



**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple - un But - une Foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



**ANNEE UNIVERSITAIRE 2014- 2015**

**N° .....**

**TITRE :**

**Urgences médicochirurgicales et  
obstétricales : Evaluation de la prise en  
charge au CSRéf de Niono**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le 26/11/2015**

**Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

**(F. M.O.S) Par :**

***Mr. Taïbou DIARRA***

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président : Professeur Adégné TOGO**

**Membre : Docteur Mamadou SIMA**

**Co - directeurs : Docteur Mohamed KEITA**

**: Docteur Cheick Oumar COULIBALY**

**Directeur : Professeur Youssouf COULIBALY**

## **DEDICACES**

### **A ALLAH, Le Tout Puissant**

Béni soit celui dans la main de qui est la royauté, et Il est Omnipotent. Ô mon Seigneur !  
Accepte et accorde un plein succès à ce travail.

### **Au prophète Mahomet (P.S.L)**

Vous êtes un excellent modèle à suivre. Ta pratique a donné un sens à ma vie.  
Que la paix et la grâce d'Allah soit sur toi.

### **A mon père N'Kountou DIARRA**

Tu es pour nous un père exemplaire animé de courage, de persévérance et d'honnêteté dans le travail bien accomplis. Notre fierté pour toi est sans limite. Tu nous as montré la voie des études et nous a permis d'accéder à ce savoir que tu as toujours souhaité pour tes enfants.  
Qu'Allah t'accorde une longue et heureuse vie.

### **In memorium à ma mère Feue Hawa DIALLO**

J'aurai voulu que tu sois présent ce jour afin que je te dise merci.  
Que le messager d'Allah t'apporte la bonne nouvelle ! Que le bon Dieu t'accorde la paix éternelle et t'acceptes dans son paradis. Amen !

### **A mon oncle Fotigui DIALLO**

Cher oncle, les mots me manquent pour te décrire ma satisfaction. Tu as été toujours là pour nous. Sache que ce travail est également le fruit de tes bénédictions. Tu as supporté tous nos caprices. Seul Allah saura te récompenser pour tout ce que tu as fait et continue de faire.  
Qu'Allah t'accorde une longue et heureuse vie.

### **A ma marâtre Hawa DRABO**

En témoignage de mon profond respect et de ma grande reconnaissance.

### **A mes frères et sœurs : Amadou, Oumar, Modibo, Adama, Fatoumata, Mariam, Aminata, Nématou.**

Sachez que je serai toujours là pour vous. Puisse Allah nous unir en bien et nous préserver de tout ce qui peut entraîner la discorde entre nous.

### **A mon épouse Koni DIARRA**

Tu es pleine de qualité et j'en suis fier. En toute sincérité, j'apprécie ta personnalité. Sache que je suis satisfait de t'avoir eu comme épouse. Qu'Allah te protège.

### **A mes beaux-parents**

Toute ma reconnaissance et toute ma gratitude pour l'amitié, l'amour et l'affection que vous m'avez offerts. Que cette thèse soit la vôtre.

**Aux Dr Roger SIDIBE, Aboubacar Sangho, Harouna Coulibaly, Cheick T Koné, Cheick O Coulibaly, Mouhamadou Traoré, Idrissa Kourounté, Mamadou Keïta, Hamadi Traoré, Moustapha Yattara, SoumaïlaDaou, Cheick Sidi Samaké, Djibril Cissé, HousseyniOngoïba, Younoussa Diarra et tous les Etudiants Nionois en Santé.**

Votre amitié est pour moi un exemple. Les mots me manquent pour apprécier les attitudes fraternelles que vous portez à l'égard de ma modeste personne. Sachez que Dieu saurait vous récompenser. Qu'Allah vous protège ainsi que votre famille.

**A la famille Diallo de N6, Diarra de Sahel Nango, Thiéro de Ségou, Diarra de Mauritanie, Sydu Point G.**

Vous avez toujours su m'accueillir au sein de votre famille. Qu'Allah vous préserve ainsi que vos enfants.

## **REMERCIEMENTS**

### **Aux personnels du CSRéfde Niono**

En plus des relations de travail qui nous unies, vous avez été pour moi non seulement des Pères, Frères et Sœurs mais aussi des amis. Qu'Allah L'OMNIPOTENT guide vos pas et vos cœurs.

**Aux personnels du Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences du CHU du Point G : Pr Youssouf Coulibaly, Pr DjènèbaDoumbia, Dr Mohamed Keïta, feu Dr Dramane Goïta, Dr HamadounDicko, les internes et externes, les majors des urgences de la réanimation et du bloc opératoire.**

Merci pour vos enseignements et votre bonne collaboration.

**A mes camarades d'enfance de Niono : Antoine, Moussa, Fassery, Salif, Amadou, Ousmane**

Merci pour tous les conseils et soutiens que vous m'avez donnés.

**Aux Dr Harouna Traoré, Dr Abdoul Aziz baby, et à M. Mohamed Berthé, M. Alou Badara Traoré, M. Samba Diarra, M. Yaya Tangara.**

Merci pour votre collaboration et tout le soutien que m'avez octroyé.

**A tous mes camarades de promotion, AEENSA, (Association des Elèves et Etudiants Nionois en Santé)**

En souvenir des dures années écoulées ensemble et le respect que vous avez accordé à ma modeste personne. Que ce travail soit les vôtres.

**A tous ceux qui ont de près ou de loin contribué à ce travail**

Soyez rassurés de ma profonde gratitude.

## **A notre Maître et Président du jury**

### **Pr. Pierre AdégnéTogo**

- ✧ **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- ✧ **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✧ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

**Cher Maître,**

En acceptant de présider notre jury, vous nous faites le plus grand honneur.  
Nous nous réjouissons de pouvoir bénéficier de votre immense expérience.

Puisse notre travail être à la hauteur de votre attente.

Veillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect distingué.

**Hommages respectueux.**

## **A notre Maître et membre du jury**

### **Dr. MamadouSIMA**

- ✧ **Spécialiste en Gynéco-obstétrique**
- ✧ **Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- ✧ **Membre de la Société Malienne de Gynécologie d'Obstétrique (SOMAGO)**

**Cher Maître,**

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

Vous avez accepté de faire partie du jury de notre thèse. Cela est la preuve, une fois de plus, de votre grande disponibilité.

Sincères remerciement.

**Hommages respectueux.**

**A notre Maître et Co-directeur**

**Dr. Cheick Oumar COULIBALY**

☞ **Spécialiste en Santé Publique**

☞ **Médecin Chef du district sanitaire de Niono**

**Cher Maître**

Vous nous avez fait le privilège de nous accepter et le bonheur de nous transmettre sans réserve vos connaissances et votre savoir-faire

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

Votre souci du travail bien fait et votre marque de respect pour vos collaborateurs et vos étudiants font de vous un maître au grand cœur.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

**Hommages respectueux.**

## **A notre Maître et Co-directeur**

### **Dr. MohamedKEITA**

- ✧ **Maître Assistant en Anesthésie-réanimation**
- ✧ **Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- ✧ **Ancien Coordinateur Adjoint du Programme National de Lutte contre le Paludisme (P.N.L.P)**

**Cher Maître,**

En acceptant de nous encadrer et de nous guider dans ce travail, vous nous avez fait grande confiance. Avec vous nous avons beaucoup appris.

Merci d'avoir dirigé ce travail pour lequel vous avez été attentif et disponible.

Soyez assurés de notre profonde gratitude.

**Hommages respectueux.**



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

### **Pr. Youssof COULIBALY**

- ✎ **Professeur Titulaire en Anesthésie-réanimation**
- ✎ **Chef de Service d'Anesthésie-réanimation**
- ✎ **Coordinateur du D.E.S d'Anesthésie-réanimation du Mali**
- ✎ **Président de la société d'anesthésie, de réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU-MALI)**
- ✎ **Responsable de la filière Anesthésie-réanimation de la F.M.O.S**
- ✎ **Meilleur praticien Hospitalier du Conseil National de l'Ordre des Médecin du Mali (C.N.O.S)**

**Honorable Maître,**

Nous avons admiré votre rigueur et votre dévouement pédagogique tout au long de notre formation.

Sincères remerciements pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

**Hommages respectueux.**

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1</b> : Carte sanitaire de Niono.....	33
<b>Figure 2</b> : Répartition en fonction du jour de consultation.....	49
<b>Figure 3</b> : Répartition en fonction du délai d'attente.....	53
<b>Figure 4</b> : Répartition en fonction du délai de prise en charge.....	55
<b>Figure 5</b> : Répartition en du pronostic.....	57

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I</b> : Répartition tranche d'âge et sexe.....	42
<b>Tableau II</b> : Répartition en fonction de l'activité principale des patients.....	43
<b>Tableau III</b> : Répartition selon la résidence.....	44
<b>Tableau IV</b> : Répartition en fonction de l'itinéraire des patients.....	45
<b>Tableau V</b> : Répartition des patients auto-orientés en fonction de la provenance, du moment et du jour de consultation.....	45
<b>Tableau VI</b> : Répartition en fonction du motif d'admission.....	46
<b>Tableau VII</b> : Répartition en fonction des groupes nosologiques.....	47
<b>Tableau VIII</b> : Répartition en fonction de l'indice de gravité.....	47
<b>Tableau IX</b> : Répartition en fonction de la qualité du personnel évacuateur.....	48
<b>Tableau X</b> : Répartition en fonction du moment de la consultation.....	48
<b>Tableau XI</b> : Répartition des patients en fonction du nombre d'ordonnances délivrées.....	49
<b>Tableau XII</b> : Répartition par classe thérapeutique des médicaments prescrits.....	50
<b>Tableau XIII</b> : Mode d'acquisition des produits.....	51
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des examens complémentaires réalisés.....	52
<b>Tableau XV</b> : Délai d'attente moyen en fonction de l'itinéraire, du moment et du jour de consultation.....	54
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des patients selon le délai de soins.....	55
<b>Tableau XVII</b> : Répartition en fonction de la délivrance en urgence des médicaments et consommables.....	57

## **ABREVIATIONS**

**A.V.C** : Accident vasculaire cérébral.

**A.C.R.**: Accident de la circulation routière.

**C.B.V** : Coups et Blessure Volontaire.

**C.C.M.U** : Classification Clinique des Maladies en Urgence.

**FCFA** : Colonie Financière Africaine.

**C.I.M** : Classification International des Maladies.

**CSCom** : Centre de santé Communautaire.

**CSRéf** : Centre de Santé de Référence.

**C.U.D** : Contraction Utérine Douloureuse.

**D.F.P** : Disproportion Foeto-pelvienne.

**D.R.V** : Dépôt Répartisseur de Vente.

**D.V** : Dépôt de Vente.

**D.R.E.E.S** : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**E.D.S.M** : Enquête Démographique pour la santé au Mali.

**E.I.Q** :EspaceInterquartile.

**E.T.G** : Echelle de Triage de Gravité.

**FA.PH** : Faculté de Pharmacie.

**F.M.O.S** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**H.P.P** : Hémorragie du Post-partum.

**I.G.S** : Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire.

**INFSS** : Institut de formation en Science de Santé.

**M.E** : Médicament Essentiel.

**P.V-V.I.H** : Personne Vivant avec le VIH

**S.R.L.F** : Société de Réanimation de la Langue Française.

**S.U** : Service d'Urgence.

**T.D.M** : Tomodensitométrie.

**T.S.G** : Temps de Séjour Global.

## TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>II.</b>	<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>15</b>
1.	Objectif général.....	15
2.	Objectifs spécifiques.....	15
<b>III.</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>16</b>
<b>IV.</b>	<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>27</b>
<b>A.</b>	<b>Cadre d'étude.....</b>	<b>27</b>
1.	Présentation du cercle.....	27
2.	Organisation du système socio-sanitaire.....	29
<b>B.</b>	<b>Matériels et Méthodes.....</b>	<b>32</b>
1.	Type et période d'étude.....	32
2.	Population d'étude.....	32
3.	Echantillon.....	32
3.1.	Critères d'inclusion.....	32
3.2.	Critères de non inclusion.....	32
4.	Techniques de recueil des données.....	32
5.	Définition des variables.....	33
6.	Variables retenues.....	34
7.	Plan de traitement et d'analyse des données.....	35
8.	Contraintes et Limites de l'étude.....	35
<b>V.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>36</b>
1.	Fréquence des urgences.....	36
2.	Résultats descriptifs et analytiques.....	36
2.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	36
2.2.	Profession.....	37
2.3.	Résidence.....	38
3.	Modes D'accès.....	39
3.1.	L'itinéraire des patients.....	39
3.2.	Motif d'admission.....	40
3.3.	L'état du patient à l'arrivée.....	41
4.	Prise en charge.....	42
4.1.	La qualité du personnel évacuateur.....	42
4.2.	Flux des patients.....	42

4.3. Disponibilité du personnel à l'arrivé du patient.....	43
4.4. Nombre d'ordonnance délivrée par patient.....	43
4.5. Nombre de produits prescrits par patient.....	44
4.6. Type de produits.....	44
4.7. Mode d'acquisition des produits.....	45
4.8. Transfusion.....	45
4.9. Examens complémentaires.....	45
4.10. Mise en observation.....	46
5. Contraintes de la prise en charge.....	47
5.1. Délai d'attente.....	47
5.2. Délai de soins.....	48
5.3. Délai de la prise en charge thérapeutique.....	49
5.4. Disponibilité des médicaments et consommables.....	50
6. Coût de la prise en charge.....	50
6.1. Coût des médicaments et consommables.....	50
6.2. Examen paracliniques.....	50
6.3. Coût total de la prise en charge.....	50
7. Pronostic.....	51
8. Concordance.....	51
9. Satisfaction des patients.....	51
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>52</b>
<b>VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>55</b>
1. Conclusions.....	55
2. Recommandation.....	56
<b>VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>57</b>
<b>IX. ANNEXES.....</b>	<b>63</b>

## **I. Introduction**

L'urgence fait référence à toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si aucune action médicale n'est entreprise immédiatement [1]. Les attentes du service des urgences(SU) sont la réponse aux demandes de santé des personnes qui se présentent à l'hôpital sans y avoir rendez-vous, que leur état soit réellement urgent d'un point de vue médical ou qu'il soit ressenti comme tel [2]. Il accueille de ce fait, des consultations non programmées, quelle qu'en soit la nature, et ce, avec les mêmes compétences et le même plateau technique, 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7 [3].

