

Ministère de l'Enseignement Supérieur et  
de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO

FACULTE DE PHARMACIE



Année universitaire 2022 -2023

N°...../

THEME

Impact de l'armoire d'urgence dans la prise en charge des  
patients au service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier  
Universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati en 2023

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le ..../.../2023 devant le jury de la Faculté de.

Pharmacie Par :

**M. Mohamed COULIBALY**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie  
(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

Président : M. Elimane MARIKO, *Professeur*

Membre : M. Issa COULIBALY, *Maître-Assistant*

Membre : Mme. Fadima Koureichy TALL, *Maître-Assistant*

Co-directeur : M. Mohamed dit Sarmoye TRAORE, *Assistant*

Directeur : M. Sékou BAH, *Professeur*

# **DEDICACE ET REMERCIEMENTS**

## **Dédicace**

Je dédie ce travail :

### **Au TOUT PUISSANT**

Louage et gloire à ALLAH, Le Clément, Le Très Miséricordieux de m'avoir donné la vie et d'y veiller, de m'avoir donné la chance, la santé, et courage nécessaire pour la réalisation de cette thèse. Que ton nom soit exalté. Merci seigneur ! Continuez de m'assister.

### **A notre PROPHETE MOHAMED**

Que le salut et la paix soient sur Lui ainsi que sur toute sa famille, a tous ses compagnons et a tous ceux qui le suivront jusqu'au jour de la résurrection.

### **A mon cher papa Seydou COULIBALY**

Très cher père, très affectueux que j'adore beaucoup. Tu as bien su me soutenir sur ce long parcours, saches que ce jour grandiose, ce tournant important de ma vie, est le résultat de tes souffrances endurées. Je souhaite que Le Bon Dieu me donne la chance et la force nécessaire pour mieux bénéficier pendant longtemps de ta compagnie et de suivre tes conseils.

### **A ma maman Fatoumata DIALLO**

Je me souviendrai pendant le reste de ma vie de tes souffrances consenties, de tes nuits blanches de prière pour qu'enfin arrive ce beau jour tant attendu. Je remercie Le Tout Puissant pour m'avoir donné la chance que tu sois à mes côtés pour m'assister. Je ne trouverai pas ici les mots pour t'expliquer mes sentiments. Que Dieu te donne longue vie.

## **Remerciements**

Au personnel et corps professoral de la FAPH Ce travail est le vôtre.

A tous mes camarades de promotion.

Bonne chance pour le reste.

A tout le personnel du service d'accueil des urgences du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati

Merci pour votre collaboration et votre amitié tout au long des moments que nous avons passés ensemble.

A tous mes ami(e)s et allié(e)s pour les conseils et encouragements

Madou Koné, Sidiki TINZANGA Coulibaly, Alassane Traore, Badra Ali Coulibaly

**HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **A Notre maître et Président du jury**

### **Professeur Elimane Mariko**

- **Professeur honoraire en pharmacologie à la FMOS et à la FAPH ;**
- **Ancien colonel-major des forces armées du Mali ;**
- **Officier de l'ordre national du Mali ;**
- **Recteur de l'Université Libre de Bamako.**

### **Cher Maître**

Cher Maître, un hommage digne de votre rang ne peut être résumé en ces quelques lignes. Homme de grande simplicité, nous sommes flattés d'avoir appris à vos côtés. Nous vous remercions cher maître pour la patience dont vous avez fait preuve à notre égard durant toute notre formation. Vous nous avez appris le sens de la rigueur dans le travail. Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, pour le privilège d'avoir bénéficié de votre enseignement et de vos conseils si précieux, pour votre disponibilité veuillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et juge,**

**Dr Issa COULIBALY**

- **Maître - Assistant en Gestion à la FMOS et à la FAPH ;**
- **Chef du service des examens à la FAPH ;**
- **Titulaire d'un master en management des établissements de santé ;**
- **Titulaire d'un PhD en gestion /UCCAD Sénégal ;**
- **Membre du Groupe de Recherche sur le Secteur en Afrique ;**
- **Membre du Laboratoire télé médecine, télé-enseignement de l'U.C.C.A. D de Dakar ;**
- **Membre du Laboratoire de recherche en Stratégie, Organisation et Gestion des RH de l'école supérieure de Polytechnique de Dakar ;**
- **Ancien président de l'ordre des pharmaciens de Koulikoro ;**
- **Pharmacien au CHU Pr BSS de Kati.**

**Cher Maître**

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail. Vos qualités scientifiques, votre modestie, votre contact facile et votre disponibilité font de vous un maître admirable. Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.

**A notre Maître et juge,**

**Dr Fadima Koureichy TALL**

- **Maître-assistante à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**
- **Spécialiste en anesthésie-réanimation,**
- **Membre de la SARMU-MALI/SFAR /SOCHIMA WWSA**
- **Chef de SAR et des urgences au CHU Pr BSS de Kati,**

Cher Maître Votre humanisme, votre disponibilité permanente, votre dévouement et l'amour du travail bien fait, font de vous un maître admiré de tous. Vous n'avez ménagé aucun effort à la réalisation de ce travail. Veuillez accepter notre entière considération.



**A notre Maître et co-directeur,**

**Dr TRAORE Mohamed dit Sarmoye**

- **Assistant en Pharmacie hospitalière à la FAPH ;**
- **Spécialiste en Pharmacie hospitalière ;**
- **Chef de service de la Pharmacie Hospitalière du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati.**

**Cher Maître**

Ce travail est avant tout le vôtre et nous sommes heureux de témoigner que vous n'avez jamais ménagé votre peine pour qu'il soit mené à bien. Permettez-nous cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profonde gratitude. Veuillez recevoir ici cher maître l'expression de notre sincère remerciement.

## **A notre Maître et directeur de Thèse**

### **Pr BAH Sékou**

- **Maître de conférences de pharmacologie à la FAPH ;**
- **PhD en pharmacologie ;**
- **Membre du comité technique de pharmacovigilance ;**
- **Titulaire d'un master en santé communautaire internationale ;**
- **Chef de services de la pharmacie hospitalière au CHU du Point G ;**
- **Vice Doyen de la Faculté de Pharmacie.**

### **Cher Maître**

Vos larges connaissances pharmacologiques, votre honnêteté intellectuelle, ont satisfait notre admiration. Nous sommes très honorés d'être compté parmi vos étudiants. C'est un immense plaisir de vous manifester notre profonde gratitude et notre sincère remerciement.

# **ABREVIATIONS**

## **Sigles et abréviations**

**AVP** : Accident de la Voie Publique

**AS** : Aide-Soignant

**BSS** : Bocar Sidy SALL

**CCMU** : Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**EPH** : Etablissement Pharmaceutique Hospitalière

**FED** : Fonds Européen de Développement

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

**IOA** : Infirmerie d'Organisation de l'Accueil

**IV** : Intra Veineuse

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PPM** : Pharmacie Populaire du Mali

**PPN** : Politique Pharmaceutique Nationale

**PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social

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

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

**SAUV** : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

**SDA-ME** : Schéma Directeur d'Approvisionnement – Médicaments Essentiel

**SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et Réanimation

**UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

**%** : Pourcentage

# **SOMMAIRE**

## **SOMMAIRE**

<b>Tableau I:</b> score de Glasgow .....	19
<b>Tableau II :</b> Classification GEMSA .....	20
<b>Tableau III:</b> CCMU modifiée .....	21
<b>Tableau IV :</b> Kit pansement .....	26
<b>Tableau V:</b> kit suture.....	27
<b>Tableau VI:</b> kit voie veineuse périphérique avec sérum salé isotonique .....	28
<b>Tableau VII :</b> kit voie veineuse périphérique avec sérum glucosé isotonique.....	29
<b>Tableau VIII :</b> Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum glucosé hypertonique .	30
<b>Tableau IX :</b> kit voie veineuse périphérique avec ringer lactate .....	31
<b>Tableau X:</b> Autres produits de l'armoire d'urgence .....	32
<b>Tableau XI :</b> Répartition des participants selon la tranche d'âge .....	39
<b>Tableau XII:</b> Répartition des participants selon la provenance.....	40
<b>Tableau XIII:</b> Répartition des participants selon la profession.....	41
<b>Tableau XIV:</b> Répartition des participants selon les moyens de transport utilisés à leur arrivé.....	42
<b>Tableau XV:</b> Répartition des participants selon le motif d'admission .....	43
<b>Tableau XVI:</b> Répartition des différents kits.....	44
<b>Tableau XVII :</b> Autres produits de l'armoire d'urgence.....	44
<b>Tableau XVIII :</b> Utilisation des Kits selon le motif d'admission des participants ...	45
<b>Tableau XIX:</b> L'intervalle entre la consultation et l'offre du premier soin .....	45
<b>Tableau XX :</b> Répartition des participants entre les délais de prise en charge et le motif d'admission des participants.....	46
<b>Tableau XXI:</b> Motifs de non paiement des ordonnances. ....	47

## **Listes des figures**

Figure 1 : Répartition des participants selon le sexe .....	39
Figure 2: Répartition des participants selon la référence au service .....	40
Figure 3 : Répartition des participants selon les accompagnants.....	42
Figure 4 : Répartition des participants selon leur état à l'arrivée .....	43
Figure 5: Etat de recouvrement des ordonnances.....	47

## **SOMMAIRES**

INTRODUCTION .....	2
OBJECTIFS .....	5
Objectif général.....	5
Objectifs spécifiques .....	5
I. GENERALITES.....	7
1. Définitions des concepts.....	7
2. Histoire de la salle d'accueil des urgences vitales (expérience française) .....	8
3. Rappel sur la politique sanitaire du Mali .....	10
3.2. Politique pharmaceutique du Mali .....	14
4. Approvisionnement en médicaments essentiels dans une pharmacie hospitalière .	16
5. Circuit des patients à l'hôpital .....	16
5.1 Circuit normal .....	17
5.2. Circuit en cas d'urgence .....	17
6. Service d'accueil des urgences .....	17
6.1. Définition .....	17
6.2. Missions SAU .....	18
6.3. Unités fonctionnelles .....	18
6.4. Personnel.....	18
6.6. Evacuation ou Référence de patient.....	19
6.7. Triage au service des urgences .....	19
7. Armoire d'urgence .....	22
7.1. Définition .....	22
7.2. Principes de gestion et de fonctionnements des armoires d'urgence .....	22
7.3. Modalités de gestion des armoires d'urgence .....	23
7.4. Dotations des armoires d'urgence.....	24
8. Kits d'urgences .....	25
8.1. Avantages des Kits .....	25



8.2. Inconvénients et contraintes des Kits .....	25
9. Stocks dans l'armoire .....	26
9.1. Avantages.....	26
9.2. Inconvénients et contraintes .....	26
10. Composition des différents kits à l'hôpital de Kati .....	26
10.1. Kit pansement.....	26
10.2. Kit suture.....	27
10.3. Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum salé isotonique.....	28
10.4. Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum glucosé isotonique.....	29
10.5. Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum glucosé hypertonique .....	30
10.6. Kit Voie Veineuse Périphérique avec ringer lactate .....	31
10.7. Autres produits de l'armoire d'urgence .....	32
II. METHODOLOGIE .....	34
1. Cadre de l'étude .....	34
.2. Type d'étude .....	36
.3. Période de collecte .....	36
4. Population de l'étude.....	36
5. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon.....	36
6. Technique et outils de collecte .....	36
7. Variables de l'étude.....	37
8. Plan d'analyse des données .....	37
9. Considérations administratives et aspect éthique .....	37
RESULTATS .....	39
Figure 10 : Motifs de non paiement des ordonnances .....	47
COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	49
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	54
CONCLUSION : .....	55
RECOMMANDATION : .....	56

