18%
2017	69376	523	31,5%	1,20%
2018	68064	373	22,5%	0,14%
Total	263979	1658	100%	0,62%

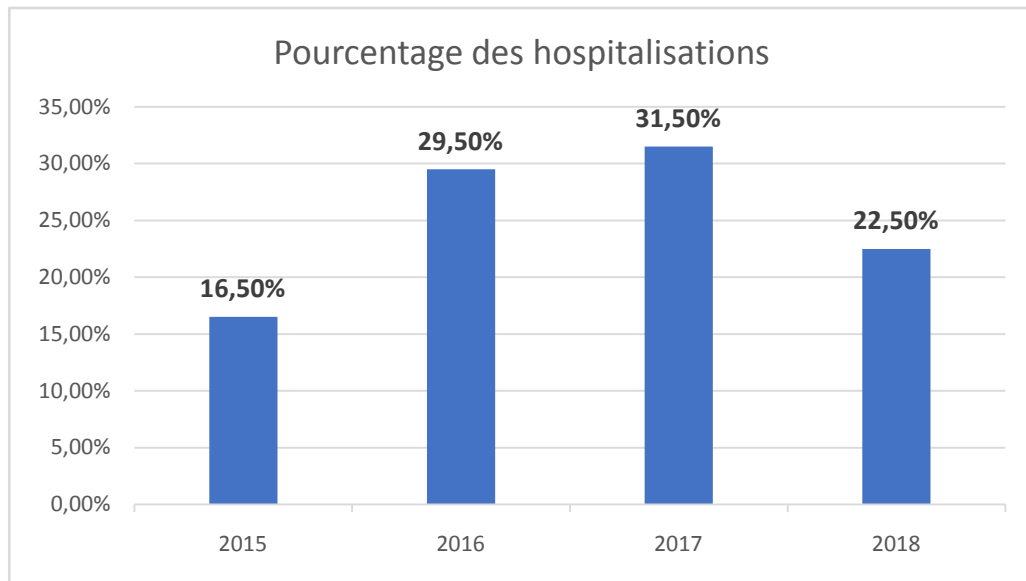


Figure 1 : Pourcentage des patients hospitalisés au service des urgences pédiatriques par an.

2. Répartition selon l'âge :

- Dans notre étude, l'âge moyen était de 2,5 ans avec des extrêmes allant de 0 à 16 ans.
- Les nourrissons ont représenté la tranche d'âge la plus hospitalisée aux urgences pédiatriques, avec un effectif de 625 patients (38%).

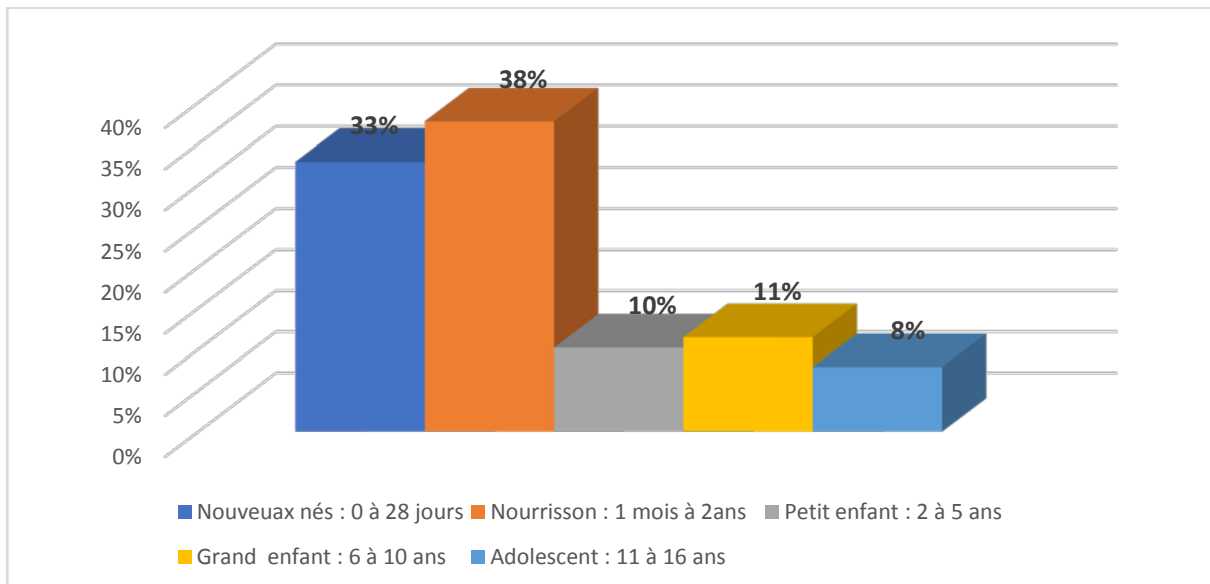


Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

3. Répartition selon le sexe :

- Parmi l'ensemble des patients hospitalisés, le sexe masculin était le plus dominant avec un pourcentage de 57.80% ; soit un sexe ratio de 1,36.

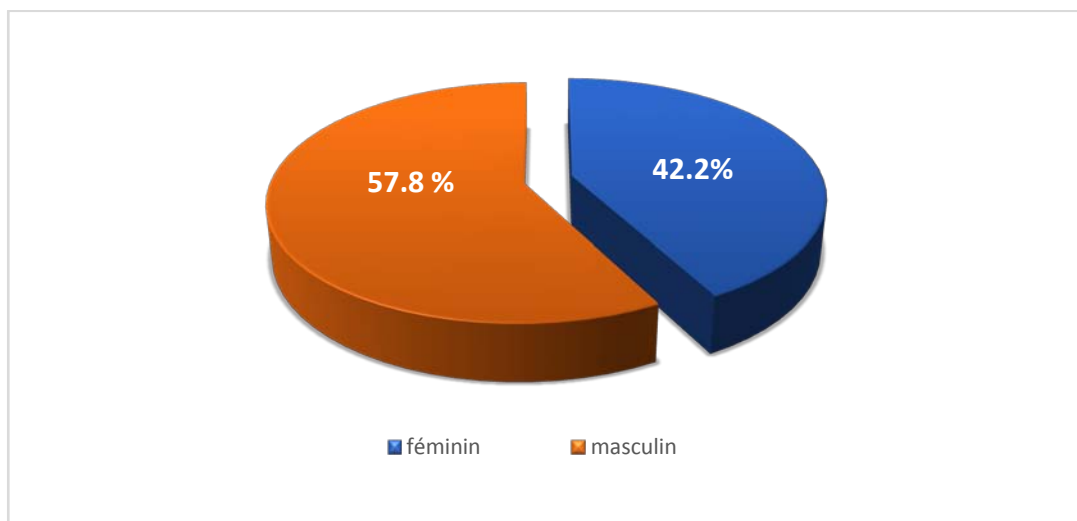


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe.

4. Répartition saisonnière :

- La plupart de nos patients étaient hospitalisés en période d'hiver avec un pourcentage de 30%.

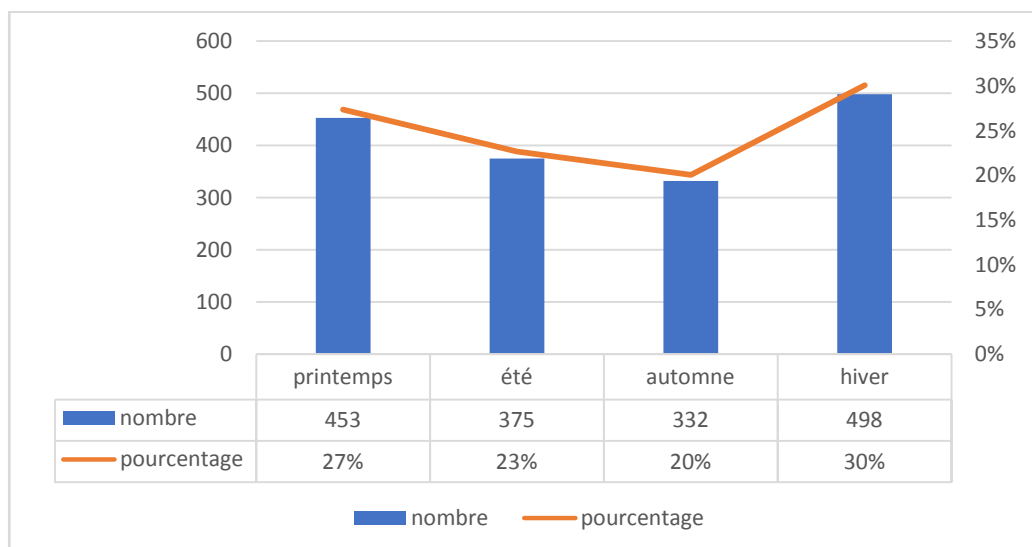


Figure 4 : Répartition des patients selon les saisons.

5. Origine géographique :

- La majorité de nos patients provenaient de la région de Marrakech-Safi, avec un pourcentage de 88,8%, suivie par la région de Drâa-Tafilalet avec 4,30%.

Tableau II : Nombre des patients hospitalisés au service des urgences pédiatriques selon l'origine géographique.

Région	Nombre	Pourcentage
Marrakech-Safi	1375	88.8%
Drâa-Tafilalt	67	4.30%
Béni Mellal-Kénifra	60	3.87%
Souss-Massa	25	1,61%
Laâyoune-Sakia EL Hamra	07	0,45%
Casablanca-Settat	06	0,40%
Tanger-Tétouan-El Hoceima	03	0,19%
Guelmim-Oued Noun	03	0,19%
Rabat-Salé-Kenitra	02	0,13%
Dakhlaa-Oued Ed Dahab	01	0,06%

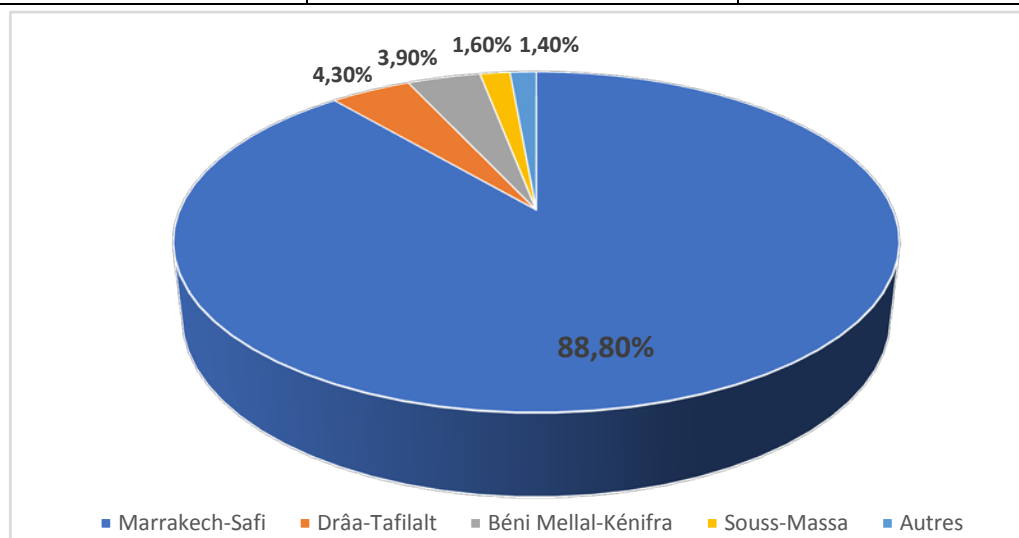


Figure 5 : Répartition des patients selon la région.

6. Origine de référence :

- Trois-quarts de nos patients (75,27%) venaient consulter sans référence, avec leurs parents ou un membre de la famille.
- Seulement 2,17% des patients sont référés à partir d'une maison d'accouchement.
- Alors que 22,56% des patients référés ont consulté pour la même symptomatologie :
 - Dans une autre structure sanitaire :
 - Centre de santé (3,32%),
 - Hôpital provincial (4,53%)
 - Après d'un autre médecin :
 - Généraliste privé (8,87%)
 - Pédiatre privé (4,58%)
 - Après d'autres professionnels paramédicaux (1,26%),

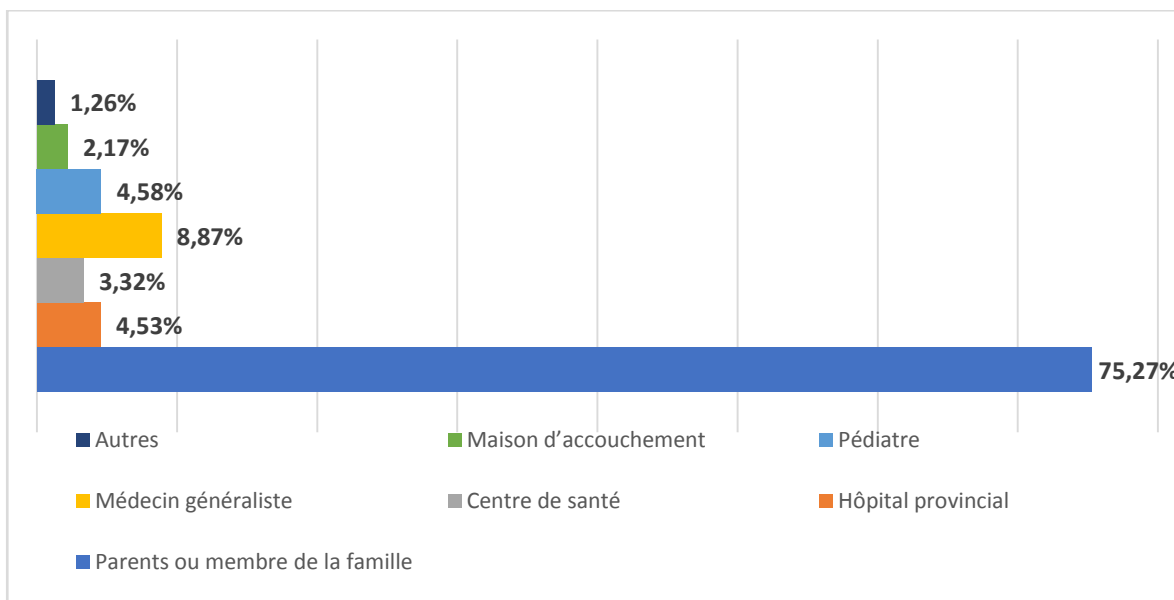


Figure 6 : Répartition des patients selon l'origine de référence.

7. Moyens de référence :

- La plupart des patients (85.70%) venaient par leurs propres moyens de transport.
- Alors que 13.4% étaient référés par une ambulance et 0.9% par le SAMU.

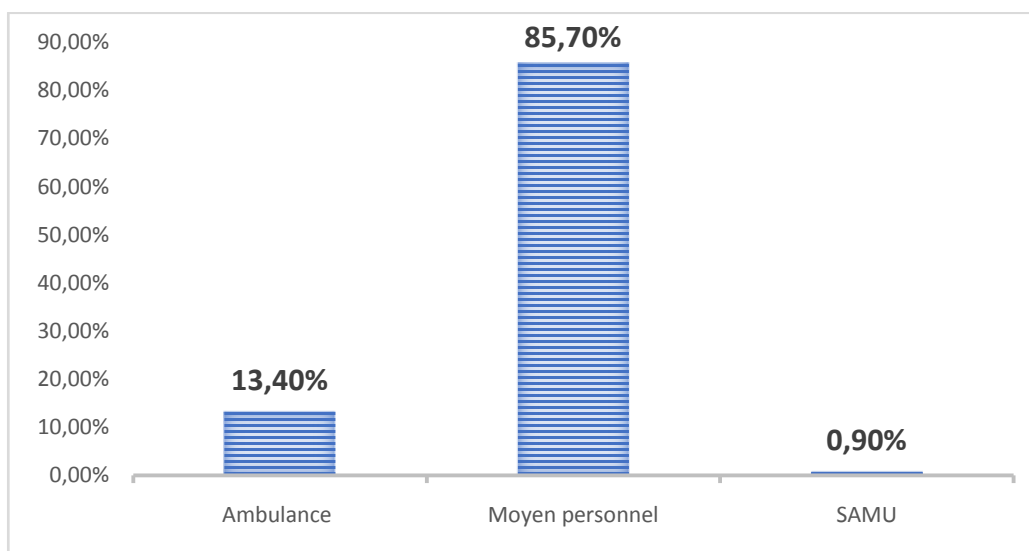


Figure 7 : Répartition des patients selon le moyen de référence.

II. Les antécédents :

- Près de deux tiers (65%) ne présentaient aucun antécédent.

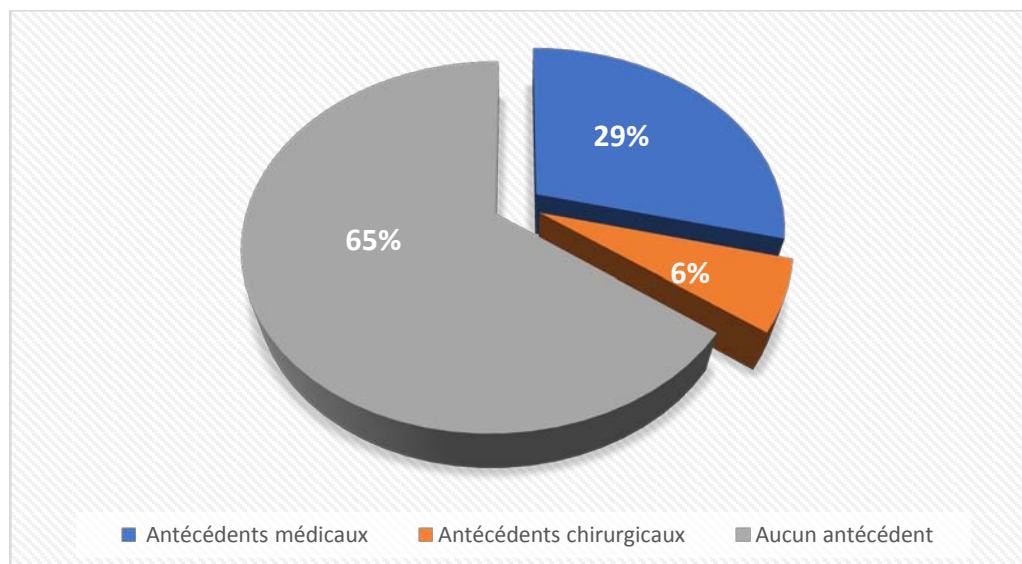


Figure 8 : Répartition des patients selon les antécédents.

1. Les antécédents médicaux :

La prématurité était l'antécédent médical le plus fréquent (13,55%), suivie par les antécédents neurologiques (12,5%), et pulmonaires (7,75%).

Tableau III : Répartition des antécédents médicaux chez nos patients.

Antécédents médicaux		Nombre	Pourcentage
Nouveau-né	Prématurité	65	13,55%
	Asphyxie périnatale	40	8,35%
	Détresse respiratoire néonatale	10	2%
	Infection néonatale	14	3%
	Ictère néonatal	12	2,5%
Pathologie neurologique		60	12,5%
Pathologie pulmonaire	Pneumonie	30	6,25%
	Asthme	7	1,5%
Pathologie urogénitale	Infection urinaire	26	5,45%
	Néphropathie	16	3,35%
Pathologie ORL		23	4,75%
Pathologie hématologique		16	3,35%
Pathologie digestive		20	4,15%
Pathologie endocrinologique		8	1,65%
Pathologie dermatologique		9	1,85%
Pathologie génétique		22	4,6%
Syndrome polymalformatif		17	3,55%
Cardiopathie congénitale		60	12,5%
Pathologie immunologique		10	2%
Pathologie rhumatologique		8	1,65%
Intoxications		7	1,5%
Total		480	100%

2. Les antécédents chirurgicaux :

- Les antécédents chirurgicaux les plus fréquents étaient représentés par les malformations chez 51 patients.

