

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T.B**

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO  
U.S.T.T.B



*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

**F.M.O.S**

Année universitaire : 2022–2023

Thèse N° : ...../.....

**THESE**

**BILAN D'UNE ANNEE D'ACTIVITE AU  
SERVICE DES URGENCES DE LA  
CLINIQUE MEDICOCHIRURGICALE ET  
DE REANIMATION PASTEUR**

Présentée et soutenue publiquement le... /... / 2023 devant le jury de la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

***M. Mohamed MAGASSA***

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président** : Mr Aladji Seidou DEMBELE, Professeur

**Directeur** : Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE, Maître de Conférences

**Co-directeur** : Mr Amadou GAMBY, Médecin

**Membre** : Mr Moustapha Issa MANGANE, Maître de Conférences

# **DEDICACES**

## DEDICACES

NOUS DEDIONS CE TRAVAIL A :

Allah

L'Omniscient, l'Omnipotent, le Miséricordieux, l'Alpha, l'Oméga, Celui qui par sa grâce nous a permis de voir ce jour et nous a accordé la santé afin de mener ce travail à terme. Nous rendons également grâce à Son Envoyé, le Prophète Muhammad paix et salut sur Lui.

### **A notre défunt père**

Inna lillahi wa inna ilayhi rajiun.

Cher père, vous aviez d'autres projets pour nous mais nous vous avons convaincu d'être un jour Docteur, malheureusement vous n'êtes pas présent pour assister à cela.

Quelle aurait été notre joie de vous prendre dans nos bras et vous dire que nous avons réussi ? Seul DIEU a la réponse.

Les grands hommes ne meurent pas.

La bonté, la sociabilité, la fraternité, l'amour pour son prochain et la foi sont les leçons préférées que vous nous avez toujours inculqué.

Votre départ a fait de nous chef de famille à notre jeune âge, nous espérons être à la hauteur des attentes et être présent pour nos frères et sœurs ainsi que pour notre mère.

Qu'ALLAH vous accorde le Paradis et nous donne la force de pouvoir toujours prier pour vous !!!

### **A ma mère**

Comme on vous a toujours appelé "FEMME AU GRAND CŒUR".

Capable de faire passer le bonheur des autres avant le votre, vous nous avez appris à aimer, à aider les autres, qu'ils soient de notre famille ou non.

Chère mère, vous n'avez ménagé aucun effort pour peaufiner notre personnalité. Si vos genoux continuent à s'user dans la prière, c'est sûrement pour nous.

Puisse ALLAH vous combler au delà de toute attente.

# **REMERCIEMENTS**

## REMERCIEMENTS

### **A mes frères et sœurs (Mamou, Fatoumata, Cheick Oumar, Bahoro et Awa)**

Vous êtes pour nous la force qui nous permet de ne jamais abandonner.

Vous rendre heureux est la raison pour laquelle nous nous battons chaque jour.

Nous espérons être le frère sur lequel vous allez pouvoir toujours compter.

Qu'ALLAH fortifie nos liens et nous donne les moyens de prendre soin l'un de l'autre et de notre maman.

### **A mon grand frère Hadèkè MAGASSA**

Merci d'avoir passé cet appel qui nous a permis d'être aujourd'hui au Mali et faire la faculté de médecine.

Votre volonté que les choses soient bien faites a fait de vous une personne incomprise mais sachez que nous vous aimons tous et sommes fiers de vous avoir parmi nous.

### **A mon beau frère, frère et ami Hamidou BATHE**

MERCI !!!

Vous avez été la première personne qui nous a accueilli dans cette grande ville de Bamako, vous avez toujours été là pour nous.

Vous nous avez nourri, aidé, conseillé, financé comme votre propre frère sans rien nous demander en retour.

Nous n'avons pas trouvé de mot adéquat pour qualifier votre personnalité, vous êtes le grand frère que nous n'avons jamais eu.

Etre ici, c'est en grande partie grâce à vous. Nous continuerons toujours à nous battre pour que vos sacrifices ne soient vains et pour vous rendre fier.

Qu'ALLAH vous donne une longue vie !!!

### **A mon frère Mohamed BATHE**

Cela fait quelques années que nous n'avons plus de tes nouvelles.

Ta joie de vivre, ta volonté à toujours protéger les tiens, ton sourire et tes folies nous manquent.

De là où tu es, qu'ALLAH t'accorde tout le bonheur souhaité.

Tu me manques frangin RMOH.

### **A mon oncle Daouda MAGASSA**

Vous avez été au départ de cette aventure. Merci de nous avoir inscrit à l'école.

Nous espérons vous rendre encore plus fier.

### **A mon papa particulier Abdoulaye DRAME**

Vous avez été la première personne à qui nous nous sommes confié.

Merci pour les Dou 'as et accompagnements.

Qu'ALLAH vous accorde une longue vie et le bonheur souhaité !!!

### **A mes familles de la Côte d'Ivoire et du Mali**

Famille MAGASSA, BATHE, FOFANA, TOURE, TRAORE, TOUNGARA, DOUMBIA, MACALOU, vous nous avez chaleureusement accueilli dans votre famille.

Qu'ALLAH vous récompense !!!

### **A ma grande famille RASERE et à l'ensemble de ses sous groupes**

Une famille sans père ni mère, constituée de frères et sœurs, prônant la paix, l'amour, l'entraide et partageant le pain quotidien.

Une famille ouverte à tous sans distinction de sexe, de race, de classe ni de nationalité.

Une famille dans laquelle les plus grands protègent les petits.

Merci de nous avoir ouvert vos portes, de nous former, d'avoir fait cet homme que nous sommes aujourd'hui.

Nous espérons vous rendre au centime tout ce que vous nous avez apporté.

«LA PAROLE N'EST QUE LA PAROLE, LA PUISSANCE RESIDE DANS L'ACTION »

### **A mes amis et frères**

Mamadou COULIBALY, Karim H TRAORE, Cheick O FOFANA, Aboubacar TRAORE, Yamoussa B DIAMOUTENE, Mamoudou SISSOKO, Mahamadou MAGASSOUBA, Mohamed DEMBELE, Adama K DIARRA, Saddam ABDOURAHAMAN, Drissa MAGASSA, Ousmane ABDELKERIM, ..., merci pour ces moments passés et à venir.

Qu'ALLAH fortifie nos liens.

### **A mes braves dames**

Massaran Diallo, Oumou SABE, Mariam T KONATE, Fatou SISSOKO, ..., merci pour tout le soutien que vous portez à ma personne.

Je suis chanceux de vous avoir dans ma vie.

Qu'ALLAH vous comble de bonheur !!!

**A tous mes maitres de la Côte d'Ivoire au Mali**

Merci pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez transmis.

**A notre Cher Maître, Pr. DIANGO Djibo Mahamane**

Nous sommes très reconnaissant pour la confiance, la patience, et l'encouragement dont vous m'avez entouré depuis le début de cette thèse et jusqu'à présent. Nous vous remercions sincèrement de votre disponibilité, de votre abord facile, de nous avoir fourni d'excellentes conditions de travail.

Vos qualités humaines exceptionnelles, votre sens élevé de la perfection font de vous un Maître admiré de tous.

Nous vous prions, cher Maitre, de trouver ici notre profonde et respectueuse reconnaissance.

**Aux médecins anesthésistes-réanimateurs et DES du DARMU : Dr SOUMARE, Dr SAMAKE, Dr BAGAYOKO, Dr A COULIBALY, Dr M DAOU, Dr S BADIMI, ...**

Merci pour vos conseils et encouragements, votre disponibilité et la qualité d'enseignements reçu.

**A mes collègues du service des urgences et de la réanimation plus particulièrement à ceux de l'équipe D : Sidiki CAMARA, Bakary COULIBALY, Mohamed SIBY, Mamadou SOUMARE, Aminata N COULIBALY, Dr Frank EMERSON, Dr MAIGA, Dr OSEE, Dr Thierry D'ACQUIN, Dr Larissa BELOMO, Dr Ousmane ABDELKERIM**

Merci pour tout votre soutien, encouragement, complicité et franche collaboration.

**Aux médecins des urgences de la CMCR PASTEUR : Dr Ousmane N'DIAYE, Dr Ababacar M ASSALAHA, Dr Souleymane SANGARE, Dr Bréhima SANGARE...**

Ce travail est le vôtre.

Merci de nous avoir supporté, aidé, encouragé et conseillé.

**Au Directeur Général et à l'ensemble du personnel de la CMCR PASTEUR**

Merci de nous avoir ouvert vos portes et d'avoir rendu ces moments agréables et inoubliables.

**Au personnel du SAU du CHU Gabriel TOURE**

Merci pour votre étroite et franche collaboration.

**A mes amis du Bureau, GGS, les djalans, du Free**

Je ne saurai vous remercier comme il se doit, trouvez ce travail le vôtre.

L'aventure continue !!!

**A tous ceux de près ou de loin qui ont pris part à l'aboutissement de ce travail, dont  
l'omission du nom n'est pas celui du cœur.**



**HOMMAGES AUX MEMBRES  
DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Pr. Aladji Seidou DEMBELE**

- ✓ Médecin Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- ✓ Professeur titulaire à la FMOS
- ✓ Praticien hospitalier et Chef de service d'Anesthésie au CHU de l'IOTA
- ✓ Trésorier de la SARMU-MALI et de la SARAF
- ✓ Membre SFAR et de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et de Réanimation

Cher Maitre,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouvez en ces quelques mots, cher Maitre, nos sincères remerciements.

## A NOTRE MAITRE ET JUGE

### Pr Moustapha MANGANE

- ✓ Médecin anesthésiste Réanimateur
- ✓ Ancien interne des hôpitaux
- ✓ Maître de conférence agrégé à la FMOS
- ✓ Chef de service du bloc opératoire du CHU Gabriel Touré
- ✓ Membre de la SAMUR-Mali et de la SARAF
- ✓ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre rigueur, votre dynamisme et votre sens du travail bien fait nous ont particulièrement séduit.

Vous avez toujours su nous conseiller, soutenir, guider et galvaniser.

Vous nous avez pris sous vos ailes comme votre propre petit frère et nous vous en serons toujours reconnaissants.

Vous êtes un exemple pour beaucoup d'entre nous.

Permettez-nous cher Maître, de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Pr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE**

- ✓ Médecin anesthésiste Réanimateur ;
- ✓ Ancien interne des hôpitaux,
- ✓ Praticien hospitalier et Chef de service de la régulation médicale du CHU Gabriel Touré ;
- ✓ Maitre de conférence agrégé à la FMOS ;
- ✓ Membre de la SAMUR-Mali, de la SARAF et de la SFAR ;
- ✓ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation.
- ✓ Chevalier de l'Ordre National des Médecins

Cher Maitre,

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail.

Votre rigueur, votre modestie, votre disponibilité et votre souci pour le travail bien fait font de vous un praticien admiré et respecté de tous.

Veillez agréer, cher Maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Dr. Amadou GAMBY**

- ✓ Médecin anesthésiste Réanimateur ;
- ✓ Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;
- ✓ Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine D'Urgences (SARMU) du MALI ;
- ✓ Membre de le Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)

Cher maitre

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger ce travail.

La bonne humeur, l'organisation et le travail bien fait sont les leçons que nous avons apprises auprès de vous.

Au delà de l'hôpital, qu'Allah fortifie ce lien qui nous unit.