Le service des urgences est de plus en plus sollicité car depuis leur création dans le milieu des années 60, les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année [4]. Cette augmentation constante de la fréquentation des SU est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés [5, 6]. La prise en charge des urgences est devenue un sujet très sensible dans l'organisation du système de santé. Les soins d'urgences sont complexes en raison du caractère pluri professionnel des intervenants, mais aussi de la gestion des flux de patients et de leurs trajectoires de soins. L'hétérogénéité des demandes de soins, la variabilité du volume horaire de patients à prendre en charge, la difficulté croissante de disposer de lits d'hospitalisation pour ces patients, les moyens parfois insuffisants, sont autant d'éléments qui rendent cet exercice difficile [7].

Au Mali, l'organisation des urgences ne répond à aucun schéma préétabli. En effet, il n'existe pas de structures de prise en charge pré hospitalière, de type, Service d'Aide Médicale d'Urgence «S.A.M.U». Certains malades sont évacués sur le service des urgences par la protection civile ou la police, d'autres viennent d'eux mêmes ou transportés par la famille. En cas de catastrophe, les blessés sont évacués par tous les moyens de bord sur l'hôpital, ce qui déplace la catastrophe de son site sur la structure d'accueil [8].

Les urgences médico-chirurgicales et obstétricales constituent un véritable problème de santé publique par leurs gravités et leurs taux de mortalité très élevés surtout en Afrique Subsaharienne. Grâce au progrès de la technologie (notamment dans la surveillance de la grossesse et en anesthésie - réanimation) les conséquences graves des accidents obstétricaux sont en nette régression dans les pays occidentaux, c'est à dire que l'Afrique qui n'a pas atteint ce stade de technicité paye un lourd tribut [9]. Le taux de mortalité chirurgicale mesuré dans 28 nations d'Europe en 2012 était de 4% [10], médicale 3,1% [11]. En Afrique le taux de mortalité maternelle est passé entre 1990 à aujourd'hui de 987 à 546 pour 100.000 naissances vivantes contre 23 à 12 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés [12].

Le centre de sante de référence de Niono (CSRéf) est un centre de 1ere référence qui dispose d'une Unité d'urgence, organisé pour gérer les urgences médico-chirurgicales, pédiatriques, et gynéco-obstétricales. Cette unité d'urgence, constitue la porte d'entrée des patients du CSRéf et donne, en tant que tel, un reflet de la qualité des services offerts. Cependant, en dépit de son rôle important, le profil des patients admis dans cette unité ainsi que celui des pathologies couramment rencontrées n'ont jamais fait l'objet d'étude. Et pourtant, l'organisation rationnelle et l'adaptation plus efficiente de l'offre des soins dans une Unité d'urgence requièrent la connaissance de la nature de la demande (nombre des patients admis, types de pathologies rencontrées, coût des soins y afférent etc.).

Pour répondre a cette exigence, nous nous sommes fixés les objectifs suivant.

## **II. OBJECTIFS**

### **1. OBJECTIF GENERAL :**

Evaluer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono.

### **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Décrire le profil épidémio-clinique des patients admis pour urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono;
- Décrire les procédures de prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono;
- Identifier les contraintes de la prise charge des patients admis pour urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono ;
- Déterminer le pronostic des patients admis pour urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono ;
- Déterminer les coûts engagés par les patients admis pour urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono.



### III. Généralités

« Les services d'urgences sont souvent considérés comme une sorte de supermarché » [13]. Dès lors que l'on essaie de travailler sur ce problème, il devient indispensable de définir la notion d'urgence, tant cette notion sous-tend des interprétations différentes. Si l'urgence se définit communément par : « ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante » [14] chaque acteur impliqué dans la réponse à une demande d'urgence est amené à apprécier cette dernière en fonction de sa propre position d'acteur. « Ce qui ne peut pas attendre » n'est pas de nature similaire selon que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou encore du médecin « spécialisé » dans l'urgence. Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale ; pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité ; pour le patient l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou pas [15]. De nombreuses qualifications ont successivement été créées pour tenter de retracer au mieux les définitions correspondant à chaque acteur. Ainsi, au cours des années on est passé de l'urgence vitale à « l'urgence ressentie » [16 ; 13] pour aujourd'hui en arriver à la notion de « demande de soins non programmés », c'est-à-dire, le recours spontané des patients à la médecine. Selon une enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne, la demande de soins non programmés représenterait 56 % de l'activité des médecins généralistes libéraux alors que l'activité dans le cadre de l'urgence vraie n'en représenterait que 9 % [17].

Il n'y a donc pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux acteurs qui y sont impliqués [18].

En pratique toutefois, les services d'urgence s'efforcent de traiter rapidement tous les patients, peu importe pourquoi ceux-ci s'y présentent [19].

La conception d'un SU répond normalement à trois exigences: assurer un séjour de durée la plus courte possible aux patients admis, préserver l'efficacité et la pertinence de la démarche diagnostique et de premiers soins, organiser une orientation rationnelle des patients en vue d'une prise en charge en hospitalisation [20].

Plusieurs facteurs influencent la qualité des prestations au niveau des SU, qu'il s'agisse des facteurs liés aux contraintes structurelles, humaines, matérielles ou organisationnelles, mais aussi des circonstances dans lesquelles les patients ont recours à ces services [21].

Par rapport aux autres services de santé, les services d'urgence possèdent, par leur structure, des caractéristiques uniques, par la majorité des visites imprévues, exigeant une évaluation immédiate. Parfois, les décisions quant au traitement nécessaire doivent être prises rapidement, et des actes doivent être posés sur le champ. Bien que les services d'urgence ne soient pas tous structurés de la même façon, la plupart comportent une zone d'accueil où les patients autres que ceux qui arrivent en ambulance doivent s'inscrire. Ces patients sont alors évalués ou triés par des professionnels de la santé compétents probablement en fonction d'indices de gravité auxquels sont associées des recommandations d'urgence clinique. Le processus d'inscription peut être légèrement différent dans le cas des patients qui arrivent en ambulance, mais la gravité de leur état est tout de même évaluée [22].

D'une manière générale, toute consultation évaluée comme urgente par un des médecins du SU, a été considérée comme appropriée.

En dehors de ce critère médical de jugement, le caractère approprié ou non d'une consultation a été défini en se basant sur les critères suivants : la nature de la morbidité objet de la consultation, l'ancienneté des symptômes et leur gravité, le moment de la consultation. Ainsi, une consultation pour un traumatisme récent a été d'emblée considérée comme appropriée. Dans le cas de pathologies non traumatiques le fait de consulter pendant un week-end ou un jour férié, avec des symptômes remontant à un jour ouvrable, était considéré comme étant non approprié. De même, les usagers qui consultaient la nuit avec des symptômes qui avaient débuté durant la journée et pendant un jour ouvrable étaient considérés comme étant des consultants non appropriés [23].

La prise en charge des urgences doit être faite dans des conditions appropriées. La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) propose un modèle d'architecture et d'équipement des services d'urgences, et le profil idéal du personnel qui doit y être affecté [2]. Selon elle un service d'urgences doit avoir un emplacement évident, au rez de chaussée, de plein pied. Il doit être situé près des services médico-techniques et du service de Réanimation Médicale Polyvalente. Du point de vue architectural le service doit comporter une zone d'accueil, une zone d'examen et des soins, une zone pour les hospitalisations courtes et des servitudes générales.

L'équipement d'un service d'accueil doit comporter :

- dans la zone d'accueil: un système radiophonique et/ou audiovisuel nécessaire à l'attente des familles et des malades, des chariots mobiles de transport, ainsi que des chaises roulantes.

- dans la salle de déchoquage : un chariot d'urgences, un respirateur, une ventilation manuelle, un moniteur électro cardiographique, un défibrillateur, un oxymètre, un matériel pour la réanimation (des plateaux techniques "prêts à l'emploi" permettant la réalisation des différents gestes : intubation, drainage thoracique, mise en place d'une voie veineuse centrale, mise en place d'une sonde urinaire, la réalisation d'une trachéotomie, d'une aspiration ou d'un lavage gastrique).

- dans la salle d'examen : un téléphone, un négatoscope, une table d'examen, une sonde d'oxygénation, le matériel nécessaire aux prélèvements biologiques, le matériel d'aspiration, des fluides muraux, un tensiomètre mural, un thermomètre, un moniteur électro cardiographique, une seringue électrique, un glucomètre, un ophtalmoscope, un spéculum.

- Le plateau médico-technique de l'hôpital nécessaire au fonctionnement des urgences doit comporter : la radiologie, l'échographie, le doppler, l'endoscopie, les laboratoires.

Le personnel médical doit être constitué d'étudiants hospitaliers, de résidents de médecine générale, d'assistants généralistes, et de cadres des services d'urgences et d'accueil (médecins spécialisés en Anesthésie ou en Réanimation Médicale). A travers le monde, plusieurs études ont été menées, pour décrire la prise en charge des urgences.

### **Dans la région Américaine**

En Amérique le système de triage existait depuis les années 60. Mais de nos jours aucun modèle standard n'a encore été reconnu [24 ; 25]. Un service canadien [26; 27; 22] a mis en place le triage avancé : il permet à l'infirmier de trier, après avoir reçu une formation spécifique, d'initier des protocoles diagnostiques basés sur des algorithmes approuvés par différents médecins.

Afin d'optimiser le triage, une échelle de triage et de gravité (ETG) a été mise en place par l'Institut canadien d'information permettant la prise en charge des patients par ordre de priorité médicale et non d'arrivée. Elle permet aussi une réévaluation de l'état de santé du malade pendant son attente afin de détecter une éventuelle aggravation. Elle impose des délais de triage optimum souhaitables entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale [22].

Selon une enquête menée par Statistique Canada en 2003, 3,3 millions adultes canadiens (de 15 ans et plus) ont déclaré avoir été traités pour leur plus récente blessure ou avoir eu leur dernier contact avec un professionnel de la santé dans un service d'urgence. C'est le cas pour un plus grand nombre de personnes de sexe masculin que de sexe féminin, 14 % et 12 % respectivement. L'utilisation des services d'urgence s'est aussi révélée variable en fonction de

l'âge et du revenu familial. Par exemple, les répondants de plus faible revenu ont été plus nombreux à se rendre dans les services d'urgence pour leur plus récent traitement que les répondants au revenu le plus élevé (18 % contre 13 %).

Enfin, les répondants des zones rurales ont davantage eu recours aux services d'urgence que ceux des zones urbaines (15 % contre 13 %). [22]

Aux Etats-Unis, moins de 7 % des visites aux services d'urgence ont lieu au petit matin, soit entre 4 h et 8 h. Ce nombre continue de progresser jusque vers 20 h, avant de commencer à baisser. Certaines données laissent par ailleurs penser que les heures où culmine le nombre de visites ne sont pas les mêmes dans les services d'urgence situés en zone rurale et dans ceux situés en zone urbaine [28].

Une étude menée par l'Institut de recherche en services de santé a permis d'établir que, en Ontario, les services d'urgence situés en zone urbaine enregistrent un pourcentage de visites après minuit sensiblement supérieur à celui enregistré par les services d'urgence situés en zone rurale [29].

En Alberta en revanche, selon une autre étude, le plus grand nombre de visites est enregistré le dimanche et les jours fériés [30]. C'est le cas d'une étude américaine [31] qui a trouvé que la durée de prise en charge du malade, associée à la demande d'un ou de plusieurs examens complémentaires (radiologique, biologique) était en moyenne de 174 min versus 91 min s'il s'agissait d'une visite simple.

Le délai d'attente était proches ou supérieures à une heure en USA [28 ; 32].

La mesure de la durée d'attente est aussi un important moyen d'évaluation de la qualité de soins fournis et du degré de satisfaction du patient.

Selon une étude américaine, une attente de plus d'une heure pouvait être considérée comme un effet indésirable [32]. Dans d'autres études, les longs délais d'attente étaient liés à une insatisfaction des patients [33 ; 34].

Par ailleurs, de longs délais d'attente peuvent entraîner un départ anticipé des patients (partir avant de voir un médecin), en raison d'une attente jugée trop longue [35]. De plus, selon Liew et coll. en 2003, une durée d'attente importante aux urgences est associée à une durée d'hospitalisation plus longue et une morbidité plus élevée [36].

Le TSG observé dans différentes études canadiennes, américaines et françaises [37; 38; 31; 39; 40] était compris entre 2 heures et 5 heures à cause du système de triage. Le taux de patients qui ont passé moins de 4 heures était de 96% en Angleterre et (72%) aux Etats-Unis [22].

De plus, dans certains cas précis, comme une attaque d'apoplexie aigue ou un infarctus aigu du myocarde, le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin est en effet l'un des principaux facteurs qui influent sur le sort du patient [41].

Hoffenberg et coll. ont trouvé une durée du séjour global de 219 min chez les patients à hospitaliser versus 131 min chez ceux rentrant à domicile [31]

### **Dans la région Européenne**

Dans les pays développés, notamment en France, la prise en charge des urgences est réglementée et coordonnée; elle est également soumise à des évaluations régulières [20 ; 42].

En Europe, la notion de tri est très répandue dans les services des urgences [43].

La valeur de la moyenne du délai d'attente est comprises entre 30 min et une heure en France [44 ; 45]. Le délai d'attente était de 51 min au Canada [22]. Le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin est inclus dans la durée de séjour dans les services d'urgence. Il importe toutefois de le connaître, car il influe sur la durée du séjour dans les services d'urgence [46].

La Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) dans ses critères d'évaluation a trouvé un délai d'attente moyen de 17 mn, un délai thérapeutique à 56 mn, une fourniture des produits à 14,5% et une exactitude diagnostic à 77,4% [1].