Tableau IV : Répartition des antécédents chirurgicaux chez nos patients.

Antécédents chirurgicaux		Nombre	Pourcentage
Malformations	Cardiopathie congénitale opérée	18	17,5%
	Spina bifida	17	16,5%
	Uropathie malformative	10	10%
	Atrésie de l'œsophage	2	1,95%
	Atrésie des voies biliaires	1	0,95%
	Pied-bot	1	0,95%
	Fente palatine	1	0,95%
	Prolapsus rectal	1	0,95%
	Total	51	49,75%
Pathologie neurochirurgicale		8	7,75%
Pathologie digestive		20	19,5%
Traumatisme		5	5%
Tumeur		9	9%
Otorhinolaryngologie		4	4%
Autre		5	5%
Total		102	100%

III. Motifs d'hospitalisation :

1. Type d'urgence :

- La majorité des urgences recueillies dans notre service était de type médical avec un pourcentage de 90%.

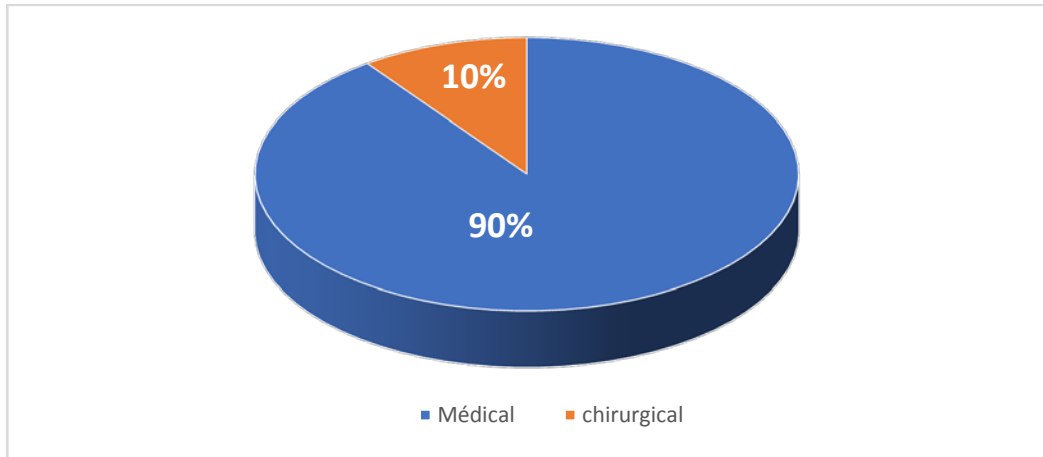


Figure 9 : Répartition des patients selon le type d'urgence.

2. Motifs de consultation :

- Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient d'origine cardiorespiratoire retrouvés chez 34,3%, suivis par les symptômes digestifs (13,3%).
- La fièvre était associée aux différents symptômes chez 356 (21,5%).

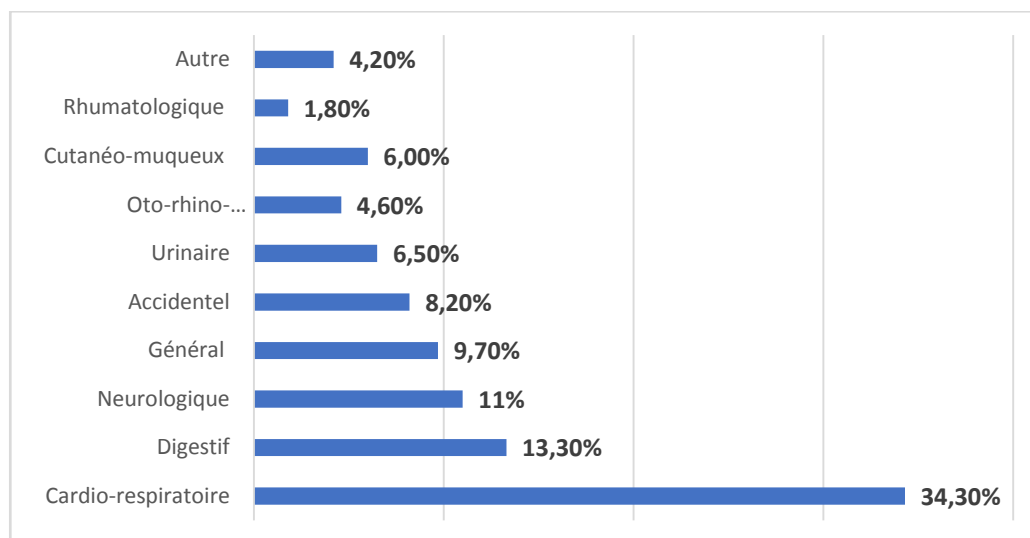


Figure 10 : Répartition des patients selon les motifs d'hospitalisation.

2.1. Les motifs cardio-respiratoires :

Les motifs cardio-respiratoires représentaient 34,3% des symptômes et étaient répartis en :

- Détresse respiratoire néonatale (37%).
- Détresse respiratoire chez les enfants de plus de 28 jours (29%).
- Cyanose (12%).
- Toux (11%).
- Dyspnée (7%).
- Douleur thoracique (4%).

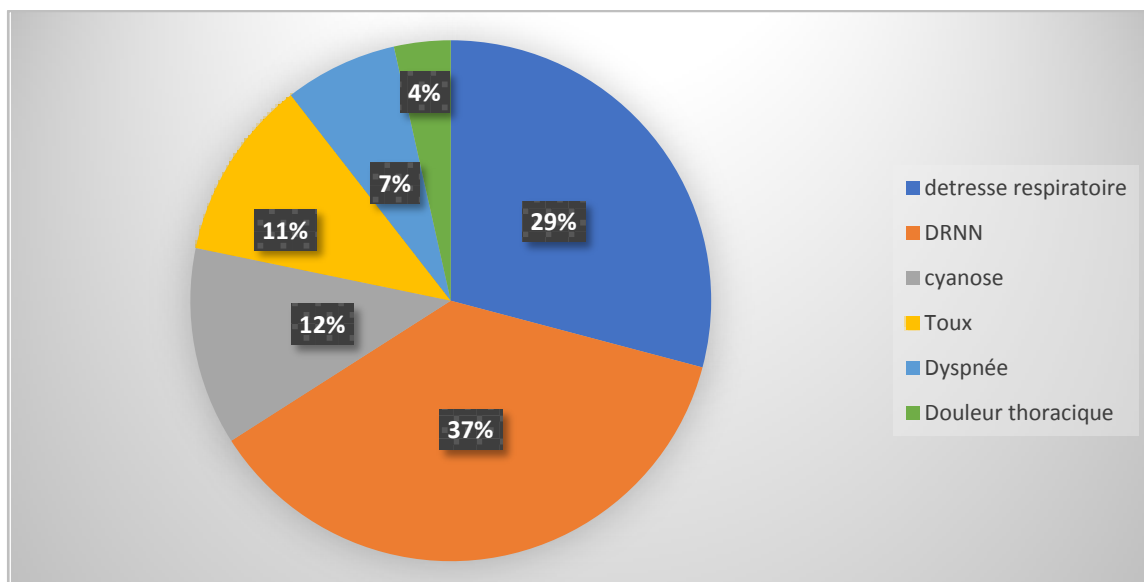


Figure 11 : Détail des motifs de consultation cardio-respiratoire.

2.2. Les motifs digestifs :

Les motifs digestifs représentaient 13,3% des symptômes et étaient répartis en :

- Diarrhée et /ou vomissement (48%).
- Douleur abdominale (34%).
- Distension abdominale (12%).
- Masse abdominale (4%).
- Dysphagie (2%).

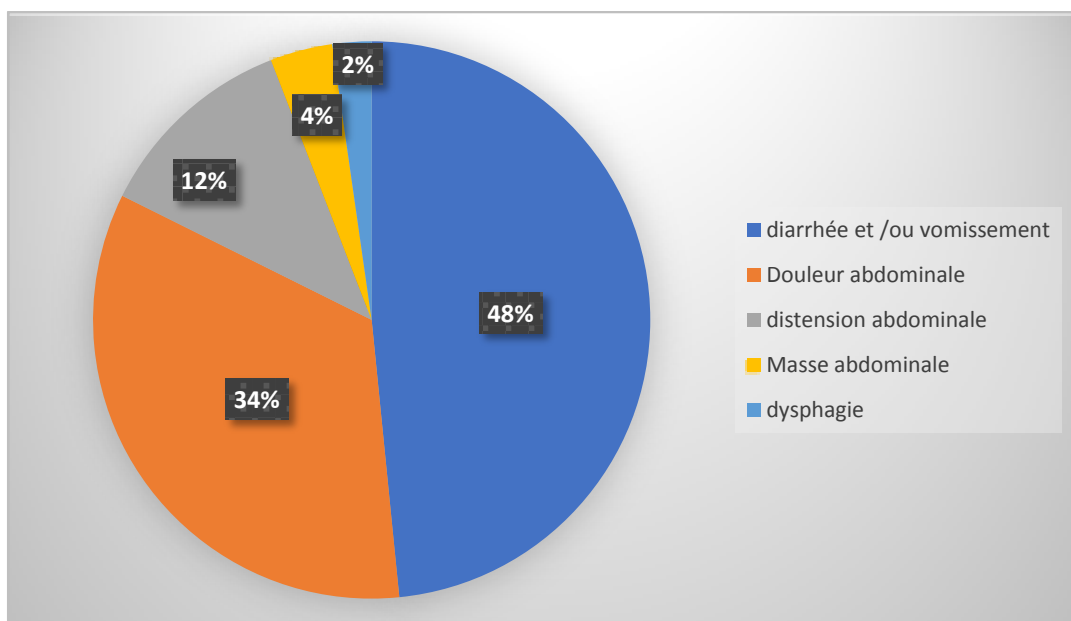


Figure 12 : Détail des motifs de consultation digestive.

2.3. Les motifs neurologiques :

Les motifs neurologiques représentaient 11% des symptômes et étaient répartis en :

- Convulsions (41%).
- Syndrome méningé (11%).
- Hypotonie (13%).
- Céphalée (8%).
- Troubles de conscience (8%).
- Troubles de comportement (3%).
- Souffrance néonatale (11%).
- Crises de pleurs (5%).

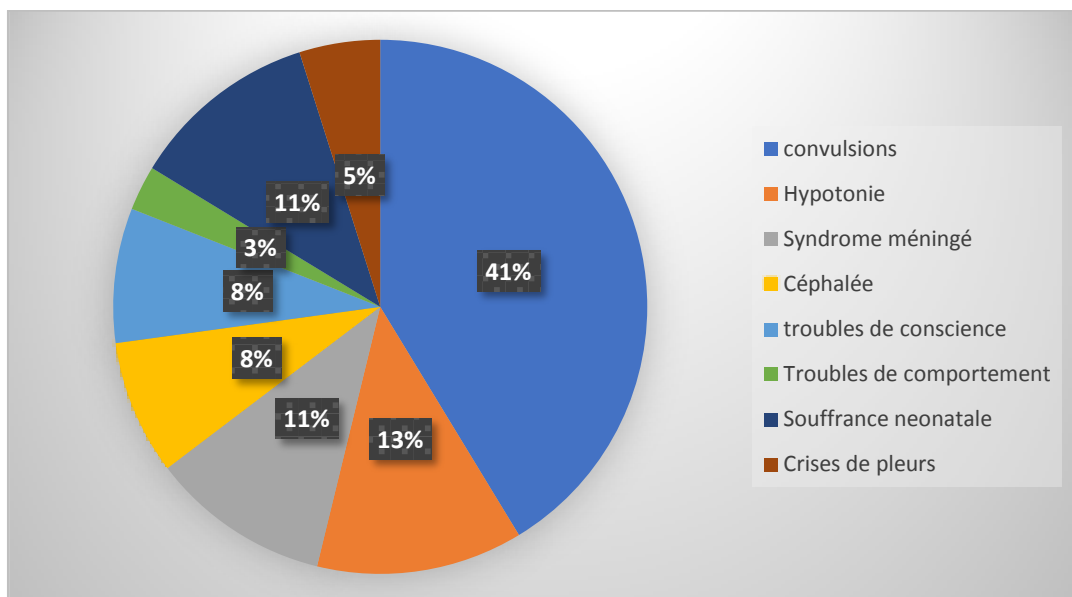


Figure 13 : Détail des motifs de consultation neurologique.

2.4. Les motifs de consultation générale :

Les signes généraux représentaient 9,7% des symptômes et étaient répartis en :

- Fièvre isolée (24%).
- Fatigabilité ou refus de tétée (22%).
- Syndrome œdémateux (19%).
- Déshydratation (13%).
- Adénopathie (5%).
- Altération de l'état général (5%).
- Syndrome cardinal (3%).
- Torticolis (6%).
- Hypothermie (3%).

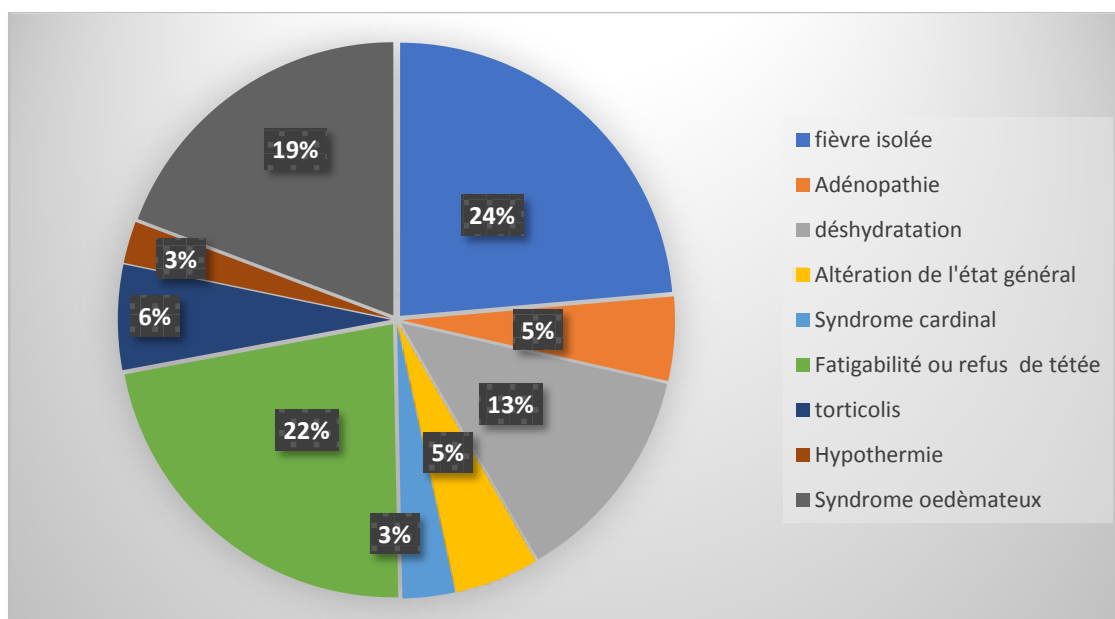


Figure 14 : Détail des motifs de consultation générale.

2.5. Les motifs de consultation accidentelle :

Les motifs accidentels représentaient 8,2% des symptômes et étaient répartis en :

- Intoxications (34%).
- Ingestion ou inhalation de corp étranger (27%).
- Brûlure (4%).
- Electrocutation (2%).
- Piqûres de scorpion (1%).
- Piqûres d'insecte (1%).
- Traumatismes (31%).

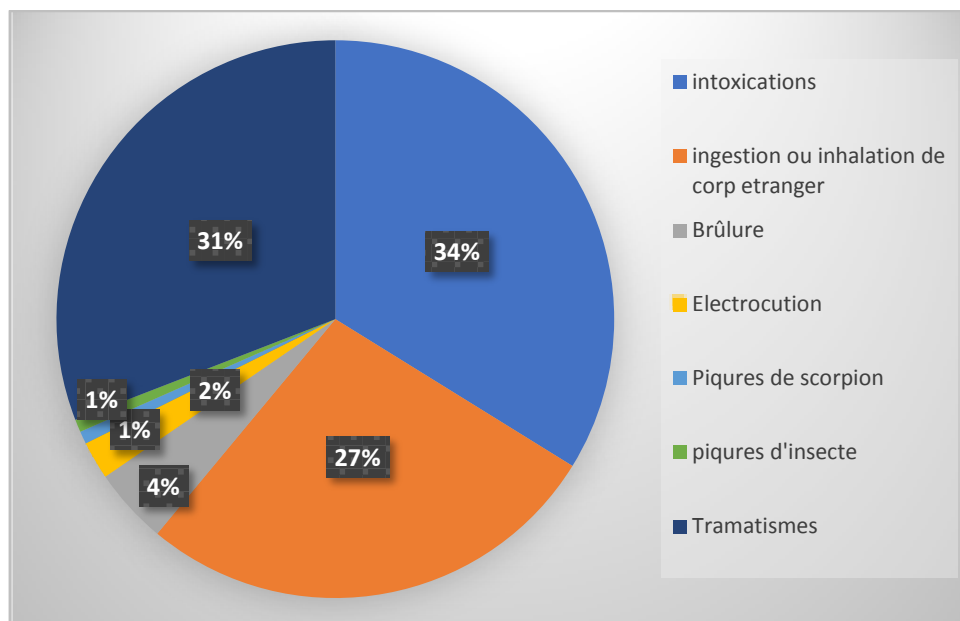


Figure 15 : Détail des motifs de consultation accidentelle.

2.6. Les motifs urogénitaux :

Les motifs urogénitaux représentaient 6,5% des symptômes et étaient répartis en :

- Brûlures mictionnelles (39%).
- Oligo anurie (17%).
- Syndrome néphrotique (16%).
- Hématurie (10%).
- Coliques néphrétiques (14%).
- Douleurs testiculaires (4%).

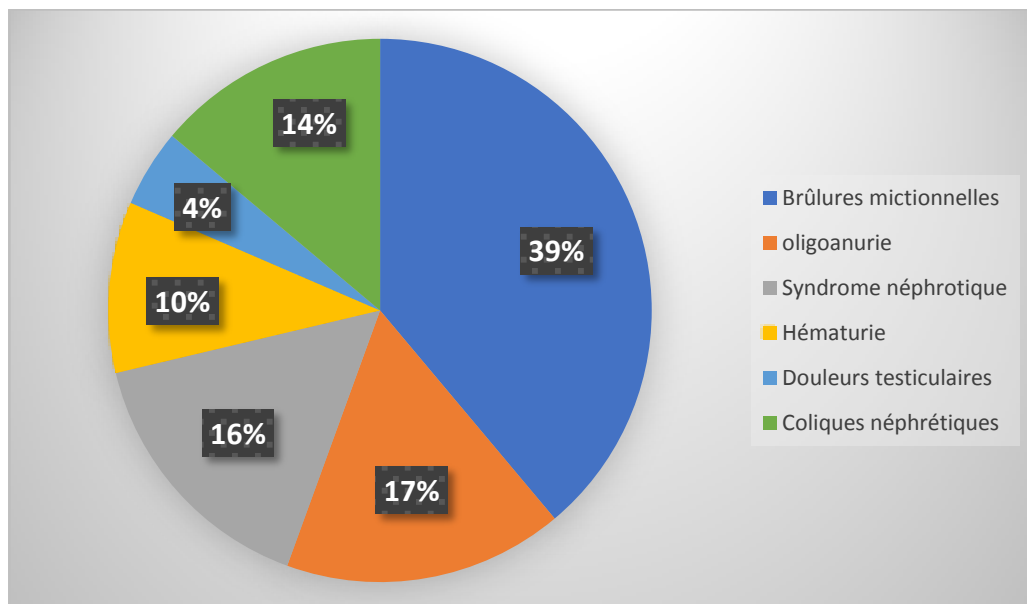


Figure 16 : Détail des motifs de consultation uro-génitale.

