

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2006 – 2007

THESE

**ETUDE DE LA MORBIDITE ET DE
LA MORTALITE
DES MALADES HOSPITALISES AU SERVICE
DES URGENCES DU CHU GABRIEL
TOURE**

*Thèse présentée et soutenue publiquement le.....// 2008
devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
par*

M. Karitié BOLEZOGOLA

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

JURY

Président : *Pr. Tieman COULIBALY*

Membres : *Dr. Massambou SACKO*

Codirecteur *Dr. Nouhoun DIANI*

Directeur de thèse : *Pr. Abdoulaye DIALLO*

Dédicaces

Et

Remerciements

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A l'éternel Dieu notre père le tout puissant
qui nous aime tant.

Que grâces lui soient rendues **amen**

A mon père Albert KONE

Tu es le père dont les bénédictions n'ont jamais faillies. Papa idéal que tu sois, ce travail est celui d'un fils à ton image.

« On reconnaît l'arbre à ses fruits ».

A ma mère Bérédougou THERA

Ton amour à mon endroit n'a nullement été vain.

Tes vœux d'ardeur et tes prières infailibles sont la conséquence des jours d'aujourd'hui.

Précocement retirée à notre affection, puisse ton âme repose en paix très chère maman **amen.**

A mes frères et sœurs

Trouvez dans ce travail, mon exhortation à plus d'assiduité dans les bons actes quotidiens de la vie humaine, soyez partisans du grand effort car :

« Est fertile toute terre quand on est paysan de bon père ».

Puisse **l'éternel Dieu** nous préserver de la déchirure du tissu social **amen.**

A tous mes oncles particulièrement tonton **Para Yves**, tonton **Nitié Gaston**, tonton **Bouèmi** tous **KONE** et tous ceux qui ne sont pas ici cités et qui ont eu la charge de mon encadrement social.

Trouvez ici mon exhortation à jamais à plus de solidarité sans pareille car :

« L'union fait la force ».

Merci du soutien de tout genre à mon endroit

Puisse **l'éternel Dieu** octroyer à votre faveur, l'ensemble des composantes du bonheur **amen**.

A toutes mes tantes en parti tanti **Véronique** pour qui le bienfait n'est jamais perdu, **Bossa Bénédicte, Florence, Assitan, Elisabeth** toutes **KONE, Lucie Diarra, Déborah Diarra** et toutes les autres.

Vous m'avez encouragé et soutenu en tout temps et en tout lieu.

Puisse **l'éternel Dieu** vous accordez longue vie **amen**.

A ma tante Salimata THERA, je vous suis particulièrement reconnaissant

A mes cousins et cousines en parti **Losso Jean Calvin** et **Lopo Bonaventure Sanou** et **Rachel Mounkoro** et tous ceux dont les noms ne sont pas ici mentionnés

Remerciements

Mes remerciements vont :

A notre maître de stage docteur **Soukalo DAO**

Votre rigueur scientifique a contribué à l'amélioration de ce travail

« C'est à l'œuvre du travail qu'on connaît la valeur de l'artisan ».

A notre maître de stage docteur Daouda K MINTA, vos encouragements ont contribué à l'amélioration de ce travail.

A l'ensemble des chargés de cours à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie (FMPOS) étendus au reste **du personnel** de la FMPOS.

Au docteur Danaya Koné : Beni sois tu au nom du père, du fils et du saint esprit *Amen*.

A mes aînés du SMIT en parti Damissa Coulibaly, Issa Konaté, Mountaga Diallo et tous ceux dont les noms ne sont pas ici mentionnés.

Aux infirmiers du SMIT dont le major

Aux agents de surface du SMIT

A l'ensemble du personnel du service de neurologie

A mes condisciples du SMIT « Les sidéologues ».

Brehima Sall Ba, Zoumana Koti, Cheick Diouf, Carine Koundé, Noé Daniel Akoundé, Bourama Robert Diarra, Adama Malé, Napouzanka, Patrick, Tidiane, Mohamed, Dicko, Zacharia, Rachida Souley, Tidiani, Drissa Coulibaly et Bougoudogo Géraldine, Pierre, Hilaire, Massahoudou, Alou, Youssouf Togola, Ibrahim Dolo, Oumar N'Daou, Sériba.

Merci pour les moments collégiaux et de partage.

Vous êtes coauteurs de ce travail.

Du courage pour la thèse et bonne chance pour votre carrière professionnelle.

A tous nos cadets du SMIT:

Bon courage pour vos examens !

Aux familles COULIBALY de Moctar et de Modibo du village du point G

Merci de m'avoir accueilli chez vous. Ce travail est aussi la conséquence de vos encouragements et de votre soutien moral

Je vous en suis reconnaissant.

A la famille TIENOU de Tominian:

Merci en tout temps et en tout lieu.

A Mamadou CISSOUMA

Merci pour votre soutien de tout genre ; que Dieu le père vous accorde sa miséricorde à perpétuité **amen.**

A Jean de Dieu DEMBELE : Que le seigneur vous fasse demeurer

« **Jean le sauveur** » **amen.**

A l'abbé Alexis DEMBELE

A l'abbé Jo DEMBELE

A la famille Dackouo de Moribabougou

Étude de la mortalité et de la morbidité des malades hospitalisés au SUC

A la communauté catholique du point «G»

A La coordination des internes du CHU du point «G»

A l'état major ALLURE de la FMPOS

A l'association PARISI de la FMPOS

Au personnel du CSCOM de Moribabougou

Aux amis : Sérrou N Dolo, Florent Dackouo, Florent Diarra, Jean Aimé Zongo, Marie Togo, Corneille Diarra, David Koné, Bruno Dackouo, Jean Bosco Diarra, Ives Dembélé, Théophile Traoré et tous ceux dont les noms ne sont pas ici mentionnés, Yansian Charles KONE dit:

Bénis soyez vous tous au non du père, du fils et du saint esprit ainsi soit - il.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et président du jury :

Pr Tièma COULIBALY

Maître de conférence en Orthopédie traumatologie

Chère maître,

Nous avons été touché par votre accueil et par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations

Votre enseignement de qualité, votre rigueur scientifique et votre simplicité font de vous un maître admiré de tous

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre profond respect.

A Notre Maître et Juge :

Dr Massambou SACKO

Charge de lutte contre la maladie à l’OMS ;

Maître assistant et chargé de cours à la FMPOS.

Cher maître

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l’amélioration de la qualité de ce travail

Vos qualités humaines et scientifiques ont suscité en nous une grande admiration depuis les premiers échanges scientifiques en matière de médicaments

Soyez rassuré, cher maître, de notre profond respect et de nos sincères considérations.

A Notre Maître et Codirecteur de thèse :

Dr Nouhoun DIANE

Spécialiste en anesthésie Réanimation

Chef de service des urgences chirurgicales du CHU Gabriel TOURE

Cher maître

C'était un plaisir pour nous d'avoir eu des moments d'entretiens, de partages avec vous pour ce travail.

Vous êtes restés disponibles, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations.

Homme modeste, très simple, aimant le travail ordonné trouvez ici cher maître nos sincères remerciements.

A Notre Maître et directeur de thèse :

Pr Abdoulaye DIALLO

Médecin Colonel, Maître de conférence agrée en anesthésie Réanimation

Chef de service d'Anesthésie Réanimation Polyvalente du CHU Gabriel

TOURE

Cher maître

Vous nous avez accueilli au service comme des jeunes frères. Vous êtes restés un berger pour nous.

Votre rigueur scientifique, votre passion du travail bien fait, votre assiduité dans le travail et surtout votre abnégation font de vous un maître exemplaire.

Votre enseignement remarquable de qualité, votre esprit de justice, de paix et de vérité font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre admiration, de notre respect et de notre plus profonde gratitude

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1
II- OBJETIF	4
III- GENERALITES	5
IV- METHODOLOGIE	27
V- RESULTATS	29
VI- COMMENTAIRES – DISCUSSIONS	45
VII- CONCLUSION RECOMMANDATIONS	51
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIES	55
ANNEXES	61

I- Introduction :

La notion de santé, étant clairement définie par l'OMS correspond à « un état complet de bien être physique, mentale et social ».

- Tout écart subjectif et objectif par rapport à ce bien être physiologique caractérise le concept de morbidité (OMS, Situation sanitaire en Afrique, série de rapport technique : 1959 n°154).

- La mortalité quant à elle désigne le rapport entre le nombre total de décès dû à une maladie donnée et l'effectifs de la population (OMS statistique relative au service de santé et leurs activités série de rapport technique : 1969 n°429).

- La connaissance des statistiques des mortalités est importante dans la lutte contre les causes majeures des décès. Par contre les statistiques des morbidités mettent en relief un manque à gagner pour la collectivité : longue période d'incapacité, absentéisme au travail, lourde charge financière tant en médicaments qu'en matériels.

Dans les pays en voie de développement particulièrement en Afrique subsaharienne les problèmes sanitaires sont encore caractérisés par la persistance des maladies épidémiques dans un contexte économique défavorable.

Cette situation oblige les responsables des services de santé à faire des choix spécifiques mettant en première ligne la santé publique et les soins de santé primaire [1].

Par ailleurs le développement économique et ses corollaires (urbanisation, industrialisation) favorisent l'émergence des pathologies nouvelles non répandues, il y a quelques temps dans les pays du Sud.

Notamment :

Les affections cardiovasculaires, les maladies de la civilisation, les traumatismes de la voie publique [2].

Tous ces changements entraînent une diversification des problèmes de santé, il devient donc impératif de proposer des solutions pour venir en aide aux populations touchées.

La Médecine d'urgence serait une solution innovante pour atténuer les conséquences de ces problèmes de santé.

Elle est la médecine la plus active, s'exerce à domicile, sur les lieux de travail, sur la route, à l'hôpital.

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 "S.A.M.U".

Certains malades sont évacués sur le service des urgences par la protection civile ou la police, les autres viennent d'eux mêmes ou transportés par la famille, ou par des personnes de bonne volonté témoins d'un accident par exemple.

Seules les évacuations à partir des centres de santé périphériques ou régionaux sont assurées par les ambulances non médicalisées. Les malades des urgences sont habituellement amenées aux médecins, il est préférable d'aller à eux hors de l'hôpital afin d'intervenir dans les précieuses minutes qui suivent un accident ou un malaise [3].