Les patients dont l'état nécessitait une réanimation sans délai ont connu des taux d'hospitalisation plus élevés (50 %) que les autres patients. Seulement 3 % des patients ont quitté les services d'urgence avant même d'avoir été vus par un médecin, et un pourcentage encore plus faible d'entre eux les ont quittés contre l'avis des médecins ou ont été transférés [47]. Dans d'autres études françaises, les examens complémentaires augmenteraient la durée de séjour de 1 à 2h en moyenne [48 ; 38].

Selon DREES en 2003, 45% des patients avaient trouvé la durée de séjour dans le SAU excessive [49].

La prise en charge du malade par un interne augmente cette durée de 31 min en moyenne. Du fait que l'interne met généralement plus de temps dans la prise en charge du patient que le médecin urgentiste et ceci par manque d'expérience [37]. Bazin a trouvé une moyenne d'une heure pour les analyses biologiques et 99 min pour les examens radiologiques [44]. Dans une autre étude française, l'hospitalisation avait une durée de séjour de 1 à 4 heures [48 ; 38].

Le TSG moyen était de 162 minutes pour des patients dont l'état était grave (CCMU 4 et 5), comparativement à 33 minutes pour ceux dont l'état était moins urgent (CCMU 1). Cette relation entre la longueur du TSG et la gravité de l'état du patient a été aussi mentionnée dans plusieurs pays canadiens et américains [22]. A un degré moindre, l'allongement du TSG dépendait de l'affluence des patients à certaines heures, rendant la charge de travail du personnel assez importante. Cette constatation a été observée dans plusieurs services des urgences [50; 22; 51].

Leveau et Corege en 1994 au service d'urgences et d'accueil du Centre Hospitalier (CH) d'Haguenau, trouvaient 76 % de cohérence entre le diagnostic initial et le diagnostic final de fin d'hospitalisation [52].

### **En Afrique**

La situation est loin d'être optimale dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne, où de nombreuses réflexions sont menées de nos jours, visant à rationaliser l'offre des soins d'urgence. Des états de lieu sur la structure et le fonctionnement des services d'accueil des urgences ont été réalisés à différents échelons de la pyramide sanitaire, afin de dégager des modèles d'organisation adaptés, et de promouvoir la qualité et l'efficacité des soins aux patients [3 ; 53 ; 54].

Au Mali la gestion des urgences médico-chirurgicales est faite dans le service d'accueil des urgences et celle de l'obstétrique dans les maternités.

La prise en charge des urgences obstétricales a été facilitée par le système de référence et de contre référence instauré en 1993 dans le cadre de la politique sectorielle de la santé. Ce système de référence - évacuation a été élaboré à Niono en 1998 lors d'un atelier d'élaboration du plan conceptuel de la référence – évacuation grâce à l'appui financier et technique de l'UNICEF dans le cadre du programme de survie de l'enfant et n'a été fonctionnel qu'en 2001. Il a pour but la prise en charge efficiente et efficace des patientes à n'importe quel point du système pour une offre de soins à des coûts abordables partagés

entre les différents acteurs :le centre de santé de référence pour 28%, les ASACO pour 36%, la parturiente pour 36%[56].

Selon Divorne[43] une méthode de triage systématique des patients par un infirmier et/ou par un médecin, contrairement à ce qui se passe dans plusieurs services peut laisser un malade, nécessitant une prise en charge rapide, attendre plus qu'un autre en état stable. Plusieurs équipes ont développé les modes de tri au SAU de Maroc [55].

Les résultats de l'étude menée au SAU FarhadHached n'ont pas montré de grande différence entre les moyennes du délai d'attente des différentes classes CCMU : Les patients présentant des problèmes de santé non urgents (CCMU 1) attendaient en moyenne 17 min avant de voir un médecin. Les patients moins urgents (CCMU 2), urgents (CCMU 3) et les plus urgents (CCMU 4 et 5) étaient en moyenne pris en charge dans un délai semblable (13 min). Ces résultats montrent l'important rôle de l'infirmier :

- L'infirmier d'accueil qui par sa présence à côté de l'agent administratif, peut avoir une idée initiale sur l'état du patient (suite à un interrogatoire bref et sans évaluation clinique poussée). Il intervient alors dans l'orientation initiale du patient dans le service et dans sa prise en charge rapide si son état le nécessite.
- L'infirmier des box qui est souvent présent dans le hall d'attente des patients, pour coordonner leur entrée aux box, donne la priorité à ceux qui paraissaient plus fatigués.

Mais cette évaluation reste subjective puisqu'elle ne résulte pas d'un examen clinique initial. Ce qui peut avoir comme conséquence des longues durées d'attente, avant la prise en charge médicale, chez des patients nécessitant des soins urgents. C'est le cas de 8% des patients se présentant d'emblée en état grave (CCMU 4 et 5) qui ont dû attendre entre 30 et 60 min. Nous revenons alors à l'importance du tri qui permet, suite à une évaluation clinique initiale du degré de gravité du patient, de donner la priorité de prise en charge médicale aux cas les plus urgents. Plusieurs études intègrent le tri parmi les moyens principaux à utiliser pour donner la priorité aux cas graves et pour diminuer l'attente initiale [55].

Une fréquence globale des urgences a été calculée par Traoré K en 2010 à Niono[56]et parKodio S en 2006 à l'hôpital national du point G [57] qui trouve respectivement24,43% et 7,98%.

Dans une étude menée par le service d'urgence de Kinshasa en 2012 ; 54,5% d'hommes (sex-ratio homme/femme de 1,2). Leur âge médian était de 40 ans (EIQ: 28-58 ans).La majorité

(85%) des patients s'étaient auto référés. Seulement 3,2% sont arrivés par un moyen médicalisé (ambulance). Le nombre médian d'admissions journalières était de 12,5 patients (EIQ: 9-17,5 patients), plus élevé les jours ouvrables par rapport aux jours non ouvrables (17 contre 8 ;  $p < 0,001$ ). Sept patients sur dix (70,9%) étaient reçus pendant les heures ouvrables [58].

Le flux des patients a été étudié par OUOBA qui trouvait que l'affluence était plus importante en fin de semaine [59].

Les motifs de consultation les plus fréquents ont été les maladies infectieuses et parasitaires (45,9%) à Abidjan [60]. C'était la même constatation à Bobo Dioulasso où ces maladies infectieuses et parasitaires constituaient 33,7 % des motifs de consultation [59]. ACHOUR et coll. ont pour leur part retrouvé les urgences toxicologiques et cardio-vasculaires au premier rang des motifs de consultation à Constantine [61].

Les principaux motifs médicaux motivant le recours au service d'urgences selon Gentile et coll., sont par ordre décroissant (selon une étude en 2004) : la traumatologie (24,1 %), la douleur (23,1 %), les plaies et blessures (14,6 %), la grossesse (7,5%). Les usagers sont venus en majorité (68,3 %) par leur propres moyens, 22 % ont été amenés par les pompiers, 6,5 % par le SAMU/Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et 3 % par une ambulance [18].

Le délai d'attente est le temps que passe le patient depuis le moment de son arrivée (inscription administrative) jusqu'au début de sa consultation médicale. Sa mesure a souvent été incluse dans l'étude de la satisfaction du patient par Boudreaux et coll. en 2000 [62]. Selon Hoffenberg et coll. le délai d'attente a été aussi l'un des importants critères d'évaluation qualitative du fonctionnement du SAU [31].

Le SAU FarhatHached a montré un délai d'attente en moyenne de  $14 \pm 18$  min. Plus de la moitié des patients (73%) ont attendu 15 min ou moins avant d'être évalués par un médecin. 90% ont attendu moins de 30 min, 97% moins d'une heure et seulement 1% plus que 90 min. Le temps moyen de séjour était d'une heure environ [55].

Les délais d'attente étaient très variables d'un service à l'autre à cause de la différence en organisation, en ressources humaines disponibles et en nombre de consultants [63].

Plus de la moitié des patients avaient passé moins d'une heure dans le service.



Le degré de gravité (CCMU) : Le temps que passe un patient au SAU semble varier selon la gravité de son état. 3% des patients qui sont passés par les urgences ont eu un TSG supérieur à 4 heures. Un état grave a tendance à avoir un TSG plus long qu'un état moins complexe. Et ceci du fait que les problèmes de santé graves exigent une prise en charge plus complexe comprenant des examens complémentaires et des avis spécialisés avant d'être hospitalisés dans les services appropriés. Par exemple, les patients nécessitant des soins urgents (CCMU 3, 4 et 5) représentaient (78%) de ceux qui avaient un TSG supérieur à quatre heures. Alors que ceux se présentant pour des soins non urgents CCMU 1, ou moins urgent CCMU 2 représentaient 78 % de ceux qui ont passé moins d'une heure.

Les TSG moyen les plus longs étaient constatés pour les patients âgés de plus de 60 ans (118 min) contre 37 minutes chez ceux de moins de 15 ans. Le degré de gravité des motifs de consultation qui variaient avec l'âge était à l'origine de cette différence. Les traumatismes étaient d'ailleurs les plus dominants chez les jeunes et ne nécessitant pas une prise en charge longue [55]

La majorité des patients ont été pris en charge par des internes. Certaines études [64; 65] n'ont pas trouvé de relation entre le nombre du personnel (médical et/ou paramédical) et la durée de séjour du patient contrairement à Gerbeaux et coll.

La demande des examens complémentaires est assez fréquente dans le service des urgences. Ces examens interviennent dans l'allongement de la durée de séjour des patients puisque l'obtention de leurs résultats nécessite un temps assez important. La majorité des patients (86%) qui avaient une durée de séjour global supérieure à deux heures, avaient eu au moins un examen complémentaire. Avec (62%) qui avaient eu au moins un examen radiologique et (73%) qui avaient eu au moins un examen biologique. Le TSG moyen était de 31 min en cas de passage simple (sans la demande de ces examens), contre 87 min s'il est associé à la réalisation d'examens complémentaires. Plusieurs études ont aussi montré que la demande des examens complémentaires augmentait la durée de séjour du patient. La durée d'obtention des résultats des examens complémentaires diffère d'un examen à l'autre. La moyenne de la durée d'obtention des résultats d'un examen radiologique standard était inférieure à 30 min (20 min) alors que celle de l'échographie (86 min) et de la Tomodensitométrie (TDM): (117 min) dépassaient une heure. Le résultat d'un examen biologique demandé au SAU a été obtenu en moyenne en une heure.

Les patients nécessitant une hospitalisation avaient une durée de séjour plus longue que ceux qui sortant. La majorité des patients qui ont regagné leur domicile (77%) avaient une durée de séjour global inférieure à une heure. Alors que 76% des patients hospitalisés ont passé plus d'une heure dans le SAU. Ces mêmes patients représentaient 32% de ceux qui ont passé plus que deux heures de séjour au SAU et 57% de ceux qui ont passé plus de 4 heures [55].

Plusieurs facteurs pouvaient être intriqués dans la variation de la durée de séjour des patients hospitalisés. La demande d'avis spécialisé chez ces patients se faisait d'une façon systématique puisqu'une hospitalisation n'est faite qu'après l'accord du service concerné.

Les patients à hospitaliser nécessitaient généralement plusieurs examens complémentaires, ce qui augmente la durée de prise en charge. Il faut attendre qu'un lit d'hospitalisation soit disponible, ce qui peut allonger la durée de séjour du patient et même être à l'origine d'une hospitalisation au SAU pendant quelques jours (deux patients ont été hospitalisés)[55].

Plusieurs études ont essayé d'analyser les causes d'allongement de la durée de séjour chez les patients à hospitaliser et de trouver des solutions pour la réduire. Forster et coll. [66] ont déduit que chaque augmentation de 10% du taux d'occupation des lits d'hospitalisation au sein de l'hôpital allonge la durée de séjour de 18 min.

Selon Macalou B [67] la demande d'évacuation était majoritairement formulée par les médecins avec 37,8%. Contrairement à Ballo B [68] en 2010 à Nara qui les trouve les infirmiers avec 34,1%.

Dans cette même étude [68] la tranche d'âge 20-29 ans était plus représentées avec 39,02%.

L'Amélioration de la qualité des soins a été depuis longtemps l'enjeu majeur des structures hospitalières dans les pays développés. Les Services des Urgences n'échappent pas à ce contexte. Ils sont d'ailleurs d'autant plus concernés par la qualité des soins que leur activité ne cesse de croître et que de nombreux problèmes d'organisation et de prise en charge ont été récemment mis en évidence. L'étude des délais de prise en charge du patient est l'un des paramètres indispensable à l'évaluation de la qualité des soins dans le service des urgences. Ce paramètre permet le repérage des causes des durées de séjours prolongées et par conséquent avancer des solutions pour améliorer la prise en charge du patient [69].

La moyenne de la durée de prise en charge médicale globale a été de  $49 \pm 143$  min (extrêmes : 4 min – 2jours et 15 min). La durée de prise en charge médicale n'était pas appropriée au degré de gravité, vu les même cas décrits auparavant qui ont nécessité une surveillance

clinique et/ou la demande de plusieurs investigations. Plus le patient est jeune, plus le délai de sa prise en charge était court. La moyenne de la durée d'obtention des résultats d'un examen radiologique standard a été inférieure à 20 minutes alors que celles de l'échographie et du TDM dépassaient une heure. Le résultat d'un examen biologique demandé au SAU était obtenu en moyenne après une heure [55].

Les modes de sortie des patients: selon Poe il y avait à Abidjan 60,7 % de retour à domicile, 1,4 % d'évasion, 1,4 % de décès [60]. Pour Achour et coll. à Constantine les hospitalisations en milieu spécialisé représentaient 35 % des cas et les décès 8,4 % [62]. A Bobo Dioulasso il y a eu 56 % de retour à domicile [61]. La nature des médicaments prescrits a été décrite en 1996 par Blatt et coll. à l'hôpital central de Yaoundé au Cameroun [70]. Ils ont montré que dans le service des urgences, les consommables médicaux représentaient 50 % des prescriptions. Le nombre d'articles par ordonnance était de 4,9. Parmi les médicaments prescrits, trois classes dominaient: antalgiques (20%), antibiotiques (19%), antipaludiques (14%). Ils représentaient plus de la moitié des prescriptions de médicaments. Le coût journalier du traitement payé par le patient a été estimé à 863,4 F CFA par Poe à Abidjan [57]. Pour Blatt et coll. à Yaoundé, le coût réel en officine d'une ordonnance variait de 1025 à 81700 F CFA avec une moyenne de 9748 F CFA [70].