Veillez accepter cher Maitre, nos sincères remerciements.

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**AD** : Accident domestique

**AEG** : Altération de l'état général

**Ag** : Antigène

**AS** : Accident de sport

**ATB** : Antibiotique

**ATS** : Australasian Triage Scale

**AVC** : Accident vasculaire cérébral

**AVP** : Accident de la Voie Publique

**BNP** : Peptide cérébral natriurétique

**BPCO** : Bronchopneumopathie obstructive

**CB** : Coup et blessure

**CCMU** : Classification Clinique des Malades aux Urgences

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHUOS** : Centre Hospitalier Universitaire d'Odontologie et de Stomatologie

**CIMU** : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

**CMCR** : Clinique Médico Chirurgicale et de Réanimation

**CPK** : Créatine phosphokinase

**CRP** : Protéine C Réactive

**Dx** : Douleur

**ECBU** : Examen Cytobactériologique des urines

**ECG**: Electrocardiogramme

**ESI**: Emergency Severity Index

**ETG** : Echelle de Triage et de Gravité

**FC** : Fréquence Cardiaque

**FR** : Fréquence Respiratoire

**GCS** : Glasgow Coma Score

**GE** : Goutte épaisse

**GEMSA** : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

**Gs/Rh** : Groupage sanguin/Rhésus

**HP** : Helicobacter pylori

**HTA** : Hypertension artérielle

**IOTA** : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**MTG** : Manchester Triage Group

**NTS** : National Triage Scale

**OAP** : Œdème aigu du poumon

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL** : Otorhinolaryngologie

**POSU** : Pôle Spécialisé des Urgences

**Rx** : Radiographie

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SCAM** : Sortie contre avis médical

**SpO2** : Saturation Pulsée en Oxygène

**SSPI** : Salle de Soins Post Interventionnelle

**TA** : Tension Artérielle

**TAP** : Thoraco-abdomino-pelvien

**TC** : Traumatisme crânien

**TCK** : Temps de Céphaline Kaolin

**TDM** : Tomodensitométrie

**TP** : Taux de prothrombine

**UPATU** : Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences

**VHC** : Virus de l'hépatite C



**LISTE DES TABLEAUX  
ET FIGURES**

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<b>Tableau I:</b> National Triage Scale .....	11
<b>Tableau II:</b> Australasian Triage Scale (ATS) .....	11
<b>Tableau III :</b> Echelle de triage et de gravité (ETG).....	12
<b>Tableau IV :</b> Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU).....	13
<b>Tableau V :</b> Patients selon l'âge.....	21
<b>Tableau VI:</b> La nationalité des patients .....	22
<b>Tableau VII:</b> Patients selon la profession .....	22
<b>Tableau VIII :</b> Patients selon la résidence .....	23
<b>Tableau IX :</b> Motif d'admission des patients.....	24
<b>Tableau X :</b> La symptomatologie des patients à l'admission .....	25
<b>Tableau XI :</b> Réalisation des examens biologiques .....	27
<b>Tableau XII:</b> Les examens d'imagerie médicale .....	28
<b>Tableau XIII:</b> Patients en fonction des examens radiologiques demandés .....	28
<b>Tableau XIV :</b> Patients en fonction des examens scanographiques demandés.....	29
<b>Tableau XV :</b> Patients en fonction des différentes pathologies médicales .....	30
<b>Tableau XVI :</b> Patients en fonction des pathologies chirurgicales non traumatiques .....	31
<b>Tableau XVII :</b> Patients en fonction des pathologies chirurgicales traumatiques.....	31
<b>Tableau XVIII :</b> Patients en fonction du traitement chirurgical reçu .....	32
<b>Tableau XIX :</b> Devenir des patients.....	33
<b>Tableau XX :</b> Patients en fonction des difficultés d'orientation observées .....	33
<b>Tableau XXI :</b> La profession et l'assurance maladie.....	34
<b>Tableau XXII :</b> Devenir des patients en Fonction du Glasgow initial .....	35
<b>Tableau XXIII :</b> Motif de consultation et pathologies diagnostiquées.....	35
<b>Tableau XXIV :</b> Devenir des patients et pathologies diagnostiquées.....	36
<b>Tableau XXV :</b> Devenir des patients et traitement médical .....	36
<b>Tableau XXVI :</b> Devenir des patients et traitement chirurgical .....	37
<b>Tableau XXVII :</b> Difficultés d'orientation et diagnostic.....	37
<b>Tableau XXVIII :</b> Difficultés d'orientation et durée de séjour .....	38

<b>Figure I :</b> Emergency Severity Index (ESI).....	12
<b>Figure II :</b> Echelle du Manchester triage group (MTG) .....	13
<b>Figure III:</b> Patients selon le sexe .....	21
<b>Figure IV :</b> Patients selon l'assurance maladie .....	23
<b>Figure V:</b> Moyen de transport utilisé par les patients .....	24
<b>Figure VI:</b> Patients selon la CCMU .....	26
<b>Figure VII:</b> Patients en fonction de l'état neurologique .....	26
<b>Figure VIII :</b> Patients en fonction de l'examen échographique demandé .....	29
<b>Figure IXI :</b> Patients en fonction du traitement médical reçu.....	32
<b>Figure X :</b> Patients en fonction de leur durée de séjour dans le service.....	34

# **TABLE DES MATIERES**

## Table des matières

<b>DEDICACES</b> .....	III
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	V
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	XV
<b>Liste des tableaux</b> .....	XVII
<b>ET FIGURES</b> .....	XVII
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	4
<b>1. Objectif général</b> .....	4
<b>2. Objectifs spécifiques</b> .....	4
<b>III. GENERALITES</b> .....	6
<b>IV. METHODOLOGIE</b> .....	16
<b>V. RESULTATS</b> .....	21
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b> .....	40
<b>CONCLUSION</b> .....	45
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	47
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	49
<b>FICHE SIGNALETIQUE</b> .....	54
<b>FICHE D'ENQUETE</b> .....	57
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	60

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

Le bilan d'activité consiste en un résumé ou récapitulatif des actions et résultats d'une entreprise ou organisation sur une période donnée.

Les urgences médico-chirurgicales sont une priorité de santé publique dans nos pays. La mission d'un service d'urgence est d'assurer une réponse permanente à la demande de tout patient présentant une souffrance réelle ou ressentie.

Un Service d'Accueil des Urgences reçoit et prend en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence médicale ou chirurgicale. La place d'une telle structure est primordiale[1].

Historiquement, le service des urgences était la principale porte d'entrée de l'hôpital et constituait donc un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers.

Aujourd'hui, alors que la fréquentation des services d'urgence a doublé en 10 ans, les patients ayant initialement transité par les services des urgences ne représentent que 40% des malades séjournant les services hospitaliers.

Au cours des dernières années, les SAU n'ont cessé de voir leur activité augmenté [2]. Cette hausse constante de la fréquentation des SAU est un phénomène commun à tous les pays qui en possèdent [3].

Au Canada en 2001, on enregistrait une augmentation du nombre de passages annuels aux urgences de 5% en 3 ans [4] ; entre 2003 et 2005, l'Arabie saoudite a connu une augmentation du nombre de passages aux urgences de 30% [5]. Au Royaume uni, on a observé une augmentation de 1% par an depuis le milieu des années 1990 [6].

Ainsi une étude réalisée par OUEDRAOGO H. Z en 1998 au centre hospitalier normal de Yalgado OUEDRAOGO à OUAGADOUGOU a noté sur 551 patients consultant aux SAU pendant 21 jours, 154 hospitalisations soit 28%[7].

Au SAU du CHU Gabriel TOURE, Koureïssy A. B avait enregistré 22 661 patients dont 12 244 admis pour AVP en 2015 (54,03%) [8]et Sidibé A. D avait enregistré 20 010 patients dont 11 956 AVP en 2017 [9].

Parmi les causes responsables de cet encombrement figure l'absence de caractère urgent du motif de recours [10].

Le service des urgences de la CMCR PASTEUR a pour mission la réception, le tri, la stabilisation, la catégorisation et l'orientation de toutes les urgences médico-chirurgicales.

Ne disposant que d'un nombre limité de box de consultation, ses capacités ont été très vite dépassées par le flux des patients et créant ainsi un engorgement du service, motivant une rénovation du service et une augmentation du nombre de lit.

Pour continuer d'assurer sa mission d'accueil des urgences et une bonne orientation, nous avons décidé de mener cette étude afin d'évaluer la qualité de ces changements.



# **OBJECTIFS**

## II. OBJECTIFS

### 1. Objectif général

Evaluer les activités du service des urgences de la Clinique Médico-Chirurgicale et de Réanimation PASTEUR.

### 2. Objectifs spécifiques

- Décrire le profil sociodémographique des patients aux urgences ;
- Déterminer le mode d'admission des patients ;
- Déterminer les données cliniques et paracliniques des patients aux urgences ;
- Déterminer le profil des pathologies ;
- Décrire les moyens thérapeutiques ;
- Déterminer l'orientation des patients en aval.

# **GENERALITES**

### III. GENERALITES

#### 1. Définitions :

L'urgence a un contenu différent selon les acteurs. Pour le médecin c'est une situation pathologique grave qui met en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si elle n'est pas traitée dans les délais les plus brefs. Pour le malade, toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence [11].

Cette définition, comme bien d'autres, demeure imprécise. En effet, devant un même cas, dans les mêmes circonstances et avec les mêmes moyens d'intervention et d'examen, les uns diront détresse, d'autres grande urgence, ou première urgence, ou extrême urgence, ou urgence lourde, ou urgence grave... et l'on pourra entendre encore, pour d'autres cas., seconde urgence, urgence potentielle, urgence légère, 3<sup>e</sup> urgence, urgence ressentie, urgence vraie, urgence dépassée, et aussi urgence différée!

Selon le Larousse médical, l'urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement [12].

De son côté, l'OMS ne donne pas de définition de l'urgence mais cite le droit aux soins de santé et aux soins médicaux d'urgence [3].

La définition médicale est plus précise : « Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant » [13].

L'imprécision du vocabulaire entraîne la confusion dans les idées et malheureusement le désordre dans la pratique. La confusion dans les idées a consisté en ce que les services dits "d'urgences" reçoivent plusieurs milliers de consultants aléatoires, parmi lesquels seulement quelques centaines, au sens strict du terme, "ne peuvent pas attendre" [14].

Selon le sociologue Jean Péneff : « Les malades arrivent avec leur propre interprétation et leur propre conception de la thérapeutique à suivre. Ce qui est urgent, c'est de plus en plus ce que les usagers définissent comme urgent » [15]

Il est souvent difficile de faire la distinction entre une urgence vitale, situation exigeant une

mobilisation rapide, et un cas non urgent. Cette appréciation est différente selon que l'on est du côté médecin ou du côté patient. Souvent, il y'a une confusion des usagers entre soins urgents et soins non programmés et seul le diagnostic élaboré par le médecin peut permettre de juger la situation du patient. Toutefois, il existe, a contrario, des situations où le médecin eut être confronté à une urgence avérée qui n'est pas ressentie comme urgence par le patient.

## 2. Classifications :

L'absence de définition univoque, médicale ou administrative de l'urgence, a conduit à la distinction de catégories ou de niveaux d'urgence et la mise en place de classifications sur lesquelles l'urgentiste peut s'appuyer pour définir les situations cliniques.