2.7. Les motifs cutané-muqueux :

Les motifs cutané-muqueux représentaient 6% des symptômes et étaient répartis en :

- Ictère (62%).
- Pâleur cutané-muqueuse (13%).
- Eruption cutanée (14%).
- Marbrure cutanée (6%).
- Purpura (5%).

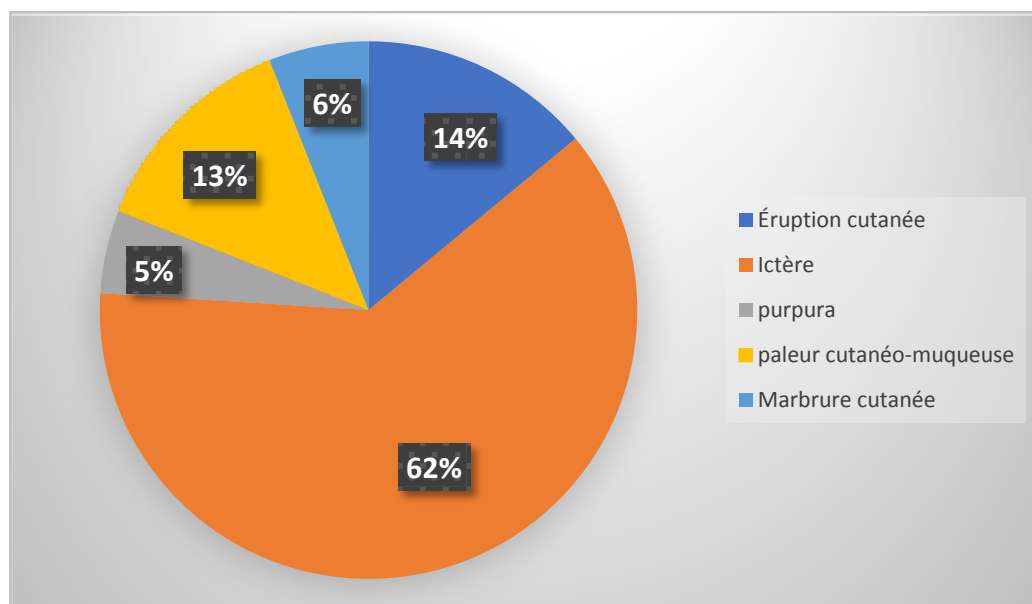


Figure 17 : Détail des motifs cutané-muqueux.

2.8. Les motifs de consultation oto-rhino-laryngologique :

Les motifs oto-rhino-laryngologiques représentaient 4,6% des symptômes et étaient répartis en :

- Tuméfaction cervico-faciale (78%).
- Rhinorrhée (12%).
- Otagie (10%).

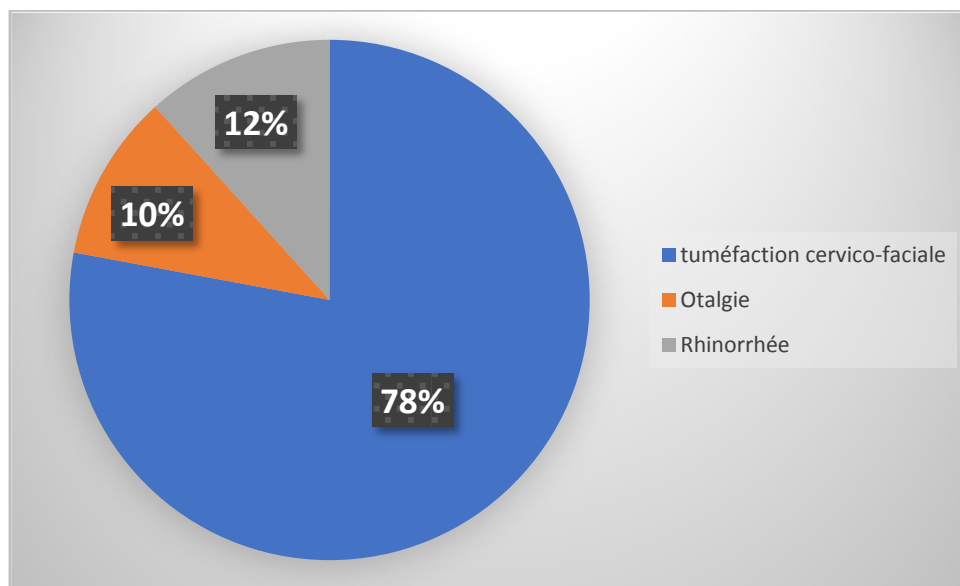


Figure 18 : Détail des motifs de consultation oto-rhino-laryngologique.

IV. Traitement reçu avant la consultation :

- La majorité de nos patients (86,50%) n'ont pas reçu de traitement avant leurs hospitalisations.
- Un traitement médical a été pris par 10,91% des patients, tandis que 2,41% des patients ont reçu un traitement traditionnel.

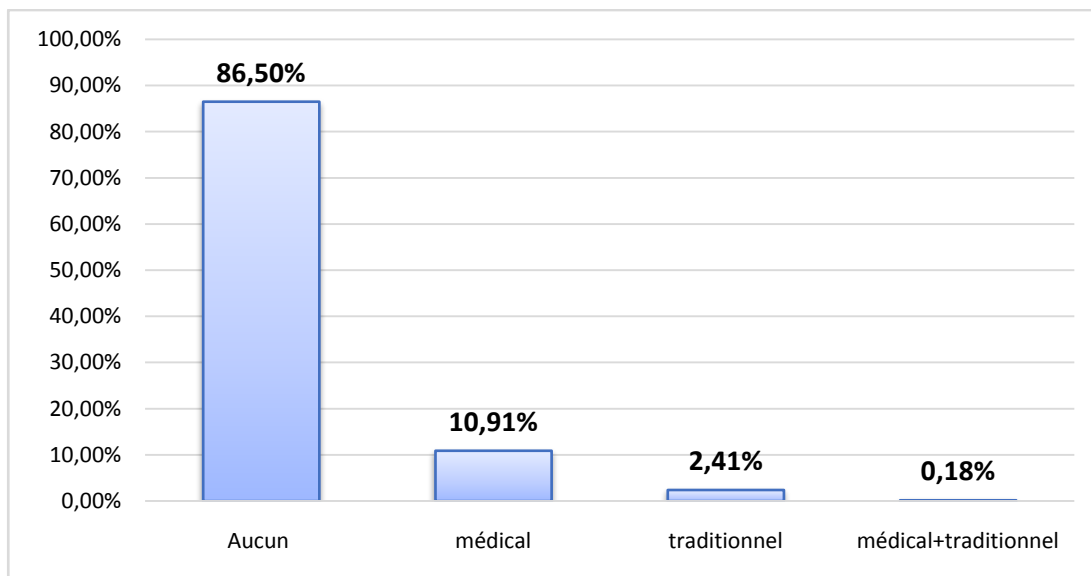


Figure 19 : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'hospitalisation.

Tableau V : Représentation des classes médicamenteuses les plus utilisées avant l'hospitalisation.

Médicaments	Nombre de patient
Antibiotique	42
Anticonvulsivant et/ou Antiépileptique	35
Corticoïde	18
Diurétique	13
Anti-inflammatoire non stéroïdien	9
Antipyrétique	9
Nébulisation salbutamol	5
Vitamine k	5
Chimiothérapie	4
Immunosuppresseur	4
Autre	41

A noter que 43 enfants (2,59%) ont reçus un traitement traditionnel avant leurs hospitalisations aux SUP.

V. Diagnostic retenu :

Les pathologies des enfants de plus d'un mois ont constitué 67,2% de l'ensemble des diagnostics retenus.

Les pathologies respiratoires étaient les plus fréquentes pour cette tranche d'âge et ont représenté 19,5%.

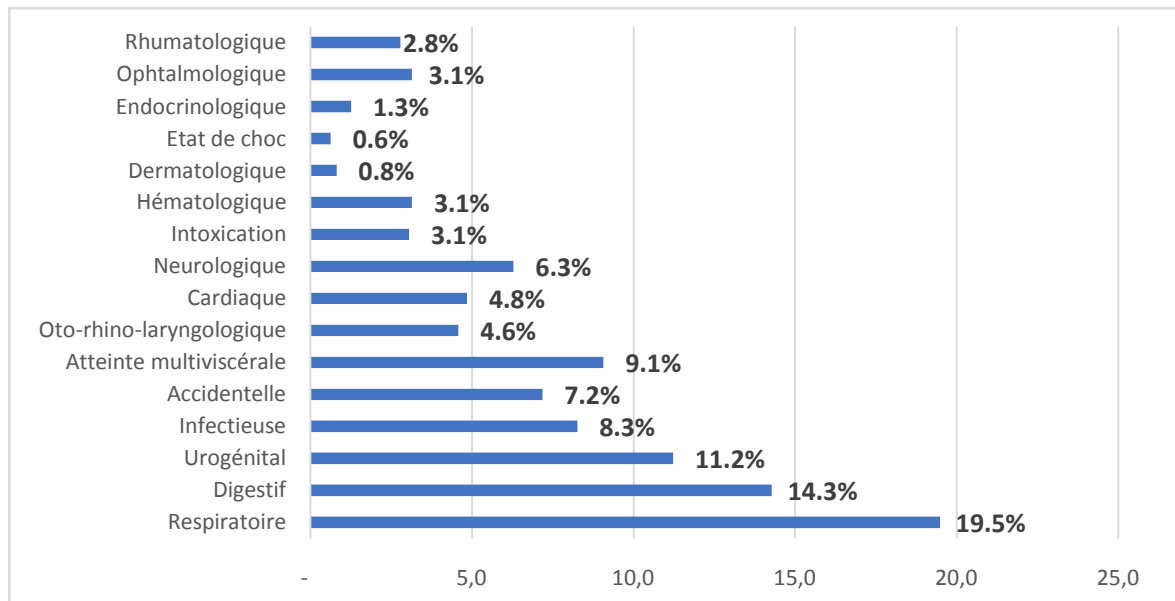


Figure 20 : Récapitulatif des différents diagnostics finaux par système chez les enfants de plus d'un mois.

1. Diagnostic final chez les nouveaux nés :

Les pathologies des nouveau-nés ont constitué 32,8% de l'ensemble des diagnostics retenus.

L'infection néonatale a représenté la première cause d'hospitalisation des nouveau-nés (49,45%), suivie de la prématurité (15,63%).

Tableau VI : Diagnostic final chez les nouveaux nés.

Diagnostic finale chez les nouveaux nés		Nombre	Pourcentage
Infection néonatale (INN)	INN respiratoire	156	28,68%
	INN systémique	51	9,38%
	Méningite néonatale	25	4,60%
	Infection urinaire	37	6,80%
	Total	269	49,45%
	Prématurité	85	15,63%
	Atteinte multiviscérale	27	4,96%
	Asphyxie périnatale	31	7,54%
Ictère néonatal	Ictère physiologique	16	2,94%
	Ictère infectieux	9	1,65%
	Ictère par Incompatibilité fœto-maternelle ABO ou rhésus	5	0,92%
	Ictère par hypothyroïdie	2	0,37%
	Total	32	5,88%
	Cardiopathie congénitale	12	2,21%
	Etat de choc	7	1,29%
	Intoxication au ferraga	16	2,94%
	Insuffisance rénale	4	0,74%
	Atteinte dermatologique	2	0,37%
	Pathologie endocrinologique	2	0,37%
	Hématologique	8	1,47%
	Infection oculaire	2	0,37%
Pulmonaire	Coqueluche	10	1,84%
	Bronchiolite virale	8	1,47%
	Autre	4	0,74%
	Total	22	4,04%
Malformations	Spina bifida	8	1,47%
	Atrésie de l'œsophage	1	0,18%
	Atrésie des voies biliaires	1	0,18%
	Hernie diaphragmatique	1	0,18%
	Syndrome polymalformatif	4	0,74%
	Total	15	2,76%
Total		544	100%

2. Diagnostic final chez les nourrissons :

Les pathologies respiratoires (30,4%) étaient les affections les plus fréquentes chez les nourrissons, en particulier les pneumonies (13,76%) et les bronchiolites virales (11,68%).

Tableau VII : Diagnostic final chez les nourrissons.

Diagnostic final chez les nourrissons		Nombre	Pourcentage
Respiratoire	Pneumonie	86	13,76%
	Bronchiolite virale	73	11,68%
	Coqueluche	13	2,08%
	Asthme	3	0,48%
	Laryngite	4	0,64%
	Autre	11	1,76%
	Total	190	30,4%
Digestif	Gastroentérite	45	7,20%
	Autre	30	4,80%
	Total	75	12%
Urogénital	Infection urinaire	51	8,16%
	Syndrome néphrotique	4	0,64%
	Insuffisance rénale	3	0,48%
	Totale	58	9,28%
Infectieux	Méningite	24	3,84%
	Autre	27	4,32%
	Total	51	8,16%
Intoxication	Intoxication au ferraga	21	3,36%
	Intoxication alimentaire	2	0,32%
	Intoxication par ingestion de produit caustique	2	0,32%

Profil épidémiologique des malades hospitalisés aux urgences pédiatriques

	Intoxication médicamenteuse	2	0,32%
	Total	27	4,32%
Cardiaque	Cardiopathie congénitale	40	6,40%
Accidentel	Ingestion de corps étrangers	15	2,40%
	Fracture traumatique	9	1,44%
	Brûlure	2	0,32%
	Electrocution	1	0,16%
	Total	27	4,32%
Ophtalmologique		22	3,52%
Atteinte multiviscérale		67	10,72%
Neurologique		24	3,84%
Oto-rhino-laryngologique		17	2,72%
Hématologique		12	1,92%
Endocrinologique		6	0,96%
Etat de choc		4	0,64%
Dermatologique		3	0,48%
Rhumatologique		2	0,32%
Total		625	100%

3. Diagnostic final chez les petits enfants de 2 à 5 ans :

Parmi les enfants âgés de 2 à 5 ans, les pathologies prédominantes étaient d'origine urogénitale (16,57%), notamment les infections urinaires (8,28%), suivies des maladies infectieuses (14,20%).

Tableau VIII : Diagnostic final chez les petits enfants de 2 à 5 ans.

Diagnostic final chez les petits enfants de 2 à 5 ans		Nombre	Pourcentage
Urogénital	Infection urinaire	14	8,28%
	Syndrome néphrotique	12	7,10%
	Néphroblastome	2	1,18%
	Total	28	16,57%
Infection	Méningite	8	4,73%
	Torticolis fébrile	5	2,96%
	Autre	11	6,51%
	Total	24	14,20%
Pathologie accidentelle	Ingestion de corp étranger	7	4,14%
	Fracture traumatique	7	4,14%
	Electrocution	1	0,59%
	Total	15	8,88%
Intoxication	Intoxication médicamente	3	1,78%
	Intoxication par ingestion de produit caustique	2	1,18%
	Total	5	2,96%
Digestif	Gastroentérite	6	3,55%
	Autre	7	4,14%
	Total	13	7,69%

Profil épidémiologique des malades hospitalisés aux urgences pédiatriques

Pulmonaire	Pneumonie	10	5,92%
	Autre	3	1,78%
	Total	13	7,69%
Neurologique		23	13,61%
Atteinte multiviscérale		14	8,28%
Oto-rhino-laryngologique		13	7,69%
Hématologique		9	5,33%
Rhumatologique		5	2,96%
Endocrinologique		4	2,37%
Ophtalmologique		1	0,59%
Dermatologique		1	0,59%
Etat de choc		1	0,59%
Total		169	100%

4. Diagnostic final chez les grands enfants de 6 à 10 ans :

Chez les enfants âgés de 6 à 10 ans, les pathologies prédominantes étaient d'origine digestive (19,47%), en particulier les gastroentérites (11,58%), suivies des affections urogénitales (13,68%) et des causes accidentelles (10%).

Tableau IX : Diagnostic final chez des grand enfants de 6 à 10 ans.

Diagnostic final chez les grands enfants de 6 à 10 ans		Nombre	Pourcentage
Digestif	Gastroentérite	22	11,58%
	Appendicite	6	3,16%
	Autre	9	4,74%
	Total	37	19,47%
Urogénital	Infection urinaire	18	9,47%
	Syndrome néphrotique	8	4,21%
	Total	26	13,68%
Infectieux	Méningite	9	4,74%
	Adénite aigue	4	2,11%
	Total	13	6,84%
Accidentel	Ingestion de corps étrangers	7	3,68%
	Fracture traumatique	8	4,21%
	Brûlure	4	2,11%
	Total	19	10,00%
Respiratoire	Pneumonie	8	4,21%
Cardiaque		12	6,32%
Ophtalmologique		7	3,68%
Neurologique		15	7,89%
Rhumatologique		13	6,84%

Profil épidémiologique des malades hospitalisés aux urgences pédiatriques

Atteinte multiviscérale	10	5,26%
Oto-rhino-laryngologique	14	7,37%
Hématologique	7	3,68%
Intoxication aux plantes	2	1,05%
Endocrinologique	3	1,58%
Dermatologique	2	1,05%
Etat de choc	2	1,05%
Total	190	100%

5. Diagnostic final chez les adolescents :

Chez les adolescents, les pathologies prédominantes étaient d'origine digestive (26,15%), notamment les gastroentérites (15,38%), suivies des causes accidentelles (14,62%) et urogénitales (10%).

Tableau X : Diagnostic final chez les adolescents :

Diagnostic final chez les adolescents		Nombre	Pourcentage
Digestif	Gastroentérite	20	15,38%
	Appendicite	4	3,08%
	Autre	10	7,69%
	Total	34	26,15%
Urogénital	Infection urinaire	10	7,69%
	Syndrome néphrotique	3	2,31%
	Total	13	10,00%
Infectieux	Méningite	3	2,31%
	Herpès bucco-génitale	1	0,77%
	Total	4	3,08%
Accidentel	Ingestion de corps étrangers	7	5,38%
	Fracture traumatique	10	7,69%
	Piqûre de scorpion	1	10,77%
	Electrocution	1	0,77%
	Total	19	14,62%
Respiratoire	Pneumonie	4	3,08%
	Pleurésie	2	1,54%
	Total	6	4,62%
	Cardiaque	2	1,54%

Profil épidémiologique des malades hospitalisés aux urgences pédiatriques

Ophtalmologique	5	3,85%
Neurologique	8	6,15%
Rhumatologique	11	8,46%
Atteinte multiviscérale	10	7,69%
Oto-rhino-laryngologique	7	5,38%
Hématologique	7	5,38%
Endocrinologique	1	0,77%
Dermatologique	3	2,31%
Total	130	100%

VI. Durée d'hospitalisation :

- La durée d'hospitalisation variait d'un à 28 jours, avec une moyenne de 4 jours.
- Plus des deux tiers des patients (64.75%) étaient hospitalisés pendant une durée de plus de 48H.