REFERENCES BIOBLIOGRAPHIQUE ..... 58

Annexes ..... B



# INTRODUCTION

## **INTRODUCTION**

La notion de Salle d'Accueil des Urgences Vitales apparait pour la première fois dans la circulaire du 13 août 1965 en France sous le terme de « Service d'Accès aux Soins » au niveau de la réanimation. A ce niveau le passage d'un malade ou d'un blessé sera très bref allant de quelques heures à quelques jours au maximum [1]. Depuis 2003, il existe des recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales. Ces recommandations précisent les critères d'admission des patients, l'architecture, l'équipement nécessaire au fonctionnement, les durées de prise en charge des patients, les collaborations entre les différents acteurs, les ressources humaines à mettre en place, les procédures, les protocoles à établir et l'évaluation des activités de ladite salle [2]. La notion d'urgence en termes de médicaments peut s'entendre sous deux angles différents, celui de la thérapeutique et celui de l'approvisionnement. La prise en charge des urgences de santé est l'une des missions nobles d'un hôpital. Les médicaments et autres produits pharmaceutiques constituent l'un des moyens importants pour conduire cette mission [3]. L'Organisation Mondiale de la Santé, a voulu améliorer la réaction aux situations d'urgence par des mesures efficaces de préparation aux catastrophes. Après plusieurs années d'études, d'essais sur le terrain et de modifications, des listes standardisées de médicaments essentiels et de matériel médical ont été élaborées [4]. Le kit sanitaire d'urgence de l'OMS a été élaboré au début des années 1980 et révisé en 1988. Il a été adopté par de nombreuses organisations et autorités nationales, jugé fiable, standardisé, peu onéreux, approprié et apte à fournir rapidement les médicaments et le matériel essentiels dont on a besoin d'urgence en cas de catastrophe [5].

Au Mali, l'approvisionnement en médicaments essentiels des établissements publics obéit au respect d'une directive appelée Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en médicaments essentiels et autres produits de sante dont l'objectif est de standardiser l'approche de la supervision formative et de faire le suivi du processus et des activités relatives à la gestion du système logistique des produits de santé [6].

La gestion de ces médicaments représente une tâche énorme pour les personnes qui en ont la charge. En décembre 1990, le Mali a déclaré sa politique sectorielle de santé et de population fondée sur les principes de l'initiative de Bamako dont le médicament essentiel y occupe une place centrale [7]. Le Mali a connu, de l'indépendance à nos jours plusieurs évolutions en matière de politique de santé et pharmaceutique. Aujourd'hui, à l'instar de tous les autres pays de la région africaine de l'OMS, il s'efforce de développer progressivement des systèmes de soins médicaux complets pour le maintien de la santé. Cependant, les problématiques dominantes et les enjeux actuels relatifs à la situation sanitaire au Mali soulèvent des interrogations quant au respect des principes d'éthiques et l'efficacité du système de santé. En outre dans le souci d'avoir une solution confortable conduisant à une célérité dans la prise en charge des cas d'urgence, la notion d'armoire d'urgence ou chariot d'urgence est un élément capital à cet effet [8].

L'hôpital de Kati étant un hôpital de 3ème référence en orthopédie et traumatologie, n'a pas fait exception à cette politique. L'armoire d'urgence joue un rôle important dans l'accès facile et rapide aux médicaments et dispositifs médicaux, l'analyse de son impact serait toujours nécessaire à l'amélioration de sa performance. C'est dans ce cadre que nous avons initié ce travail au Service d'Accueil des Urgences dudit établissement.

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Analyser l'impact de l'armoire d'urgence dans la prise en charge des patients au SAU du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati en 2023.

### **Objectifs spécifiques**

- Identifier le profil sociodémographique des patients du SAU ;
- Catégoriser les motifs d'admission des patients qui ont nécessités l'utilisation des produits d'urgences ;
- Déterminer les fréquences d'utilisation des différents kits ;
- Calculer le temps qui s'écoule entre l'admission du patient et l'offre des premiers soins ;
- Identifier les motifs du non paiement des frais des ordonnances.



# **GENERALITES**

## **I.GENERALITES**

### **1. Définitions des concepts**

Nous avons adopté quelques définitions pour certains termes et expressions pour une meilleure compréhension du document.

#### **➤ Produits pharmaceutiques**

On entend par produits pharmaceutiques l'ensemble constitué par les médicaments, objets de pansements, articles conformes à la Pharmacopée et les dispositifs médicaux stériles ou non qui constituent le champ d'exercice confié au pharmacien hospitalier [9].

#### **➤ Médicament**

On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques [10].

#### **➤ Médicaments essentiels**

Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils sont choisis compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur coût/efficacité par rapport à d'autres médicaments. Les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés [11].

### ➤ **L'urgence**

La définition médicale est 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 » [12].

Le service d'urgence est pour beaucoup de patients, le lieu privilégié de recours aux soins de santé. Son rôle est d'accueillir à tout moment et de prendre en charge, toute personne se présentant en situation d'urgence, que son état soit réellement urgent d'un point de vue médical ou qu'il soit ressenti comme tel [13-14].

Considérés comme « une porte de l'hôpital en permanence ouverte », les services d'accueil des urgences (SAU) souffrent comme le soulignent de nombreuses études du problème de l'engorgement [15-16].

### ➤ **Analyse de l'impact**

Il s'agit de l'effet produit (c'est-à-dire la trace laissée à l'endroit de la prise en charge) par l'utilisation des produits pharmaceutiques contenus dans l'armoire d'urgences.

### ➤ **Armoire d'urgence**

C'est l'armoire destinée au stockage des produits pharmaceutiques pour la prise en charge des cas d'urgence (par rapport au premier soin) au niveau du SAU.

### ➤ **Prise en charge des patients**

Elle est établie en fonction d'une évaluation initiale de l'état de santé du patient sans préalablement demander le paiement des frais engendrés.

## **2. Histoire de la salle d'accueil des urgences vitales (expérience française)**

La circulaire du 4 septembre 1973, dite « circulaire Poniatowski » indique la présence d'un élément de réanimation dans une unité de service d'aide médicale urgente (SAMU) [17], et correspond au sas de réanimation dans le circulaire du 13 août 1965. Cette circulaire détaille les locaux nécessaires dans une structure d'urgence, ainsi que leur superficie.

Au fil des années, ces prescriptions ont été complétées ou amendées, notamment par une circulaire de 1976. Celle-ci suggère que la localisation des SAMU au sein de l'établissement hospitalier doit répondre aux conditions suivantes :

- Accès rapide à la voie publique...
- Contiguïté ou facilité de liaison avec les autres services participant à l'urgence médicale en raison de leur complémentarité fonctionnelle... (...prise en charge temporaire des malades du SAMU en attente de transfert...) [18].

En 1989, le rapport dirigé par le Pr STEG met en évidence l'insuffisance de la médicalisation et la mauvaise qualité de l'accueil des services d'urgence [19]. Ce rapport entraînera l'apparition de la circulaire du 14/05/1991 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences, qui précise entre autres les moyens dont doivent disposer les services d'urgence, son équipement et les rôles de chaque personne dans la structure [20]. Le dernier texte de loi se référant à la SAUV est le décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. L'article D. 6124-22 indique que la structure des urgences dispose notamment d'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate [21].

En 2002, lors de la dernière grande étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) concernant la « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », les auteurs estimaient à **35 millions/an le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville, pendant que les services d'urgences enregistraient 14 millions de passages/an** [22]. La réévaluation du nombre de passage aux urgences en 2011, montre une augmentation de la fréquentation des services d'urgences, avec **4,5 millions** de passagers annuels de plus par rapport en 2002 (de 14 à 18,5 millions soit 24,3% d'augmentation) [23].

La DREES met en évidence la croissance inexorable de 3,5% en moyenne du nombre de passages aux urgences, année après année, depuis 1996, à l'exception de 2010. En 20 ans, ce nombre a été multiplié par deux [24].

En France on a observé un accroissement important du nombre de consultations dans les services d'urgences, passant de 7 millions en 1990 à plus de 20 millions de consultations en 2016 [25].

Au Service d'Urgences de l'hôpital de Nador, à Rabat au Maroc, le nombre de consultant a en effet plus que doublé en cinq ans (2006\_2009) passant de 31 155 à 73 489 [15].

### **3. Rappel sur la politique sanitaire du Mali**

Selon la Loi 02-049 AN RM portant loi d'orientation sur la santé au Mali du 22 juillet 2002, la Politique Nationale de Santé du Mali repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile. Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la République du Mali a souscrit. La Politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'Initiative de Bamako et sur la Stratégie africaine de développement sanitaire [26].

#### **3.1. Loi hospitalière du Mali**

Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière. Elle a été délibérée et adoptée en séance du 20 juin 2002 par l'Assemblée Nationale et promulguée par le Président de la République [27]. Cette loi dans ses chapitres donne les dispositions qui suivent :

##### **3.1.1. Chapitre 1 ; Section 1 :**

###### **Sous-section 1 : Des droits et des devoirs du malade**

Article 1<sup>er</sup> : Le droit du malade au libre choix de son établissement hospitalier est un principe fondamental.

Les limitations apportées à ce principe ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements hospitaliers, de leur mode de tarification, des modalités de prise en charge dans le cadre d'un système de tiers payant et des contraintes liées à l'accès géographique ainsi qu'aux moyens de transport.

Article 2 : Il est établi par arrêté du Ministre chargé de la santé, un document intitulé « charte du malade » indiquant les droits et les devoirs du malade vis-à-vis de l'établissement et du personnel qui y travaille.

Cette charte est affichée dans tous les services de l'établissement hospitalier.

Sous-section 2 : Des établissements hospitaliers

Article 5 : Les établissements hospitaliers assurent le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques et sociaux du patient. Ils assurent aussi, lorsque nécessaire, leur hébergement.

La qualité de leur prise en charge constitue un objectif essentiel pour tout établissement hospitalier.

Les établissements hospitaliers participent également à des actions de santé publique dans la limite de leurs compétences.

## **Section 2 : Missions et obligations des établissements hospitaliers**

Sous-section 1 : Du service public hospitalier

Article 7 : Le service public hospitalier garantit l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins d'urgence ou à des soins de référence de qualité.

A ce titre, chaque établissement hospitalier est tenu d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie.

Article 8 : Sont considérées comme des cas d'urgence, les malades, les femmes enceintes ou les victimes d'accident dont la vie ou l'intégrité physique, y compris celle des enfants qu'elles portent, peuvent être remises en cause à bref délai.

Article 9 : Tout établissement hospitalier public ou tout établissement hospitalier privé participant au service public hospitalier doit être en mesure d'accueillir et de traiter les cas d'urgence qui sollicitent ses services, en leur apportant tous les soins offerts par l'établissement, ou doit les référer sous sa responsabilité à l'établissement hospitalier le plus proche ayant les compétences requises.

Article 10 : Tout malade, femme enceinte ou victime d'un accident présentant une situation reconnue d'urgence doit bénéficier d'une prise en charge thérapeutique immédiate et appropriée, sans que puisse être exigé de lui un financement préalable.

Article 11 : L'Etat est tenu de rembourser à tout établissement hospitalier public ou à tout établissement hospitalier privé participant au service public hospitalier les soins exigés par la prise en charge d'un cas d'urgence, dont il n'a pu recouvrer le tarif en totalité ou en partie, à condition qu'il ait pris toutes les mesures nécessaires pour exiger ce recouvrement.