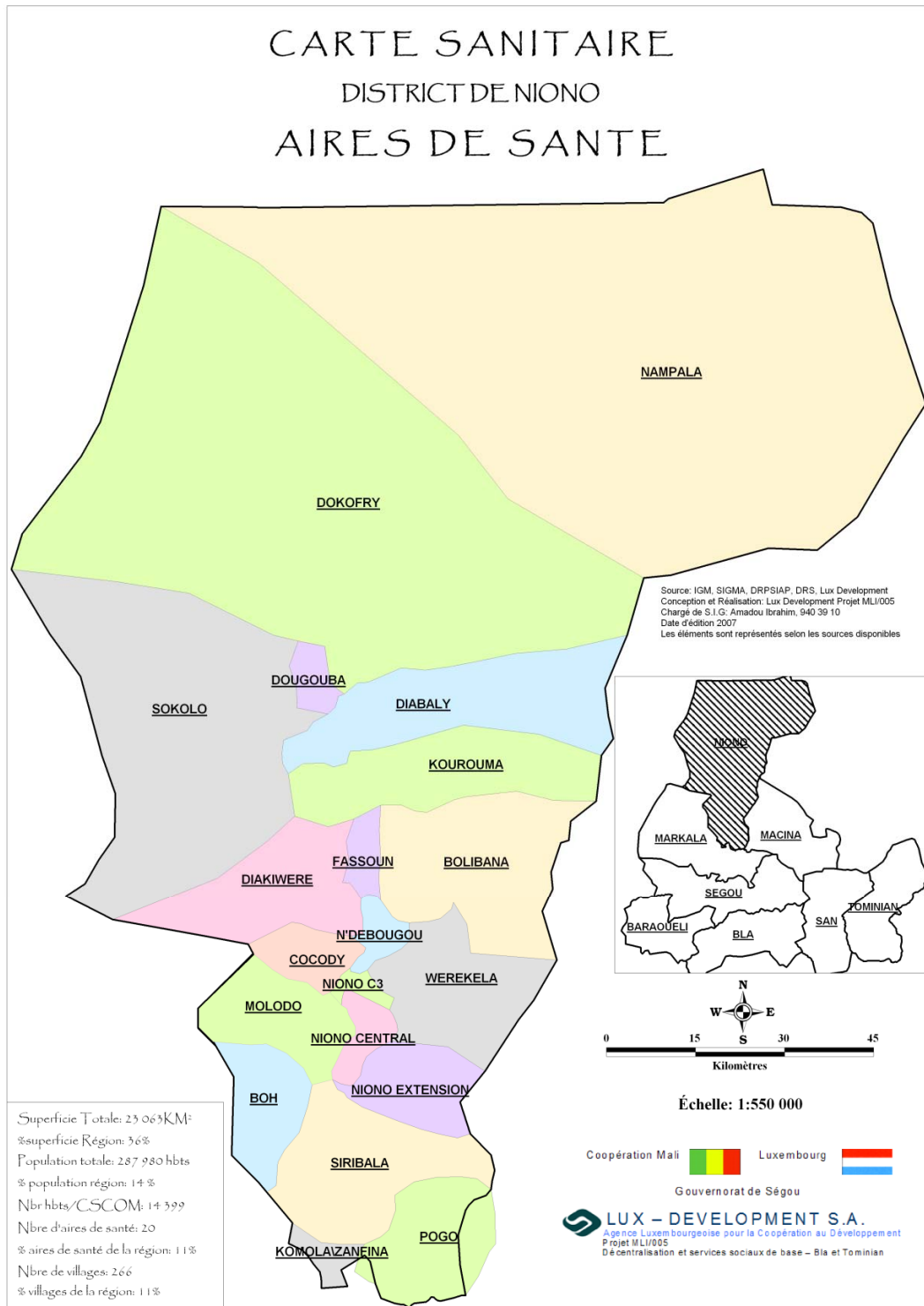
Ouédraogo ZoséH à Ouagadougou en 1998 a eu un taux de mortalité de 3,1%. Dans cette même étude le personnel médical, à l'arrivée du patient, était inoccupé dans 35,8 % des cas, dans les autres cas, il était occupé (59,0 %) ou absent (5,2 %) et la somme totale dépensée par chaque patient a varié de 650 F CFA à 40174 FCFA, avec une moyenne de 9002 F CFA [11].

#### **IV. METHODOLOGIE**

##### **A. CADRE DE L'ETUDE : Le Centre de Santé de Référence de Niono**

###### **1. Présentation du cercle**

Le Centre de Santé de Référence de Niono est situé dans le chef lieu de cercle, il comprend 21 aires de sante fonctionnelle et est dirige par un médecin chef spécialiste en Santé Publique. Toutes les aires de sante, exceptée celle de Siribala, sont reliées au CSRéf par des pistes difficilement praticables en saison pluvieuse et aussi par un système de communication en réseau (Flote). La prise en charge des urgences est assurée par un système de référence évacuation grâce a 4 ambulances fonctionnelles et disponibles 24 heures sur 24.



**Figure 1:** Carte Sanitaire de Niono

**Source :** Plan de Développement Socio-Sanitaire 2014-2018 du Cercle de Niono.

## **2. Organisation du système socio-sanitaire :**

Sur le plan sanitaire, le cercle de Niono est organisé en un district sanitaire structuré en deux échelons de soins : le 1er échelon représenté par les CSCom et le 2è échelon représenté par le centre de santé de référence. Dans cette organisation fonctionnelle, tous les secteurs de la santé se retrouvent.

-Le service du développement social et de l'économie solidaire qui est chargé de la mise en œuvre de la politique nationale de solidarité est logé au sein du district sanitaire.

-Le circuit d'approvisionnement en médicaments : Ce circuit d'approvisionnement offre à la population les médicaments essentiels pour la prise en charge des pathologies.

-Les officines (5) et dépôts de produits pharmaceutiques assurent aussi la prise en charge en médicaments des pathologies.

-Le circuit informel est très développé et est utilisé par la population.

### **✓ Infrastructures**

Le centre de santé est de type pavillonnaire. La plupart des bâtiments, construits depuis la période coloniale sont en mauvais état. Le centre est constitué de différents pavillons entre autres :

- Un bloc abritant la chirurgie homme, une unité d'urgence, la pharmacie de garde;
- Un bloc abritant la maternité au sud du CSRéf ;
- Un bloc abritant le Laboratoire, le dépôt de médicament pour les P.V-V.I.H ;
- Un bloc abritant la pharmacie du jour, le DRC.

### **✓ Capacité d'accueil du CSRéf**

#### **❖ Unité de Chirurgie**

Chirurgie homme : 19 lits d'hospitalisation  
Chirurgie femme : 21 lits d'hospitalisation

#### **❖ Unité de Médecine**

Médecine homme : 16 lits d'hospitalisation  
Médecine femme : 16 lits d'hospitalisation

#### **❖ Unité Obstétricale**

10 lits d'hospitalisation

❖ **Unité d'urgence :**

**Capacité d'accueil :**

Zéro (0) lits d'hospitalisation

**Le personnel pour la garde**

- un médecin;
- un technicien en anesthésie réanimation ;
- un technicien de laboratoire ;
- un Thésard de la FMOS et de la FAPH ;
- un infirmier (ère) en médecine et en chirurgie ;
- une sage femme;
- une matrone ;
- une infirmière obstétricienne ;
- des stagiaires de la FMOS, FAPH, INFSS et autres Ecoles de Santé ;
- un technicien de surface;
- un chauffeur de garde.

**L'équipement des urgences médico-chirurgicales:**

- Deux tables de consultation ;
- Un bureau ;
- Quatre chaises ;
- Deux tensiomètres ;
- Deux stéthoscopes ;
- Deux thermomètres électroniques ;
- Un aspirateur de mucosités ;
- Un extracteur d'oxygène d'une capacité maximum de 5litres;
- Deux pèse-personnes ;
- Un négatoscope ;
- Une boîte de pansement ;
- Un brancard ;
- Une chaise roulante ;
- Deux poubelles.

**L'équipement de la salle d'accouchement**

- Une grande salle d'accouchement
- Trois (3) tables d'accouchement
- Un bureau
- Trois chaises ;
- Un tensiomètre ;
- Deux stéthoscopes ;
- Un thermomètre électronique ;
- Deux mètre ruban ;
- Un stéthoscope de Pinard ;
- Un pèse-personne ;
- Trois boites de pansement ;
- Deux forceps ;
- Deux ventouses ;
- Un brancard ;
- Une chaise roulante ;
- Trois poubelles.

#### **Le bloc opératoire**

- Deux tables d'opération ;
- Onze boites de césarienne ;
- Quatre boites d'hernie ;
- Trois boites de laparotomie.

A noter que les observations des patients ont lieu dans les unités d'hospitalisation en fonction du type d'urgence.

#### **✓ Autres services techniques participant à la prise en charge des urgences :**

##### **❖ Le laboratoire :**

Les examens disponibles en urgence sont: la glycémie, la goutte épaisse, sérologie Widal, le taux d'hémoglobine et le groupage sanguin.

Son fonctionnement est assuré par un technicien de laboratoire ou un étudiant stagiaire de la 4ème Pharmacie de la Faculté de Pharmacie de Bamako.

##### **❖ L'imagerie médicale :**

Elle est fonctionnelle en fonction des besoins de l'urgence surtout pour l'échographie abdominale et obstétricale.

##### **❖ Dépôt pharmaceutique :**



Assure la vente de médicaments essentiels génériques 24 heures sur 24.

## **B. MATERIELS ET METHODE**

### **1. Type et période d'étude**

Nous avons mené une étude analytique, prospective, observationnelle allant de Juillet à Décembre 2014 au CSRéf de Niono.

### **2. Population d'étude**

La population d'étude était constituée de tous les patients qui s'étaient présentés pendant la période d'étude.

### **3. Echantillon**

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les patients qui répondaient à nos critères d'inclusion. A l'accueil le patient était conduit par le technicien de surface jusqu'à la salle de consultation. Dans certains cas l'examen clinique fait par l'équipe des urgences suffisait pour retenir un diagnostic et entamer le traitement, par contre dans d'autres cas c'était à la lumière des examens biologiques et ou radiologiques qu'un diagnostic était posé.

#### **3.1. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus tous les patients admis à l'unité des urgences du CSRéf de Niono pour une urgence médico-chirurgicale ou obstétricale quelque soit l'âge, le sexe ou le type d'urgence.

#### **3.2. Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus tous les patients admis dans une autre unité du CSRéf de Niono pour une urgence médico-chirurgicale ou obstétricale quelque soit l'âge, le sexe ou le type d'urgence.

### **4. Techniques de recueil des données**

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête individuelle qui ont été remplies par nous même pour chaque patient inclus dans l'étude, (une enquête préliminaire avait été réalisée pendant deux semaines du 20 mai au 05 Juin 2014), en vue de vérifier la faisabilité du protocole.

L'identification et les renseignements cliniques étaient ceux recueillis par le personnel. Nous avons enregistré en même temps que lui.

Le patient était considéré comme référé ou évacué par un service de santé lorsqu'il avait présenté un bulletin d'évacuation dûment rempli par un agent de santé.

### **5. Définitions des variables retenues**

**L'heure d'arrivée :** correspondait à celle où le patient était annoncé au personnel des unités des urgences, par lui-même ou par son accompagnant.

**Le début de la prise en charge :** correspondait au contact du patient avec le personnel médical de l'unité des urgences.

**Le délai d'attente :** a été défini comme étant la période écoulée entre l'arrivée du patient et le début de la prise en charge.

**Le délai des soins :** était le temps qui séparait l'heure d'arrivée des produits de l'heure de démarrage effectif des premiers soins par le technicien de santé.

**Le délai thérapeutique :** était le temps écoulé depuis l'arrivée du patient jusqu'à l'instant de démarrage effectif des premiers soins par le technicien de santé. Il comprenait le délai d'attente, le délai des soins, et le temps mis pour les examens paracliniques et l'achat des médicaments.

**L'état des patients à l'arrivée à l'unité des urgences :** était apprécié par la classification clinique des malades des urgences (CCMU) modifiée, les Patients des classes P, 1 et 2 étaient "jugés stables" et ceux des classes 3, 4 et 5 étaient "jugés graves". (Annexe I).

**Les jours ouvrables :** étaient considérés comme ouvrables, tous les jours de la semaine exceptée le samedi et le dimanche en plus des jours fériés.

**Les jours non ouvrables :** étaient considérés comme non ouvrables, le samedi et le dimanche en plus des jours fériés.

**L'heure de consultation :** était considéré comme l'heure où l'arrivée du patient a été annoncée au personnel soignant.

**Le moment de consultation :** correspondait à l'intervalle 06h00 – 17h59 mn pour la journée et l'intervalle 18h00 – 05h59 mn pour la nuit.

**Les examens paracliniques :** étaient ceux dont le résultat était attendu dans un délai bref au niveau des unités d'urgences.

**Le temps de réalisation des examens paracliniques :** était défini comme étant le temps qui s'écoule entre le moment de remise du bulletin d'examen au patient ou à son accompagnant, et le moment d'arrivée des résultats de cet examen.

**Les ordonnances médicales :** étaient celles des patients mis en observation dans les unités d'hospitalisation, cela pour mieux suivre le circuit du médicament.

**L'évaluation de la satisfaction des utilisateurs :** était établie par l'interrogatoire du patient (ou à défaut de son accompagnant) lors de sa sortie des unités d'hospitalisation.