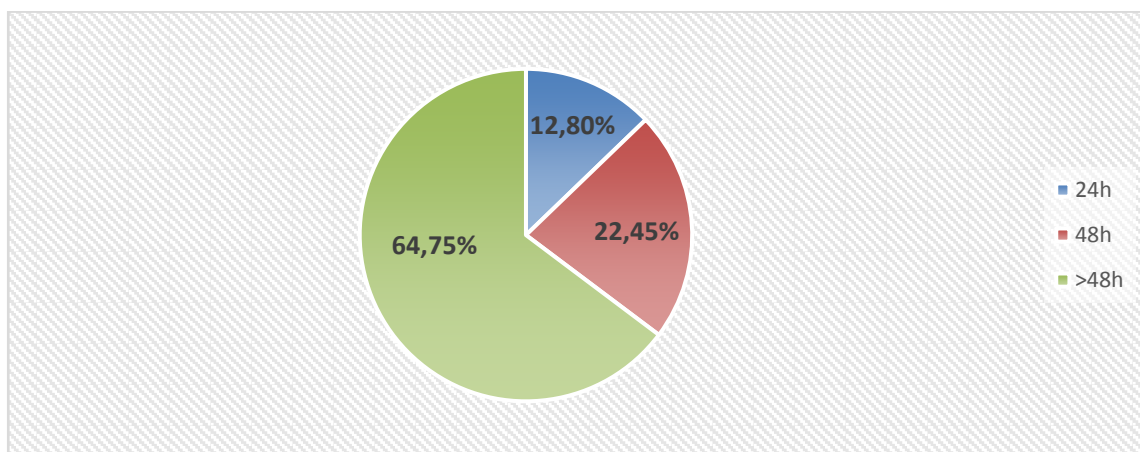


Figure 21 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

VII. Evolution :

L'évolution de la plupart de nos patients était favorable chez 81%, alors que les décès représentaient 7,5%.

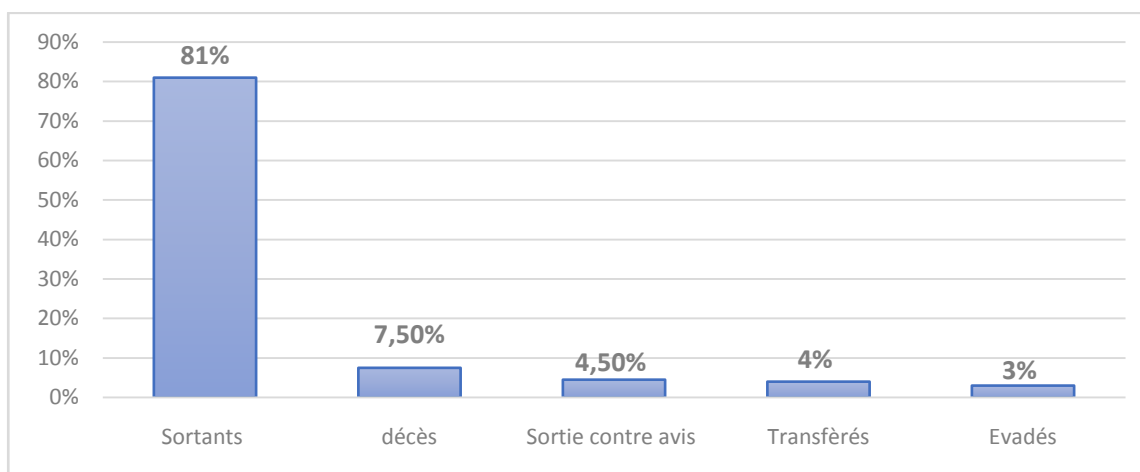


Figure 22 : Répartition des patients selon l'évolution.

VIII. Caractéristiques des décès :

Le nombre total des décès était de 124, soit un taux de 7,5%.

Dans notre étude, la mortalité est particulièrement élevée chez les enfants de moins de 5 ans, atteignant un taux de (93,5%).

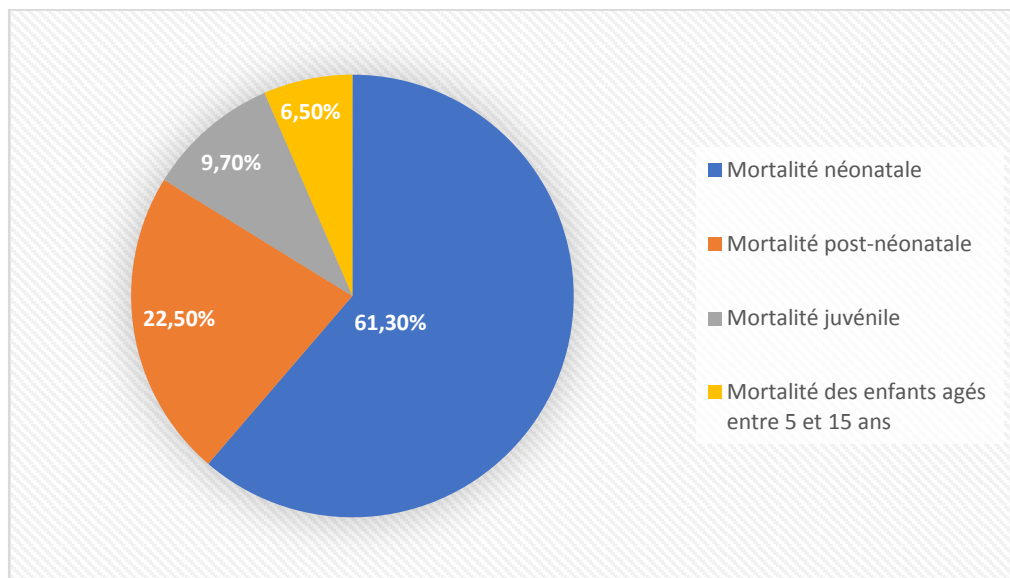


Figure 23 : Répartition de nombre de décès selon la tranche d'âge.

1. Causes de mortalité néonatale (MNN) :

Les étiologies de la mortalité néonatale les plus fréquentes étaient :

- La prématurité (32,9%).
- Les infections néonatales (31,6%).

Tableau XI : Causes de décès chez les nouveaux nés.

Cause de décès	Nombre de décès	Nombre de décès /MNN= 76	Nombre de décès / mortalité pédiatrique (MP)= 124
Prématurité	25	32,9%	20,2%
Infection néonatale	24	31,6%	19,4%
Atteinte multiviscérale	10	13,2%	8,1%
Pathologie neurologique	7	9,2%	5,6%
Etat de choc	3	3,9%	2,4%
Insuffisance rénale	3	3,9%	2,4%
Intoxication au ferraga	2	2,6%	1,6%
Pathologie digestive	2	2,6%	1,6%
Total	76	100%	61,3%

2. Causes de la mortalité post-néonatale (MPN) :

Les causes du décès étaient prédominées par la pathologie infectieuse (32%) notamment les pneumonies (14,3%), suivies des malformations (21,4%), et les cardiopathies (21,4%).

Tableau XII : Causes de décès post-néonatal.

Cause de décès		Nombre de décès	Nombre de décès /MPN=28	Nombre de décès /MP= 124
Cause infectieuse	Méningite	3	10,70%	2,40%
	Pneumonie	4	14,30%	3,20%
	Cellulite orbitaire	2	7,10%	1,60%
Malformation		6	21,40%	4,80%
Cardiopathie		6	21,40%	4,80%
Atteinte multiviscérale		5	17,90%	4%
Intoxication au ferraga		1	3,60%	0,80%
Syndrome d'insuffisance médullaire		1	3,60%	0,80%
Total		28	100%	22,50%

3. Causes de la mortalité juvénile :

Les causes du décès étaient dominées dans cette tranche d'âge par la pathologie infectieuse (66%).

Tableau XIII : Causes de décès juvénile.

Cause de décès		Nombre de décès	Nombre de décès / mortalité Juvénile = 12	Nombre de décès /MP= 124
Cause infectieuse	Pneumonie	3	25,00%	1,6%
	Méningite	3	25,00%	1,6%
	Bronchiolite virale	2	16,80%	0,8%
Atteinte multiviscérale		1	8,30%	0,8%
Cardiopathie congénital		1	8,30%	0,8%
Malformation		1	8,30%	0,8%
Néphroblastome		1	8,30%	0,8%
Total		12	100%	9,70%

4. Causes de la mortalité des enfants âgés entre 5 et 15 ans :

Les principales causes mortelles pour cette période d'âge étaient les pathologies cancéreuses (37,5%).

Tableau XIV : Cause de décès chez l'enfant de 5 à 15 ans.

Cause de décès		Nombre de décès	Nombre /Mortalité des 5 à 15 ans N = 8	Nombre/MP N=124
Néoplasie	Tumeur	1	12,5%	0,80%
	Hémopathie maligne	2	25%	1,61%
Pneumonie		2	25%	1,61%
Cardiopathie		1	12,5%	0,80%
Varicelle nécrotique		1	12,5%	0,80%
Etat de choc		1	12,5%	0,80%
Total		8	9,83%	6,5%



DISCUSSION



I. Généralités :

1. Santé au Maroc :[16-19].

Le discours sur la santé au Maroc présente une double facette. D'un côté, l'analyse des indicateurs sanitaires montre une progression significative en ce qui concerne l'extension de la couverture sanitaire et une diminution de la mortalité infantile et juvénile. D'un autre côté, persiste une disparité en matière de santé entre les différentes régions du pays, ainsi que des insuffisances notables en termes de qualité des soins.

En 2021, le pourcentage du budget total du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par rapport au budget total de l'État était de 6,53%. Les dépenses annuelles moyennes de santé par habitant sont passées de 1002 dirhams en 2006 à 1730 dirhams en 2018. La proportion de la population bénéficiant d'une couverture médicale est passée de 25% en 2006 à 64% en 2018.

Cependant, malgré ces avancées, il est important de noter que le Maroc dispose d'un lit d'hôpital pour seulement 1375 habitants, ce qui met en évidence un besoin pressant en matière de ressources humaines et d'équipements médicaux équitablement répartis sur le territoire.

Le système de santé Marocain est classé au 7^{ème} rang en Afrique, au 10^{ème} rang dans le monde arabe et au 91^{ème} rang mondial. Le Maroc se trouve en retrait par rapport à des pays tels que la Tunisie, la Jordanie, le Kenya, le Nigeria, l'Égypte et plusieurs autres en termes de performance. Bien que des problèmes subsistent, notamment en matière d'efficacité, le Maroc a réussi à éradiquer complètement certaines maladies transmissibles telles que la polio, le paludisme, la diphtérie, le choléra, ce qui témoigne d'une prise en charge relativement efficace de la population. L'absence de longues files d'attente devant les hôpitaux et la rapidité de la prise en charge sont des signes d'un système de santé efficient.

Il est à noter que le Maroc traverse actuellement une période particulière caractérisée par diverses mutations, notamment démographiques (vieillesse de la population), épidémiologiques (émergence de nouvelles maladies) et une amélioration du niveau de vie, ainsi qu'une extension de la couverture médicale à une plus grande partie de la population suite à la signature de la charte de mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Dans ce contexte, il est nécessaire de négocier plusieurs défis simultanément pour garantir une amélioration continue du système de santé au Maroc.

2. Service des urgences : Considérations générales et particularités pédiatriques :

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 [20]. Les services d'urgences pédiatriques répondent aux besoins de soins urgents de la population et traitent les patients les plus sévères [21].

Plusieurs facteurs influencent la qualité des prestations au niveau des SUP, qu'il s'agisse des facteurs liés aux contraintes structurelles, humaines, matérielles ou organisationnelles, mais aussi des circonstances dans lesquelles les patients ont recours à ces services [22].

Des recours injustifiés dans un service des urgences sont susceptibles d'entraîner pour ce service un surcroît d'activité et d'être à l'origine de difficultés organisationnelles importantes. En effet, l'engorgement des SUP pour des motifs inappropriés a pour conséquence des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants dont la pathologie relève impérativement de ces services [22,23].

La plupart des professionnels s'entend sur la notion de recours approprié qui est basée essentiellement selon eux sur le niveau de gravité de l'état de santé du consultant. Il existe beaucoup de critères pour déterminer si un recours aux urgences est approprié ou non. Parmi ces critères on peut citer le temps d'attente, l'évaluation médicale, les paramètres vitaux, le niveau de la douleur, la possibilité de survenue de complications, le ressenti d'urgence par le patient, la variabilité de l'offre de soins (semaine/week-end, jour/nuit) [24].

Pour cette raison, les médecins chargés de prendre en charge les patients pédiatriques en urgence doivent être des médecins formés et expérimentés qui savent comment intervenir en cas de maladies d'urgence chez les enfants et peuvent déterminer correctement les priorités, ce qui contribuera de manière significative à réduire la morbidité et la mortalité [25].

Au Maroc, sur les 142 hôpitaux publics, les services d'urgences pédiatriques n'existent que dans certains Centres Hospitaliers Universitaires, et les pédiatres formés en accueil des urgences pédiatriques sont en nombre limité. Les enfants sont ainsi pris en charge par des médecins généralistes débordés déjà par les urgences adultes et non formés à la prise en charge des urgences pédiatriques. En plus, les structures d'urgences actuelles ne sont pas adaptées à accueillir ni les adultes et ni les enfants en détresse [26]. Ce déséquilibre entraîne un afflux considérable aux services d'urgences pédiatriques de niveau tertiaire, entraînant une grave surpopulation qui pourrait influencer la qualité des soins d'urgence pour les enfants en danger de mort[27].

Le SUP, considéré comme une référence en matière de la prise en charge des urgences pédiatriques, souffre de plusieurs dysfonctionnements : mauvaise évaluation et prise en charge des urgences pédiatriques en amont, manque de place pour prendre en charge des malades nécessitant une surveillance intensive et des soins de longue durée en aval, ce qui aboutit à l'engorgement des urgences, à une augmentation de la durée d'hospitalisation, et à une augmentation de la mortalité [26].

Au total, une meilleure connaissance de la typologie de ces jeunes patients accueillis dans les SUP 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 [28].

II. Données épidémiologiques :

1. Taux des hospitalisations :

Le nombre de patients soignés aux urgences a considérablement augmenté ces dernières années [29]. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette situation massive. Le plus probable concerne les facilités gratuites qu'un SUP offre à ses utilisateurs. Un parent anxieux peut, en quelques minutes, dissiper tout doute sur la santé de son enfant grâce au réseau de services et de compétences existant au sein d'un hôpital. Un autre point crucial concerne la fréquentation d'un SUP afin d'éviter la longue attente nécessaire pour une analyse en laboratoire, une radiographie ou une consultation avec un spécialiste. Plusieurs parents fréquentent le SUP simplement parce qu'ils sont sûrs de trouver un pédiatre à tout moment [30].

Durant la période de l'étude, 1658 patients ont été hospitalisés au SUP du CHU Mohammed VI de Marrakech.

- D'après Callistus et al, 633 patients ont été hospitalisés durant une période de 1 an au sein du SUP de CHU de Calabar, au Nigeria [31].
- Sékou rapporte que 6010 patients ont été hospitalisés aux urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré (Mali), durant une période de 2 ans [32].
- Une étude réalisée aux urgences pédiatriques de CHU de Fès, 1890 hospitalisations ont été recueillies sur une période de 6 mois [33].
- Selon Türe, les patients hospitalisés dans l'unité d'observation du service des urgences pédiatriques à Konya (Turquie) étaient de 3099 patients entre le 1er septembre 2016 et le 31 août 2017 [25].

Dans notre série, ce taux bien qu'important pourrait être sous-estimé, vue l'absence de certaines données dans les dossiers, l'imprécision de certains paramètres anthropométriques et la perte de quelques dossiers.

Tableau XV : Comparaison du nombre des hospitalisations entre les services des urgences pédiatriques.

Centre hospitalier	Auteur	Nombre de cas	Durée de l'étude
Services des urgences pédiatriques CHU de Fès (Maroc)	Hmami [33]	1890	6 mois
Service des urgences Pédiatrique CHU Calabar, (Nigeria)	Callistus [31]	633	1 an
Service des urgences pédiatriques à Konya (Turquie)	Türe [25]	3199	1 ans
Service des urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré (Mali)	Sékou [32]	6010	2 ans
Service des Urgences Pédiatriques au CHU de Marrakech	Notre série	1658	4 ans

2. Age d'admission :

Dans notre étude, l'âge moyen d'admission était de 2.5 ans, alors que la tranche d'âge la plus représentée était celle de 0 jour à 2 ans (71%). Cette prédominance a été signalée par d'autres études :

- Dans l'étude menée par Gajoui au service des urgences pédiatriques du CHU de Rabat, au Maroc, les nourrissons représentaient la tranche d'âge la plus fréquente (59%) [34].
- De même pour l'étude de Rothschild en (Israël) portant sur un échantillon de 1200 patients dont la tranche d'âge la plus représentée était entre 0 jour à 2 ans avec 36,75% [35].

- Ou encore dans l'étude faite par Singhi en (Inde) où les nouveau-nés présentaient 16% et les nourrissons moins de un an 36% [13].
- L'étude menée au Gabon par Nzame retrouvait que la tranche d'âge la plus fréquente était celle des enfants âgés de moins de 5 ans (71,1%) [36]. Une autre étude réalisée à rabat par Laaraj et al en 2018 a trouvé que 69,8% avaient moins de 5 ans (30,2% avaient moins de 12 mois) [37].

Tableau XVI : Age d'admission dans différentes études.

Etude	Pays	Age moyen d'admission	Tranche d'âge prédominante
Gajoui [34]	Maroc	-	29 jours à 2 ans (59%)
Rothschild [35]	Israël	-	0 jour à 2 ans (36,75%)
Singhi [13]	Inde	1 ans et 8 mois	0 jours à 1 ans (52%)
Nzame [36]	Gabon	-	1 mois à 5 ans (71,1%)
Laaraje [37]	Maroc	3 ans	0 à 5 ans (69,8%)
Notre étude	Maroc	2,5 ans	0 à 2 ans (71%)

La prédominance de cette tranche pourrait s'expliquer par l'immaturation du système immunitaire, exposant ainsi les enfants à des pathologies infectieuses plus ou moins sévères, ainsi que par les pathologies accidentelles [38,39].

Second point à prendre en compte, est l'inquiétude parentale comme source importante de consultations « superflues ». Le manque d'expérience et l'angoisse parfois irraisonnée des jeunes parents en est souvent la raison principale [40]. Statistiquement, plus l'enfant est jeune, plus l'expertise d'un spécialiste est sollicitée, pour rassurer l'angoisse des parents, surtout pour les jeunes mamans [41].

Dans notre contexte, la prise en charge des nouveau-nés reste problématique en raison du manque d'unités spécialisées de néonatalogie en dehors du service de néonatalogie du CHU Mohammed VI de Marrakech.