Les modalités de cette prise en charge par l'Etat sont précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 12 : En dehors des cas d'urgence, aucun patient ne peut être accueilli et recevoir des soins dans un établissement hospitalier public sans l'accomplissement préalable des formalités administratives et financières.

3.1.1. Chapitre 2 ; Section 2

### **Sous-section 2 : De l'organisation des services et des catégories d'hospitalisation**

Paragraphe 1 : De l'organisation se services

Article 73 : Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics hospitaliers sont organisés en services administratifs, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, pharmaceutiques et médico-techniques.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

## Paragraphe 2 : Des catégories d'hospitalisation

Article 74 : Les établissements hospitaliers publics peuvent offrir plusieurs catégories d'hospitalisation aux malades, qui correspondent à des tarifications différentes.

Cette catégorisation ne doit pas avoir la moindre conséquence sur la qualité des soins médicaux et paramédicaux, qui doit rester similaire pour tous les usagers, quelle que soit leur catégorie d'hospitalisation.

Les modalités de classification, d'organisation et de gestion de ces catégories d'hospitalisation sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la santé [27].

### **3.1.2. Charte du malade à l'hôpital**

#### Chapitre 3 : Des droits du malade

Article 9 : Les établissements hospitaliers garantissent la qualité des soins notamment à travers un bon accueil des usagers.

Article 10 : Le malade a le droit d'accéder aux services hospitaliers convenables à son état ou à sa maladie.

Article 11 : Le malade a le droit d'être soigné dans le respect de sa dignité humaine.

Cette prestation englobe non seulement les soins médicaux, infirmiers et analogues, mais également une sollicitude, un hébergement et un encadrement technique et administratif appropriés.

Article 12 : Le malade a le droit d'accepter ou de refuser l'hospitalisation ou toute prestation de diagnostic ou de traitement, s'il ne met pas en danger sa vie ou l'intérêt public.

Lorsqu'il est complètement ou partiellement (de par la loi ou de fait) incapable d'exercer ce droit, **celui-ci est exercé** par son représentant ou par une personne légalement désignée.

Article 21 : En cas de décès, après le constat fait par le personnel médical, la famille est aussitôt informée et le corps immédiatement transféré à la morgue. Il lui est attribué un numéro d'identification dont une copie reste avec le surveillant général de l'établissement et le double est remis à la famille du défunt.



L'enveloppement du corps est subordonné à la présentation de ce numéro d'identification au surveillant général qui l'ordonne au gardien de la morgue [27].

### **3.1.3. Prise en charge de urgences médicale**

#### **Chapitre 1 ; section 2**

#### **Sous-section 4 : De la prise en charge financière**

Article 21 : Les modalités de prise en charge par les établissements hospitaliers publics des personnels des services de santé et des membres de leur famille sont définies par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 22 : La prise en charge des tarifs des soins et des frais d'hospitalisation est assurée par les intéressés eux-mêmes ou par les organismes de tiers payant.

Les organismes de tiers payant prennent en charge tout ou partie des tarifs des soins et des frais d'hospitalisation, le solde éventuel restant à la charge des intéressés ou de leur famille.

Article 23 : Les organismes de tiers payant comprennent notamment :

- Les assurances privées et les mutuelles, qui assurent la prise en charge de leurs membres ;
- L'Etat et les collectivités territoriales vis-à-vis de leurs agents ;
- Les entreprises et autres employeurs signataires d'une convention avec les établissements hospitaliers de leur choix ;
- Les organismes à vocation humanitaire qui assurent la prise en charge de personnes reconnues démunies, selon la réglementation en la matière [27].

### **3.2. Politique pharmaceutique du Mali**

Le circuit du médicament est fonction de la politique pharmaceutique. Aux termes de la Loi N° 02- 049 du 22 juillet 2002 portant sur l'orientation de la santé, la politique pharmaceutique est partie intégrante de la politique sanitaire.

Cette politique pharmaceutique a pour objectif général de rendre accessibles, géographiquement, physiquement et financièrement à la population, des médicaments essentiels de qualité y compris ceux de la pharmacopée traditionnelle et les produits sanguins sécurisés.

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) actuelle du Mali a été adoptée en 1999 dans le cadre du PRODESS. Elle repose surtout sur les médicaments essentiels dont le Mali a fait la base de la mise en œuvre de sa politique de santé. Le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels constitue un pilier important de cette politique.

Le Schéma Directeur d'approvisionnement a été initié et mis en œuvre en 1995 avec l'appui des partenaires techniques et financiers (FED, OMS, Coopération Canadienne, Coopération Belge, Coopération Française, coopération Allemande, Coopération Hollandaise...) dans le cadre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la politique sectorielle de santé et de population. Ce schéma s'appuie sur des principes qui devraient garantir une pérennité du système d'approvisionnement. Dans ce cadre, des stocks dits stocks initiaux en médicaments et dispositifs médicaux ont été attribués aux différentes formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé de cercle ou de commune, centres de santé communautaires) avec des objectifs spécifiques et des principes fondamentaux de fonctionnement suivants :

- Instituer et pérenniser un autofinancement des médicaments et dispositifs médicaux à travers un recouvrement de coût ;
- Procéder à une bonne gestion pour maintenir au moins le capital alloué en dotation initiale ;
- Séparer les comptes liés aux recettes de médicaments des autres compte d'activités du centre ;
- Eviter toute rupture de stock de médicaments essentiels selon la liste établie ;
- Maintenir le coût de l'ordonnance le plus bas possible ;
- Améliorer la qualité de la prescription et de l'usage du médicament

➤ Améliorer la participation des populations bénéficiaires à la gestion des structures de santé.

#### **4. Approvisionnement en médicaments essentiels dans une pharmacie hospitalière**

L'approvisionnement est l'étape de l'acquisition des médicaments sélectionnés. L'acquisition est l'achat aux fabricants (ou fournisseurs) des médicaments sélectionnés.

La sélection des médicaments doit être basée en premier lieu sur l'efficacité, l'innocuité ou la sécurité, la qualité et ensuite le coût : on parle d'efficience [28].

L'acheteur d'un médicament devra donc exiger de ses fournisseurs tous les référentiels permettant de garantir les trois principaux critères de « Qualité, Efficacité, Sécurité ». Ces critères complémentaires peuvent difficilement être dissociés et expriment la qualité des médicaments au sens large du terme [29].

Pour le service pharmaceutique, l'approvisionnement vise à satisfaire la prescription médicale dans l'intérêt du patient et à assurer une utilisation optimale des crédits par la maîtrise du coût des produits pharmaceutiques.

La sélection des médicaments a pour objectif de concentrer l'acquisition et la distribution sur les médicaments prioritaires. Il est important de réduire le nombre de médicaments à acquérir et de choisir ceux qui sont nécessaires et efficaces.

Cela permettra non seulement la réduction des prix d'acquisition, des coûts de transaction et de stockage, mais aussi l'amélioration de la quantification de médicaments et la facilitation à l'information pour leur usage rationnel.

L'acquisition quant à elle a pour objectif d'acquérir les médicaments strictement nécessaires au moindre coût [30].

#### **5. Circuit des patients à l'hôpital**

Pour le circuit des patients à l'hôpital de Kati deux situations peuvent être décrites :

## **5.1 Circuit normal**

Lorsque le malade arrive à l'hôpital il s'adresse d'abord au bureau des entrées (ou admission) où il paye un ticket de consultation ou de la prestation désirée. A ce niveau le patient est dirigé vers le médecin concerné qui procédera à la consultation. Cette consultation pouvant aboutir à une prescription médicale, à la prescription d'examens complémentaires ou à l'hospitalisation du patient selon la maladie et l'état du malade. Après une prescription de médicaments ou une demande d'examens complémentaires, le patient peut être pris en charge dans la structure de l'hôpital ou être dirigé vers d'autres structures publiques ou privées selon la nature de la prescription (ou de la demande d'analyse) ou selon les orientations du prescripteur.

## **5.2. Circuit en cas d'urgence**

Lorsque le patient arrive en urgence à l'hôpital, il est directement orienté vers le service d'accueil des urgences où la prise en charge est aussitôt assurée. Les cas psychiatriques, pédiatriques, et gynéco obstétrique sont cependant directement dirigés vers le service correspondant. La prise en charge peut inclure la consultation, la demande d'examens complémentaires, la prescription d'ordonnance ou l'hospitalisation après les soins appropriés. La mise en place des armoires d'urgence a facilité cette prise en charge des cas d'urgence. C'est après les soins que le patient ou ses parents vont régulariser les formalités financières au niveau de la pharmacie hospitalière [12].

## **6. Service d'accueil des urgences**

### **6.1. Définition**

Service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique [31].

## **6.2. Missions SAU**

Les missions du SAU selon **Décrets n°2006-576 et 577 du 22 mai 2006** relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

- Assurer l'accueil des malades et des familles en évitant les délais d'attente ;
- Maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du malade ;
- Identifier les problèmes médicaux des malades ;
- Mettre en route le traitement ;
- Orienter vers le bon endroit au bon moment ;
- Accueillir en permanence dans la structure d'urgence toute personne en situation d'urgence zone d'accueil
- Assurer l'observation, les soins et la surveillance :
- Au sein de la structure d'urgence - En **UHCD**
- Dans une structure de l'établissement
- Vers un autre établissement en assurant le transfert
- Vers une consultation
- Vers le médecin de ville [32].

## **6.3. Unités fonctionnelles**

- Salle d'Accueil des Urgences Vitales
- Unité de Surveillance Rapprochée
- Secteur d'examens et soins
- Aire d'attente des patients en instance
- Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- Box d'isolement de cas spécifiques [33].

## **6.4. Personnel**

L'effectif de la SAUV dépend du flux des patients, mais doit au minimum être composé d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), et d'un(e) aide-soignant(e) ou agent hospitalier, quels que soient l'heure et le jour de la semaine.

Ce personnel peut exercer d'autres fonctions, mais doit pouvoir se libérer immédiatement. Il est ainsi impossible, sauf circonstances exceptionnelles, que le médecin en charge de la SAUV assure également les fonctions de médecin régulateur du SAMU et/ou à fortiori des interventions de SMUR, s'il est seul pour assurer simultanément ces missions [34].

## **6.6. Evacuation ou Référence de patient**

L'évacuation médicale est habituellement définie comme le transport de patients ayant besoin de soins médicaux urgents ou semi -urgents d'un établissement à l'autre. Elle peut également désigner le transport de patients requérant des soins non offerts dans leur propre communauté, comme des épreuves diagnostiques spéciales ou une intervention chirurgicale prévue [35].

## **6.7. Triage au service des urgences**

Il existe différentes échelles de triage :

### **6.7.1. Score de Glasgow**

Il permet d'évaluer la gravité de l'état neurologique du patient, comme le montre le tableau I [36].

**Tableau I:** score de Glasgow

Score	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1	Absente	Absente	Absente
2	Au stimulus	Incompréhensible	Extension
3	À la demande	Incohérente	Flexion
4	Spontanée	Désorientée	Evitement
5		Appropriée	Orientée au stimulus
6			À la demande

### **6.7.2. Classification du Groupe d'Etude multicentrique des services d'accueil (GEMSA)**

Elle émane de la commission de médecine d'urgence de la société de réanimation de langue française.

C'est un système de classification des passages aux urgences, applicable à tous les types de services d'urgences.

Les patients sont classés selon leur mode d'entrée et de sortie, et la demande de soins [37].

#### **Tableau II : Classification GEMSA**

---

I	Malade décédé à l'arrivée
II	Patient non convoqué sortant après soins
III	Patient hospitalisé non attendu
IV	Patient convoqué pour des soins à distance
V	Patient ne passant pas dans le SAU que pour des raisons administratives
VI	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée

---

### **6.7.3. Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée (CCMU)**

Elle existe depuis 1994, validée par la société francophone des urgences médicales.