**La concordance diagnostique :** lorsque le diagnostic posé en urgence était identique à celui retenu définitivement dans les unités cliniques, au terme de l'hospitalisation.

**NB :** Les diagnostics des unités d'hospitalisation étaient considérés comme les bons diagnostics.

**Les diagnostics en urgence :** Ont été regroupés selon la Classification Internationale des Maladies (annexe II).

**Le coût de la prise en charge :** il s'agissait du coût direct de la prise en charge (produits et examens para cliniques) ; les autres rubriques telles que le transport, les repas envoyés par les familles et les journées de travail perdues par le patient et son accompagnant, de même que les frais d'hospitalisation, ne seront pas prises en compte.

## **6. Variables retenues**

### **6.1. Variable qualitative**

- Profession
- provenance
- mode d'accès
- moyen de transport
- type d'urgence
- état du patient à l'arrivée
- statut matrimonial
- flux horaire des patients
- flux journalier des patients
- disponibilité du personnel à l'arrivée du patient
- motif de la consultation
- diagnostic
- disponibilité des médicaments et consommables
- concordance diagnostique
- satisfaction des utilisateurs
- mode d'acquisition des produits
- mode de sortie (pronostic).

### **6.2. Variable quantitative**

- âge
- sexe
- heure d'arrivée
- délai d'attente dans la salle de consultation des urgences
- heure de prise en charge
- délai des soins
- délai thérapeutique
- délai de réalisation des examens complémentaires

- nombre d'ordonnance prescrit par patient
- nombre de produits prescrits
- type de produits prescrits
- temps d'attente des produits
- coût de la prise en charge (coûts des produits ; coûts des examens para cliniques ; coûts totaux).

### **7. Plan de traitement et d'analyse des données**

La saisie et le traitement des données, sont effectués à l'aide du logiciel Word 2007, SPSS 17.0.

### **8. Contraintes et Limites de l'étude**

Les limites de notre étude sont constituées par :

- la situation géographique de l'unité d'urgence,
- l'absence de panneau de signalisation de l'unité d'urgence,
- l'inexistence de zone d'accueil et d'orientation

Ces limites expliquent que cette unité des urgences ne répond pas aux normes édictées par la SRLF[2].

Notre présence sur les lieux a pu modifier le comportement habituel du personnel de l'unité des urgences.

La technique de l'observation non participative a pu poser des problèmes d'éthique. En effet lorsqu'arrivait une extrême urgence et que le personnel était surchargé, nous étions tenus à l'observation bien que nous soyons qualifiés pour sa prise en charge. C'est le problème d'éthique en recherche opérationnelle.

Notre période d'étude n'a pas permis de saisir l'ensemble des mouvements des patients à l'unité des urgences médico-chirurgicales et obstétricales et les problèmes liés à ces patients.

Le temps d'attente des produits n'a pas été pris en compte au cours de notre étude.

## V. RESULTATS

### 1. Fréquence des urgences médico - chirurgicales et obstétricales

- Le nombre de consultation médico - chirurgicales et obstétricales était de **3828**
- Le nombre des urgences médico - chirurgicales et obstétricales était de **201**
- La Fréquence globale était de **5,3%** (201/3828) ;
- La Fréquence des urgences médicales était de **1,3%** (50/3828);
- La Fréquence des urgences chirurgicales était de **1,8%** (68/3828);
- La Fréquence des urgences obstétricales était de **2,2%** (83/3828).

### 2. Résultats Descriptifs et Analytiques

#### 2.1. Caractéristique sociodémographiques

**Tableau I** : Répartition par tranche d'âge et par sexe

Tranche d'âge/ Sexe	Masculin	Féminin
< 15 ans	16	17
15 - 45 ans	17	24
45 - 60 ans	32	48
> 60 ans	17	30
Total	82	119

Extrêmes = 5 mois et 74 ans Moyenne = 25,52 ans Médian = ± 25 ans Ecart type = 13,840

Le sex-ratio est de 1,5 en faveur des femmes.

## 2.2. L'activité principale

**Tableau II** : Distribution des patients selon l'activité principale

<b>Activité principale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Femme au foyer	97	48,3
Agriculteur	47	23,3
Enfant	28	13,9
Etudiant/Elève	16	8,0
Chauffeur	4	2,0
Commerçant	3	1,5
Ouvrier	4	2,0
Fonctionnaire	1	0,5
Mécanicien	1	0,5
Total	201	100,0

---

**2.3. RESIDENCE****Tableau III** : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Niono</b>	<b>58</b>	<b>28,9</b>
N8	18	9,0
Siribala	17	8,5
Molodo	15	7,5
Dogofry	13	6,5
B6	13	6,5
N'débougouCocod	10	5,0
y	8	4,0
Diabaly	8	4,0
Niono Extension	7	3,5
Pogo	6	3,0
Diakiwèrè	5	2,5
Kourouma	5	2,5
Dougouba	4	2,0
Nara IBT	4	2,0
Nampala	3	1,5
M'bêwani	3	1,5
Sokolo	2	1,0
<b>Niafouké</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
Bôh	1	0,5
Total	201	100,0

Un patient reçu au CSRéf de Niono venait de Niafouké soit 0,5%

### 3. MODES D'ACCES

#### 3.1. L'itinéraire des patients

**Tableau IV** : Répartition en fonction de l'itinéraire suivi.

Itinéraire	Effectifs	Pourcentage
Auto-orientés	98	48,7
Référé/Évacuée	<b>103</b>	<b>51,3</b>
Total	201	100,0

**Tableau V** : Répartition des patients auto-orientés en fonction de la résidence, du moment et du jour de la consultation

Facteurs		Auto-orientés (%)	Référés (%)
Provenance	Niono ville	20,4	2,5
	Hors de Niono ville	28,4	48,8
Jour de consultation	Jour ouvrable	40,8	42,3
	Jour non ouvrable	7,9	9
Moment de consultation	Journée	30,8	29,6
	Nuit	17,9	21,4



### 3.2. Les motifs d'admission

**Tableau VI** : Répartition des patients en fonction du motif d'admission

Motifs	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie/grossesse	43	21,4
A.C.R Douleur abdominale	29	14,4
Pâleur H.P.P	29	14,4
Anémie C.U.D	22	10,9
Convulsion	16	8,0
	11	5,5
	6	3,0
	6	3,0
Dyspnée	5	2,5
C.B.V	5	2,5
Hématémèse Métorragie	5	2,5
	4	2,0
Accident de Travail Accident	3	1,5
à domicile Blessure par bale	3	1,5
	3	1,5
Hyperthermie	2	1,0
D.F.P	2	1,0
Epistaxis	2	1,0
Vertiges	2	1,0
Autres	3	1,5
Total	201	100,0

**Autres** : traumatisme/grossesse, A.V.C, procidence du cordon

Les diagnostics posés en urgence peuvent être classés dans les groupes nosologiques suivants (tableau VII)

**Tableau VII** : Répartition en fonction des groupes nosologiques

Groupes nosologiques	Effectif	Pourcentage(%)
Complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche	<b>84</b>	<b>41,8</b>
Maladies infectieuses	44	21,8
Lésions traumatiques	40	19,9
Maladies de l'appareil digestif	30	14,9
Maladies cardiovasculaire	3	1,5

### 3.3. L'état du patient à l'arrivé

**Tableau VIII** : Répartition en fonction de l'indice de gravité.

Etat du malade	Effectifs	Pourcentage
Jugé stable	<b>175</b>	<b>87,1</b>
Jugé grave	26	12,9
Total	201	100,0

L'indice de gravité a été jugé stable chez **87,1%** des patients et grave chez 12,9%.

#### 4. La prise en charge

##### 4.1. La qualité du personnel évacuateur

**Tableau IX** : Répartition en fonction de la qualité du personnel évacuateur

Personnel évacuateur	Effectifs	Pourcentage
Médecin	<b>45</b>	<b>43,6</b>
Technicien de Santé	<b>28</b>	<b>27,2</b>
Matrone	14	13,6
Sage Femme	10	9,7
Infirmière Obstétricienne	4	3,9
Technicien supérieur de Santé	2	1,9
Total	103	100

#### 4.2. Flux des Patients

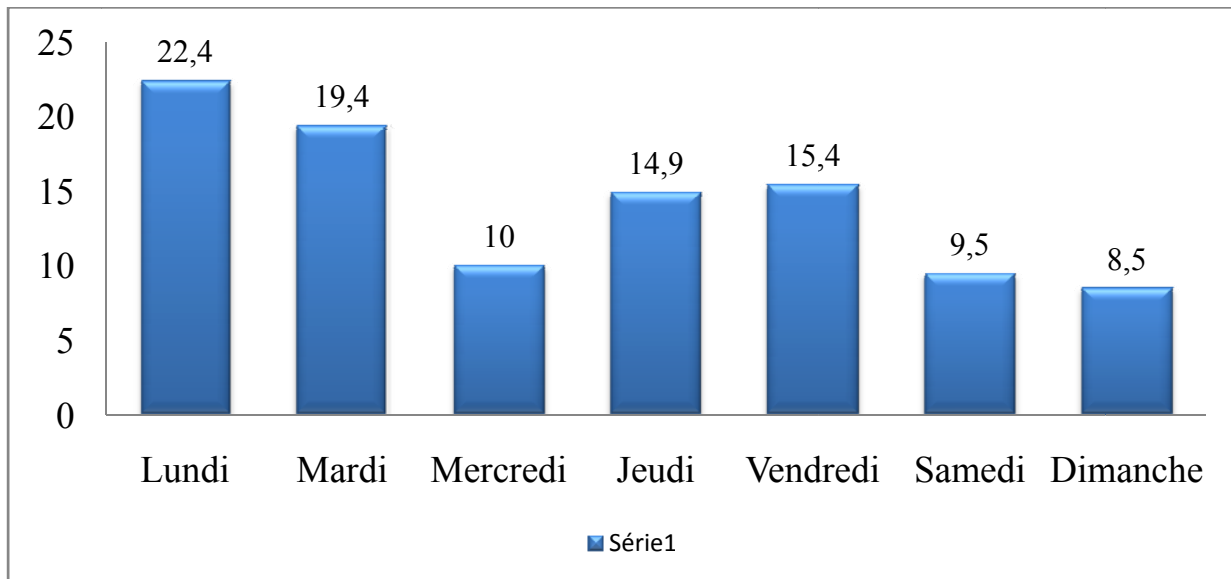
##### 4.2.1. Le flux Horaire

**Tableau X** : Répartition en fonction du moment de la consultation

Moment de consultation	Effectifs	Pourcentage
0h-5h59mn	19	9,5
6h-17h59mn	<b>121</b>	<b>60,2</b>
18h-23h59mn	61	30,3
Total	201	100,0

Les patients étaient plus nombreux dans la période 6h-17h59mn : 121(soit 60,2%).

#### 4.2.2. Le flux journalier



**Figure 2 :** Répartition des patients en fonction du jour de consultation

Les admissions étaient plus élevées les jours ouvrables de la semaine, contrairement aux jours non ouvrables.

#### 4.3. Disponibilité du personnel à l'arrivée du patient

A l'admission de 179 patients soit 89,1%, le personnel d'accueil était disponible sans délai.

#### 4.4. Le nombre d'ordonnance délivrée par patient

**Tableau XI :** Répartition des patients en fonction du nombre d'ordonnances délivrées

Nombre d'ordonnances délivrées	Fréquences	Pourcentage
1	<b>158</b>	<b>78,6</b>
2	27	13,4
3	16	8
Total	201	100,0

Le nombre d'ordonnances prescrites par patient a varié entre 1 et 3 ordonnances. Dans **78,6%** des cas les patients ont reçu une (1) seule ordonnance.

#### 4.5. Le nombre de produits prescrits par patients

Le nombre total de produits prescrits par patient a varié entre 1 et 11 avec une moyenne de 8,2 produits.

Quant au nombre de produits de la première ordonnance, il a varié entre 1 et 9, avec une moyenne de 5 produits.

#### 4.6. Types de produits

**Tableau XII** : Répartition par classe thérapeutique des médicaments prescrits

Classes	Fréquences	Pourcentage
Solutés de remplissage	<b>183</b>	<b>26,4</b>
Antibiotiques	147	21,2
Antalgiques	88	12,7
Anti-inflammatoires	60	8,7
Antipyrétiques	56	8,1
Antipaludiques	34	4,9
Sérum Antitétaniques	32	4,6
Corticoïdes	24	3,5
Antianémiques	14	2
Diurétiques	11	1,6
Antiulcéreux	7	1,0
Antihémorragiques	7	1,0
Utéro toniques	7	1,0
Prostaglandines	7	1,0
Anxiolytiques	6	0,9
Déparasitant	5	0,7
Antiémétiques	3	0,4
Vitamines	2	0,3
Total	693	100

Les formes injectables se retrouvaient dans **63,5%** des produits et les formes orales dans **36,5%**.

#### 4.7. Le mode d'acquisition des produits

**Tableau XIII** : Mode d'acquisition des produits

Mode d'acquisition	Effectifs	Pourcentage
Achat	<b>130</b>	<b>64,7</b>
Kit d'urgence	38	18,9
Kit césarienne	33	16,4
Total	201	100

Plus de la moitié des produits acquis ont été achetés soit 64,7% et 18,9% délivrés (à partir du kit d'urgence) par le service. Parmi les produits achetés ; 89,8% l'ont été à la pharmacie du CSRéf ; 10,2% dans les autres officines de la ville.

#### 4.8. La transfusion

Parmi les 201 patients 70 cas médicaux et obstétricaux (soit 34,8%) ont été transfusés.

**4.9. Les examens complémentaires** Un examen complémentaire au moins a été demandé à 158 patients. Parmi eux 143 ont effectivement honoré cette demande.

##### 4.9.1. Le taux d'Hb et le groupage/Rh

Les motifs principaux de prescription du taux d'Hb et groupage/Rh ont été la pâleur, les hémorragies. Ils ont été demandés 126 fois et obtenues 121 fois (soit 96 %) ; les 5 autres n'ont pas pu être prélevés pour non disponibilité du laboratoire.

