

Ministère de l'Enseignement
Supérieur 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)

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
(FMOS)



Année universitaire : 2021-2022

N° thèse : /...../

TITRE

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS
ADMIS AU DECHOCAGE DU SERVICE
D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHU
GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : 31/01/2024 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : Mr Oumar COULIBALY

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

Jury

Président : Mr Djibo Mahamane DIANGO, Professeur

Directeur : Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE, Maître de conférences agrégé

Co-Directeur : Mr Amadou GAMBY, Médecin Anesthésiste Réanimateur

Membre : Mr Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE, Maître de conférences agrégé

**DEDICACE ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACE

A ALLAH

Je dédie ce travail à ALLAH le Miséricordieux, Source de tout Amour et de toute Grâce. En cet instant solennel, je me tiens humblement devant toi pour exprimer ma gratitude infinie. Tu as été mon Roc, ma lumière et mon guide tout au long de ma vie. Ta présence bienveillante m'a enveloppé de ta miséricorde, m'insufflant force et espoir lorsque je me suis senti perdu. Que ma vie soit une louange perpétuelle à ta grandeur et à ta majesté.

A mon Feu papa Karamoko COULIBALY

Tu représentais pour moi un admirable conseiller, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu méritais pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de consentir depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'un père ne puisse faire pour ses enfants. J'aimerais tant te voir à mes côtés en ce jour mais hélas qu'ALLAH le Tout puissant puisse veiller sur toi là où tu te trouves présentement. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour papa.

A ma feu maman Mariam KEÏTA

Affable, honorable, aimable : Tu représentais pour moi le symbole de la bonté par excellence. Tes prières et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu méritais pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de consentir depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour ses enfants. J'aimerais tant te voir à mes côtés en ce jour mais hélas que le Tout puissant puisse veiller sur toi là où tu te trouves. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour maman.

A mon grand frère Souleymane COULIBALY

Depuis notre enfance, nous avons partagé des moments de joie, de rire, de pleur et de complicité. Ensemble, nous avons grandi, appris et surmonté les défis qui se sont présentés sur notre chemin. Tu as été mon partenaire de jeu, mon confident et mon allié, toujours prêts à se soutenir et à se protéger.

Puissions-nous continuer à grandir ensemble, à nous soutenir mutuellement dans nos aspirations et à célébrer nos réussites collectives. Que notre lien fraternel reste fort et indestructible, porteur de joies, de partages et de soutiens. C'est l'occasion pour moi de te réaffirmer toute mon affection fraternelle et fidèle attachement avec amour et reconnaissance.

A mon épouse Coumba BALLO

Je te dédie ce travail, pour tout ton soutien durant ce long parcours qui au final a porté du fruit. En effet, tu as toujours été là dans les bons comme les mauvais moments. Malgré mon caractère introverti et quelquefois repoussant, tu es restée à mes côtés et tu m'as acceptée tel que je suis. Peu importe la difficulté, tu restes tellement forte et déterminée que renoncer ou baisser les bras n'est pas une option quand on est auprès de toi. Puisse le bon Dieu te bénir, te fortifier davantage. Reçois toute mon affection.

A mes Fatoumata COULIBALY et Karamoko COULIBALY

Vous êtes cette joie qui inonde mon cœur depuis vos jours de naissances respectives et vous avez été ma force invisible dans les moments les plus durs. Retenez à travers ce travail que la réussite doit être votre destinée, que le chemin pour y parvenir est souvent long et difficile mais qu'il faut toujours relever le défi avec patience, courage et volonté. Recevez par là tout mon amour et toute mon assistance. Qu'Allah vous bénisse et vous donne longue vie.

REMERCIEMENTS

A mon pays le Mali Ba Merci pour l'éducation reçue qui me rend digne fils. J'ai appris quelque chose de grand, de très précieux l'humilité. Merci.

Merci pour ces années passées, le soutien multiforme, l'apport et la collaboration dans l'élaboration et la rédaction de ce document.

A mes amis Dr Leonard NOUDJOUTI, Sidiki CAMARA

Merci pour toutes ces années passées de franche collaboration, de fraternité, de soutien multiforme et aussi pour l'apport et la collaboration dans l'élaboration et la rédaction de ce document.

Ma tante Aminata SIDIBE et mon oncle Bakary DOUMBIA

Merci pour vos soutiens multiformes pendant toutes ces longues années difficiles d'étude. Je suis sans voix pour vous témoigner toute ma reconnaissance. Merci que Dieu vous bénisse richement et vous accorde santé et longévité.

A notre maître Professeur Djibo Mahamane DIANGO

Ce fut un bonheur et un réel plaisir d'avoir fait partie de vos élèves. Vos connaissances scientifiques, votre rigueur dans le travail forcent l'admiration. Plus qu'un maître, en vous nous avons trouvé un père. Votre désir d'excellence nous a boosté tout au long de notre séjour dans votre service. Merci pour tous vos conseils, nous ne les oublierons jamais. Puisse le seigneur continuer de vous couvrir de ses grâces.

A nos maîtres : Professeurs Abdoul Hamidou Almeimoune, Thierno

Madané DIOP, Moustapha Issa MANGANE, Broulaye Massaoulé

SAMAKE, Dr André KASSOGUE

Nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude pour l'enseignement durant notre internat. Vous nous avez consacré votre temps précieux malgré vos multiples préoccupations. Que vos rigueurs au travail, vos sens critiques et vos nobles qualités humaines soient pour nous le meilleur exemple à suivre. Veuillez trouver ici, chers Maîtres, l'expression de nos vifs remerciements et de notre estime.

Merci à tous les médecins anesthésistes réanimateurs **Dr Adama COULIBALY Dr Gamby Amadou, Dr Soumaré Alfousseiny, Dr Sanogo.**

Merci également à tous les médecins de garde, les DES en anesthésie-réanimation : **Dr Traore Aliou, Dr Koureysi, Dr Cissé, Dr Touré, Dr Bakayoko, Dr Badimi, Dr Ouédraogo, Dr Dao, Dr Odou Koné, Dr Gueye, Dr Judith, Dr OMS, Dr Sackho, Dr Dombia, Dr Boundy, Dr Diall, Dr Ouattara, Dr Mika** et les internes du DARMU pour l'enseignement, la formation, la collaboration et contribution à la réalisation de ce travail.

A mes collègues internes du service : **Hafsatou Samaké, Soumaré Mamadou, Magassouba, Aminata Koné, Cheick Coulibaly, Coulibaly M, Coulibaly Abdoul karim, Safiatou Sangaré, Marie Thérèse Poudiougou, Chieck Ivan, Franck Emerson, Magassa, Camara, Fofana, Stéphane Batoudi, Zeina,**

Bocoum, Théra, Diallo Tidiane, Kantao merci infiniment pour tous ces temps de franche collaboration, de fraternité de convivialité, de respect réciproque.

A tout le personnel du service : **Major Sangaré, Mme Agathe, Yaya, Abdoulaye Sidi, les infirmiers, les brancardiers et les techniciens de surface.** Merci pour votre soutien, votre serviabilité, votre collaboration. Que Dieu le Tout Puissant continue à veiller sur vous et vos familles respectives.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Djibo Mahamane DIANGO

- Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste ;**
- Professeur titulaire à la FMOS ;**
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- Chef du DARMU du CHU Gabriel Touré ;**
- Chef du service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré ;**
- Spécialiste en Pédagogie Médicale ;**
- Secrétaire générale de la SARMU- Mali ;**
- Membre de la SFAR ;**
- Membre de la SARAF ;**
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'AnesthésieRéanimation (WAFSA) ;**
- Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Honorable maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir comme président de ce jury. Votre simplicité, la clarté de vos enseignements, vos qualités professionnelles, votre rigueur dans le travail bien fait ainsi que votre ponctualité font de vous un maître respecté et admiré de tous. Honorable maître, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et qu'Allah vous accorde une longue.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

- Anesthésiste-Réanimateur**
- Maître de conférences agrégé**
- Ancien interne des hôpitaux du Mali**
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- Chef de service de la régulation médicale au CHU Gabriel TOURE**
- Membre de la SARMU-Mali**
- Membre de la SARAF**
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation**
- Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)**
- Diplômé en technique ultrasonique en anesthésie réanimation et médecine critique**
- Diplômé en pédagogie médicale**
- Certifié en lecture critique d'articles scientifiques**

Cher maître, merci pour la confiance témoignée en nous accordant ce travail. Nous avons été marqués par votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre sens de l'écoute, votre sens élevé de la dignité humaine, votre forte sympathie et votre humilité. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Amadou GAMBY

- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- Médecin Anesthésiste-Réanimateur ;**
- Membre de la SARMU Mali ;**
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie (WFSA) ;**
- Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations, ce qui nous offre l'opportunité de vous exprimer notre profonde admiration et notre profonde gratitude. Veuillez accepter cher Maître, l'expression de nos vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE

- Spécialiste en médecine d'urgence et catastrophe ;**
- Maître-assistant à la FMOS ;**
- Chef de service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali ;**
- Membre du SARMU Mali ;**
- Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre sens du devoir bien accompli, votre sens pratique et votre rigueur scientifique sont à votre honneur. Votre constante disponibilité et votre dynamisme ont été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici, chère maître, l'expression de notre attachement et de notre gratitude.

Liste des abréviations

- ASP** : Abdomen sans préparation
- AVP** : Accident de la voie publique
- BU** : Bandelette urinaire
- BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive
- CBV** : Coups et blessures volontaires
- CCMU** : Classification clinique des malades aux urgences
- CCMU D** : Classification clinique des malades aux urgences décédés
- CCMU P** : Classification clinique des malades aux urgences psychiatriques
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CHU GT** : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
- CIMU** : Classification infirmière des malades aux urgences
- CRP** : Protéine C – réactive
- ECG** : Electrocardiogramme
- EP** : Embolie pulmonaire
- FID** : Fosse iliaque droite
- FMOS** : Faculté de médecine et d'odontostomatologie
- GCS** : Score de Glasgow
- GE** : Goutte épaisse
- GEMSA** : Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil
- GR-RH** : Groupage rhésus
- H** : Heure
- HbA1C** : Hémoglobine glyquée
- HED** : Hématome extradural
- HSD** : Hématome sous dural
- HTA** : hypertension artérielle
- IAO** : Infirmier d'accueil et d'orientation
- IC** : Insuffisance cardiaque

- IOT** : Intubation oro-trachéale
IPP : Inhibiteur de pompe à protons
IRA : Insuffisance rénale aiguë
IRM : Imagerie par résonance magnétique
LVS : Liberté des voies aériennes supérieures
MI : Membre inférieur
NFS : Numération formule sanguine
O2 : Oxygène
OAP : Œdème aigu du poumon
PA : Pression artérielle
PAD : Pression artérielle diastolique
PAS : Pression artérielle systolique
PEC : Prise en charge
RX : Radiographie
SAU : Service d'accueil des urgences
SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales
SCA : Syndrome coronarien aigu
SU : Sondage urinaire
SNG : Sonde nasogastrique
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SRV : Sérologie rétrovirale
TAP : Tomodensitométrie Thoraco-abdomino-pelvienne
TC : Traumatisme crânien
TDM : Tomodensitométrie
TOGD : Transit œsogastroduodénal
TTT : Traitement
TSA : Tronc supra-aortique
USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
UV : Urgence vitale

UVIH : Urgence vitale intra hospitalière

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

VVC : Voie veineuse centrale.