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.

Les Services d'Accueil des Urgences (S.A.U) sont des composantes importantes dans le système moderne des soins médicaux et

chirurgicaux, les malades qui s'adressent à ces services se présentent avec une variété de problèmes et ces malades sont traités par plusieurs spécialistes.

Le service des urgences étant le service porte de l'hôpital Gabriel Touré, il se doit de pouvoir répondre à la préoccupation sans cesse croissante de la population. Il reçoit tous les types d'urgences à l'exception des urgences obstétricales qui sont reçus directement au niveau du service de gynéco obstétrique de l'hôpital.

Au Mali principalement à Bamako, les accidents de la voie publique représentaient 39,49% des admissions en 2005 et les accidents de travail sont de plus en plus fréquents avec l'urbanisation et le début d'industrialisation.

Ceci nous a paru nécessaire de faire une étude sur la morbidité et la mortalité dans ce service qui sert de référence en République du Mali.

II- OBJECTIFS :

1- Objectif général :

Etudier la morbidité et la mortalité des malades hospitalisés dans le service des Urgences CHU Gabriel TOURE.

2- Objectifs Spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques et économiques des malades traités dans le service.
- Rechercher les principales pathologies prises en charge dans le service.
- Déterminer les pathologies les plus mortelles dans le service.
- Formuler des recommandations.

III. GENERALITES :

1- Définitions :

1.1 Morbidité :

On appelle morbidité l'exposition d'une population à des affections qui ne sont pas nécessairement mortelles.

La morbidité peut être quantifiée par quatre types d'indicateurs qui sont :

1.2 L'incidence :

Terme remplaçant celui de « Fréquence des cas nouveaux » (OMS, 1966).

L'incidence est le nombre de nouveaux cas ou le nombre de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée, dans une population. Il s'exprime généralement en proportions par rapport au nombre total d'individus dans la population.

Taux d'incidence = $\frac{\text{Nombre de nouveau x cas d'une maladie x 1 000}}{\text{Effectif de la population.}}$

1.3 La prévalence :

Terme remplaçant celui de « fréquence globale » (ONU 1966).

La prévalence est le nombre de cas de maladies ou tout autre événement tel qu'un accident dans une population donnée sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens elle peut être

exprimée en chiffre absolu, ou plus souvent en proportion par rapport au nombre total d'individus.

Taux = $\frac{\text{Nombre de cas (anciens + nouveaux) d'une maladie} \times 1\ 000}{\text{Effectif de la population}}$.

1.4 Létalité :

Elle exprime le potentiel mortel d'une maladie. Le taux de létalité est le pourcentage des formes mortelles d'une maladie par rapport à la population atteinte par cette maladie.

Taux = $\frac{\text{Nombre de cas mortels} \times 100}{\text{Nombre total de cas}}$.

1.5 Le taux d'attaque :

Le taux d'attaque est le nombre de cas d'une maladie apparu pendant l'exposition à un risque rapporté à l'ensemble de la population exposée à ce risque.

Taux d'attaque = $\frac{\text{Nombre de cas apparu pendant l'exposition à un risque} \times 100}{\text{Nombre total de sujets exposés à ce risque}}$.

La durée d'exposition est le temps qui s'écoule entre le début d'exposition et l'apparition de la maladie.

1.6 La mortalité :

Elle se définit comme étant l'action de la mort sur une population exposée à un lieu dans un espace de temps déterminé selon Fender P. et Coll. la mortalité est classiquement considérée comme un indicateur du développement socio-économique d'un pays. Elle est ainsi corrélée à certains indicateurs économiques tel que le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant.

Elle désigne le rapport entre le nombre total de décès dû à une maladie donnée et l'effectif de la population.

La connaissance des statistiques de mortalité est importante dans la lutte contre les causes majeures de décès.

$$\textbf{Taux de mortalité} = \frac{\text{Nombre total de décès du à une maladie} \times 1\ 000}{\text{Effectif de la population.}}$$

2. Situation sanitaire actuelle au Mali :

2.1 Population :

Selon les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente du Mali s'élevait à 11 732 418 habitants en 2005. Les données issues du RGPH indiquent que la population du Mali a un taux d'accroissement annuel de 4,1% en 2005 ce taux d'accroissement résultait d'un taux brut de natalité de 45, 2‰ et d'un aux brut de mortalité de 8, 3‰.

Le quotient de mortalité infantino-juvénile, égal à 238‰ (d'après l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-III) de 2001,

rend compte de la situation sanitaire du pays au cours de la période 2001 – 2005 [4].

Au Mali, la population est essentiellement rurale. Au dernier recensement de la population, 32% en 2001 seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46% de la population est âgée de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer (15 – 49 ans) représentent 23% de la population totale.

Cette structure de la population, associée à un âge précoce à la première union (médiane de 16 ans environ) et à la quasi-universalité du mariage, on pour résultat un niveau de fécondité assez élevé. Ce niveau de fécondité est estimé à 6, 8 enfants par femme durant la période 2001[4].

2.2 Situation sanitaire :

La situation sanitaire de la population du Mali reflet du niveau actuel de développement socio-économique, est loin d'être satisfaisante malgré la nette croissance des dépenses de santé dans le budget de l'Etat qui est passé de 5, 28% en 1992 à 10, 2% en 2006.

Au Mali le niveau de mortalité est très élevé et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance de la couverture sanitaire, près de 75% de la population résident à moins de 15 Km d'un centre de santé de premier contact offrant le paquet minimum d'activités.
- Une insuffisance des ressources financières alloués au secteur, au regard des besoins de la politique sectorielle et du programme de développement sanitaire et social (PRODESS)[5].

- Un environnement naturel insoluble et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement.
- Une insuffisance de l'accès des populations à l'eau potable.
- Une hygiène défectueuse et des comportements très souvent inadéquats et insouciant face à l'insalubrité.
- Des apports nutritionnels déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A) et les carences qui en résultent.
- La persistance des coutumes et traditions peu recommandées pour la santé.
- Le faible niveau d'alphabétisation et d'information de la population.
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire. Compte tenu de ces insuffisances, le Gouvernement a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de politique sectorielle de santé et de population en 1990. Dans ses orientations on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au milieu rural et périurbain, cela dans un souci d'équité et de correction des inégalités sociales. Cette priorité vise à la prévention des maladies à la promotion socio sanitaire et au bien être de la famille. Depuis la déclaration de politique sectorielle de santé et de population, la santé représente désormais un secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs : Etat, Organisation Non Gouvernementale « ONG... »).

3. Principales affections morbides au service d'urgence de l'Hôpital_Gabriel TOURE « HGT »

3.1 Lésions traumatiques :

Les principales lésions traumatiques sont les fractures, les luxations, les entorses, les claquages, les contusions, et les plaies.

3.1.1 Les fractures :

Les fractures sont une solution de continuité complète ou incomplète d'un os, les fractures sont de deux types : les fractures ouvertes et les fractures fermées. Il peut y avoir déplacement ou non des fragments. Certaines fractures peuvent survenir au niveau d'os fragilisés par une lésion préexistante (infectieuse ou tumorale) : il s'agit des fractures pathologiques [6].

3.1.2 Les luxations :

La luxation est une perte de congruence entre les surfaces articulaires. Elle peut être complète, en ce moment la perte des rapports entre les surfaces articulaires est particulièrement modifiée ou incomplète (on parle dans ce cas de sub luxation) [6].

3.1.3 Les entorses :

Les entorses se caractérisent par une rupture partielle ou complète des ligaments sans perte de congruence entre les surfaces articulaires. Les entorses sont graves lorsqu'il y a une rupture complète de plusieurs ligaments [6].

3.1.4 Les claquages :

C'est la rupture de fibres musculaires non échauffées ou fatiguées à la suite d'un effort violent [6].

3.1.5 Les contusions :

Ce sont des attritions des tissus mous (musculaires en particulier) provoquées par des agents traumatiques mous. Elles peuvent être associées à une plaie avec des conséquences propres, toutefois il se produit un épanchement sous la peau. Les formes graves correspondent aux écrasements des membres.

3.1.6 Les plaies :

Il y a plaie lorsque la peau est déchirée, éraflée ou écrasée. Une plaie est dite grave lorsqu'elle est étendue, profonde contuse ou infectée ; elle est dite simple lorsqu'il s'agit de simples écorchures, éraflures ou de petites coupures superficielles [7].

3.1.7 Les traumatismes crâniens :

Ils représentent un choc accidentel sur le crâne, compliqué ou non de lésions de l'encéphale [8].

On appelle traumatisé crânien ou cranio-cérébral ou cranio-encéphalique tout blessé qui à la suite d'une agression mécanique directe ou indirecte sur le crâne présente immédiatement ou ultérieurement des troubles de la conscience traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée allant de l'obnubilation au coma.

Il est dit grave lorsque l'évaluation de l'échelle de Glasgow est inférieur à 8 [8]. Les différentes lésions des traumatismes crânio-encéphaliques sont :

- ✓ **Les enfoncements** : Ils correspondent à une pénétration au-dessous du plan crânien d'un fragment osseux fracturé.
- ✓ **Les embarrures** : Ceux sont les décalages de rebout fracturaires ou d'un enfoncement d'une partie de la voûte crânienne entre deux traits de fracture.
- ✓ **Les hématomes extra duraux (HED)** : Ceux sont des collections sanguines se constituant dans l'espace extra-dural c'est-à-dire entre la face interne de l'os et la dure-mère [8]. Ils sont provoqués par une rupture de l'artère méningée moyenne ou de l'une de ses branches ou d'un sinus veineux. Il est plus fréquent chez l'adulte jeune. Il s'accompagne d'une fracture de la voûte crânienne et siège du côté du trait de fracture [8]. Le tableau clinique est souvent caractéristique.

Le diagnostic est évoqué devant :

- Une notion d'intervalle libre
- Une mydriase unilatérale

- Un babinski controlatéral.