Elle permet d'évaluer l'état de gravité des patients en urgence pré hospitalière (SMUR) et à l'accueil hospitalier. La gravité est déterminée par le médecin de l'équipe du SMUR ou de l'accueil des urgences, après un examen clinique initial qui comprend l'interrogatoire et l'examen physique.

Eventuellement peuvent s'y ajouter un électrocardiogramme, une saturation en oxygène, une glycémie capillaire, une bandelette urinaire ou un hémocrite par micro-méthode.

C'est une classification selon l'appréciation subjective de l'état clinique, et des moyens diagnostiques et thérapeutiques à mettre en œuvre.

Deux nouvelles classes ont été ajoutées à la CCMU initiale, la D et la P [38].

### **Tableau III: CCMU modifiée**

---

CCMUP	Patient souffrant d'une pathologie psychiatrique dominant sans atteinte somatique instable associée
-------	---

---

CCMU1	Situation ne justifiant pas d'accès au plateau technique en urgence
-------	---

CCMU2	Situation comportant un pronostic fonctionnel stable, justifiant une intervention diagnostique technique ou thérapeutique aux urgences
-------	--

CCMU3	Situation comportant un pronostic fonctionnel instable
-------	--

CCMU4	Situation engageant le pronostic vital et nécessitant une intervention d'urgence
-------	--

CCMU5	Situation d'extrême urgence avec réanimation immédiate
-------	--

CCMUD	Patient décédé, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
-------	---

---

Ces scores ne sont pas tous utilisés, et le tri des malades repose essentiellement sur le score de Glasgow et l'état hémodynamique et respiratoire des malades.



## **7. Armoire d'urgence**

### **7.1. Définition**

Le Chariot d'urgence comporte le matériel approprié pour permettre la prise en charge d'une urgence tant cardiovasculaire que respiratoire ou neurologique, et ce, quel que soit le lieu. Il permet de réagir sans délai et de façon adaptée à une situation d'urgence où le pronostic vital est très rapidement engagé [39].

### **7.2. Principes de gestion et de fonctionnements des armoires d'urgence**

Assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres pharmaceutiques au sein de l'hôpital constitue la principale mission d'une Pharmacie hospitalière. Ce service est placé sous la responsabilité effective d'un Pharmacien qui peut procéder à des livraisons de produits pharmaceutiques au niveau des unités de soins et médicotechniques au sein de l'hôpital. Cette pratique a pour but d'assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques d'usage courant pour le bon fonctionnement des services et la prise en charge des cas d'urgence au niveau des services de soins. Selon les sources de financement et les modalités de recouvrement des coûts, les produits livrés aux services sont repartis en deux groupes : ceux qui sont facturés au compte des services (prix journée d'hospitalisation, frais des actes...), et ceux facturés directement au compte du patient. Le premier groupe est considéré comme Cession **aux services** (ou **Dotation de Services**) et le second groupe comme **Dotation des armoires d'urgence**. La livraison des produits pharmaceutiques à des unités de soins ou médicotechniques doit obéir à certaines règles dont les principales sont les suivantes :

➤ Les produits pharmaceutiques à l'hôpital ne sont pas gratuits et obéissent donc à un système de recouvrement de coûts. Ce principe est déjà prescrit dans les règles d'applications du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels.

- Tout stock de produits pharmaceutiques à l'hôpital est sous la responsabilité technique du pharmacien hospitalier qui pourrait demander toutes justifications concernant l'utilisation de ces produits.
  - Les mesures nécessaires sont prises pour éviter les ruptures de stocks des produits pharmaceutiques en livraison aux unités de soins.
  - Les produits pharmaceutiques sont pré-dispositionnés dans des armoires au niveau des services de soins et médicotechniques désignés.
- Ces armoires sont fermées à clef et doivent être accessibles aux pharmaciens de l'hôpital et d'autres personnels de la pharmacie dans des conditions bien définies.
- Un malade admis en urgence à l'hôpital bénéficie immédiatement de toutes les conditions nécessaires lui assurant les soins que requiert son état, y compris l'usage des produits pharmaceutiques, sans tenir compte à cet instant de ses capacités de payer ces produits [12].
  - Les patients traités en urgence doivent être identifiés de façon précise avec des adresses claires et correctes.

### **7.3. Modalités de gestion des armoires d'urgence**

Les modalités de gestion des armoires d'urgence ont été validées lors d'un atelier national de deux jours et peuvent être résumées comme suit :

Pour la bonne organisation et la gestion efficace des produits au niveau des services de soins, le fonctionnement des services sera défini autour d'unités fonctionnelles. Ainsi les grands services de l'hôpital seront subdivisés en différentes unités. Les armoires de produits pharmaceutiques seront placées au niveau de ces unités fonctionnelles et confiées à des responsables désignés par le chef de service. Des supports de gestion seront mis en place pour permettre la continuité de l'accès aux produits d'urgence surtout lors des gardes (Fiche de passation de garde en annexe).

Des formations seront organisées, par le service de pharmacie de l'hôpital, à l'attention des agents chargés de la gestion des produits pharmaceutiques des armoires.

Ces formations porteront sur les conditions de stockage ou de conservation des produits, sur les modes de remplissage des supports de gestion ou sur d'autres informations se rapportant à la bonne gestion de ces produits d'armoires.

Un programme de livraison sera élaboré par la pharmacie dans le cadre des différentes dotations. Selon le type de dotation (dotation des services ou dotation d'armoire d'urgence), le type de service ou le niveau d'activités de l'unité fonctionnelle considérée. Les propositions de programmation suivantes pourraient être envisagées :

- Livraisons bimensuelles ou hebdomadaires pour les Cessions aux Services (Dotations des services).
- Livraisons hebdomadaires ou bihebdomadaires pour les dotations des armoires d'urgence.

La possibilité de livraisons d'urgence sera accordée aux unités de soins selon les circonstances [12].

#### **7.4. Dotations des armoires d'urgence**

Certains des médicaments, composant ces dotations seront facturés au compte du patient bénéficiaire. Ils sont stockés dans des armoires appelées **Armoires d'urgence**. Les armoires d'urgence seront déposées au niveau de certaines unités des services qui sont responsables de la prise en charge des cas **d'urgence survenus** au sein de l'hôpital ou **conduits** au niveau de l'établissement. Les médicaments ou autres produits pharmaceutiques, indispensables à la prise en charge des urgences, doivent être immédiatement disponibles au niveau de l'unité chargée de cette tâche. A cet effet une définition opérationnelle de l'urgence devrait être élaborée et adoptée au niveau de l'hôpital. Cette définition devrait être suivie par la désignation des différentes unités ou services devant assurer la prise en charge des cas d'urgence. Cette tâche de définition de l'urgence au sein de l'hôpital devrait être assurée par le conseil médical (Commission Médicale d'Établissement).

On pourrait aussi consulter des spécialistes ou praticiens d'autres hôpitaux du pays. Une liste des produits pharmaceutiques d'urgence sera élaborée et actualisée par le Comité Médico-Pharmaceutique (Comité Thérapeutique) avec l'appui de praticiens des unités concernées.

Les produits pharmaceutiques ainsi sélectionnés ne doivent jamais être en rupture dans la pharmacie de l'hôpital, et des mesures doivent être prises pour assurer des stocks permanents au niveau des unités de soins selon les besoins définis par le Comité Médico-Pharmaceutique.

Les armoires d'urgence contenant les produits pharmaceutiques sont déposées dans des lieux d'accès rapide et facile pour les équipes de soins de l'unité. Deux principales modalités de stockage des produits pharmaceutiques dans les armoires, peuvent être retenues : Stockage par Kits ou stockage direct dans l'armoire [12].

## **8. Kits d'urgences**

Les kits ou "sets" sont des assemblages de produits pharmaceutiques en entités homogènes selon les indications médicales ou chirurgicales. Les kits sont confectionnés à la pharmacie de l'hôpital ou achetés comme tels auprès de Laboratoires pharmaceutiques. Ils présentent des avantages et des inconvénients ou des contraintes suivantes [12] :

### **8.1. Avantages des Kits**

- Rapidité dans la recherche des produits pharmaceutiques au moment de l'emploi.
- Standardisation des procédures de prise en charge.
- Facilité dans la gestion

### **8.2. Inconvénients et contraintes des Kits**

- Nécessité de matériel et de personnel supplémentaires à la pharmacie pour la confection.
- Nécessité de kits sécurisés et inviolables
- Non prise en compte des imprévus lors des actes médicaux ou chirurgicaux
- Possibilité de surplus de produits pharmaceutiques

## **9. Stocks dans l'armoire**

Les produits pharmaceutiques sont directement stockés dans les armoires, selon les besoins et la spécificité de l'unité de soins. Aussi, des avantages et inconvénients existent :

### **9.1. Avantages**

- Absence de travaux supplémentaires de confection à la pharmacie.
- Prévision avec des stocks de sécurité.

### **9.2. Inconvénients et contraintes**

- Supports Supplémentaires de gestion
- Possibilité de confusion lors d'un mauvais stockage (erreurs d'administration) [12].

## **10. Composition des différents kits à l'hôpital de Kati**

### **10.1. Kit pansement**

**Tableau IV : Kit pansement [40]**

<b>DESIGNANTION</b>	<b>QUANTITE</b>
Sérum sale 0,9%	1
Paracetamol 1g injectable	1
Néfopam 20mg	1
Polyvidone iodée 10%	1
Catheter iv court 20G	2
Sparadrap ¼ M	1
Perfuseur	1
Seringue 10 cc	2
Compresse 40x40cm	3
Bande simple 10x10cm	2
Gants d'examen unité	20

## 10.2. Kit suture

**Tableau V: kit suture [40]**

<b>DESIGNATION</b>	<b>QUANTITE</b>
Sérum sale 0,9%	1
Paracetamol 1g injectable	1
Néfopam 20mg injectable	1
Polyvidone iodée 10%	1
Catheter iv court	2
Sparadrap ¼ M	1
Perfuseur	1
Seringue 10c	3
Compresse 40x40 CM	4
Bande simple 10x10cm	4
Gants d'examen	20

### **10.3. Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum salé isotonique**

**Tableau VI:** kit voie veineuse périphérique avec sérum salé isotonique [40]

<b>DESIGNATION</b>	<b>QUANTITE</b>
Sérum salé 0,9%	1
Paracétamol 1g injectable	1
Néfopam	1
Cathéter iv court 18 G	1
Cathéter iv cout 20 G	1
Sparadrap ¼ M	1
Perfuseur	1
Seringue 10cc	2
Gants d'examen unité	2

---

#### **10.4. Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum glucosé isotonique**

**Tableau VII : kit voie veineuse périphérique avec sérum glucosé isotonique [40]**

<b>DESIGNATION</b>	<b>QUANTITE</b>
Sérum glucosé 5 %	1
Paracétamol 1g injectable	1
Néfopam	1
Cathéter IV court 18 G	1
Cathéter IV cout 20 G	1
Sparadrap ¼ M	1
Perfuseur	1
Seringue 10cc	2
Gants d'examen unité	2



## **10.5. Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum glucosé hypertonique**

**Tableau VIII : Kit Voie Veineuse Périphérique avec sérum glucosé hypertonique [40]**

<b>DESIGNATION</b>	<b>QUANTITE</b>
Sérum glucosé 10%	1
Paracétamol 1g injectable	1
Néfopam	1
Cathéters iv court 18 G	1
Cathéter iv cout 20 G	1
Sparadrap ¼ M	1
Perfuseur	1
Seringue 10cc	2
Gants d'examen unité	2