VVP : Voie veineuse périphérique

Table des matières

INTRODUCTION	2
OBJECTIFS	4
Objectif général	5
Objectifs spécifiques	5
1 GENERALITES	7
1.1 Définition	7
1.2 Le triage	7
1.3 Classification	8
1.4 Aspect épidémiologique des urgences vitales	9
1.5 Rappels cliniques et anatomo-pathologiques	10
1.6 Aspect clinique des urgences vitales	10
2 METHODOLOGIE	22
2.1 Cadre d'étude	22
2.2 Patients et méthode	24
3 RESULTATS	28
3.1 Données sociodémographiques	29
3.2 Données cliniques	31
3.3 Données paracliniques	36
3.4 Données évolutives	40
4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION	48
4.1 Epidémiologie	48
4.2 Données sociodémographiques	48
4.3 Données cliniques	49
4.4 Données thérapeutiques	50
4.5 Données évolutives	51
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION	53
REFERENCES	55
Fiche signalétique	59
Serment d'Hippocrate	64

Liste des illustrations

Liste des tableaux

Tableau I: La tranche d'âge	29
Tableau II: La profession	29
Tableau III: Le sexe	30
Tableau IV: Les moyens de transport	30
Tableau V: Le mode d'admission	30
Tableau VI: Les motifs de recours à la salle d'urgence vitale	31
Tableau VII: La classification CCMU	31
Tableau VIII: Les signes cliniques de l'état de choc	32
Tableau IX: Les signes cliniques respiratoires	32
Tableau X: Les signes neurologiques	33
Tableau XI: Le type de pathologie	33
Tableau XII: Les pathologies médicales	34
Tableau XIII: Les pathologies chirurgicales traumatiques et non traumatiques... 35	35
Tableau XIV: Le bilan sanguin.....	36
Tableau XV: L'imagerie	37
Tableau XVI: Le conditionnement	37
Tableau XVII: La prise en charge hémodynamique	38
Tableau XIX: La prise en charge respiratoire des patients.....	38
Tableau XX: La prise en charge neurologique	38
Tableau XXI: Autres prise en charge	39
Tableau XXII: Le Traitement chirurgical.....	40
Tableau XXIII: La durée du séjour au SAUV	40
Tableau XXIV: L'évolution.....	41
Tableau XXV: La répartition selon la cause du décès.....	41
Tableau XXVI: La répartition selon l'orientation en aval du SAUV	42
Tableau XXVII: La relation entre l'évolution et la durée de séjour	42
Tableau XXVIII: La relation entre l'évolution et le moyen de transport	43

Tableau XXIX: La relation entre l'évolution et le moyen de transport	43
Tableau XXX: La relation entre l'évolution et la prise en charge respiratoire	43
Tableau XXXI: La relation entre les motifs d'admission et la CCMU	44
Tableau XXXII : La relation entre l'évolution et la prise en charge hémodynamique	45
Tableau XXXIII: La relation entre l'évolution et la prise en charge neurologique	45
Tableau XXXIV: La relation entre l'évolution et la prise en charge chirurgicale	46

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les services d'urgences sont des structures de premier contact du malade avec les établissements hospitaliers. La mission d'un service d'accueil des urgences (SAU) est l'accueil de tout-venant et de procéder à un tri et une catégorisation en urgence vitale. Elle doit avoir une priorité aux soins, d'assurer aux malades une stabilisation par des soins d'urgences et/ou de références vers les structures sanitaires appropriées [1].

La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou encore appelé (déchochage) est le lieu d'accueil et de prise en charge, au sein d'un service d'urgences, des patients en détresse vitale [1].

L'urgence vitale est une situation ou pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement faute de soins rapides et adaptés [2]. Ces urgences vitales surviennent presque toujours dans un contexte socio-économique défavorable, ce qui pose de réels problèmes de prises en charge [3].

Dans la plupart de pays développés, notamment la France la prise en charge des urgences commence en pré hospitalier par les sapeurs- pompiers et ou le SAMU (service d'aide médicale d'urgence) qui est une structure de régulation médicale qui centralise les appels d'urgence et coordonne les réponses ; ensuite orientés vers les structures de soins les mieux adaptées en fonction du degré de gravité.

Au Mali, l'organisation des urgences ne réponde à aucun schéma préétabli car, il n'existe pas de structure de prise en charge préhospitalière de type "SAMU". Certains malades sont évacués sur le service des urgences par la protection civile ou la police. Les autres viennent d'eux même ou transportés par la famille ou par des personnes de bonne volonté témoins du mal d'un patient par exemple [4].

Par ailleurs le développement économique et ses corollaires favorisent l'émergence des pathologies nouvelles non répandues il y a quelques temps dans les pays du sud ; notamment :

- Les affections cardiovasculaires ;
- Les traumatismes suite aux accidents de la voie publique ;
- Les pathologies endocriniennes [5].

Tous ces changements entraînent une diversification des problèmes de santé. Il devient donc impératif de proposer des solutions pour venir en aide aux populations particulièrement touchées. L'impact de ces différents changements épidémiologique et démographique sur la nature de la demande des soins médicaux d'urgence au Mali n'est actuellement pas connu ; mais pourrait bien être considérable.

Beaucoup d'études ont été réalisées dans le monde sur les urgences vitales :

En France, Passeur a retrouvé comme urgence vitale 11% des admissions au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers en 2015 [6].

En Amérique, une étude prospective a été réalisée entre 2016– 2017 sur des patients de 18 ans, qui ont colligé 317 patients dont 23 (7,3%) étaient des urgences vitales [7].

Au Mali, les urgences vitales représentaient 7,9% des admissions au SAU du CHU Gabriel TOURE en 2008 selon Koné. OB [4] ; et 2,23% au CHU de l'hôpital du Mali en 2020 selon DIOMBANA K [8].

Le CHU Gabriel Touré est une structure de 3^{ème} référence de la pyramide sanitaire au Mali. Son service des urgences, constitue le principal point d'accueil des malades et est le service des urgences le plus fréquenté du Mali.

Cependant, peu d'étude ont été menée sur le profil épidémiologique des patients admis à l'unité de déchochage ; d'où l'intérêt de notre étude.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier le profil épidémiologique des patients admis au déchochage du service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE.

Objectifs spécifiques

- 1) Déterminer la fréquence des urgences vitales ;
- 2) Enumérer les différents motifs d'admission des patients au déchochage ;
- 3) Décrire le profil pathologique des patients admis au déchochage ;
- 4) Décrire le devenir des patients admis au déchochage ;
- 5) Rapporter la mortalité des patients admis au déchochage.

GENERALITE

1 GENERALITES

1.1 Définition

Les urgences vitales sont représentées par la survenue d'une détresse respiratoire, une instabilité hémodynamique et/ou de troubles de la conscience. La prise en charge de ces urgences repose sur des gestes parfois simples, mais devant être réalisés au plus tôt. Les urgences vitales intra-hospitalières ont par définition, lieu à l'intérieur même de l'hôpital. Elles peuvent concerner les patients, mais également les soignants, les visiteurs ou encore les personnes travaillant dans l'établissement. La soudaineté et l'inopportunité de l'urgence intra hospitalière font sa gravité [4].

1.2 Le triage

La prise en charge correcte de tout patient passe par une première étape incontournable : le triage est un processus visant à déterminer à la phase initiale de la prise en charge d'un patient, la filière adaptée à son état en termes de délai et de type de soins [7]. Aujourd'hui, le triage aux services d'urgence est appliqué dans plusieurs pays. Plusieurs modèles sont proposés :

En Australie : The Australasian Triage Scale (ATS) créée en 1997 puis révisée en 2^{ème} version ;

Au Canada : Triage and Acuity Scale (CTAS) ou Echelle de Triage et de Gravité (ETG), créée en 1999 et révisée en 2005 puis en 2008 ;

En Espagne : Sistema estructurado de triaje (SET), qui est une adaptation du Model Andorrà de triatge (MAT) ;

En France : la Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) qui repose sur la Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) ;

Au Royaume-Uni : The Manchester Triage System (MTS), publié en 1997 et révisé en 2005.

Aux USA : The Emergency Severity Index (ESI) à sa version 4 en 2005. [8] Ceci ne doit souffrir d'aucun retard dans un hôpital de troisième référence. Ça sera à un infirmier d'état formé aux fonctions d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)

d'accueillir, d'évaluer, de catégoriser et d'orienter sans délai en accord avec le médecin trieur du jour ou le répondant de l'antenne de régulation médicale. L'évaluation nécessite peu de matériels et d'équipements. Elle repose sur l'inspection, le toucher et le contact verbal avec le patient, y compris un rapide et sommaire interrogatoire sur le motif de recours. Le tri de l'urgence vitale doit prendre en compte la notion d'éthique. Le bilan vital, lésionnel et fonctionnel est indispensable et ne doit pas compromettre la prise en charge de l'urgence vitale. [9]

1.3 Classification

L'urgentiste s'appuie sur des classifications pour définir les situations cliniques des malades :

1.3.1 La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) [10] :

La CCMU tient compte du pronostic vital et des examens réalisés, quand un patient arrive au SAU, il est tout de suite examiné par le médecin trieur aidé par l'infirmier d'accueil et d'orientation, qui le classe selon le CCMU :

- ↪ **CCMU 1** : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.
- ↪ **CCMU 2** : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux 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.

La CCMU modifiée y ajoute deux items : CCMU P et CCMU D

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

☞ **CCMU D** : patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences.
Pas de réanimation entreprise.

La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences (GEMSA) : [11]

La classification GEMSA reflète la gravité mais également le circuit du patient par son mode d'arrivée et de sortie. Elle classe les patients en 6 groupes selon leurs modes d'entrée, de sortie et la demande de soins. La charge pour le personnel médical et infirmier est plus lourde pour le groupe 4 et 6.

- **GEMSA 1** : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.
- **GEMSA 2** : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.
- **GEMSA 3** : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.
- **GEMSA 4** : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.
- **GEMSA 5** : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.
- **GEMSA 6** : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée.

1.4 Aspect épidémiologique des urgences vitales

En 2014, sur 54101 patients qui ont consulté aux urgences adultes du CHU d'Angers en France, 6152 étaient en situation d'urgence vitale avérée ou potentielle (11%) [4].