3. Sexe ratio :

- Dans notre étude, il y avait légèrement plus de garçons que de filles, avec un sexe ratio de 1.36. Ces résultats rejoignent la majorité des études réalisées sur les urgences pédiatriques au Maghreb, en Afrique, et dans les pays développés.
- Une étude faite durant l'année 2017 à rabat par Gajoui et al, sur un échantillon de 183 patients, portant sur les cas d'urgences engageant le pronostic vital, a retrouvé un sex-ratio équivalant à 1.73 [34].
- Dans une série de 508 cas, réalisée au niveau des services d'urgence de 10 villes du sud du Maroc durant l'année 2008, il y avait une légère prédominance masculine (57.42%) [42].
- Dans l'étude Tunisienne, effectuée par Matoussi et al, on retrouve presque la même tendance de répartition des sexes, 54.7% étaient des garçons [43].
- De même, dans l'étude menée par Assè aux urgences pédiatriques du CHU de Bouaké (Côte d'ivoire) sur un total de 307 enfants, un sex-ratio de 1,09 a été observé [32].

Tableau XVII : Sexe ratio dans différentes études.

Etude	Pays	Sexe ratio	Taille de l'étude
Gajoui [34]	Maroc	1,73	183
Ejlaidi [42]	Maroc	1,37	508
Matoussi [44]	Tunis	1,20	10560
Fatou [45]	Sénégal	1,10	209
Assè [46]	Côte-d'Ivoire	1,09	307
Sagnes-Raffy [38]	France	1,20	10 375
Pileggi [47]	Italie	1,44	980
Notre série	Maroc	1,36	1658

Cette tendance pourrait s'expliquer par la répartition démographique générale de la population. En effet, selon le recensement Marocain de 2014 [48] , pour la tranche d'âge des moins de 15 ans, il y a une légère prédominance du sexe masculin. Viennent ensuite les différences biologiques indiquant une vulnérabilité d'origine genre pour le sexe masculin plus que le sexe féminin [10,11]. D'autres études avancent le concept de culture comme facteurs influençant la décision des parents pour venir aux urgences en privilégiant le sexe masculin pour bénéficier des soins [13,49]. Cette dernière suggestion nécessite des études plus approfondies pour mieux éclaircir ce sujet par rapport au contexte local.

Cela peut s'expliquer également par le fait que les garçons sont plus actifs et curieux, qu'ils ont davantage de contact avec des facteurs externes et environnementaux.

4. Répartition saisonnière :

Les services d'urgences subissent d'importantes variations de flux de fréquentation très difficiles à gérer sur le plan organisationnel. Certaines variations sont saisonnières et désormais prévisibles, en rapport avec les épidémies hivernales et les vacances scolaires [21].

La plupart de nos patients étaient hospitalisés en période d'hiver avec un pourcentage de 30%, suivie de la période de printemps 27%. Cela pourrait refléter une augmentation des visites liées aux maladies de l'appareil respiratoire et de la sphère ORL. Cette prédominance a été signalée par d'autres études :

- Selon l'étude menée par Zoghlami en Tunisie, la saison hivernale a été marquée par le nombre le plus élevé d'hospitalisations, soit 32,6% [50].
- Dans la série de Türe réalisée à Konya, Turquie en 2019, le plus grand nombre de demandes a été enregistré pendant la saison hivernale, représentant 28% [25].
- Alors que l'étude faite à Rabat par Gajoui, a trouvé que le grand nombre des admis étaient en Automne avec 28,6% [34].

- Par contre, dans la série de Assé, plus du tiers des enfants ont été référés entre Juin et Août. Cette période correspond à la grande saison pluvieuse en Côte-d'Ivoire et propice au développement et à l'éclosion de paludisme [46].

Tableau XVIII : Saison d'admission prédominante au service des urgences pédiatriques dans différentes études.

Auteur	Pays	Saison d'admission prédominante
Zoghiami et al [50]	Tunisie	Hiver (32,6%)
Türe et al [25]	Turque	Hiver (28%)
Assé et al [46]	Côte-d'Ivoire	Eté (37%)
Gajoui et al [34]	Maroc	Automne (28,6%)
Notre série	Maroc	Hiver (30%)

Les infections respiratoires virales sont épidémiques et saisonnières et touchent chaque année en France 460 000 enfants âgés de moins de 2 ans. La cause de ces infections respiratoires virales est dominée par le virus respiratoire syncytial (VRS), responsable de plus de la moitié des cas de bronchiolite du jeune enfant [51]. Robinson et al ont montré que la saison du virus respiratoire syncytial, responsable de la bronchiolite, débute entre novembre et janvier au Canada et persiste pendant quatre à cinq mois [52], De même, les pneumopathies sont plus fréquentes en période automno-hivernale [53].

5. Provenance :

Dans notre étude, nous notons la prédominance de la région (Marrakech–Safi), notamment la ville de Marrakech avec 88.8%, ce qui indique la bonne utilisation de cet hôpital tertiaire par la population limitrophe. Ceci pouvait s'expliquer également par un biais de recrutement lié à la proximité de notre établissement pour les populations qui habitent cette localité.

Nous avons noté également la représentation d'autres régions du centre et nord du Maroc dans l'étude qui peut s'expliquer par le caractère touristique de la ville de Marrakech qui la rend une destination préférable pour le tourisme intérieur [54]. De même, la présence d'autres régions du sud du Maroc est due à l'absence de CHU et la présence des réseaux hospitaliers niveau II qui ne sont pas équipés de structures d'accueil des urgences pédiatriques proprement dites.

La proximité et la présence d'une structure hospitalière spécialisée dans la région ont entraîné une augmentation du taux de visites pour ses habitants, ce constat est également rapporté dans différentes études.

- Dans l'étude menée par Alao au CHU de Cotonou, Bénin, en 2019, on a constaté que la moitié des patients provenait de la ville de Cotonou, soit 51,1% [55].
- De même, dans l'étude menée par Zoghlami en 2021 à Msaken, en Tunisie, les patients provenaient essentiellement de Msaken Ville (70%) et des localités voisines [50].
- Une autre étude faite par Abdoulaye à Niamey au Niger en 2021, a trouvé que les patients référés aux urgences pédiatriques provenaient essentiellement de la région de Niamey (76,14%) [56].
- Le même constat est rapporté dans l'étude menée au CHU de Rabat, par Gajoui en 2017, où la majorité des enfants provenaient de la région Rabat–Salé, avec un pourcentage de 74,3% [34].

Tableau XIX : Répartition des patients hospitalisés au service des urgences pédiatriques selon l'origine géographique prédominante.

Auteur	Localisation de l'hôpital	Région ou ville prédominante
Alao et al [55]	Cotonou, Bénin	Cotonou (51,1%)
Zoghلامي et al [50]	Msaken, Tunisie	Msaken (70%)
Abdoulaye et al [56]	Niamey, Niger	Niamey (76,14%)
Gajoui et al [34]	Rabat, Maroc	Rabat-Salé (74,3%)
Stagnara et al [57]	Lyon, France	Grand Lyon (92% le samedi, 95% le jeudi)
Notre étude	Marrakech, Maroc	Marrakech-Safi (88,8%)

6. Origine de référence :

Deux types de patients accèdent au service des urgences :

- Les patients référés par un autre service médical, en général de premier recours, privé ou publique.
- Les patients auto-référés.

Régulièrement, les services d'urgences se retrouvent sous « pression ». Le nombre de malades accueillis aux urgences ne diminue pas. Quelle que soit la conjoncture, les missions fondamentales des services d'urgences doivent rester les mêmes : prendre en charge tout patient s'y présentant, garantir la continuité (24 heures sur 24 toute l'année) et la qualité des soins, avec obligation de performances diagnostique et thérapeutique, et s'assurer de l'orientation la plus adaptée. Le premier obstacle à la continuité des soins réside dans le fait que ce sont les parents qui adressent le plus souvent l'enfant. Le pourcentage d'enfants adressés par leurs parents est cependant variable selon l'environnement social et sanitaire de l'hôpital et la nature du recrutement.

La vocation des services d'accueil des urgences hospitalières est de dispenser des soins urgents et non pas d'assurer la prise en charge des consultations non programmées, notamment médicales [58,59].

Dans une étude réalisée au Maroc en 2010 sur un effectif de 508 patients, seulement 15.5% des enfants étaient adressés par une autre structure [42]. Une enquête nationale réalisée en 2006 en Algérie avait montré que seulement 5.7% des malades étaient adressés d'une autre structure [60]. Une autre étude publiée en 2003 au CHU de Poitiers en France avait rapporté que plus de la moitié (54%) des enfants venaient directement du domicile [61]. Ly et al en 2016 ont trouvé que seulement 28,7% des enfants étaient adressés par un médecin extrahospitalier et 71,3% étaient amenés à l'initiative de leurs parents [45]. Selon l'étude menée par Assè en Côte d'Ivoire, seuls 16,6% des enfants ont été adressés par une autre structure [46].

Dans notre étude, seulement 24,73% des enfants étaient adressés par une autre structure, ce qui rejoint les données de la littérature. Cette constatation met en évidence le non-respect fréquent de la pyramide sanitaire par les populations dans nos pays. De plus, cela révèle une perception défavorable de la notion d'urgence chez les parents, qui semblent réagir avec inquiétude à la moindre manifestation clinique chez leurs enfants. En conséquence, cela conduit à une congestion des services d'urgence, compliquant leur fonctionnement efficace.

Tableau XX : Pourcentage de référence dans différentes études.

Auteur	Pays	Année	Pourcentage de référence
Ejlaidi et al [42]	Maroc	2010	15,5%
Abrouk et al [60]	Algérie	2006	5,7%
Berthier et al [61]	France	2003	46%
Ly et al [45]	Sénégal	2016	28,7%
Assè et al [46]	Côte-d'Ivoire	2012	16,6%
Notre série	Maroc	2023	24,73%

7. Moyens de référence :

Les médecins urgentistes de nombreux pays reconnaissent que l'accès à des soins d'urgence opportuns et de qualité est une préoccupation majeure des patients. Actuellement, les services d'accueil des urgences (SAU) sont de plus en plus saturés, exposant les patients au risque d'une prise en charge retardée et le personnel soignant à une surcharge de travail compromettant la qualité des soins [62].

Le mode d'arrivée des patients admis au SAU est très variable. Certains patients se présentent spontanément, d'autres sont conduits par le biais d'ambulances privées, de sapeurs-pompiers ou encore du service d'aide médicale d'urgence (SAMU) [62]. Le degré de médicalisation du transport des urgences vitales n'est pas toujours adapté à leur niveau de gravité [63].

- En Tunisie, presque tous les malades (94.6%) venaient au service des urgences par leurs propres moyens. Le transfert médicalisé n'était utilisé que dans 5.4% des cas : malades transférés des hôpitaux de circonscription sur indication médicale ou amenés par la protection civile [64].
- Une autre étude, menée au Maroc, a révélé que 90,74% des patients venaient par leurs propres moyens, tandis que seulement 0,2% utilisaient un transport médicalisé [42].
- Selon Assè , le moyen de transport de l'enfant était une voiture de transport en commun (71%), une ambulance (26%), une voiture de la famille (3%) [46].
- L'étude de Carrasco sur les usagers des urgences en France trouve que les enfants de moins de 6 ans sont amenés directement par leurs proches (80%), tandis que seulement 5% utilisent de façon marginale les transports sanitaires urgents tels que le SMUR, les pompiers ou la Police [23].

- Selon une étude menée au Sénégal, le transport en commun était le moyen de déplacement le plus utilisé (71,2%), contre une faible utilisation de l'ambulance (3,1%) [45].

Tableau XXI : Moyens de référence prédominants dans diverses études.

Auteur	Pays	Principaux moyens de référence
Chetoui et al [64]	Tunisie	Propres moyens (94.6%)
Ejlaidi et al [42]	Maroc	Propres moyens (90.74%)
Carrasco et al [23]	France	Propres moyens (80%)
Assé et al [46]	Côte-d'Ivoire	Transport en commun (71%)
Ly et al [45]	Sénégal	Transport en commun (71,2%)
Notre série	Maroc	Propres moyens (85,7%)

Les résultats de notre enquête dans le contexte Marocain concordent avec ces études. En effet, 85,7% venaient par les moyens propres de leurs parents et seulement 14,3% utilisaient un transport médicalisé. Ceci prouve qu'il y a un véritable problème d'accès des patients à un transport médicalisé en cas d'urgence soit parce que le coût de transfert est trop élevé, soit il se pose un problème de disponibilité des ambulances à l'hôpital [45]. Ceci révèle le caractère peu performant de notre système sanitaire publique de transport des urgences. Ce faible taux d'utilisation de l'ambulance pourrait s'expliquer aussi par la provenance des consultants aux urgences qui dans 88.8%% venaient de la région Marrakech-Safi. Ce qui rejoint l'étude de Claudet et al, parue en 2008 qui a montré que les usagers vivaient à proximité de l'hôpital et venaient en majorité par leurs propres moyens [65].

III. Motifs d'hospitalisation :

Au sein de l'hôpital Mère-Enfant du CHU de Marrakech, le service des urgences pédiatriques se caractérise par sa polyvalence, offrant une prise en charge complète des urgences médicales et chirurgicales. Au cours de notre période d'étude, les urgences médicales étaient prédominantes, représentant 90,10% des cas. Cette prédominance est cohérente avec les conclusions de Sagnes, qui a noté que les enfants se présentent aux urgences principalement pour des raisons médicales [38].

Cette tendance est expliquée, selon Carrasco par l'âge bas dominant, qui a objectivé que les motifs de consultation sont principalement d'ordre somatique (85%) chez les moins d'un an, tandis que chez les enfants plus âgés, d'un à cinq ans, les problèmes somatiques restent prépondérants mais dans une moindre mesure (57%). À partir de six ans, les traumatismes deviennent la principale cause de consultation, touchant près de 70% des enfants de six à quinze ans, avec les accidents scolaires et sportifs étant les plus fréquemment signalés [23].

Dans notre étude, les motifs de consultation médicale les plus fréquents étaient : les cas de détresse respiratoire néonatale (12,6%) ainsi que les détresses respiratoires chez l'enfant (10%), les diarrhées et /ou vomissements (6,45%). La fièvre était associée au différent symptôme dans (21,5%).

- Dans l'étude faite par Mintegi en Espagne, les motifs de consultation les plus courants étaient la fièvre (29,6%), les difficultés respiratoires (14,4%), diarrhées et /ou vomissements (14,4%) et les traumatismes (7,9%) [66].
- Selon Laaraje en 2018, le motif de consultation était d'ordre respiratoire dans 28,6% des cas, digestifs dans 27,6% des cas, ORL dans 12% des cas et neurologique dans 6,4% des cas. La fièvre était associée au motif de consultation dans 29,2% des cas [37].

- Selon l'étude faite par David au CHU d'Angers en France en 2014, la gêne respiratoire était le motif de consultation le plus invoqué, représentant 24% des cas. Viennent ensuite la fièvre 23% et les signes digestifs qui représentaient ensemble près de 20% [67].
- En France, selon Stagnara, les motifs d'admission sont influencés par les saisons : au printemps, il existe une prédominance des infections ORL (40%) suivies des troubles respiratoires (14%), digestifs (12%). En hiver, les signes ORL (49%) et respiratoires (25%) arrivaient au premier rang [57].
- Une étude faite au Pakistan, durant l'année 2018, rapportait la prédominance de la fièvre (45,5%), les diarrhées/vomissements (32,3%) et les problèmes respiratoires (23,3%) [68].
- L'étude menée par Nzam au Gabon en 2020 a révélé les motifs de consultation suivantes : la Fièvre (70,2%), signes digestifs (55%), signes respiratoires (38,6%), et les signes neurologiques (5%) [36].
- Selon Fatou, au Sénégal durant l'année 2016, les principaux motifs de consultation étaient dominés par les troubles digestifs (28,7%), suivis des troubles respiratoires (30.2%) et des troubles neurologiques (12,9%) [45].
- L'anémie constituait le principal motif de référence vers les urgences pédiatriques de l'Hôpital National de Niamey au Niger (33,52%) suivie des convulsions (19,51%) [56].
- Selon Mabilia au Congo, les motifs de consultations étaient dominés par la fièvre (81,4%), suivie des troubles digestifs (44,2%) et la toux (35,7%) [69].

Cette disparité avec la région d'Afrique subsaharienne s'explique par les variations climatiques et la prévalence élevée du paludisme, tandis qu'au Maroc et dans d'autres pays occidentaux, on observe une prédominance de maladies saisonnières.

IV. Automédication :

- L'automédication est une pratique fréquente. Le faible revenu des ménages, la "peur des ordonnances", le faible niveau d'éducation des populations, l'essor du circuit informel du médicament, et l'absence d'une législation rigoureuse du médicament sont entre autres, des facteurs d'automédications dans notre pays [70].
- Au Maroc, en l'absence d'un encadrement de la médecine traditionnelle, plusieurs acteurs sont amenés à jouer un rôle de soignant dans des circonstances pathologiques variées, y compris "la ferraga", une guérisseuse traditionnelle spécialisée dans le traitement des enfants, qui se base sur des pratiques telles que les scarifications abdominales, l'application de points de feu, ainsi que l'administration de mélanges par voie orale. Cela engendre des conséquences telles que le retard au diagnostic et à la prise en charge médicale, les risques infectieux et hémorragiques, les risques systémiques, le risque cicatriciel voire le décès [71].
- Les risques systémiques sont en rapport avec les produits et les plantes administrés, par exemple le *Peganum harmala*, connu sous le nom de Harmel, qui possède une action convulsivante, avec comme complication une insuffisance rénale aiguë due à la toxicité rénale [71].
- Dans notre étude, la plupart des patients (86,5%) se rendaient aux urgences sans avoir préalablement pris de médicaments, tandis que de faibles pourcentages de patients ont reçu un traitement médical (10,9%) ou traditionnel (2,59%). Cependant, malgré ce taux d'automédication, cela ne semble pas expliquer la fréquence élevée des hospitalisations prolongées (>48 heures). Ces résultats ne sont pas en accord avec l'étude menée par Callistus, qui suggère que les enfants ayant reçu plusieurs traitements antérieurs avaient entre 59 et 74% de chances de demeurer hospitalisés au-delà de 72 heures [31].

- Notre étude se rapproche de l'étude menée en Espagne par Mintegi et al, qui montre que seulement 28,5% avaient reçu un traitement avant de se rendre aux urgences, principalement des antipyrétiques, des bronchodilatateurs et des antibiotiques [66].
- Par contre, l'étude réalisée durant l'année 2013 au Mali a montré que 47,9% des cas concernaient des parents qui reconnaissaient n'avoir administré aucun traitement avant d'arriver au service, tandis que plus de la moitié, soit 51,8% des enfants, avaient déjà reçu un traitement [72].
- De même, dans l'étude menée par Alao au Bénin en 2019, environ 69,5% des patients avaient pratiqué l'automédication avant leur admission, parmi lesquels 13,9% avaient suivi un traitement traditionnel [55].
- De même, pour l'étude de Nzame et al où les parents ont eu recours à l'automédication chez 110 patients (54,5%) [36].
- Dans l'étude menée à Rabat, la moitié des patients ont reçu un antipyrétique, 20% ont pris une antibiothérapie en automédication, et 8,9% ont suivi un traitement traditionnel avant de se présenter aux services des urgences pédiatriques [73].

Tableau XXII : Pourcentage de l'automédication dans différentes études.