Le temps de réalisation a varié de 4 mn à 145 mn (2 h 25 mn) avec une moyenne de 38 mn.

##### 4.9.2. La sérologie de Widal et Félix

Il a été prescrit 37 fois devant les céphalées l'hyperthermie, les vertiges, et l'épistaxis ; et a été obtenue 35 fois (soit 94,6%). Dans 2 cas le laboratoire était indisponible.

Le temps de réalisation a varié de 15 mn à 265 mn (4 h 25 mn) avec une moyenne de 42 mn.

##### 4.9.3. La goutte épaisse

Les motifs principales de sa prescription ont été l'hyperthermie, les courbatures, les céphalées, les convulsions. Elle a été demandée 34 fois et obtenue 33 fois (soit 97,05%). Dans 1 cas le laboratoire était non disponible.

Le temps de réalisation de cet examen a varié de 10 mn à 125 mn (soit 2 h 05 mn) avec une moyenne de 32 mn.

#### **4.9.4. L'échographie**

L'échographie a été demandée 34 fois et obtenue 34 fois (soit 100%), devant les douleurs abdominales, les métrorragies, les hémorragies/grossesse non à terme. Ce qui a servi à poser soit un diagnostic positif soit un diagnostic différentiel.

Le temps de réalisation de cet examen a varié de 10 mn à 165 mn (soit 2 h 45 mn) avec une moyenne de 35 mn.

#### **4.9.5. La glycémie**

Elle a été demandée 1 seule fois et obtenue devant une perte de connaissance.

Le temps de réalisation a été de 1 mn à 2 mn avec une moyenne de 1 mn.

#### **4.9.6. La radiographie thoracique**

Etant non fonctionnelle, n'a pas été demandée au cours de notre étude.

**Tableau XIV : Répartition des Examens complémentaires réalisés**

Examens complémentaires	Résultats obtenus	Délai moyen de réalisation (mn)
Taux d'Hb et Groupage/rhésus	121	38
Sérologie Widal et Félix	35	42
Echographie	34	35
Goutte Epaisse	33	32
Glycémie	1	1

#### **4.10. La mise en observation**

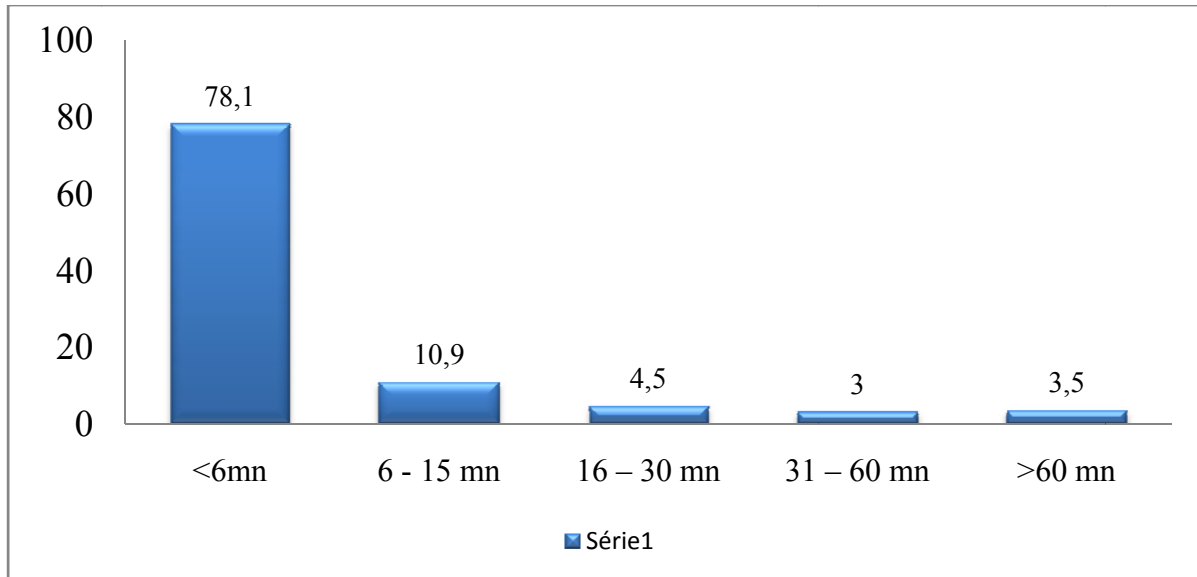
La mise en observation a concerné 81,1% des patients, les 18,9% autres ont été soit réorientés au CHU de Ségou pour prise en charge, soit sortis ou décédés

## 5. Les contraintes de la prise en charge

### 5.1. Le délai d'attente

Le délai d'attente variait de 1 mn à 193 mn (3 h 13mn) avec une moyenne de 11,77 mn.

Après admission, 179 patients (soit 89,1%) sont entrés en contact sans délai avec le personnel soignant.



**Figure 3** : Répartition des patients en fonction du délai d'attente

Les variations du temps d'attente ont été étudiées en fonction de certains facteurs (itinéraire, moment de consultation et jour de consultation).

Les résultats sont représentés dans le tableau XV.



**Tableau XV** : Délai d'attente moyen en fonction de l'itinéraire, du moment et du jour de consultation.

Facteurs		Délai d'attente moyen (mn)	Probabilité
Auto-orientés		19	0,004
Itinéraire			
Référés/évacués		20	
Journée	Moment de consultation	24	0,18
Nuit		16	
Jours ouvrables			0,49
Jour de consultation		33	
Jours non ouvrables		7	

## 5.2. Le délai des soins

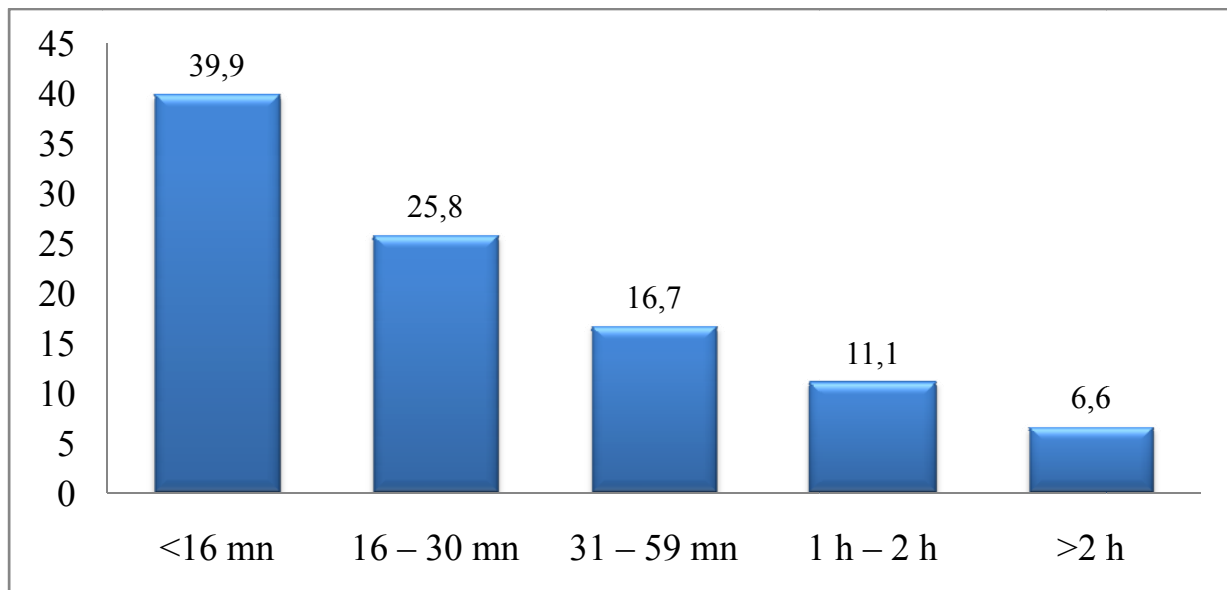
Le délai de soins variait de 1 mn à 75 mn (1h15 mn) avec une moyennede 5 mn. Les premiers soins ont débuté avant 6 mn pour 74,2% des patients. Pour les autres cas, le délai de soins était supérieur à 6 mn, même quand les produits étaient disponibles.

**Tableau XVI** : Répartition des patients selon le délai de soins

Délai	Effectifs	Pourcentage
Inf. à 6 min	<b>147</b>	<b>74,2</b>
6-15 min	40	20,2
16-30 min	6	3,0
31 min-60 mn	4	2,0
Sup à 60 mn	1	0,5
Total	198	100

### 5.3. Le délai de prise en charge thérapeutique

Pour les 198 patients ayant reçu les premiers soins dans le service, le délai de prise en charge a varié de 2 mn à 312 mn (5 h 12 mn), avec une moyennede 36,42 mn.



**Figure 4** : Délai de prise en charge thérapeutique

#### 5.4. Disponibilité des médicaments et consommables

**Tableau XVII :** Répartition en fonction de la délivrance par le CSRéf en urgence des médicaments et consommables.

	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	71	<b>35,3</b>
Non	130	64,7
Total	201	100,0

Les produits ont été fournis en urgence chez 71 patients (soit 35,3%) par contre les 130 autres (soit 64,7%) non pas reçus de produits en urgence par manque de kit d'urgence.

#### 6. Le coût de la prise en charge

##### 6.1. Le coût des médicaments et consommables

Le coût des médicaments et consommables ont varié de 2800 FCFA à 35110 FCFA avec un coût moyen de 11632 FCFA, Ecart type =  $\pm 11040,225$  F CFA.

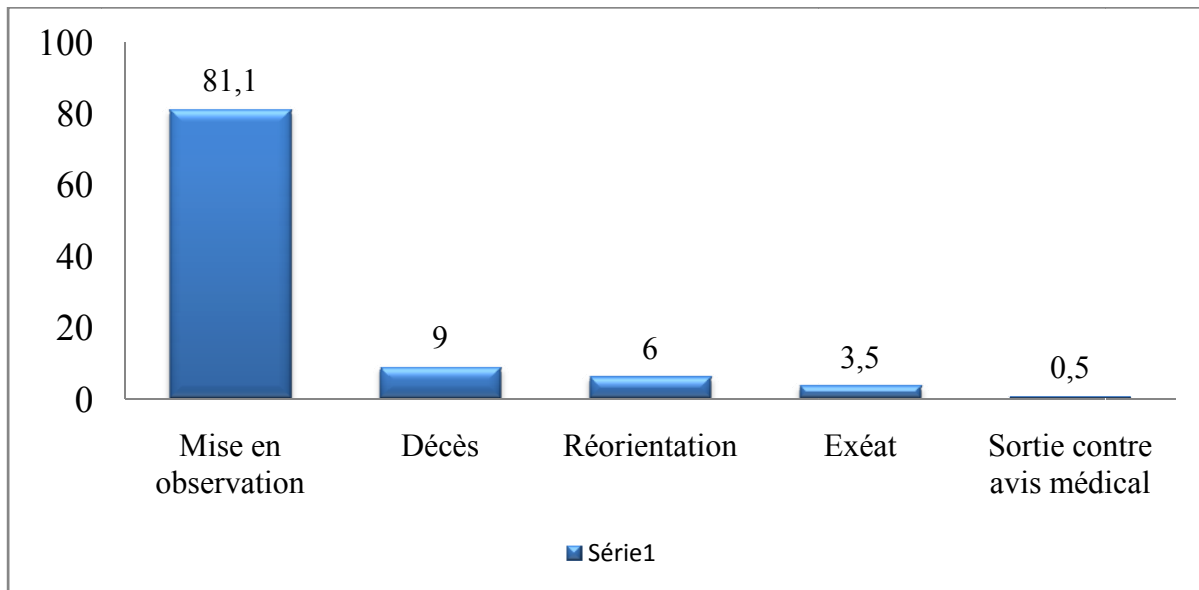
##### 6.2. Examens paracliniques

Les coûts ont varié de 3000 FCFA à 14500 FCFA, pour un coût moyen de 4871 FCFA, Ecart type =  $\pm 3711,841$  F CFA.

##### 6.3. Le coût total de la prise en charge

La prise en charge d'un patient a varié de 2800 FCFA à 126000 FCFA, avec une moyenne de 32246 FCFA, Ecart type =  $\pm 37691,103$  F CFA.

## 7. Le pronostic



**Figure 5** : Répartition en fonction du pronostic

Parmi les 18 cas de décès, 3 sont décédés avant de recevoir les premiers soins et les 15 autres au cours de la mise en observation.

## 8. La concordance diagnostique

Sur les 163 patients hospitalisés en unité de soins attentifs, 159 diagnostics posés aux urgences étaient identiques au diagnostic final posé dans l'unité d'hospitalisation, d'où un taux de concordance de 97,5%.

## 9. La satisfaction des patients

La satisfaction a concerné trois volets : l'accueil, l'hébergement et la mise en observation.

L'accueil a été jugé satisfaisant pour 186 patients soit 92,5% et non satisfaisant pour les 15 autres par faute d'agent à l'accueil.

L'hébergement était jugé bon chez 95% des patients.

La mise en observation a été jugé satisfaisant chez 95% des patients et non satisfaisant chez seulement 5% par manque de lits d'observation.

## **VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Aspect Sociodémographique**

#### **1.1. La fréquence des urgences**

Le CSRéf de Niono reçoit la totalité des évacuations venant des CSCom du district sanitaire. Les urgences médico-chirurgicales et obstétricales représentent 5,3% de toutes les consultations. Confronté aux données de la littérature notre taux est plus proche de celui de Kodio S (7,98%) en 2006 à l'hôpital national du point G [57], plus bas que celui trouvé par Traoré K (24,43%) en 2010 à Niono[56].

Ce taux bas de notre étude peut s'expliquer par le fait qu'il y'a de plus en plus de clinique médical privé et que notre étude a coïncidé avec la rénovation du centre d'où une fréquentation limitée.