En 2012 les UVIH représentait 10 % de l'activité globale de la SAUV (71 patients).

En 2005, 1667 malades ont été admis à la SAUV du CHU IBN ROCHD de CASABLANCA ayant des détresses vitales [7]. En 2019 au Maroc Entre le 24 septembre et le 30 novembre, nous avons comptabilisé 614 admissions à la SAUV du CHU HASSAN II de Fès.

Au Mali en 2006 ; 9,60% des patients ont été admis en soins intensifs au CHU Gabriel Touré [6].

1.5 Rappels

Les fonctions vitales de l'organisme et les principales manifestations sémiologiques en cas de perturbation, ils se résument en trois entités

↳ **La fonction neurologique** : la perturbation grave de la conscience appelée coma fait courir un risque vital à court terme par deux phénomènes : menace la liberté des voies aériennes, perturbe la ventilation.

↳ **La fonction circulatoire** : en cas de perturbation de la fonction circulatoire, on assiste à : soit un collapsus, soit un choc, soit un arrêt cardio circulatoire.

↳ **La fonction respiratoire** : la respiration nécessite la participation de très nombreux organes. La ventilation requiert une commande centrale, une afférence nerveuse, un soufflet musculosquelettique, des voies aériennes supérieures et inférieures intègres. Le transfert de l'oxygène nécessite une membrane alvéolocapillaire, une perfusion adaptée dans les territoires ventilés, un débit cardiaque, le transport par l'hémoglobine

✚ Un obstacle à la filière aérienne dont les causes peuvent être intriquées : coma par lésion cérébrale et hypertension intracrânienne s'associant à une hypertonie ou une hypotonie, crises convulsives, causes mécaniques (inhalation de corps étrangers, de liquide gastrique ou de sang) délabrement facial important.

✚ Hypoventilation alvéolaire dont les causes sont aussi multiples. L'origine centrale peut être liée à la profondeur du coma et à la répétition des crises convulsives ou à une atteinte médullaire haute par traumatisme du rachis cervical,

✚ Origine périphérique traduit une altération de la mécanique ventilatoire lors des traumatismes thoraciques, lors des pneumothorax ou hémothorax abondants. Il peut s'agir d'un trouble de la diffusion alvéolocapillaire dans le cadre d'une contusion pulmonaire ou d'une pneumopathie d'inhalation. La multiplicité des étiologies de détresse respiratoire explique le décès précoce en absence de gestes de sauvetage.

1.6 Aspect clinique des urgences vitales

Le syndrome de détresse circulatoire : [12] Le syndrome de détresse circulatoire ou choc hémorragique est un choc hypovolémique caractérisé par une perte

extravasculaire importante et rapide de sang induisant une diminution du volume sanguin circulant. Le choc hémorragique est défini cliniquement par une diminution aiguë et durable de la pression artérielle systolique (PAS) à des valeurs inférieures à 90 mm Hg (ou inférieures de 30 % aux valeurs habituelles de PAS du patient), en relation avec une perte rapide et importante de sang par effraction vasculaire, accompagnée de signes cliniques d'hypo perfusion, de dysfonction ou de défaillance des organes (marbrures, oligurie, dysfonction cérébrale). La relation entre volume sanguin spolié et dysfonction/défaillance d'organes dépend de la rapidité avec laquelle la volémie diminue, mais également des antécédents des patients (athérome, dysfonction préexistante d'un organe, traitements chroniques, etc.) et du contexte clinique (traumatologie, peropératoire, autres). Cliniquement, il comporte quelque sorte de signes : pâleur des culs-de sac conjonctivaux, temps de recoloration augmenté, éventuellement complète de la baisse de l'oxymétrie.

Des symptômes hémodynamiques : baisse de la pression artérielle, vasoconstriction périphérique (visage, extrémités, pouls perçu), soif et agitation sont moins spécifiques et nécessitent une démarche étiologique et thérapeutique urgente et adaptée au contexte. Face à cette hypovolémie, le corps met en jeu des mécanismes compensatoires Essentiellement sympathiques : vasoconstriction périphérique et accélération de la fréquence cardiaque, permettant de maintenir le débit cardiaque et une pression artérielle. Les signes cardinaux du choc n'apparaissent que tardivement avec une perte de masse sanguine de 30% soit 1.5L à 2L de sang total. La baisse du débit cardiaque fait apparaître un pincement de la pression artérielle différentielle avec un pouls filant, mal perçu et des bruits du cœur mal frappés (La plupart des auteurs s'accordent vers un pincement inférieur à 40mmHg). Il intervient alors une hypo perfusion et un déficit en oxygénation des tissus entraînant une acidose métabolique et une hyperlactatémie [16]. Le choc hémorragique fait partie des états pathologiques qui mettent en jeu le pronostic vital à très court terme. Il nécessite une prise en charge immédiate, raisonnée et organisée, au risque d'une issue défavorable et rapidement fatale pour le patient

Le syndrome de détresse respiratoire : [13] La détresse respiratoire aiguë est un sujet extrêmement vaste du fait de la diversité des patients concernés, des organes impliqués et des étiologies. La problématique dans les services d'urgence est d'associer un traitement symptomatique immédiat, une démarche diagnostique urgente et un traitement étiologique. La gravité extrême est cliniquement évidente : trouble de conscience, bradycardie hypoxique, cyanose, marbrures, gasps, et impose une ventilation invasive (VI) immédiate après intubation trachéale. Les symptômes d'épuisement respiratoire qui précèdent, regroupent le balancement thoraco-abdominal, l'utilisation des muscles respiratoires accessoires, le battement des ailes du nez (particulièrement chez l'enfant), la bradypnée. Les signes d'hypoxémie sont la tachycardie, la tachypnée, la désaturation et la cyanose. Les signes d'hypercapnie aiguë sont : la tachycardie, l'hypertension artérielle, les sueurs, l'astérisis, la confusion et la somnolence. Le niveau de détresse détermine les indications à l'hospitalisation en SAUV. La démarche diagnostique clinique passe par un interrogatoire qui recherche des éléments concernant le terrain, l'anamnèse, et un recueil de signes cliniques de décompensation respiratoire mais aussi extra-respiratoire en particulier cardiocirculatoires. Différents examens complémentaires peuvent aider au diagnostic. Le syndrome de détresse neurologique : [14,15] La détresse neurologique est définie par un (GCS \leq 8). Le coma résulte d'une dysfonction bilatérale du cortex cérébral ou du système réticulé activateur du tronc cérébral. Le patient comateux n'ouvre pas les yeux (ni spontanément, ni après une stimulation) et, même après ouverture manuelle, aucune poursuite visuelle n'est observée. Il n'émet aucun son et n'obéit à aucun ordre verbal. Aucune réponse volontaire et consciente n'est observée ; Seule, une activité réflexe persiste. Cet état doit durer pour être différencié d'une syncope ou d'un autre état de conscience transitoirement altéré. Un examen tomodensitométrique permettra ensuite de définir l'étendue des lésions cérébrales. Cependant, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sera plus informative si les lésions sont de petites tailles. Le pronostic est généralement posé dans les trois jours, pour les comas d'origine non traumatique.

La moitié des patients sans chance de récupération décède durant cette période. La majorité des patients restants (90 à 95%) récupère dans les trois jours à deux semaines tandis que 50 à 80 % des traumatisés crâniens récupèrent après un an.

Le syndrome métabolique : Il est caractérisé par la conjonction de troubles, souvent modérés, d'origine glucidique, lipidique ou vasculaire, associés à une surcharge pondérale, qui vont agir en synergie, provoquer un diabète de type 2 et prédisposer à l'athérosclérose et à ses événements cliniques [16]

Les complications aiguës du diabète : [17]

↳ **Signes de cétose**

Amaigrissement récent, asthénie, nausées, vomissement, douleur abdominales (palper l'abdomen à la recherche d'une défense ou d'une contracture, haleine acétonique).

↳ **Signes d'acidose**

Polypnée d'acidose $FR > 20/\text{min}$, obnubilation, déshydratation globale : tachycardie, hypotension, plis cutané, langue sèche, etc. La température varie parfois (hypothermie, parfois normo thermie malgré l'infection) ; cétonurie $> 3+++$ et glycémie $> 3\text{g/l}$; digestives (douleurs + vomissements) ; BU systématique et obligatoire ; respiratoires (polypnée d'acidose) ; neurologiques (de l'obnubilation au coma profond, sans signe de localisation propre). Une céto-acidose à elle seule explique rarement un coma profond.

↳ **Coma hyperosmolaire**

Patient de plus de 60 ans : diabétique connu ou non, non traité par insuline, pathologie intercurrente (infectieuse, vasculaire, iatrogène) ; cliniquement il se présente par : syndrome polyurie-polydipsie, déshydratation intra et extracellulaire, les signes neurologiques.

↳ **Coma hypoglycémiant**

Glycémie $<$ ou $= 0,60\text{ g/l}$ (chez le diabétique) Bien avant le coma : signes annonciateurs (signes neurologiques : asthénie, céphalées, trouble du comportement,

réponse en retard aux stimuli verbaux, troubles visuels (ex : diplopie), convulsions, perte de connaissance).

↳ **Signes sympathiques**

Hypersudation, tremblements, sensation de faim impérieuse, tachycardie. Pendant la phase coma (agitation, hypersudation, hypertonique, parfois des convulsions, réflexe ostéo-tendineux vifs) parfois signes de focalisation : crise convulsive, hémiplégie, paralysie faciale.

1.6.1 Les urgences médicales

1.6.1.1 Les accidents vasculaires cérébraux aigus [18–20]

Un accident vasculaire cérébral (AVC) se traduit par un arrêt brutal de la circulation sanguine à un ou plusieurs endroits du cerveau à cause d'un vaisseau sanguin qui s'est bouché ou rompu. L'obstruction ou la rupture de ce vaisseau provoque un manque d'oxygène dans la zone atteinte. Cet accident neurologique peut se produire à tout âge, mais ce sont généralement les personnes âgées de plus de 65 ans qui sont les principales victimes.

L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 73 ans, quel que soit le sexe. Toutefois, on observe depuis quelques années une hausse des cas d'AVC chez les 20-64ans. Troisième cause de mortalité, l'AVC constitue une urgence vitale, la rapidité de la prise en charge joue un rôle dans la gravité des lésions ; c'est la première cause d'handicap moteur chez l'adulte. Le terme général désigne couramment les syndromes neurologiques qui accompagnent :

✚ Ischémie, l'infarctus et le ramollissement cérébral

Conséquence d'une thrombose ou d'une embolie. A court terme, il est vital, 20% de décès surviennent dans les 15 premiers jours. La mortalité précoce est le fait de l'extension de l'infarctus cérébral conduisant à l'engagement. La mortalité secondaire est le fait des complications thromboemboliques veineuses et ou des complications infectieuses. Une thrombolyse doit avoir lieu idéalement dans les 90 minutes et au grand maximum moins de 4 heures 30 minutes après l'apparition des

premiers symptômes (trouble de la mémoire, aphasie, une parésie ou paralysie de l'hémicorps et d'autres moyens médicamenteux. Comme anticoagulants en cas de cardiopathie emboligène qui doit être discuté si l'accident est important du fait du risque majoré de survenue d'une hémorragie secondaire ; par antiagrégants plaquettaires en cas d'ischémie le plus souvent de l'aspirine à petites doses ; un antihypertenseur qui permettra cependant de maintenir une pression artérielle minimale afin d'assurer une perfusion optimale du cerveau), un traitement neurochirurgical dans les cas d'infarctus ou d'hémorragie cérébrale.