En pratique courante et en médecine de catastrophe on distingue 5 catégories d'urgence selon la notion de catégorisation militaire française.

**-Extrême urgence (EU) :** ce sont des blessés en danger de mort à très court terme et dont le traitement doit être réalisé immédiatement.

Exemple : Une insuffisance respiratoire aigüe par asphyxie d'origine thoracique ou cervico-faciale ; les insuffisances cardio-circulatoires par hémorragie non contrôlable.

**-Première urgence (U1) :** ce sont des blessés en danger de mort à bref délai ; sous réserve d'une réanimation cardio-ventilatoire, l'intervention chirurgicale peut être différée de 6 heures. C'est le cas de la plupart des polytraumatisés, des blessures de l'abdomen etc.

**-Deuxième urgence (U2) :** ce sont des blessés non immédiatement en danger de mort et dont le traitement chirurgical sous réserve de quelques soins peut être retardé. C'est le cas des fractures des membres, des plaies articulaires etc.

**-Troisième urgence (U3) :** ce sont des blessés légers et dont le traitement chirurgical peut attendre.

Ces deuxièmes et troisièmes urgences se regroupent dans la catégorie des urgences relatives.

**-Quatrième catégorie (U4) :** faite de blessés très légers ne nécessitant que des soins simples, dans la mesure où ils sont examinés sur place par un médecin dans les unités de soins.

En France, une échelle de gravité appelée « **Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)** » a été élaborée par les spécialistes de l'urgence [16].

Elle comporte cinq classes correspondant à la gravité de l'état du patient :

**-CCMU 1 :** Ces patients ne nécessitent aucun acte complémentaire. Ils sont référés à leur

médecin traitant car sont des malades stables.

-**CCMU 2** : Ce sont des patients dont l'état clinique nécessite des procédures complémentaires. Ils sont stables mais orientés au box pour des investigations complémentaires.

-**CCMU 3** : ce sont des patients instables donc susceptibles de s'aggraver. Ils sont orientés au box.

-**CCMU 4** : Les paramètres vitaux de ces malades sont anormaux. Ces malades sont orientés au déchoquage pour bénéficier des gestes de réanimation.

-**CCMU 5** : Ils sont directement orientés au déchoquage pour réanimation urgente car leurs paramètres vitaux sont dégradés à l'arrivée.

Et deux classes concernant la psychiatrie et le décès :

-**CCMU P** : il s'agit ici des cas psychiatriques et/ou psychologiques dominant en l'absence de toute pathologique somatique instable.

-**CCMU D** : Il s'agit des cas de décès constatés à l'arrivée. Ils sont directement orientés à la morgue accompagnée d'un certificat de décès.

A noter également la classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA) qui a été élaboré par la Commission de Médecine d'Urgence, de la Société de Réanimation de la Langue Française [17]. Le GEMSA a un autre angle de vue que la CCMU. Il retrace l'organisation de la prise en charge et la trajectoire du patient. Il distingue 6 groupes de patients, dont la nature est déterminée a posteriori.

Les critères de classement sont : le mode d'entrée, de sortie du patient et la programmation ou non de la prise en charge

-**G1** : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation

-**G2** : patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (chirurgie simple, consultation médicale)

-**G3** : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, rappel de vaccination, Autres)

-**G4** : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil. Pour ces patients une démarche diagnostique est effectuée et une thérapeutique éventuelle est initiée.

-**G5** : patient attendu dans un service ne passant au SAU que pour des raisons d'organisation. Pour ces patients, il y a eu accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui prendra en charge. Le passage au SAU n'est motivé que pour faciliter la réalisation de certains examens.

-**G6** : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière attentive pendant au moins une heure).

### **3. Structure de réception des urgences :**

On distingue trois types de service des urgences :

- L'Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences (UPATU) qui correspond chez nous à un CS Réf (Centre de santé de référence)
- Le Service d'accueil des urgences (SAU), correspondant à un CHU.
- Pole spécialisé d'urgence (POSU), correspondant à un centre spécialisé par exemple l'IOTA pour l'œil, le CHUOS pour la chirurgie maxillo-faciale

### **4. Missions des services d'urgence :**

La mission première d'un service d'urgence est de rendre de façon immédiate et continue, aux patients dont l'état le requiert, les services suivants : réception, évaluation initiale, stabilisation et orientation du patient. Tout ceci doit avoir comme but de stabiliser une condition médicale ou chirurgicale urgente et d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.

### **5. Accueil et tri aux urgences :**

#### **➤ Accueil [18]**

L'accueil est la manière de recevoir quelqu'un quand il arrive. C'est un temps à la fois social, psychologique et médical. L'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance malgré la charge du travail. Sa qualité traduit la qualité d'un service et détermine très souvent l'opinion et le jugement du patient ou visiteur à l'égard de l'équipe soignante et de l'hôpital.

- La zone d'accueil : L'accueil aux urgences ne se limite pas au guichet d'inscription contrairement à ce qu'on pratique fréquemment. On parle plutôt de zone d'accueil qui comprend l'entrée et les salles d'attente (patients valides ou sur brancards), alors que la zone de soins concerne les salles d'examen, de médication et la salle des urgences vitales.
- La qualité de l'accueil : L'accueil doit se faire dans un local approprié bien positionné géographiquement pour permettre la visualisation de l'entrée et des salles d'attente en même temps. L'accueillant devrait être compétant, ayant de l'expérience et des critères professionnels, physiques et psychologiques bien déterminés. L'apparence soignée est importante. Il apaise le stress du patient avec le sourire, le respect et en choisissant ses mots de politesse.

La gestion de l'accueil est sous la responsabilité de l'IOA désigné à ce poste à ce poste selon les critères de compétence et d'ancienneté. Sa mission est bien définie :

- ✓ Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée
- ✓ Rassurer le patient : gestion du stress
- ✓ Définir les besoins de santé et les priorités de soins : triage
- ✓ Décider du lieu le plus adapté aux besoins
- ✓ Pratiquer en cas de besoin les gestes de premier secours, mais ne pas confondre le secourisme avec les actes médicaux
- ✓ Accompagner ou faire accompagner les patients en état grave (brancardage)
- ✓ Surveillance visuelle de la salle d'attente afin de dépister l'aggravation éventuelle
- ✓ Informer le patient et sa famille. L'IOA gère les communications téléphoniques extérieures mais doit respecter le secret médical. Elle ne fournit aucune information concernant le diagnostic (faute professionnelle grave).

➤ **Tri :**

Le triage est né au sein de la médecine militaire, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle – début du XX<sup>ème</sup> siècle [19]. La fonction de ce dernier était, sur les champs de bataille, de déterminer quels étaient les blessés prioritaires et, dans quel ordre les évacuer, et ce, afin de sauver le plus de personnes possible [20].

Afin de faire face à l'afflux toujours croissant de patients se présentant dans les services d'urgences, la médecine civile s'est équipée, elle aussi, d'échelles de triage [21].

La première échelle de tri apparue au niveau mondial est la National Triage Scale (NTS), en Australie, dans le début des années 1990 [19]



**Tableau I:** National Triage Scale

UK national triage scale	
<b>1 Immediate resuscitation</b>	Patients in need of immediate treatment for preservation of life
<b>2 Very urgent</b>	Seriously ill or injured patients whose lives are not in immediate danger
<b>3 Urgent</b>	Patients with serious problems, but apparently stable condition
<b>4 Standard</b>	Standard cases without immediate danger or distress
<b>5 Non-urgent</b>	Patients whose conditions are not true accidents or emergencies

Par la suite, cette dernière s'est précisée, pour devenir l'Australasian Triage Scale (ATS) [22].

**Tableau II:** Australasian Triage Scale (ATS)

Australasian Triage Scale Category	Response Time	Category Description	Clinical Indicators
Category 1 (RED)	Seen Immediately	Life Threatening Conditions	Cardiac/Respiratory Arrest Immediate risk of airway, respiratory rate < 10/min, Extreme Respiratory Distress. BP less than 80 in adult. Severe shock in child/infant GCS scale less than 9 Prolonged seizure IV overdose Severe behavioral disorder
Category 2 (ORANGE)	Seen within 10 minutes	Imminently life threatening, time sensitive treatment needed, or Severe pain.	Airway risk (stridor) Circulatory Compromise (HR less than 50 or greater than 150, Hypotension, severe blood loss, poor perfusion). Chest pain likely cardiac related Suspected sepsis, Febrile Neutropenia, Fever with lethargy Acute Stroke GCS less than 13 Suspected Testicular Torsion High Risk History (toxic ingestion, venomous bite, pain suggesting PE, AAA, ectopic pregnancy).
Category 3 (GREEN)	Seen within 30 minutes	Potentially life threatening, situational urgency, or severe pain	Severe Hypertension, Moderate blood loss Moderate Shortness of breath Vomiting Dehydration Seizure (post ictal). Head Injury with LOC (now alert) Physiologically stable suspected sepsis Severe pain Limb injury consisting of limb deformity or severe laceration, altered sensation, absent pulse. Potential child abuse Behavioral/Psychiatric patient very distressed, risk of self-harm, potentially aggressive.
Category 4 (BLUE)	Seen within 60 minutes	Potentially serious condition, situational urgency or complex case	Mild Hemorrhage Foreign Body Aspiration without respiratory distress Chest injury without rib pain or respiratory distress Minor head injury without LOC Moderate pain Vomiting or diarrhea without dehydration Inflammation or foreign body in eye without vision changes Minor limb trauma (ankle sprain, fracture, uncomplicated laceration with normal vital signs) Swollen, erythematous joint Semi Urgent mental health problems with no immediate risk to personnel.
Category 5 (white)	Seen within 120 minutes	Less urgent or Clinical-Administrative problems	Minimal pain with no risk factors Low risk history Minor symptoms of illness Minor symptoms of low risk condition Abrasions or minor laceration Scheduled revisit Immunizations Patient with chronic psychiatric symptoms in social crisis.

L'ATS est encore utilisée aujourd'hui et a servi de support à la création d'échelles à l'échelle internationale, telles que :

- L'Echelle de triage et de gravité (ETG) au Canada

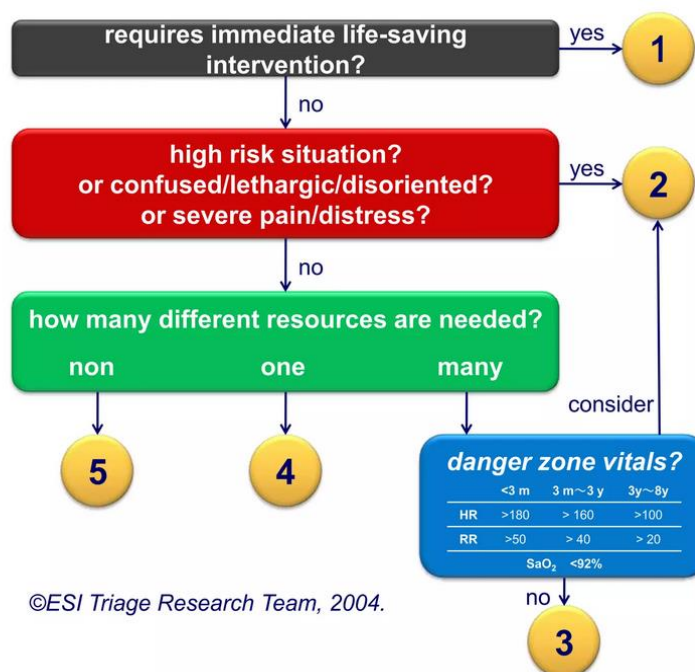
Tableau III : Echelle de triage et de gravité (ETG)

ÉCHELLE CANADIENNE DE TRIAGE ET DE GRAVITÉ	
<b>P1</b>	<b>Réanimation.</b> Condition très urgente avec danger immédiat pour la vie. Intervention immédiate.
<b>P2</b>	<b>Condition très urgente</b> qui représente une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction.
<b>P3</b>	<b>Condition urgente</b> qui risque de s'aggraver, mais qui ne manifeste pas une instabilité immédiate.
<b>P4</b>	<b>Condition moins urgente</b> qui, en relation avec le degré de détérioration, peut nécessiter une intervention.
<b>P5</b>	<b>Condition non urgente</b> pouvant être aiguë, mais dont l'investigation et les soins requis peuvent être retardés.