Auteur	Pays	Année	Pourcentage de l'automédication
Alao et al [55]	Bénin	2019	69,5%
Nzame et al [36]	Gabon	2020	54,5%
Yacouba [72]	Mali	2013	51,8%
Mintegi et al [66]	Espagne	2004	28,5%
Notre étude	Maroc	2023	13,3%

V. Diagnostic final :

1. Les nouveaux nés :

1.1. Infections néonatales :

Dans notre travail, l'infection néonatale a constitué la première cause d'hospitalisation des nouveau-nés (49,45%), toute localisation comprise (respiratoire : 28,7%, neuro-méningée : 4,6%, urinaire : 6,8%, systémique : 9,4%).

Cette fréquence élevée pourrait être expliquée par l'insuffisance de suivi pendant la grossesse, les circonstances de l'accouchement notamment le manque d'asepsie, et dénote des défaillances dans la prise en charge des nouveaux nés avant la sortie de la maternité. Le diagnostic était basé sur les critères anamnestiques, la symptomatologie clinique, et les examens paracliniques disponibles.

Ceci rejoint la majorité des études Africaines :

- Sylla et al au Mali ont trouvé que les causes de morbidité étaient dominées par l'infection néonatale dans 33% [74].
- Selon Kedy Koum et al au Cameroun, plus de 80% des nouveau-nés hospitalisés étaient traités pour infection néonatale (précoce ou tardive) [75].
- Rabesandratana et al à Madagascar ont rapporté que les principales causes d'hospitalisations des nouveaux nés étaient surtout infectieuses (52,6%) [76].
- Gueye et al au Sénégal ont constaté que les hospitalisations étaient largement dominées par les motifs infectieux (53,8%) [77].
- Traoré et al au Mali ont observé un taux de nouveau-nés hospitalisés pour affection infectieuse de 22,9% [78].
- Au CHU de Yopougeon à la côte d'ivoire, l'infection néonatale était la première cause de morbidité (52%) [79].

On note que certaines infections n'étaient retrouvées que dans les études Africaines : VIH de l'enfant, paludisme, et le tétanos néonatal [78,80].

1.2. La prématurité :

Dans notre travail, la prématurité a constitué la deuxième cause d'hospitalisation des nouveau-nés (14,63%). Ceci rejoint la majorité des études Africaines :

- Une étude menée au Burkina Faso a rapporté que la deuxième cause d'hospitalisation était la prématurité, avec un taux de 15% [81].
- Selon l'étude faite Madagascar, la prématurité (20,3%) constituait la deuxième cause de morbidité néonatale [76].
- Une autre étude menée au CHU de Bouaké Côte-d'Ivoire, la prématurité représentait (22,51%) d'hospitalisation [80].

2. Enfant de plus d'un mois :

- Les pathologies les plus fréquentes par système pour cette tranche d'âge sont liées à l'appareil respiratoire (19,5%), puis digestif (14,3%), ensuite les pathologies urogénitale (11.2%). Ces résultats concordent avec la littérature qui trouve que les motifs de consultation pédiatrique en général sont d'origine respiratoire, suivis des pathologies digestives caractérisées par les gastroentérites, puis les infections qui diffèrent selon les pays et continents [33,37,43,50,66,82].
- En Afrique subsaharienne, le paludisme et la méningite figuraient parmi les principales pathologies recensées en urgence pédiatrique [9,46,55].
- Dans la série de Kibirige faite à l'hôpital universitaire de Middlesbrough au Royaume-Uni, les pathologies les plus rencontrées étaient : les pathologies respiratoires (24,8%), gastro-intestinales (20,4%) , les infections (20,5%), les pathologies neurologiques (6,1%) et les empoisonnements accidentels (2,1%) [82].

- Dans l'étude faite par Mintegi en Espagne, les diagnostic les plus fréquents étaient les infections respiratoires hautes (11,7%), les gastroentérites aiguës (7,4%), l'asthme (6,5%), et les laryngite (5%) [66].
- Une autre étude faite en Italie par Tommaso a révélé que les causes les plus fréquentes de consultations étaient les infections des voies respiratoires supérieures (36%), les gastro-entérites (22%) et les blessures (12%) [30].
- Dans l'étude réalisée par Matoussi en Tunisie, la morbidité était dominée par les pathologies pulmonaires (39,9%), les affections ORL (31,8%), et les pathologies gastro-entérologiques (6,72%) [43].
- Selon zoghlami en Tunisie, les patients ont été admis majoritairement d'une part pour des maladies de l'appareil respiratoire (37%) dont la bronchiolite aiguë et d'autre part pour des maladies de l'appareil génito-urinaire (28%) dont les infections des voies urinaires [50].
- L'étude faite au Maroc par Laaraj a trouvé que les principales pathologies rencontrées étaient infectieuses (37%), hématologiques (13,4%), respiratoires (10,6%), neurologiques (9,4%) et accidentelles (6,7%) [83].
- Dans une étude menée au service des urgences pédiatriques du CHU Hassan II à Fès, les pathologies accidentelles représentaient 32,5% des consultations, suivies par la Pathologie respiratoire (10%), neurologique (9,2%), et digestive (6%) [33].
- Dans l'étude faite au Congo par Atanda, le premier groupe étiologique des détresses vitales était représenté par les urgences neurologiques (52%), suivie par les urgences respiratoires (21,5%), hématologiques (12,70%) et gastro-entérologiques (11,50%) [9].
- Dans l'étude faite par Assè en Côte-d'Ivoire, les principales affections étaient, le paludisme (68,4%), la pneumonie (13,1%), la méningite purulente (7,5%), la gastroentérite / déshydratation (4,2%) et la malnutrition (3,2%) [46].

- Au CHU de Cotonou au Bénin, les principales affections retrouvées chez les enfants étaient le paludisme grave (80%), la pneumonie (7,7%), les gastroentérites (2,2%), le sepsis (1,9%) et les méningites purulentes (1,2%) [55].

Dans le présent travail, nous avons remarqué que la distribution des pathologies rencontrées revête d'un caractère saisonnier. Ce qui concorde avec la littérature qui indique que les saisons froides et chaudes influencent les pathologies respiratoire et digestif des enfants par changement de climat et promiscuité [45,73]. Ces variations peuvent poser de réels problèmes de fonctionnement de service d'urgences avec un risque de saturation pendant certaines périodes. Ce qui incite à la prise de conscience de la variation saisonnière de l'incidence des urgences pédiatriques courantes pour la planification d'actions préventives et pour la logistique haute saison.

VI. Durée d'hospitalisation :

L'unité d'hospitalisation aux urgences doit être une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui se définit comme suit [84] :

- C'est une unité d'hospitalisation qui 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 non conventionnelle pour laquelle il est recommandé que la durée moyenne de séjour soit inférieure à 24 heures et que la décision d'orientation soit prise avant la 24^{ème} 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. 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 maximale 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. 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. 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. Le projet médical des services d'urgence, de réanimation et de l'établissement doit 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.

Dans notre étude, la durée d'hospitalisation variait d'un à 28 jours, avec une moyenne de 4 jours. Alors que plus des deux tiers des patients (64.75%) étaient hospitalisés pendant une durée de plus de 48H.

- Dans une étude faite à Fès, la durée d'hospitalisation variait entre quelques minutes à 7 jours avec une moyenne de 17 heures [33].
- Selon Türe et al, la majorité (82,8%) des patients hospitalisés en unité d'urgence pédiatrique ont été observés pendant 24 heures ou moins, tandis que 17,2% ont nécessité une observation de plus de 24 heures. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,4 jour par patient, avec un cas exceptionnel de 84 jours d'hospitalisation en unité d'observation d'urgence pédiatrique [25].
- Callistus a trouvé que la durée minimale et maximale du séjour était respectivement de 0,5 heure et de 19 jours, tandis que la durée médiane du séjour était de 2 jours [31].
- L'étude faite par Ly et al a trouvé que la grande majorité (94,7%) des patients avait séjourné moins de 24h et 5,3% seulement avaient passé plus de 24h aux urgences [45].
- Selon Moussa, la durée de l'hospitalisation aux urgences pédiatriques se situait entre 4 à 7 jours (37,1%) [20].
- Abdoulaye a rapporté que la durée moyenne de séjour aux urgences était de 2,97 jours avec un écart-type de 1,41 jours [56].

- Par contre , Levett et al au Royaume–Uni a trouvé que le séjour maximum était de 8 heures, 8% sont restés plus de 8 heures, dont 54% ont restés à cause de manque de lits de pédiatrie générale et les autres sont restés car il avaient décidé de ne pas sortir au milieu de la nuit [85].

Tableau XXIII : durée du séjour selon les différentes études.

		Moyenne de séjour	Extrêmes
Hmami [33]	Fès (Maroc)	17 heures	Quelques minutes à 7 jours
Türe et al [25]	Konya (Turquie)	1,4 jours	Moins de 24 heures à 84 jours
Callitus et al [31]	Calabar (Nigeria)	2 jours	30 min à 19 jour
Moussa [20]	Bamako (Mali)	-	4 à 7 jours
Abdoulaye et al [56]	Niamey (Niger)	2,97 jours +/- 1,41 jour	
Levett et al [85]	Birmingham (Royaume–Uni)	-	3 à 8 heures
Notre série	Marrakech (Maroc)	4 jours	Un à 28 jours

Idéalement, la durée de séjour des patients ne devrait pas dépasser 48 heures. D'autre part, il a été noté que le retard dans le transfert des patients vers les unités de soins intensifs était associé à un taux de mortalité plus élevé. Par conséquent, raccourcir la durée de séjour des patients dans les unités d'urgence et éviter tout retard dans leur transfert vers l'unité de soins intensifs peut réduire le taux de mortalité [27].

Dans notre étude, on remarque que l'UHCD est transformée en milieu d'hospitalisation conventionnelle. Ceci représente un dysfonctionnement majeur qui alourdit l'activité du service et du personnel. D'autant plus que le nombre de malades hospitalisés par jour dépasse le plus souvent la capacité du service. D'où l'intérêt de régler la durée de séjour dans les services des urgences au Maroc.

VII. Evolution :

Dans notre étude, l'évolution de la plupart de nos patients était favorable chez 81%, alors que les décès représentaient 7,5%.

Tableau XXIV : Répartition de l'évolution selon les différents services des urgences pédiatriques.

Auteur	Pays	Guérison	Décès	Transfert	Sortie contre avis médical ou évadé
Assé et al [46]	Côte-d'Ivoire	76%	14%	-	10%
Ly et al [45]	Sénégal	67%	1%	32%	-
Alao [55]	Bénin	0,9%	13%	86,1%	-
Hmami [33]	Maroc	33,3%	3,6%	64,1%	-
Abdoulaye et al [56]	Niger	36,55%	12,88%	50,57%	-
Callistus [31]	Nigéria	66%	0,5%	13,4%	3,8%
Notre étude	Maroc	81%	7,5%	4%	7,5%

VIII. Caractéristiques des décès :

1. Taux global de la mortalité aux urgences pédiatriques :

Au total, sur 1658 enfants (âgés de 0 à 16 ans) hospitalisés dans le SUP entre mars 2015 à décembre 2018, 124 décès ont été relevés soit une mortalité globale de 7,5%. Cependant, nous ignorons le devenir des patients évadés, sortis contre avis médical et les patients référés vers d'autres services.

Les études sur la mortalité aux urgences pédiatriques sont peu fournies, et les données nationales manquent [86].

Mais en comparant nos résultats aux séries similaires disponibles, nous avons trouvé que le taux de mortalité globale dans notre étude (7,5%) était bien inférieur à 17,3% de l'étude de Abdala et al [10], à 14% de l'étude de Assé et al [46], et inférieur à 13% de Alao et al [55], toutes réalisées dans des pays en voie de développement (Congo, Côte-d'Ivoire et Bénin respectivement) .

Dans les pays développés, le décès des enfants aux urgences est un phénomène très rare [86]. Ainsi, notre taux de mortalité est largement supérieur au taux de 1.7 pour 10 000 visites dans l'étude de Maniktala et al aux Etats Unis [5], et au taux de 1,5 décès pour 100 000 visites aux urgences pédiatriques en Espagne [6].

Une étude réalisée en 2015 dans un hôpital universitaire en Chine, pays considéré comme en voie de développement bien qu'il connaisse une révolution économique, trouve un taux de mortalité aux urgences pédiatriques de 0,5 pour 1000 visites [87].

Tableau XXV : Taux de mortalité aux urgences pédiatriques dans différents pays.

Auteur	Pays	Taux de mortalité
Abdala et al [10]	Congo	17,3%
Assé et al [46]	Côte-d'Ivoire	14%
Alao et al [55]	Bénin	13%
Zhu et al [87]	Chine	0,05%
Maniktala et al [5]	Etats unis	0,017%
Lopez et al [6]	Espagne	0,0015%
Notre étude	Maroc	7,5%

Cette mortalité élevée chez nous serait donc expliquée par :

- Une précarité économique.
- L'absence de véritables stratégies de prévention.
- L'incapacité des filières de soins en amont des urgences.
- Les difficultés d'orientation en aval qui contribuent à l'orientation fréquente des fins de vies dans ce service.

2. Taux de la mortalité pédiatrique selon l'âge :

- Au Maroc, selon l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) de 2011, sur 1000 naissances vivantes (NV) : 29 enfants décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Par ailleurs, dans cette même enquête, le niveau de la mortalité infantile (MI) a représenté 95% de la mortalité infanto juvénile (MIJ), et la MNN a représenté trois quarts (75%) de la MI [88].
- D'après l'UNICEF, c'est la région de l'Afrique sub-saharienne (79‰), la région de la Méditerranée orientale (28‰), et la région de l'Asie du Sud-est (16‰) qui connaissent les taux les plus élevés de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, en revanche c'est la région Européenne (6‰), et la région des Amériques (18‰) qui connaissent les taux les moins élevés [89].

2.1. Taux de la mortalité infanto-juvénile :

Dans notre étude, la MIJ représente 93,5% de l'ensemble de la MP. Ce taux s'accorde avec d'autres études réalisées aux services des urgences pédiatriques de certains pays en voie de développement [27,87,90,91]. Ce taux est marqué par la prédominance de la composante néonatale (61%)

Tableau XXVI : Pourcentage de la MIJ sur la MP aux services des urgences pédiatriques.

Auteur	Pays	Pourcentage de la MIJ
Ayrton et al [90]	Soudan	70%
Jofiro et al [91]	Ethiopie	77%
Zhu et al [87]	Chine	93,4%
Lahmini et al [27]	Maroc	93,3%
Notre étude	Maroc	93,5%

2.2. Taux de la mortalité des enfants âgés entre 5 et 15 ans :

La mortalité des enfants âgés entre 5 et 15 ans n'a occupé que 6,5% de la mortalité pédiatrique dans notre série, taux inférieur à ceux décrits en littérature [6,27,87,92].

Tableau XXVII : Pourcentage de la mortalité des enfants de 5 à 15 ans sur MP aux services des urgences pédiatriques.

Auteur	Pays	Pourcentage de mortalité des enfants de 5 à 15 ans
Zhu [87]	Chine	6,6%
Lopez [6]	Espagne	18%
Ndu [92]	Niger	22%
Lahmini [27]	Maroc	6,7%
Notre étude	Maroc	6,5%

3. Cause de la mortalité pédiatrique selon l'âge :

3.1. La mortalité néonatale :

- La mortalité néonatale était dominante avec un taux de 61,3%. Les principales causes de cette mortalité néonatale étaient la prématurité (32,9%) et les infections néonatales (31,6%), Bien que ce taux soit élevé, il rejoint les données d'autres études [27,91,93] :
- Selon l'étude menée à Marrakech, la principale raison de la mortalité néonatale était la prématurité, (23,25%), suivie par les infections néonatales (21,13%) [27]. Ntuli en Afrique du Sud a révélé que la prématurité représentait 52,2% des cas, suivie de l'asphyxie périnatale à hauteur de 12,9% [93]. Une autre étude menée en Éthiopie confirme que les principales causes de décès néonatal étaient la septicémie de début tardif (50,9%), la méningite (24,6%) et la pneumonie (10,5%) [91].
- La mortalité néonatale est une véritable tragédie de la santé publique, en particulier dans les pays en développement, même si elle a diminué dans toutes les régions du monde. Entre 1990 et 2017, le taux mondial de mortalité néonatale a diminué de 51%, passant de 36,6 décès en 1990 à 18 pour 1000 décès en 2017. Bien qu'il y ait eu de substantiels progrès pour réduire la mortalité néonatale en 1990, des efforts supplémentaires doivent être déployés pour atteindre l'objectif de développement durable d'ici 2030 [94].
- Une approche globale englobant tous les aspects de la santé des mères et des nouveau-nés, avec une amélioration des conditions environnementales et socio-économiques de la mère, un suivi de la grossesse, une médicalisation des accouchements et une amélioration des soins prodigués aux nouveau-nés semblent nécessaires, sachant que la prématurité et l'asphyxie périnatale restent les principales causes de mortalité. D'autre part, augmenter le nombre d'unités de soins intensifs néonataux (USIN) adaptées et les soins spécifiques à la néonatalogie pour une meilleure approche de la prestation de soins semble être une priorité [27].

3.2. Mortalité des enfants de 1 mois à 5 ans :

Notre étude a noté un niveau élevé de mortalité (32,2%) chez les enfants de 1 mois à 5 ans dans notre hôpital, rejoignant d'autres études menées dans des pays en développement. Les principales causes de cette mortalité étaient dominées par la pneumonie (13,88%) et la méningite (16,66%), ce qui corrobore les résultats d'autres pays [27,91,93].

L'étude menée par Ntuli en Afrique du Sud a révélé que les infections étaient la principale cause de décès des enfants de 1 mois à 5 ans , en particulier la pneumonie (42,6%) et la diarrhée (25,9%) [93] . En revanche, une étude réalisée à Marrakech en 2020 dans le même service a montré que les infections étaient également la principale cause de mortalité, avec les infections respiratoires aiguës en tête (43%), suivies des infections neuro-méningées (21%) [27]. Une autre étude faite en Ethiopie a constaté que les principales causes de décès chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire étaient la pneumonie 60%, l'insuffisance cardiaque congestive (38%), la méningite (23,6%) [91].

3.3. Mortalité des enfants de 5 à 15 ans :

En ce qui concerne les enfants de 5 à 15 ans, le taux de mortalité est de 6,5%, dont les néoplasmes étaient les principales causes (37,5%). Ces résultats sont en accord avec une étude menée dans le même service en 2020, où la principale cause de mortalité pour cette tranche d'âge était les pathologies néoplasiques, représentant 26% des cas [27]. Une étude menée en Éthiopie a montré que la principale cause de décès pour cette tranche d'âge était l'insuffisance cardiaque congestive, avec un taux de 24,1%, suivie des hémopathies malignes à 13% [91].

Dans notre contexte, même si nous disposons d'un hôpital d'oncologie pédiatrique, le manque de places pour l'hospitalisation et de soins spécifiques à l'oncologie explique ce taux élevé de mortalité.

IX. Limites de l'étude :

Compte tenu du caractère rétrospectif de notre étude, elle a comporté quelques limites, à savoir :

- L'absence de certaines données dans les dossiers, l'imprécision de certains paramètres anthropométriques et la perte de quelques dossiers.
- Le suivi de l'évolution de l'état des malades à moyen et à long terme reste difficile dans notre étude, vu la perte de vues.
- Notre étude a été réalisée dans un seul service à l'hôpital universitaire. Ainsi, les données ne peuvent pas être extrapolées aux autres services des urgences.