✚ L'hémorragie intracérébrale

Conséquence de la rupture d'un vaisseau, un saignement intracérébral pouvant s'étendre aux ventricules ou, plus rarement aux espaces sous arachnoïdiens [20] souvent accompagnée d'œdème. Les manifestations cliniques se traduisent, selon le territoire atteint par une paralysie plus ou moins étendue, une aphasie, un coma avec des risques séquellaires invalidants. La PEC nécessite une hospitalisation afin d'effectuer une surveillance neurologique et de contrôler l'HTA, la TDM cérébrale sera refaite si l'on constate une aggravation ou, de façon systématique, à 48 heures, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour retirer le caillot de sang accumulé et décompresser le cerveau [21].

1.6.1.2 Les urgences hypertensives :

1.6.1.2.1 L'œdème aigu du poumon (OAP) [22,23]

C'est une affection pulmonaire secondaire à l'inondation ou l'accumulation brutale de liquide dans les poumons (alvéoles ou des espaces interstitiels pulmonaires), cet état est responsable de troubles des échanges gazeux et peut entraîner une insuffisance respiratoire, plusieurs facteurs sont impliqués dans sa physiopathologie :

✚ L'augmentation de la pression capillaire pulmonaire

Elle joue un rôle essentiel dans l'œdème du poumon, dans l'insuffisance cardiaque gauche.

+ Diminution de la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire

Elle est observée dans les atteintes toxiques ou inflammatoires des voies aériennes.

+ Diminution de la pression oncotique

Elle favorise le passage du transsudat des capillaires dans les alvéoles. Le plus fréquent il est d'origine cardiaque et due à une insuffisance cardiaque gauche aigüe (œdème cardiogénique), il peut être également lié à des lésions du parenchyme pulmonaire (œdème lésionnel) ou à une perfusion d'un gros volume liquidien, tel du sang ou solution saline. Ils se manifestent cliniquement par une dyspnée (orthopnée) d'installation rapide, une agitation, toux nocturne avec expectoration mousseuse, à l'auscultation une tachycardie et des râles crépitants en marée montante, le sujet peut également présenter des signes en rapport avec la pathologie responsable de l'œdème pulmonaire : une douleur thoracique, une fièvre.

1.6.1.2.2 Crise hypertensive [24]

La crise aigüe hypertensive est une élévation rapide de la pression artérielle (PA) par rapport à son niveau habituel chez un patient. Sa définition intègre une PA (200/100 mm Hg) et la défaillance d'un organe cible (Cœur, Cerveau, Rein, Rétine). C'est une Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali [14] Thèse de Médecine Kounady DIOMBANA urgence thérapeutique imposant une réduction immédiate de la PA (pas nécessairement jusqu'à des valeurs strictement normales). Une élévation de la PA sans retentissement viscéral est une poussée hypertensive. Dans ce cas, la réduction tensionnelle peut s'obtenir par la mise au repos du patient pendant une période de 30minutes à l'issue de laquelle il est licite de traiter si la PA reste 180/110 mm Hg. L'urgence hypertensive nécessite une hospitalisation dans une unité permettant un suivi rapproché du traitement antihypertenseur au mieux par un système d'enregistrement automatisé de la PA avec impression des valeurs. Un examen clinique bref, complété par des examens de laboratoire ciblés, permet d'évaluer le retentissement organique de l'HTA. L'examen clinique évalue l'état de conscience, élimine une différence tensionnelle

aux deux bras (dissection, coarctation aortique), recherche des râles crépitants aux bases pulmonaires, un bruit de galop et les pouls périphériques. Le traitement antihypertenseur doit être institué rapidement, sans attendre les résultats des examens de laboratoire afin de réduire la PA à un niveau raisonnable. Des investigations complémentaires plus élaborées pourront être entreprises par la suite.

Syndrome coronarien aigué : Le Syndrome coronarien aigué est constitué des manifestations cliniques, électrocardiographiques et biologiques liées à la rupture d'une plaque d'athérome ayant induit la formation d'un thrombus limitant le flux sanguin dans le réseau artériel coronaire.

1.6.1.2.3 Les Syndrome coronarien aigué :

Sont classés en SCA avec élévation ST (SCA ST +) et en SCA sans élévation du segment ST (SCA non ST+). Dans les SCA ST+, le thrombus est constitué principalement de fibrine entraînant une occlusion coronaire aigué totale responsable d'une nécrose complète du tissu myocardique dans les six heures, tandis que dans les SCA non ST+, il est plutôt de type plaquettaire n'obstruant pas complètement la lumière artérielle. La douleur thoracique est le signe d'appel le plus courant. Le facteur temps est l'élément clé dans la prise en charge des SCA. Quel que soit le type de SCA, le traitement comporte la prise d'aspirine, de clopidogrel ou de prasugrel, d'anticoagulant, une anxiolyse (si besoin) et un traitement antalgique. Dans les SCA non ST+, l'évaluation des marqueurs biologiques de souffrance myocardique (troponine) peut permettre une orientation diagnostique et thérapeutique dès la phase préhospitalière. L'apport récent de nouvelles et puissantes molécules antiagrégants plaquettaires et anticoagulantes a modifié les stratégies décisionnelles et de garantir une reperfusion optimale et dans les meilleurs détails [32].

1.6.2 Les urgences chirurgicales

1.6.2.1 La péritonite aigue

La péritonite est une inflammation aigue du péritoine, elle constitue une urgence médico-chirurgicale. C'est une affection mettant rapidement en cause l'intégrité de la plupart des grandes fonctions vitales. La péritonite aiguë impose des gestes chirurgicaux indiqués et exécutés à temps et la mise d'une stratégie adaptée de réanimation. La péritonite peut être généralisées ou localisées. Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominale. Le pronostic de la péritonite aigue est fonction de l'état général du patient (Age, pathologies associées) de l'étiologie et du délai de la prise en charge thérapeutique. Le diagnostic de péritonite aigue impose une intervention chirurgicale en urgence.

1.6.2.2 Appendicite aigue

C'est l'inflammation aigue de l'appendice, elle est l'urgence médicochirurgicale la plus fréquente des urgences abdominales chirurgicales. Elle survient le plus souvent entre 10 et 20 ans, exceptionnelle avant 3 ans, rare chez le très jeune enfant. Elle constitue 35 à 40% des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré au Mali. Le diagnostic est essentiellement clinique, commence le plus souvent par une douleur dans l'épigastre ou en péri ombilicale pour se localiser ensuite dans la fosse iliaque droite (FID). Il s'agit d'une douleur modérée, mais continue et lancinante. Elle sera associée à des nausées et vomissements (alimentation et bilieux), à la diarrhée ou la constipation, une fébricule à 38C ; L'examen physique sont (défense au point de McBurney union du 1/3 externe aux 2/3 internes sur une ligne entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure, l'auscultation est normale, les touchers pelviens retrouvent une douleur latérale droite. Il est souvent trompeur, à cause de l'absence de parallélisme anatomo-clinique. Le traitement est essentiellement chirurgical et peut être réalisé par laparotomie ou par voie de coeliochirurgie.

1.6.2.3 Polytraumatisme [26]

La définition d'un polytraumatisé est celle d'un patient atteint de deux lésions ou plus, dont une, au moins mettent en jeu le pronostic vital à court terme. La gravité du polytraumatisme n'est pas la seule addition de la gravité de chaque lésion. Les lésions se potentialisent entre elle par un triple effet :

↳ **La perte de sang**

Entrainée par chaque lésion (par exemple fracture du fémur, lésion de la rate, hémithorax) va entrainer un choc hémorragique grave.

↳ **Un coma**

Peut masquer un déficit médullaire du a une fracture du rachis. Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali 16 Thèse de Médecine Kounady DIOMBANA ;

↳ **Le coma d'un traumatisé crânien**

Diminue les possibilités d'adaptation d'un traumatisme thoracique et l'hypoxie va aggraver les lésions cérébrales. Les traumatismes crâniens graves : Le traumatisme crânio-encéphalique représente la première cause de mortalité des sujets de moins de 45 ans. Il représente aussi la première cause d'handicap dans la population active. Les traumatismes graves représentent 6-7000 nouveaux comas annuels dont environ 1% évoluera vers un état végétatif persistant [27]. On appelle traumatisé crânien ou crânio-cérébral 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 inférieure ou égale à 8. Les différentes lésions des traumatismes crânio-encéphaliques sont :

➤ **Hématome extradural (HED)**

C'est un épanchement de sang entre la face interne de l'os du crâne et la dure mère. Ils sont provoqués par une rupture de l'artère méningée moyenne et ou l'une de ces branches ou d'un sinus veineux plus fréquente chez l'adulte jeune ; les traumatismes

crâniens et lésions rachidiennes sont les principales causes. Ils nécessitent un examen clinique et radiologique rapides qui seuls peuvent permettre une prise en charge adéquate. Le diagnostic est évoqué devant : une notion de perte de connaissance brève dans un contexte traumatique, une mydriase tardive homolatérale, la recherche d'un signe de Babinski. La tomographie cérébrale sans injection de produit de contraste confirme le diagnostic ; elle représente une urgence neurochirurgicale et le traitement consiste à évacuer l'hématome par volet centré sur le trait de fracture ensuite on assure l'hémostase.

➤ **Hématome sous durale (HSD)**

Désigne l'épanchement de sang siégeant entre l'arachnoïde et la dure mère qui est en contact avec la boîte crânienne. L'hématome ne peut pas traverser de l'autre côté du cerveau par rapport au côté d'origine de l'hématome. En effet, la faux du cerveau sépare en deux l'espace sous durale. Les HSD peuvent causer une augmentation de la pression intracrânienne, avec compression et lésion du cerveau. Le tableau clinique est moins caractéristique et associe une altération de la conscience avec ou sans signe de focalisation, diagnostiquer par un scanner cérébral et se présente sous une forme de croissant, dont la concavité suit la courbe du cerveau ; le traitement chirurgical permet l'évacuation de l'hématome par trépanation ou volet crânien.