Il est à noter que seules les conditions physiques ou psychologiques déterminent la classification, l'âge n'ayant aucune incidence. Les usagers arrivés par ambulance sont évalués et classifiés de la même façon que les usagers ambulants.

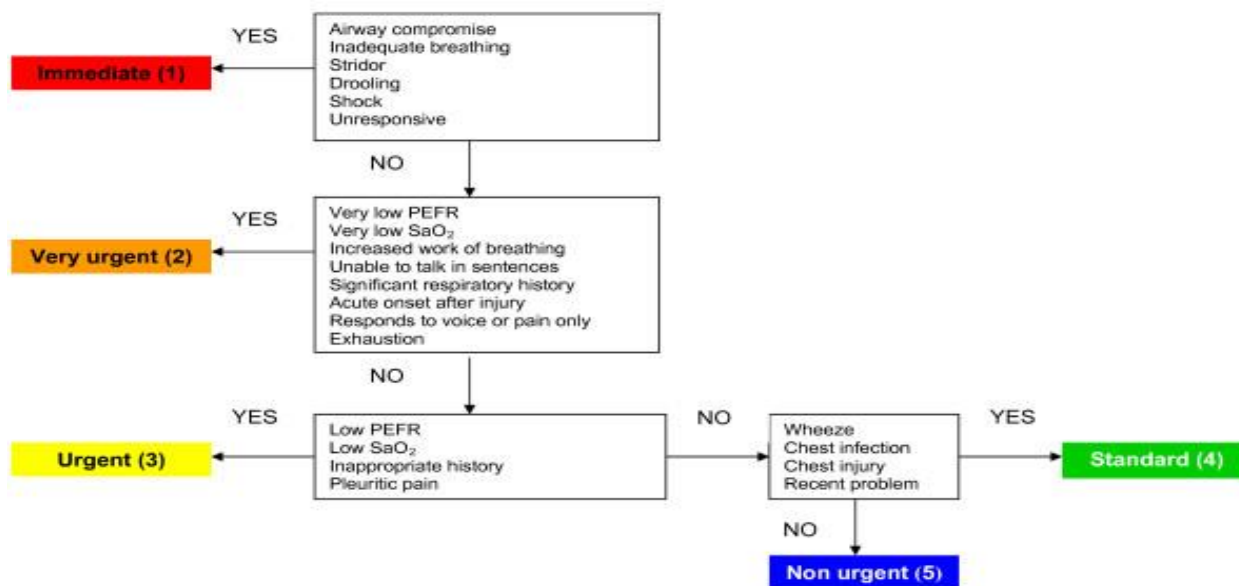
- L'Emergency Severity Index (ESI)

Figure I : Emergency Severity Index (ESI)



- L'Echelle du Manchester triage group (MTG)

Figure II : Echelle du Manchester triage group (MTG)



- La Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) en France.

Tableau IV : Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU)

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Alors que le tri militaire était réalisé par les médecins, plusieurs raisons ont conduit à considérer les infirmières comme les acteurs désignés pour cette fonction aux Urgences. Le but du triage aux Urgences n'est pas de porter un diagnostic ou de définir quels patients doivent ou ne doivent pas avoir des soins, mais de définir la filière de prise en charge et de rendre prioritaire les soins sur des données rapidement accessibles. Le triage doit concerner tous les patients dès l'arrivée, sans être différé par les démarches administratives. Cela impose de dédier spécifiquement un ou plusieurs membres de l'équipe à cette activité. Ce rôle est reconnu en France aux IAO [23].

Les étapes classiques du triage médical d'une demande de soins sont :

- Le recueil des informations sur la demande de soin
- L'identification de la situation clinique
- L'attribution d'un degré d'urgence et/ou d'un niveau de priorité de prise en charge
- La mise en place de la prise en charge la plus adaptée à la demande de soins dans un délai optimal.

# **METHODOLOGIE**

#### IV. METHODOLOGIE

##### 1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Service d'Accueil des Urgences de la CMCR PASTEUR.

##### 2. Présentation de la CMCR PASTEUR :

La CMCR PASTEUR a été créée en juillet 2000, pionnière en matière clinique privée au Mali. Elle est située dans le quartier de Hamdallaye ACI 2000. Elle est un ensemble de cabinets de consultation pluridisciplinaires : chirurgie générale, Médecine interne, Médecine générale, Urologie, Neurologie, ORL, Ophtalmologie, Traumatologie-Orthopédie, Kinésithérapie, Gynécologie-obstétrique, Cardiologie, Anesthésie, Unité de réanimation adulte et d'urgences, Chirurgie dentaire, Pédiatrie, Réanimation pédiatrique et néonatale ; Pneumologie.

En 2017, elle a entamé un projet de rénovation et d'extension en trois phases pour augmenter sa capacité d'hospitalisation, développé de nouveaux pôles d'activités et la restructuration des urgences en hôpital de jour et annexes.

La CMCR PASTEUR offre des soins 24H/24 et propose un service d'accueil et d'urgences, un service permanent de maternité, un laboratoire et une pharmacie, une équipe de garde mobilisable à tout moment et une flotte de deux ambulances.

A la disposition de ses médecins, sont mis :

- Un laboratoire
- Un service d'imagerie (radio numérisée, échographie, scanner Hitachi 8 barrettes, un appareil IRM)
- Une pharmacie
- Une salle de vidéo-endoscopie digestive (fibroscopie, Ano-rectoscopie)
- Deux ambulances, dont une médicalisée

La CMCR PASTEUR est architecturée en quatre niveaux dont :

- Le rez-de-chaussée composé du service d'accueil et de réception, des boxes de consultations, de l'unité d'imagerie, du service des urgences et de réanimation polyvalente, de la pharmacie et de deux blocs opératoires d'urgence ;
- Le niveau 1 composé de la pédiatrie, de l'ophtalmologie et de la réanimation néonatalogie ;
- Le niveau 2 composé de la gynéco obstétrique avec deux box de consultation, deux salles d'accouchement et d'un bloc opératoire ;

- Le niveau 3 composé de la cardiologie avec trois box de consultation, d'une salle d'ECG et d'échographie doppler cardiaque et du service de kinésithérapie ;
- Le niveau 4 composé du service d'anesthésie-réanimation polyvalente avec deux blocs opératoires, d'une salle de soins post-interventionnel (SSPI).

L'hospitalisation comporte :

- 61 lits d'hospitalisation
- Un bloc de 8 chambres doubles
- Quatre blocs de 8 chambres individuelles
- Un bloc de 6 chambres dont 2 VIP et 4 doubles
- Un bloc de 3 chambres individuelles dédiées au service obstétrique
- Un service d'accueil des urgences avec 4 lits
- Une salle d'infirmierie
- Une salle de soins
- Deux unités de réanimation adulte de 4 lits chacune
- Une unité de réanimation néonatale avec 4 couveuses

Le service d'accueil des urgences comporte :

- Quatre lits d'hospitalisation divisés en 4 boxes
- Cinq scopes multiparamétriques (TA, FC, FR, SpO2, température, ECG) dont deux fixes et trois mobiles
- Quatre barboteurs pour oxygénation nasale
- Quatre circuits ventilatoires en triplet (air, oxygène, vide) pour chaque box
- Un aspirateur
- Un défibrillateur
- Un chariot de réanimation cardio-pulmonaire
- Trois urinoirs
- Une balance pour la prise de poids
- Deux tables pour les soins
- Quatre potences
- Une armoire d'urgence contenant les produits d'urgences
- Un chariot d'urgence
- Deux bacs d'évacuation avec robinet d'assainissement

- Une tour de contrôle avec une table bureau, un ordinateur bureautique, une imprimante, un tableau d'informations, un interphone, six chaises, une poubelle, une armoire, un négatoscope
- Une annexe
- Une ambulance médicalisée

### **3. Fonctionnement du service des urgences :**

Le service est dirigé par un professeur anesthésiste-réanimateur urgentiste secondé par d'autres anesthésiste-réanimateurs qui font des visites biquotidiennes des malades hospitalisés et donnent des consignes qui sont exécutés par des médecins généralistes répartis en raison d'un médecin/patient qui sont également chargés des soins délivrés aux patients et de leur surveillance et rapportent en temps réel des informations aux différents médecins anesthésistes-réanimateurs.

La permanence est assurée par deux médecins généralistes à tendance urgentiste remplacés pour la garde par des médecins en DES d'anesthésie réanimation.

Le patient, après évaluation et diagnostic, peut être orienté au service réanimation, en chambre, au bloc opératoire ou peut être renvoyé à son domicile.

### **4. Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée sur une période de 06 mois allant du 01 juillet 2022 au 31 décembre 2022.

### **5. Type d'étude :**

C'est une étude descriptive observationnelle mono centrique à collecte prospective.

### **6. Population d'étude :**

Nous avons inclus tout patient qui s'est présenté aux urgences pendant la période d'étude.

### **7. Critères d'inclusion :**

- Patients venant pour urgence médico-chirurgicale ;
- Patients médicalement régulés ;
- Patients reçus après évacuation régulée ;



- Patients reçus après transfert primo-secondaire.

### **8. Critères d'exclusion :**

Les urgences gynéco-obstétriques, les urgences médicales néonatales, les post-opératoires pour réveil, les patients ayant durée moins de 6h aux urgences et les patients en hospitalisation admis pour détresse vitale.

### **9. Variables étudiées :**

L'enquête s'est déroulée strictement aux urgences de la CMCR PASTEUR

- Variables qualitatives : sexe, nationalité, profession, résidence, assurance maladie, moyen de transport, motif d'admission, symptomatologie, CCMU, GCS, examens biologiques, examens d'imagerie, diagnostics, traitements, devenir des patients, difficultés d'orientation, durée de séjour.
- Les variables quantitatives : TA, FR, FC, SpO2, T°, GCS, âge.

### **10. Techniques et collectes des données :**

Le recueil des données a été effectué à partir d'une fiche de données individuelles et à partir du dossier médical informatisé des patients.

### **11. Saisie des données :**

Les données ont été saisies et analysées respectivement à partir de WORD 2016 et du logiciel SPSS version 26.