#### **1.2. L'âge et le sexe**

La tranche d'âge 45 - 60 ans était la plus prédominante soit 39,8%. L'âge médian était de 25 ans, un sex-ratio de 1,5 en faveur des femmes. Ce résultat est différent de celui de Mbutiwi et coll. à Kinshasa en 2012 [58] chez qui la tranche d'âge 28-58 ans était dominante, l'âge médian était de 40 ans avec un sex-ratio de 1,2 en faveur des hommes. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Mbutiwi ne portait que sur des urgences médicales.

#### **1.3. Résidence**

Dans notre étude 71,1% des patients résidaient hors de Niono ville. Ce résultat est proche de celui de Traoré. K (75,9%) réalisé en 2010 à Niono[56]et de l'Institut canadien d'information en 2005 [22] qui montre que les répondants des zones rurales ont plus recours aux services d'urgences que les zones urbaines (15% contre 13%).

Notre résultat s'explique par la non faisabilité des examens complémentaires en périphérie, donc les CSCom malgré la distance qui les éloigne du CSRéf et le mauvais état des routes, sollicitent le CSRéf pour la prise en charge des urgences.

### **2. Admission.**

**2.1. L'itinéraire des patients :** Dans notre étude 51,3% des patients ont été référés contrairement à l'étude de Mbutiwiet coll. à Kinshasa en 2012 [58] et de Gentille et coll. en 2004 [18] qui trouvent respectivement 85% et 68,3% des patients auto-référés. Notre résultat prouve qu'il ya une forte fréquentation des CSCom du district sanitaire de Niono.

**2.2. Personnel évacuateur :** La demande d'évacuation formulée par un médecin était de 43,6%. Ce résultat est proche de celui de Macalou B [67] en 2002 à Kayes qui trouve les médecins avec 37,8% mais différent de celui de Ballo B [68] en 2010 à Nara qui trouve les infirmiers avec 34,1%.

Ce résultat témoigne que la plus part des CSCom ont comme DTC un médecin pour une bonne prise en charge.

### **3. Prise en charge**

**3.1. Jour de consultation :** L'affluence des patients est maximale en début de semaine notamment les Lundi (22,4%) et les Mardi (19,4%). OUABA à Bobo Dioulasso en 1992 trouve le contraire avec une affluence plus importante en fin de semaine [59]. Cette affluence élevée en début de semaine pourrait s'expliquer par le fait que la population se prépare financièrement le Dimanche qui est jour de foire à Niono pour venir le lendemain au centre.

**3.2. Motifs d'admission :** Les complications de la grossesse et de l'accouchement ont été plus nombreuses avec 41,8%. Ce résultat différent de celui d'OUABA à Bobo Dioulasso [61] qui trouve les maladies infectieuses et parasitaires au premier rang avec 33,7% et de celui d'ACHOUR et coll. à Constantine [61], qui trouve les urgences toxicologiques et cardio-vasculaires au premier rang.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les deux autres études n'ont porté que sur des urgences médicales.

**3.3. Délai d'attente :** Plus de la moitié des patients soit 78,1% (157 patients) ont eu un délai d'attente inférieure à 6 mn. Ce résultat est strictement inférieure à celui de Bazin et coll. et de Bellou et coll. en France en 2001 (30mn) [44 ; 45].

Ce résultat témoigne d'une certaine rigueur aux urgences du CSRéf de Niono.

**3.4. Délai de prise en charge thérapeutique :** Le délai thérapeutique était inférieur à 16 mn chez 38,9% avec un effectif de 77 patients. Ce résultat est strictement inférieur à celui de Jarrar et coll. au CHU Farhad Hached [55] qui a trouvé un délai thérapeutique pour la majorité des cas à 49 mn

**3.5. Situation du personnel à l'arrivée du patient :** Pour un effectif de 179 patients soit 89,1% le personnel soignant était disponible. Ce résultat est supérieur à celui de Ouédraogo Zosé H à Ouagadougou en 1998 qui trouve le personnel soignant disponible dans 35,8% des cas [11].

**3.6. La concordance diagnostique :** Le taux de concordance diagnostique était de 97,5%. Ce résultat est supérieur à celui de LEVEAU et COREGE en 1994 à Haguenau [52] qui trouve 76% et de celui trouvé par la Société Francophone de Médecine d'Urgence en janvier 2007 [1] 77,4%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plus part des diagnostics ont été posé à la lumière d'un examen complémentaire demandé.

#### **4. La délivrance en urgence des médicaments et consommables**

Les produits ont été fournis en urgence chez 35,3% des patients. Notre résultat est supérieur à celui de la Société Francophone de Médecine d'Urgence en janvier 2007 [1] qui trouve seulement 14,5%.

#### **5. Les médicaments et consommables:**

Parmi les produits prescrits les solutés de remplissages ont dominé avec 26,4% ; les antibiotiques (21,2%) puis les antalgiques (12,7%).

Ce résultat diffère de celui de BLATT et coll. à l'hôpital centrale de Yaoundé en 1996 [70] qui trouvent en première position les antalgiques, puis les antibiotiques. Notre résultat est lié à l'occupation du premier rang des motifs de consultation par les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

#### **6. Le pronostic**

Les modes de sorties des patients était de 81,1% de mise en observation, 9% de décès, 6% de réorientation et 3,5% de retour à domicile. Notre résultat est supérieur à celui d'ACHOUR et coll. à Constantine en 1991 qui ont trouvé 35% d'observation et 8,4% de décès [61] mais différent de celui d'OUABA à Bobo Dioulasso en 1992 [59] qui trouve 56% de retour à domicile.

#### **7. Le coût de la prise en charge**

Le coût moyen de la prise en charge était de 32246 F CFA. Ce résultat est nettement supérieur à celui trouvé par Blatt et coll. à Yaoundé [70] en 1997 qui a trouvé 9748 FCFA et de celui de Ouédraogo ZoséH à Ouagadougou en 1998 [11] qui a trouvé 9002 FCFA. Cela peut s'expliquer non seulement par le coût élevé de la prise en charge à Niono mais aussi par le taux élevé des cas chirurgicales pendant notre étude.

## **VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1. CONCLUSION :**

La prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono donne des résultats satisfaisants si l'on s'en tient à la performance diagnostique et la satisfaction des utilisateurs. Mais ces résultats ne suffisent pas à occulter les nombreuses insuffisances qui diminuent la qualité de cette prise en charge. Il s'agit entre autres de l'insuffisance en ressources matérielles et humaines, ce qui explique, au moins en partie, certaines imperfections : structure d'accueil inexistante, délais de prise en charge longs, problèmes de médicaments.

Les urgences étant considérées comme une situation grave, une référence à temps et une prise en charge rapide et appropriée sont requises, pour améliorer le pronostic des patients.



## **2. RECOMMANDATIONS**

### **❖ Aux personnels du service des urgences**

- Réduire d'avantage le délai d'attente

### **❖ Au CSRéf**

-l'élaboration de normes et de critères de qualité des soins d'urgence adaptées au contexte du CSRéf de Niono;

- Instituer la garde permanente des équipes de laboratoire et de l'anesthésie ;

- Mise en place un système d'accueil et d'orientation des patients.

### **❖ Aux autorités sanitaires**

-la définition et la mise en œuvre d'une politique des urgences surtout pour la périphérie ;

- la formation de médecins spécialisés dans la prise en charge des urgences ;

- la formation et le recyclage du personnel des formations sanitaires périphériques et l'équipement adapté de ces formations pour la prise en charge efficace des urgences légères, afin d'amoinrir les références/évacuations vers les structures de 2ème référence.

### **❖ A la population**

- S'adresser aux structures de santé les plus proches afin de minimiser le taux d'autoréférence

## VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU). Critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences. Référentiel SFMU ; janvier 2007. Consulté le 01 septembre 2011 sur le site web  
[http : //www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/REFERENTIEL.pdf](http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/REFERENTIEL.pdf)
2. Société de Réanimation de Langue Française. Services d'urgences médicochirurgicales: Architecture - Accueil. Réan Soins intens Med Urg 1991;7:89-92
3. Borsali-Falfoul N, Rezgui M, Kefi M, Zaghoudi I, Asta L, Jerbi Z. Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences d'un centre hospitalo-universitaire. Tunis Med2007; 85 12): 1004-1010.
4. Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Gerard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Drees Etudes et Résultats 2000 ; 72 : 1-8.
5. Lacroix J, Arseneau M. L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine. Arch. Pédiatr 1999 ; 6 Suppl. 2 : 475-8.
6. Zimmerman DR, Allegra JR, Cody RP. The epidemiology of pediatric Visits to New Jersey General emergency departments. PediatrEmerg Care 1998; 14: 112-5.
7. Christine Sagnes-Raffy, Isabelle Claudet, Erick Grouteau, Frédéric Fries, Jean Louis Ducassé. Commission Scientifique SFMU – 2002: Le Nourrisson aux Urgences
8. Bakary Dramé. Admission a l'Unité d'accueil des urgences du chu du Point G de Bamako : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Thèse Med N93/2014
9. Merger R et coll. Précis d'obstétrique<sup>6</sup>e édition Paris, Milan, Barcelone, Masson 1995 – 583p.ill ; 26 cm.
10. Pearse R., Moreno R., Bauer P. Pelosi P., Metnitz P., Spiese.,Vallet B., Vincent JL, Hoeft A., Rhodes A., : Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study The Lancet, Vol 380, issue 9847, Pages1059 – 1065, 22 September 2012.
11. Ouédraogo Zosé H, Etude de la Prise en Charge de L'Urgence Médicale au Centre Hospitalier National de Yalgado Ouédraogo à Ouagadoudou en 1998. Thèse méd. N40, page 41-56.
12. Mortalité maternelle : Estimation établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la banque mondiale. 12 Novembre 2015 /Genève /NEW YORK

13. Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences. Conseil économique et social, 1993.
14. Mouche S. Le médecin généraliste de garde et l'organisation de la réponse publique à l'appel urgent. Thèse méd. Paris Ouest : Université René Descartes, 2000 : 234 p.]
15. Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. Thèse méd. Rennes : Université de Rennes 1, 2001 : 114 p.
16. Steg A. L'urgence à l'hôpital. Journal Officiel de la République Française. Avis et rapport du conseil économique et social, 1989 ; (8).
17. Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. Étude Pratique et Circuits de Soins en Médecine Générale. Résumés des résultats concernant la consultation ou visite initiale. URL: [http://www.urmlbretagne.com/99\\_up99load/2\\_docupload1/4142\\_01.pdf](http://www.urmlbretagne.com/99_up99load/2_docupload1/4142_01.pdf). Consultée le 29 avril 2003.
18. S. Gentile, E. Amadei, J. Bouvenot, A.C. Durand I. Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud, R. Sambuc : Attitudes et Comportement des Usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé publique 2004, volume 16, n°1, pp. 63-74
19. Canadian Association of Emergency Physicians, Emergency Medicine: Change and Challenge, The Canadian Association of Emergency Physician Submission to the Commission, résumé.  
Internet [http://www.caep.ca/002\\_policies/002-04.romanow/002-04.RomanoCAEP.2001](http://www.caep.ca/002_policies/002-04.romanow/002-04.RomanoCAEP.2001)
20. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR 2001; 14: 144-152
21. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. Journal Européen des Urgences. 2007;20(1S):138
22. Institut canadien d'informations sur la santé (Emergency Departments and How Long Are They Waiting?, 2005 ISBN 1-55392-676-5 (PDF)
23. Berraho M et al. « Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc », Pratiques et Organisation des Soins, 2012 /3 Vol. 43, p. 197-204. DOI : 10.3917/pos.433.0197

24. Gilboy N., Tanabe P., Travers D. A., Rosenau A.M., Eitel D. R., Agency for Healthcare Research and Quality. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook, AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, May 2005. <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>
25. Zimmermann P. G, The case for a universal, reliable 5-tier triage acuity scale for U.S. emergency departments, Journal of Emergency Nursing 2001; 27(3):246-54.
26. Cheung W. W., Heeney L., Pound J. L., An advance triage system, Accid. Emerg. Nurs. 2002 Jan; 10(1): 10-6. ] a mis en place le triage avancé : il permet à l'infirmier de trier, après avoir reçu une formation spécifique, d'initier des protocoles diagnostiques basés sur des algorithmes approuvés par différents médecins.
27. Associations canadiennes des médecins d'urgence. L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence: guide d'implantation. Journal de l'association canadienne des médecins d'urgence ; 1999 ; 1(3) :1-28.
28. L. F. McCaiget C. W. Burt, National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 Emergency Department Summary<sup>a</sup>, Advance Data, no335 (4 juin 2003), p. 1-36. Internet : <<http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad335.pdf>>.
29. B. Chan, M., J. Schull et S.E. Schultz, Emergency Department Services in Ontario, 1993-2000, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences. Internet : <[http://www.ices.on.ca/file/Emergency\\_department\\_services\\_in\\_Ontario.pdf](http://www.ices.on.ca/file/Emergency_department_services_in_Ontario.pdf)>
30. S. Lamont, The spread of eSee and treat (rapport sommaire), 11 mars 2004. Internet : [http://www.Modern.nhs.uk/research\\_in\\_to\\_practice](http://www.Modern.nhs.uk/research_in_to_practice)
31. Hoffenberg S., Hill M. B., Houry D., Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department? Ann. Emerg Med. November 2001; 38:533-540
32. Lambe S., Washington D. L., Fink A., Laouri M., Liu H., Scura Fosse J. & al, Waiting time in California's emergency departments, Ann. Emerg. Med 2003; 41: 35-44
33. Spaite D. W., Bartholomeaux F., Guisto J., Lindberg E., Hull B., Eyherabide A. et al, Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction, Ann. Emerg. Med.; 2002; 39:168-77.
34. Gentile S., Ledoray V., Blandiniere D., Antoniotti S., Sambuc R., La satisfaction des patients à la sortie des services des urgences : Etude multicentrique de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Réan. Urg. 1999; 8: 27-32