➤ **Hydrocéphalie aiguë**

Accumulation du liquide cérébro-spinal de façon anormale dans les ventricules du cerveau. L'augmentation du volume des ventricules, leur élargissement, est souvent lent, l'apparition progressive de difficultés pour marcher, des troubles urinaires, des difficultés de concentration ou des troubles de la mémoire. C'est pour éviter l'apparition de ces signes ou pour tenter de les faire disparaître que l'on peut proposer de traiter l'hydrocéphalie. Parfois l'augmentation du volume des ventricules est rapide, notamment après un traumatisme crânien, une hémorragie, ou par le développement rapide d'une tumeur. La compression rapide du cerveau peut alors entraîner un coma et la mort. Dans ces cas, le traitement de l'hydrocéphalie est urgent.

METHODOLOGIE

2 METHODOLOGIE

2.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

Le CHU Gabriel Touré fait partie des hôpitaux nationaux de 3eme référence de la république du Mali ; Il s'agit d'un ancien dispensaire situé dans la commune III du district de Bamako. Il a été érigé en institution hospitalière le 17 février 1959. Il est situé en plein centre-ville dans le quartier commercial de la Commune III du District de Bamako. Il est limité au Nord par le quartier général du Ministère de la Défense et des Anciens Combattants, au Sud par la Société des Chemins de Fer (Trans rail SA), à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs ABDUL RAHMAN BABA TOURE (ENI-ABT) et à l'Est par le CHU IOTA. Le SAU du CHU-GT est une référence en matière de prestation de services et de plateau technique dans le cadre de l'urgence hospitalière.

Aperçu général

↳ Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) :

- Une (01) salle de tri : animée par un médecin et par un infirmier
- Deux (02) unités d'hospitalisation de courte durée : une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Chaque salle est munie de quatre lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène, d'air et de vide.
- Huit (08) box de consultation et une zone d'attente.
- Un (01) bloc opératoire d'urgence : comprenant deux salles.
- Unités de régulation : non fonctionnelle
- Un (01) laboratoire d'analyse sanguine : équipé mais non opérationnel.
- Une (01) salle de radiologie : non opérationnelle.
- Un (01) secteur administratif

- Deux (02) bureaux et un amphithéâtre (pour le staff et où se tiennent des réunions)
- Une (01) salle de décontamination.
- La Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) :
 - Deux (02) lits de réanimation ;
 - Deux (02) scopes munis de quatre prises électriques chacun ;
 - Deux (02) bouches d'oxygène, d'air et de vide pour l'aspiration ;
 - Un (01) respirateur pour chaque lit ;
 - Une (01) seringue électrique pour chaque lit ;
 - Un (01) chariot d'urgence : un scope, un brassard, un oxymètre de pouls ; contenant les produits de sédations, le plateau d'intubation, un embu ;
 - Une (01) armoire à deux compartiments pour chaque lit ;
 - Un(e) infirmier(ère) chargé(e) des soins.

↪ **Le personnel du service est composé de :**

- Treize (13) médecins
- Vingt-sept (27) infirmiers
- Vingt-deux (22) étudiants en année de thèse.
- Quatorze (14) brancardiers.

↪ L'activité du service est organisée de la manière suivante :

- La période d'astreinte qui s'étend de 7h30-15h00.
- La garde va de 15H00-7h30 le lendemain pour les étudiants. Pour le reste du personnel la garde s'étend de 15h00-7h30 le lendemain.

Chaque équipe est composée de médecins, d'étudiants, d'infirmiers et de techniciens de surface.

Circuits des patients de façon générale au SAU

Quand un patient arrive au service d'Accueil des Urgences, il est tout de suite examiné par le médecin trieur aidé par l'infirmière d'accueil et d'orientation, qui le classe selon la Classification Clinique des Maladies aux Urgences (CCMU) :

CCMU P : il s'agit ici des cas psychiatriques. Ce sont des patients stables et orientés au service de psychiatrie du Point G.

CCMU 1 : Ces patients ne nécessitent aucun acte complémentaire. Ils sont référés à leur médecin traitant car sont des malades stables.

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

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

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

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

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

2.2 Patients et méthode

2.2.1 Période et type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective sur une période de 12 mois allant du 1^{er} septembre 2021 au 31 Octobre 2022.

2.2.2 Population d'étude

Elle portait sur l'ensemble des patients présentant d'urgence vitale.

2.2.3 Echantillonnage : non aléatoire

2.2.3.1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus :

- ✓ Tous les patients classés CCMU 4 et CCMU 5 à l'admission ;
- ✓ Tous les patients présentant une détresse vitale à l'admission.

2.2.3.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- ✓ Tous les patients classés CCMU 1 ; CCMU 2 et CCMU 3 à l'admission

- ✓ Tout patient admis en dehors de la période d'étude ;
- ✓ Tout patient accueilli directement au bloc opératoire puis transféré en réanimation.

2.2.3.3 Critères d'exclusion

- ✓ Patient admis au déchochage en post opératoire ;
- ✓ Tout patient en détresse vitale déjà hospitalisé au SAU et ceux provenant d'autre service d'hospitalisation.

2.2.4 Collecte des données :

Les données seront collectées sur des fiches d'enquête grâce aux dossiers des patients et les registres d'hospitalisations. La saisie et le traitement des données seront réalisés avec les logiciels Microsoft office 2016 (Word, Excel) et SPSS version 26.0.

Le test de chi carré (Khi 2) sera utilisé pour la comparaison des variables, avec un seuil de significativité si $P < 0,05$.

2.2.5 Considération Ethique

Un consentement volontaire, libre et éclairé des patients ou des accompagnants sera obtenu avant leur inclusion à l'étude. Le refus du patient ou de ses accompagnants de participer à cette étude n'empêchera en rien sa prise en charge et son suivi à l'hôpital.

Les renseignements donnés par le patient ou par ses accompagnants resteront totalement confidentiels et ne seront pas divulgués. Ils seront uniquement utilisés à des fins de recherche.

Les renseignements personnels concernant chaque patient étaient codifiés par un numéro qui ne permettra pas d'identifier le malade lors de la publication des résultats de l'étude.

Les bonnes pratiques médicales, la diffusion des résultats ainsi que la dignité du patient seront respectées.

2.2.6 Les variables étudiées

➤ Variables qualitatives

Sexe, GR-RH, profession, statut matrimonial, résidence, mode d'admission, moyen de transport, motif de consultation, la provenance. Examens cliniques : neurologique respiratoire, cardiovasculaire, pleuropulmonaire, abdominal, et gynécologique, les données d'imagerie (Radiographie standard ; TDM cérébrale, thoraco-abdomino-pelvienne ; Echographie abdominale Angioscanner ; Echo-doppler) ; Exploration endoscopique (fibroscopie, Ano-rectoscopie etc.) ; hémoculture et antibiogramme.

➤ Variables quantitatives

Age, NFS, GE, Glycémie, Créatininémie, Enzymes cardiaques, bilans d'hémostase, ionogramme sanguin, bandelettes urinaires, urée.

RESULTATS

3 RESULTATS

Au cours de notre étude le service d'accueil des urgences avait enregistré 18563 patients dont :

- ✓ 359 patients admis au déchochage soit 1,9% de l'ensemble des patients admis au SAU ;
- ✓ 123 patients admis au déchochage à l'arrivée soit une prévalence de 0,66% de l'ensemble des consultations au SAU et 34,26% de tous les patients admis au déchochage durant notre période d'étude ;
- ✓ Un taux de mortalité à 62,60% était observé.

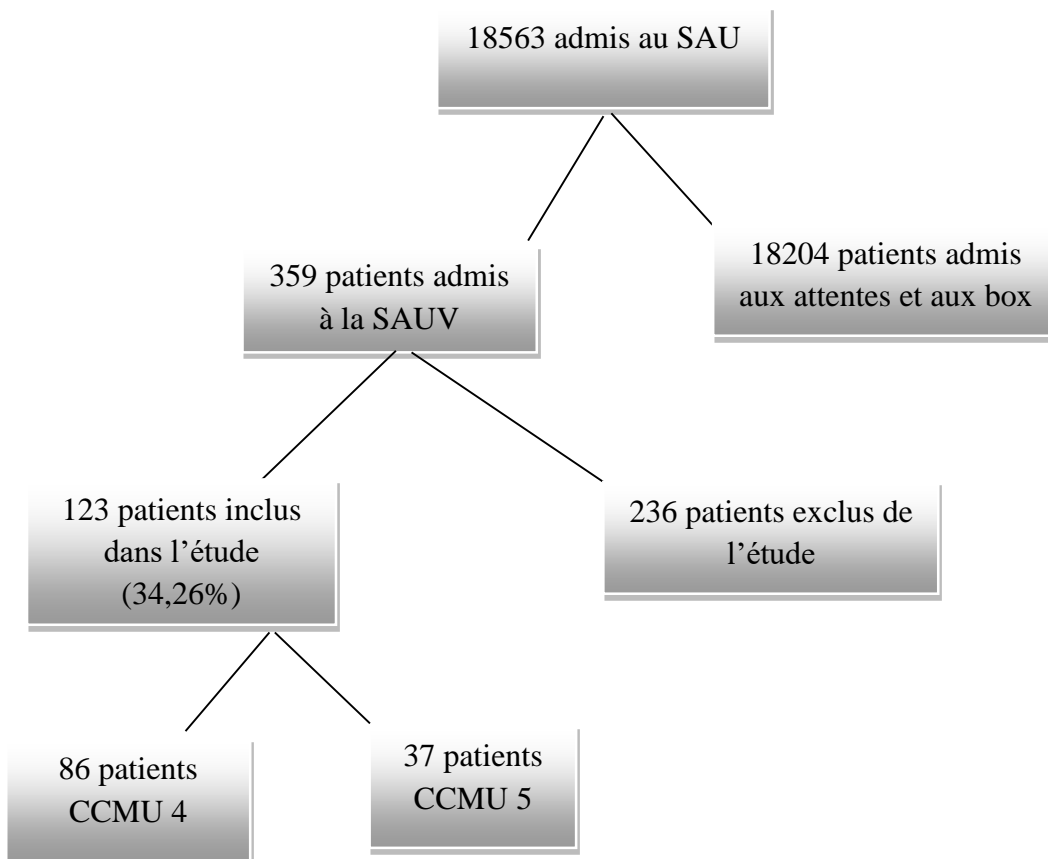


Diagramme des flux : montrant l'ensemble des patients admis au SAU et ceux admis à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)

3.1 Données sociodémographiques

Tableau I: La tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
0-10ans	32	26,0
11-29ans	44	35,8
30-45ans	33	26,83
>47ans	14	11,38
Total	123	100,00

L'âge moyen était de $30,4 \pm 7,5$ ans. La tranche la plus représentée était [11-29 [dans 35,8% des cas.

Tableau II: La profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ouvrier	32	26,02
Commerçant	30	24,39
Etudiant/élève	20	16,26
Enfant	16	13,00
Ménagère	13	10,57
Fonctionnaire	7	5,69
Retraité	5	4,07
Total	123	100

Les ouvriers représentaient 26,02%.