---

## **10.6. Kit Voie Veineuse Périphérique avec ringer lactate**

**Tableau IX : kit voie veineuse périphérique avec ringer lactate [40]**

<b>DESIGNATION</b>	<b>QUANTITE</b>
Ringer lactate	1
Paracétamol 1g injectable	1
Néfopam	1
Cathéter IV court 18 G	1
Cathéter IV court 20 G	1
Sparadrap ¼ M	1
Perfuseur	1
Seringue 10cc	2
Gants d'examen unité	2

---

## **10.7. Autres produits de l'armoire d'urgence**

**Tableau X:** Autres produits de l'armoire d'urgence [40]

---

---

Atropine 1mg/5ml injectable
Diazepam 10 mg/2ml injectable
Epinephrine 1mg/ml injectable
Morphine 10 mg injectable
Dexamethasone 4mg/1ml injectable
Naloxone 0,4mg/ml injectable
Néostigmine 2,5mg/1ml injectable
Furosémide 4 mg injectable
Midazolam 5mg/ml injectable
Polygeline 500ml injectable
Cathéters iv court 20 G

---

---

# **METHODOLOGIE**

## **II. METHODOLOGIE**

### **1. Cadre de l'étude**

L'étude s'est déroulée à l'hôpital de Kati aux Services d'Accueil des Urgences (SAU), et la pharmacie hospitalière du CHU de Kati. Situé à 15km de Bamako l'hôpital de Kati est bâti sur le site de l'ancienne infirmerie de la garnison militaire de Kati de la période coloniale. Cette infirmerie érigée en hôpital le 22 aout 1967 a été classé hôpital national en 1968. Il a pris tacitement une vocation orthopédique traumatologie avec la nomination à sa tête d'un médecin spécialiste en orthopédie traumatologie dont l'hôpital porte aujourd'hui le nom : Pr Bocar Sidy SALL. Devenu Etablissement Public à caractère Administratif par la loi N° 92-025, l'hôpital de Kati a été créé par la loi N° 03-019 / du 14 juillet 2003 qui l'érige en Etablissement Public Hospitalier.

Le Décret N° 03-345/P-RM du 07 aout 2003 modifié par le Décret N° 06-187/P-RM du 26 avril 2006 fixe l'organisation et les modalités de son fonctionnement. Il définit les organes d'administration, de gestion et de consultation ainsi que leurs attributions.

Il s'agit du :

- Conseil d'administration dont les membres ont été nommés par les décrets du Président de la République ;
- Direction Générale ;
- Comité de Direction ;
- Organes Consultatifs (Commission Médicale d'Etablissement, Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, Comité Technique d'Etablissement et Comité Technique d'Hygiène et de Sécurité).

L'arrêté N°07-1369/MS-SG du 31 mai 2007 portant classement des établissements publics hospitaliers, classe le centre hospitalier de Kati en Etablissement Public Hospitalier à vocation générale de 2eme références et de 3eme référence pour l'orthopédie /traumatologie et l'acupuncture.

L'hôpital de Kati est devenu un CHU depuis le 12 décembre 2006 suite à la signature d'une convention qui le lie au rectorat de l'université de Bamako.

Le Centre Hospitalier Universitaire Bocar Sidy SALL de Kati a comme missions :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé.

L'hôpital dispose d'un service d'accueil des urgences dont les unités fonctionnelles sont les suivants :

✓ Bureau des médecins : C'est un lieu où le médecin de garde fait l'élaboration du dossier patient.

✓ Salle de garde : C'est un lieu du service d'accueil des urgences où se réunissent les personnels assurant le service de garde. Cependant, ce sont surtout les internes, les infirmiers, et les aides-soignants qui fréquentent cette salle dédiée aux repas, au repos et à la détente.

✓ Salle de soin : Les soins d'urgences sont les premiers soins médicaux donnés dans une situation de crise ou en cas de maladie grave et aiguë. Les soins peuvent être fournis par un médecin généraliste ou par le personnel du service.

Cette unité comporte : 03 lits

✓ Salle de décochage : C'est une Salle d'Accueil des Urgences Vitales. Un lieu médico-chirurgical polyvalent, destiné à l'accueil des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle et ne correspond à aucune façon à un lieu d'hospitalisation. Quant au terme de décochage il désigne la technique employée par les médecins pour supprimer les effets d'un choc consécutif à un accident ou une maladie aiguë.

Dans cette unité il y a 03 lits

✓ Salle d'observation : Le maintien du patient en observation à la salle d'urgence exige du centre hospitalier qu'il lui fournisse une surveillance adaptée.

Cette salle comporte 06 lits [41].

## **2. Type d'étude**

Il s'est agi d'une étude analytique de type transversale. La collecte des données a été faite de façon prospective sur l'utilisation des produits d'urgences au SAU du CHU Bocar Sidy SALL de Kati.

Cette étude a été menée en décembre 2022 au septembre 2023 soit une période de 10 mois.

## **3. Période de collecte**

La collecte des données s'est déroulée sur une période de 3 mois allant du 1er janvier au 31 mars 2023.

## **4. Population de l'étude**

Elle a été constituée par les patients et leurs éventuels accompagnants admis au SAU.

### **4.1. Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude, les patients admis au SAU ayant eu recours aux produits de l'armoire d'urgence.

### **4.2. Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude, les patients qui n'ont pas bénéficié des produits de l'armoire d'urgences, et les patients ayant acheté leurs produits d'urgence hors de l'hôpital.

## **5. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon**

Au cours de la collecte des données une « saturation théorique » s'est manifesté, les nouvelles données collectées n'apportait pas des informations supplémentaires à notre études. Nous avons effectué un échantillonnage non probabiliste de type raisonné en prenant 100 patients admis au SAU et ayant eu recours aux produits de l'armoire.

## **6. Technique et outils de collecte**

Nous avons séjourné au SAU durant la période de collecte. La collecte a été réalisée pendant les jours ouvrables de 08 à 18 heures. Un questionnaire a été utilisé pour chaque participant inclus dans l'étude. Les accompagnants ont intervenus dans les cas où les participants n'étaient pas en mesure de répondre aux différentes questions.

## **7. Variables de l'étude**

### **➤ Variables indépendantes**

Ont été considérées comme variables indépendantes l'âge, sexe, profession, provenance et motif d'admission.

### **➤ Variables dépendantes**

Les variables dépendantes de cette étude sont la fréquence d'utilisation des différents kits et produits, le temps qui s'écoule entre l'admission du patient et l'offre du premier soin, les motifs du non paiement des ordonnances et les motifs d'admission des patients.

## **8. Plan d'analyse des données**

Le traitement a été fait comme suit :

- La vérification, le codage des données et la correction des erreurs d'enregistrement sur les fiches de collecte des données ;
- La saisie, le traitement des textes et l'analyse des données des tableaux des figures ont été effectués à l'aide des logiciels Word et Excel ;
- ✓ Pour chaque patient l'heure d'admission, l'heure de consultation et l'offre du premier soin ont été identifiés pour déterminer le temps mis pour une prise en charge.
- ✓ Les motifs d'admission des patients ont été catégorisés en 4 groupes pour pouvoir faire un tri des urgences selon le Score de Glasgow ;
- Les références bibliographiques ont été gérées à l'aide du logiciel Zotero 5.0.34 selon le système numérique séquentiel (norme de Vancouver).

## **9. Considérations administratives et aspect éthique**

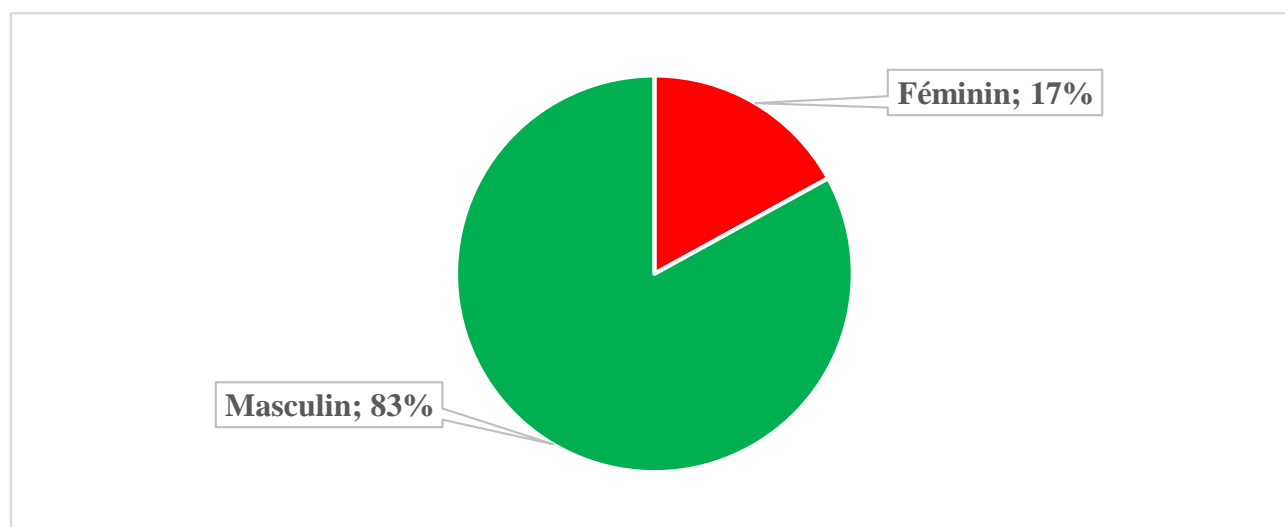
L'accord administratif du Directeur Général et du chef de service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati ont été acquis avant le début des enquêtes. Les consentements éclairés verbal des participants ont été acquis. Chaque participant a été codifié pour garantir l'anonymat.



# RESULTATS

## RESULTATS

### Répartition des participants selon le sexe



**Figure 1 :** Répartition des participants selon le sexe

La majorité de nos participants à l'étude était de sexe masculin avec un sex ratio de 4,88.

### Répartition des participants selon la tranche d'âge

**Tableau XI :** Répartition des participants selon la tranche d'âge

Tranche d'age (ans)	Fréquence	Pourcentage (%)
[10-20[	17	17
[20-30[	47	47
[30-40[	13	13
[40-50[	11	11
[50-60[	6	6
[60-70[	3	3
[70 et plus [	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La grande partie de nos participants avait un âge compris entre [20-30 [ans.

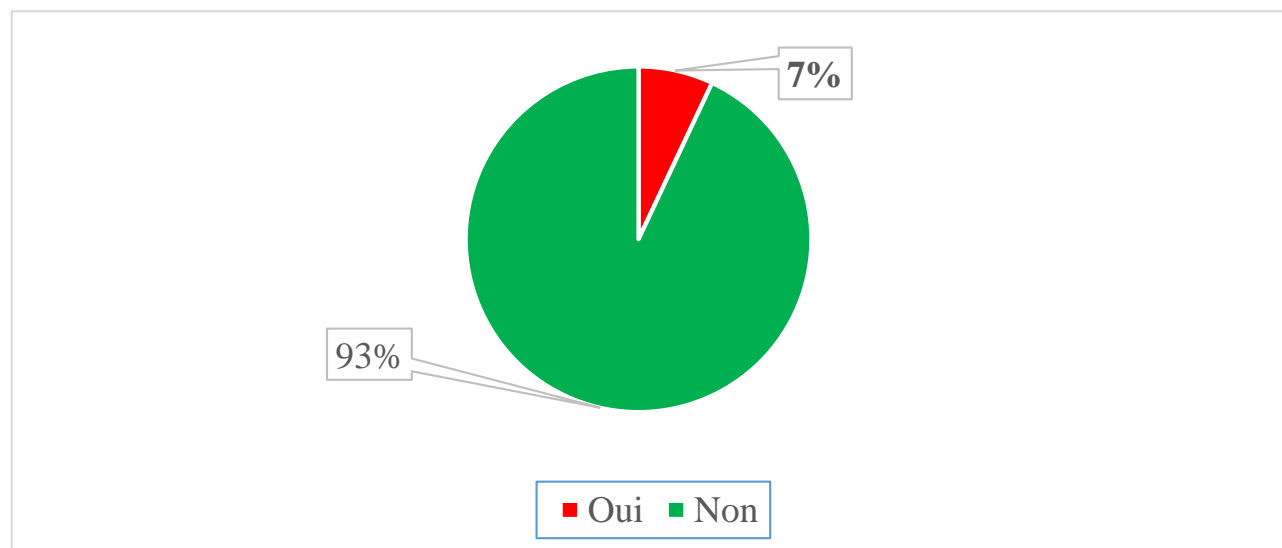
## Répartition des participants selon la provenance

**Tableau XII:** Répartition des participants selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage (%)
Kati	65	65
Bamako	30	28
Kayes	3	3
Sikasso	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des participants provenait du cercle de Kati.