*SOLUTIONS ET
RECOMMANDATIONS*



Les résultats de notre étude, ainsi que les données de la littérature, nous amènent à formuler des recommandations et des solutions simples afin de réduire l'important flux des hospitalisations aux services des urgences pédiatriques, ainsi que l'ampleur de la mortalité pédiatrique.

Par conséquent, les solutions à envisager doivent intégrer une approche individuelle en motivant et en responsabilisant les citoyens, les utilisateurs du système de santé et les praticiens au sein de ce système, tout en garantissant les droits de chacun. En parallèle, une perspective plus globale doit être adoptée pour revitaliser et faire évoluer l'ensemble du système de santé afin de répondre aux besoins de la population.

I. Recommandations à la population :

Le maintien d'une santé à long terme nécessite impérativement un programme continu d'éducation et d'information en matière de santé, adressé à l'ensemble de la population ainsi qu'aux nouveaux parents. Voici quelques mesures clés à prendre en compte :

- Les programmes éducatifs devraient être spécifiquement orientés vers les parents ayant des enfants de moins de 5 ans, étant donné qu'ils sont devenus le groupe le plus fréquent à solliciter des consultations médicales.
- Il est essentiel d'instruire les parents sur les premiers secours, la reconnaissance des signes et symptômes de maladies graves ou de blessures importantes, et les indications pour rechercher des soins immédiats, dans le but d'éviter des consultations médicales injustifiées causées par l'anxiété parentale.
- Une attention particulière doit être accordée aux nouveaux parents, avec un engagement fort du personnel infirmier et médical pendant la période prénatale, ainsi que de la part des pédiatres de famille après la naissance.

- La distribution de documents imprimés et de directives de sortie standardisées basées sur un diagnostic, associée à une communication verbale lors des visites de santé de l'enfant ou des visites de soins d'urgence, s'avère être un mécanisme utile pour informer les parents des situations d'urgence pouvant être traitées à domicile sans recourir à un service d'urgence.
- L'éducation thérapeutique en ce qui concerne les maladies chroniques doit être incluse dans chaque ordonnance, avec des explications concernant la maladie, le protocole thérapeutique, l'importance des mesures hygiéno-diététiques à suivre, ainsi qu'une vue d'ensemble du pronostic de la maladie, des complications éventuelles, et d'un schéma de suivi.
- Il est primordial de sensibiliser les parents aux dangers de l'automédication et de les encourager à consulter rapidement des structures de santé en cas de maladie chez leur enfant, tout en respectant la hiérarchie des services de santé.
- La planification familiale, le suivi adéquat des grossesses, le respect des calendriers de vaccination, et la promotion de l'allaitement maternel exclusif sont des éléments essentiels à intégrer.
- La vigilance en ce qui concerne les mesures d'hygiène, tant au niveau individuel que collectif, ainsi que la sensibilisation des parents à leur rôle préventif contre les infections bactériennes et virales, est de la plus haute importance.

II. Recommandation aux personnels de santé :

Le praticien est au cœur de la prise en charge des patients aux urgences. Il y a surtout deux aspects à couvrir : ses qualités et ses conditions de travail, qui vont fortement influencer son implication dans le processus de soin.

Une formation continue spécifique à plusieurs niveaux est recommandée afin d'améliorer les compétences des médecins généralistes en matière d'urgences pédiatriques et de favoriser leur plus grande implication dans la prise en charge quotidienne de ces situations. Pour cela, il est proposé de :

- Renforcer l'enseignement de l'urgence au cours des études médicales avec des stages pratiques en réanimation.
- Renforcer l'enseignement de l'urgence au cours du troisième cycle dans toutes les spécialités.
- Développer des projets de formation médicale continue spécifique à l'urgence pédiatrique associant des séances de formation et des stages pratiques.
- Améliorer la formation des infirmiers en accordant une place importante aux questions relatives à l'urgence.
- En ce qui concerne les conditions de travail, il est recommandé de prendre les mesures suivantes :
- Motiver le personnel en offrant des primes de garde en fonction du nombre de patients traités et de la qualité de leur prise en charge.
- Assurer la disponibilité de moyens et de matériels adéquats pour garantir que le personnel dispose de ce dont il a besoin pour accomplir son travail efficacement.
- Augmenter les effectifs afin d'avoir un personnel en nombre suffisant pour répondre à la demande de soins, ce qui permettra de réduire la charge de travail excessive et le stress qui en résulte pour le personnel de santé.

III. Recommandation pour le système de santé :

- Tout d'abord, il faut renforcer et doter en ressources la pyramide sanitaire en renforçant les prestations de soins offertes par les établissements de soin de santé de base (ESSB) grâce à la promotion de la médecine de famille et de la médecine préventive. Ces propositions devraient ensuite être adaptées pour améliorer et fluidifier le parcours des soins.
- Localement, au sein du service des urgences pédiatriques, il est nécessaire d'adapter l'organisation interne en fonction des besoins en créant un service de court séjour contigu. Cette mesure est essentielle en raison du taux élevé d'hospitalisations observé pendant les périodes de fluctuations saisonnières. De plus, la situation géographique de l'hôpital dans une région touristique, combinée au fait qu'il est le seul CHU dans le sud, renforce la nécessité de cette initiative.
- Il faut un bon réajustement de l'espace : accueil, attente, consultation, observation, déchochage, soins intensifs, surtout avec la présence de pathologies engageant le pronostic vital. Il est nécessaire de créer plus de lits de soins intensifs pour agir sur le fort taux de mortalité qui accompagne ces urgences et l'améliorer.
- Adopter la stratégie de triage et de marche en avant avec une prise en charge unidirectionnelle en fonction du degré d'urgence permettra de rendre les vraies urgences plus sensibles.
- Il est recommandé d'articuler l'activité de l'hôpital autour de l'activité des services d'urgences. Étant donné que les urgences représentent la principale source d'hospitalisation, tous les services hospitaliers sont engagés dans un tour de garde selon un planning administratif annuel, en tant que "service receveur" des cas d'urgences de pédiatrie générale.

- Il faut résoudre le problème des places dans un service qui accueille des patients avec diverses pathologies. Pour remédier à cela, les services d'accueil doivent être constamment mis à jour pour éviter la stagnation des patients, en particulier dans les services de néonatalogie, car les décès néonataux représentent 61% de l'ensemble des décès dans notre service. Les nouveau-nés étant particulièrement vulnérables, ils nécessitent des soins de base spécifiques, une infrastructure appropriée et un personnel qualifié. Par conséquent, les services d'urgence ne sont pas adaptés pour recevoir ce type de patients.
- Pour améliorer les services d'urgences pédiatriques et réduire la mortalité néonatale, il est essentiel de mettre en place des unités de réanimation néonatale dans les hôpitaux régionaux.
- La création d'une « consultation délocalisée » vue que la majorité des consultants étaient principalement des cas bénins ne nécessitant pas un avis spécialisé.



CONCLUSION



Les admissions excessives restent un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Le défi à relever est particulièrement important chez nous au Maroc, où la mortalité infanto-juvénile reste élevée.

Les principales causes de morbi-mortalité néonatales étaient la prématurité et les infections. Nous soulignons l'importance de la mise en œuvre de stratégies de soins adéquates à la particularité de l'enfant, pouvant améliorer et bien prendre en charge ce dernier. Ainsi, nous insistons également sur le travail à faire en amont en axant sur un bon suivi des grossesses et l'éducation des parents.

Les infections respiratoires aiguës sont la première cause de morbi-mortalité de la période postnatale. Il est impératif de veiller à leur prise en charge grâce aux programmes de santé spécifiques, principalement le programme de vaccination.

Notre étude objective un certain nombre de contraintes qui s'imposent au bon fonctionnement du service : une stagnation et une hospitalisation excessive par manque de place en aval, le non-respect du circuit patient, ainsi que le flux des admissions néonatales élevé et la non-adaptation du service des Urgences Pédiatriques à la prise en charge des nouveau-nés.

La majorité des étiologies des décès dans notre contexte peuvent être évitées grâce au développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité, une surveillance correcte des grossesses, un accouchement médicalisé et une prise en charge adéquate du nouveau-né à la naissance et dans la période postnatale.



ANNEXES



IV- Caractéristiques cliniques :

- ❖ Type d'urgence : 1 = médicale 2 = chirurgicale
- ❖ Motif de consultation : 1 = fièvre 2 = toux 3 = Détresse respiratoire 4 = dyspnée
5 = Altération d'état général 6 = ictère 7 = pâleur 8 = convulsion 9 = trouble de conscience
10 = céphalée 11 = diarrhée/vomissement 12 = Autre
- ❖ Antécédents :
1 = Médicale 2 = chirurgicale 3 = toxico-allergique 4 = aucun
- ❖ Traitement reçus avant consultation :
1 = traitement traditionnel 2 = antibiotique 3 = antipyrétique 4 = corticoïde 5 = autre

V- Diagnostic final :

- 1 = accident 2 = appareil respiratoire 3 = appareil digestive 4 = appareil cardiaque
5 = appareil neurologique 6 = appareil urogénital 7 = atteinte multiviscérale 8 = infection
9 = prématurité 10 = autre

VI- Données évolutives :

- 1 = décès 2 = sortant 3 = transféré 4 = évadé 5 = autre



RESUMES



Résumé

Introduction: La problématique de l'accroissement des hospitalisations des enfants aux urgences pédiatriques du CHU Med VI de Marrakech, ainsi que le défi de gestion qui l'accompagne, préoccupent grandement la communauté médicale.

Le but de ce travail est d'établir un bilan des hospitalisations pédiatriques de SUP du CHU Med VI de Marrakech, dans le but de connaître les caractéristiques des enfants hospitalisés, de déterminer le taux de mortalité, d'identifier les principales causes de décès et de mettre en lumière les difficultés inhérentes au service.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, analytique et rétrospective concernant le profil épidémiologique des malades hospitalisés au service des Urgences Pédiatriques du CHU Med VI de Marrakech durant une période de 4 ans allant du 15 mars 2015 au 30 décembre 2019.

Résultats: Le nombre total des hospitalisations était de 1658 cas, soit 0,62% des admissions, avec un sexe ratio de 1,36. L'âge moyen de nos patients était de 2,5 ans, avec des extrêmes allant de 0 à 16 ans. Plus de deux tiers des hospitalisations sont représentées par les nouveau-nés et les nourrissons, avec respectivement 33% et 38% chacun. La majorité de nos patients provenaient de la région de Marrakech-Safi, avec un pourcentage de 88,8%, tandis que seuls 11,2% ont été référés d'autres régions. Trois quarts de nos patients (75,25%) consultaient sans référence, et 85,7% venaient par leurs propres moyens de transport. Les motifs de consultation ont été prédominés par les signes respiratoires (34%), digestifs (13,3%) et neurologiques (11%), la fièvre était associée aux différents symptômes chez 21,5%. L'infection néonatale a constitué la première cause d'hospitalisation des nouveau-nés (49,45%), suivie de la prématurité (15,63%). Pour les autres tranches d'âge, ce sont les pathologies respiratoires qui prédominent (19,5%), suivies des pathologies digestives (14,3%). Le taux de mortalité était de 7,5%, alors que l'évolution était favorable chez 81% des enfants. La mortalité a été plus élevée

chez les nouveau-nés avec un taux de 61,3%. Les principales causes du décès en période néonatale étaient : la prématurité (20,2%) et les infections néonatales (19,4%).

Conclusion :Notre analyse indique que la réduction de la mortalité pédiatrique nécessite une meilleure prise en charge prénatale et périnatale, ainsi que l'adoption de stratégies mieux élaborées pour la prise en charge globale des maladies de l'enfant, en mettant particulièrement l'accent sur les infections et la vaccination. De plus, il est essentiel de renforcer la pyramide sanitaire afin de prévenir le recours des nouveau-nés aux Urgences Pédiatriques.

Summary

Introduction: The issue of the increasing hospitalizations of children in the pediatric emergency department of UHC Med VI in Marrakech, along with the management challenges it poses, is a major concern within the medical community.

The purpose of this study is to provide an overview of pediatric hospitalizations at the CHU Med VI pediatric emergency department, aiming to understand the characteristics of hospitalized children, determine mortality rates, identify the leading causes of death, and highlight the inherent challenges in the service.

Materials and Methods: This is a descriptive, analytical, and retrospective study concerning the epidemiological profile of hospitalized patients in the Pediatric Emergency Department of UHC Med VI in Marrakech over a 4-year period from March 15, 2015, to December 30, 2019.

Results: The total number of hospitalizations was 1658 cases, representing 0.62% of admissions, with a gender ratio of 1.36. The average age of our patients was 2.5 years, ranging from 0 to 16 years. More than two-thirds of hospitalizations were comprised of newborns and infants, accounting for 33% and 38%, respectively. The majority of our patients came from the Marrakech-Safi region, with a percentage of 88.8%, while only 11.2% were referred from other regions. Three-quarters of our patients (75.25%) sought care without a prior referral, and 85.7% arrived using their own means of transportation. Consultation reasons were predominantly respiratory (34%), digestive (13.3%), and neurological (11%), with fever associated with different symptoms in 21.5% of cases. Neonatal infection was the leading cause of hospitalization among newborns (49.45%), followed by prematurity (15.63%). In other age groups, respiratory conditions predominated (19.5%), followed by digestive disorders (14.3%).

The mortality rate was 7.5%, with a favorable outcome in 81% of children. Mortality was higher among newborns, with a rate of 61.3%. The primary causes of neonatal death were prematurity (20.2%) and neonatal infections (19.4%).

Conclusion: Our analysis indicates that reducing pediatric mortality requires improved prenatal and perinatal care, the adoption of more refined strategies for comprehensive child disease management, with a particular focus on infections and vaccination. Additionally, strengthening the healthcare system is essential to prevent neonates from resorting to the Pediatric Emergency Department

ملخص

المقدمة: مسألة ارتفاع نسبة استشفاء الأطفال في مستشفيات الأطفال بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، جنباً إلى جنب مع التحديات الإدارية المصاحبة لها، تشكل قلقاً كبيراً في الوسط الطبي.

هدف هذه الدراسة هو تقديم نظرة عامة على استشفاء الأطفال في قسم مستشفيات الأطفال بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، بهدف فهم خصائص الأطفال الذين تم استشفائهم، تحديد معدلات الوفاة، أسباب الوفاة الرئيسية، وإبراز الصعوبات المرتبطة برعايتهم داخل المصلحة.

المواد والطرق: إنها دراسة وصفية، تحليلية واسترجاعية تتعلق بالملف الوبائي للمرضى المستشفين في مصلحة مستشفيات الأطفال للمستشفى المذكور على مدى فترة 4 سنوات تمتد من 15 مارس 2015 إلى 30 دجنبر 2019.

النتائج: كان إجمالي عدد الاستشفاء 1658 حالة، ممثلة 0.62% من الإيداعات، مع نسبة جنسية بلغت 1.36. كان العمر المتوسط لمرضاة 2.5 سنة، يمتد من 0 إلى 16 سنة. أكثر من ثلثي الاستشفاءات تمثلت في الأطفال حديثي الولادة والرضع، بنسب تبلغ 33% و 38% على التوالي. جاءت معظم مرضانا من منطقة مراكش-آسفي، بنسبة 88.8%، بينما كانت نسبة الإحالة من مناطق أخرى 11.2% فقط. ثلاثة أرباع مرضانا (75.25%) طلبوا الرعاية دون إحالة مسبقة، وجاء 85.7% منهم باستخدام وسائل النقل الخاصة بهم. تمثلت دوافع الاستشارات في الأعراض التنفسية (34%) والهضمية (13.3%) والعصبية (11%)، وارتبطت الحمى بالأعراض المختلفة في 21.5% من الحالات. شكلت التعففات الوليدية (45,49%) السبب الرئيسي للاستشفاء بين الأطفال حديثي الولادة، تليها الولادة المبكرة (15.63%). بالنسبة للفئات العمرية الأخرى، كانت اضطرابات الجهاز التنفسي هي السائدة (19.5%)، تليها

اضطرابات الجهاز الهضمي (14.3%). بلغ معدل الوفاة 7.5%، في حين ان 81% من الحالات قد تحسنت. كانت معدلات الوفاة أعلى بين حديثي الولادة بنسبة 61.3%. وكانت أسباب الوفاة الرئيسية بين حديثي الولادة هي: الولادة المبكرة (20.2%) و التعففات الوليدية (19.4%).

الاستنتاج : حسب تحليلنا لهذه للوضعية، استنتجنا أنه من أجل الخفض من معدلات وفيات

الأطفال بشكل عام، يجب تحسين الرعاية الصحية للحوامل خلال فترة ما قبل الولادة، و أثناء الولادة، و خلق إستراتيجية للرعاية الصحية الجيدة للأطفال، تشمل علاج كل الأمراض خاصة التعفنية منها . بالإضافة إلى ذلك، من الضروري تعزيز الهرم الصحي للحد من لجوء حديثي الولادة إلى مصالح مستعجلات الأطفال.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, et al.**
Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4.
Lancet 2010;375:1988-2008. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60703-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60703-9).
2. **Communiqué de presse (2017) OMS. NEW YORK/GENÈVE/WASHINGTON.**
7000 nouveau-nés meurent encore chaque jour. 19 octobre 2017. Au rythme actuel, entre 2017 et 2030, 30 millions de nouveau-nés mourront dans les 28 premiers jours de leur vie.
tiré du .<https://www.who.int/fr/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>
3. **Communiqué de presse conjoint OMS/UNICEF 13 SEPTEMBRE 2012 NEW YORK/GENÈVE –**
Le rythme de la réduction du nombre de décès d'enfants s'est fortement accéléré depuis 2000, selon de nouvelles données publiées aujourd'hui par *l'unicef, l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies*. N.d.
https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/child_survival_20120913/fr/
4. **Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al.**
Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis.
Lancet 2015;385:430-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6).
5. **A Maniktala, C Pruitt, M Poirier.**
Deaths In a Non-Trauma Center Pediatric Emergency Department: A Ten-Year Experience.
Ijem 2004;1. <https://doi.org/10.5580/241a>.
6. **Lopez E, Udaondo J, Olabarri M, Martinez-Indart L, Benito J, Mintegi S, et al.**
Mortality in Spanish pediatric emergency departments: a 5-year multicenter survey.
Eur J Emerg Med 2017;24:392-7. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000365>.
7. **Jbari S, Lahmini W, Eddabbah M, Boussaa S, Bourrous M.**
The characterization of a hospitalized population at the pediatric emergency service of Mother and Child Hospital, Marrakech, Morocco.
Pan Afr Med J 2022;43. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.138.29471>.