Tableau III: Le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	94	76,4
Féminin	29	23,6
Total	123	100,00

Le sex-ratio(H/F) était de 3,24 en faveur des hommes.

Tableau IV: Les moyens de transport

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage (%)
Ambulance /protection civile	97	78,86
Voiture personnelle	15	12,20
Transport en commun	11	8,94
Total	123	100

La plupart des patients étaient transportés par l'ambulance et la protection civile dans 78,86% des cas.

Tableau V: Le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Admission directe	97	78,86
Référence/Evacuation	26	21,14
Total	123	100

L'admission était directe dans 78,86% des cas.

Tableau VI: Les motifs de recours au SAU

Motif	Effectif	Pourcentage (%)
Altération de la conscience	35	28,46
Douleur thoracique non traumatique	7	5,69
Douleur +Tuméfaction du MI	5	4,06
AVP	43	34,96
Coups et blessures	9	7,32
Douleur thoracique traumatique	6	4,88
Accident domestique	9	7,32
Accident de travail	4	3,25
Brûlure thermique	5	4,06
Total	123	100,00

Les accidents de la voie publique étaient observés dans 27,64% des cas.

3.2 Données cliniques

Tableau VII: La classification CCMU

CCMU	Effectif	Pourcentage (%)
CCMU 4	86	70
CCMU 5	37	30
Total	123	100

La plupart des patients étaient classés CCMU 4 à l'admission soit 70%.

Tableau VIII: Les signes cliniques de l'état de choc

Signes d'état de choc	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
Hypotension	51	41,46
Froideur des extrémités	49	39,84
Oligurie	47	38,21
Sueur	11	8,94
Pâleur conjonctivale	31	25,20
Tachycardie	21	17,07

L'hypotension artérielle était observée dans 41,46% des cas.

Tableau IX: Les signes cliniques respiratoires

Signes respiratoires	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
Polypnée	29	23,58
Gasping	17	13,82
Désaturation ($SPO_2 < 95\%$)	52	42,28
Dyspnée de Küssmaul	4	3,25
Dyspnée laryngée	2	1,63

La désaturation en oxygène était observée dans 42,28% des cas.

Tableau X: Les signes neurologiques

Signes neurologiques	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
Agitation	28	22,76
Altération de la conscience	17	13,82
Coma	9	7,32
Syndrome pyramidal	6	4,88
Convulsion	3	2,44

L'altération de la conscience était retrouvée dans 13,82% des cas.

Tableau XI: Le type de pathologie

Type de pathologie	Effectif	Pourcentage (%)
Médicale	67	54,47
Chirurgicale	56	45,53
Total	123	100

La pathologie médicale était retrouvée dans 54,47% des cas.

Tableau XII: Les pathologies médicales

Pathologies médicales	Effectif	Pourcentage (%)
AVC	15	22,38
Choc cardiogénique	2	2,99
Intoxication	6	8,96
OAP	3	4,47
Complication aigue du Diabète	4	11,94
Choc septique	23	28,36
Abcès cérébral	2	2,99
Anémie sévère	1	1,49
Méningoencéphalite	2	2,99
Paludisme grave	9	13,43
Total	67	100

Le choc septique était retrouvé dans 28,36% des cas suivi de l'AVC dans 22,38% des cas.

Tableau XIII: Les pathologies chirurgicales traumatiques et non traumatiques

Pathologies	Effectif	Pourcentage (%)
Polytraumatisme	13	23,21
Traumatisme crânien grave	9	16,07
Hémopéritoine	6	10,71
Brûlure thermique	5	8,93
Péritonite	12	21,42
Hémothorax	2	3,57
Hydrocéphalie	2	3,57
Occlusion intestinale	7	12,5
Total	56	100

Le polytraumatisme était retrouvé dans 23,21% des cas suivi de la péritonite dans 21,43% des cas.

3.3 Données paracliniques

Tableau XIV: Le bilan sanguin

Bilans	Résultats	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
NFS	Anémie (Hb ≤ 9g/dl)	31	25,20
	Thrombopénie (plaq < 100000/mm ³)	13	10,57
	Hyperleucocytose (GB > 10000/mm ³)	11	8,94
	Leucopénie (GB < 4000/mm ³)	7	5,69
Bilan d'hémostase	TP bas (<70%)	6	4,88
	TCA allongé (> 40Sec)	6	4,88
Bilan rénal	Créatinine élevée (> 100µmol/l)	47	38,21
	Urée élevée (> 7mmol/l)	47	38,21
Hémoculture	Positive	7	5,69
	Négative	17	13,82

L'anémie, la thrombopénie, l'hyperleucocytose et la leucopénie étaient observées dans respectivement 25,20% ; 10,57% ; 8,94% et 5,69%.

Le taux de prothrombine était bas dans 4,88% et le temps de céphaline activé dans 4,88% et l'hémoculture était positive dans 5,69%.

Tableau XV: L'imagerie

Imagerie	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
Body scan	13	10,57
TDM crânio-encéphalique	9	7,32
TDM cérébrale	15	12,20
TDM thoracique	8	6,50
Radiographie	17	13,82
Echographie abdominale	11	8,94
E-fast écho	21	17,7
Non réalisée	29	23,57

La majorité des patients avait réalisée l'imagerie dans 76,42% des cas dont l'E-fast écho la plus réalisée soit 17,7%.

Données thérapeutiques

Tableau XVI: Le conditionnement

Conditionnement	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
VVP	19	15,45
VVC	104	84,55
Sonde urinaire	123	100
Oxygénothérapie	66	53,66
Intubation	57	46,34
Sonde nasogastrique	123	100

Tableau XVII: La prise en charge hémodynamique

Traitement reçu	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
Remplissage Réussi	36	29,27
Vasculaire Echech	21	17,07
Amines vasopressives	21	17,07

Le remplissage vasculaire était administré dans 46,34% des cas dont 17,07% échec de remplissage chez qui la noradrénaline fut administrée.

Tableau XVIII: La prise en charge respiratoire des patients

Prise en charge respiratoire	Effectif	Pourcentage (%)
Intubation orotrachéale/ventilation	57	46,34
Oxygénothérapie	66	53,66
Total	123	100,0

L'oxygénothérapie était administrée dans 53,66% des cas.

Tableau XIX: La prise en charge neurologique

PEC neurologique	Produits	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
	Midazolam+fenta	33	26,83
Sédation	Thiopental +fenta	10	8,13
	Kétamine + fenta	14	11,38

Fenta : fentanyl

La sédation était faite de midazolam associé à la fentanyl dans 26,83%.

Tableau XX: Autres prise en charge

Traitement médical	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
Analgésie multimodale	97	78,86
Aspégic	7	5,69
IPP	51	41,46
Sérothérapie	66	53,66
Anticoagulant	41	33,33
Furosémide	3	2,44
Mannitol	5	4,07
Nimodipine	19	15,45
Risordan	3	2,44
Corticothérapie	18	14,63
Artésunate	9	7,32
Ceftriaxone	21	17,07
Insuline	8	6,50
Exacyl	47	38,21
Transfusion	27	21,95

Tableau XXI: Le Traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectif (n=56)	Pourcentage (%)
Laparotomie	25	44,64
Drainage thoracique	2	3,57
Ostéosynthèse	7	12,50
Parage et levée d'embarrure	5	8,93
Dérivation ventriculo péritonéale	5	8,93
Pansement	5	8,93
Evacuation d'hématome extra/sous dural	7	12,50
Total	56	100,00

La laparotomie est le geste chirurgical retrouvé dans 44,64% des cas.

3.4 Données évolutives

Tableau XXII: La durée du séjour au SAUV

Séjour	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 24H	21	17,1
Plus de 24H	102	82,9
Total	123	100,00

Le séjour de plus de 24 heures était retrouvé dans 82,9% des cas.

Tableau XXIII: L'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage (%)
Vivant	46	37,4
Décès	77	62,6
Total	123	100,00

Le taux de mortalité était de 62,6%.

Tableau XXIV: La répartition selon la cause du décès

Pathologies	Décès	
	Effectif (n=77)	Pourcentage (%)
AVC	9	11,69
Polytraumatisme	10	12,99
Insuffisance rénale	3	3,90
Eviscération	2	2,60
TC grave	6	7,79
Embolie pulmonaire	2	2,60
Choc septique	23	29,87
Méningoencéphalite	7	9,09
Hydrocéphalie	5	6,49
Paludisme grave	4	5,19
Intoxication	2	2,60
OAP	4	5,19

OAP : œdème aigu du poumon ; TC : traumatisme crânien ; AVC : accident vasculaire cérébral

Le choc septique était la cause de décès retrouvée dans 29,87%. Suivi du polytraumatisme dans 12,99%.

Tableau XXV: La répartition selon l'orientation en aval du SAUV

Orientation	Effectif (n=46)	Pourcentage (%)
Traumatologie	10	21,74
Chirurgie générale	9	19,56
Réanimation	8	17,39
Chirurgie pédiatrique	3	6,52
Neurochirurgie	1	2,17

A la sortie du déchochage les patients étaient orientés au service de Traumatologie dans 32,61%.

Analyse statistique

Tableau XXVI: La relation entre l'évolution et la durée de séjour

Durée séjour	Evolution		Total	Pv
	Vivant	Décès		
Moins de 24H	0	21	21	0,815
Plus de 24H	46	56	102	0,215
Total	46	77	123	

Il n'existait pas de relation statistique entre la durée du séjour et l'évolution des patients.

Tableau XXVII: La relation entre l'évolution et le moyen de transport

Moyen transport	Evolution		Total	Pv
	Vivant	Décès		
Ambulance	44	53	97	0,713
Voiture personnelle	1	14	15	0,153
Transport en commun	1	10	11	0,928
Total	46	77	123	

Il n'existait pas de relation statistique entre l'évolution et le moyen de transport.

Tableau XXVIII: La relation entre l'évolution et le moyen de transport

Mode d'admission	Evolution		Total	Pv
	Vivant	Décès		
Admission directe	31	66	97	0,813
Référence/évacuation	15	11	26	0,713
Total	46	77	123	

Il n'existait pas de relation statistique entre l'évolution et le moyen de transport.

Nous constatons plus de décès par admission directe.

Tableau XXIX: La relation entre l'évolution et la prise en charge respiratoire

PEC respiratoire	Evolution		Total	Pv
	Vivant	Décès		
IOT/Ventilation	35	22	57	0,0005
Oxygénothérapie	11	55	66	0,098
Total	46	77	123	

Il existait de relation statistique significative entre l'évolution et l'intubation orotrachéale et la ventilation mécanique (Pv=0,0005).