35. Khanna R., Chaudhry M. A., Prescott M., Emergency department, patients who leave the department without being seen by a doctor, *Eur. J. Emerg. Med.* 1999; 6: 233-5.
36. Liew D., Kennedy M. P., Emergency department length of stay independent-ly predicts excess inpatient length of stay, *Med. J. Aust.*; 2003 Nov 17; 179: 524-6.
37. Gerbeaux P., Ledoray V., Liauthaud H., Torro D., Takun K., Thirree R., Nelh P., Jean P., Medical student effect on emergency department length of stay, *Ann. Emerg. Med.* March 2001; 37: 275-278.
38. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Rapport de fin de mission : Temps d'attente et de passage aux Urgences, Juillet 2003- Mars 2005. <http://www.meah.sante.gouv.fr>.
39. Partovi S. N., Nelson B. K., Bryan E. D., Walsh M. J., Faculty triage shortens emergency department length of stay, *Acad. Emerg. Med.* 2001 Oct; 8(10):990-5.
40. Tran T. P., Schutte W. P., Muelleman R. L., and Wadman M. C., Provision of Clinically Based Information Improves Patient's Perceived Length of Stay and Satisfaction with EP, *Am. J. Emerg. Med.* 2002; 20: 506-509.
41. M. J. Schull, 'What are we waiting for Understanding, measuring and reducing treatment delays for cardiac patients <sup>a</sup>, *Emergency Medicine Australasia*, vol. 17, n°3 (juin 2005), p. 191-192
42. Comité quadripartite sur le secours à personne en République Française. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Référentiel commun, juin 2008. Consulté le 10 octobre 2011 sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel.pdf>.
43. Divorne L., L'infirmier d'accueil et d'orientation : outils de tri existants. Enseignements supérieurs IDE, Urgence 2003. [http://www.sfm.u.org/fr/formation/cours\\_sup/telecharger/?id=53](http://www.sfm.u.org/fr/formation/cours_sup/telecharger/?id=53)
44. Bazin A., Garnerin P., Vermeulen B., Unger P. F., Etude sur l'analyse des flux aux urgences: contexte, méthodes et résultats, *Urg.* 2001; 18:162-172.
45. Bellou A., Barbe P., Virion J. M., Etude des délais de séjour et de prise en charge au service d'accueil des urgences. Analyse multifactorielle. *JEUR.* Mars-Juin 2001 ; 14(1-2):A62:P165.
46. P. Yoon, I. Steiner et G. Reinhardt, 'Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department <sup>a</sup>, *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 5, n°3 (2003). Internet : <http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v53.155-161.htm>.

47. R. Beveridge et coll., Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines<sup>a</sup> (supplement), Canadian Journal of Emergency Medicine, vol. 1, n°3 (1999).
48. Le Spégagne D., Cauterman M., Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Paris, Rapport de fin de mission «Temps d'attente et de passage aux urgences», juillet 2003-mars 2005.
49. Carrasco V., Baubeau D., Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. N°215, Janvier 2003. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er215.pdf>.
50. Hansagi H., Olsson M., Sjoberg S. et al, Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services, Ann. Emerg. Med. 2001; 37: 561- 7.
51. Pereira S., Oliveira A., Quintas M. & al, Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital, Ann. Emerg. Med. 2001; 37: 580-6.
52. Leveau P, Corege D. Evaluation de la pertinence diagnostique en réanimation pré hospitalière. Journal Européen des Urgences 1996;9:54-61.
53. Guevart E, Binam F, Solle J. Prise en charge des urgences: Etat des lieux au Cameroun en 2002-2005. Consulté le 01 octobre 2011 sur le site web <http://www.amgh.ma/pièces/Prise> en charge des urgences Etat des lieux Cameroun.doc.
54. Binam F, Malongte P, Beyiha G, ZeMinkande J, Takongmo S, Bengono G. La carte sanitaire au Cameroun est-elle compatible avec une prise en charge rationnelle des urgences ? Med Trop 2002; 62: 251-255.
55. M.S. Jarrar, S. Khlifi, W. Ben Amor, S. El afrit, S. Ghannouchi L'Accueil et la durée de la prise en charge des patients aux services des urgences du CHU FarhatHached. Etude prospective, Article publié au : J. Magh A. Réa MédUrg, Vol XV – P 251-257.
56. Traoré K, Urgences obstétricales au CSRéf de Niono : Thèse méd. Bamako 2010 N 318 72P
57. Kodio S, Urgences gynéco-obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point G de 2004 à 2005 à propos de 210 cas : Thèse méd. 2006 M 188

58. Mbutiwi IN, Meert P, Malengreau M, Nseka NM, Dramaix-Wilmet M, Longo LA, Lepira BF : Profil épidémiologique des patients admis dans le service des urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa (République Démocratique du Congo). Ann. Afr. Med., Vol. 5, N° 2, Mars. 2012, page 1030-1043
59. Ouoba K. Les urgences au Centre Hospitalier National SanouSouro de Bobo Dioulasso. (étude critique de la structure et du fonctionnement du service des urgences). Ouagadougou: Thèse med, 1992:116.
60. Poe P. Contribution à l'étude de la durée moyenne d'hospitalisation des malades aux urgences médicales et en médecine. Abidjan: Thèse méd., 1984:169.
61. Achour MA, Ouchtati M. Protil et bilan d'un nouveau service d'urgences médicales. Réan Soins intens Med Urg 1991;7:109
62. Boudreaux E. D., Ary R. D., Mandry C. V. et al., Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED, Am. J. Emerg. Med. 2000; 18:394-400.
63. Southall A. C., Harris V. V., Patient ED turnaround times: a comparative review, Am. J. Emerg. Med. 1999; 17:151-3.
64. Chan L., Reilly K. M., Salluzzo R. F., Variables that affect patient throughput times in an academic emergency department, Am. J. Med. Qual. 1997; 12:183-186.
65. Gorelick M. H., Yen M. K., Yun H. J., The Effect of In-Room Registration on Emergency Department Length of Stay, Ann. Emerg. Med. 2005; 45: 128-133.
66. Forster A. J., Stiell I., Wells G. and al, The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition, Acad. Emerg. Med. 2003; 10(2): 127-133.
67. Macalou B, Les évacuations sanitaires obstétricales à l'hôpital régional FousseyniDaou de Kayes. Thèse med Bamako 2002 N 142
68. Ballo B, Urgences obstétricales dans le District Sanitaire de Nara/Région de Koulikoro. Thèse méd. Bamako 2010, 73P
69. Debaud S., Urgences et Assurance qualité. Thèse méd.  
[http://debaud.club.fr/these/sylvain/sommaire](http://debaud.club.fr/these/sylvain/sommaire.htm). htm.
70. Blatt A, Chambon R, Lemardeley P. Forme légale et coût des prescriptions à l'hôpital central de Yaoundé. méd. Trop 1997;57:37-40.

## **IX. ANNEXES**

### **ANNEXE I**

#### **Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée :**

Comprend 7 classes :

**CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

**CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

**CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

**CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

**CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

**CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

**CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

### **ANNEXE II**

#### **Les chapitres de la classification internationale des maladies**

La classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès a été élaborée dans le contexte d'une utilisation mondiale. Depuis 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé a révisé cette classification. La classification de 1975, désignée par le sigle CIM-9 utilise un code hiérarchique à quatre chiffres.

I : Maladies infectieuses et parasitaires

II : Tumeurs

III : Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires

IV : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques

V : Troubles mentaux

VI : Maladies du système nerveux et des organes des sens



VII : Maladies de l'appareil circulatoire

VIII : Maladies de l'appareil respiratoire

IX : Maladies de l'appareil digestif

X : Maladies des organes génito-urinaires

XI : Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche

XII : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

XIII : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

XIV : Anomalies congénitales

XV : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

XVI : Symptômes, signes et états morbides mal définis

XVII : Lésions traumatiques et empoisonnements

### **Classification supplémentaire**

E : Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements

V : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

M : Morphologie des tumeurs

**Source** : OMS. Manuel de la classification statistique des maladies, traumatismes et causes de décès. Genève 19.

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : Diarra

**Prénom** : Taïbou

**Titre de la thèse** : Urgences médico-chirurgicales et Obstétricales : Evaluation de la prise en charge au CSRéf de Niono.

**Année de soutenance**: 2014-2015.

**Pays d'origine** : Mali.

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie du Mali.

**Secteur d'intérêt** : Anesthésie-Réanimation et Urgences.

### Résumé

**Introduction** : Les urgences médico-chirurgicales et obstétricales constituent un véritable problème de santé publique par leurs gravités et leurs taux de mortalité très élevés surtout en Afrique Subsaharienne.

**Objectif** : Elle avait pour objectif, d'évaluer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono.

**Méthodologie** : Notre étude s'étendant de Juillet à Décembre 2014 a été analytique et prospective. Un recrutement exhaustif a été procédé pour tous les patients qui répondaient à nos critères d'inclusion.

**Résultat** : Dans notre étude nous avons reçus 3828 patients dont 201 inclus soit 5,3%. La majorité des patients provenait hors de Niono ville soit 71,1%. La tranche d'âge 45 - 60 ans était plus représentée soit 39,8% de l'échantillon. Le sexe féminin était dominant soit 59,2%. Les références/évacuations ont représenté 51,3% soit un effectif de 103 cas. Les complications de grossesse de l'accouchement et des suites de couche (41,8%), les maladies infectieuses (21,8%) et les lésions traumatiques (19,9%) ont constitué les motifs les plus fréquents de consultation. Plus de la moitié soit 78,1% des patients ont eu un délai d'attente inférieur à 6 mn et 39,9% des patients un délai thérapeutique inférieur à 16 mn. Le personnel soignant était disponible à 89,1%. La concordance diagnostique était de 97,5% entre le diagnostique posé aux urgences et le diagnostique final. Les solutés de remplissages étaient plus prescrits à l'unité des urgences (26,4%) puis les antibiotiques (21,2%) et les antalgiques (12,7%). Le nombre de patient mis en observation à la sortie des urgences étaient plus nombreux avec 81,1%. Le coût moyen de la prise en charge était de 32246 FCFA.

**Conclusion** : La prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono donne des résultats satisfaisants si l'on s'en tient à la performance diagnostique et la satisfaction des utilisateurs.

**Mots clés** : Urgence, Evaluation, Prise en charge, CSRéf, Niono

**FICHE D'ENQUETE**

**URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES ET OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE NIONO : PROBLEMATIQUES ET PERSPECTIVES**

Q1. N° Fiche: / \_\_//\_\_//\_\_//\_\_//\_\_//

Q2 DATE : ..... /..... /.....

**IDENTIFICATION**

Q3. Nom :...../ Prénom :...../

Q4. Age: / \_\_//\_\_// mois si enfant, / \_\_//\_\_// an(s) si adulte

Q5. Sexe : ...../

1= Masculin                      2= Féminin

Q6. Profession :...../

1= Agriculteur	6= Etudiant/Elève
2= Commerçant	7= Mécanicien
3= Fonctionnaire	8= Chauffeur
4= ouvrier	9= Enfant
5= Femme au foyer	10= Autre à préciser

Q7. Situation matrimoniale :..... /

1= Marié(e)      2= Célibataire      3= Divorcé(e)      4= Veuf      5=Veuve

Q8. Résidence:

- Quartier (Niono) :...../

- Localité (si village) :...../

- Secteur :...../

**ADMISSION**

Q9. Mode d'admission :..... /

1= Auto-référé                      2= Référé ou Evacué

Q10. Si évacuation/référence, qualité de l'agent :...../

1= Médecin	5= Infirmière obstétricienne	9=Venue de lui
2= Sage femme	6= Technicien de santé	ou d'elle même
3= Tech Sup Santé	7=Matrone	
4= Interne	8= Stagiaire	

Q11. Motif d'admission:...../

Q12. Heure d'arrivée (en heures) :..... /

Q13. Situation du Personnel à l'arrivée du patient :..... /

1= Occupé      2= Disponible      3= Absent

Q14. Etat du malade:..... /

1= Cas prioritaire (Grave)    2= Cas non prioritaire (Non grave)    3= autres à préciser

### **PRISE EN CHARGE**

Q15. Heure de début (en heure (s)) :..... /

Q16. Délivrance de médicaments en urgence:...../

1= Oui              2= Non

Q17. Prescription d'une ordonnance complémentaire aux urgences:..... /

1= Oui              2= Non

Q18. Heure d'arrivée des médicaments (heures) :..... /

Q19. Heure d'administration des premiers soins:...../

Q20. Un examen complémentaire d'urgence est-il été prescrit ? :...../

1= Oui              2= Non

Q21. Si oui, le(s) quel(s) : .....

Q22. Mise en observation:...../

1= Oui              2= Non

Q23. Evolution :..... /

1= Sortie (Exéat)      2= Hospitalisation      3= Décès  
4= Evasion              5= Sortie contre avis médical    6=Réorientation

Q24. Durée du séjour heure (heures) :..... /

Q25. Diagnostic en urgence :...../

Q26. Unité d'hospitalisation :..... /

1= Maternité      2= Médecine      3= Chirurgie

Q27. Frais de séjour:.....FCFA/

Q28. Diagnostic de l'unité d'hospitalisation :...../

### **OPINION DU PATIENT OU ACCOMPAGNANT**

Q29. Accueil:..... /

1= Satisfait      2= non satisfait      3= sans Opinion

Q30. Si non satisfait pourquoi :...../

Q31. Soins:...../

1= satisfait      2= non satisfait      3= sans opinion

Q32. Si non satisfait pourquoi :...../

**Q33.** Hébergement (hospitalisation) :...../

1= satisfait 2= non satisfait 3= sans opinion

**Q34.** Si non satisfait pourquoi :...../

**Q35. Les produits prescrits aux urgences**

N° ORDCE	Médicaments	Type	Achat ou Don	Lieu d'achat	Coût

**Q36. Les examens demandés aux urgences**

Examens	Demandé	Fait	Non fait	Délai d'attente	Observation	Coût
Goutte. Epaisse						
Widal						
G. Sanguin + Rhésus						
Taux d'hémoglobine						
N.F.S						
Créatinémie						
Transaminases						
Glycémie						
E.C.B.U						
Protéinurie à la bandelette						
Radiographie						
Echographie						
Autres						

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être 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.