## Répartition des participants selon la référence au service



**Figure 2:** Répartition des participants selon la référence au service

Les participants référés au SAU du CHU Pr BSS de Kati ont représenté 7% de l'échantillon.

## **Répartition des participants selon la profession**

**Tableau XIII:** Répartition des participants selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Agent de santé	1	1
Chauffeur	2	2
Commerçant	11	11
Enseignant	3	3
Ménagère	7	7
Militaire	21	21
Paysan	9	9
Ouvrier	17	17
Artisan	6	6
Elève/étudiant	23	23
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les élèves et étudiants ont été les plus représentés de notre échantillon.

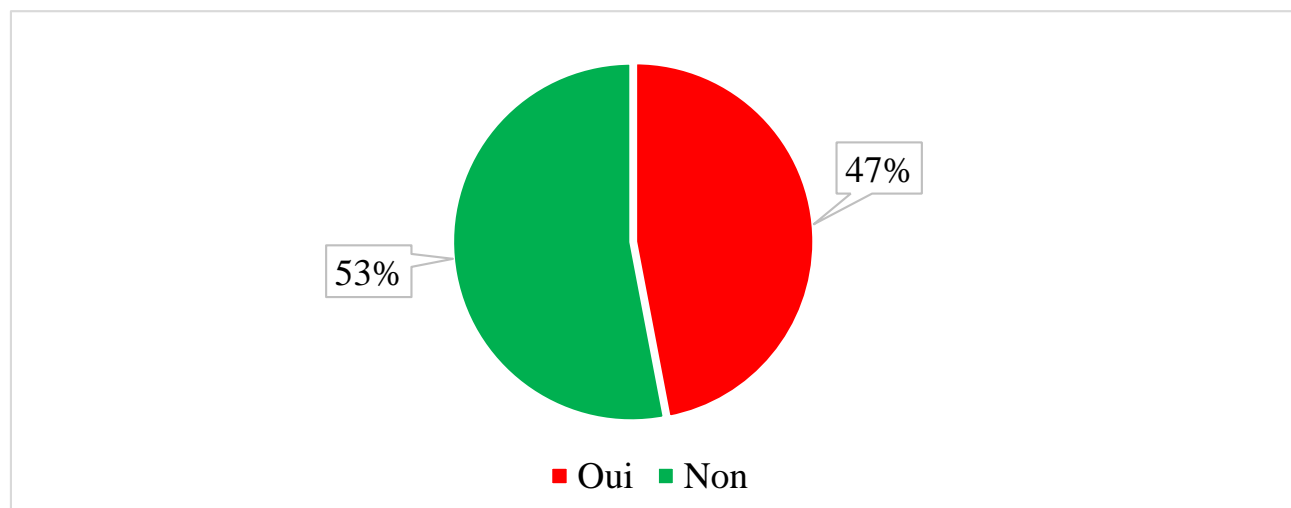
## Répartition des participants selon les moyens de transport utilisés à leur arrivé

**Tableau XIV:** Répartition des participants selon les moyens de transport utilisés

Moyen de transport	Fréquence	Pourcentage (%)
Ambulance de la protection civile	72	72
Transport en commun	8	8
Véhicule Personnel	17	17
Ambulance médicale des EPH	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des participants ont été amenés au SAU par les ambulances de la protection civile.

## Répartition des participants qui ont été accompagnés



**Figure 3:** Répartition des participants qui ont été accompagnés

Plus de la moitié des participants ont été accompagnés par leurs proches à leur arrivé au SAU.

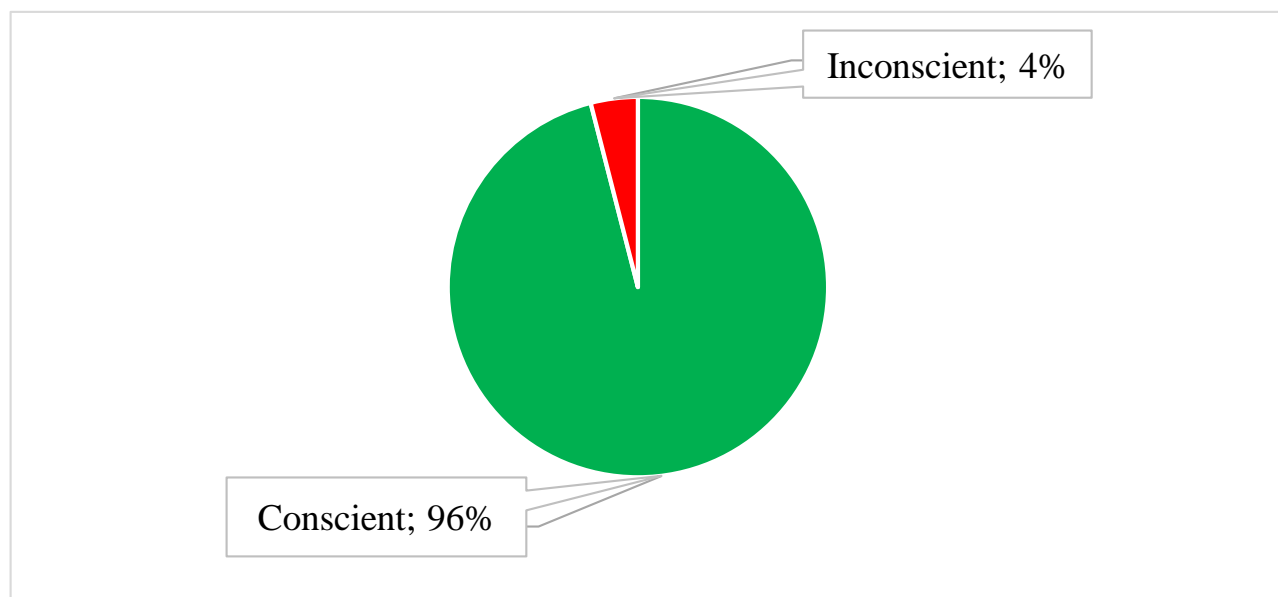
## Répartition des participants selon le motif d'admission au SAU

**Tableau XV:** Répartition des participants selon le motif d'admission

Motifs d'admission	Fréquence	Pourcentage (%)
Coups et Blessures	11	11
Accidents de la Voie Publique	73	73
Accidents de Travail	15	15
Vertige (Automédication)	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

L'accident de la voie publique a été le motif d'admission majoritaire des cas d'urgence de l'échantillon.

## Répartition des participants selon leur état neurologique



**Figure 4 :** Répartition des participants selon leur état neurologique

La majorité des participants sont arrivés conscients.

## Répartition des différents kits utilisés

**Tableau XVI:** Répartition des différents kits utilisés

Kits	Fréquence	Pourcentage (%)
Pansement	60	60
Suture	32	32
Kit salé	8	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des participants ont eu recours à un kit pansement.

## Autres produits de l'armoire d'urgence

**Tableau XVII :** Répartition d'autres produits de l'armoire d'urgence utilisés dans le soin des participants

Produits	Fréquence	Pourcentage (%)
Epinephrine 1 ml/mg injectable	5	5
Dexamethasone 4 mg/ml injectable	15	15
Furosémide 40 mg/ml injectable	10	10
Midazolam 5 mg/ml injectable	5	5
Morphine 10 mg/ml injectable	5	5
Polygeline 500 mg/ml	20	20
Cathéters iv court 20 G	20	20
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>80</b>

La dexaméthasone a été utilisé chez la majorité de nos participants

## Utilisation des Kits selon le motif d'admission des participants

**Tableau XVIII :** Utilisation des Kits selon le motif d'admission des participants

<b>Kits et produits</b>	<b>Accident de la voie publique</b>	<b>Coup et blessure</b>	<b>Accident du travail</b>	<b>Vertige</b>
Kit pansement	43	6	7	0
Kit suture	20	2	3	0
Kit voie veineuse périphérique avec sérum salé	7	2	5	1

Le kit voie veineuse périphérique avec salé a été utilisé chez les patients dans les différents motifs d'admission.

## Intervalle entre la consultation et l'offre du premier soin

**Tableau XIX:** L'intervalle de temps entre l'arrivé des participants la consultation et l'offre du premier soin

<b>Intervalle en minutes</b>	<b>Délais</b>	
	<b>Consultation</b>	<b>Prise en charge</b>
]0-5]	88	72
]5-10]	11	20
]10-15]	0	7
]15-20]	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Sur les 100 participants de notre échantillon, 88 participants ont été consultés dans l'intervalle de 0-5 minutes et 72 ont reçu leur premier soin dans la même durée.



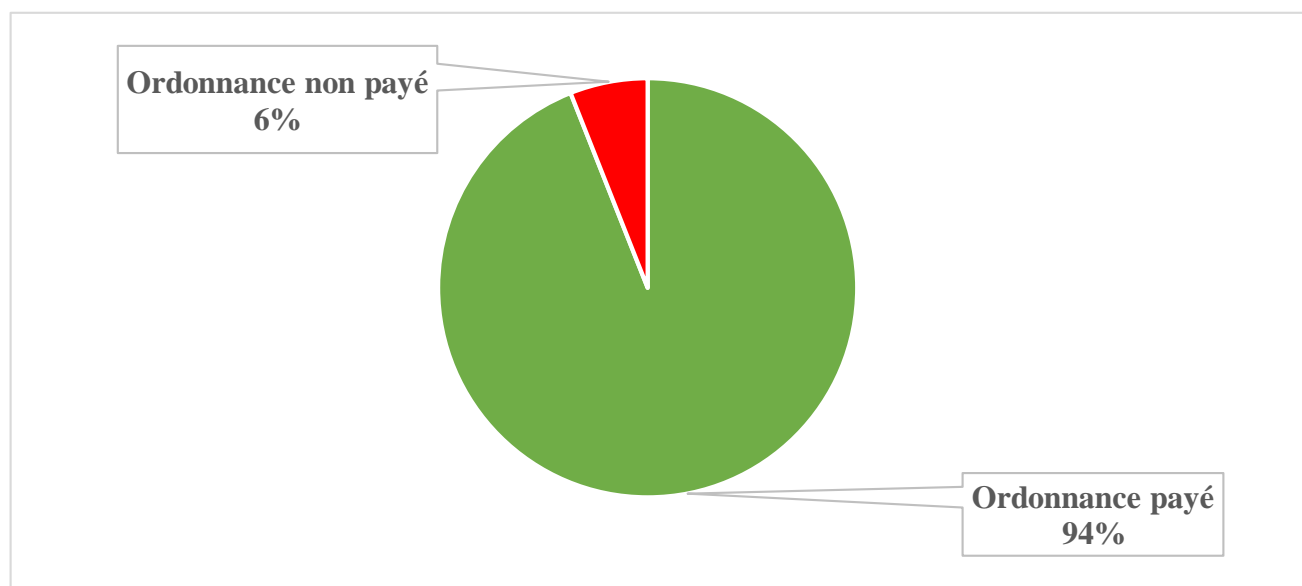
## Répartition des participants entre les délais de prise en charge et le motif d'admission des participants

**Tableau XX** : Répartition des participants entre les délais de prise en charge et le motif d'admission des participants

Motifs d'admission	Intervalle en minutes	Délais	
		Consultation	Prise en charge
Accident de travail	]0-5]	13	10
	]5-10]	2	5
	]15-20]	0	1
Accident de la voie publique	]0-5]	63	52
	]5-10]	10	13
	]10-15]	0	6
	]15-20]	0	2
Coups/Blessures	]0-5]	11	8
	]5-10]	0	3
Vertige (automédication)	]0-5]	1	1
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

Le seul cas de vertige suite à l'automédication a été prise en charge de ]0-5] minute

## Etat de recouvrement des ordonnances



**Figure 5:** Etat de recouvrement des ordonnances

Les participants ayant payé leurs ordonnances ont représenté la majorité.