# **RESULTATS**

## V. RESULTATS

Au cours de notre période d'étude, 421 patients ont été enregistrés dans le dossier médical informatisé des patients parmi lesquels 126 ont été recensés pour une fréquence de 30% et qui se répartissent comme suit :

### 1. Les données sociodémographiques :

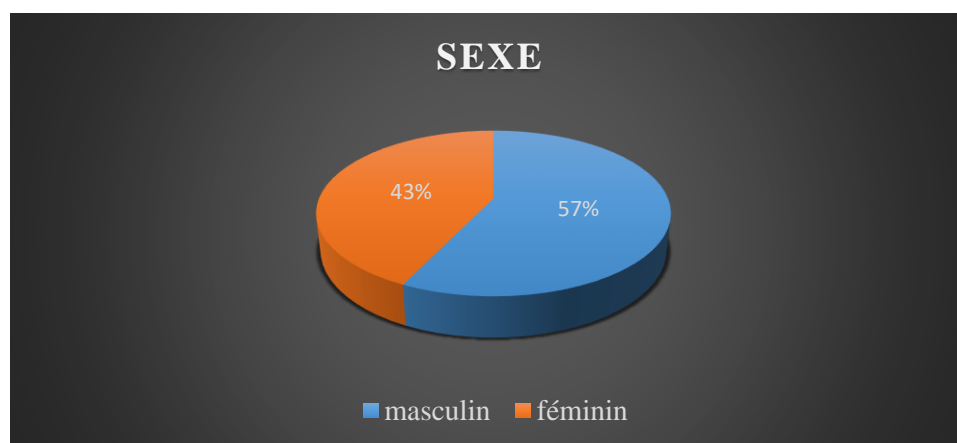
**Tableau V** : Patients selon l'âge

Age (an)	Fréquence	Pourcentage (%)
1-15	9	7,1
16-45	67	53,2
46 et plus	50	39,7
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de 16-45 ans était la plus représentée avec 53,2% des cas.

La moyenne d'âge était 25,5 ans avec les extrêmes de deux et quatre-vingt-trois ans.

**Figure III:** Patients selon le sexe



Nous avons enregistré 72 patients de sexe masculin soit 57% des cas et 54 de sexe féminin soit 43% avec un sexratio (H/F) à 1,33.

**Tableau VI:** La nationalité des patients

Nationalité	Fréquence	Pourcentage (%)
Maliennne	100	79,4
Sénégalaise	5	4
Ivoirienne	5	4
Guinéenne	3	2,4
Française	2	1,6
Marocaine	2	1,6
Tunisienne	2	1,6
Autres	7	5,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Autres : Algérienne (1), Canadienne (1), Espagnole (1), Marocaine (1), Russe (1), Sri-lankaise (1), Zambienne (1).

La nationalité maliennne était représentée à 79,54%, soit 100 patients.

**Tableau VII:** Patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	41	32,5
Femme au foyer	24	19
Elève et étudiant	21	16,7
Commerçant	11	8,7
Retraité	11	8,7
Ouvrier	5	4
Militaire	3	2,4
Entrepreneur	2	1,6
Cultivateur	1	0,8
Autres	7	5,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Autres : Chauffeur (1), Esthéticiennne (1), Graphiste (1), Gestionnaire (1), Hôtelière (1), Journaliste (1), Masseuse (1).

Les fonctionnaires étaient les plus représentés avec 32,5% des consultations.

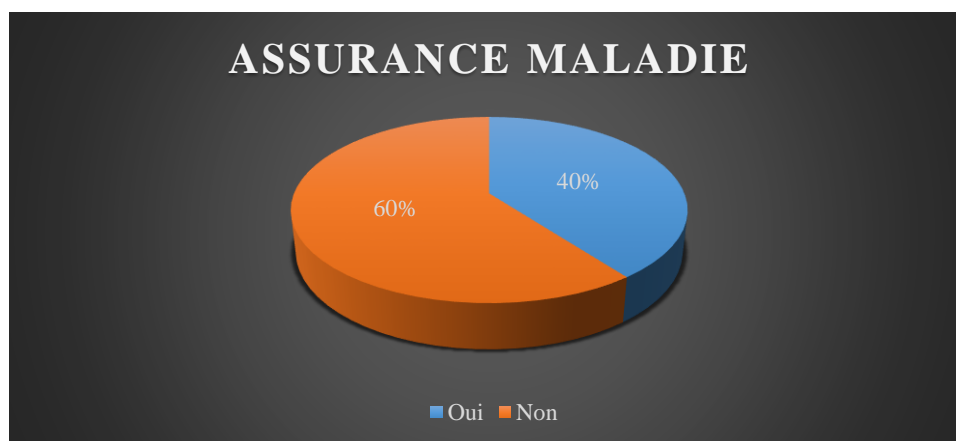
**Tableau VIII** : Patients selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Bamako	117	92,9
Banamba	2	1,6
Siguiri	2	1,6
Autres	5	4
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Autres : Banamba (1), Canada (1), Gao (1), Madrid (1), Zambie (1).

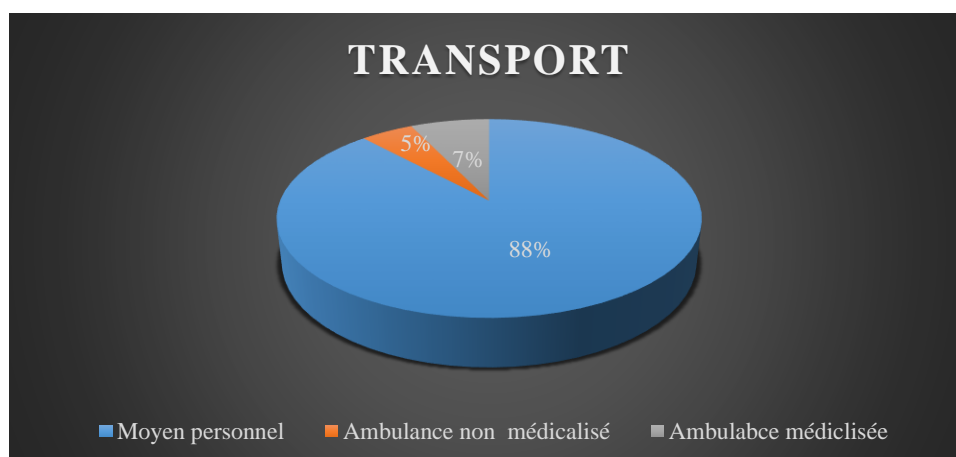
La majorité des patients provenait de Bamako, avec un pourcentage de 72,4% des patients.

**Figure IV** : Patients selon l'assurance maladie



Plus de la moitié de nos patients n'avaient pas d'assurance maladie, soit 60% des cas.

**Figure V:** Moyen de transport utilisé par les patients



Les moyens personnels étaient les plus utilisés par les patients afin de se rendre au service des urgences de la CMCR PASTEUR, soit 88% des cas.

## 2. Les données cliniques :

**Tableau IX :** Motif d'admission des patients

Motif	Fréquence	Pourcentage (%)
Altération de la conscience	26	20,6
Douleur abdominale	20	15,9
Dyspnée	16	12,7
AVP	7	5,6
Fièvre	7	5,6
Céphalées	5	4
Dx thoracique	5	4
Epigastralgie	4	3,2
Dx articulaire	4	3,2
Accident de travail	4	3,2
Chute	3	2,4
AD	3	2,4
AEG	3	2,4
Autres	19	15,1
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Autres : Asthénie (2), Vertiges (2), Réactions allergiques (2), Convulsion (2), Explosion (1), dx lombaire (1), Vomissements (1), Toux (1), Diarrhée (1), Tremblement (1), Agitation (1), Eboulement (1), AS (1).

Les patients admis pour altération de la conscience représentaient le plus grand nombre des motifs de consultation, soit 20,6% des cas.

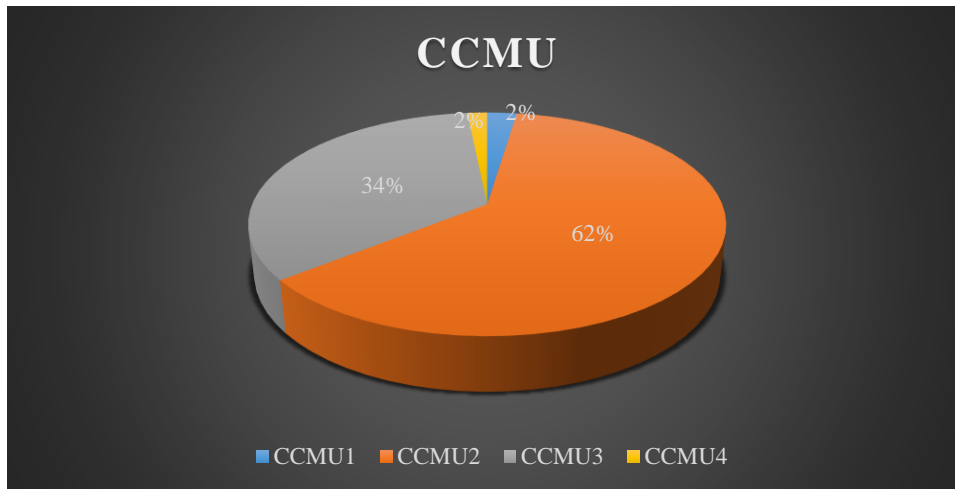
**Tableau X :** La symptomatologie des patients à l'admission

Symptomatologie	Fréquence	Pourcentage(%)
Fièvre + Courbatures + Céphalées + Vomissement	23	18,3
Altération de la conscience + Déficit neurologique	11	8,7
Traumatisme des membres	11	8,7
Dx abdominale	10	7,9
Dx ostéoarticulaire	7	5,6
Epigastralgie	6	4,8
Hypotension + Signes de choc	5	4
Altération de la conscience	5	4
Dx thoracique	5	4
Polytraumatisme	4	3,2
Traumatisme crânien	2	1,6
Autres	37	29,4
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Autres : Dyspnée, dysphagie, diarrhée, ictère, toux, agitation, OMI, râles, AEG, nausées, prurit, hypersudation, hoquet, distension abdominale, anorexie.

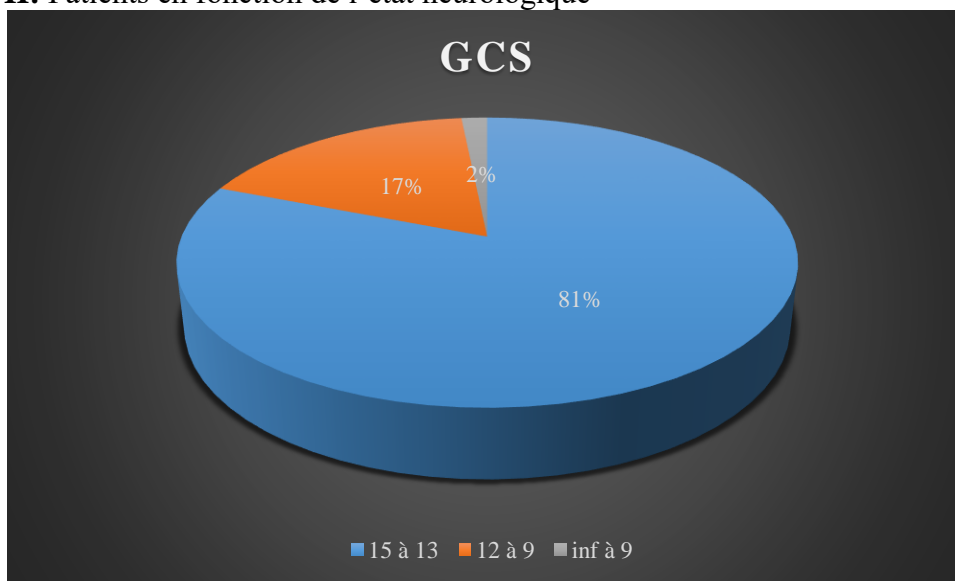
Les symptômes des patients à l'admission variaient d'un patient à un autre. Cependant nous avons retrouvés chez 18,3% des patients la fièvre, courbature, céphalée et vomissement.