Il est confirmé par la tomodensitométrie (TDM) ou scanner, ou à défaut par l'artériographie carotidienne. L'HED réalise une urgence neurochirurgicale. Son traitement est simple. Il vise l'évacuation l'hématome par un trou de TREPAN, ou un volet crânien qui a l'avantage de permettre de faire l'hémostase de visu [7].

✓ **L'hématome sous-dural (HSD) :** C'est une collection sanguine siégeant entre la dure mère et l'arachnoïde. Les HSD coexistent souvent avec un trait de fracture de voûte mais celui-ci siège fréquemment du côté opposé à l'hématome. Le tableau clinique est moins caractéristique et associe :

- Un intervalle libre (HSD chroniques)
- Une altération de la conscience avec ou sans signes de focalisation.

Le diagnostic est confirmé par :

Un trou de trépan explorateur qui montrera dans le meilleur des cas une dure-mère bleutée traduisant la collection sanguine sous-durale.

Une artériographie carotidienne qui opacifiera la dure-mère et la pie-mère permettant de suspecter la collection sanguine le plus souvent étendue à l'ensemble de la convexité. La TDM montrera l'HSD, qui se présente sous forme d'une hyper densité qui signe un saignement récent ou d'une hypodensité qui est le résultat de la liquéfaction d l'hématome. Le traitement chirurgical permet l'évacuation de l'hématome, l'hémostase par trépanation ou volet crânien [8].

✓ **L'hématome intracérébral :** C'est une collection sanguine intra cérébrale. Il est rare en traumatologie. Le plus souvent, il s'agit d'hémorragie mêlée d'œdème au sein d'un foyer de contusion

cérébrale. La lésion se traduit par une aggravation secondaire du coma et des signes de focalisation. Le scanner montre admirablement ces hématomes [9].

✓ **La commotion cérébrale** : C'est une perte de connaissance brève (inférieure à 5 minutes) et qui n'est suivie par aucun trouble permanent. On admet habituellement qu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion anatomique ; c'est l'ébranlement du cerveau qui détermine la perte de connaissance immédiate. Elle peut être génératrice également de trouble de la mémoire [9].

✓ **La contusion cérébrale** : Elle consiste en une altération des structures intéressant habituellement la surface du cerveau et est caractérisée par une extravasation sanguine ainsi que par la nécrose du tissu cérébral.

4. L'examen clinique d'un traumatisé crânien

L'évaluation des grandes fonctions vitales telles que la mesure de la pression artérielle de tout patient traumatisé crânien afin d'évaluer l'état hémodynamique, un choc hypovolémique. Il faut rechercher les lésions viscérales, thoraciques, abdominales ou périphériques [10].

4.1 Examen de la face et du crâne

On recherchera une déformation de la voûte liée et à une embarrure.

L'existence d'une plaie cranio-cérébrale, imposant un parage chirurgical.

L'existence d'otorrhée témoigne d'une fistule ostéo-durale en regard de l'étage moyen, et une rhinorrhée cérébro-spinale signe une fistule en regard de l'étage antérieur de la base du crâne.

On recherchera également une fracture des os de la face.

4.2 Examen neurologique

L'état de conscience constitue l'élément fondamental de la surveillance d'un traumatisé crânien. Le score de Glasgow (Glasgow coma score) a pour but de quantifier l'état de conscience des réactions d'ouverture des yeux, de la réponse verbale, de la réponse motrice à des stimulations sonores et douloureuses; l'addition des valeurs de ces trois critères donnent un score de Glasgow compris entre 3 et 15.

Les signes de localisations quelque soit la vigilance du traumatisé, sont systématiquement recherchés, guidés par le point d'impact. Ils apportent une orientation clinique du lieu de la souffrance cérébrale que le mécanisme soit intra ou extra-durale.

4.3 Les examens para cliniques

-Le scanner cérébral est indiqué dans les cas suivant : une altération de la conscience, une crise comitiale, des signes neurologiques, une plaie cranio-cérébrale, une embarrure.

-L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM), elle permet de visualiser les lésions non identifiées au scanner [10].

- **La radiographie du crâne** : Elle pourra également être fait à la recherche d'une fracture des os du crâne.

5. Le traitement [10]

Le traitement médical sur les lieux d'accident consiste à lutter contre l'hypoxémie et l'hypercapnie. Le maintien d'une pression de perfusion cérébrale optimale est importante, l'hypotension artérielle aggrave l'ischémie cérébrale ce qui justifie un remplissage vasculaire avec du sérum salé 0,9%. Le sérum glucosé 5% et le Ringer lactate sont proscrits car ils entraîneraient une aggravation de l'hypertension intracrânienne. La sédation associe le plus souvent les Benzodiazépines et Morphinomimétiques.

Le traitement médical en milieu hospitalier consiste à la mise en place d'une sonde urinaire à demeure et si nécessaire une sonde nasogastrique. La prise de la température et la protection thermique deviennent indispensable.

Le traitement chirurgical va permettre l'évacuation des HED, HSD aigus, la fermeture des brèches ostéoméningées, la levée des embarrures, le parage des plaies crânio-cérébrales et le drainage ventriculaire. Celui des lésions encéphaliques focales telles que les contusions hémorragiques d'allure expansive est très discuté [9].

6. Complications des traumatismes crâniens

6.1 Complications infectieuses :

Les suppurations sous-cutanées ou extra-durales et les ostéites, les méningites, les abcès post-traumatiques, les ventriculites...

6.2 Séquelles :

Les séquelles sont Le syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne, l'atrophie cérébrale, les syndromes du tronc cérébral, les hydrocéphalies post-traumatiques, les arachnoïdes, les pertes de substance osseuse [9].

7. Pronostic :

Le pronostic d'un traumatisé crânien grave est difficile, il varie des séquelles neurologiques légères (déficit) au décès survenant dans la première semaine [11].

8. Quelques définitions

8.1 Polytraumatisme :

Ensemble des troubles dus à plusieurs lésions d'origine traumatique, dont une au moins menace la vie du patient. Cette notion implique donc un risque patent ou latent d'évolution fatale par atteinte des grandes fonctions vitales, qui impose un traitement rapide des associations lésionnelles, évidentes ou non [12].

Le polytraumatisé se différencie du :

- **Poly blessé** : Patient présentant au moins deux lésions traumatiques.
- **Poly fracturé** : Patient présentant au moins deux fractures Qui peuvent devenir des polytraumatisés par atteinte d'une fonction vitale.

Les examens complémentaires sont fondamentaux en cas de polytraumatisme pour rechercher les lésions : radiographie, scanner, bilan biologique (groupe sanguin et rhésus, taux d'hémoglobine, taux d'hématocrite ...), l'artériographie cérébrale. En cas d'insuffisance du scanner, l'imagerie par résonance magnétique s'impose, échographie si on suspecte une atteinte d'organe plein.

8.2 Hémorragie :

C'est un écoulement abondant de sang hors des vaisseaux sanguins.

L'hémorragie au cours de l'accident peut être :

- **Externe** : saignement à travers les plaies, les fractures ouvertes
- **Interne** : saignement non extériorisé.

Il peut s'agir dans ce dernier cas d'hématome cérébral, d'hémopéritoine par rupture d'organe plein (rate, foie, et rarement les reins) lorsque l'accident a été violent.

Le traitement repose sur l'arrêt de l'hémorragie en général par une intervention chirurgicale, la restauration de la volémie par une perfusion de solutés, et parfois une transfusion sanguine est nécessaire.

8.3 Traumatisme du rachis [13]

8.3.1 Les traumatismes du rachis cervical

Les lésions sont surtout disco-ligamentaires. Elles sont dues à la grande mobilité du rachis cervical dans les trois (3) plans de l'espace.

Leur pronostic est souvent mauvais, elles peuvent entraîner une tétraplégie et la mort.

8.3.2 Les traumatismes du rachis-dorso-lombaire

Ici les lésions sont surtout disco-corporéales, cela s'explique par les fortes contraintes exercées sur le rachis dorsal et lombaire et leur faible mobilité. Elles peuvent entraîner une paraplégie et la mort.

8.4 HTA :

« Excès de pression (tension) du sang dans les artères. Cette pression est assurée par le cœur et est exprimée par deux chiffres. Elle est maximale lors de la contraction du cœur, ou systole (premier chiffre), et minimale lors du repos cardiaque, ou diastole (deuxième chiffre). Une hypertension artérielle se caractérise par une pression maximale (systolique) supérieure ou égale à 16, ou une pression minimale (diastolique) supérieure ou égale à 9,5. Un traitement est instauré lorsque ces chiffres sont dépassés ou pour des tensions plus faibles chez certaines personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire : hérédité, tabagisme, diabète, excès de cholestérol. Un traitement antihypertenseur permanent

permet de limiter les dommages du cœur et des vaisseaux sanguins dus à l'hypertension artérielle [14].

8.5 L'envenimation :

Est l'ensemble des symptômes survenant après l'inoculation à l'homme de Venin d'animaux (serpent, scorpion...).

8.6 Le coma :

Il se définit comme l'absence de parole, l'absence d'ouverture des yeux, l'absence de mouvements volontaires et leur irréversibilité immédiate [15].

8.7 L'état de choc :

Est une insuffisance circulatoire aiguë se traduisant par une insuffisance de perfusion tissulaire quelle qu'en soit la cause [15].

8.8 Le paludisme :

Est une erythropathie provoquée par le développement dans les hématies d'un hématozoaire du genre plasmodium transmis par un moustique l'anophèle femelle. Les espèces responsables du paludisme sont :

Plasmodium falciparum, vivax, ovale, malariae. Mais, c'est le plasmodium falciparum qui est responsable des formes graves potentiellement mortelles.

Ces formes graves représentent 10% des cas de paludisme à plasmodium falciparum. Avec le développement du tourisme de

masse, le paludisme ne concerne plus uniquement les sujets vivant en zones d'endémies. Ainsi en France Métropolitaine, plus de 400 cas de paludisme d'importation à *plasmodium falciparum* sont recensés chaque année avec une vingtaine de décès [16].

8.9 La septicémie

Est une décharge répétée de micro-organisme dans la circulation à partir d'une porte d'entrée, caractérisée par un syndrome infectieux et par la positivité des hémocultures .A Partir d'un foyer infectieux localisée et parfois d'une thrombophlébite adjacente, des embolies septiques partent dans la circulation pour infecter a leur tour différents tissus de l'organisme. Ce sont des urgences médicales le risque principale constituent le choc infectieux [17].

8.10 Œdème Aigu Pulmonaire :

OAP c'est une inondation du tissu interstitiel puis secondairement des alvéoles pulmonaires par la sérosité sanguine réalisant une crise d'asphyxie soudaine nécessitant une thérapeutique d'urgence [18].

8.11 Accidents vasculaires cérébrale :

Les accidents vasculaires cérébraux regroupent toutes les atteintes cérébrales lié à un processus pathologique affectant les vaisseaux à destinés cérébrales [19].

8.12 L'asthme aigu

Grave est caractérisé par des épisodes aigus d'obstruction bronchique, le plus souvent rapidement réversible, mais parfois, capables d'entraîner dans un laps de temps variant quelques minutes (Asthme sur aigu) à plusieurs heures, une insuffisance respiratoire aiguë, potentiellement fatale. Pendant longtemps, on a désigné sous le terme d'état de mal Asthmatique les formes graves, caractérisées par une obstruction bronchique sévère, d'installation rapide ou progressive, ne répondant pas aux traitements habituellement efficaces [18].

En France, le nombre de décès imputables à l'asthme est d'environ 3 pour 100 000 Habitant et par an [20].

8.13 Crise d'éclampsie :

Est un accident convulsif, paroxystique compliquant l'évolution des symptômes vasculo-rénaux de la gravido-puerperalite (hypertension artérielle associé ou non à une néphropathie ou une néphrite, mortalité est inférieur à 3%° [21].

8.14 L'appendicite

Est une inflammation aiguë de l'appendice iléocæcal est favorisée par la présence de follicules lymphoïde et par l'obstruction, avec rétention de la lumière appendiculaire.

Elle peut évoluer vers la nécrose de l'organe (appendicile gangreneuse ou la ferforation localisée).

8.15 L'occlusion intestinale aiguë

Une occlusion intestinale est une obstruction d'un segment de l'intestin, grêle ou du côlon, qu'elle qu'en soit la cause. C'est une pathologie fréquente, aux causes variées, de gravité et d'évolution très diverses [22].

8.16 Les péritonites

La péritonite est l'inflammation du péritoine. La péritonite est une infection grave qui peut déboucher sur la mort si elle n'est pas traitée, car la surface péritonéale est supérieure à la surface corporelle ; les conséquences locales et générales sont donc très rapides [24].

8.16 L'invagination intestinal aiguë

Elle se définit par la pénétration d'un segment intestinal dans le segment d'aval, formant une invagination en doigt de gant. Elle s'observe entre deux mois et deux ans généralement [25].

8.17 Les hernies étranglées

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus une simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression. Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction,

comprime le viscère incarcerated et compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineuse puis la vascularisation artérielle). Par définition, une hernie étranglée est donc une hernie devenue douloureuse et irréductible [26].

9. Classification clinique des malades aux urgences (CCMU)

La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) présentée dans la lettre des systèmes d'informations médicalisées n°34 (mai 1999) et n°36 (janvier 2000) a été élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (ARU). Elle est stratifiée en 5 niveaux et s'articule autour de la notion de pronostic vital, déterminé à priori, et des actes réalisés. Cette classification répond à une logique médicale, mais son arbre de décision principal est fondé sur un jugement médical subjectif (état jugé stable ou non) qui biaise la répartition finale des passages entre les classes, par ailleurs non iso ressources. Cette classification est publiée le 12 janvier 2000 [27].

Classe I : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.

Classe II : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe III : Etat fonctionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique et thérapeutique aux urgences.

Classe IV : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

Classe V : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

10. Classification de Glasgow

Elle permet d'évaluer le niveau de conscience. Ces troubles peuvent être variables allant de l'obnubilation au coma en passant par la confusion et la stupeur.

La nécessité de consigner les résultats de l'examen clinique de la façon la plus reproductible et objective possible par des observateurs différents, à des temps différents afin de proposer des approches quantitatives pour l'évaluation clinique des troubles de la conscience présentés par les traumatisés crâniens.

Les approches sont basées sur une description analytique simple et quantifiable des troubles observés.

L'échelle proposée par TEADALE et JENNET (1974) connue sous le nom de GLASGOW coma scale est la plus utilisée.

Elle analyse trois paramètres qui sont : l'ouverture des yeux, la réponse motrice et la qualité des réponses verbales obtenues du patient.

Un état de vigilance normale est quotté à 15.

Un TC léger	15 – 13
Un TC modéré	12 – 9
Un TC grave	8 – 3.

Echelle de coma de Glasgow [28]

Ouverture des yeux

- ❖ Spontanée 4
- ❖ Sur ordre 3
- ❖ Après stimulation douloureuse 2
- ❖ Aucune 1

Réponse motrice

- Exécute un ordre 6
- Réponse adaptée à la stimulation Nociceptive 5
- Réponse non adaptée 4
- Réponse en flexion anormale 3
- Réponse en extension anormale 2
- Pas de réponse 1

Réponse verbale

- Adaptée 5
- Confusion 4
- Mots compréhensibles inappropriés 3
- Mots incompréhensibles 2
- Aucun mot 1

IV. METHODOLOGIE

1. Matériels et Méthodes

1.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au Service des Urgences Chirurgicales (SUC) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel TOURE de Bamako.

1.2. Type et Période d'Etude :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive qui s'est étalée sur 12 mois : de janvier à décembre 2006.

1.3. Population d'Etude :

L'étude a porté sur tous les patients hospitalisés dans le service des urgences chirurgicales du CHU Gabriel TOURE de janvier à décembre 2006.

1.4. Echantillonnage :

1.4.1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les malades hospitalisés dans le service de janvier à décembre 2006.

1.4.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude les malades hospitalisés dans les autres services.

Les malades qui ont signé une décharge médicale.

Les décès constatés à l'arrivée.

1.5. Recueil des données :

Une fiche d'enquête a été élaborée pour collecter les données dont un exemplaire est porté en annexe. En tout nous avons exploité 800 dossiers.

1.6. Variables :

Date d'entrée et de sortie, âge, sexe, ethnie, résidence, statut matrimonial, motif d'admission, examen complémentaire, diagnostic retenu, traitement, évolution.

1.7. Saisie et analyses statistiques

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec les logiciels Epi-info Word, Excel.

V. RESULTATS

1. Résultats globaux

Sur une période de 12 mois nous avons réalisé une étude prospective descriptive portant sur 800 patients hospitalisés au SUC du CHU Gabriel Touré sur 26 176 malades.

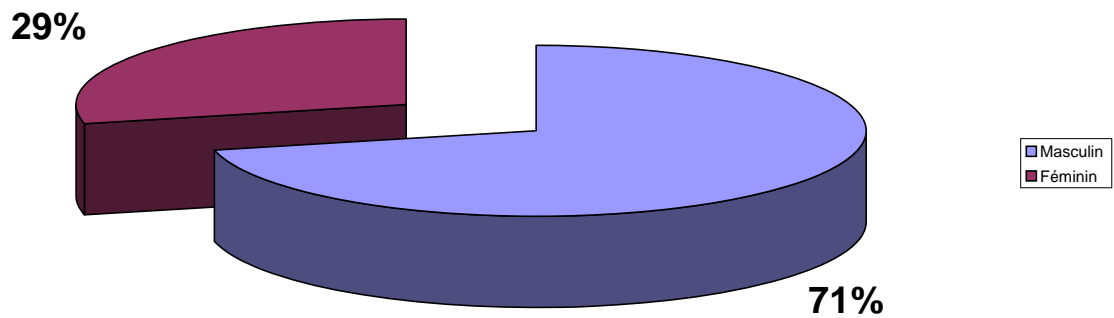
2. Caractéristiques sociodémographiques des malades hospitalisés dans le service :

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge :

<i>Tranches d'âge (ans)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
0-10	145	18,8
11-20	198	24,9
21-30	200	25,1
31-40	130	16,2
41-50	44	5,7
51-60	27	3,4
61 et plus	37	4,7
Indéterminé	19	2,4
Total	800	100

La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représentée soit 25,1 %.

Figure I : Répartition des patients selon le sexe



Le sexe masculin a prédominé avec 71,5 %

Le sexe ratio était 2,50

Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie :

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bambara	377	47
Sarakolé	35	4,4
Malinké	84	10,5
Peulh	148	18,5
Dogon	28	3,5
Sénoufo	36	4,5
Minianka	17	2,1
Sounrhaï	45	5,6
Bobo	9	1,1
Autres	6	0,8
Indéterminé	9	1,1
Total	800	100

L'ethnie Bambara était prédominante avec 47 %.

Tableau III : Répartition des patients selon profession :

<i>Profession</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Ménagère	112	14
Fonctionnaire	36	4,5
Commerçant	78	9,8
Elève/Étudiant	174	21,8
Ouvrier	123	15,4
Cultivateur	111	13,9
Indéterminé	13	1,6
Sans emploi	141	17,6
Autres	12	1,5
Total	800	100

Les élèves et étudiants étaient les plus représentés avec 21, 8%.

Tableau IV : Répartition des patients selon la localité de provenance :

<i>Provenance</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bamako	673	84,1
Koulikoro	75	9,4
Sikasso	20	2,5
Ségou	15	1,9
Kayes	8	1
Mopti	5	0,6
Gao	4	0,5
Total	800	100

84, 1% provenait de la ville de Bamako.

Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial :

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Marié	411	51,4
Célibataire	376	47
Divorcé	1	0,1
Indéterminé	12	1,5
Total	800	100

Les mariés ont représentés 51,4 % de nos hospitalisations.

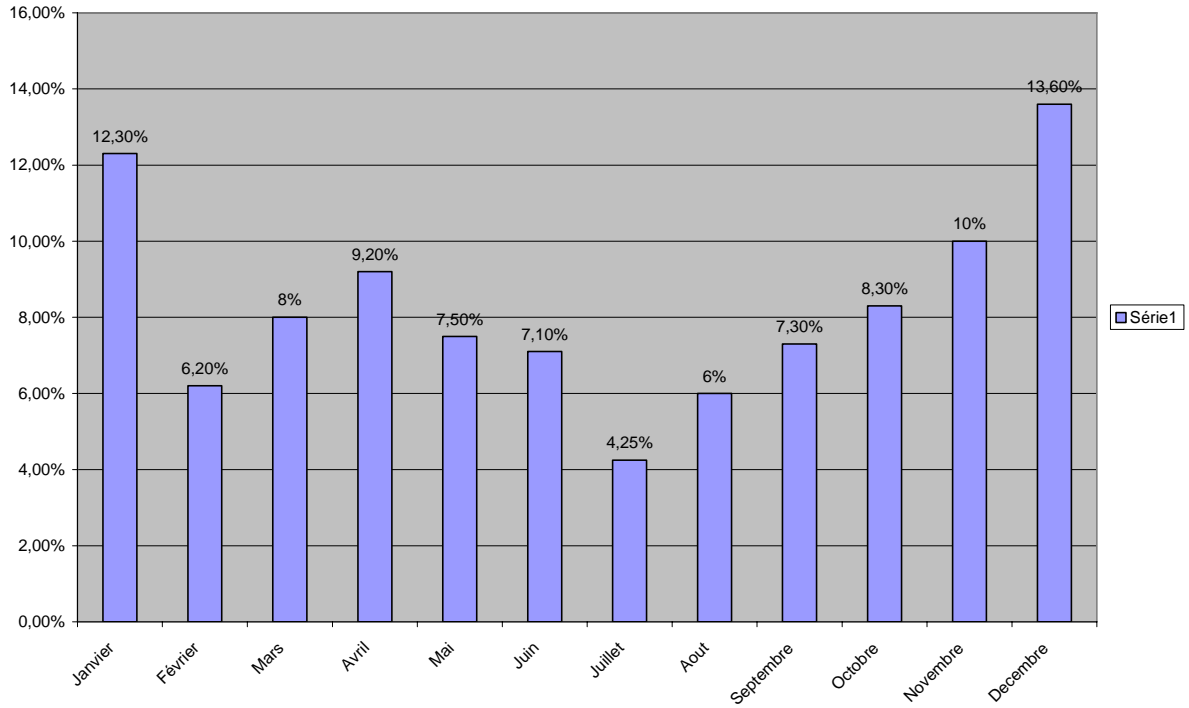
Tableau VI : Répartition des patients selon le motif d'admission :

<i>Motif d'admission</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
AVP	428	53,5
Coups et blessures	28	3,5
Chute	65	8,1
Brûlure	47	5,9
Intoxications médicamenteuses	20	2,5
Altération de la conscience	65	8,1
Morsure de serpent	32	4
Corps étranger ORL	6	0,8
Crise éclamptique	6	0,8
Douleur abdominale	92	11,5
Autres	11	0,4
Total	800	100

Autres : 4 Noyades ; 2 Douleurs thoraciques ; 3 thromboses hémorroïdaires ; 2 Détresses respiratoires.

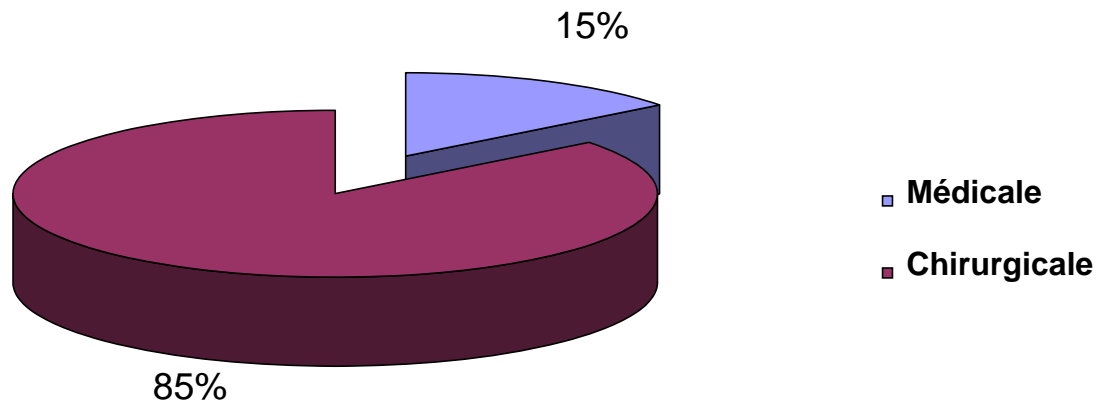
Les AVP représentaient le motif d'admission le plus fréquent soit 53,3%.

Figure II : Répartition des patients selon la période d'admission



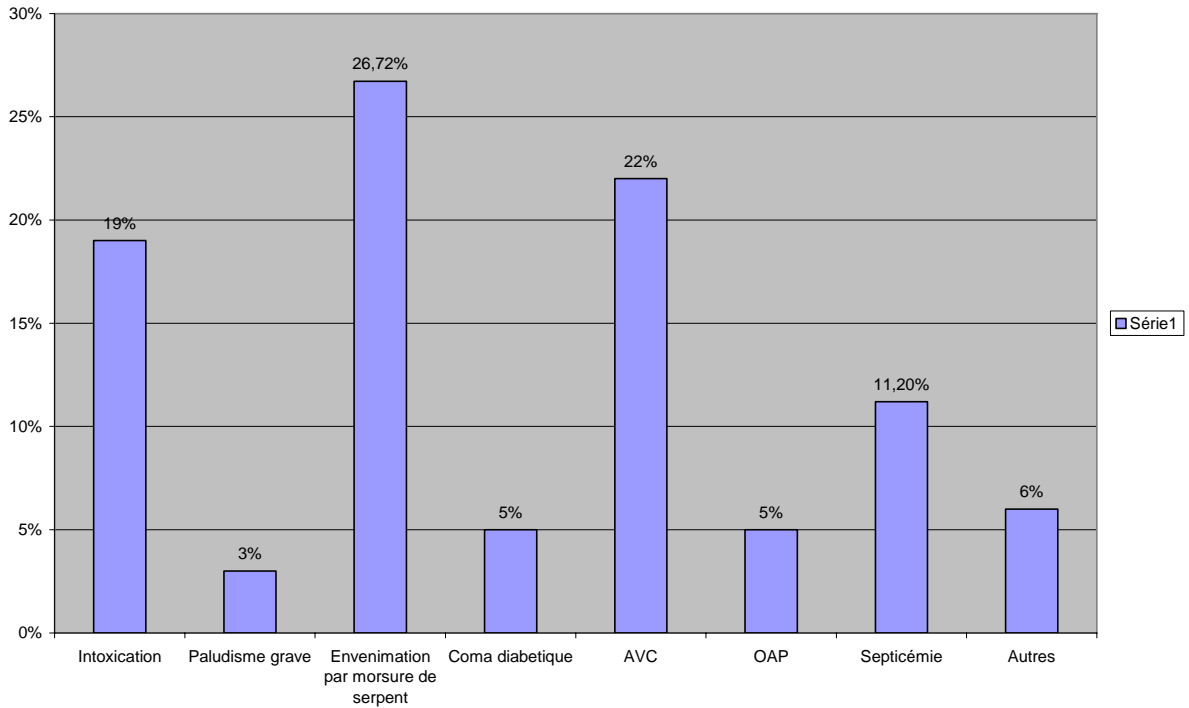
Le mois de Décembre a représenté 13,6 % de nos admissions.

Figure III: Répartition des patients selon le type



85,5% des pathologies rencontrées étaient les urgences chirurgicales.

Figure IV : Répartition des patients selon les pathologies médicales



La morsure de serpent était la pathologie médicale la plus dominante avec 26,72%.

Figure V : Répartition des patients selon les pathologies chirurgicales :

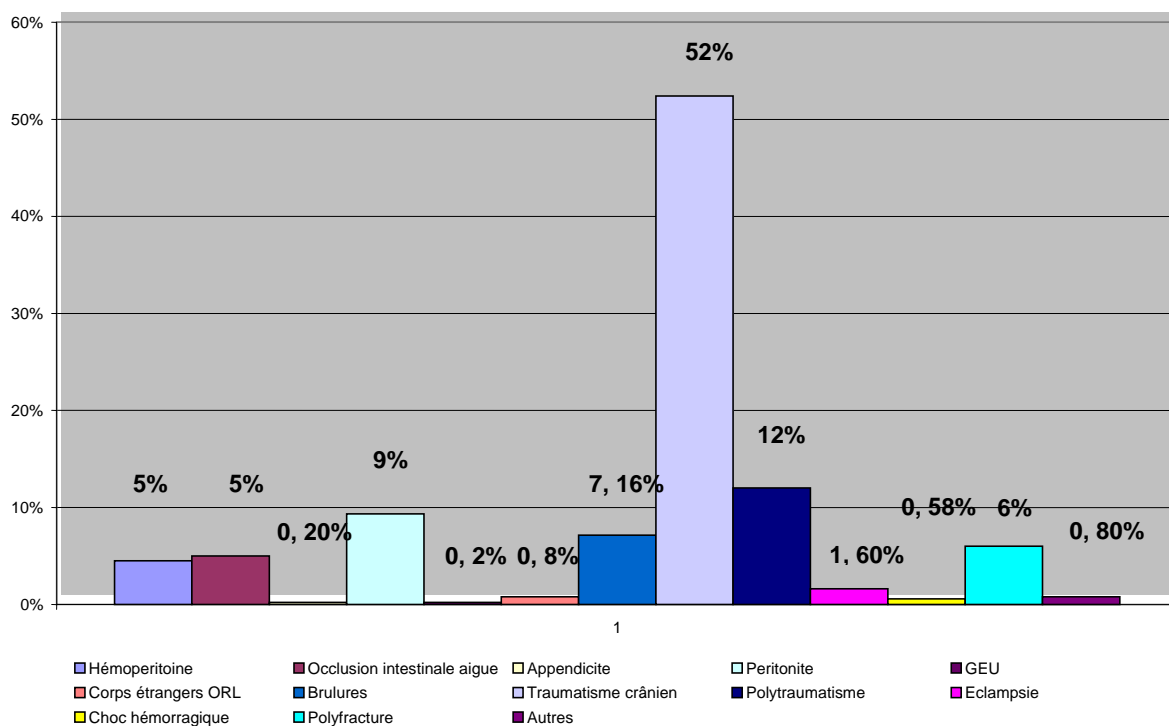


Tableau VII : Répartition des patients selon les pathologies chirurgicales retrouvées

<i>Pathologies chirurgicales retrouvées</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Hémopéritoine	31	4, 5
Syndrome occlusif	33	5
Appendicite	2	0, 2
Péritonite	57	9, 33
GEU	2	0, 2
Corps étrangers ORL	6	0, 8
Brûlures	49	7, 16
Traumatisme crânien	356	52, 04
Poly traumatisme	81	12
Eclampsie	11	1, 6
Choc hémorragique	4	0, 58
Poly fractures	46	6
Autres	6	0, 8
Total	684	100

Autres : - 2 Eviscération, - 2 Invagination, - 2 Pneumothorax.

Les traumatismes crâniens étaient les pathologies chirurgicales les plus représentées avec 52, 04%.

Tableau VIII : Répartition des pathologies chirurgicales retrouvées selon la durée du séjour

<i>Durée séjour (jour) / Pathologies retrouvées</i>	0-4	5-8	TOTAL
Hémopéritoine	24	5	29
Brûlure	20	29	49
Traumatisme crânien	200	156	356
Syndrome occlusif	20	13	33
Poly traumatisme	23	58	81
Polyfracture	40	6	46
Corps étrangers ORL	2	4	6
Péritonite	44	13	57
Appendicite	2	0	2
Eclampsie	6	5	11
Choc hémorragique	4	0	4
GEU	2	0	2
Autres	6	0	6
Total	393	289	682

La majorité de nos patients atteints de pathologies chirurgicales, avaient une durée de séjour inférieur ou égale à 4 jours.

Tableau IX : Répartition des pathologies médicales retrouvées selon la durée du séjour

<i>Durée séjour (jour) / Pathologies retrouvées</i>	0-4	5-8	TOTAL
Intoxication médicamenteuse	19	3	22
Paludisme grave	2	1	3
Envenimation par morsure de serpent	28	3	31
Coma diabétique	3	4	7
AVC	5	20	25
OAP	2	5	7
Septicémie	0	13	13
Autres	8	2	10
Total	67	51	118

La majorité de nos patients atteints de pathologies médicales, avaient une durée de séjour inférieur ou égale à 4 jours.

Tableau X : Répartition des patients selon les examens complémentaires effectués

<i>Examens complémentaires</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Radiographie	242	10,18
Scanner	313	13,16
Echographie	55	2,31
ECG	9	0,3
Bilan biologique	1729	72,2
Autres	29	1,22
TOTAL	2377	100%

Le bilan biologique a représenté 72,2 % de nos examens complémentaires

Tableau XI : Répartition des patients selon les complications en unité de soins intensifs

<i>Complications</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Cardio-vasculaire	23	13,77
Pleuro-pulmonaire	72	43,11
Rénale	12	7,18
Urogénitale	4	2,39
Digestif	24	14,37
Infectieuses	32	19,16
Total	167	100

Les complications Pleuro-Pulmonaires étaient les plus rencontrées soit 43,11%

Tableau XII : Répartition des patients selon le mode l'évolution :

<i>Evolution</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Favorable (Exeat)	49	6,1
Transféré dans d'autres services	534	66,8
Décédé	217	27,1
Total	800	100

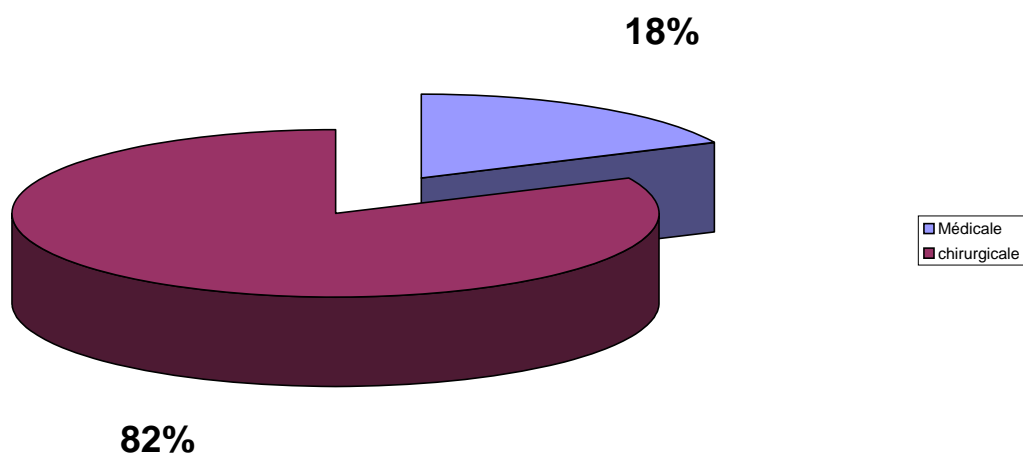
66, 8% de nos patients ont été transférés dans les services spécialisés après stabilisation.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le transfert dans les services spécialisés

<i>Service spécialisé</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Traumatologie	345	64, 6
Chirurgie Générale	139	26, 0
Médecine	33	6, 17
ORL	5	1
Gynécologie	12	2, 2
Total	534	100

64, 6% de nos patients étaient transférés au service de Traumatologie.

Figure VI : Répartition des décès selon la nature des pathologies



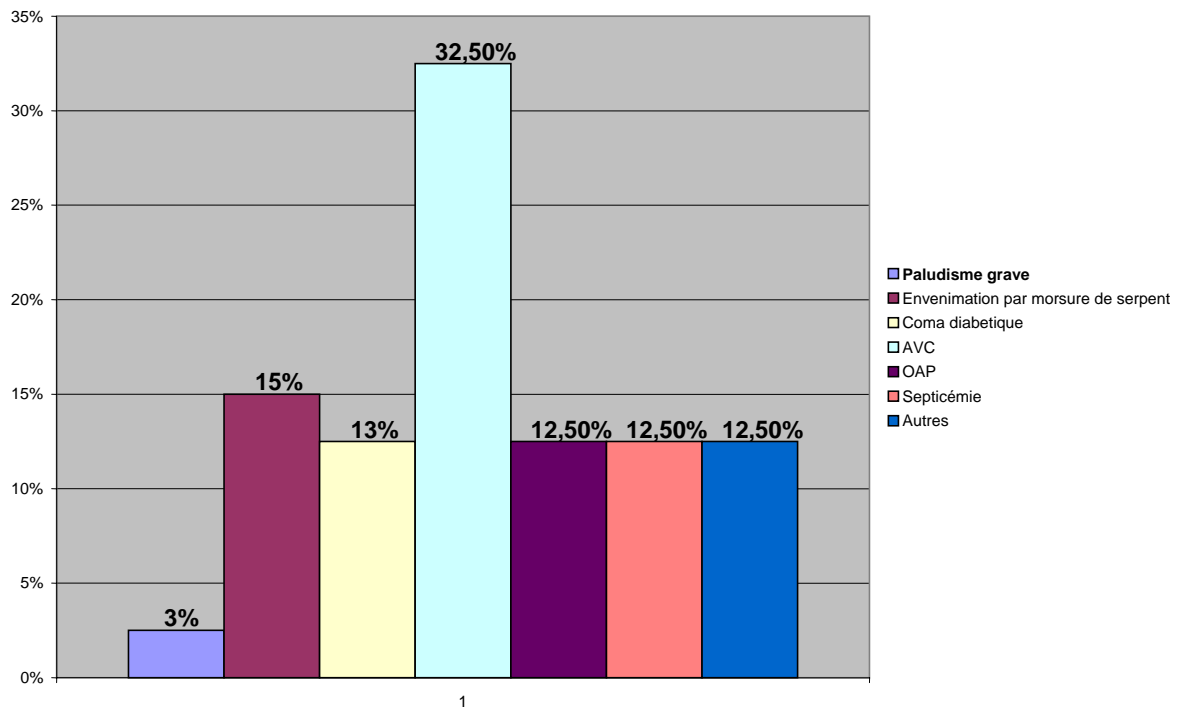
82% des décès étaient liés aux pathologies chirurgicales.

Tableau XIV : Répartition des patients décédés selon la période :

<i>Mois</i>	<i>Nombre de décès</i>	<i>Pourcentage</i>
Janvier	27	12,7
Février	23	10,6
Mars	16	7,4
Avril	20	9,2
Mai	17	7,8
Juin	13	6
Juillet	7	3,2
Août	10	4,6
Septembre	9	4,1
Octobre	17	7,8
Novembre	27	12,4
Décembre	31	14,3
Total	217	100

Le mois de Décembre a enregistré 14,3 % des décès.

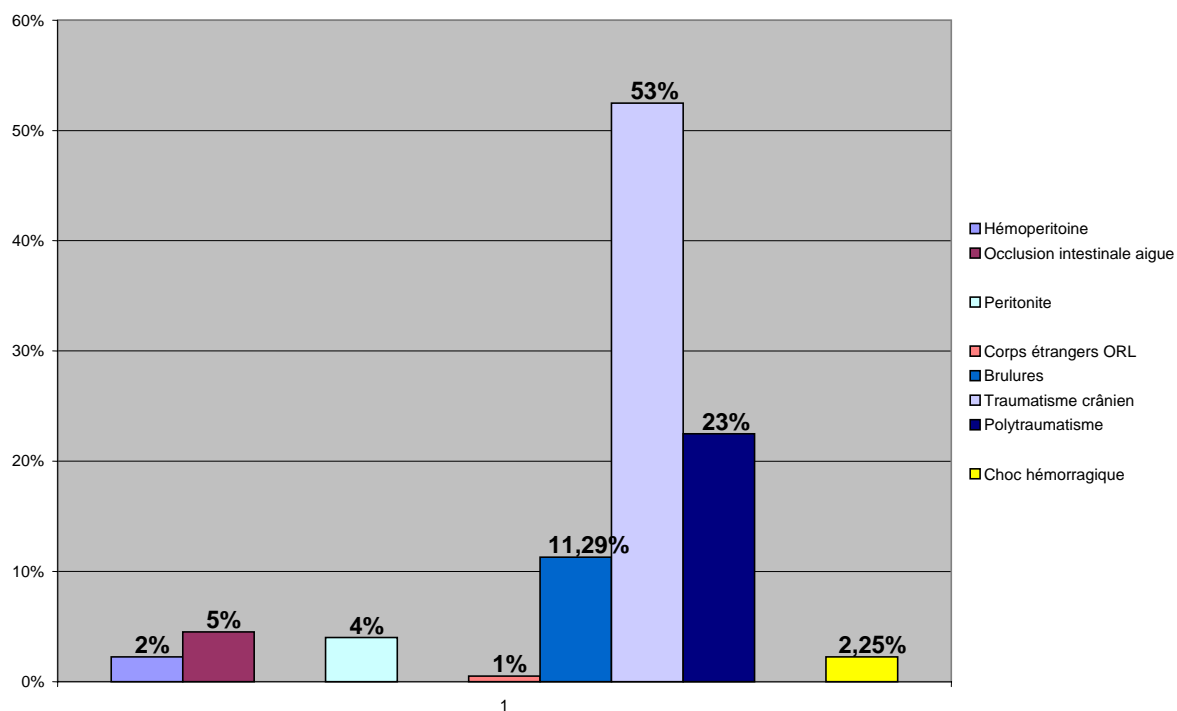
Figure VII : Répartition des décès par type de pathologie médicale



Les AVC étaient les pathologies les plus mortelles avec un taux de 32,5%.

Autres : - 2 Détresse respiratoire, - 1 HTA sévère, - 2 syndromes infectieux.

Figure VIII : Répartition des décès par type de pathologies chirurgicales retrouvées



Les traumatismes crâniens représentaient 52, 5% des décès.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Notre étude s'est étalée sur une période de 12 mois allant de Janvier à Décembre 2006 au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré. Il s'agissait d'une étude Prospective et Descriptive des urgences médico - chirurgicales.

Au cours de cette période 800 patients ont été hospitalisés soit une moyenne de 2 patients par jour au sein du service.

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude :

- Beaucoup de dossiers étaient incomplets, ce qui a rendu difficile le collecte des données.
- Pour certains malades comateux, l'entourage n'était pas toujours à mesure de nous donner tous les renseignements nécessaires.

2. Données sociodémographiques

2.1. Les tranches d'âge

La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus concernée soit 25,1 %. Cela s'explique par le fait que cette couche représente la plus active de la population et la structure de la population malienne est jeune, 46% ont un âge inférieur à 15 ans. [29 MAIGA O.I [29] trouvait 41,5 % pour la tranche d'âge 20 à 29 ans à Bamako.

Gnamagolo D. [30] trouvait des résultats similaires 30 % dans sa série.

3.2 Selon le sexe

Il découle de notre étude que la prédominance masculine était nette 71,5% avec un sexe ratio de 2,5.

Nos chiffres sont superposables à ceux de Guehi [31] à Abidjan, Arouna et Al [32] à Niamey qui ont trouvé respectivement 70% et 67 % pour le sexe masculin.

Cette prédominance pourrait s'expliquer par un plus grand goût du risque de la part des hommes.

3.3. La provenance des patients

La majorité des patients admise au SUC provenait de la ville de Bamako 84,1 %. C'est le site de notre étude, en effet sa vocation de centre de référence au sommet de la Pyramide Sanitaire National fait que nous retrouvons des patients des différentes régions.

La ville de Bamako a enregistré le plus grand nombre des patients en hospitalisation au SUC 84, 1% suivi de la région de Koulikoro 9,4% et de Sikasso 2,5%.

MAIGA O.I [29] trouvait 83,5% pour la ville de Bamako et 10% pour la ville de Koulikoro.

Nos résultats concordent avec cette étude.

3.4. Selon la profession

Pendant notre étude nous avons noté une prédominance des élèves et étudiants avec 21,8%. Mais il est à noter que presque toutes les couches socioprofessionnelles étaient plus ou moins concernées. cela peut s'expliquer par le fait que les AVP ont été le motif le plus fréquent et les élèves et étudiants étaient le plus souvent impliqués.

Gnamakolo [30] trouvait 20% pour les élèves et étudiants.

3.5. L'ethnie

L'ethnie Bambara était majoritaire avec 47%, MAIGA O.I [29] avait trouvé la même prédominance en 1999 soit 45, 8% à Bamako. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que l'ethnie Bambara est majoritaire au Mali et particulièrement à Bamako.

3.6 Selon le mois d'admission

Les admissions ont varié selon les mois pendant notre période d'étude, le mois de Décembre et Janvier ont été les plus représentés avec respectivement 13,6 % et 12,3 %. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Gnamakolo [30].

3.7. La durée d'hospitalisation

Plus de 56% de nos patients avaient une durée d'hospitalisation inférieur ou égale à 4 jours. Cela pourrait être expliquer par le fait que le service des urgences est un lieu de stabilisation des malades et leur transfert dans un service spécialisé.

MAIGA O.I. [29] trouvait également une durée d'hospitalisation inférieur ou égale à 5 jours en unité de soins intensifs du CHU du Point G à Bamako.

3.8 Les pathologies chirurgicales

Les pathologies les plus retrouvées étaient : le traumatisme crânien avec 52,04%, le polyfracture 6% ; les polytraumatismes 12% ; les Hémoperitoines 4,5%, les péritonites 9,33%, les occlusions intestinales aiguës 5%, les Brûlures thermiques 7,7 %.

Le même constat a été fait par Gnamakolo D.

3.9 Les pathologies médicales

Les morsures de serpents étaient la pathologie la plus représentée avec 26,72% suivie des AVC 22% puis des intoxications 19%.

3.10 La mortalité

Dans notre série, le taux de mortalité était de 27,1%.

Cruz – Jentoft et Al [33] trouvait 18,1% à Madrid, Cela s'expliquerait par le développement de la médecine pré hospitalière dans ce pays.

Gnamakolo trouvait 30% à Treiche villes à Abidjan.

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de leur échantillon et la durée de leur étude.

La majorité des décès a été observée pendant les mois de Décembre (14,3%) et Janvier (12,7%).

Dembélé [34] à Bamako et Ngaka et coll. [35] à Libreville trouvaient respectivement 19,6 % et 29 %.

4. ASPECTS PARACLIQUES

4.1 Biologie

Le bilan biologique était l'examen para clinique le plus réalisé avec 72,7%. Ce bilan est en général systématique lorsque le patient présente des signes de détresse.

4.2 Imagerie

4.3 Le scanner était réalisé à 13,16 % malgré ses multiples indications il demeure peu accessible à cause de son coût élevé.

4.4 La Radiographie standard représentait 10,18% des examens complémentaires réalisés.

Ces résultats s'expliqueraient par les multiples indications de cet examen para clinique sa disponibilité et son coût accessible il a été réalisé partout où l'indication se posait.

5. La prise en charge

Le traitement médical était réalisé chez les malades à 100%. Cela peut s'expliquer par le fait que le SUC est un service qui a pour mission d'accueillir toutes les urgences, de faire un traitement jusqu'à leur stabilisation hémodynamique puis de les orienter vers les différents services spécialisés.

DOUMBIA Gnamakolo [30] trouve les mêmes résultats dans sa série.

- les frais hospitalisation sont fixés à 5000 FCFA pour le déchocage et 25000 FCFA pour l'unité de soins intensif (réanimation) par séjour, ces tarifs tiennent compte des réalités socio-économiques du pays par contre il est de 125.000 FCFA par séjour à Abidjan et de 750.000 FCFA environ en France [34].

90% de nos patients sont passés par le déchocage avant la décision de leur itinéraire.

24,1% ont subi une intervention chirurgicale au bloc opératoire.

Après cette prise en charge initiale 6,1% étaient en mesure de rentrer à la maison avec une consultation post urgence, 66,8% étaient transférés dans des services spécialisés pour continuer leur prise en charge.

Plus de la moitié des transferts étaient destinée au seul service de traumatologie 64,6%.

Le taux de transfert en chirurgie était seulement 8,6%.

6. Evolution

L'évolution était favorable dans 73% des cas seulement 27,1% de décès étaient observés pour la plupart chez les TC, les Polytraumatismes et les AVC.

Le décès a concerné toutes les classes d'âge ceci est lié à la gravité des traumatismes.

Ces chiffres concordent avec ceux de Gnamakolo [30] avec 70 % d'évolution favorable et 30 % de décès.

VII- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

- Pendant la période d'étude, 800 patients ont été hospitalisés au SUC sur 26 176 admissions. Le sexe masculin était prédominant. La majorité de nos patients provenaient de la ville de Bamako toutes les tranches d'âges ont été représentées avec une plus grande fréquence des adultes, jeunes (de 21 à 30 ans).
- Les accidents de la voie publique deviennent un problème de santé publique non encore résolu. Ils constituent la cause la plus fréquente des consultations au service des urgences, en plus des souffrances physiques et morales, les moyens de prise en charge constituent un problème pour la plupart de la population. Le traumatisme crânien grave et le poly traumatisme restent les facteurs de mauvais pronostics dans l'évolution.
- Le traumatisme crânien et l'envenimation par morsure de serpent ont été les pathologies les fréquentes dans le service.
- Le traumatisme crânien et l'AVC ont été les pathologies les plus mortelles dans le service.
- Le taux de mortalité spécifique est de 27,1% pour toutes les pathologies confondues.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous recommandons :

Au Ministère de l'éducation

➤ L'intégration des notions de sécurité routière dans les programmes scolaires depuis à la base.

Ministère de l'équipement et des transports

➤ La mise en œuvre de mesures visant à la réduction des AVP telles que :

◆ L'aménagement des voies publiques avec passage pour les piétons.

◆ Mener des actions de contrôle et de répression efficaces

Au Ministère de la Santé

➤ Renforcer le SUC par un plateau technique adéquat

➤ Encourager la formation des médecins spécialistes aux urgences.

➤ Améliorer les structures sanitaires existants et si possible créer de nouvelles structures sanitaires capables de procéder à la prise en charge des malades admis aux urgences.

➤ Renforcer et équiper les services de premiers secours aux accidentés de la voie publique ;

➤ Doter l'hôpital Gabriel TOURE d'une radiographie standard performante et d'un laboratoire d'analyse bien équipé et fonctionnel 24H/24H ;

- Désengorger les urgences du CHU Gabriel TOURE en renforçant le plateau technique des centres de référence ;
- Former un plus grand nombre de praticiens pour le service des urgences ;
- La mise en place d'un SAMU dans un bref délai pour les premiers soins et le transport correct des malades dans les services ;

.A La Direction de l'Hôpital

- L'augmentation des capacités d'accueil du SUC par l'augmentation du nombre de lits et du personnel ;
- L'amélioration des conditions d'accueil du service de réanimation ;
- Approvisionnement régulier en consommables au SUC et son équipement correct ;
- La disponibilité des autres spécialités au sein des urgences.
- Assurer une formation continue du personnel des urgences ;
- L'augmentation de la capacité d'accueil des services de relais.
- Recycler les agents de santé afin de leur permettre :
- ◆ D'améliorer et de mieux cerner les causes de mortalité au SUC
- ◆ Améliorer la qualité des soins de santé.

Au Public

- Respecter scrupuleusement le code de la route ;

- Respecter le port de casques homologués pour les usagers d'engins à deux roues ;
- Surveiller et éduquer les enfants en matière de sécurité routière ;
- Apprendre des gestes de premier secours ;
- conduire précocement les malades à l'hôpital ;
- Adopter des comportements favorables à l'hygiène collective et individuelle ;

VIII. BIBLIOGRAPHIE:

1) CHOBLI M .Massougbodji_D'almeida M.Agboton H. Sanou J .Madougou M .Assouti .P créer un service d'aide medicale d'urgence dans un pays en voie de développement: luxe ou nécessité? 44me congrès National d'anesthésie reanimation. Societé francaise d'Anesthesie et de Reanimation (SFAR) 2002 :1_2

2) MARC GENTILLINI

Aspect Sanitaire dans les pays en voie de développement : Médecine tropicale Médecine _sciences .Flammarion 1993:80

3) Code de déontologie médicale due Mali Annexe à la loi n° 86.35/AN.RM porte l'institution de l'ordre national des médecins

4) EDS-III : Enquête démographique et de santé 2001. Indicateurs démographiques et sanitaires. Ministère de la Santé, Ministère de l'Economie et de Finance juillet 2002.

5) PRODESS 1998 à 2002 Programme de Développement Sanitaire et Social. Extension de la couverture et amélioration de la qualité des services de santé (volet I).

6) HENRY – X:

Encyclopedie d'urgence Tome 1 P 1 24 11 8 – A 1 – 1972

7) SANGARE F

Utilisation des consommables dans la contention plâtrée au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'H G T de Bamako de Mars 2002 à Août 2002 thèse de pharmacie 2003 P60 n°22.

8) SIEYAMADJI. C.A :

Enquête portant sur 92 cas de traumatismes crâniens graves recrutés dans les services des urgences chirurgicales et de Réanimation de l'HGT.

Thèse de médecine Bamako 1998 n° 65 P25, 26, 34, 45

9) D'AUBIGNE K. M et Coll :

Traumatologie collection médicochirurgicale, collection Flammarion, Médecine – Sciences P 261 – 262 – 263.

10) ETORIA YOMBO MP :

Prise en charge des traumatismes crâniens à l'hôpital du Point G. bilan de 6 ans.

Thèse Médecine 2004 N°96 P 22 - 31, 32, 33.

11) SOW A :

Etude épidémiologique des accidents de la route à l'HGT à propos de 773 cas.

Thèse de Médecine N°68 2005

12) STOPPA – R et col

Encyclopédie d'urgence Tome 1 P 1 – 24 11 7 A 4 – 1973 – CE

13) GOUTELLE – A :

Encyclopédie d'urgence Tome 1 P1 – 24 12 5 B 3- 1974 CD

14) SHAPIRO – AP:

Essential Hypertension Wy idiopathic Amer J –Med , 1973 54 – 1 – 5

15) PETROVER – M:

Encyclopédie Médico – Chirurgicale Tome 1 – 392 P1 – 24 00 1C
- 4 1971

**16) 12 EME CONFERENCE DE CONSENSUS EN
THERAPEUTIQUE ANTI INFECTIEUSE** de la société de pathologie
infectueuse de la langue Francaise pris en charge prevention du
paludisme d'importation PF 1992

17) MARGENT – PH

Encyclopédie Médico Chirurgicale Tome 1 P 24 – 037A - 4 –
1970

18) ERIC – R

Œdème aigu du poumon revu du praticien 1999, 49, 415 - 418

19) ZUBER – M

Les AVC problematique de santé publique

Réanimation d'urgence 6 ème édition - P 504 1997

20) CONFERENCE DE CONSENSUS EN REANIMATION ET MEDECINE D'URGENCE. Prise en charge des crises d'asthme aigue grave de l'adulte.

Réanimation : soins intensifs médecine d'urgence 1998 – 15 – 25 – 31.

21) BOUSQUET J HATTON F, GODARP P, Asthma Mortality in France 1987; 80: 389 – 394.

22) DELECOUR – M

Encyclopédie d'urgence Tome 1 P 1 - 24 20 8A¹⁰ 6 1972

23) TESTART –J

Encyclopédie d'urgence P24 – 05 9A¹⁰ 10 1968

24) LENRIOT – P

Encyclopédie Médico Chirurgicale Tome 1 P1 – 24 04 8B¹⁰ 12 1975

25) BAZIRA – L et Col :

Influence de la Nécrose intestinale dans le pronostic Post – opératoire de l'occlusion intestinal aiguë

Expérience de 123 cas opéré à l'hôpital de Bujumbura (Burundi)

Ann . Le chirurgie 1989, vol 43 (10) P 811 à 813

26) POULAIN J

Encyclopédie d'urgence Tome 1 P24 – 060 A 4 1968

27) JEAN P :

Manuel pratique d'initiation à l'anatomie

www.oncorea.com /syll urgences / urgences.

Hotmail _3k_En

28) TEOSDALE G, JENNET B – Assesment of coma and Inpaired consciousness a praticol scale Laucet 1974: 2 : 81 – 84.

29) MAIGA O. I. : Mortalité et morbidité dans le service des soins intensif de HNPG intérêt dans scores de gravité. FMPOS – 42 P Annexe 1999.

30) DOUMBIA GNAMAKOLO : Etude de la mortalité et de la morbidité aux urgences CHU de Treize villes. Mars 1971 – Février 1972 – Thèse médecine N°633.

31) GUEHI_: Etude de la mortalité et la morbidité dans le service de médecine de Treize villes en 1974. Thèse médecine Abidjan 1975 (95 pays).

32) AROUNA et Al : Principales causes de mortalité et de morbidité à l'Hôpital National de Niamey en 2000. Thèse Médecine Niamey 2001 N°32

33) CRUZ JOE TOFT ET All: The effectiveness of geriatric Interconsultation in elderly patients admitted of Traumatologie. An Médecine Internationale 1994 juin ; 11 (6) : 273 – 7.

34) DEMBELE – AS

Evaluation du nouveau service de soins intensif de l' H N P G

Thèse Médecine Bamako 1998 n° 44 .

35) N'GAKA et Col

Mortalité infantile dans les unités de réanimation de Libreville
pronostic et indice de gravité 13^{ème} congrès annuel de SAARAFNF
Bamako Nov 1996.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **BOLEZOGOLA**

Prénom : KARITIE

Titre de la thèse

Etude de la Morbidité et la Mortalité des malades hospitalisés au service des urgences du CHU Gabriel TOURE.

Année : **2006 – 2007**

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé Publique, médecine, chirurgie.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur 800 patients reçus dans le service des urgences chirurgicales du CHU Gabriel TOURE pour l'étude de la morbidité et la mortalité des malades hospitalisés au SUC. Le but de ce travail était d'informer les autorités politiques et administratives, les autorités sanitaires ainsi que la population sur l'ampleur de la mortalité et la morbidité liée aux différentes pathologies retrouvées aux urgences. Les objectifs étaient surtout de décrire les caractéristiques sociodémographiques et économiques des malades traités dans le service, de rechercher les principales pathologies prises en charge dans le service, de déterminer les pathologies les plus mortelles dans le service formuler les recommandations afin d'améliorer la situation.

Sur une période de 12 mois de janvier à décembre 2006 le taux de la mortalité était de 27, 1%.

L'âge moyen de nos patients était 44 ans avec des extrêmes variant de 1an à 87 ans. La prédominance masculine a été nette avec 71,5 %. Les élèves et étudiants ont représentés la couche sociale la plus concernée avec 21, 8%. Les pathologies chirurgicales ont enregistré un grand nombre de décès.

Mots clés Morbidité - Mortalité - Urgence.

FICHE D'ENQUÊTE

Identité du Malade

Date :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Nationalité :

Profession :

Résidence :

Statut Matrimonial :

.....

Ethnie :

Motif d'admission :

.....

Examen clinique :

.....

.....

.....

.....

Examens Complémentaires Réalisés :

Rx.. Scanner Ec ... SP.... ECG....

Echo-cœur..

Groupage Rhésu .. HB HT... NFS... Ionogramme

Sanguin.

Glycémie.... Autres Lesquels

Diagnostic Retenu :
.....
.....

TRAITEMENT RECUS

Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	Rempliss	<input type="checkbox"/>
vasculaire.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Antalgique.....		Intervention	
chirurgicale...			
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédatif.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Oxygénothérapie.....		Broncho-	
dilatateur.....			
Anti-inflammatoire..	<input type="checkbox"/>	Diurétiq	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Intubation.....			
Vasopressine.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Assistance		respiratoire....	
Pansement.....			
Anti	<input type="checkbox"/>	hypertenseur....	<input type="checkbox"/>
Plâtrage.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Antidiabétique.....		Lavage	
gastrique.....			

Autres Lesquels..... .

EVOLUTION

Favorable : Exeaté

Transféré.....

Défavorable : Evact

Transféré.....

COMPLICATIONS

Neurologique.....

Cardiovasculaire...

Pleuro pulmonaire.

Rénale.....

Uro-génitale.....

Digestive.....

Septicémie.....

Décedé.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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.