8. **Coulibaly, B. (2006).**
Les Urgences Médicales Pédiatriques dans le Service de Pédiatrie du CHU–Gabriel Toure .
<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M265.pdf>
9. **Atanda H.L. *, Porte J. *, Bon J.C. *, Force–Barge P. *, Rodier J. **.**
Place des urgences medicales pediatriques dans un service medical a pointe–noire.
Médecine d’afrique noire 1994.
10. **Kingwengwe AA, Ndjadi AK, Lukusa PM, Ilunga PM, Ibeki EK, Kyanga PA, et al.**
Epidemiology of Pediatric Medical Emergencies at the Kindu Reference General Hospital (HGRK): State of Affairs and Perspectives.
Oalib 2019;06:1–9. <https://doi.org/10.4236/oalib.1105715>.
11. **Gueddari W.**
L’accueil des urgences pédiatriques: qu’en est–il au Maroc?
Revue Marocaine de Santé Publique 2017;4.
<https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/RMSP/8135>.
12. **Nolan T, Angos P, Cunha AJ, Muhe L, Qazi S, Simoes EA, et al.**
Quality of hospital care for seriously ill children in less–developed countries.
Lancet 2001;357:106–10. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03542-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03542-X).
13. **Singhi S, Jain V, Gupta G.**
Pediatric emergencies at a tertiary care hospital in India.
J Trop Pediatr 2003;49:207–11. <https://doi.org/10.1093/tropej/49.4.207>.
14. **Lavaud, J.**
Réanimation et transport pédiatriques(2004) .
(Deprecated). N.d.
15. **« Rapports d’Activité – Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina – CHU ». N.d.**
16. **Berraho M, Rhazi K, Fakir S, Tachfouti N, Serhier Z, Tessier jean–F, et al.**
C2–1 – Santé au Maroc : les principaux acquis à consolider et dysfonctionnements à surmonter. À partir des statistiques du ministère de la santé au Maroc.
Revue d’épidémiologie et de sante publique – rev epidemiol sante publ 2006;54:30–30.
[https://doi.org/10.1016/S0398-7620\(06\)76819-5](https://doi.org/10.1016/S0398-7620(06)76819-5).

17. **Letourmy A.**
Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des *pays africains*.
Comptes Rendus Biologies 2008;331:952-63.
<https://doi.org/10.1016/j.crv.2008.08.013>.
18. **santé en chiffre 2021 n.d.**
[https://www.sante.gov.ma/Documents/2023/03/Sante%20en%20chiffre%202021%20VF%20\(1\).pd](https://www.sante.gov.ma/Documents/2023/03/Sante%20en%20chiffre%202021%20VF%20(1).pd)
19. **Channaje A.**
Indice Numbeo des soins de santé 2022 : Où se classe le Maroc ?
L'Opinion Maroc – Actualité et Infos au Maroc et dans le monde n.d.
https://www.lopinion.ma/Indice-Numbeo-des-soins-de-sante-2022-Ou-se-classe-le-Maroc_a29420.html (accessed September 19, 2023).
20. **Moussa Hamad M.**
Connaissances et attitudes pratiques des parents face à une urgence pédiatrique au CHU *gabriel toure*.
Usttb, 2019.
21. **Grimprel E, Bégué P.**
Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants.
Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2013;197:1127-41.
[https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31481-5](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31481-5).
22. **Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S.**
Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé.
Journal Européen des Urgences 2007;20:138.
<https://doi.org/10.1016/j.jeur.2007.03.446>.
23. **Carrasco B.**
Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale 2003.

24. **Berraho M, Boly A, Tachfouti N, Elmajjaoui A, Nejari C.**
Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc.
Pratiques et Organisation des Soins 2012;43:197-204.
<https://doi.org/10.3917/pos.433.0197>.
25. **Türe E.**
Evaluation of Clinical and Demographical Characteristics of the Patients Who Admitted to Pediatric Emergency Department of a University Hospital.
Haydarpasa Numune Med J 2019. <https://doi.org/10.14744/hnhj.2019.68552>.
26. **Gueddari W.**
L'accueil des urgences pédiatriques: qu'en est-il au Maroc?
Revue Marocaine de Santé Publique 2017;4
<https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/RMSP/8135>.
27. **Lahmini W, Bourrous M.**
Mortality at the pediatric emergency unit of the Mohammed VI teaching hospital of Marrakech.
BMC Emergency Medicine 2020;20:57. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00352-9>.
28. **Baubeau D, Joubert F, Girard LL.**
Les passages aux urgences de 1990 à 1998 1990.
29. **Hijano R, Hernández A, Martínez-Arias A, Homs I, Navarrete ML.**
[Epidemiological study of emergency services at a tertiary care center].
Acta otorrinolaringol esp 2009;60:32-7.
30. **Giacalone T, Vanelli M, C. Zinelli EA.**
One year experience at the Emergency Unit of the Children's Hospital of Parma.
Acta biomedica atenei parmensis 2003;74:34-7.
31. **Enyuma CO, Anah MU, Pousson A, Olorunfemi G, Ibisomi L, Abang BE, et al.**
Patterns of paediatric emergency admissions and predictors of prolonged hospital stay at the children emergency room, University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria.
Afr Health Sci 2019;19:1910-23. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i2.14>.

32. M. Sékou K.

Bilan d'activité des urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015.

Thesis. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, 2019.

33. Hmami F.

Epidémiologie des urgences pédiatriques au niveau de la ville de Fès et régions.

Memoire pour l'obtention du diplôme de specialite en medecine. Université sidi mohammed ben abdellah faculte de medecine et de pharmacie fes, juillet 2010.

34. Gajoui BE, Boubkraoui MEM, Mekaoui N, Karboubi L, Dakhama BSB.

Acute life-threatening illnesses epidemiology at a pediatric university hospital's medical emergency department in morocco n.d.

35. Michal R, Gilboa S, Sagi H, Berger I, Wolach B. Referral.

Admission, and discharge patterns in a pediatric emergency department in Israel: *Pediatric Emergency Care 1993;9:72-6.*

<https://doi.org/10.1097/00006565-199304000-00003>.

36. Nzame Y, Ntsame S, Ndoutoume R, Gahouma D, Koko J.

Épidémiologie des Urgences Pédiatriques de Nuit au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

Health sci dis 2020;21.

37. Laaraje A, Mekaoui N, Karboubi L, Dakhama Badr Sououd B.

Consultations aux urgences médicales pédiatriques : qui, pourquoi et comment ? À propos de 1000 consultants. Service des urgences médicales pédiatriques, hôpital d'enfants Rabat.

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2018;66:S157.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.03.102>.

38. Agnes-Raffy C, Claudet I, Grouteau E, Fries F, Ducassé L.

Epidemiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans n.d.

39. **Mabiala-Babela J-R, Pandzou N, Moyen G-M.**
La pathologie accidentelle du nourrisson aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville (Congo).
Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2010;23:185-90.
<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2010.04.002>.
40. **Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H.**
Étude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques.
Archives de Pédiatrie 2015;22:135-40. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.10.004>.
41. **Leblanc A.**
Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant.
Enfances & Psy 2009;42:63-70. <https://doi.org/10.3917/ep.042.0063>.
42. **Ejlaidi A, Bouskraoui M.**
Enquête multicentrique sur les urgences pédiatriques 2010.
43. **Matoussi N, Fitouri Z, Maaroufi N, Berriche I, Ben Bechir S.**
[Epidemiologic profile and management pediatric medical emergency's consultants of Tunisian child's hospital].
Tunis med 2007;85:843-8.
44. **Matoussi N, Fitouri Z, Maaroufi N, Berriche I, Ben Bechir S.**
[Epidemiologic profile and management pediatric medical emergency's consultants of Tunisian child's hospital].
Tunis med 2007;85:843-8.
45. **Ly F.**
Profil épidémiologique des consultants admis aux urgences médicales pédiatriques du Centre Hospitalier National de Pikine.
Revue Africaine et Malgache de Recherche Scientifique/Sciences de la Santé 2017;4.
46. **Assè KV, Plo KJ, Yao KC, Konaté I, Yenan JP.**
Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif des malades référés aux urgences pédiatriques du CHU de Bouaké (Cote d'Ivoire). 2012.

47. **Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF.**
Paediatric utilization of an emergency department in Italy.
European Journal of Public Health 2006;16:565-9.
[Https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl019](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl019).
48. **Gauthier C.**
Recensement population (RGPH) 2014. Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc n.d.
[Https://www.hcp.ma/Recensement-population-RGPH-2014_a2941.html](https://www.hcp.ma/Recensement-population-RGPH-2014_a2941.html) (accessed June 26, 2023).
49. **Alam N, van Ginneken JK, Timaeus I.**
Determinants of perceived morbidity and use of health services by children less than 15 years old in rural Bangladesh.
Matern Child Health J 2009;13:119-29. [Https://doi.org/10.1007/s10995-008-0320-x](https://doi.org/10.1007/s10995-008-0320-x).
50. **Zoghlami C, Horrigue I, Khelil M, Nouira S, Chebil D, Jrad T, et al.**
Typologie de la morbidité diagnostiquée dans un service de Pédiatrie d'un hôpital secondaire (Msaken, Sousse, Tunisie).
Tunis med 2021;99:106-19.
51. **Rigal E, Maakaroun-Vermesse Z, Gaudy-Graffin C, Bonnemaïson E, Marchand S, Labarthe F, et al.**
Épidémiologie et description clinique des infections à métapneumovirus humain chez l'enfant. *Archives de Pédiatrie* 2010;17:26-33.
[Https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.10.008](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.10.008).
52. **Robinson JL, Saux NL, Canadian Paediatric Society ID and IC.**
Preventing hospitalizations for respiratory syncytial virus infection. *Paediatrics & Child Health* 2015;20:321. [Https://doi.org/10.1093/pch/20.6.321](https://doi.org/10.1093/pch/20.6.321).
53. **Benckroun I, Boubkraoui MEM, Mekaoui N, Karboubi L, Mahraoui C, Dakhama BSB.**
Profil épidémiologique des pathologies respiratoires chez l'enfant à l'Hôpital d'Enfants de Rabat, Maroc. *Pan Afr Med J* 2017;28:288.
[Https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.288.13405](https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.288.13405).

54. **Moudoud B, Ezaïdi A.**
Le tourisme national au Maroc : opportunités et limites de développement.
Téoros Revue de recherche en tourisme 2005;24:25-30.
55. **Alao MJ1, Akodjenou J2, Yakoubou A1, Agbodjogbé Y1, Gbénou AS3, Zouménou E2.**
Urgences pédiatriques : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) de Cotonou - Bénin en 2019.
Calameo.com 2019. <https://www.calameo.com/read/00456829345c5983a1581> (accessed August 20, 2023).
56. **Abdoulaye Z, Chaibou Ms, Alkassoum I, Samaila A, Illa H, Nafissa Dd.**
Caractéristiques socio-épidémiologiques et évolutives des patients référés aux urgences pédiatriques de l'Hôpital National de Niamey : Etude rétrospective à propos de 528 cas.
Calameo.com n.d.
57. **Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G.**
Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise.
Archives de Pédiatrie 2004;11:108-14. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2003.11.006>.
58. **Mardegan P.**
À l'hôpital et après ADSP n° 52 septembre 2005 n.d.
59. **Menninger J., Abalea P.**
Evaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré à l'ap-HP et recommandations pour les réseaux d'urgence ville - hôpital à Paris et en *seine-saint-denis*.
Vie-publique.fr 2023. <http://www.vie-publique.fr/rapport/26625-evaluation-de-la-consultation-pediatrique-sans-rendez-vous-de-lhopital> (accessed August 20, 2023).
60. **Abrouk S., Belmari S., Benia N.**
Enquete nationale sur les urgences medico-chirurgicales principaux.
Yumpu.com n.d. <https://www.yumpu.com/fr/document/read/12971961/enquete-nationale-sur-les-urgences-medico-chirurgicales-principaux> (accessed August 20, 2023).

61. Berthier M, Martin-Robin C.

Les consultations aux urgences pédiatriques étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants.

Archives de Pédiatrie 2003;10:s61-3. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(03\)90382-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(03)90382-4).

62. Carcopino M, Carcopino X, Gerbeaux P.

Évaluation du mode d'arrivée au service d'accueil des urgences comme facteur prédictif d'une hospitalisation.

Journal Européen des Urgences 2008;21:79-85.

<https://doi.org/10.1016/j.jeur.2008.10.001>.

63. Giroud M.

La régulation médicale en médecine d'urgence. *Réanimation* 2009;18:737-41.

<https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2009.08.008>.

64. Chetoui, Papart.

Les urgences dans un hopital regional : Profil épidémiologique et étude de la satisfaction des usagers/patients.

Service régional des urgences de Kébili – Tunisie. Archives of Public Health 2002.

65. Claudet I, Joly-Pedespan L.

Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ?

Archives de Pédiatrie 2008;15:1733-8. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.09.025>.

66. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui M aj., Trebolazabala Quirante N.

Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario.

Anales de Pediatría 2004;61:156-61. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(04\)78374-5](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(04)78374-5).

67. David F.

Consultation aux urgences pédiatriques: caractéristique socioéconomique et parcours de soins de 104 enfants accueillis au CHU d'angers.

Thesis. UNIVERSITE D'ANGERS, 2014.

68. **Ijaz N, Strehlow M, Ewen Wang N, Pirrotta E, Tariq A, Mahmood N, et al.**
Epidemiology of patients presenting to a pediatric emergency department in Karachi, Pakistan.
BMC Emerg Med 2018;18:22. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0175-4>.
69. **Mabiala-Babela JR.**
Satisfaction des usagers vis-à-vis des soins dispensés dans les centres de santé intégrés de Brazzaville.
Annale des Sciences de la Santé 2016;15.
70. **Emmanuel C, Koolo BI, Hassimiou CS, Moustapha K, Ouou KO, Binta DF, et al.**
Self-medication in children aged 0 to 15 years hospitalized in the pediatric department of the Donka National Hospital (Conakry).
Health sciences and disease 2022;23.
71. **Abourazzak S1, Achour S2, Draïss G3, 4, Kabiri M4, Karboubi L4, Barkat A4, Bouskraoui M3, Soulaymani-Bencheikh R5, Hida M1.**
La problématique des "Ferraga" au Maroc 2012.
72. **Mr. Ibrahim "Yacouba" Traore.**
Les urgences pédiatriques au centre de santé de référence de la commune V.
thesis. Université des sciences techniques et de la technologie Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2013.
73. **Roukia Sahrane.**
Consultations aux urgences médicales pédiatriques : qui, pourquoi et comment ? À propos de 1000 consultants. Service des urgences médicales pédiatriques, hôpital d'enfants Rabat.
Thèse FMPR 05- 2019
74. **Sylla M, Folquet-Amorissani M, Oumar A, Dicko F, Sidibé T, Moyo L, et al.**
Morbidity and mortality neonatal in the pediatric resuscitation service of the hospital of Gabriel Toure, 2009.

75. **Kedy Koum D, Exhenry C, Penda C-I, Nzima Nzima V, Pfister RE.**
Morbidity and mortality neonatal in a hospital of urban district with limited resources in Douala, Cameroun.
Archives de Pédiatrie 2014;21:147-56. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.11.014>.
76. **Rabesandratana N, Rasamimanana NG, Tatnke HT, Randaoharison P, Andrianarimanana D.**
Aspect épidémiologique-clinique des urgences médicales en néonatalogie à Mahajanga Madagascar n.d.
77. **Gueye M, Sylla A, Fall AL, Faye PM, Ndiaye O. SFN P-03 –**
Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés et déterminants de leurs admissions en hospitalisation à Dakar.
Archives de Pédiatrie 2014;21:616. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71876-7](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71876-7).
78. **Dicko-Traoré F, Sylla M, Traoré Y, Traoré A, Diall H, Diakité AA, et al.**
Unité de néonatalogie de référence nationale du Mali : état des lieux.
Santé Publique 2014;26:115-21. <https://doi.org/10.3917/spub.137.0115>.
79. **Akaffou E, Amon Tanoh-Dick F, Lasme-Guillao B, Yenon J.**
Mortalité néonatale et niveaux de diagnostic au Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon (Abidjan). 2011.
80. **Yenon J.P. , Plo K.J. , Asse K.V.**
Morbidity and mortality neonatal in the pediatric service of the CHU of Bouaké – Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone n.d. <https://web-saraf.net/Morbidity-et-mortality-neonatal.html> (accessed September 16, 2023).
81. **Nagalo K, Dao F, Tall FH, Yé D.**
Morbidity and mortality of newborn hospitalized over 10 years at the Clinique El Fateh-suka (Ouagadougou, Burkina Faso). *Pan Afr Med J* 2013;14:153. <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.14.153.2022>.
82. **Kibirige MS.**
A seven year experience of medical emergencies in the assessment unit.
Archives of Disease in Childhood 2003;88:125-9. <https://doi.org/10.1136/adc.88.2.125>.

83. **Laaraje A, Mekaoui N, Karboubi L, Dakhama Badr Sououd B.**
Les transferts pédiatriques au service des urgences médicales pédiatriques de l'hôpital d'enfants à Rabat : analyse du profil démographique, des modalités du transport et des *principaux motifs*.
Revue d'épidémiologie et de santé publique 2018;66:s157-8.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.03.104>.
84. **Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T.**
Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) policy. Implementation and *management of Observation Units n.d.*
85. **Levett I, Berry K, Wacogne I.**
Review of a paediatric emergency department observation unit.
Emergency Medicine Journal 2006;23:612-3. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.029470>.
86. **O'Meara M, Trethewie S.**
Managing paediatric death in the emergency department.
J Paediatr Child Health 2016;52:164-7. <https://doi.org/10.1111/jpc.12957>.
87. **Zhu C, Wu X, Liang Y, Ma W, Ren L.**
The mortality of patients in a pediatric emergency department at a tertiary medical center *in China: An observational study*. *World J Emerg Med* 2015;6:212-6.
<https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.03.009>.
88. **Ministère de la santé, Maroc.**
Enquête nationale sur la population et la santé familiale 2011.
Disponible sur le site <http://www.sante.gov.ma> n.d.
89. **Levels and Trends in Child Mortality Report 2017 | UNICEF 2017.**
<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2017>
(accessed August 27, 2023).
90. **Ayrton J, Attwood D, Lado DK. A**
Retrospective Analysis of Mortality Distribution in Juba Teaching Hospital, Southern Sudan. *South Sudan Medical Journal* 2009;2:3-7. <https://doi.org/10.4314/ssmj.v2i1>.

91. **Jofiro G, Jemal K, Beza L, Bacha Heye T.**
Prevalence and associated factors of pediatric emergency mortality at Tikur Anbessa specialized tertiary hospital: a 5 year retrospective case review study.
BMC Pediatr 2018;18:316. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1287-4>.
92. **Uleanya N.**
Pattern of Morbidity and Mortality at the Children Emergency Unit of Enugu State Teaching Hospital, Park lane, Enugu.
Journal of Experimental Research 2016;Vol 4:48-54.
93. **Ntuli ST, Malangu N, Alberts M.**
Causes of Deaths in Children under-Five Years Old at a Tertiary Hospital in Limpopo Province of South Africa.
Glob J Health Sci 2013;5:95-100. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n3p95>.
94. **Ahmed M, Won Y.**
Cross-National Systematic Review of Neonatal Mortality and Postnatal Newborn Care: Special Focus on Pakistan.
Int J Environ Res Public Health 2017;14:1442. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121442>.

قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح

والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



المظاهر الوبائية للمرضى في مصلحة مستعجلات الأطفال

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/10/03

من طرف

السيدة سكينة الساوي

المزودة في 05 أكتوبر 1993 بأكادير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

مستعجلات الأطفال - مظاهر وبائية - أمراض الأطفال
وفيات الرضع والأطفال

اللجنة

الرئيس

م. الزياني

السيد

أستاذ في الطب الباطني

المشرف

م. بوالروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

الحكام {

ا. ا. كميلي

السيد

أستاذ في جراحة الأطفال

ن. راضي

السيد

أستاذ في طب الأطفال