Tableau XXX: La relation entre les motifs d'admission et la CCMU

Motifs	CCMU		Total	Pv
	CCMU 4	CCMU 5		
Altération de la conscience	28	7	35	0,0003
Douleur thoracique non traumatique	6	1	7	0,791
Douleur +Tuméfaction du MI	5	0	5	0,432
AVP	17	26	43	0,0005
Coups et blessures	9	0	9	0,815
Douleur thoracique traumatique	6	0	6	0,000
Accident domestique	7	2	9	0,765
Accident de travail	4	0	4	0,913
Brûlure thermique	4	1	5	0,763
Total	86	37	123	

Il existait une relation statistique significative entre l'altération de la conscience (Pv=0,0003) ; les AVP (Pv=0,0005) ; la douleur thoracique traumatique (Pv=0,000) ; et la classification clinique des malades aux urgences (CCMU).

Tableau XXXI : La relation entre l'évolution et la prise en charge hémodynamique

PEC hémodynamique	Evolution		Total	Pv
	Vivant	Décès		
Remplissage vasculaire	28	29	57	0,0031
Amines vasopressives	18	3	21	0,0001
Aucun	0	45	45	0,982
Total	46	77	123	

Il existait de relation statistique significative entre l'évolution et le remplissage vasculaire adéquat (Pv= 0,0031) et l'utilisation des amines vaso actives (Pv=0,0001).

Tableau XXXII: La relation entre l'évolution et la prise en charge neurologique

Neurosédation	Evolution		Total	Pv
	Vivant	Décès		
Midazolam+fenta	11	15	26	0,079
Thiopental +fenta	3	4	7	0,137
Kétamine + fenta	5	9	14	0,081
Aucun	27	49	76	0,721
Total	46	77	123	

Il n'existait pas de relation statistique significative entre l'évolution et la neurosédation.

Tableau XXXIII: La relation entre l'évolution et la prise en charge chirurgicale

PEC chirurgicale	Evolution		Total	Pv
	Vivant	Décès		
Oui	31	25	56	0,000
Non	15	52	67	0,037
Total	46	77	123	

Il existait une relation significative ($Pv < 0,05$) entre l'évolution et la prise en charge chirurgicale.

**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude transversale à collecte prospective sur une période de 12 mois allant du 1^{er} septembre 2021 au 31 Octobre 2022.

Au cours de cette période 123 patients ont été admis en salle d'accueil des urgences vitales, les critères de gravité ont été évalués à l'admission selon différents scores, dont le plus utilisé était la classification clinique des malades aux urgences (CCMU 3, 4, 5). Durant notre étude nous sommes confrontés aux difficultés suivantes :

- ↳ La non réalisation des examens complémentaires pour faute de moyens ;
- ↳ Nombre limité de lit au déchocage ;
- ↳ Le retard d'avis et de prise en charge spécialisés.

4.1 Epidémiologie

Nous avons colligé 123 patients admis à la SAUV sur 18563 admissions au SAU soit une fréquence de 0,66% et 359 patients admis dans la salle d'accueil des urgences vitales soit une fréquence de 34,26% dont les urgences médicales représentaient 54,47% dominé par le choc septique dans 29,87% et chirurgicales 45,53%. Le résultat de notre étude est supérieur à celui de Passebon [6] en 2015 qui a retrouvé 11%. La pathologie médicale était la plus fréquente avec 27,27% de cas d'AVC ; à celui Carrere [14] avec 31,80% et supérieurs à celui de Coulibaly T. [31] (12,1%). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de notre population qui serait plus grande que celle des autres études mais aussi par le fait que notre centre serait le plus fréquenté.

4.2 Données sociodémographiques

➤ Age

L'âge moyen de nos patients était de $30,4 \pm 7,5$ ans. Ce résultat est inférieur de ceux de Diombana [8] qui a retrouvé 39,20 ans ; Berrada Ouissam à Casablanca [10] qui ont observé un âge moyen de 38 ans. Par contre Passebon J. [6] à retrouver un âge moyen de 61,9 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des causes des urgences vitales en France (complications liées aux maladies chroniques) par

rapport à la nôtre (AVP et diagnostic tardif des maladies) et le fait que la population africaine est relativement plus jeune.

➤ **Sexe**

Le sex-ratio était de 3,24 en faveur des hommes. Notre résultat est similaire à ceux de Diombana [8] et Passbon J [6] qui ont observé une prédominance masculine avec un sex-ratio respectivement de 2,4 et 1,8 dans leur série. Cette prédominance s'explique par l'hyperactivité des hommes, ils constituent la couche la plus active et les plus exposés.

4.3 Données cliniques

➤ **Motif de recours**

Les AVP étaient les motifs ont représenté 27,64% suivi de l'altération de la conscience dans 13,82% des cas. Notre résultat diffère de celui de Diombana [8] qui a observé l'altération de la conscience comme principal motifs de recourt dans 29,41%. La prédominance des accidents de la voie publique dans notre série pourrait s'expliquer par l'augmentation de la population dans le district de Bamako et aussi le nombre des engins à deux roues.

➤ **Moyen de transport**

Dans notre série l'ambulance/protection civile était le moyen de transport retrouvé dans 78,86%. Notre résultat diffère de celui de Diombana [8] qui a rapporté que dans son étude 32,9% des patients avaient utilisé leurs propres moyens de transport. Ces conditions de transport ne sont pas appropriées des urgences vitales, et rares sont les malades qui ont reçu des soins préhospitaliers. Cependant notre test statistique montre qu'il n'y a pas de lien statistique entre les moyens de transports et l'évolution clinique du patient ($P_v > 0,05$). Et nous constatons que quel qu'en soit le moyen de transport, le décès était uniformément recensé dans les différents moyens de transport.

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

➤ **Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)**

La majorité de nos patients étaient classés CCMU4 à l'admission dans 62,6% des cas. Le résultat de notre série est similaire à celui de Diombana [8] qui a trouvé CCMU4 dans 37,64%.

En analyse statistique, il en ressort un lien statistique significatif entre l'altération de la conscience ($P_v=0,0003$); les AVP ($P_v=0,0005$); la douleur thoracique traumatique ($P_v=0,000$) et la classification clinique des malades aux urgences (CCMU).

➤ **Les pathologies**

Les pathologies médicales étaient majoritaires dans notre série soit 54,47% parmi laquelle le choc septique était la principale à 28,36%. Notre résultat est similaire de celui de Diombana [8] qui a retrouvé une prédominance des pathologies médicales dans 51,76% et retrouve plutôt l'AVC dans 27,27% des cas ce qui est différent de notre série. Et inférieur à celui de Koné au CHU Gabriel TOURE qui a retrouvé 29,1% de cas médicaux [4]. Cette différence pourrait s'expliquer par un temps d'étude beaucoup plus court ainsi que la grande sollicitation de l'Hôpital Gabriel par rapport à notre structure.

Quant aux cas chirurgicaux traumatiques, les polytraumatismes ont été prédominants avec 23,21%, similaire à celui de Diombana [8] qui a trouvé la prédominance des polytraumatismes dans 17,6% dans sa série. Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation des cas d'Accident de la voie publique.

Ainsi les cas chirurgicaux non traumatiques, la péritonite était prédominante avec 21,42%.

4.4 Données thérapeutiques

Le traitement dans notre série, était le remplissage vasculaire dans 46,34% chez les patients en état de choc et 17,07% ont reçu la noradrénaline ; l'oxygénothérapie dans 53,66% et la neurosédation chez 21,14%.

La laparotomie était la technique chirurgicale la plus retrouvée dans 44,64%.

4.5 Données évolutives

Nous avons enregistré 77 cas de décès soit 62,6%. La principale cause du décès était le choc septique soit 29,87% suivi de polytraumatisme (12,99%) et les AVC dans 11,69%. Notre étude diffère de celui de Diombana [8] qui a observé un taux de décès de 34,1% et donc l'AVC constituait la principale cause dans 34,48% suivi des polytraumatismes dans 17,24%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de notre population mais aussi par le fait que notre centre serait plus pratiqué.

**RECOMMANDATIONS
ET CONCLUSION**

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Conclusion

Les urgences vitales constituent un réel problème de santé publique. Dans notre étude le taux de décès est alarmant ; les pathologies médicales prédominaient. L'évolution des patients au déchochage était mauvaise, le choc septique a été la première cause de décès. Elles impliquent une prise en charge urgente et multidisciplinaire. Par conséquent des efforts doivent être consentis pour la promotion d'une prise en charge pré hospitalière, améliorer le transport des patients, identifier dès l'accueil les patients présentant une défaillance vitale, et la réalisation des soins paramédicaux dans les plus brefs délais.

Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Au ministère de la santé

- Création du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) pour la prise en charge préhospitalière ;
- Dotation en lit en fin d'avoir de place suffisante pour les urgences vitales.

Aux ambulanciers /protection civile

- Assurer le transport des patients dans les centres les plus proches du lieu de l'accident ou de leur domicile ;
- Conditionner les patients en détresse vitale avant leur transport.

Au personnel socio-sanitaire

- Assurer une meilleure organisation de la prise en charge des patients admis au déchocage ;
- Etablir un protocole de prise en charge des malades ;
- Monitorer tous les patients admis au déchocage ;
- Surveiller les paramètres hémodynamiques et ventilatoires ;
- Transférer les patients stables dans les différents services d'hospitalisation.

REFERENCES

1. Wahiba G-D, Djamila Y, Réda B. Salle d'accueil des urgences vitales : Etat des lieux, gestion et évaluation, Algérie, Éditions universitaires européennes (OMN.UNIV. EUROP), publié le 10 septembre 2019 p196.
2. Urgence vitale. In : Wikipédia 28 déc 2019, Internet, Disponible sur : <https://fr.Wikipédia.org/W/index.php?title=Urgence vitale&oldid=162797254>
3. Sall BK, Kane O, Diouf E, Beye MD. Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical: le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. *Méd. Trop.* 62,2002, p247–250.
4. Koné OB. Epidémiologie des urgences médico-chirurgicales au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Bamako - Mali ; 2008. Thèse de Médecine N°68
5. Marc Gentillini. Aspect Sanitaire dans les pays en voie de développement : Médecine tropicale Médecine sciences Flammarion 1993 : 80.
6. Passébon J. Epidémiologie des urgences vitales potentielles aux urgences adultes du CHU d'Angers. France ;2016. Thèse de Médecine N°6656F.
7. Isaac Siegfried, MD a, Jacobs J, MD, MPH b, Robert P, Olympia MD. Orientation vers les services d'urgence pour adultes des centres de soins d'urgence. USA <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.01.029>. 8/2017 2016 ;6.
8. Kounady DIOMBANA. Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali. Thèse de Med 2020. P68.
9. Isaac Siegfried, MD a, Jacobs J, MD, MPH b, Robert P, Olympia MD. Orientation vers les services d'urgence pour adultes des centres de soins d'urgence. USA <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.01.029>. 8/2017 2016 ;6.
10. Berrada O La salle d'accueil des urgences vitales du centre hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca (Internet) Thèse de Médecine. Maroc : Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2006 (cité 28 déc 2019). Disponible sur : <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/4328>
11. Triage médical, sur Wikipédia ,1^{re} éd. Février 2015, p267-268,287-288