## Motifs de non paiement des ordonnances

**Tableau XXI:** Motifs de non paiement des ordonnances.

Motifs de non paiement	Fréquence
Refus	2
Décédé	1
Détenu	1
Non répondant	2
<b>Total</b>	<b>6</b>

Le non répondant pour certains participants et le refus du paiement des frais de soin ont été les plus rencontrés.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

Notre étude s'est étalée sur une période de 10 mois du décembre 2022 au septembre 2023 dans le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati. Il s'agissait d'une étude transversale à collecte prospective sur l'utilisation des produits d'urgences.

### **1. Les limites à notre étude**

Nous avons rencontré certaines difficultés au cours de cette étude, entre autres, le recueil des renseignements chez certains participants inconscients et l'absence d'accompagnants ou de répondants capables de fournir les informations nécessaires Chez d'autres.

### **2. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **2.1. Sexe**

Au total sur les 100 participants de notre échantillon 83 étaient du sexe masculin soit un sexe ratio 4,88. Ce résultat est supérieur à celui de **Casmire**, qui a trouvé dans son étude sur orientation des patients au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Toure que le sexe masculin était à 70,3% avec sex ratio était de 2,37 [42].

Notre résultat s'explique par le fait que la majorité des accidentés de la voie publique était du sexe masculin.

#### **2.2. Tranche d'âge**

La tranche d'âge de [20-30[ans a été la plus représentée dans notre échantillon avec 47%, et une moyenne d'âge de 30,5 ans. Les âges extrêmes : 17% pour les [10 -20[ans et 3% pour les 70 et plus. Ce résultat se rapproche à l'étude faite par **Kelly** sur l'évaluation de la gestion des armoires d'urgences au centre hospitalier universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati, qui a énoncé que la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre [30-35 [ans avec 33.33% de son échantillon [43].

Ce résultat montre une jeuneuse plus exposée aux situations d'urgences, constituées par les accidents de la voie publique et du travail et les coups et blessures.

### **3. Provenance**

Dans notre étude, la majorité des participants était du cercle de Kati avec 65% suivi respectivement par Bamako (28%), Kayes (3%) et Sikasso (2%). Ces tendances sont proches à celle trouvé par **Timbo**, où la majorité de son échantillon provenait du chef-lieu de l'étude (Mopti) avec 52,2% [44].

Ces résultats démontreraient que le service d'accueil des urgences est le premier contact des patients avec l'hôpital.

### **4. Moyens utilisés par les participants à leur arrivée**

L'ambulance de la protection civile est arrivée avec plus de la moitié des patients soit 72%. L'ambulance médicale des EPH sont arrivés avec 3%. Le transport en commun (taxi) et les moyens personnels ont transportés 25 %. Nos résultats sont différents à ceux de **Bavuala** au Kinshasa qui a montré dans son étude sur les déterminants du délai de prise en charge aux urgences dans les hôpitaux de Kinshasa que 2 /3 de patients soit 66,94% provenaient du domicile et que 98% de ces patients venaient par leurs propres moyens [45].

### **5. Références des participants au service**

Les participants référés au SAU du CHU Pr BSS de Kati ont représenté 7% des cas d'urgences et 93% sont arrivés soit par la protection civile ou leur moyen personnel. Ce résultat est différent à l'étude menée par **Koureissy** sur les motifs d'admission et provenance des patients au SAU du CHU de Gabriel Touré qui a trouvé 37% des cas d'urgence référés au service d'accueil des urgences [46].

Notre résultat s'expliquerait par des difficultés au cours de l'évacuation, les frais de transport pour la famille du malade.

### **6. Profession**

Les élèves et étudiants ont représenté la majorité des cas d'urgences avec 23%, suivi par des militaires 21%. Les ouvriers et les commerçants ont représentés respectivement 17% et 11% de notre échantillon.

Ce résultat est différent à l'étude menée par **Timbo**, qui a trouvé que les ouvriers, les élèves, et les travailleurs du secteur informel regroupé dans la catégorie autres profession était prédominante avec 37,4%. Suivis par les ménagères avec 27,5% [44]. Notre résultat s'expliquerait par le fait que le CHU Pr Bocar Sidy SALL est situé dans un camp militaire, qui reçoit majoritairement les militaires et leur famille.

### **7. Etat neurologique des participants à l'arrivée**

Sur les 100 participants admis au service 4% sont arrivés inconscient. Ce résultat est comparable à celui de **Timbo**, dont ses participants présentaient une situation pathologique engageant le pronostic vital [44].

Ce taux bien que minime est largement suffisant pour expliquer la gravité des cas et la nécessité d'une intervention urgente selon le score du Glasgow et CCMU5.

### **8. Les participants accompagnés par leur proche**

Il est a noté que plus de la moitié des patients soit 53% ont été accompagnés par leurs proches à leur arrivé au SAU. Ce constat serait dû à l'impact des moyens de communications (téléphonie mobile) dont la majorité de la population dispose. Ils facilitent ainsi la communication avec leurs proches après une situation d'urgence.

### **9. Motifs d'admission**

Au cours de notre étude l'accident de la voie publique a été le motif d'admission majoritaire avec 73%. Les accidents de travail ont représenté 15% suivis par les coups et blessures avec 11%. Un seul cas de vertige suite à l'automédication a représenté 1% de notre échantillon. Ce résultat est différent à celui de **Sidibé**, qui a trouvé dans son étude sur la prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G que l'accident vasculaire cérébrale était la première cause des urgences médicales avec 41,1%.

L'absence de la médecine pré hospitalière dans notre pays constitue une véritable entrave à l'efficacité de la prise en charge des urgences vitales.

La mise en place d'un service de SMUR est un droit vis-à-vis de nos concitoyens, il permettra d'améliorer le délai et la qualité de la prise en charge initiale d'une part, et le pronostic des urgences vitales d'autre part [47].

### **10. Les différents Kits utilisés**

Au cours de notre étude dans le service des urgences le kit pansement a été le plus utilisé. Ce résultat est comparable à étude menée par **Timbo**, qui affirme que malgré la prédominance des cas d'accidents de la voie publique, les transferts en service de chirurgie étaient moindres par rapport à ceux du service d'accueil des urgences car les victimes d'AVP bénéficiaient généralement des pansements et de sutures [44].

Le taux élevé des accidents de la voie publique dans notre étude serait l'une des facteurs explicatifs de l'utilisation fréquente des kits de pansement.

#### **Les différents kits utilisés et le motif d'admission des participants**

Les cas accidentés ont utilisé majoritairement les trois types de kits. Le kit pansement 43%, le kit suture 18% et le kit voie veineuse périphérique 36. Le seul cas de vertige suite à l'automédication a été la prise de la voie veineuse périphérique avec sérum salé. Un résultat similaire a été trouvé par **Traore** qui a affirmé que seul 24,50 % (soit 493 sur 2012) des patients admis ont eu recours aux produits pharmaceutiques des armoires d'urgence [48].

Le service d'accueil des urgences reçoit majoritairement comme motif d'admission les patients des accidents de la voie publique qui nécessite l'utilisation des différents kits ou produits d'urgence.

### **11. L'arrivée du participant la consultation et l'offre du premier soin :**

Un cas de vertige suite à l'automédication a été prise en charge dans les 5 minutes qui ont suivis son admission. Généralement les produits de l'armoire d'urgence répondent, au besoin des patients, au SAU de Kati. Les patients arrivent aux urgences de manière tout à fait aléatoire, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Il peut s'agir aussi bien de patients dont l'état requiert une hospitalisation que des patients en ambulatoire.

Tous les médicaments doivent être disponibles pour faire face à n'importe quelle éventualité [49].

## **12. Délais de prise en charge et motif d'admission des patients :**

Parmi les cas d'accidents de travail 13 % ont été consultés à l'intervalle de 0-5 minutes et 10% ont reçu leur soin dans le même intervalle. Quant au cas d'accident de la voie publique 63% ont été consultés à l'intervalle de 0-5 minutes et 52% ont reçu leur premier soin. Les cas de coups et blessures ont été majoritairement (11%) consultés dans l'intervalle de 0-5 minutes après leur arrivée et 8% ont reçu le premier soin dans le même intervalle de temps. Ce résultat est supérieur à celui de **Ouedrago** qui a trouvé un délai d'attente moyen de 17 minutes [50].

Ce temps d'attente dans notre étude témoignerait la promptitude de l'équipe de l'urgence dans la prise en charge des patients et l'adéquation des kits élaborés à cet effet.

## **13. Les motifs de non paiement des ordonnances**

Les motifs du refus de paiement des frais issus des soins ont été les cas de non répondants 2% suivis des cas de décès 1% et des refus 2%. Il ressort de notre enquête que les raisons de refus du paiement seraient d'une mauvaise interprétation de l'article 10 de la loi hospitalière. Elle énonce que tout malade, femme enceinte ou victime d'un accident présentant une situation reconnue d'urgence doit bénéficier d'une prise en charge thérapeutique immédiate et appropriée, sans que puisse être exigé de lui un financement préalable.

Pour le cas de non répondant il s'agissait d'un cas de maladie mentale et d'un cas de malade qui s'est évadé après le premier soin.



# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **CONCLUSION :**

Cette étude a été menée en décembre 2022 au septembre 2023 soit une période de 10 mois, elle avait pour objectif général d'analyser l'impact de l'armoire d'urgence dans la prise en charge des patients au SAU de Kati.

Les kits utilisés pour la prise en charge des urgences étaient généralement des kits pansement, des kits de suture, et des kits voie veineuse périphérique avec sérum salé.

Au cours de notre étude la majorité de nos participants ont été prise en charge dans l'intervalle de 0-5 minutes.

Dans notre étude nous avons vu que les kits urgences jouent un rôle important dans la prise en charge adéquate des situations d'urgence. Leurs usages sont indispensables dans la prise en charge des urgences.

## **RECOMMANDATIONS :**

La prise en charge des patients et la gestion des urgences nécessitent une implication des agents de santé du Service d'Accueil des Urgences ainsi que des pouvoirs publics.

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux patients et aux accompagnants**

- Accepter de payer les frais issus des soins.

### **Au service d'accueil des urgences du CHU de Kati**

- Veiller à la sensibilisation des patients et leur accompagnants pour la bonne compréhension de l'article 10 de la loi hospitalière.