**Figure VI:** Patients selon la CCMU



A leur admission, 62% des patients étaient classés CCMU2.

**Figure VII:** Patients en fonction de l'état neurologique



A l'admission, la majeure partie des patients avait un score de Glasgow entre 15-13, soit 81% des patients.



### 3. Les données paracliniques

**Tableau XI** : Les bilans biologiques demandés

<b>Bilan</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
NFS+ Gs/Rh	103	81,75
Glycémie	75	59,52
GE	60	47,62
Urée + Créatinémie	60	47,62
Ionogramme sanguin complet	58	46,03
CRP + Pro calcitonine	46	36,51
Cardiaque	30	23,81
Hépatique	22	17,46
Sérologie HP	14	11,11
Autres	19	15,08
Aucun	23	18,25

Cardiaque : CPK+ Pro BNP+ D Dimères+ Troponine

Hépatique : Ag HBs, Ac anti HBc, Ac anti HBs, Ac anti VHC, Transaminases, Gamma GT, Bilirubines

Autres : ECBU, Hémocultures, SRV, Lipidogramme, Test allergologique, Lipasémie, Test Covid 19

Au total, 81,75% des patients avaient réalisés la NFS associée au Gs/Rh.

**Tableau XII:** Les examens d'imagerie médicale

<b>IMAGERIE</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Echographie	20	15,9
Rx	18	14,3
TDM	15	11,9
TDM + Echographie	4	3,2
TDM + Rx	3	2,4
Rx + Echographie	3	2,4
TDM + Rx + Echographie	1	0,8
IRM	1	0,8
Aucun	61	48,4
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

L'échographie était l'examen d'imagerie le plus demandé, soit 15,9%.

**Tableau XIII:** Patients en fonction des examens radiologiques demandés

<b>RADIOGRAPHIE</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Rx thorax	9	7,1
Rx membre supérieur	8	6,3
Rx membre inférieur + bassin	6	4,8
Rx abdomino-pelvienne	2	1,6
Aucune	101	80,2
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

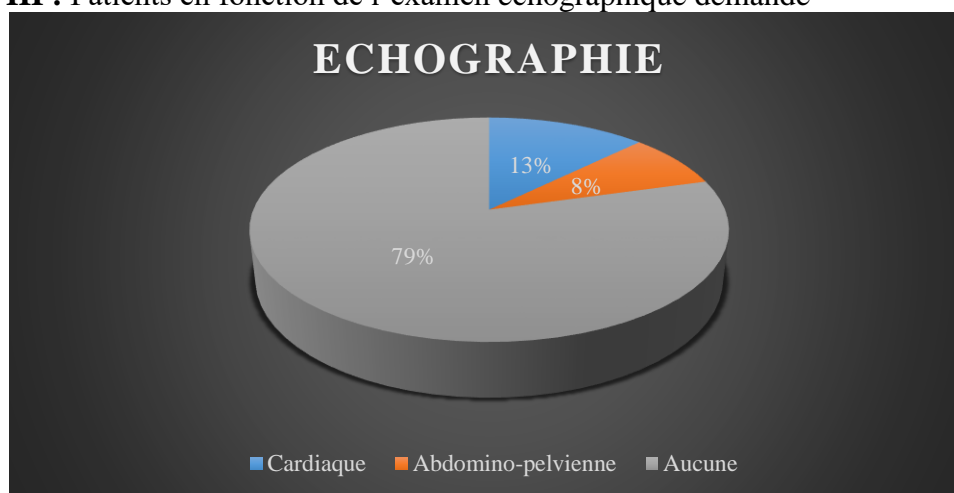
La radiographie thoracique a été réalisée chez 7,1% des patients.

**Tableau XIV** : Patients en fonction des examens scanographiques demandés

<b>TDM</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Cérébrale	12	9,5
Thoracique	4	3,2
Cérébrale + thoracique	3	2,4
Dorso-lombaire	3	2,4
Cervicale	1	0,8
Abdomino-pelvienne	1	0,8
Uro-scanner	1	0,8
TAP	1	0,8
Cranioencephalique + TAP	1	0,8
Membres	1	0,8
Aucune	98	77,8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

La TDM cérébrale a été demandé 12 fois, soit 9,5% chez les patients.

**Figure VIII** : Patients en fonction de l'examen échographique demandé



L'échographie cardiaque a été demandée chez 16 patients, soit 13% des patients.

#### 4. Diagnostics retenus

**Tableau XV** : Patients en fonction des différentes pathologies médicales

<b>Pathologies médicales</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Paludisme	28	22,2
AVC*	11	8,7
Crise d'hystérie	7	5,6
Crise d'ulcère gastroduodénale	6	4,8
Cardiopathie chronique	5	4
Etat de choc	5	4
Pneumopathie communautaire	5	4
Crise d'asthme	4	3,2
OAP*	4	3,2
Colopathie fonctionnelle	2	1,6
Crise d'HTA*	2	1,6
Cystite	2	1,6
Sepsis	2	1,6
Troubles ioniques	2	1,6
Diabète	1	0,8
Embolie pulmonaire	1	0,8
Gastro-entérite	1	0,8
Autres	16	12,7
Aucune	22	17,5
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

AVC\* : Accident Vasculaire Cérébral ; OAP\* : Œdème Aigu du Poumon ; HTA\* : Hypertension Artérielle

La pathologie fréquemment diagnostiquée au cours de notre période d'étude était le paludisme, soit 22,2% des cas.

**Tableau XVI :** Patients en fonction des pathologies chirurgicales non traumatiques

<b>Non traumatiques</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Hernie étranglée	2	1,6
Lithiase vésico-urétrale	1	0,8
Occlusion	1	0,8
Aucune	122	96,8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Au total, nous avons eu quatre patients avec une pathologie chirurgicale non traumatique dont la hernie étranglée représentait la majorité avec un pourcentage de 1,6% du nombre des cas.

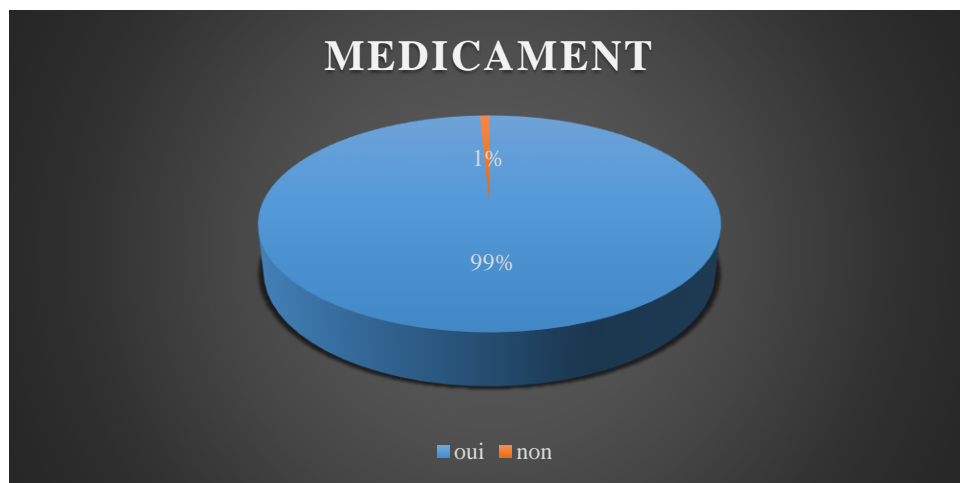
**Tableau XVII :** Patients en fonction des pathologies chirurgicales traumatiques

<b>Traumatiques</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Poly blessure	6	4,8
Fracture	5	4
Luxation	4	3,2
Polytraumatisme	2	1,6
Traumatisme cervical	1	0,8
Aucune	108	85,7
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Les poly blessures représentaient le plus grand pourcentage des pathologies chirurgicales traumatiques, soit 4% des cas.

## 5. Traitement :

**Figure IX :** Patients en fonction du traitement médical reçu



La quasi-totalité des patients, soit 99%, avait reçu au moins un traitement médical.

**Tableau XVIII :** Patients en fonction du traitement chirurgical reçu

TRAITEMENT	Fréquence	Pourcentage (%)
Intervention chirurgicale	12	9,5
Plâtrage	4	6,2
Réduction orthopédique	4	6,2
Drainage	3	2,4
Aucune	103	81,7
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

L'intervention chirurgicale avait été réalisée chez 9,5% des patients.

## 6. Devenir des patients :

**Tableau XIX : Devenir des patients**

Devenir des patients	Fréquence	Pourcentage (%)
Transfert intra hospitalier	70	55,6
Retour à domicile	49	38,9
SCAM	4	3,2
Transfert inter hospitalier	2	1,6
Décès	1	0,8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

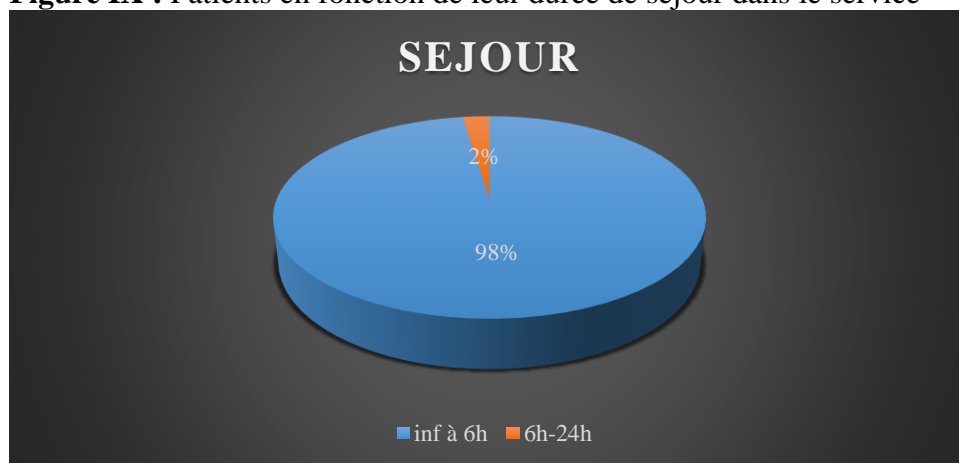
Les transferts intra hospitaliers ont été les plus sollicités, soit 55,6 des patients.

**Tableau XX : Patients en fonction des difficultés d'orientation observées**

Difficultés	Fréquence	Pourcentage
Défaut de moyens financiers	10	7,9
Retard de bilan	5	4
Service indisponible	1	0,8
Manque de place en hospitalisation	2	1,6
Aucune	108	85,7
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

La majorité des patients, soit 108 patients, ne présentaient aucune difficulté d'orientation.

**Figure IX :** Patients en fonction de leur durée de séjour dans le service



La majeure partie des patients, avaient séjourné moins de 06H aux urgences, soit 98% des patients.

### Analyse statistique

**Tableau XXI :** La profession et l'assurance maladie

Profession	Assuré		Total
	Oui	Non	
Fonctionnaire	28	13	41
Femme au foyer	5	19	24
Elève et étudiant	7	14	21
Militaire	3	0	3
Commerçant	2	9	11
Retraité	2	9	11
Entrepreneur	1	1	2
Ouvrier	0	5	5
Cultivateur	0	1	1
Autre	2	5	7
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>76</b>	<b>126</b>

Khi carré de Pearson= 31,542

ddl=10

p=0,000 (p<0,05)

Il y'avait un lien statistiquement significatif entre la profession et l'assurance avec une valeur p=0,000.

Les fonctionnaires ayant une assurance ont consulté le plus au service.



**Tableau XXII :** Devenir des patients en fonction du Glasgow initial

Devenir des patients	Glasgow			Total
	15-13	12-9	inf. à 9	
Transfert intra hospitalier	55	13	2	<b>70</b>
Retour à domicile	44	6	0	<b>50</b>
Transfert inter hospitalier	1	1	0	<b>2</b>
SCAM	1	2	0	<b>3</b>
Décès	0	0	1	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>126</b>

Khi carré= 9,529                      ddl= 8                                      p= 0,300

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le score et le devenir des patients avec une probabilité p= 0,300.

**Tableau XXIII :** Motif de consultation et pathologies diagnostiquées

Motif de consultation	Les pathologies			Total
	Médicales	Chirurgicales non traumatiques	Chirurgicales traumatiques	
Altération de la conscience	26	0	0	<b>26</b>
Douleur abdominale	16	3	1	<b>20</b>
Dyspnée	16	0	0	<b>16</b>
Fièvre	7	0	0	<b>7</b>
Dx thoracique	5	0	0	<b>5</b>
Céphalées	4	0	1	<b>5</b>
Dx articulaire	4	0	0	<b>4</b>
Epigastralgie	4	0	0	<b>4</b>
AEG	3	0	0	<b>3</b>
Chute	2	0	1	<b>3</b>
AD	1	0	2	<b>3</b>
AVP	1	0	6	<b>7</b>
Accident de travail	0	0	4	<b>4</b>
Autres	15	1	3	<b>19</b>
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>126</b>

Khi-carré de Pearson=85,239 ddl=26 p=0,000

Il y'avait un lien statistiquement significatif entre les motifs de consultation et les différentes pathologies diagnostiquées chez les patients avec p=0,000.

**Tableau XXIV : Devenir des patients et pathologies diagnostiquées**

Devenir des patients	Les pathologies			Total
	Médicales	Chirurgicales non traumatiques	Chirurgicales traumatiques	
Transfert intra hospitalier	59	4	7	<b>70</b>
Retour à domicile	40	0	10	<b>50</b>
SCAM	3	0	0	<b>3</b>
Décès	1	0	0	<b>1</b>
Transfert inter hospitalier	1	0	1	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>126</b>

Khi-carré de Pearson= 8,069 ddl= 8 p= 0,427

Il n'y avait pas de lien entre le devenir des patients et les pathologies diagnostiquées avec p=0,427.

**Tableau XXV : Devenir des patients et traitement médical**

Devenir des patients	Traitement		Total
	Oui	Non	
Transfert intra hospitalier	70	0	<b>70</b>
Retour à domicile	50	0	<b>50</b>
SCAM	2	1	<b>3</b>
Transfert inter hospitalier	2	0	<b>2</b>
Décès	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>1</b>	<b>126</b>

Khi-carré de Pearson=41,328 ddl=4 p=0,000





# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### 1. Les limites de l'étude

Le handicap a été l'inaccessibilité à certaines données due au non remplissage correct de l'application et la mauvaise répartition des admissions.

### 2. Epidémiologie

#### **Prévalence :**

Durant notre période d'étude, 421 patients ont été enregistrés sur l'application **SRVPCP** du service d'accueil des urgences de la **CMCR PASTEUR** dont nous avons pu recenser 126 patients pour une prévalence de 30%, avec une moyenne d'admission de  $3 \pm 2$  patients par jour.

#### **Données sociodémographiques :**

##### ➤ **Age**

Les patients dont la tranche d'âge était située entre 16 à 45 ans étaient majoritaires soit 53,2% des cas avec une moyenne d'âge à 25,5 ans.

Ce résultat est comparable à celui de SIDIBE AD [9] qui avait trouvé en 2018, dans son étude au CHU Gabriel TOURE, la tranche d'âge 15 à 44 ans majoritaire soit 56,3% des admissions au service des urgences et à celui de KOGAMI [26] qui avait trouvé, à Bouaké, une tranche d'âge de 16 à 30 ans à 45,6% dont l'âge moyen était de 23 ans.

Ce recours important des personnes jeunes aux urgences peut s'expliquer par leur proportion plus importante dans la population générale.

##### ➤ **Sexe**

Au cours de l'étude, 57,1% des patients qui consultaient au service étaient de sexe masculin avec un sexratio à 1,33.

Ce résultat est comparable à celui de KOUREISSY AB [8] dans son étude au CHU GABRIEL TOURE en 2015 qui a retrouvé le sexe masculin plus dominant avec 56,4% des consultations et un sex-ratio à 1,30 et de celui de DRAME B [30] qui avait trouvé au CHU Point G une prédominance masculine de 57,70% des cas. OUELEGUEM B [28] et YAPI T [29] ont trouvé une prédominance masculine respectivement de 64,4% et 52,6%.

La supériorité du sexe masculin traduit l'implication de ce genre dans la vie active quotidienne.

➤ **Nationalité**

La majeure partie des patients était de nationalité malienne, soit 79,4% des patients. A noter que le reste des patients provenait de différents pays.

➤ **Résidence**

Les patients résidants à Bamako étaient les plus représentés 92,9% des cas. Ce résultat est comparable à celui de SANOGO A qui avait trouvé 91,8% de ses patients provenaient de Bamako [27].

➤ **Statut professionnel et couverture sociale**

Les fonctionnaires ont le plus consulté au service d'accueil des urgences, soit 32,5% des cas. Plus de la moitié des patients, soit 60% des cas n'étaient pas assurés.

Ces résultats sont différents de celui d'une étude menée en France qui avait trouvé que les personnes qui venaient le plus souvent aux urgences étaient bien insérées socialement et avaient une activité professionnelle [2].

➤ **Les moyens de transport**

Les moyens de transport les plus utilisés étaient les moyens personnels soit 88%.

Ce qui est contraire à celui de SIDIBE AD [9] dans son étude au SAU Gabriel TOURE, le moyen le plus utilisé a été la protection civile, soit 44%. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le SAU Gabriel TOURE est la référence en matière d'accueil des urgences.

Seulement 5% et 7% des patients ont été transportés respectivement dans une ambulance non-médicalisée et une ambulance médicalisée.

### 3. Aspect diagnostiques

#### ➤ Motifs de consultation

Au cours de notre période d'étude, les patients admis pour altération de la conscience représentaient la majorité des motifs de consultation, soit 20,6% des cas suivis des douleurs abdominales 15,9% des cas ; les AVP représentaient 5,6% des cas.

Ces résultats sont différents de celui de SIDIBE AD [9] et de KOUREISSY AB [8] dont le motif principal était les AVP avec respectivement 59,75% et 54,03% des cas.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que le CHU Gabriel TOURE étant une structure étatique accueille presque la majeure partie des accidentés de la voie publique contrairement à la CMCR PASTEUR.

#### ➤ Etat clinique des patients

Le tableau clinique était très varié selon le motif de consultation. Les principaux signes étaient l'association de fièvre, courbatures, céphalées et vomissement retrouvée chez 18,3% des patients suivis de l'association d'altération de la conscience et déficit neurologique 8,7% et traumatismes des membres 8,7% des cas.

La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) évaluant la gravité des patients a permis de voir que 62% des patients étaient stables donc classés CCMU-2. En France, dans une étude, 74% des patients étaient classés CCMU-2. Les malades dont le pronostic est engagé étaient rares dans cette étude, 2% en CCMU-4 [23].

Dans notre étude nous retrouvons des similarités avec une CCMU-4 dans 2% des cas.

Le score de Glasgow était situé entre 13-15 chez 81 % des patients.

#### ➤ Bilan étiologique

Pendant la période étude, 81,75% des patients avaient réalisés des bilans biologiques. Ce résultat est comparable à celui d'une étude menée en France durant laquelle 81% des patients avaient réalisés des bilans biologiques[31].

Les examens d'imagerie médicale ont été réalisés chez 51,6% des patients. L'échographie à elle seule était l'examen d'imagerie le plus demandé soit 15,6% des cas suivi de la radiographie soit 14,3% des cas.



### ➤ **Diagnostic**

Le paludisme représentait 22% des diagnostics médicaux retenus.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la majeure partie de notre étude s'est déroulée durant une saison où nous observons un accroissement des agents vecteurs de cette pathologie.

Les pathologies chirurgicales non traumatiques étaient moins fréquentes avec un total de quatre diagnostics dont la hernie étranglée prédominait avec 1,6% de patients diagnostiqués.

Les patients blessés représentaient la majorité des diagnostics de pathologies chirurgicales traumatiques, soit 4,8% des admissions, suivi des patients ayant des fractures, soit 4% des cas.

Ces résultats sont différents de ceux de SIDIBE A D [9], chez qui les pathologies chirurgicales traumatiques représentaient le plus grand pourcentage de diagnostic retenu, soit 68% des cas.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que le SAU Gabriel TOURE reçoit 70% des patients traumatisés (AVP) du MALI.

### **4. Aspects thérapeutiques**

Dès leur admission, les patients ont été conditionnés (pose d'une voie veineuse périphérique ou centrale, une sonde urinaire, une sonde nasogastrique et une sonde d'intubation s'il y'a l'indication, un monitoring multiparamétrique).

Au cours de notre période d'étude, presque la totalité des patients ont reçu un traitement médical, soit 99% des cas.

Le traitement médico- chirurgical a été réalisé chez les vingt-trois patients qui avaient un diagnostic chirurgical, soit 18,3% des patients.

Ces résultats sont différents de celui de Touré MI [24] en 2015, dans son étude, 55% des patients avaient bénéficié d'un traitement médical et 45% un traitement chirurgical.

### **5. Aspects évolutifs**

La grande partie des patients n'avait pas de difficultés d'orientation, soit 86%.

En effet la plupart des patients viennent consulter précocement et sont donc pris en charge à temps.

Les patients ont été transférés dans les services intra hospitaliers dans 55,6% des cas et 39,7% des patients sont retournés à domicile. Nous pensons alors que le service joue son rôle de tri.

La durée de séjour dans le service était inférieure à 06 h chez 98% des patients.

Nous notons un taux de mortalité à 0,8% des cas.

Ces résultats témoignent de la qualité de la prise en charge des patients au service des urgences de la CMCR PASTEUR et de l'efficacité de son personnel soignant.

# **CONCLUSION**

## **CONCLUSION**

Le service des urgences de la CMCR PASTEUR, créé pour l'amélioration de la prise en charge des patients, peut être considéré comme une référence en matière d'urgences au regard de ses bilans thérapeutiques et l'orientation de ses patients.

Les patients étaient majoritairement admis dans un contexte médical qui après stabilisation et diagnostic, ont été soit orientés dans un service intra hospitalier principalement ou soit renvoyés à la maison après la prise en charge.

# **RECOMMANDATIONS**

## RECOMMANDATIONS

La gestion d'un service d'urgences nécessite une stratégie préétablie d'organisation des moyens humains et matériels.

Nous ne pouvons terminer notre étude sans soumettre certaines recommandations :

➤ **Aux autorités politiques**

- Créer un Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) pour palier au déficit de transport des patients ;
- Equiper et former les équipes déjà existantes (sapeur-pompiers, croix rouge) pour une meilleure coordination ;

➤ **Aux autorités administratives de la CMCR PASTEUR**

Mettre à la disposition du service des urgences :

- Un laboratoire d'urgence
- Un appareil de radiographie mobile
- Un appareil d'échographie et d'ECG
- Un personnel de soutien uniquement pour les urgences
- Réorganiser le service en fonction des normes internationales
- Créer un service de gériatrie
- Créer un post d'IOA
- Envoyer les coordonnées des patients ayant directement régularisés l'hospitalisation sur l'application pour les dossiers médicaux informatisés des urgences.

➤ **Aux personnels de santé**

- Remplir correctement l'application pour les dossiers médicaux informatisés
- Assurer la formation continue du personnel technique

➤ **A la population**

- Exhorter la population à adhérer au système d'assurance santé.

**REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bleigner G. critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences. Référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU). Mars. 2001 ;
2. Herzlich C. Types de clientèle et fonctionnement de l'institut hospitalière [Types of patients and hospital procedures]. Revue française de sociologie 1973, XIV (Numéro spécial « Sociologie de la médecine ») ;41-59.
3. Chahed MK, Somrani N, Achou H. L'offre et l'utilisation des services d'urgences en Tunisie : principaux résultats d'une enquête nationale exhaustive [Availability and use emergency services in Tunisia : main results of comprehensive national survey]. La revue de santé de la Méditerranée orientale, 2001, 7(4/5) : 805-811.
4. Kéita M, Camara B, Fomba S, Samaké B, Dicko H, et al. Caractéristiques des patients admis au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalo-Universitaire du Point G, Bamako, Mali. Mali Santé Publique. 2014 ;31-7.
5. Rehmani R, Norain A. Trends in emergency department in a hospital in the Eastern region of Saudi Arabia. Medical journal, 2007 ; 28 :236-240.
6. Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. British medical journal, 1996, 312(7037) : 991-992.
7. Ouédraogo H Z. Etude de la prise en charge de l'urgence médicale au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo [Thèse]. Médecine : Ouagadougou ; 1998. 128 p.
8. Koureïssy A B. Motifs d'admission et provenance des patients au SAU du CHU Gabriel Touré [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2015. 70 p.
9. Sidibé A D. Bilan d'une année d'activité au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2018. 59 p.

10. Gentile S et al. Nonurgent patients in the emergency departement ? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research, 2010 ; 10 :66.
11. Goulon M. Avant-propos. Dans Couture J, Pumas S, Fournier E, Lissac J, Mante JM, Pechere JC, Perret C, eds. Urgences médicales. Paris : Edisem Maloine, 1984 :1-2.
12. Goïta A. Bilan médical de la première année d'activité du service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Gabriel TOURE [Thèse]. Thèse médicale, Bamako 2010-2011 ; 2011.
13. Cloutier L. La pratique infirmière de l'examen clinique. De Boeck. 2010 ; 8 : 389-391.
14. Huguenard P. Urgence(s) : essai de définition. L'hôpital à Paris 1987 ; 91 : 29-31
15. Péneff J. Les malades des urgences : Une forme de consommation médicale. Paris : Métailié ; 2000.
16. Foureste V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité : Association Pour La Recherche aux Urgences. Réanimation Urgences. 1994 ; 3(5) : 573-8.
17. Carrere Debat D., Tempelhoff G., Holzopfel L., Groupe d'étude multicentrique du service d'accueil : Les malades graves dans un service d'accueil, Réanimation Soins Intensives Médecine d'Urgence, 1991, 7, N°4, 232.
18. Desmettre T, Baron AF, Capellier G, Tazaroute K. L'infirmière organisatrice de l'accueil : rôle et fonctions. Médecine intensive et réanimation 2013 ; 22 (6) 610-5.
19. Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences. Santé Publique (Bucur) 2013 ; Vol. 25(4) :441-51.
20. Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. Emerg Med J. 2006 ; 23 (2) 154-5.



21. Roy PM, Lannehoa Y. Le triage aux urgences. Réanimation. 2002 ; 11 (7) : 480-5.
22. Ebrahimi M, Heydari A, Mazlom R, Mirhaghi A. The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. World J Emerg Med. 2015 ; 6 (2) : 94.
23. Roy PM, Lannehoa Y. Le triage aux urgences. Réanimation. 2002 ;11(7) :480-5.
24. TOURE M I, Aspects épidémio-cliniques et pronostic des traumatismes au SAU [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2018 ; 71p.
25. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et Résultats. 2003 ;(215).
26. Kogami R C, Etudes des pathologies neurochirurgicales aux Urgences chirurgicales du CHU de Bouaké, Thèse Médecine ; N°740/18 ; 2017-2018, CHU Bouaké.
27. Sanogo A : Bilan médical de la première année du service d'urgences chirurgicales du CHU Gabriel TOURE [Thèse]. Médecine ; Bamako ; 2009. 60p.
28. Oueloguem B : Etude épidémiologique des urgences pédiatriques au CHU Gabriel TOURE [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2013.70p.
29. Yapi G T : Bilan statistique et fonctionnement des urgences médicales du CHU de Cocody sur une période d'activité d'un an : du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 1983 [Thèse]. Médecine : Cocody ; 1984
30. Dramé B : Admission à l'unité de d'accueil des urgences du Point G Bamako : caractéristiques sociodémographiques et cliniques. [Thèse]. Médecine : Bamako ; 1998. 66p.

31. Granger J, Gallet M, Jorda M. Les examens biologiques au service des urgences. Réan  
Soins intens Med Urg 1987 ;3 :182

# **FICHE SIGNALÉTIQUE**

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** MAGASSA

**Prénom :** Mohamed

**Titre de la thèse :** Bilan d'une année d'activité au service d'accueil des urgences de la CMCR PASTEUR.

**Année universitaire :** 2022-2023

**Ville de soutenance :** BAMAKO-FMOS

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de BAMAKO.

### Résumé :

L'objectif de notre étude était d'évaluer les activités du service des urgences de la CMCR PASTEUR.

Etude prospective, descriptive et analytique allant du 01 juillet au 31 décembre 2022. Etaient retenus dans l'étude, tous les patients ayant consulté au niveau du secteur des urgences durant la période d'étude. N'ont pas été retenus, les urgences gynéco-obstétriques et les urgences médicales néonatales. Nous avons enregistré 126 patients sur les fiches d'enquête. La tranche d'âge de 16 à 45 avait le plus solliciter nos services soit 51,6% des consultations. La majorité des patients provenait de BAMAKO (117 patients) et de nationalité malienne pour la plupart (100 patients). Les engins personnels étaient les moyens de transport les plus utilisés par les patients, soit 88%. Les motifs de consultation étaient beaucoup plus diversifiés mais l'association de fièvre, courbature, céphalée et vomissement étaient plus représentées (18,3%). Le paludisme était le diagnostic le plus retenu (22%) et les patients ont presque tous reçu un traitement médical, soit 99%. Le taux de mortalité était de 0,8%.

Mots clés : CMCR PASTEUR, motif de consultation, orientation, moyens financiers.

## DATA SHEET

**Name:** MAGASSA

**First name:** Mohamed

**Title of the thesis:** Review of year of activity in the reception service for emergencies of the CMCR PASTEUR.

**Academic year:** 2022-2023

**Defense city:** BAMAKO

**Place of deposit:** Library of the faculty of medicine and Odontostomatology of BAMAKO.

### Summary:

The objective of our study was to evaluate the activities of emergency department of CMCR PASTEUR.

Prospective, descriptive and analytical study from July 01 to December 31, 2022. Were retained in the study, all patients having consulted at the level of the emergency sector during the period of study. Gyneco-obstetric emergencies and neonatal medical emergencies were not included. We are recorded 126 patients on the survey sheets. The age group from 16 to 45 requested our services the most, at 51,6% of consultations. The majority of patients came from BAMAKO (117 patients) and most of Malian nationality (100 patients). Personal vehicles were more represented, at 88%. The reasons for consultation were much more diversified but the association of fever, body aches, headache and vomiting were more represented (18,3). Malaria was the most retained diagnosis (22%) and the patients almost all received medical treatment, that is 99%. The mortality rate was 0,8%.

Keywords: CMCR PASTEUR, reason for consultation, orientation, financial means.

# **ANNEXES**

## FICHE D'ENQUETE

### 1. Profil du patient

**Age :** 1-15 ans  16-45 ans  Plus de 45 ans

**Sexe :** Masculin  Féminin

**Nationalité :** Malienne  Autre à préciser.....

**Profession :** Fonctionnaire  Commerçant  Ouvrier  Elève  Etudiant  Cultivateur   
Femme au foyer  Autre à préciser ....

**Résidence :** Bamako  Autre à préciser....

**Assurance :** Oui  Non

**Moyens de transport :** Moyen personnel  Ambulance non médicalisée  Ambulance médicalisée  Protection civile  Autre à préciser ....

**Motif d'admission :** AVP  CB  Altération de la conscience  Douleur abdominale   
Dyspnée  Accident de travail  Accident de sport  Fièvre  Brûlure  Morsure de serpent  
 Eboulement  Chute  Autre ....

### 2. Classification, examens cliniques et para cliniques

CCMU1  CCMU2  CCMU3  CCMU4  CCMU5

#### Signes cliniques

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....

#### Examens para cliniques

- Examens biologiques : Oui  Non

- **Examens radiologiques** : Oui  Non
- **Examens scanographiques** : Oui  Non
- **Examens échographiques** : Oui  Non
- **Autres examens à préciser** .....

### 3. Diagnostic

- **Pathologies médicales** : AVC  Embolie pulmonaire  Paludisme  Envenimations   
Crise HTA  Crise d'ulcère  Crise d'asthme  OAP  Gastro entérite  Diabète   
Intoxication  Crise d'hystérie  Aucune  Autre à préciser .....
- **Pathologies chirurgicales non traumatiques** : Péritonite  Appendicite  Occlusion   
 Hernie  Aucune  Autre à préciser .....
- **Pathologies chirurgicales traumatiques** : TC  Polytraumatisme  Hémopéritoine   
Fracture  Hémopneumothorax  Blessure  Luxation  Aucune  Autre à préciser .....

### 4. Traitement

- **Médical** : Antalgique  Anti-inflammatoire  Cristalloïde  Colloïdes  SAT  VAT   
 Antipaludique  Antihypertenseur  Antidiabétique  Sédatif  SAV  Intubation   
Ventilation  Dialyse  Autre à préciser .....
- **Chirurgical** : Drainage  Intervention chirurgicale  Autre à préciser .....

### 5. Evolution : Favorable Stationnaire Défavorable

- ### 6. Difficultés d'orientation
- Manque de place en hospitalisation  Défaut de moyens financiers  Service indisponible  Retard de soins  Retard de bilan  Aucune   
Autre à préciser .....



7. **Orientation** : Exéat  Décès  Sortie contre avis médical  Service intra hospitalier   
Service inter hospitalier  Autre à préciser .....

8. **Durée du séjour** : Inf à 12H  Entre 12-24H  Sup à 24H

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**JE LE JURE!**