12. Reynders S, Gloeckler C, Aymard JC, Levraut J. L'infirmière aux urgences en Europe. Quel tri pour l'urgence vitale ? au centre hospitalier universitaire de Nice, Hôpital Saint Roch, Pôle Urgences Samu-Smur, Service d'accueil des urgences, 5, Rue Pierre Devoluy BP 131906001, p3-6.
13. Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Raus A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences : Définition et reproductibilité : Association pour la recherche aux urgences. Réanimation-Urgence, (3), issue 5, 1994, p573-578.
14. Carrere Debat D, Tempelhoff G, Holzapfel I. Groupe d'étude multicentrique du Service d'accueil : Les malades graves dans un service d'accueil, Réanimation Soins Intensive Med Urgences, Paris, 1991 ; (7) : 4 p 232.
15. Meuzebou Nkakmany A. Etats de choc : aspects épidémiologiques et pronostiques dans le Service de Réanimation du CHU Gabriel Touré. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Mali 2010. Disponible sur (Internet): <http://www.keneya.net/cgi-bin/fmpos/wxis/fmpos/theses/iah/>. Thèse de Médecine N°15M10
16. Caubel A. Insuffisance respiratoire aiguë : diagnostic et traitement aux urgences. Service Réanimation polyvalente, centre hospitalier Bretagne-Sud, (15) issues 7-8, December 2006 p 523-532.
17. Diop Th M, Mangané M, Almeimoune A, Dembélé AS, Diango MD. Urgences cardio- vasculaires au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. MALI Med 2018 TOME XXXIII N°3 p1-3.
18. Schnakers C, Majerus S, Laureys S. Diagnostic et évaluation des états de conscience altérée. Réanimation, France, (13), issue 5, July 2004, p. 368–375.
19. Junquero D, Rival Y. Syndrome métabolique : quelle définition pour quel(s) traitement(s), MEDECINE/SCIENCES décembre 2005;(21) : 12 p.1045-1053.
20. Orban J-C, Ichai I. Complications métaboliques aiguës du diabète. Réanimation médicochirurgicale, hôpital Saint-Roch, CHU de Nice, 5, 06006 Nice cedex, France, 26 septembre 2008, 17 p.761-767 internet: WWW.Sciencedirect.com.

21. Sacko M. Aspect épidémiologique des AVC hémorragiques. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako ; 2018 Thèse n°125.
22. Coulibaly M. Urgences cardiologiques à Bamako, Mali : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako 2012. Thèse de Médecine N°12M197
23. Woolfenden AR, Albers GW. Cardio embolic stroke. In: current review of cerebrovascular disease's fisher and J Bogousslavsky, 4^e Edition, 2001 p.123-36.
24. Silly Y, Pombourcq C. Accident vasculaire cérébral. Santé Magazine. 2012 (cité 29 déc 2019); Disponible sur Internet: <https://www.santemagazine.fr/sante/fiche-maladie/avc-accident-vasculaire-cerebral-177349>
25. Merceron S, Gayat E, Mebazaa A. L'Œdème aigu du poumon. Congrès Médecins Essent 2012 ; Sfar Tous Droits Réservés : 18.
26. Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale. Œdème aigu pulmonaire [Internet]. Université Virtuelle Francophone. Créé 2010-2011; Disponible sur: <http://campus.cerines.fr/reanimation-medicale/enseignement/reamead5/site/html/cours.pdf>
27. Thomas L. Prise en charge des urgences hypertensives. Can Fam Physician [Internet]. oct 2011 Université Virtuelle Francophone cité 17 déc. 2019; 57(10) p363 Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3192101/>
28. Sissoko. A.D. Agence Nationale d'évaluation des Hôpitaux. Référentiels de Chirurgie générale - Mali 2015 (posté le 15 01 2016 par Mali actu).
29. Albanese Jacques, Le polytraumatisé. Springer Science & Business Media Germany 2002 p356
30. Agence nationale d'évaluation des hôpitaux. Référentiel Urgence - Mali. 2015 ; disponibles sur : Mali-Web.org
31. Coulibaly T. Etude des AVC du sujet jeune dans les services de cardiologie et neurologie au Mali. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie 2001. Thèse de Médecine N°01M123.
32. Babatasi C. La salle d'accueil des urgences vitales. Conférence Experts Réf SFMU. 2004 P687-7.

33. Zahra Lkharrat F. Gestion des problèmes organisationnels à la salle d'accueil des urgences vitales. Maroc : Université Sidi Mohamed Ben Abdellah - Faculté de Médecine et de Pharmacie 2019, Thèse de Médecine N°029/19 p107.
34. Ndjoh Ngoh MG. Délais de prise en charge des patients aux urgences du CHU Gabriel Touré. Mali : FMPOS 2015, Thèse de Médecine N°15M330 p97.
35. Assez N, Lemanski-Brulin C, Aboukais W, Sebilleau Q, Adriansen C, Rouyer F, et al. Défis de la prise en charge du syndrome coronaire aigu en pré-hospitalier. Arch Cardiovasc Dis Suppl 2012 ; 4(3) p223-231. <https://doi.org/10.1007/S13341-011-0116-2>.

Fiche signalétique

Auteur : Oumar COULIBALY

Titre : Profil épidémiologique des patients admis à l'unité de déchochage du
Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré

Année de soutenance : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMOS-Mali

Secteur d'intérêt : Médecine d'urgence, Réanimation,

Adresse mail :

Résumé : Il s'agissait d'une étude transversale à collecte prospective sur une période de 12 mois allant du 1^{er} septembre 2021 au 31 Octobre 2022. Ont été inclus dans l'étude les patients admis en SAUV à l'arrivée.

Nous avons colligé 123 patients admis à l'arrivée dans la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). L'âge moyen était de $30,4 \pm 7,5$ ans. Le sexe masculin était majoritaire avec un sex-ratio à 3,24. L'admission était directe dans 78,86% ; les AVP étaient le motif observé à 27,64%. Les patients étaient classés CCMU 4 dans 62,6% des cas ; les pathologies médicales prédominaient soit 54,47% dont le choc septique constitué la première cause de décès constaté dans 28,36% ; la laparotomie était le traitement chirurgical la plus représentée soit 44,64% l'hypotension 41,46%.

Conclusion : les Urgences Vitales imposent une organisation minutieuse et une prise en charge multidisciplinaire.

Mots clés : urgences vitales ; laparotomie, choc septique ; CCMU.

FICHE D'ENQUÊTE

Fiche d'enquête

N° :

I-Données Sociodémographiques

Q1-Age : 0-10ans 11-20ans 21-30ans 31-40ans 41ans-50
 51-60ans 61an et plus.

Q2-sexe : masculin féminin

Q3-Profession fonctionnaire salarié commerçant
 ouvrier scolaire universitaire cultivateur
 ménagère chauffeur/apprenti Retraité autre à préciser
:.....

Q4-Statut matrimonial : marié(e) divorcé(e) célibataire veuf(Ve)

Q5- Résidence : Bamako autres localités

Q6-Mode d'admission : référer amener par les parents évacuer
 Autre à préciser :.....

Q7-Mode de transport : sapeur SAMU voiture
personnelle autre à préciser :.....

Q8-Motif de consultation : altération de la conscience
 douleur Dyspnée AVP accident de travail
 accident de sport CBV morsure chute fièvre
autre à préciser :.....

II-Examens clinique et paraclinique :

Q9-Etat général : bon passable mauvais

Q10-Conjonctives : colorées moyennement colorées pales

Q11-CCMU : CCMU1 CCMU2 CCMU3 CCMU4 CCMU5

Q12-Conscience (score de Glasgow) : De 3 à 8 de 9 à 12 de 13 à 15

Q13-Examen cardiaque : Normal Si
pathologique à préciser :.....

Q14-Examen pleuro - pulmonaire : Normal Si
pathologique à préciser :.....

Q15-Examen abdominal : Normal Si pathologique à
préciser :.....

Q16-Examen osteo-articulaire : Normal Si
pathologique à préciser :.....

Q17-Examen gynécologique : Normal Si pathologique à préciser :

P pré Eclampsie Eclampsie rupture prématuré des
membranes

Hémorragie sur grossesse agression sexuel IVG

Q18-Bilan biologique : NFS : HB..... ; GB..... ; GR.....

PlaQ ; Groupage-RH ;

Urée..... Créât Troponine..... ;

Hémoculture: positif négatif

si oui germe isole ;

ATB sensible..... ; D-DIMERES.....

Glycémie..... ; GE : positif Nombre de trophozoides..... ;

Négatif Bandelettes

Ionogramme sang :

**Profil épidémiologique des patients admis à la salle d'accueil des urgences vitales au
CHU Gabriel Touré**

Na : ; K : ; Ca : ; Mg : cl autre à

préciser :

Q18-Bilan d'imagerie médicale : Rx standard Echographie

abdomino pelvienne TDM cérébrale TDM Thoracique

TDM Abdomino- pelvienne autre à préciser

:

III-DIAGNOSTIC

Q19-PATHOLOGIES MEDICALES : AVC Embolie pulmonaire

Paludisme grave Envenimations Crise HTA Crise d'ulcère

Crise d'asthme OAP Gastro-entérite Colique

néphrétique

Diabète compliqué Intoxication Crise d'hystérie
Déshydratation

Syndrome coronarien aigu

Autre à préciser :

Q20-PATHOLOGIES CHIRURGICALES NON TRAUMATIQUES :

Péritonite Appendicite Occlusion Hernie étranglée

Autre à préciser :

Q21-PATHOLOGIES CHIRURGICALES TRAUMATIQUES :

TC Polytraumatisme Hémopéritoine Hémothorax

Pneumothorax Poly blessure Luxation Poly fracture

Autre à préciser :

IV-TRAITEMENT

CONDITIONNEMENT :

VVP ; VVC ; Oxygénothérapie ; IOT ;
ventilation mécanique

Q22-MEDICAL : Antalgique Anti-inflammatoire Cristalloïdes

Colloïdes SAT-VAT Antipaludique Antihypertenseurs

Antidiabétiques Sédatifs Sérum antivenimeux Intubation

Amines

Autre à préciser :.....

Q23-CHIRURGICAL : Drainage Intervention chirurgicale

Autre à préciser :.....

V-ORIENTATION :

Q24- SAU : Déchoquage BOX

Q25-Devenir :

Réanimation Traumatologie Chirurgie

Gynéco-obstétrique Médecine Référent Sortie après soins

Evacuer Décès Décharge

Autre à préciser :.....

Q26-Nombre de séjours au SAUV :

0H-10H 11H- 24H 1JR-4JRS 5jrs-10jrs 10jrs et plus

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'honoraire. 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.

Je le jure !