# REFERENCES

## **REFERENCE BIOBLIOGRAPHIQUE**

- [1]. **Ministère de la Santé Publique et de la Population.** Circulaire du 13 aout 1965 relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgences et de réanimation dans les hôpitaux.
- [2]. **Floret D.** Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. *Réanimation* novembre 2003 ;12(7) :519-25.
- [3]. **MARIOUX.** Médicaments d'urgence dans les dispensaires et centres de santé Développement et santé. 01 janvier 1995.
- [4]. Organisation Mondiale de la Santé. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales : urgences sanitaires. 1999.
- [5]. **Code de la Santé Publique.** Examen de biologie médicale (Articles L6211-1 à L621123).
- [6]. **Ballo.** Système d'approvisionnement d'une Pharmacie Hospitalière : Cas des Hôpitaux Gabriel Touré du Point G et de Kati. [Thèse en Pharmacie]. USTTB de Bamako.2003.
- [7]. **Direction de la Pharmacie du Médicament et de la Médecine Traditionnelle.** Politique Pharmaceutique Nationale.2014.
- [8]. **PNUD.** Emergency relief items: compendium of basic specifications. Vol. 2, Medical supplies and equipment, selected essential drugs, guidelines for drug donations. New York : Programme de Nations Unies pour le Développement ; 1996.
- [9]. Société Française de Pharmacie Clinique – Référence de la pharmacie hospitalière-D01-Politique des produits pharmaceutiques 1997 ; p.36.
- [10]. Décret N°05036/P-RM du 16 février 2005 fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement des pharmacies hospitalières février 2005.
- [11]. Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments – la sélection des médicaments essentiels. 1 février 2002.

- [12]. **Bengaly**. Gestion des produits pharmaceutiques d'urgence dans les hôpitaux du point-G et Gabriel TOURE. Ordre de mission N°0436MS-SG Ministère de santé, secrétariat Général, 2004.
- [13]. **Sagnes –Raffy C, Claude I, Grouteau E, Fries F, Ducasse JL**. Epidémiologie **des** urgences médicales de l'enfant de moins de deux ans. Observation Régional des Urgences de Midi-Pyrénées ; 2002.
- [14]. **Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J étal**. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante publique 2004 ; 16 (1) : 63-74.
- [15]. **Pateron**. Une organisation des flux au sein des urgences. Samu-Urgences de France. Les premières Assises de l'Urgence. Paris. 13 Septembre 2012. p.25-26.
- [16]. **Pierre Carli** (animateur du groupe de travail « Aval des urgences » et président du CNUH). Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Rapport Conseil National de l'Urgence Hospitalière. Septembre 2013.
- [17]. Circulaire du 4 septembre 1973, dite « circulaire Poniatowski » : SAMU – estimation du programme pour l'année 1974.
- [18]. Circulaire du 5 février 1976, relative à la création de services d'aide médicale urgente (SAMU). Documentation technique hospitalière, ministère de la Santé
- [19]. **Steg**. L'urgence à l'hôpital. Rapport de la section des affaires sociales du Conseil Economique et Social. Paris, 1989.
- [20]. **Journal Officiel de la République Française**. Circulaire N0 DH4B/DGS 1313/91. 34 du 14 mai 1991
- [21]. **Décret n°2006-577 du 22 mai 2006** relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

- [22]. **Collet M, Gouyon M.** Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Paris : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats. 2003 ; p.212.
- [23]. **Vuagnat.** Les urgences hospitalières qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. Edition 2013 ; p.11-28.
- [24]. **Bayle.** 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi-permanente depuis 20ans. Le quotidien du medecin.fr. 26 Juin 2018.
- [25]. **Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).** Les établissements de santé. [https://drees.solidarites\\_santé\\_gouv.fr](https://drees.solidarites_santé_gouv.fr)
- [26]. **Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Mali.** Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2016-2020
- [27]. **La loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalier.**
- [28]. **Berthe .** Utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla : cas de 23 CSCom et du CS Réf. Thèse : Pharmacie : USTTB de Bamako. 2018. P103.
- [29]. **MIWAINA.** Evaluation du Système d'approvisionnement et de suivi des achats en médicaments essentiels dans les Pharmacies Hospitaliers du Mali : Cas des CHU du Point G et de Kati. [Thèse Pharmacie]. USTTB de Bamako. 2011.
- [30]. **Coulibaly.** Approvisionnement de la pharmacie du CHU-Point G en médicaments essentiels, génériques et dispositifs médicaux de 2010-2013. [Thèse Pharmacie]. USTTB de Bamako. 2014. P109. P97.
- [31]. **Ministère de la Santé et de la Prévention.** Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales disponible sur <https://www.ars.sante.fr/>.
- [32]. **Décrets n°2006-576 et 577 du 22 mai 2006** relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel de la République Française du 23 mai 2006 : texte 12 sur 74.

- [33]. **M.A. Achour.** Organisation et fonctionnement d'un service d'urgence. Urgences Médicales CHU Médicales Constantine
- [34]. **Fatima-Zahra.** Gestion des organisationnels à la salle d'accueil des urgences vitales. [Thèse de Médecine]. 2019.
- [35]. **Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.** Guide du transport médical d'urgence à l'intention du personnel infirmier en soins primaires. 2002 Numéro de catalogue : H35-4/212002F ISBN : 0-662-86884-6.
- [36]. **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation –SAMU de France.** Recommandations concernant modalité de la prise en charge médicalisée pré hospitalière des patients en état grave. Novembre 2001.
- [37]. Evaluation des modalités d'admission et des critères d'orientation vers la salle d'Accueil des Urgences Vitales du CHU de Nancy. Etude rétrospective du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2004, à propos de 498 dossiers. Oct. 2005. Université de Nancy 1.
- [38]. **Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées.** La classification clinique des malades des urgences modifiées. Edité le 17 octobre 2003. Disponible sur : [http://www.oru-mip.fr/p24\\_classifications.php](http://www.oru-mip.fr/p24_classifications.php).
- [39]. **Guide ID.** Guide pratique de l'infirmière. disponible sur <https://guide-ide.com/chariot-durgence/>.
- [40]. Comité thérapeutique du Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati
- [41]. CHU Pr BSS DE KATI rapport d'activité et état d'exécution du budget du 1er janvier au 31 décembre 2020 conseil d'administration 45, Kati : ministère de la santé et du Développement social, february.
- [42]. **Casmire.** Orientation des patients au Service d'Accueil des Urgences du CHU – Gabriel TOURE. 01/03/20220.
- [43]. **Kelly.** Evaluation de la gestion des armoires au Centre hospitalier Universitaire Bocar Sidy SALL de Kati. [Thèse en Pharmacie]. 2019.



- [44]. **Timbo.** Etude épidémiologique-clinique des patients aux urgences de l'hôpital Somine DOLO de Mopti. [USTTB] ; 2021.
- [45]. **Bavuala.** Les déterminants du délai de prise en charge aux urgences dans les hôpitaux de Kinshasa : cas de la clinique Bondeko. 2010.
- [46]. **Koureissy.** Motifs d'admission et provenance des patients au SAU du CHU de Gabriel Touré. 2014.
- [47]. **Sidibé.** Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G. [thèse de Médecine].2018-2019.
- [48]. **Traore.** Évaluation de la gestion des produits pharmaceutiques d'urgences à l'hôpital de Point-G. [Thèse de Pharmacie]. 2005
- [49]. **7 e Congrès international de génie industriel.** Etude de la mise en place d'armoires automatiques de distribution des médicaments dans un service d'urgence. 5-8 juin 2007 – Trois-Rivières, Québec (CANADA).
- [50]. **Ouédraogo.** Etude de la prise en charge de l'urgence médicale au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. 1998.

# **ANNEXES**

## **Annexes**

### **Fiche D'enquête dossier-patient**

N° : .....

#### **Genre**

Homme Femme

#### **Age**

[0-10 ans [.....[10-20 ans [.....[20-30 ans [.....[30-40 ans [  
[40-50 ans [.....[50-60 ans [.....[60-70 ans [.....[70-80 ans [  
[80-90 ans [.....[90-100 ans [

**Profession :** .....

**Provenance :** .....

#### **Référé**

Oui..... Non.....

#### **Moyen de transport**

Personnel.....

Commun.....

Sapeur-pompier.....

Ambulance médicale..

Patient accompagné

Oui..... Non.....

#### **Qualification du prescripteur**

Médecin spécialiste.....Médecin généraliste.....

Interne.....Infirmier.....Sage-femme

#### **Motif d'admission à l'hôpital**

.....

#### **Diagnostics d'entrée**

.....

Etat du patient

Conscient

Inconscient

**Kits et produits utilisés**

Kit1 : .....

Kit2 : .....

Kit3 : .....

Produit1 : .....

Produit2 : .....

Produit3 : .....

Produit4 : .....

**Délai entre l'admission et l'offre de soins**

T1 : Admission.....

T2 : Consultation.....

T3 : Offre du premier soin.....

**Recouvrement des frais de prise en charge**

Ordonnance payer

Oui..... Non.....

Sinon, pourquoi ?.....

.....

## **Fiche signalétique**

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Mohamed

**Titre de la thèse :** l'impact de l'armoire d'urgence dans la prise en charge des patients au service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati en 2023.

**Année de soutenance :** 2023

**Nationalité :** Malienne

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie du MALI.

**Secteur d'intérêt :** santé publique

**Email :** [coulibalymohame600@gmail.com](mailto:coulibalymohame600@gmail.com)

Tél : +223 78 04 51 69 -62 57 04 26

## **Résumé**

La notion d'urgence en termes de médicaments peut s'entendre sous deux angles différents, celui de la thérapeutique et celui de l'approvisionnement. La prise en charge des urgences de santé est l'une des missions nobles d'un hôpital. Cette étude avait comme objectif, d'analyser l'impact de l'armoire d'urgence dans la prise en charge des patients au SAU du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati en 2023.

Il s'agissait d'une étude analytique de type transversale. La collecte des données a été fait de façon prospective sur l'utilisation des kits d'urgences au SAU du CHU Bocar Sidy SALL de Kati.

L'accident de la voie publique a été le motif d'admission majoritaire des cas d'urgence de l'échantillon. La grande partie de nos participants avait un âge compris entre [20-30 [ans.

## **Conclusion**

Les kits utilisés pour la prise en charge des urgences étaient généralement des kits pansement, des kits de suture, et des kits voie veineuse périphérique avec sérum salé.

**Mots clés :**

## **Identification sheet**

**Last name:** COULIBALY

**First name:** Mohamed

**Thesis title:** l'impact de l'armoire d'urgence dans la prise en charge des patients au service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati en 2023.

**Year of defense:** 2023

**Nationality:** Malian

**Place of deposit:** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie du MALI.

Sector of interest: public health

**Email:** coulibalymohame600@gmail.com

**Tel:** +223 78 04 51 69 -62 57 04 26

## **Abstract**

The notion of emergency in terms of medicines can be understood from two different angles, that of therapeutics and that of supply. Dealing with health emergencies is one of the noble missions of a hospital. The aim of this study was to analyze the impact of the emergency cabinet on patient care in the SAU of the CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati in 2023.

This was a cross-sectional analytical study. Data were collected prospectively on the use of emergency kits at the SAU of the CHU Bocar Sidy SALL in Kati.

Public road accidents were the main reason for admission in the sample. The majority of our participants were aged between [20-30] years.

## **Conclusion**

The kits used to manage emergencies were generally dressing kits, suture kits and peripheral venous line kits with saline.

## **Mots clés**

## SERMENT DE GALIEN



GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens, et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement,

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine,

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels,

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

Que je sois couverte d'opprobres et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !