MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

****

Un Peuple - Un But- Une Foi

U.S.T.T.B

Université des Sciences, des Techniques Et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2024 - 2025 **N°……../**

Thèse

Profil épidémiologique et causes du séjour prolongé des patients hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali

Présentée et soutenue publiquement le 31/07/ 2026 devant le jury de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Kaly SIDIBÉ

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

Jury

Président	**M. Nouhoun DIANI**	**Maitre de conférences**
Membre	**M. Mahamadou DAMA**	**Maitre de conférences agrégé**
Membre	**M. Issa Boubacar MAÏGA**	**Chirurgien thoracique et cardio-vasculaire**
Directeur	**M. Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE**	**Maitre de conferences**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

ADMINISTRATION

DOYEN:**Mme Mariam** SYLLA-PROFESSEUR

VICE-DOYEN:**Mr Mamadou Lamine** DIAKITE-PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL:**Mr Monzon** TRAORE-MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE:**Mr Yaya** CISSE-INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie-Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
8	Mr Bakary Y.SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B.DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie

26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y.MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr.Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahamane S.MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M.KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie

67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie-Biologie

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tiounkani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie

21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE		
No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale

21	Mr Kalifa CCOULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE		
	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R.DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie,Entomologie,Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie,Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie,Santé publique,Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie-Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE		
No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antièmé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE		
No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie,Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie,Contrôle Qualité

D.E.R.DE_MEDECINE_ET_SPECIALITES_MEDICALE___S

PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T.DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K.MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE		
No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie,Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépato Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie Francois DIAKITE	Pédiatrie

36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah.CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE		
	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE		
No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R.DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE		
	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique,Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE		
No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE		
No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE		
	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation,contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

No	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle

20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP/PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP/PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako,le / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal

Dr Monzon TRAORE

Dédicace

BISMILLAHI RAHMANI RAHIMI

Nous rendons grâce à ALLAH, Le Tout Puissant, Le Très Miséricordieux, l'Omnipotent, l'Omniscient, Le Guide éternel ; ainsi qu'à son Prophète MOHAMET (PSL) ; de nous avoir permis d'accomplir et d'assister à ce travail si important pour nous. Veuillez agréer Seigneur, toutes nos reconnaissances à vos biens faits. Acceptez de faire de nous des bons médecins qui sauront appliquer la science qu'ils ont apprise dans le plus grand respect des principes fondamentaux de la vie.

Nous dédions ce modeste travail à nos parents,

Notre mère, Niangalé DIAKITE,

Pour son amour, son soutien indéfectible et ses sacrifices. Qu'ALLAH te donne longue vie, dans la santé, prospérité pour pouvoir profiter des fruits de ses sacrifices.

A la mémoire de feu Mady SIDIBE, notre père,

Dont la douleur de ton absence précoce a laissé un vide qui m'a permis de prendre plus d'engagement, de courage et de responsabilités. On espère te rendre fier, Puisse ALLAH vous accueille dans son immense paradis.

Remerciement

À notre grand frère, Moussa SIDIBE

Les mots me manquent pour t'exprimer ma gratitude, merci pour votre soutien indéfectible, à travers vos conseils, vos encouragements. Je vous serais reconnaissant toute ma vie, que Dieu vous donne longue vie…

Aux familles SIDIBE :

Sidi SIDIBE, à Moribabougou

Modibo SIDIBE, à Sirakôrô meguetana

Mes sincères reconnaissances à l'égard de tout un chacun pour votre hospitalité et votre soutien tout au long de mes études

À ma tante, Mariam SIDIBE

Sincèrement je ne saurai comment te remercier à travers votre éducation, l'amour et l'appui que tu m'as apporté, j'en suis là aujourd'hui grâce à votre prière, qu'ALLAH te récompense.

A mes frères et sœurs

Soumaïla SIDIBE, Mohamed SIDIBE, Madou SIDIBE, Abdoulaye SANGARE, Aboubacar SIDIBE, Sira SIDIBE, Djénèba SIDIBE, Natenin SIDIBE

Veuillez recevoir mes sincères salutations et reconnaissances pour vos amabilités, encouragements, soutien morale que vous m'avez apporté durant mes années d'études.

Tous les autres membres des familles SIDIBE

Tante Fatoumata Diane, Awa DIALLO, Nana Khadidja COULIBALY, Konimba SAMAKE, Aminata SIDIBE, merci pour tout…

À ma très chère fiancée Mariam Dembélé

Pour ton amour et ton soutien inconditionnel, reçois toutes mes reconnaissances. Tu as été pour moi une source de motivation pour la réussite de ce travail qu'Allah bénisse notre union et qu'il nous donne une longue vie et des descendants pieux.

Au Dr Yaya Diakité

Veuillez recevoir mes chaleureux remerciement pour ton soutien indéfectible, les conseils et les encouragements ainsi les efforts que vous m'avez apporté durant ce travail qu'Allah vous repense

À mes Amis

On reconnaît les vrais amis lorsqu'on est dans le besoin, merci d'avoir été présent à chaque instant, pour vos contributions, j'en suis reconnaissant.

Chaleureuses remerciements à l'entreprise OuattSmart pour l'accompagnement à ce travail.

À tout le personnel des cliniques :

- **Damassin, Sabalibougou courani**

Dr Issa N'DIAYE, interne Mohamed DEMBELE, Kalifa MOUKORO, Blandine SAMAKE, Aboubacar FOMBA, Madame SIDIBE.

- **Mallé KEÏTA**

Dr Madame OUANE, Dr TESSOUKE, Dr KEÏTA, Dr TOURE, Madame Bathé, Fadima, Tante Safi

À tous les personnels du CSCom de ATTbougou 700logements

Dr Assi et équipe

Aux corps professionnels de la FMOS

Ce travail est le reflet de l'éducation que vous m'avez prodigué durant mon cycle je vous en suis reconnaissant

À tous les Médecins du service d'accueil des urgences

Dr Djeneba DIALLO, Dr Djenebou SAMAKE, Dr Djenebou KANAKOMO, Dr Hawa SOUMARE, Dr Yaya GANAME, Dr Awa TAMBOURA, Dr Bintou DJENEPO, Dr Awa TIMBO, Dr Marie Diama DIARRA, Dr Soumaila COULIBALY, Dr Soumaila SAMAKE, Dr Amadou KONE, Dr Ali CISSE, Dr Sakinatou WALLET, Dr Anta TRAORE,

À toute l'équipe de garde A :

Merci pour votre accompagnement. Vous avez rendu ce passage aux services agréable et bénéfique, vos actes m'ont beaucoup marqué

À tous le personnel infirmier du service

Mme Rokia Doumbia, Mme Affou Sangare, Bakary **BALLO**, Ismael DIABATE etc....

Merci infiniment pour votre collaboration et soutien. J'en suis reconnaissant

A tout le personnel de soutien (brancardiers et personnel du service social)

Merci pour votre contribution.

À tous les internes du service

Interne Youssouf KEITA, interne Mamady HAIDARA, interne Yassine KONE

Vous avez été pour moi des frères et des confidents merci pour votre accompagnement

Une pensée à tous ceux, de près ou de loin, ayant participés à ce modeste travail…

Merci

Hommage aux membres du jury

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Nouhoum DIANI

- **Spécialiste en anesthésie réanimation**
- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chef de service d'anesthésie de réanimation de l'Hôpital du Mali**
- **Membre du SARMU Mali**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.**

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

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

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE

- Spécialiste en médecine d'urgence et catastrophe ;
- Maître de conférences à la FMOS ;
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé ;
- Chef de Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital du Mali ;
- Membre de la société d'Anesthésie-Réanimation et médecine d'Urgence du Mali.

Cher maître,

Nous ne saurons vous remercier assez de nous avoir accepté dans votre service et de nous avoir confié ce travail.

Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, votre disponibilité, votre compétence et votre esprit innovateur font de vous un grand maitre.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY :

Professeur Mahamadou DAMA

- Neurochirurgien à l'Hôpital du Mali ;
- Maître de conférences agrégé en neurochirurgie à la FMOS ;
- Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) en Neurochirurgie à l'université de Paris Descartes V en France ;
- Membre de la société de Neurochirurgie du Mali ;
- Certificat de prise en charge des tumeurs cérébrales, Hôpitaux universitaires la Pitié Salpetrière Charles Foix ;
- Diplôme de spécialiste en neurochirurgie à Cuba, Faculté des sciences Médicales de Pinar Del Rio, Université de la Havane ;
- Certificat de formation en stéréotaxie cérébrale et endoscopie de la région hypophysaire à Hangzhou en Chine ;
- Certificat en langue espagnole à l'université de Matanzas à Cuba ;
- Master en pédagogie des sciences de la santé à Bamako

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

Au-delà de nos hommages respectueux nous vous prions de trouver ici l'assurance de notre parfaite reconnaissance, votre sens pratique et votre rigueur scientifique font de vous un Maitre respecté et respectable.

Cher maitre, soyez rassuré de notre profond attachement aux valeurs qui vous sont chères tels que le travail bien fait.

Admiration et profonde gratitude.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Issa Boubacar MAIGA

- Spécialiste en chirurgie thoracique et cardiovasculaire
- Praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire de l'Hôpital de Mali.

Cher Maitre,

Nous sommes très honores de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier d'apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Nous vous prions cher maitre d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

Liste des abréviations

ACC: American college of Cardiology

AHA: American Heart Association

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AEG : Alteration de l'Etat Générale

ATCD : Antécédent

AVC H : Accident Vasculaire Cérébrale Hémorragique

AVC I : Accident Vasculaire Cérébrale Ischémique

AVP : Accident de la voie publique

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CBV : Coup et blessure volontaire

Creat : Créatinémie

CTAS: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DT1 : Diabète de type 1

DT2 : Diabète de Type 2

EER: Epuration Extra Renal

ECG: Electrocardiogramme

ESC: European Society of Cardiology

ESI: Emergency Severity Index

ETG: Échelle de Triage et de Gravité

ETO: Echographie Transoesophagienne

ETT: Echographie Trans Thoracique

FEVG : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche

FC : Fréquence cardiaque

FR : Fréquence Respiratoire

GDS : Gaz Du Sang

GPU : Groupe de Passage aux Urgences

HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

HEA Hydroxyéthylamidon

HNF : Héparine Non Fractionné

HVD : Hypertrophie Ventriculaire Droite

HTA : Hypertension Artérielle

INR : International Normalized Ratio

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

IRA : Insuffisance Rénal Aigue

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

IVL : Intra Veineuse Lente

mmHg : Millimètre de mercure

MTS : Manchester Triage Scale

NFS : Numération Formulaire Sanguin

OAP : Œdème Aigue du Poumon

OU : Observation Units

PEEP : Pression Expiration Positive

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

Pao_2 : Pression partielle de l'oxygène

$Paco_2$: Pression partielle en dioxyde de carbone

PVC : **P**ression Veineuse Centrale

ROT : Reflexe Ostéo Tendineuse

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitale

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SP o_2 : Saturation Pulsée en Oxygène

TIH : Transfert inter hospitalier

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VVP : Voie Veineuse Périphérique

VSAI : Ventilation Spontanée avec Aide Inspiratoire

Liste des tableaux

Tableau I : Emergency Severity Index 13
Tableau II : Manchester Triage Scale..... 15
Tableau III : Facteurs de risque d'AVC selon l'ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines : Risk Factor for Stroke [14] 25
Tableau IV : Signes Majeurs/Mineurs du VIH/Sida 29
Tableau V : Répartition des variables selon le caractère quantitatif et qualitative 62
Tableau VI : Répartition des patients selon la tranche d'âge 66
Tableau VII : répartition des patients selon le statut matrimonial 67
Tableau VIII : répartition des patients selon le motif d'admission au SAU 68
Tableau IX : répartition des patients selon les antécédents médicaux 69
Tableau X : répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux 70
Tableau XI : répartition des patients selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)..... 70
Tableau XII : répartition des patients selon le diagnostic lors de l'entrée à l'UHCD 71
Tableau XIII : répartition des patients selon diagnostic de sorti de l'UHCD ... 72
Tableau XIV : répartition des patients selon la durée de séjour prolongé à l'UHCD 73
Tableau XV : répartition selon les motifs de séjours prolongés à l'UHCD 73
Tableau XVI : répartition selon le mode de sortie de l'UHCD..... 74
Tableau XVII : répartition selon les cas de transfert dans les services (n=32) . 74
Tableau XVIII *:* répartition de la classification clinique des malades aux urgences selon la durée de séjour à l'UHCD 75

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe 67

Sommaire

1. Introduction 1
2. Objectif 4
2.1. Objectif général 4
3. Généralités 6
3.1. Définition de l'urgence : 6
3.2. Missions des services d'urgences 7
3.3. Hospitalisation en UHCD 19
4. Matériels et méthode : 57
4.1. Lieu d'étude 57
4.2. Type et période d'étude 60
4.3. Population d'étude 60
4.4. Collecte des données 61
4.5. Analyse des données 61
4.6. Variables étudiées 62
4.7. Aspects éthiques 62
4.8. Définitions opérationnelles 63
5. Résultats 66
5.1. Fréquence 66
5.2. Données sociodémographiques 66
5.3. Données cliniques 68
5.4. Évolution 73
6. Commentaires et discussion 77
6.1. Données sociodémographiques 77
6.2. Données cliniques 78
6.3. Évolution 79
7. Conclusion 83
8. Recommandations 84
9. Références 86
10. Annexes 93

INTRODUCTION

1. Introduction

L'urgence fait référence à toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si aucune action médicale n'est entreprise immédiatement. La mission d'un service d'urgence est d'assurer une réponse permanente à la demande de tout patient présentant une souffrance réelle ou ressentie [1–3].

Le service d'accueil des urgences (SAU) est composé d'une unité d'accueil-triage, d'une unité de soins d'urgence vitale(déchoquage), d'un box de consultation et d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) [4].

L'UHCD est une unité d'hospitalisation non conventionnelle et de surveillance rapprochée des patients [5]. Elle a pour but d'assurer les soins et d'affiner le diagnostic dans le but de les orienter vers le service adapté à leur état de santé [5].

Le séjour prolongé en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) constitue un indicateur majeur de dysfonctionnement du parcours de soins aux urgences [6].

Les délais de séjour admis en UHCD varient selon les systèmes de santé. En France et en Amérique du Nord (États-Unis), la réglementation fixe un délai maximal d'observation strict compris entre 24 et 48 heures, au-delà duquel le séjour est considéré comme prolongé et non efficient. Au Maghreb (Maroc) ainsi qu'en Afrique centrale (Gabon), le seuil toléré maximal d'hospitalisation de courte durée est fixé à 48 heures. D'autres modèles, tels qu'en Espagne, étendent cette fenêtre théorique de stabilisation entre 48 et 72 heures (pouvant aller jusqu'à 96 heures pour les décompensations de pathologies chroniques). Tandis qu'un délai de 72 heures est souvent retenu au Sénégal. Au Mali selon le référentiel de la prise en charge hospitalière des urgences, le séjour prolongé en UCHD est défini par une durée d'hospitalisation de plus de 72h (> 3 jours) [4].

Aux États-Unis, où les « Observation Units » ont été développées dès les années 1980, le principe repose sur une prise en charge limitée dans le temps afin d'améliorer la fluidité des urgences et de limiter les hospitalisations inutiles [7].

En Europe, les recommandations de la Société Francophone de Médecine

d'Urgence insistent sur le caractère transitoire du séjour en UHCD, qui ne devrait pas se substituer à une hospitalisation conventionnelle [8]. Toutefois, plusieurs études ont montré une dérivé progressive de ces unités en raison de l'encombrement des urgences et du manque de lits d'aval [9]. À Mayotte, Klenkle a rapporté que la moitié des patients hospitalisés en UHCD y séjournaient plus de 24 heures et que 12,1 % y restaient plus de trois jours, traduisant les difficultés d'orientation vers les services d'hospitalisation conventionnelle [10].

En Afrique, le séjour prolongé en UHCD est principalement associé aux contraintes organisationnelles hospitalières. Au Gabon, Okoue Ondo et al [5] ont observé une durée moyenne de séjour de 110 heures (> 4 jours) avec un maximum de 408 heures (17 jours) ; l'absence de lits disponibles dans les services d'aval constituait le principal facteur de prolongation du séjour dans 71,56 % des cas. En Tunisie, Marghli et al. ont identifié les pathologies chroniques décompensées et la nécessité d'une hospitalisation spécialisée parmi les principaux facteurs prédictifs de séjour prolongé [11]. Au Sénégal, plus de 40 % des patients admis en UHCD nécessitaient secondairement une hospitalisation conventionnelle, soulignant les difficultés d'accès aux structures d'aval [12].

Une étude prospective conduite 2021 sur 19 571 recours au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU Gabriel Touré de Bamako révèle un surpeuplement critique. Cela est caractérisé par un taux d'occupation de 108,03 % et une durée moyenne de séjour de 63,59 heures. Avec près de 40 % de cas non urgents et 45 % de patients bloqués par manque de lits d'aval, l'analyse préconise la mise en place d'un tri strict à l'accueil et une meilleure fluidification des transferts vers les services spécialisés [13]. Ces données suggèrent que les facteurs organisationnels, notamment l'insuffisance des lits d'aval, jouent un rôle déterminant dans la survenue des séjours prolongés en UHCD.

A notre connaissance, aucune étude n'a abordé la problématique des causes de la prolongation du séjour des patients en UHCD au Mali. Dans ce contexte, il nous est apparu nécessaire d'initier cette étude dans le but d'identifier les causes du

séjour prolongé des patients à l'UHCD. Nous espérons que ces données contribueront à améliorer la qualité des soins au service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital.

Questions de recherche

- Quel est le profil épidémiologique des patients ayant fait un séjour prolongé de l'UHCD ?
- Quels sont les motifs de séjour prolongé des patients à l'UHCD ?

Hypothèses de recherche

- Le manque de lit d'aval est une des principales causes de séjours prolongé des patients à l'UCHD ;
- La fréquence de séjour prolongé des patients à l'UHCD est non négligeable.

2. Objectif

2.1. Objectif général

Étudier le profil épidémiologique et les causes de séjours prolongés des patients à l'UHCD du SAU de l'hôpital du Mali.

2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire le profil épidémiologique des patients ayant fait un séjour prolongé de l'UHCD ;
- Déterminer la durée moyenne des cas de séjours prolongés (DMS) à l'UHCD ;
- Décrire les motifs de séjour prolongé des patients à l'UCHD.
- Identifier les services vers lesquels le transfert de patients a constitué un motif de séjour prolongé à l'UHCD.

GÉNÉRALITÉS

3. Généralités

3.1. Définition de l'urgence :

Il existe plusieurs définitions du mot urgence à savoir :

- Le terme « urgence » vient du latin urgere qui signifie « pousser, pressé, dont on doit s'occuper sans retard ».
- Selon le dictionnaire Larousse, le mot « urgence » est défini, dans le langage courant, comme étant le « caractère de ce qui est urgent » et la nécessité d'agir vite ». L'urgence exprime également « une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » [14].
- Selon la définition médicale du terme, on entend par « urgence », « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est immédiate et appartient autant à la victime qu'au soignant [15].

Selon DEL JOLME, « l'urgence est la situation de tout patient qui se présente à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation dont la prise en charge n'a pas été planifiée. Il sied néanmoins de différencier les patients qui veulent des soins urgents sans qu'un critère de gravité justifiée soit à l'origine de cette demande et ceux qui doivent l'être car la prise en charge n'éprouve d'aucun délai [16].

❖ **Définition de l'urgence :**

D'une manière générale, la population a confiance en l'hôpital, par son aspect sécuritaire et sans contrainte [17].

On définit 4 niveaux d'urgences :

- Urgence vitale : elle met en jeu le pronostic vital (détresse cardio-respiratoire, autolyse, syndrome hémorragique, accident neurologique, coma…).

- Urgence vraie : elle n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides (colique néphrétique, laryngite, fracture, convulsion, état d'agitation, urgence chirurgicale comme l'appendicite...).
- Urgence ressentie : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave (fièvre isolée, douleur abdominale, douleur thoracique atypique, crise d'angoisse…).
- Urgence de confort : le patient majore les symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée (pilule contraceptive oubliée, certificat médical, arrêt de travail, insomnie…).

3.2.Missions des services d'urgences

Les services d'urgences jouent un rôle crucial dans le système de santé en offrant des soins médicaux immédiats et souvent vitaux. Leurs principales missions sont [18]:

- Prendre en charge les patients présentant des conditions graves ou mettant leur vie en danger ;
- Évaluer l'état des patients et entreprendre les mesures nécessaires pour stabiliser leur condition avant un éventuel transfert vers une unité spécialisée ;
- Diagnostiquer rapidement et initier un traitement, diriger le patient vers les services appropriés soit pour une hospitalisation ;
- Collaborer avec les autres services de l'hôpital et les professionnels de santé externes pour assurer une prise en charge continue et coordonnée des patients.

3.2.1. Accueil

C'est le processus par lequel les patients sont reçus et pris en charge à leur arrivée dans un service d'urgences hospitalières.

Au Mali, sur le plan institutionnel, la loi n °02-050/du 22 juillet 2002 portant loi

Hospitalière dans ses articles, 07 à 12 définit les modalités de prise en charge des urgences [4].

Selon l'art D**6124-18** du code de la santé publique française, « lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient ». En 2004, un référentiel est créé par La SFMU, précisant et cadrant les fonctions et compétences de l'IAO. L'infirmière est renommée Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA).

Les missions de l'IOA sont : recevoir les patients et assurer l'enregistrement administratif, évaluer la gravité des symptômes et l'orienter, collaborer avec les médecins, les infirmières et autres professionnels de santé pour coordonner la prise en charge des patients. C'est ce processus complet que l'on appelle **le tri.** La mission générale de l'IOA définie dans le référentiel de la SFMU est d'accueillir de façon personnalisée le patient et sa famille à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté ». Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

L'IOA est un professionnel compétent destiné à l'accueil personnalisé des patients qui se présentent aux urgences. Il a les capacités pour appliquer les protocoles de tri de service. L'intérêt d'un médecin dans la zone de triage permet une réduction du délai de premier contact médical [19].

3.2.1.1. La loi hospitalière du Mali :

Adoptée le 22juillet 2002, établit des directives claires sur la gestion des urgences dans les établissements de santé :

- **Accès aux soins d'urgences :**

Tous les établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés participant au service public hospitalier, sont tenus d'accueillir toute personne en situation d'urgence, sans exiger de paiement préalable pour les soins.

- **Définition des cas d'urgence :**

La loi hospitalière(Loi n°02-050/ du 22 juillet 2002) définit comme urgents les cas impliquant des malades, des femmes enceintes ou des victimes d'accidents dont la vie ou l'intégrité physique est menacée.

3.2.1.2. Prise en charge immédiate :

La prise en charge des urgences intra hospitalières repose sur les structures d'accueil des urgences (SAU), qui ont une infrastructure, des équipements spécifiques, et fonctionnent avec des médicaments et consommables mis à la disposition d'un personnel qualifié et rompu à la tâche 24h/24 et 7jrs/7.

3.2.1.3. Infrastructure

Le SAU est un service individualisé pour l'accueil, la prise en charge initiale et l'orientation des urgences 24H/24 et 7jrs/7.

Le bâtiment physique des urgences doit :

- ✓ Être identifiable (par des flèches dès l'entrée à l'hôpital) ;
- ✓ Être situé à proximité des bâtiments techniques (Imagerie médicale, Laboratoire biomédical) et du bloc opératoire ;
- ✓ Comporter des unités fonctionnelles (unité accueil tri et orientation, unité de déchoquage, unité d'examen et de premiers soins, unité d'hospitalisation de courte durée, salle de médecins, salle de formation)..

3.2.2. Unité d'accueil, tri et orientation

La prise en charge correcte de tout patient passe par une première étape, incontournable : l'évaluation immédiate et initiale de la gravité qui ne peut souffrir d'aucun retard. Une catégorisation après évaluation de la gravité immédiate permet une meilleure orientation du patient à l'intérieur des Urgences. Dans un hôpital de troisième référence, ce sera un infirmier d'Etat 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 ne doit prendre que quelques dizaines de secondes. Elle repose sur l'inspection, le toucher et le contact verbal avec le patient, y compris un rapide et sommaire interrogatoire sur le motif d'admission ou de consultation. Elle doit se faire dans le respect et la discrétion dans un local affecté à cette mission d'accueil et de toute première évaluation avec une table d'examen et une source lumineuse.

En Europe, la notion de tri est fortement repandue dans les services d'urgences, mais les outils élaborés sont souvent d'initiatives locales et comportent des critères de classification différents. Même si l'implantation du tri à l'urgence en Amérique du Nord existe depuis les années 60, aucun modèle standard n'a encore été reconnu. L'Australie et le Royaume-Uni ont mis en place un système national de catégorisation des priorités de soins au tri. Créée en 1999 au Canada l'échelle de triage et de gravité (ETG) est un outil médical qui permet d'évaluer et de prioriser les soins aux patients en fonction de l'urgence. L'intérêt principal est de contribuer à l'organisation des soins et à l'amélioration des résultats cliniques des patients. Afin d'atteindre ces résultats, il a été jugé nécessaire de créer un programme de formation adapté, pour tout le personnel infirmier susceptible de faire du tri [19,20].

Il est essentiel de définir des normes de fonctionnement au tri pour assurer une meilleure prise en charge des patients à leur arrivée et durant leur séjour au SAU. Tous les patients doivent faire l'objet d'un tri avant l'inscription administrative, afin de déterminer rapidement le degré d'urgence. Cette mesure permet de donner en priorité les soins médicaux aux patients de la condition la plus urgente. Le temps alloué à chaque patient doit permettre d'évaluer toutes les personnes dans les 10 minutes après leur arrivée [20].

Pour effectuer un tri, l'IOA procède à une évaluation initiale du patient, dès son arrivée en s'aidant d'une échelle de tri [21].

C'est ainsi que l'on distingue différents outils disponibles pour le triage intra hospitalier des urgences adultes.

3.2.2.1. La Classification Clinique des malades aux Urgences (CCMU)

Elle est une classification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité ainsi que son pronostic médical. La classification est la suivante :

- **CCMU P** : patient présentant un problème psychologique et /ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- **CCMU 1** : état clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
- **CCMU 2** : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par un service d'urgences.
- **CCMU 3** : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate des manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences.

3.2.2.2. Emergency Severity Index (ESI) [21]

L'échelle « Emergency Severity Index » (ESI) est un score en 5 points élaboré par l'agence de recherche et de qualité pour les soins de santé américaine (Agency for Healthcare Research and Quality). Ce score validé a subi plusieurs modifications permettant d'obtenir la version actuelle en 5 points. Un score de 1 (patient sévère, instable) correspondant à une prise en charge immédiate. Un patient avec un score de 5 est stable et ne requiert pas de soins urgents. Les stades de gravité de ce score sont corrélés aux investigations complémentaires à mener.

Une étude prospective observationnelle a permis de valider ce score. Les explorations réalisées pour la prise en charge des patients étaient étroitement liées au score ESI attribué dès leur arrivée, tout comme le taux d'hospitalisation. Les patients classés ESI 5 présentaient un taux d'admission inférieur à 1 %, et seuls 2 % d'entre eux nécessitaient des examens biologiques. À l'inverse, plus l'état clinique était instable, plus la probabilité d'admission augmentait. Ainsi, chez les patients ESI 2, le taux d'hospitalisation atteignait 56 %, tandis que 97 % d'entre eux nécessitaient des investigations complémentaires. Ces résultats confirment la pertinence du score ESI comme outil performant pour anticiper les besoins en examens et en hospitalisation. Cette étude est en accord avec un travail de 2003 dont les résultats étaient comparables. S'ajoutaient des chiffres de mortalité à 60 jours en fonction du score initial du triage. La mortalité était décroissante selon la gravité du patient, allant de 83% pour un patient ESI 1 à 0% pour ESI5. Cependant, certaines équipes ont démontré qu'il faudrait éventuellement réviser les critères permettant d'attribuer le stade 1 (ESI 1).

Tableau I : Emergency Severity Index

Niveau ESI		
ESI 1	Patient avec instabilité Importante doit être immédiatement pris en charge par un médecin, nécessite souvent une intervention (Exemple : intubation) Pour être stabilisé.	Ce niveau représente 2% des Patients dont 73% sont hospitalisés.
ESI 2	Patient potentiellement instable doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 10 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et une hospitalisation.	Ce niveau représente 22% des patients dont 54% sont hospitalisés.
ESI 3	Patient stable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 30 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires Biologique et d'imagerie, un traitement et le plus souvent sort en externe.	Ce niveau représente 39% des patients dont 24% sont hospitalisés.
ESI 4	Patient stable peut ne pas être pris en charge rapidement par un médecin, nécessite peu d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe.	Ce niveau représente 27% des patients dont 2% sont hospitalisés.

ESI 5	Patient stable peut ne pas être pris en charge rapidement pas un Médecin, ne nécessite pas d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe.	Ce niveau représente 10% des patients qui ne présentent pas d'indication à être Hospitalisés.

3.2.2.3. Manchester Triage Scale (MTS)

Une autre échelle de triage de Manchester ou « **Manchester Triage Scale »** (MTS), élaborée en 1996. Une étude de 1999 démontre qu'elle permet de déceler les patients sévères. Sous réserve d'une bonne utilisation, incluant la formation des personnels, la MTS a une bonne sensibilité. Cette étude ne porte que sur un faible échantillon et comporte certaines limites non négligeables. En effet, comme toute échelle elle nécessite un bon apprentissage et peut être influencée par les diagnostics évoqués avant le triage (médecine de ville). Une étude rétrospective observationnelle multicentrique menée dans quatre hôpitaux néerlandais a comparé l'échelle MTS avec l'ESI en termes d'hospitalisation et de décès. Ce travail a comparé des centres dont l'échelle de triage est distincte soit 38 330 patients triés avec l'ESI et 46 537 patients triés aves la MTS entre janvier 2005 et juin 2007. Au travers de cette étude, l'échelle ESI semble être plus adaptée en termes d'hospitalisations. Cette étude a comparé les deux échelles sur des patients de centres différents et présent donc des biais des sélections.

Une étude observationnelle rétrospective confirme que l'ESI est plus à même de prédire les hospitalisations en fonction du score attribué, la mortalité étant corrélée au score de gravité.

Tableau II : Manchester Triage Scale

Niveau MTS	Prise en charge	Délai recommandé
MTS 1	Immédiate	0 minute
MST 2	Très urgente	10 minutes
MST 3	Urgente	60 minutes
MST 4	Standard	120 minutes
MST 5	Non urgente	240 minutes

3.2.2.4. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

Au canada, l'échelle informatisée de triage appelée « **Canadian Emergency Department Triage and AcuityScale »** (CTAS) a été mise en place e1998 et largement adoptée dans SU. Elle prend en compte la rapidité de mise en œuvre de soins ainsi que leur délai de réévaluation à adopter c'est-à-dire la consommation de soins. Elle s'appuie sur une liste normalisée de motifs de consultation assortie du concept de déterminant appelé « modificateur » de premiers et deuxièmes ordres. Ceux de premier ordre concernant les motifs de consultation les plus fréquents et sont relatifs aux signes vitaux, à l'intensité de la douleur et au mécanisme de blessure. Les modificateurs de deuxième ordre s'appliquent à un nombre plus restreint de symptômes spécifiques permettant de stratifier le risque chez les patients quand les modificateurs de premier ordre ne sont pas décisifs. De plus, cette échelle fait l'objet de révisions et de mises à jour régulières, la dernière datant de 2008, assurant son adaptabilité concrète avec pour finalité un ajustement du triage. Les écueils de cette échelle sont l'importante formation nécessite des IOA et outil informatique quasi obligatoire. Par ailleurs, cette échelle à un coefficient de corrélation inter observateur variable selon les études (de 0,20 à 0,84). Cette échelle permet de prédire la complexité et la sévérité d'un patient venu consulter aux urgences [20].

Une fois que l'évaluation initiale du patient est faite par l'infirmière, le processus de tri s'achève par la catégorisation des patients. Les premières classifications et

la notion de tri ont été développées par les militaires puis étendues aux situations de catastrophes et ne concernent que la traumatologie. Deux catégories existent : les urgences absolues, dont la prise en charge et le traitement doivent être débutés immédiatement car le pronostic vital est engagé ; les urgences relatives, où une évaluation et un traitement sont nécessaires, mais où le temps ne constitue pas un facteur critique immédiat [20].

3.2.3. Stabilisation

La stabilisation est l'action qui consiste à rendre le patient stable. La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du malade ne résulte pas en un décès, ou en une perte ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes. La stabilisation du patient avant le transfert doit comprendre :

- Le maintien de la perméabilité des voies aériennes
- Le contrôle de l'hémorragie ;
- L'immobilisation adéquate du malade ou des membres ;
- L'établissement d'un accès veineux pour administration d'un soluté ou de sang ;
- L'administration de la médication nécessaire ;
- Les mesures nécessaires assurant la stabilité optimale durant le transfert l'évaluation du malade dépend de son état. Selon la gravité de son état, il sera évalué soit dans la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) soit dans un box de consultation [22].

3.2.3.1. L'unité de déchoquage OU Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) [23]

L'unité est individualisée dans le SAU. Dans cette unité le patient est pris en charge immédiatement par le médecin responsable pour le traitement immédiat et simultané des détresses vitales : détresse respiratoire, hémodynamique, neurologique et métabolique en particulier.

Elle doit comporter une grande salle de soins facilement et directement accessible par une grande ouverture à partir de l'accueil des urgences et à partir des autres locaux du service. Cette salle doit :

- ✓ Être suffisamment vaste pour recevoir plusieurs brancards et du personnel en nombre ;
- ✓ Disposer d'au moins deux lits brancards à plan dur et à hauteur variable dans un hôpital de 3ème référence et d'au moins un lit brancard pour un hôpital de 2ème référence ;
- ✓ Être bien éclairée de jour comme de nuit ;
- ✓ Être fermée et préserver l'intimité des patients ;
- ✓ Disposer d'au moins trois points d'eau et d'une évacuation des eaux usées ;
- ✓ Être doté d'au moins de deux prises d'oxygène, de vide, et d'air comprimé à 3 bars, ainsi que des prises électriques en nombre suffisant ;
- ✓ Avoir un système de communication avec le reste du service (Interphone, Téléphone) ;
- ✓ Disposer de ses médicaments d'urgence vitale ;
- ✓ Disposer d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, aide-soignant) qui doit être en permanence disponible.

Outre les équipements habituels tels que, stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, marteau à reflexe, lampe de poche, l'unité de déchoquage doit disposer de :

- ✓ Matériels pour la prise en charge des détresses cardio-vasculaires et hémodynamiques ;
- ✓ Matériels pour la prise en charge des détresses respiratoires ;
- ✓ Matériels pour la prise en charge des autres détresses vitales (métabolique, neurologique etc.) ;
- ✓ Une armoire d'urgence contenant les médicaments et consommables prépositionnés pour un fonctionnement optimal et un charriot d'urgence.

3.2.3.2. L'unité d'examen et de premiers soins

Cette unité prend en charge les situations d'urgences ne mettant pas en jeu immédiatement le pronostic vital. L'admission est soumise aux procédures administratives et financières simplifiées et accélérées pour la prise en charge des urgences.

Cette unité comporte suffisamment de locaux (box d'examen et de premiers soins, salle de staff, bureau des médecins, salle des infirmiers, local administratif et salle de décontamination).

Il est souhaitable d'avoir 8 box d'examen multifonctionnels dans un établissement de 3ème référence et 4 box d'examen multifonctionnels dans un établissement de 2ème référence.

Chaque box multifonctionnel doit être suffisamment grand pour contenir un chariot de soins (suture, pansement, plâtrage) et avoir une installation de circuit de gaz et fluides médicaux, d'adduction d'eau, de multiple prise de courant électrique, et de source lumineuse.

Chaque box doit être équipé de :

- D'un lit brancard à plan dur et à hauteur variable, d'un aspirateur électrique, d'une lampe scialytique, d'une pèse personne ;
- D'un moniteur multiparamétrique ;
- D'un aspirateur électrique de mucosité ;
- D'une potence, d'une chaise à hauteur variable ;
- D'un escarbot.

Outre les équipements des box l'unité d'examen et de premiers soins doit avoir :

- Des boites de petite chirurgie ;
- Des attelles de membres pour immobilisation ;
- Des boites de trachéotomie ;
- Des brancards civières, des chaises roulantes, armoires frigorifiques, des chariots de soins, un défibrillateur semi-automatique ;
- Des matériels d'immobilisation du rachis ;

- Des matériels de communication (téléphones, interphones, intranet) ;
- Des matériels informatiques et bureautiques dans les salles de médecin et dans les salles de staff.

Le personnel de l'unité d'examen et de premiers soins composé de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, de brancardiers, de personnel d'entretien, de personnel administratif, de travailleur social œuvre à la permanence et la continuité des soins.

Un minimum de médicaments et consommables doit être toujours immédiatement accessible dans cette unité.

3.2.3.3. Box de consultation

Le box de consultation est le lieu d'évaluation des urgences relatives après leurs admission dans le SAU. Le box d'examen est une ressource restreinte et limitante : son accessibilité influence la possibilité de continuer la prise en charge d'autres patients en attente de soins et donc la maitrise de la surcharge du service et du délai de passage des patients [24].

3.2.4. Orientation

La gestion des flux et leur coordination concerne l'ensemble du service, y compris l'urgentiste qui doit anticiper l'évènement, afin de réduire autant que possible le temps de passage dans les urgences. La recherche de lits doit être faite précocement lors de la prise charge des patients. Pour les patients nécessitant une hospitalisation, le type d'hospitalisation (y compris dans l'UHCD) est souvent envisageable dès le début de l'examen médical, sans attendre les résultats des examens complémentaires.

3.3.Hospitalisation en UHCD

L'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée), c'est une unité destinée à recevoir les patients du service dont la pathologie nécessite une surveillance avant un traitement ambulatoire ou d'hospitalisation conventionnelle. Le fonctionnement correct de cette unité suppose que les patients y résident moins 72 heures conformément aux textes en vigueur. Ce qui demande un effort partagé

des médecins du SAU et des services d'aval, une bonne coordination en offrant un transfert approprié pour chaque patient [24].

3.3.1. Critères d'admission– de non-admission– de sortie

Pour être admis à l'UHCD, il est recommandé que les patients soient identifiés comme appartenant à l'un des quatre groupes suivants

- **Groupe 1** : retour à domicile prévu dans les 24 heures,
- **Groupe 2** : mise en observation avant orientation,
- **Groupe 3** : en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible,
- **Groupe 4** : admission pour valorisation d'activité.

➢ **Groupe 1**

Patient devant a priori, au terme des 24 heures, retourner à domicile. Ce groupe concerne les patients pour lesquels l'évaluation à l'accueil laisse supposer qu'après une période de soins prolongée mais inférieure à 24 heures, l'évolution sera satisfaisante, autorisant une sortie de l'hôpital. Il intègre également les patients présentant des difficultés sociales ou médico-sociales. Les pathologies concernées sont, par exemple :

- ✓ Les traumatismes crâniens de classe II de Masters,
- ✓ Les réactions allergiques (type œdème de Quincke) ayant répondu au traitement,
- ✓ Les asthmes modérés améliorés,
- ✓ Les déshydratations,
- ✓ Les crises de paludisme sans atteinte neurologique,
- ✓ Les hyperglycémies sans acidose,
- ✓ Les convulsions non compliquées,
- ✓ Les crises d'angoisse,
- ✓ Les infections non compliquées (pyélonéphrites, pneumopathies, ...) [25–31].

- **Groupe 2**

Patient nécessitant, au terme de l'évaluation à l'accueil, une période d'observation afin de décider, dans les 24 heures, de son orientation : retour à domicile ou hospitalisation, lieu d'hospitalisation. Ce groupe concerne des patients pour lesquels les données cliniques et paracliniques ne permettent pas initialement de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation. Le prototype en est la douleur de la fosse iliaque droite sans fièvre, ni élévation des globules blancs où une période d'observation permet au tableau clinique de s'enrichir des signes d'appendicite (hospitalisation en chirurgie), de colopathie inflammatoire (hospitalisation en gastro entérologie, voire en médecine) ou de les voir disparaître (retour à domicile). Ce groupe concerne également, par exemple :

- ✓ Les douleurs thoraciques à faible risque d'insuffisance coronarienne aiguë,
- ✓ Les douleurs abdominales stables sans diagnostic après évaluation initiale,
- ✓ Les acidocétoses,
- ✓ Les intoxications médicamenteuses en surveillance et en attente d'avis psychiatrique [20-24]. C'est dans ce groupe que se trouveront les patients relevant des soins continus. Il peut donc être envisagé, selon les dispositions locales, de le subdiviser en deux sous-groupes afin d'identifier dès l'admission les patients requérant ces soins continus.

- **Groupe 3**

Patient nécessitant une hospitalisation, mais admis en UHCD en attente de place, avant son passage dans une unité d'hospitalisation conventionnelle, pour des raisons organisationnelles. Il est recommandé de préciser dans le règlement intérieur que la fonction première de l'UHCD est l'accueil des patients des groupes 1 et 2. Il est recommandé que le groupe 3 soit clairement défini dans le règlement intérieur comme étant une modalité de gestion décidée conjointement entre le service des urgences et les autres services hospitaliers qui doivent s'engager à accueillir ces patients dans des délais fixés à l'avance. Il est recommandé que les moyens liés à cette mission soient définis et attribués au

service des urgences pour l'UHCD. Par exemple, si l'établissement décide que des patients en fin de vie y sont pris en charge ou qu'il ne doit pas y avoir d'hospitalisation dans les services conventionnels la nuit, l'UHCD doit avoir les moyens matériels et humains d'accueillir ces patients. Les modalités de leur mutation intra hospitalière doivent être fixées à l'avance, par exemple, entre 7 heures 30 et 8 heures 30 le matin. Il est recommandé que les patients qui nécessitent une hospitalisation classique ne soient pas admis ou ne séjournent pas au-delà des limites établies en UHCD pour des causes relevant d'un dysfonctionnement de la structure hospitalière : absence de place ou délai d'attente de place en unité conventionnelle dans l'établissement. Ceci reflète un dysfonctionnement en aval du service d'urgences qui devra faire l'objet d'une évaluation.

- **Groupe 4**

Patient admis administrativement mais non couché en UHCD. Ce groupe englobe l'ensemble des patients admis à l'accueil des urgences et pour lesquels un codage en consultation n'est pas concevable par défaut de valorisation d'activité. Il regroupe les patients gardés dans la partie accueil des urgences pour des raisons structurelles : attente prolongée d'examens complémentaires, d'avis spécialisé ou de transfert, absence d'UHCD, dépassement des capacités d'accueil de l'UHCD, ainsi que les patients nécessitant un recours important au plateau technique. L'ensemble des cotations appliquées à un passage en consultation aux urgences (consultations généraliste, spécialistes, AMI, K, B, Z) ne représente que 28 % du coût réel du passage pour l'établissement [25, 26]. Cet état de fait est reconnu par tutelles. Ces passages ne sont pas pris en compte dans l'activité décrite par le PMSI et conduisent la structure hospitalière à perdre des ressources. Le but de ce groupe 4 est de valoriser plus précisément une activité actuellement largement sous cotée en identifiant les patients qui génèrent une forte charge de soins. Dès lors, compter un passage à l'UHCD permet de valoriser correctement, par le biais du PMSI, le coût réel du passage. Si un nouveau système de cotation des activités

de l'accueil des urgences prenait en compte ces éléments d'activité, par exemple la classification en groupes de passage aux urgences (GPU) à l'étude actuellement, ce groupe serait, par souci de transparence, amené à disparaître. Ce système de cotation des prises en charge existe et est appliqué à l'heure actuelle dans certains services d'urgences [25, 26].

3.3.2. Critères de non-admission à l'UHCD

- Pathologie clairement identifiée (y compris en cas de démarche palliative) et relevant à l'évidence et dès l'accueil d'un service d'hospitalisation conventionnelle ;
- Patients graves relevant d'un service de soins critiques ;
- Patients déjà hospitalisés dans un ES, que ce soit un ES extérieur ou un ES hébergeant l'UHCD, tant l'UHCD n'est pas le lieu d'accueil des urgences intrahospitalières ou des patients hospitalisés devenus instables ;
- Les patients sortants du bloc opératoire après une intervention chirurgicale, l'UHCD n'étant pas non plus une salle de réveil.

3.3.3. Pathologies

À l'UHCD des Urgence de l'hôpital du Mali, nous recevons plusieurs types de patients avec différents cas cliniques. Parmi lesquelles nous pouvons citer [4] :

3.3.3.1. **État de choc** [32]

Est une défaillance circulatoire aigue entrainant une insuffisance de la perfusion tissulaire qui, si elle se prolonge, provoque des lésions irréversibles de l'ensemble des viscères. Ils existent plusieurs types de choc :

❖ **Choc hypovolémique** [33]

- Hypovolémique vraie par diminution importante de la masse sanguine ou du plasma :
- Hémorragie extériorisée ou non : post traumatique, per ou post opératoire, obstétricale (grossesse extra-utérine, rupture utérine etc.), perte de sang liée à une pathologie sous-jacente (ulcère gastro - duodénale). La perte de 30 à 50% de la masse sanguine engendre un état de choc hémorragique.

- Déshydratation : vomissements et diarrhées graves, cholera, occlusion intestinale, coma diabétique (hyperosmolaire ou acidocétosique), etc.
- Fuites plasmatiques : brûlures étendues, écrasement des membres, etc.
- Hypovolémie relative inadéquation contenant/contenu vasculaire :
- Choc anaphylactique par vasodilatation extrême : allergie à une piqure d'insecte, à un médicament etc.
- Contusion médullaire avec vasoplégie.

❖ **Choc septique** [33]

Par un mécanisme complexe associant souvent vasodilatation, défaillance cardiaque et hypovolémie vraie : septicémie.

❖ **Choc cardiogénique :** [33]

Par diminution importante du débit cardiaque :

- Atteinte directe du myocarde : infarctus, contusion, traumatisme, intoxication ;
- Mécanisme indirect : trouble du rythme, péricardite constrictive, hémopéricarde, embolie pulmonaire, pneumothorax étendu, atteintes valvulaires, anémies graves, etc.

3.3.3.2. Crise hypertensive [25]

Augmentation soudaine et marquée de la pression artérielle diastolique et ou systolique (supérieure à 120/180 mm Hg) provoquant des troubles cérébraux (encéphalopathie hypertensive), cardiaques et vasculaires menaçant souvent la vie du malade.

Les crises hypertensives peuvent être, soit une manifestation aigue d'une hypertension artérielle essentielle connue ou inconnue soit une hypertension secondaire à d'autres maladies.

La crise hypertensive peut conduire à une pathologie redoutable et invalidante à savoir l'AVC (les accidents vasculaires cérébraux) :

Ce sont des affections cérébrales aigues dues à un trouble de la circulation sanguine cérébrale ou à la rupture d'une artère cérébrale qui entrainent l'ischémie

d'un certain nombre de cellules cérébrales par manque d'oxygène et des troubles neurologiques plus ou moins graves, dont la régression est possible.

Le terme général ≪accident vasculaire cérébral≫ désigne couramment les syndromes neurologiques qui accompagnent :

- L'ischémie : l'infarctus et le ramollissement cérébral, conséquences d'une thrombose ou d'une embolie.
- L'hémorragie intracérébrale : conséquence de la rupture d'un vaisseau.

Tableau III : Facteurs de risque d'AVC selon l'ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines : Risk Factor for Stroke [26]

Facteurs de risque faible	**Facteurs de risque modéré**	**Facteurs de risque élevé**
Sexe féminin	Age > ou = 75 ans	ATCD d'AVC, d'AIT, d'embolie
Age 65 à 74 ans	HTA	Sténose Mitrale
Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Remplacement valvulaire
Thyrotoxicose	FEVG < ou = 35%	
Diabète type I		

3.3.3.3. Le Diabète Sucré [27]

Selon l'OMS le diabète sucré se définit comme un état d'hyperglycémie permanent avec une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26g /l (7mmol) a deux reprises et /ou supérieur ou égale à 2g/l (11mmol) a n'importe quel moment de la journée [34].

On distingue deux formes principales de diabète : le type 1 (DT1) et le type 2 (DT2). Ils diffèrent par leur terrain, leur physiopathologie et le tableau clinique initial. Mais leurs complications et leurs modalités de prise en charge sont globalement similaires.

- Le DT1 : Représente environ 10% des cas, il survient en général avant l'âge de 35 ans mais peut se voir à tout âge. En 2013, le nombre d'enfants de moins de 15 ans atteints de DT1 était estimé à presque 500 000 dans le

monde. En France, on totalise 6400 enfants diagnostiqués DT1 entre 2013 et 2015 [28].

- Le DT2 englobe 90% des cas de diabète en France et dans le monde. Il est responsable de la grande majorité des coûts engagés pour cette maladie [28–30].

Ils se manifestent par des signes cliniques :

- Polypnée ;
- Déshydratation globale ;
- Polyurie, polydipsie ;
- Hyperthermie ;
- Troubles digestifs ;
- Obnubilation ;
- Hypotension artérielle ;
- Altération du Glasgow.

3.3.3.4. La Céto-acidose Diabétique [31,35]

La céto-acidose est une complication qui concerne essentiellement les patients diabétiques de type 1. Elle peut révéler la maladie ou survenir au cours de son évolution. Les sujets noirs africains obèses constituent une population particulière de patients diabétiques de type 2, susceptibles, de manière non exceptionnelle, de présenter une céto-acidose au cours de leur maladie.

3.3.3.5. Sepsis [36]

C'est un syndrome infectieux dû à une décharge répétée des germes dans la circulation à partir d'un foyer primitif et caractérisé par une hémoculture positive. Le staphylocoque et les bacilles gram négatif sont généralement en cause. Le syndrome infectieux est marqué par une fièvre (t°>38°c) ou une hypothermie (t°<35ºC), par des frissons, des sueurs, une polypnée (FR >20 cycles/min), une tachycardie (FC >100 battements/min), une altération de l'état général, une leucocytose à prédominance neutrophiles > 12000/mm3 ou une leucopénie <4000/mm3. Ce syndrome infectieux peut évoluer vers le choc septique. La

prévention passe par le parage précoce de tout foyer infectieux et la mise en route précoce du traitement antibiotique. Le traitement curatif utilise les antibiotiques selon les résultats de l'hémoculture et la correction d'éventuelles perturbations hémodynamiques et métaboliques.

3.3.3.6. Coma hyperosmolaire ou syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire

Coma chez un diabétique (le plus souvent type2), âgé, caractérisé par une déshydratation massive, une hyperglycémie, une hyperosmolarité (> 350mmol/l) et l'absence de corps cétoniques

L'osmolarité= natrémie en meq x 2 +glycémie en mmol + urée en mol.

❖ **Anamnèse :**

- Asthénie
- polyurie,
- perte de poids

❖ **Facteurs déclenchants :**

- Infection,
- diarrhée,
- vomissements
- médicaments (corticoïdes, diurétiques)

❖ **Signes cliniques :**

- Déshydratation intra et extracellulaire massive
- Troubles de conscience (obnubilation, coma)
- + ou- signes de localisation

❖ **Signes Para cliniques**

- Glycémie capillaire élevée
- ECG à la recherche de signes d'hypokaliémie

❖ **Signes de gravité**

- Choc hypovolémique
- Convulsions

❖ **Pieges**

- Coma hypoglycémique
- Acidose diabétique (polypnée, dyspnée de Kusmaul)
- Acidose lactique

Traitement

Voie veineuse périphérique.

Réhydratation : Nacl 0,9%=1L / heure

Insulinothérapie : 10 UI en bolus, puis 0,1 UI/kg/h à la PSE

- Si choc : HEA 30 ml/kg max
- Si Glasgow ≤ 8 Intubation

Traitement des facteurs déclenchant

NB :

- Pas d'indication d'alcalinisation
- Surveillance clinique et biologique (ionogramme sanguin, glycémie capillaire).

Transport

- Surveillance : paramètres vitaux, glycémie capillaire toutes les heures
- Position : décubitus dorsal.

3.3.3.7. Le VIH/ Sida [37]

On considère qu'un adulte ou un adolescent est atteint de sida, s'il présente au moins deux signes majeurs accompagnés d'au moins un des signes mineurs dont la liste figure ci-dessous.

Tableau IV : Signes Majeurs/Mineurs du VIH/Sida

Signes Majeurs	Signes Mineurs
Amaigrissement > 10%	Toux persistante depuis plus d'un mois
Diarrhée chronique depuis plus d'un mois	Dermatite prurigineuse généralisée
Fièvre (continue ou intermittente) Depuis plus d'un mois	Zona récidivant Candidose oropharyngée Infection à herpès chronique ou disséminée Lymphadémopathie généralisée

❖ **Les Urgences Médicales chez les Patients VIH Positifs :**

Elles sont décrites comme étant les complications survenues au cours de l'évolution de la maladie. Ces urgences concernent essentiellement :

➢ **Infections Opportunistes**

On qualifie d'opportunistes, des infections dues à des agents microbiens qui ne rendent pas malades si ce n'est l'immunodépression où entrainant seulement des maladies bénignes. Une fois installées elles sont difficiles à traiter à cause des récidives dues à la persistance de l'immunodépression [37].

La Pneumocystose : Elle débute, le plus souvent, de façon lente et progressive. Le malade se plaint de toux ≪ Sèche ≫ sans crachat, fatigante, empêchant le sommeil. Parallèlement il apparait un essoufflement (dyspnée) qui gêne à l'effort puis survient pour des actes de plus en plus minimes (faire sa toilette, faire son ménage) et devient au repos.

Les symptômes respiratoires s'accompagnent de fièvres, d'une fatigue, d'anorexie et d'amaigrissement. Son diagnostic repose sur la mise en évidence des trophozoïtes surtout des kystes de Pneumocystis Carinii dans l'expectoration ou dans le lavage broncho-alvéolaire.

Les infections par le Cytomégalovirus : Sont très fréquentes et polymorphes au cours du sida. Elles se manifestent par une pneumonie interstitielle, une gastro-entérocolite, encéphalite, une rétinite, une éruption cutanée et purpura thrombopénique. Le diagnostic repose sur la mise en évidence des cellules à inclusion virale dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA), sur des techniques d'immunofluorescence indirecte.

La Cryptococcose : Réalise des atteintes méningées, pulmonaires, cutanées, osseuses. Cependant les formes disséminées avec atteinte digestive, ganglionnaire, cardiaque et rénale sont possibles.

Le diagnostic repose sur l'examen microscopique direct du liquide de ponction lombaire à l'encre de chine et culture sur gélose SABOURAUD.

La Toxoplasmose cérébrale : La Toxoplasmose cérébrale associe généralement des maux de tête importants et persistants, résistants aux médicaments habituels (paracétamol, aspirine), une fièvre et des signes témoignant de la souffrance cérébrale (il peut s'agir de la paralysie d'un membre de troubles du langage avec manque de mots, de problèmes de vision, parfois de crises d'épilepsie…). Le diagnostic de certitude est anatomo-pathologique ou microscopique par isolement du parasite sur culture ou sur des arguments radiologiques présomptifs.

Les Candidoses : Elles sont très fréquentes et provoquent des lésions buccales avec muguet et une œsophagite se traduisant par la dysphagie et la douleur rétrosternale. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen parasitologique et la fibroscopie œsogastroduodénale dans certains cas.

Les infections à herpès simplex virus : Se traduisent au cours du sida par des lésions cutanéomuqueuses, érythémato-vésiculeuses évoluant vers des ulcérations chroniques, creusant et siégeant sur les régions génitales et buccales. Le diagnostic repose sur la biopsie et l'examen histologique.

La Cryptosporidiose : Le cryptospridium est cosmopolite et réalise au cours du sida une diarrhée aigüe, profuse, incontrôlable avec souvent malabsorption

conduisant à une cachexie mortelle. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'oocystes par la technique d'activation.

Les Mycobactérioses : La tuberculose est une affection respiratoire bactérienne due à Mycobacterium tuberculosis très fréquente surtout en Afrique. La mycobactériose atypique se traduit par une atteinte des poumons, du tube digestif de la moelle osseuse etc.

On remarque au cours de la phase tardive du sida des pneumonies bactériennes dues à plusieurs bactéries : Streptococcus et Haemophilus.

En plus des pneumonies on observe aussi des symptômes associés à certaines affections bactériennes du tube digestif dues à Salmonella, Campylobacter, Shigella.

3.3.3.8. L'insuffisance rénale aigue [38]

Défaillance rapide de la fonction rénale antérieurement stable que le patient présente ou non une néphropathie.

Augmentation de la créatininémie >200µmol/L (pas de consensus) sur un rein sain ou doublement de la créatininémie ou diminution de 25% de la clairance de la créatine.

- **Clairance de la créatine**

CL Créat : [créat U] ×Diurèse des 24h/ [créat P] Ou Formule de Cockcroft

- Chez l'Homme : 1,24× [(140-âge) ×poids (kg)] / [Créat P] (µmol /l)
- Chez la femme : 1,04× [(140-âge) ×poids (kg)/ [Créat P] (µmol /l).

- IRA à diurèse conservée si diurèse>30ml/h
- IRA oligurique si 5 ml/h<diurèse<30ml/h
- IRA anurique si diurèse<5 ml/h.

- **Diagnostic**

Clinique : asthénie, nausées, vomissements, polypnée, oligurie, œdèmes, périphériques ou pulmonaire….

3.3.3.9. Troubles ioniques

❖ **Hyponatrémie**

Natrémie <135 mmol /l, hypo osmolarité

3 types d'hyponatrémie :

- de déplétion = pertes sodées >pertes hydriques rénales ou digestives (déshydratation extracellulaire)
- de dilution= excès d'apport hydrique et bilan sodé nul (secteur extracellulaire normal)
- par inflation hydro sodée = surcharge hydrique et salée (hyperhydratation extracellulaire)

Diagnostic

Anamnèse : bilan journalier de l'eau et du sodium,

Signes cliniques : souvent asymptomatique

- Dégout de l'eau
- Crampes, myoclonies
- Asthénies,
- confusion,
- Délires

Biologie : natrémie< 135 mmol/l

Signes de gravité : Convulsions, coma, signes d'hypertension intracrânienne

Pièges

- Fausses hyponatrémies avec osmolarité normale (hyper protidémie hyper lipidémie)
- Hyponatrémie avec osmolarité augmentée (mannitol, produits de contraste, alcool éthylique…)

Traitement

Correction pas trop rapide : risque de démyélinisation

Si hyponatrémie asymptomatique :

- Restriction hydrique

Si hyponatrémie symptomatique :

- VVP, prélèvement ionogramme
- Apport de Nacl 1g/h à la SE si hyponatrémie sévère

Objectif : variation de la natrémie de 1 à 2 mmol/l/h sans dépasser 8 mmol/ l/24 h

- Surveillance clinique et biologique continue

Si Volume extracellulaire augmenté

- Furosémide en fonction de la diurèse
- Epuration extrarénale si insuffisance rénale Oligo-anurique

Transport

- Surveillance : paramètres vitaux, hydratation, PVC
- Position : indifférente.

NB :

- Déficit sodé = 0,6xPoids en kg x(140-Nac)
- NaC (Natrémie corrigée) = {Na}+{glycémie/l} -5/3 ou Na+ glycémie en mmol/l x0,3Na= natrémie mesurée.

3.3.3.10. Hypernatrémie [4]

Augmentation de la concentration plasmatique de sodium au-dessus de 145 mmol/l

- Causes : excès d'apport de sel ou de perte d'eau
- Risque : hémorragie intracérébrale et méningée.

Diagnostic

Anamnèse

Signes cliniques

- Soif
- Léthargie, faiblesse,
- syndrome confusionnel (PA), agitation, coma
- Collapsus, choc,
- Signes de déshydratation intra et/ou extracellulaire ; pli cutané, langue rôtie

Signes de gravité :

- Natrémie> 180mmol/l
- Choc

Pièges

- Sujets qui ne peuvent pas exprimer la soif : enfant, sujet âgé, fonctions supérieures altérées
- Décompensation diabétique

Traitement

- Glycémie capillaire systématique
- Rechercher et traiter la cause
- Réhydratation :

Si inconscient

- Pose d'une VVP
- Perfusion de SG hypotonique à 2,5 %
- Déficit en eau = 0,6 x poids corporel x {(natrémie observée/140) -1]
  Ex :P=60 kg et Na+=168 mmol/l,
- Le déficit en eau calculé = 0,6 x60 x{ (168/140)-1)} = 7,2 l

Vitesse de correction lente :

- <0,5 mmol/h sans dépasser 10 mmol/24h car risque est l'œdème cérébral

Cas particuliers :

- Si décompensation diabétique : réhydratation + insuline +glucose
- Hémodialyse : Hyper natrémie aigue par surcharge accidentelle de sodium

Transport

- Surveillance : paramètres vitaux
- Position : demi-assise ou décubitus dorsal

3.3.3.11. Hypokaliémie [4]

Kaliémie <3 ,5 mmol /l

Causes

- Carence d'apport
- Pertes digestives et/ou rénales
- Transfert intracellulaire de potassium

Diagnostic

Signes cliniques

- Asthénie, diminution de la force musculaire, hypotonie, myalgies, rarement paralysies vraies, flasques avec abolition des ROT, sans atteinte sensitive
- Ralentissement du transit, météorisme, iléus paralytique
- Tachycardie, baisse de la pression artérielle

Signes électrocardiographiques :

- Troubles de la repolarisation
- Onde T diminuée ou aplatie, dépression du segment ST,
- Onde U augmentée, pseudo QT long
- Troubles rythmiques : Hyperexcitabilité auriculaire ou ventriculaire, torsades de pointe, FV

Signes de gravité :

- Kaliémie <2 mmol/l
- Bradycardie, ESV
- Hypercalcémie associée,

Attention : digitaliques, anti arythmiques, cardiopathie, hypomagnésémie

Pièges

- Acidose masquant l'hypokaliémie
- Paralysie périodique familiale hyperkaliémie

Traitement

En cas d'hypokaliémie modérée : recharge per os : la moins dangereuse (sirop de potassium, pamplemousse, banane…)

Si intolérance digestive ou manifestations cardiaques menaçantes :

- VVP, prélèvement ionogramme /3h
- Nacl 0,9 % ou RL
- Chlorure de potassium IV de 10à 20 mmol/ l/h max. au PSE sous surveillance électrocardioscopique : Kcl 10% : 10 ml (5 amp.) débit 10 ml/h
- Si troubles du rythme : Mgso4 à 15%,3 g IV en une h à PSE

Transport

- Surveillance : électrocardioscopique
- Position : indifférente.

3.3.3.12. Hyperkaliémie [4]

Kaliémie >5 ,5 mmol /l

Sa gravité est liée à l'installation rapide et /ou à l'existence de signes électriques

Trois causes :

- défaut d'élimination rénale (IR, diurétique)
- transfert du secteur intracellulaire vers le secteur extracellulaire (acidose, rhabdomyolyse)
- excès d'apports (iatrogène).

Diagnostic

Anamnèse (insuffisance rénale, acidose, rhabdomyolyse)

Signes cliniques :(rares et tardifs mais d'apparition brutale)

- Troubles sensitifs, paresthésies, paralysies
- Bradycardie, troubles du rythme,
- Hypotension, collapsus, inefficacité circulatoire

Signes électriques : (précoces, responsables du risque de mort subite)

- Ondes T amples, pointues et symétriques
- Aplatissement de l'onde P et allongement de l'espace PR
- Elargissement du complexe QRS, disparition du segment isoélectrique ST
- Rythme idioventriculaire lent avec inefficacité circulatoire, fibrillation ventriculaire ou asystolie

Signes de gravité :

- Signes électriques et collapsus cardiovasculaire

Pièges

- Pas de corrélation entre kaliémie/gravité des anomalies électro cardiographiques et cliniques
- Risques majorés en cas d'acidémie, hyponatrémie ou hypocalcémie associées
- Fausses hyperkaliémies par hémolyse liées aux techniques de prélèvements (avec garrot !!!)

Traitement

Guidé en urgence par l'ECG

Si Kaliémie >6,5mmol/l et/ ou d'installation rapide et/ou présence de signes électriques ;

- Gluconate de calcium 1 g IVL à renouveler si besoin (4g max.), contre-indiqué chez le patient digitalisé
- Furosémide 80-120 mg IVD toutes les 4 à 6 h (si diurèse conservée)
- Sulfate de polystyrène Kayexalate per os 45 g (3 cuillérées mesure) x4 par jour ou en lavement 60 g x3/j
- SG à 30 % 500 ml + 30 UI d'insuline en 1 h

Si insuffisance rénale Oligo anurique : épuration extra-rénale

- Alcalinisation par Bicarbonate de sodium semi-molaire à 4,2 % 100 à 200 ml IV en 10 min

Si 5,5 mmol < kaliémie < 6,5mmol/l d'installation lente et absence de signes électriques :

- Sulfate de polystyrène per os 45 g x 4 par jour ou en lavement 60 g x3/j

Traitement préventif et étiologique si possible, nécessaire pour éviter les récidives.

Transport

- Surveillance : paramètres vitaux avec l'électrocardioscope et l'ECG en phase aigue
- Position : demi- assise ou décubitus dorsal.

3.3.3.13. Décompensation aigue d'une BPCO [4]

Il s'agit d'une exacerbation d'une IRC (incapacité du poumon à assurer ses fonctions normales d'hématose).

Diagnostic

- **Positif**

Signes cliniques : aggravation de la dyspnée, augmentation de la FR, troubles neuropsychiques, tirage, mise en jeu des muscles respiratoires accessoires, respiration paradoxale abdominale

Signes biologiques : PaO2 < 55mmHg, pH < 7,30, hypercapnie habituelle majorée

- **De gravité :**

- Troubles ventilatoires : apnée, pause ou épuisement respiratoire, encombrement
- Troubles neurologiques : agitation extrême, coma, convulsions
- Troubles cardiovasculaires : collapsus, troubles du rythme sévères, ACR
- GDS (sous O2) : pH < 7,26 ; PaO2 < 50 mmHg ; 85%<SaO2<90%

Conduite à tenir

Mise en condition :

- Rassurer le patient
- Position1/2 assise
- 1 VVP sérum G5% 500 cc/24h
- O2 (bas débit) pour SpO2>80% VNI
- Aspiration prudente si encombrement

SI PAS DE GRAVITE :

- Aérosol de β2 (terbutaline) 5 mg à 10 mg + Atrovent 0,5 mg si bronchospasme
- ± corticoïdes IV Méthylprednisolone 1 mg/Kg ou HSHC 200 à 400 mg IVL
- Traitement d'une surinfection broncho-pulmonaire : amoxicilline+Ac clavulanique

Si IVG associée furosémide 1 mg/Kg ±dérivés nitrés

- HBPM à dose préventive : enoxaparine 0,4 ml SC/J

Si signes de gravite

- Transfert en réanimation avec VVP, oxygénothérapie, position ½ assise, monitorage

Surveillance clinique et biologique : conscience, PA, FR, FC, SPO2, GDS

Transport : surveillance (conscience, PA, FR, FC, SPO2, GDS).

3.3.3.14. Embolie pulmonaire [4]

Oblitération brusque, totale ou partielle, du tronc ou d'une branche de l'artère pulmonaire par un embole fibrino-cruorique.

Diagnostic positif

- Dyspnée dans 70 à 80 % des cas.
- Tachypnée > 16/min dans 90 % des cas.
- Douleurs thoraciques dans 50 à 60 % des cas :
  - douleurs basithoraciques, d'allure pleurale le plus souvent
  - augmentées à l'inspiration et à la palpation
  - brutales.
- Tachycardie > 100/min dans 30 à 40 % des cas.
- Toux sèche d'irritation pleurale dans 40 à 50 % des cas.
- Hémoptysie dans 15 % des cas

ECG : tachycardie sinusale, déviation axiale droite, S1Q3, bloc de branche droit, HVD, ischémie antéro-septale

ETO ou ETT

Biologie : D dimères

Echo Doppler : mise en évidence de TVP,

Angioscanner pulmonaire +++ : permet de visualiser l'embole

Traitement

- Repos strict au lit.
- Oxygénothérapie adaptée à la SaO2 (non invasive).
- Analgésie : Morphine IV
- HNF 5000 UI en bolus entretien 300 et 500 UI /kg/jour
- Ou HBPM : Enoxaparine 100 UI /kg / 12 heures
- Antivitamines K (AVK) si possible à débuter le 1er jour (INR souhaité entre 2et 3).
- Arrêt de l'héparine, lorsque l'INR est efficace, contrôlé à deux prélèvements à 24 heures d'intervalle.
- Thrombolyse (voir SCA)

Surveillance clinique et biologique : plaquettes, TCA, INR, TA, FC, FR, SPO2

Transport : voie veineuse, oxygénothérapie, monitorage.

3.3.3.15. Œdème aigu du poumon cardiogénique [4]

C'est une accumulation de fluides et de solutés dans les espaces extravasculaires pulmonaires, entrainant une inondation des alvéoles pulmonaires et une insuffisance respiratoire aiguë

Diagnostic positif

Signes cliniques

Une orthopnée, toux avec expectoration fréquemment « rose saumoné », angoisse, sueurs, râles crépitants dans les deux champs pulmonaires en « marée montante », tachycardie, bruit de galop gauche, souffle systolique.

Signes para cliniques

Radiographie pulmonaire : un œdème alvéolaire avec des opacités floconneuses confluentes non systématisées en ailes de papillon associées à un bronchogramme.

Signes de gravité

Tachypnée > 30/min, bradypnée, Cyanose, marbrures, collapsus, troubles de la conscience.

Traitement

But :

Prévenir le décès par arrêt cardiaque hypoxémique et/ou hypercapnique et d'assurer la régression de l'œdème en diminuant la pression micro vasculaire pulmonaire.

Moyens :

Oxygénothérapie au masque à haute concentration (8 à 10l⁄min), les dérivés nitrés (trinitrine orale et intraveineuse), les diurétiques de l'anse (furosémide). Ventilation non invasive (VNI) VSAI-PEEP.

Conduite pratique :

- Position demi assise
- L'oxygénothérapie, avec des séances de VNI si échecs après 15-30 min, intubation + ventilation avec PEEP.

Si la PA est normale ou augmentée : les dérivés nitrés en première intention dinitrate d'isosorbide 15 mg sublingual (+ 40 mg per os), ou IV (3 mg IVD toutes les 5 min) puis relais IV continue de 1 à 3mg/h. On associe le furosémide (40 à 80 mg IVD) aux dérivés nitrés. Arrêt les nitrés dès que la PAS est < à 110 mmHg.

Si état de choc associé dobutamine 5 à 10 µ/kg/h

Surveillance clinique et biologique : TA, FC, FR, SPO2, GDS.

3.3.4. Hospitalisation dans les services d'aval

Par leur expérience, les professionnels des urgences peuvent identifier très précocement avec un niveau de confiance élevé, les patients pour lesquels une hospitalisation sera nécessaire. L'anticipation doit permettre au personnel chargé de cette mission de mieux gérer la recherche de lits : identification des lits nécessaires, des lits disponibles ou d'autres options.

L'objectif est de réduire le temps d'attente de lit afin de limiter le nombre de patients dont le temps de prise en charge aux urgences est très long [39].

La circulaire du 16 avril 2003 en France prévoit que les SU connaissent la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. À ce jour, les systèmes de recherche de lits permettent rarement d'avoir une connaissance exacte en temps réel du nombre de lits disponibles dans l'établissement.

La saturation des filières de soins, la compétition entre admissions programmées et non programmées, voire le manque de volonté de la part des services hospitaliers de donner ces informations en sont les principales raisons. Un ou deux pointages sont faits tous les jours par les services d'urgence pour connaitre les lits disponibles dans les différents services de leur établissement [40].

3.3.5. Fiches techniques

3.3.5.1. Ponction pleurale [4]

Indication

La ponction pleurale peut-être :

- diagnostique ou,
- thérapeutique d'un épanchement pleural en cas de dyspnée aiguë.

Contre-indications relatives

- coagulopathie sévère,
- infection cutanée au niveau de la zone de ponction.

Matériels :

- - produit désinfectant, champs et gants stériles,
- - masque de protection,

- - anesthésique local,
- - cathéter de ponction (14 G x 50 mm) avec aiguille métallique interne, robinet à 3 voies, seringue de 50mL avec connecteur de type Luer-lock, poche de collecte avec connexion Luer-lock.

Technique :

- Le patient est assis au bord du lit, avec les bras et la tête penchés en avant; il est éventuellement maintenu dans cette position par un aide.
- Localiser l'épanchement pleural : percussion (bruit mat) ; idéal : échographie.
- Point de ponction : au niveau d'un espace intercostal, 2 travers de doigt en dessous de la limite supérieure de la matité, entre la ligne axillaire moyenne et la ligne descendant de la pointe de la scapula, au bord supérieur de la côte, pas plus bas que le 6e espace intercostal.
- Désinfection, champ stérile servant de surface de travail.
- Anesthésie locale (par exemple 10-15 ml de lidocaïne 1 % [Xylocaïne®]) de la totalité de l'épaisseur de la paroi thoracique, en maintenant une aspiration jusqu'à l'apparition de liquide (taille de l'aiguille 20 G x 70 mm). Piquer perpendiculairement à la paroi en rasant le bord supérieur de la côte.
- Introduire le cathéter sur le même trajet que l'aiguille utilisée pour l'anesthésie locale. Lorsque du liquide s'écoule, enfoncer le cathéter et retirer l'aiguille.
- Connecter le robinet à 3 voies, la seringue de 50 ml et la poche de recueil.
- Évacuer jusqu'à 1500 ml de liquide par ponction (si la respiration et l'hémodynamique restent stables : jusqu'à 2000 ml). Raison de cette limitation : risque d'œdème pulmonaire de ré expansion.
- Prélèvements pour pH, biochimie, bactériologie et cytologie.
- L'apparition d'une toux répétée et importante est le signe d'une évacuation d'une bonne partie de l'épanchement (irritation pleurale !).

Complications :

- pneumothorax,
- plaie de la plèvre et de la surface du poumon,
- hypotension artérielle en cas d'évacuation rapide

3.3.5.2. Ponction lombaire [4]

Indications :

En urgence, la ponction lombaire (PL) est un acte à viser essentiellement diagnostique : analyse de la composition et de la pression du liquide céphalo-rachidien (LCR).

Elle est pratiquée en première intention devant tout syndrome méningé et/ou encéphalique fébrile sans signe de focalisation neurologique, et préférentiellement en seconde intention devant tout syndrome méningé non fébrile avec exploration tomodensitométrique non contributive.

Le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne de faible abondance peut également être fait a posteriori, dans un contexte de céphalée évocatrice par exemple, par la recherche de pigment hémoglobinique (détection d'oxyhémoglobine en spectromètre de masse).

Les contre- indications concernent essentiellement les suspicions d'hypertension intracrânienne quelle qu'en soit l'origine, les troubles de l'hémostase ou les infections lombaires.

Matériel :

Matériel stérile :

- Masque,
- Coiffe
- Gants,
- Compresses stériles,
- Champs stériles,
- Pansement adhésif

- Désinfectant cutané (dérivé iodé ou chlorhexidine en solution alcoolisée).

Matériel à ponction :

Choix taille de l'aiguille ++++ (22 à 25 G) de type Sprotte ou de Whitacre à biseau court avec un œillet latéral

Tubes

Trois tubes stériles (de 2 à 5ml) pour cytologie - chimie et bactériologie),

Matériel pour anesthésie locale :

- 5ml de lidocaïne à 1 ou 2 % avec 'une aiguille de 25 G.
- L'application cutanée d'une pommade anesthésique type EMLA, peut être proposée 1 à 1H30 min avant la ponction,

Description

Position

Deux positions : Position assise et la Position de décubitus latéral

Dans les deux cas, le patient doit être :

- en flexion lombaire maximale,
- genoux fléchis sur l'abdomen,
- menton fléchi sur le sternum,
- front en contact ou à proximité des genoux.

La position assise facilite le repérage anatomique et offre une meilleure flexion lombaire. Sur un patient en décubitus latéral, il faut que le rachis soit strictement parallèle au plan du lit (laisser la tête sur un oreiller) et que les épaules et le bassin soient perpendiculaires à ce plan (rotation fréquente du bassin).

Lieu de la ponction :

- L4-L5, voire en L3-L4, chez l'enfant.
- Le repère anatomique habituel est la ligne unissant les deux crêtes iliaques postérieures qui passe juste au-dessus de l'espace L4-L5.

Technique

Désinfection large de la zone de ponction,

L'aiguille est introduite sur la ligne médiane, avec son mandrin, biseau vers le haut du rachis, à la moitié de l'espace inter-épineux, parallèlement au plan du lit et perpendiculairement à la ligne reliant les deux crêtes iliaques postérieures et à la ligne des épineuses. Son trajet se fait d'arrière en avant avec une inclinaison vers le haut du rachis (30° en général, 45° chez les personnes âgées). La progression de l'aiguille se fait lentement, un ressaut étant classiquement décrit chez l'adulte lors du passage du ligament jaune et de la membrane sous-arachnoïdienne. Le mandrin est alors retiré, on recueille du LCR dans les tubes et on apprécie la pression du LCR. A la fin des prélèvements, le mandrin est replacé et l'aiguille retirée avec, un pansement stérile sec.

Accidents et incidents

- Engagement cérébral en cas d'hypertension intracrânienne.
- Infection iatrogène
- Hématome sous-dural cérébral ou médullaire.

Au cours de la ponction il peut y avoir :

- une hémorragie par plaie vasculaire
- Une douleur intense et fugace à type de décharge électrique, due à la ponction d'une racine nerveuse.

Secondairement à une PL peuvent survenir céphalées posturales, raideur cervicale, nausées, vomissements caractérisant le syndrome post-PL. La prévention de ce syndrome post-PL repose sur les éléments suivants :

- utilisation d'une aiguille de diamètre inférieure ou égal à 24 G,
- ponction avec biseau orienté vers le haut du rachis,
- retrait de l'aiguille après remise en place du mandrin et rotation de 90° de l'aiguille.

3.3.5.3. Ponction d'ascite [4]

Indication :

La ponction d'ascite est indiquée dans un but diagnostique et/ou thérapeutique :

- à visée exploratrice avec analyse biologique du liquide : 50 voire 100 ml sont adressés aux laboratoires de biochimie, bactériologie et anatomo-pathologie,
- à visée évacuatrice quand l'épanchement est très volumineux c'est-à-dire > 2-3 litres et entraîne une dyspnée avec épanchement pleural. Dans ce cas, l'évacuation peut aller jusqu'à 5 litres, et doit s'accompagner d'une compensation par perfusion de macromolécules ou d'albumine.

Matériel :

- une aiguille IM ou un cathéter IV 18G,
- un robinet à trois voies pour éviter les manipulations,
- une seringue à 50 ou 100mL,
- une tubulure stérile,
- un bocal pour l'évacuation,
- des tubes pour les prélèvements.

Description

La ponction d'ascite consiste à introduire un trocart dans la cavité péritonéale entre les deux feuillets pariétal et viscéral afin de prélever ou évacuer un liquide pathologique : l'ascite.

La ponction se fait au niveau de la fosse iliaque gauche à mi-distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et l'ombilic.

Dans certains cas, l'ascite peut être cloisonnée ou difficilement abordable, un repérage échographique est alors nécessaire pour guider la ponction.

Interprétation des résultats :

Le liquide d'ascite peut être jaune clair, il est alors sérofibrineux, il peut également être hémorragique ou contenir de la graisse émulsionnée (ascite chyleuse chyliforme).

L'analyse biochimique permet de faire la distinction entre un liquide riche en protéines ou non c'est à-dire un exsudat ou un transsudat.

- **L'exsudat**

Taux de protéines> 20 g/L. Il s'agit d'un processus inflammatoire ou infectieux. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de faire une recherche de germes pathogènes et de cellules d'origine tumorale dans le liquide :

- dans l'ascite infectée, le nombre de leucocytes est > 500/µL avec plus de 75 % de polynucléaires neutrophiles et un taux de protéines ≥ 30 g/L,
- dans l'ascite tuberculeuse, on retrouve environ 1 000 leucocytes/µL correspondant essentiellement à des lymphocytes. Le bacille de la tuberculose est rarement mis en évidence à l'examen direct,
- dans l'ascite chyleuse, le taux de corps gras est > 4 g/L. Il s'agit essentiellement de triglycérides,
- dans l'ascite d'origine néoplasique, des cellules anormales peuvent être révélées par l'anatomo-pathologie.

- **Le transsudat**

Taux de protéines < 20 g/L, taux de LDH normal, globules blancs < 500/µL dont plus de 7S% de monocytes. Ce type d'épanchement est fréquent dans la cirrhose et l'anasarque d'origine cardiaque ou rénale.

Accidents et incidents :

Les complications de la ponction sont dominées par le risque infectieux si les règles d'asepsie ne sont pas respectées. D'autres complications comme l'hypo albuminémie, l'hypo protidémie et l'hypotension artérielle peuvent être constatées surtout en cas de prélèvements abondants non compensés en macromolécules.

3.3.5.4. Exsufflation d'un pneumothorax [4]

Indication

- pneumothorax compressif menaçant (hypotension artérielle, dyspnée, diminution voir absence unilatérale du murmure vésiculaire, hyper sonorité à la percussion).

Contre-indications :

Aucune.

Matériel :

- produit désinfectant, anesthésique local, cathéter de ponction (16Gx 45 mm) avec aiguille métallique interne.

Technique :

- anesthésie locale (par ex. avec 10-15 ml de lidocaïne 1 % [Xylocaïne®], en l'absence de nécessité de réalisation de la ponction en urgence).
- en situation de détresse : piquer au niveau du 3ème espace intercostal sur la ligne médio claviculaire, perpendiculairement à la paroi thoracique.
- Après exsufflation mise en place d'un drain de grosse taille (22-26 French).

3.3.5.5. Massage cardiaque (hors nouveau-né) [4]

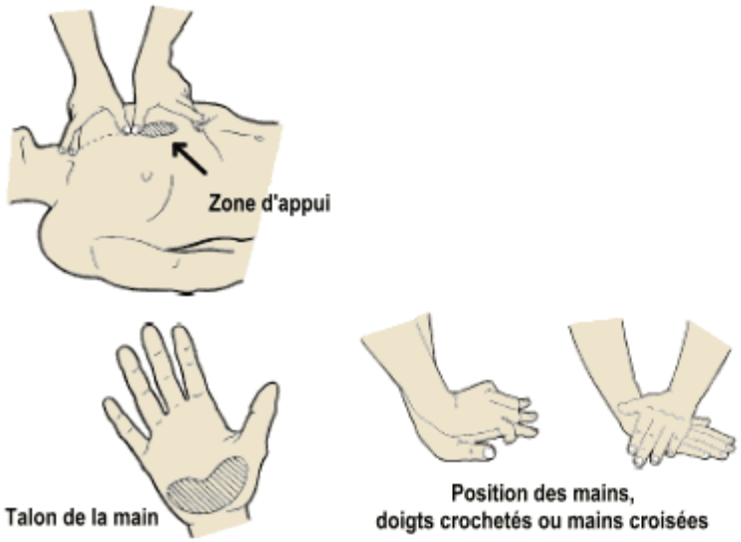
La victime étant allongée sur le dos, sur un plan dur :

- Agenouillez-vous à ses côtés et, dans la mesure du possible, dénudez sa poitrine.

Déterminez la zone d'appui de la façon suivante :

  - repérez, de l'extrémité du majeur, le creux situé en haut du sternum à la base du cou,
  - repérez, du majeur de l'autre main, le creux où les côtes se rejoignent (en bas du sternum),
  - déterminez le milieu du sternum.
- Placez le talon d'une main juste en dessous du milieu repéré (c'est-à-dire sur le haut de la moitié inférieure du sternum). Cet appui doit se faire sur la ligne médiane, jamais sur les côtes.
- Placez l'autre main au-dessus de la première, en entrecroisant les doigts des deux mains. On peut aussi placer la seconde main à plat sur la première, mais en veillant à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax.

- Poussez vos mains rapidement vers le bas, les bras bien tendus, les coudes bloqués (vos mains doivent descendre de 4 à 5 centimètres), puis laissez-les remonter.



Veillez pendant toute la manœuvre à rester bien vertical par rapport au sol et à ne pas balancer votre tronc d'avant en arrière. Les mains doivent rester en contact avec le sternum entre chaque compression.

La durée de compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax. Le thorax doit reprendre ses dimensions initiales après chaque compression (pour que l'efficacité des compressions thoraciques soit maximale).

Toutes les 30 compressions, intercalez 2 insufflations.

Le passage des insufflations aux compressions et des compressions aux insufflations doit être effectué aussi rapidement que possible, sous peine de diminuer l'efficacité de la réanimation cardio-pulmonaire.

3.3.5.6. Sondage vésical [4]

Le drainage ou sondage vésical consiste à introduire une sonde dans la vessie, par le méat urinaire en suivant l'urètre, pour permettre l'écoulement des urines.

Indications

- Rétention urinaire et prévention des rétentions urinaires.

- Intervention sur le petit bassin, en chirurgie gynécologique et urologique.
- Surveillance des entrées et des sorties dans les services de soins intensifs.
- Incontinence de la personne âgée si elle est susceptible d'aggraver son état cutané

Contre-indications

- Suspicion de rupture traumatique de l'urètre (fracture du bassin).
- Présence d'une prothèse endo-urétrale ou sphincter artificiel.
- Rétention chronique avec distension du haut de l'appareil.
- Infection urogénitale.

Matériel

Sonde : Calibre en principe : charrière 14-18 pour femme - charrière 12-14 pour homme.

- Sondage à demeure : sonde de Foley munie d'un ballonnet pour utilisation de plus ou moins longue durée, ou sondage intermittent : sonde droite ou béquillée type Nélaton sans ballonnet.
- Nécessaire pour la toilette génitale
- Alaise en tissu. Halogénés chlorés (Dakin®), polyvidone iodé (Bétadine® gynécologique) pas de Chlorhexidine car irritant pour les muqueuses en concentrations> 0,02%.

✓ Compresses stériles :

✓ Gants stériles :

✓ Seringue de 10 ml, ampoule d'eau stérile, lubrifiant et poche à urine.

Préparation et pose.

- Informer le patient.
- Installer le matériel après vérifier l'intégrité des emballages.
- Installer sur une surface propre et désinfectée au préalable en respectant
- S'installer à gauche du patient si l'on est droitier et à droite si l'on est gaucher.

- Installer le champ stérile de table et déposer le matériel stérile : sonde, sac collecteur, champ stérile, compresse stérile, autre matériel….
- Effectuer un lavage antiseptique des mains avant de porter des gants stériles, remplir la seringue avec de l'eau stérile et lubrifier la sonde urinaire.
- Installer le champ stérile sur les cuisses
- Saisir la sonde avec la main dominante en "cor de chasse" : faire une boucle en l'air.
- Saisir la verge avec la main non dominante en maintenant une traction légère et la tenir en position verticale pour faire "disparaître" la courbure antérieure
- Introduire la sonde par le méat urinaire dans l'urètre jusqu'à la butée.
- Lorsque l'on butte, abaisser la verge à l'horizontale pour terminer l'introduction de la sonde, c'est le passage de la deuxième courbure de l'urètre.
- Poursuivre l'introduction, un écoulement d'urine atteste de la bonne position de la sonde.
- Gonfler le ballonnet de la sonde avec la seringue d'eau stérile 5 à 10 ml : la quantité d'eau à injecter pour gonfler le ballonnet est inscrite sur la sonde.
- Tirer légèrement sur la sonde pour vérifier que la sonde ne descend pas.
- Jeter les gants.
- Réinstaller le patient sur un lit propre et sec.
- Eliminer les déchets contaminés et désinfecter le matériel utilisé ainsi que le plan de travail.

Risques et complications

- Fausse route.
- Obstacle : prostate.
- Douleur.

- Perforation de l'urètre.
- Gonflement du ballonnet dans l'urètre.
- Absence d'urine.
- Hémorragie.
- Infection.

Surveillances et évaluations

- Bilan des entrées et des sorties.
- Aspect, couleur, odeur des urines.
- Système clos et imperméable.
- Soins d'hygiène biquotidien et après chaque selle.
- Vidanger la poche avant chaque mobilisation du patient et avant un transport.
- Poche en déclive.
- Apport hydrique suffisant.
- Surveillance bactériologique : bandelette urinaire réactive, ECBU.

3.3.5.7. Sondage gastrique [4]

Introduction d'une sonde dans l'estomac par les voies aéro-digestives supérieures (nasale ou orale).

Il existe différentes sondes gastriques dont le choix est fonction de l'utilisation :

- Sonde d'hydratation, de nutrition, de type Freka®
- Sonde d'aspiration gastrique de type Salem® (avec prise d'air).
- Tube de Faucher® (lavage gastrique).

Indications

- Hydratation, alimentation : de troubles de la déglutition et/ou de la mastication, d'intervention chirurgicale et /ou d'affection de la région maxillo-faciale et ORL.
- Aspiration : traitement des hémorragies digestives, iléus, sub-iléus, en post opératoire évacuation de l'estomac, absence de transit,

Risques

- Obstruction sonde gastrique)
- Déséquilibre de la volémie et des électrolytes
- Perforation digestive

Matériels

- Solution hydro-alcoolique pour les mains
- Bassin réniforme
- Gants non stériles
- Sonde gastrique (selon indication)
- lubrifiant
- 1 seringue de 50 ml à embout conique
- Stéthoscope
- Sparadrap.

Déroulement

- Informer le patient.
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique.
- Installer de préférence le patient en position assise ou semi-assise.
- Enlever les prothèses dentaires s'il y a lieu.
- Mettre les gants.

Mesurer la longueur de la sonde (repères 1 et 2) : nez-oreille -appendice xiphoïde

- Lubrifier la sonde
- Introduire la sonde dans la narine du patient (en maintenant la tête du patient légèrement inclinée vers l'avant) 2 cm en hauteur puis en direction du conduit auditif externe.
- En cas d'obstacle ou de résistance, ne pas insister et changer de narine.
- Faire déglutir le patient après avoir atteint le 1er repère et glisser la sonde en même temps.

- Faire progresser la sonde jusqu'au 2ème repère, en mouvements synchrones avec la déglutition du patient.

Contrôler la bonne mise en place de la sonde :

Injection d'air par la sonde en contrôlant les « bruits » perçus au niveau de l'estomac avec le stéthoscope.

- En cas de doute, effectuer un contrôle radiologique.
- Enlever les gants.
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique.
- Fixer la sonde sur l'aile du nez préalablement nettoyé ou sur la joue type Méfix® par exemple.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

4. Matériels et méthode :

4.1. Lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans le service d'urgence de l'Hôpital du Mali.

❖ **Présentation de l'hôpital du Mali**

L'Hôpital du Mali, situé sur la rive droite du fleuve Niger à Missabougou en commune VI du district de Bamako est un don de la République Populaire de Chine à la République du Mali. Cet hôpital de 3ème référence, équipé en grande partie pour la première fois par le partenaire chinois a été inauguré en 2010.

Il comprend essentiellement :

- un (01) bloc administratif comprenant les bureaux de la direction, la consultation externe, un service du bureau des entrées, la pharmacie hospitalière, l'unité de kinésithérapie ;
- un (01) bloc technique qui comprend l'unité de la Banque de sang et l'anatomopathologie, l'imagerie médicale, l'exploration fonctionnelle et le bloc opératoire ;
- un (01) bloc d'hospitalisation qui comprend le service de la neurochirurgie et la pédiatrie ;
- un nouveau bloc d'hospitalisation, affecté à la gynécologie, la chirurgie thoracique et à la médecine ;
- un nouveau bloc pour les services des urgences, de la réanimation et une unité d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP);
- un nouveau bloc de laboratoire ;
- un service de radiothérapie qui a été financé sur budget d'Etat et construit grâce à la coopération avec le Royaume d'Autriche. Ce service, dédié au traitement du cancer a été inauguré en février 2012 et est fonctionnel depuis avril 2014 ;
- un nouveau bloc d'imagerie médicale ;
- une centrale d'oxygène.

Par ailleurs, il y a aussi des bâtiments annexes qui comprennent :

une (01) cantine pour le personnel, une (01) mosquée, une (01) morgue, une (01) buanderie, un (01) bloc de distribution électrique, un (01) local de vente de produits de première nécessité, cinq (05) latrines extérieures, cinq (05) hangars dont un (01) pour les accompagnants des hospitalisés, un (01) pour les malades en consultation externe, un (01) pour les accompagnants au service des urgences, un (01) pour protéger les appareils de climatisation du bloc opératoire et un (01) pour la cuisine, une (01) salle de gaz, deux (02) salles dont une pour la formation et l'autre pour l'accueil des mères des enfants prématurés hospitalisés, etc…

L'hôpital dispose aussi de cinq (05) groupes électrogènes pour l'alimentation en électricité pendant les périodes de coupures de courant dont deux (02) spécifiquement pour les services de radiothérapie et d'imagerie annexe.

- **Capacité d'accueil des patients**

La structure a une capacité actuelle de deux cent vingt-cinq (225) lits. Il est envisagé que cette capacité progresse pour atteindre cinq cents (500) lits, conformément à la projection du nouveau Projet d'établissements (2023-2027). Ce développement progressif permettra d'améliorer la prise en charge des besoins de la population en matière de santé.

Il permettra aussi de renforcer les capacités de formation de nos futurs professionnels de santé, dans un centre Hospitalo-universitaire (CHU).

- **Présentation de Service d'Accueil des Urgences (SAU)**

Le service d'accueil des urgences est un bâtiment bâti sur deux niveaux :

Rez-de-chaussée :

- Un box d'enregistrement à l'entrée avec une salle d'attente ;
- Une salle de décontamination servant de salle de soins ;
- Deux toilettes pour le personnel soignant ;
- Deux vestiaires pour les infirmiers (Homme et Femme) ;
- Deux ascenseurs dont un pour faire monter les malades à l'étage et l'autre pour faire monter les matériels ;

- Un bureau pour le surveillant du service :
- Une salle d'accueil et tri équipée de 6 lits ;
- Une salle pour les urgences vitales (déchoquage) avec 02 lits ;
- Une salle station Infirmière permettant la surveillance des différents box de soins avec de toilette intérieure pour le personnel soignant ;
- Une salle de soins avec 10 box multifonctionnels équipés de moniteurs et plus une toilette pour les patients ;
- Une salle d'échographie et une salle de radiographie os/poumons ;
- Une salle de prélèvement ;
- Une salle de consultation post urgence ;

À l'étage :

- UCHD (Unité d'hospitalisation de courte durée) pour hommes et femmes dotée de 07 lits ;
- Un bureau pour le chef de service des urgences ;
- Un bureau pour les médecins des urgences ;
- Une salle de staff ;
- Un bloc opératoire avec une salle de réveil ;
- Deux toilettes.

  Le personnel du service d'accueil des urgences

  - Le personnel médical est composé de 39
  - 04 thésards
- Le personnel paramédical est composé de :
  - 18 infirmiers
  - 12 brancardiers
  - 05 services sociales
  - 05 techniciennes de surface
- Les activités du service
  - Nous avons 04 quatre équipes (A, B, C, D)

- La visite et le staff est quotidienne.
- La gestion de L'UHCD est dirigée par le chef du service.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective de données. Cette étude a été réalisée au sein de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'Hôpital du Mali. La collecte des données s'est déroulée sur une période de huit (08) mois, allant du 1er octobre 2024 au 31 mai 2025.

Ce type d'étude a permis de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients ayant présenté un séjour prolongé à l'UHCD ainsi que les principales causes de prolongation de leur séjour.

4.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des patients hospitalisés à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital du Mali durant la période d'étude. Étaient concernés les patients admis à l'UHCD pour une surveillance, une prise en charge thérapeutique ou en attente d'une orientation vers un service spécialisé d'hospitalisation.

❖ Échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste (non aléatoire simple) de type exhaustif. Ainsi, tous les patients répondant aux critères d'inclusion et admis à l'UHCD durant la période d'étude ont été recrutés. Cette méthode a permis d'inclure l'ensemble des cas de séjours prolongés observés au cours de la période d'étude, garantissant une meilleure représentativité de la population étudiée par rapport à l'objectif fixé.

Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les patients ayant séjournés plus de 72H au sein de l'UHCD.

Critères d'exclusion

Patients ayant séjournés plus de 72H a l'UHCD avec des dossiers non exploitables

Des patients avec un séjour multiple entre l'UHCD et le box ou le déchocage.

Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude,

- Les patients n'ayant pas dépassés 72H.

4.4.Collecte des données

Les données ont été collectées de manière prospective à l'aide d'une fiche d'enquête élaborée pour les besoins de l'étude. Les informations ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, des registres d'hospitalisation de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ainsi que des différents documents de suivi utilisés dans le service. Chaque patient répondant aux critères d'inclusion a fait l'objet d'un recueil systématique des informations durant sa période d'hospitalisation.

4.5.Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 26.0. Le traitement de texte a été réalisé avec Microsoft Word 2024 et les tableaux ainsi que les graphiques ont été élaborés à l'aide de Microsoft Excel 2024.

L'analyse des données a été essentiellement descriptive. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs paramètres de tendance centrale et de dispersion (moyenne, écart-type, minimum et maximum). Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

4.6.Variables étudiées

Élaboration de la fiche d'enquête qui comporte les variables suivantes :

Tableau V : Répartition des variables selon le caractère quantitatif et qualitative

Variables quantitatives	
Identité / socio-démographie	Âge,
Clinique / séjour	Durée moyenne de séjour à l'UHCD (en heures ou jours)
Variables qualitatives	
Identité / socio-démographie	Résidence (urbain/rural), statut matrimonial, niveau d'alphabétisation, profession, sexe
Clinique	Motif d'admission (altération de conscience, détresse respiratoire, brulure.)
Antécédents	Médicaux, chirurgicaux, familiaux (présence/absence ou type)
Diagnostic	Diagnostic à l'entrée, diagnostic de sortie
Séjour / évolution	Mode de sortie (exéat, décès, transfert), évolution du patient (favorable/non favorable)
Transfert / orientation	Type de service de transfert (neurochirurgie, neurologie, cardiologie, chirurgie thoracique, endocrinologie, infectiologie), motif de retard de transfert, Service inter hospitalier (extra muros)

4.7.Aspects éthiques

Les principes éthiques ont été respectés tout au long de l'étude. La participation des patients s'est faite après obtention de leur consentement éclairé ou de celui de leur accompagnant lorsque leur état clinique ne permettait pas de répondre. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été garantis par l'attribution d'un numéro d'identification à chaque participant, sans mention de son identité sur les fiches d'enquête.

Les données collectées ont été utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche et à des fins scientifiques.

Aucune information individuelle susceptible d'identifier les participants n'a été divulguée lors de l'analyse ou de la présentation des résultats.

4.8. Définitions opérationnelles

Hospitalisation

C'est un terme médical qui désigne l'admission et le séjour d'un patient dans un établissement hospitalier public ou privé pour y recevoir des soins médicaux.

Box d'hospitalisation

C'est une unité au sein du service des urgence, équipé de lit d'hospitalisation de matériels médicales (moniteur, oxygène, de brancard) pour accueillir, examiner, traiter et surveiller temporairement un patient avant une orientation définitive.

Salle de déchocage : c'est une unité située au cœur du service des urgences appelée service d'accueil des urgences vitales (SAUV) hautement médicalisé et équipé pour faire face aux urgences absolues.

Hospitalisation en UHCD et délai de réglementation à l'UHCD :

C'est l'unité d'hospitalisation non conventionnelle et de surveillance rapprochée, elle est destinée à recevoir des patients dont l'état nécessite une surveillance rapprochée n'excédant pas 72 heures variant d'un pays a un autre.

Le délai de règlementation de l'hospitalisation à l'UHCD est court et va de 24 heures à 72 heures. Lorsque la durée de séjour dépasse 72 heures nous parlons de séjour prolongé.

Transfert intramuros

Tout transfert effectué à l'intérieur d'une structure hospitalière de service en service ou d'une unité en une unité.

Transfert extramuros

Tout transfert effectué à l'extérieur d'une structure hospitalière c'est à dire d'une structure hospitalière vers une autre structure hospitalière.

Indisponibilité de lit d'aval

Situation hospitalière ou un patient dont l'état nécessite une hospitalisation (notamment depuis l'UHCD) ne peut être transféré vers un service spécialisé (le lit d'aval) par manque de place. La Saturation ou l'insuffisance de lit dans ces services spécialisés qu'on parle d'indisponibilité de lit d'aval entrainant le blocage des services d'urgences.

Instabilité des malades

Toutes circonstances dans laquelle certains patients hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée nécessitent une surveillance prolongée vu que leur état clinique ne leur permet pas d'être transfert dans les services d'aval adaptés.

Manque de régulation de transfert inter hospitalier

Toute situation indiquant l'absence ou la défaillance des procédures administratives et médicales (coordination, autorisation, traçabilité) nécessaire pour déplacer un patient d'un hôpital vers un autre pour des problèmes de plateau technique ou de compétence.

Surveillance d'un patient

Signifie observer, mesurer, comparer, analyser et transmet l'état d'un patient en fin de repérer une aggravation avant qu'elle ne devienne grave.

Surveillance rapproche d'un patient

Signifie une observation intensive, continue exercée de près sur un patient.

Elles diffèrent principalement par l'intensité de l'observation et de la fréquence des évaluations de l'état du patient.

RÉSULTATS

5. Résultats

5.1. Fréquence

Au cours de la période d'étude, 130 patients admis à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) disposaient de dossiers exploitables. Parmi eux, 72 patients ont présenté un séjour prolongé supérieur à 72 heures.

La fréquence des séjours prolongés était ainsi de 55,38.

5.2.Données sociodémographiques

Tableau VI : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
< 25 Ans	5	6,9
25 - 44 Ans	9	12,5
45 - 64 Ans	29	40,3
65 - 84 Ans	26	36,1
> 85 ans	3	4,2
Total	**72**	**100,0**

Les patients âgés de 45 ans et plus étaient plus représentées, soient 80,6%.

L'âge des patients variait de 5 à 90 ans, avec un âge moyen de 57,51 ± 18,15 ans. Le extrêmes d'âges étaient de 5 ans et de 90 ans.

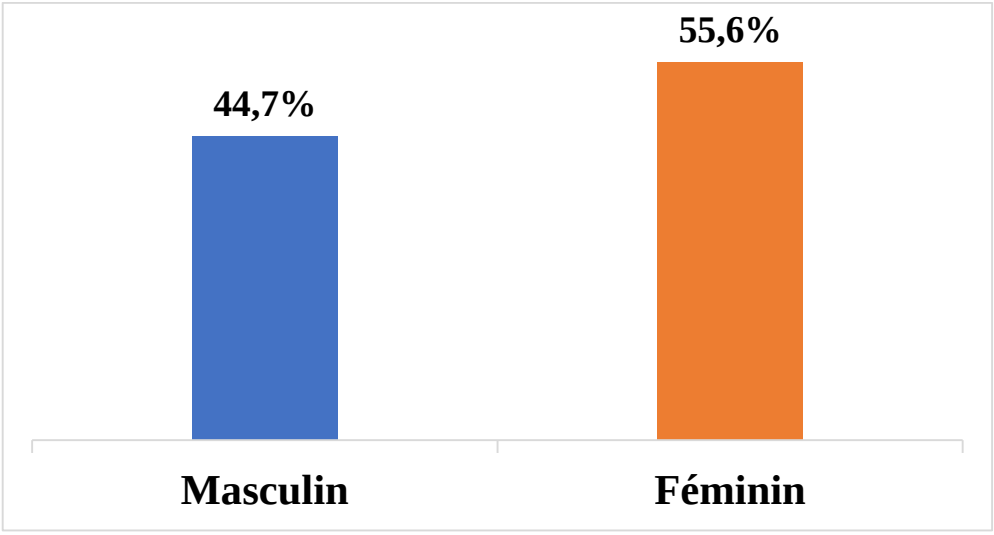


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin représentait 55,6% des cas. Sex-ratio était de 1,27.

Tableau VII : répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	6	8,3
Marié	57	79,2
Divorcé	1	1,4
Veuf	8	11,1
Total	**72**	**100,0**

Les personnes mariées étaient le plus représentés soit 79,2%.

5.3.Données cliniques

Tableau VIII : répartition des patients selon le motif d'admission au SAU

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Altération conscience	30	41,7
Altération de l'état général	16	22,2
Détresse respiratoire + AEG	4	5,6
Altération conscience + Détresse respiratoire	4	5,6
Détresse respiratoire + CBV	3	4,2
Altération conscience + Hyperglycémie	3	4,2
AVP	2	2,7
Céphalées intenses	2	2,7
Altération conscience + CBV	2	2,7
Arthrose genou	1	1,4
Altération conscience + AVP	1	1,4
Erysipèle	1	1,4
Vertige	1	1,4
Paraplégie	1	1,4
Altération conscience + AVC H	1	1,4
Total	**72**	**100**

Les cas d'altération de la conscience isolée étaient plus représentés soient 41,7%.

Tableau IX : répartition des patients selon les antécédents médicaux

ATCD – médical	Effectif	Pourcentage (%)
Hypertension artérielle	29	40,3
Hypertension artérielle + Diabète	14	19,4
Asthme	1	1,4
AVC	1	1,4
Drépanocytose	1	1,4
Diabète	1	1,4
Hépatite B/ neuropathie périphérique	1	1,4
Hypertension artérielle + Diabète /AVC Ischémique	1	1,4
HTA/arthrose/glaucome /drépanocytaire	1	1,4
Tumeur du pancréas	1	1,4
VIH	1	1,4
Pas ATCD médical retrouvé	20	27,8
Total	**72**	**100**

L'hypertension artérielle isolée représentait 40,3% des cas.

Tableau X : répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ATCD Chirurgical	Effectif	Pourcentage
Cataracte	3	4,2
HBP	3	4,2
Césarienne	2	2,8
Amputation du pied	1	1,4
Césarienne + Hernie inguinale	1	1,4
Goitre	1	1,4
Kyste ovarien	1	1,4
Lithiase rénale	1	1,4
Pas ATCD chirurgical retrouvé	59	81,9
Total	72	100

Les cas de cataracte et d'hypertrophie bénigne de la prostate représentaient 4,2% chacun.

Tableau XI : répartition des patients selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)

CCMU	Effectif	Pourcentage
CCMU 3	62	86,1
CCMU 4	10	13,9
Total	**72**	**100**

Les cas CCMU 3 représentaient 86,11% des cas.

Tableau XII : répartition des patients selon le diagnostic lors de l'entrée à l'UHCD

Diagnostic d'entrée	Fréquence	Pourcentage
AVC ischémique	22	30,6
AVC hémorragique	15	20,8
Trouble ionique	4	5,6
Embolie pulmonaire	3	4,1
Pneumocystose/VIH	3	4,1
Contusion œdémato-hémorragique	2	2,8
Hyperglycémie hyperosmolaire	2	2,8
Paludisme neurologique	2	2,8
Érysipèle	2	2,8
Choc hypovolémique	2	2,8
Autres*	15	20,8
Total	**72**	**100**

Les cas d'AVC I étaient les plus représentés soient 34,72% diagnostic à l'entrée.

*Autres (1 cas chacun) : Abcès pulmonaire, BPCO, cétoacidose/VIH, fracture tibiale, hémopéritoine/contusion pulmonaire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, lombosciatalgie, OAP, œdème cérébrale, plaie du scalp, pleurésie/sepsis, tumeur cérébrale, tumeur de l'aorte thoracique /compression médullaire, tumeur du pancréas.

Tableau XIII : répartition des patients selon diagnostic de sorti de l'UHCD

Diagnostic Sorti	Fréquence	Pourcentage
AVC ischémique	23	34,8
AVC hémorragique	15	22,2
Trouble ionique	4	5,6
Embolie pulmonaire	3	4,2
Hyperosmolaire	2	2,8
Neuropaludisme	2	2,8
Pneumocystose/VIH	2	2,8
Sepsis sévère	2	2,8
Choc hypovolémique	2	2,8
Autres*	17	23,6
Total	**72**	**100,0**

Les cas d'AVC I étaient les plus représentés soient 34,8%.

*Autres (1 cas chacun) : Insuffisance rénale, abcès pulmonaire, AOMI, BPCO, cétoacidose /VIH, COH, contusion œdémato-hémorragique, fracture tibial, hémopéritoine/contusion pulmonaire, insuffisance cardiaque, lombosciatalgie, OAP, œdème cérébrale, plaie du scalp, tumeur cérébrale, tumeur de l'aorte thoracique /compression médullaire, tumeur du pancréas.

5.4.Évolution

Tableau XIV : répartition des patients selon la durée de séjour prolongé à l'UHCD

Durée de séjour prolongé	Effectif	Pourcentage
96 h - 119 h	44	61,1
120 h - 167 h	14	19,4
≥ 168 h	14	19,4
Total	**72**	**100,0**

La tranche 96h -119 h représentait 61,1% des séjours prolongés.
Les extrêmes étaient de 96h et 192h avec une moyenne de 129h. L'écart type était de 103,908h.

Tableau XV : répartition selon les motifs de séjours prolongés à l'UHCD

Motifs - séjour prolongé à l'UHCD	Fréquence	Pourcentage
Indisponibilité lits d'aval	45	62,5%
Instabilité des malades	17	23,7%
Manque de régulation transfert inter hospitalier/Service indisponible	5	6,9%
Attente pour disponibilité d'examen complémentaire (biologie, imagerie)	5	6,9%
Total	**72**	**100**

Le manque de place en aval dans les services spécialisés représentait 62,5% des motifs de séjours prolongés.

Tableau XVI : répartition selon le mode de sortie de l'UHCD

Mode de sortie - UHCD	Fréquence	Pourcentage
Exéat	37	51,4
Transfert (hors de l'hôpital)	1	1,4
Transfert (dans les services)	32	44,4
Décès	2	2,8
Total	**72**	**100**

Le transfert dans les autres services de l'hôpital représentait 44,4% des cas.

Tableau XVII : répartition selon les cas de transfert dans les services (n=32)

Transfert intramuros	Fréquence (n=32)	Pourcentage (%)
Neurochirurgie	11	34,4
Neurologie	10	31,3
Cardiologie	3	9,4
Chirurgie thoracique	1	3,1
Traumatologie	1	3,1
SAU : déchocage, box	6	18,7
Total	**32**	**100,0**

Le service de neurochirurgie représentait 34,4% des transferts dans les services au sein de l'hôpital suivi de la neurologie avec 31,3% des cas.

Tableau XVIII : répartition de la classification clinique des malades aux urgences selon la durée de séjour à l'UHCD

CCMU à l'admission	Durée de séjour			Total
	96 – 119 h	120 – 167 h	≥ 168 h	
CCMU 3	31 (63,3%)	10 (20,4%)	8 (16,3%)	49
CCMU 4	4 (40,0%)	1 (10,0%)	5 (50,0%)	10
Total	**35**	**11**	**13**	**59**

Les patients classés CCMU 3 avaient une durée de séjour 96-119h plus représentés avec 63,3% de cas.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

6. Commentaires et discussion

6.1.Données sociodémographiques

6.1.1. Tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée parmi les patients ayant eu un séjour prolongé à l'UHCD est celle des plus de 45 ans (80,6%) dont la moitié (40,3%) avait plus de 64 ans.

Les séjours prolongés chez les patients âgés s'expliquent par la prévalence accrue de pathologies chroniques et de comorbidités dans ces tranches d'âge, qui compliquent la prise en charge et allongent la durée d'hospitalisation. Selon l'OMS, le vieillissement est associé à une augmentation des maladies chroniques et à une vulnérabilité accrue aux complications hospitalières [41].

Une étude multicentrique française récente (2021) montre que les patients de plus de 45 ans représentent la majorité des séjours prolongés en UHCD, avec des facteurs de risque similaires (polypathologie, instabilité clinique) [42]. Cette observation est donc cohérente avec les données internationales.

La prédominance des patients âgés de plus de 45 ans dans les séjours prolongés en hospitalisation à l'UHCD souligne la nécessité d'adapter les ressources et les protocoles de prise en charge à cette population, notamment en matière de prévention des complications et d'organisation des transferts.

6.1.2. Sexe

Le sexe féminin est majoritaire (55,6%) parmi les patients ayant séjourné longtemps à l'UHCD.

Cette surreprésentation peut s'expliquer par la prévalence de certaines pathologies chroniques chez les femmes, ainsi que par des difficulté (financière) d'accès aux soins. Les femmes âgées sont souvent plus dépendantes et présentent plus de comorbidités.

Une étude menée en Espagne (2020) retrouve une légère prédominance féminine dans les séjours prolongés en UHCD, liée à la prévalence des maladies chroniques [43]. Les résultats sont donc similaires.

Il est important de prendre en compte le genre dans l'organisation des soins et la prévention des séjours prolongés, notamment en adaptant les protocoles aux besoins spécifiques des femmes âgées.

6.2.Données cliniques

6.2.1. Motif d'admission au SAU

L'altération de la conscience est le motif d'admission le plus fréquent (41,7%).

Ces motifs sont souvent le reflet de pathologies aiguës graves ou de décompensations de maladies chroniques, nécessitant une prise en charge complexe et prolongée [5].

Une étude française (2022) retrouve également que les troubles de la conscience et l'état général altéré sont les principaux motifs de séjour prolongé en UHCD, en lien avec la gravité initiale [44].

Le repérage précoce et la prise en charge rapide de ces situations pourraient limiter la durée des séjours.

6.2.2. Antécédents médicaux

L'hypertension artérielle (HTA) est l'antécédent médical le plus fréquent (40,3%). L'HTA et le diabète sont des facteurs de risque majeurs de complications aiguës (AVC, insuffisance cardiaque, etc.), qui peuvent nécessité des hospitalisations prolongées [45].

Une étude multicentrique africaine (2021) confirme la prédominance de l'HTA et du diabète parmi les patients hospitalisés en urgence pour séjour prolongé [45].

Le contrôle optimal des maladies chroniques en ambulatoire pourrait réduire la fréquence des séjours prolongés.

6.2.3. Antécédents chirurgicaux

Les antécédents chirurgicaux les plus fréquents sont la cataracte et l'hypertrophie bénigne de la prostate (4,2% chacun).

Les antécédents chirurgicaux, notamment chez les personnes âgées, peuvent compliquer la prise en charge en urgence, en raison de la fragilité et du risque de complications post-opératoires [46].

Une étude menée en Afrique subsaharienne a montré que les patients âgés hospitalisés en urgence présentent fréquemment des antécédents médicaux et chirurgicaux. Cette fragilité contribue à la complexité de leur prise en charge et augmente le risque de séjour prolongé en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) [46].

La prise en compte des antécédents chirurgicaux dans l'évaluation initiale permet d'anticiper les complications et d'optimiser la prise en charge.

6.2.4. Diagnostic d'entrée

Les diagnostics d'entrée les plus fréquents sont l'AVC ischémique (30,6%) et l'AVC hémorragique (20,8%). Les AVC et les troubles métaboliques sont des causes majeures d'hospitalisation prolongée en raison de la gravité, des complications et de la nécessité d'une surveillance rapprochée [47,48].

L'étude de Bouzid D et al (2021) confirme la prédominance des AVC parmi les diagnostics d'entrée en UHCD, expliquant la durée prolongée par la complexité de la prise en charge [42].

L'implémentation d'un algorithme spécial de prise en charge coordonnées des cas d'AVC et des troubles métaboliques avec les services en aval pourrait réduire la charge sur les UHCD. Aussi, la création d'unité de soins intensif dans les services d'aval (notamment la neurologie et endocrinologie) devrait faciliter le transfert des cas de complications.

6.3.Évolution

6.3.1. Mode de sortie

La majorité (51,4%) des patients sortent avec ordonnance et/ou avec consultation en ambulatoire. La sortie sur ordonnance ou après consultation traduit une amélioration clinique, tandis que les transferts et décès concernent les cas les plus graves ou nécessitant une prise en charge spécialisée.

En tunisie (2022), Fathallah et al ont rapporté des proportions similaires, avec une majorité de sorties avec ordonnance et un faible taux de décès, témoignant de l'efficacité du suivi en UHCD [49].

Le suivi post-hospitalisation doit être renforcé pour éviter les réadmissions et améliorer le pronostic des patients sortis sur ordonnance.

6.3.2. Transferts intramuros (dans les services)

Les transferts intramuros (autres services) concernent principalement, les services de neurochirurgie et de neurologie avec un cumul de (65,7%).

L'étude de García-García et al (2020), menée dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en Espagne, corrobore nos observations :

- Elle identifie les accidents vasculaires (hémorragique et ischémique) comme l'un des groupes de pathologies les plus fréquemment associés aux hospitalisations prolongées (dépassant 24 ou 48 heures).
- Elle souligne que la nécessité de bilans neurologiques complets et la recherche de lits en services de spécialités (filières d'aval) sont des facteurs déterminants le temps de passage en UHCD.

La coordination entre l'UHCD et les services spécialisés doit être optimisée pour réduire les délais de transfert et améliorer la prise en charge.

6.3.3. Motifs de séjours prolongés

Le principal motif de retard de transfert est le manque de place en aval (62,5%).

La saturation des lits d'aval est un problème fréquent dans les hôpitaux, entraînant des engorgements en UHCD et des séjours prolongés « phénomène de "bed blocking" » [38]. Cela transforme l'UHCD en une zone d'attente, augmentant la durée moyenne de séjour (DMS) et le risque d'événements indésirables liés à la saturation.

L'étude de Delerme S et al (France, 2022) confirme que le manque de lits disponibles est la première cause de retard de transfert, aggravant la durée de séjour en UHCD [51]. Par ailleurs, ce phénomène de saturation des services d'aval est habituellement décrit dans la littérature [51].

La gestion des lits et la coordination interservices sont des leviers majeurs pour réduire les séjours prolongés. Ainsi, des politiques de gestion des flux hospitaliers et d'optimisation des lits sont nécessaires pour limiter les séjours prolongés.

Conformément aux données de Bouzid et al. (2021) [52], le retour précoce à domicile depuis l'UHCD demeure non prédominant dans notre série. Cette tendance s'explique par la lourdeur clinique des patients admis, nécessitant une surveillance rapprochée et des investigations diagnostiques qui justifient une hospitalisation au-delà des premières heures de prise en charge aux urgences.

L'anticipation des besoins en aval et la planification de la sortie sont essentielles pour optimiser la durée de séjour.

6.3.4. Durée de séjour à l'UHCD

La majorité de nos patients (61,1%) a séjourné entre 96h et 119h à l'UHCD, avec une moyenne de 129h et un écart-type de 103,9h. La durée de séjour dépend de la gravité des pathologies, de la disponibilité des lits d'aval et de l'efficacité des circuits de prise en charge.

Les durées moyennes de séjour en UHCD varient selon les pays, mais restent souvent supérieures à 3 jours en cas de saturation [52].

L'analyse régulière des durées de séjour permet d'identifier les points de blocage et d'optimiser l'organisation du service.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

7. Conclusion

Notre étude à l'unité d'hospitalisation de courte durée du service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali met en évidence que plus de la moitié des patients en hospitalisation font de séjours prolongés avec une tranche d'âge avancée et majoritairement de sexe féminin.

Ces séjours prolongés sont principalement liés à des facteurs organisationnels (saturation des lits d'avals, attente de transfert, observation prolongée) mais aussi à des contraintes financières et cliniques (comorbidité telles que l'hypertension et le diabète, motifs d'admission graves comme des AVC).

La majorité de nos patients avait des antécédents médicaux lords et une dépendance sociale marquée. Les pathologies neurologies telles que les AVC et métaboliques dominent les diagnostics d'entré et de sortie, expliquant la complexité de la prise en charge et la nécessité d'une surveillance rapprochée de ces patients. Malgré ces contraintes l'évolution clinique est favorable dans plus de trois quarts des cas, témoignant de la qualité de la prise en charge.

8. Recommandations

- **Au ministère de la sante :**

- La mise en niveau des services et augmenter le nombre de lit.
- Recruter le maximum de personnels en qualité et en quantité pour améliorer la prise en charge des patients.
- Diffusion de sensibilisation et d'information sur le rôle et la mission des services d'urgences dans la prise en charge des patients.
- Amoindrir le cout des examens complémentaires à la population.
- Créer un SAMU national pour centraliser la gestion des urgences et des transferts par un numéro unique.
- Digitaliser les dossiers pour suivre l'état des lits et des examens complémentaires.

- **Au chef de service de l'hôpital du Mali**

- Créer un cadre de concertation entre les chefs de services en vue de réduire le délai de séjour prolongé des patients à l'UHCD.
- Formaliser des critères d'admission et de sortie types pour l'UHCD.

RÉFÉRENCES

9. Références

1. Borsali-Falfoul N, Rezgui M, Kefi M et al. Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences d'un centre hospitalo- universitaire. Tunis Med, 2007 ; 85(12) : 1004-10.
2. Sagnes-Raffy C, Claudet I, Grouteau E et al. Épidémiologie des urgences médicales de l'enfant de moins de deux ans. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées ; 2002.
3. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante publique ; 2004 ; 16 (1) : 63-74.
4. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Mali). Référentiels de prise en charge hospitalière des urgences au Mali [Internet]. Bamako: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique; 2015 [cité 2026 juil 14]. 109 p. Disponible sur: https://sarmumali.org/wp-content/uploads/2026/04/Referentiel_prise_en_charge_hospitaliere_des_urgences_au__MALI-24_04_2015_VF_-1.pdf.
5. Okoue Ondo R, Edjo Nkilly G, Matsanga A, Nze Obiang P, Sagbo Ada V, Mouiri Bivigou W, et al. Facteurs de risques de séjour prolongé à l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du SAU de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba. J Eur Urg Réanim. 2022 ; 34(3) : 119–28.
6. Daly S, Campbell DA, Cameron PA. Short-stay units and observation medicine: a systematic review. Med J Aust. 2003 ; 178(11) : 559–63.
7. Carli P, Telion C, Riou B. Urgences médico-chirurgicales. 2e éd. Paris: Arnette; 2004. p.52.
8. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. J Eur Urg. 2001 ; 14: 144–52.

9. Rouff E, Braun F. Emergency Department Observation Unit (EDOU): changer de paradigme sur l'UHCD en France? J Eur Urg Réanim. 2022 ; 34(1): 19–23.
10. Klenkle L. Évaluation du niveau de gravité des patients hospitalisés en UHCD à Mayotte par le score d'index de gravité simplifié deuxième génération et estimation de la proportion de ces patients relevant d'une hospitalisation en soins continus: enquête transversale prospective [thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux 2, Faculté de Médecine; 2014. 105 p.
11. Marghli S, et al. Profil épidémiologique et facteurs prédictifs d'hospitalisation prolongée en UHCD dans un CHU tunisien. J Eur Urg Réanim. 2017;29(2):112–19.
12. Diouf E, Diop B, Kane O, Leye PA, Beye SA, Ndiaye PI, et al. Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest? Exemple à l'Hôpital Principal de Dakar. Santé Publique. 2011 ; 23(1) : 7–16.
13. Almeimoune A, Diop MT, Mangane M, Dembele SA, Coulibaly M, Sogoba Y et al. Gestion du surpeuplement au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali. Rev ARMUT. 2021 ; 13(2) : 45-51.
14. Jarrar MS, Khalifi S, Ben Amor W, El Afrit S, Ghannouchi S. L'accueil et la durée de la prise en charge des patients aux urgences au CHU Farhat Hached: étude prospective. Réa Med Urg. 2005;15:251 7.
15. Boyle A, Abel G, Raut P, Austin R, Dhakshinamoorthy V, Ayyamuthu R, et al. Comparison of the International Crowding Measure Emergency Departments (ICMED) and the National Emergency Department Crowding Score (NEDOCS) to measure emergency department crowding: pilot study. Emerg Med J. 2016;33(5):307 12.
16. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med. 2008;52(2):126 36.
17. Cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Paris: Cour des comptes; 2006. p. 313-47.

18. Doumbia. Évaluation des délais de prise en charge des patients aux urgences du CHU Gabriel Touré [thèse]. Bamako: Université de Bamako; 2019. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4077.
19. Reyndess S, Gloeckler C, Aymard JC, Levraut J. L'infirmière aux urgences en Europe: quel tri pour l'urgence vitale? Réa Med Urg. 2005;15:251 7.
20. Divorne L. Démarche de tri: outils de tri existants. Genève: Référentiel SFMU; 2004. p.39 48.
21. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences: recommandations formalisées d'experts. Référentiels SFMU. 2013;10 2.
22. Collège de Médecine du Québec. Complémentarité des services d'urgences: prise en charge de patients. Guide d'exercices. Québec: Collège de Médecine du Québec; 1998. p.11.
23. Babatasi C. La salle d'accueil des urgences vitales. Extrait de la conférence d'experts. Référentiels SFMU. 2004. p.684 7.
24. Riw B, Hausfater P. Evolution, organisation et enjeux de la médecine d'urgence. Paris: Masson; 2008. p.6.
25. Huguier M. Organisation des urgences chirurgicales pédiatriques au CHU de Nantes, 1993-1994. Ann Chir Pediatr. 1994 ; 119(3): 148-51.
26. Woolfenden AR, Albers GW. Cardioembolic stroke. In: Fisher M, Bogousslavsky J, editors. Current review of cerebrovascular diseases. 4th ed. Philadelphia: Current Medicine; 2001. p. 123-36.
27. Lawrence SE, Cummings EA, Gaboury I, Daneman D. Population-based study of incidence and risk factors for cerebral edema in pediatric diabetic ketoacidosis. J Pediatr. 2005 ; 146(5) : 688-92.
28. Laing SP, Swerdlow AJ, Slater SD, Botha JL, Boniface DR, Keen H, et al. The British Diabetic Association Cohort Study, I: all-cause mortality in patients with insulin-treated diabetes mellitus. Diabet Med. 1999 ; 16(6) : 459-65.

29. Martin C, Besançon S. Le diabète menace l'Afrique. Montréal: Médias Transcontinental; 2004. p. 215-7.
30. Adler AI, Stevens RJ, Neil HA, Stratton IM, Boulton AJ, Matthews DR, et al. UKPDS 59: Hyperglycemia and other potentially modifiable risk factors for peripheral vascular disease in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2002 ; 25(5) : 894-9.
31. Faich GA, Fishbein HA, Ellis SE. The epidemiology of diabetic acidosis: a population-based study. Am J Epidemiol. 1983 ; 117(5) : 551-8.
32. Ministère de la Santé. Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et des dispensaires. 5e éd. Bamako: Ministère de la Santé; 2005. p. 17-9.
33. Fattorusso V, Ritter O. Vadémécum clinique thérapeutique: du diagnostic au traitement. 17e éd. Paris: Masson; 2001. p. 857.
34. Mbutiwi IN, Meert P, Malengreau M, Nseka NM, Dramaix-Wilmet M, Longo LA, Lepira BF. Profil épidémiologique des patients admis dans le service des urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa (République Démocratique du Congo). Ann Afr Med. 2012 ; 5(2) :1030-43.
35. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993 ; 329(14) : 977-86.
36. Lawrence S, Pacaud D, Dean H, Lawson M, Daneman D. Pediatric diabetic ketoacidosis. CMAJ. 2003 ; 169(4): 325-9.
37. Traoré MM. Urgences médicales chez les patients vivant avec le VIH/SIDA [thèse]. Bamako: Université de Bamako, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie; 2007.
38. MAPAR. Protocoles MAPAR. 12e éd. Paris: MAPAR; 2010. p. 512-9.

39. Mission nationale d'expertise et d'audition hospitaliers. Réduire les temps de passage aux urgences: recueil de bonnes pratiques organisationnelles. Paris: Ministère de la Santé; 2005. p.37 8.
40. Société Française de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences: état des lieux et propositions. Référentiels SFMU. 2005. p.4.
41. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Oct 1 [cité 2026 Feb 4]. Disponible sur: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
42. Bouzid D, Dufour G, Lapostolle F, Ray P, Riou B, Vivien B. Factors associated with prolonged stays in short-stay units in emergency departments. J Emerg Med. 2021;61(5):543-51. doi:10.1016/j.jemermed.2021.07.040.
43. Martínez JP, López A, García R, Fernández M, Sánchez L, Torres D, et al. Factors associated with prolonged stays in short-stay units in emergency departments: a Spanish observational study. Emerg Med J. 2020;3 7(9): 567-73. doi:10.1136/emermed-2019-208XXX.
44. Koyfman A, Long B, Gottlieb M, Alerhand S, Papanagnou D, Smally AJ. Altered mental status in the emergency department. J Emerg Med. 2021;60(3):345-356. doi:10.1016/j.jemermed.2020.12.018.
45. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cité 2026 Feb 12]. Disponible sur: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
46. Okoye O, Abubakar U, Yusuf R, et al. Predictors of prolonged hospital stay in emergency departments in sub-Saharan Africa. Afr J Emerg Med. 2020;10(4):210-216. doi:10.1016/j.afjem.2020.07.005.
47. Organisation mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 [cité le 12 mars 2026]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds.

48. World Health Organization. Stroke [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Mar 12]. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stroke-cerebrovascular-accident.
49. Fathallah S, Slim I, Belhadj Ali H, Grissa MH, Boubaker H, Nouira S, et al. Devenir des patients admis dans une unité d'hospitalisation de courte durée : profil épidémiologique et facteurs prédictifs d'hospitalisation prolongée. Tunis Med. 2022 ; 100(11): 754-62.
50. Organisation mondiale de la Santé. Hôpitaux [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 [cité le 24 mars 2026]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hospitals.
51. Delerme S, Douay B, Cascella T, Chabaud S, Pateron D, Ray P, et al. Motifs d'admission, devenir des patients et facteurs associés à une hospitalisation prolongée en unité d'hospitalisation de courte durée. J Eur Urgences Reanim. 2022 ; 34(1): 15-22. French. doi: 10.1016/j.jeur.2022.01.002.
52. Bouzid D, Robert J, Alix T, L'Her E, Curac S, Vardon D, et al. Factors associated with prolonged stays in short-stay units in emergency departments. Eur J Emerg Med. 2021 Dec 1 ; 28(6) : 464-70. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000851.

ANNEXES

10.Annexes

Les facteurs de séjours prolongés des patients à l'unité d'hospitalisation à courte durée (UHCD) de l'hôpital du Mali
Aspects épidémio-cliniques et pronostics

Fiche d'enquête

Fiche N : …….

Date : ……/……/…….

IDENTITE :

A. Age : …….

B. Résidence /……/

1. Urbain
2. Rural

C. Statut matrimonial /…… /

1. Célibataire
2. Mariée
3. Divorcée
4. Veuve

D. Niveau d'alphabétisation /……. /

1. Analphabète
2. Primaire
3. Secondaire
4. Supérieur

E. Profession : /……. /

1. Ménagère
2. Commerçante
3. Aide-ménagère
4. Etudiante/Elève
5. Fonctionnaire

6. Autres …….

F. Motif d'admission /……/

1. Altération de la conscience
2. Détresse respiratoire
3. Altération de l'état générale
4. AVP
5. Brulure
6. Autres (à préciser) : …….

G. Antécédents

1. Médicaux
2. Chirurgicale(s)

H. Diagnostic

1. Diagnostic à l'entrée de l'UHCD : …
2. Diagnostic de sorti à l'UHCD …….

I. Date d'admission à l'UHCD …/…. /…..

J. Date de sortie à l'UHCD …. /…./ ….

K. Durée moyenne de séjour à l'UHCD /……/

1. 24Heures
2. 36Heure
3. 48Heures

L. Patients ayant fait un long séjour à l'UHCD

1. Sup. à 48Heures
2. 96Heures
3. 168Heures
4. Autres (à préciser) : …….

M. Mode de sortie

1. Exéat+ ordonnance
2. Exéat+consultation
3. Décédé(e)

4. Contre avis médicale/.../

N. Transfert Intramuros /…/

1. Salle de déchoquage/…/
2. Salle de boxe d'hospitalisation/…
3. Chirurgie thoracique
4. Neurochirurgie
5. Neurologie
6. Gynécologie
7. Réanimation/Anesthésie
8. Traumatologie
9. Maxillo-faciale

O. Transfert extramuros

1. Néphrologie
2. Pneumologie
3. Urologie
4. Psychiatrie

P. Motifs de retard de transfert

1. Indisponibilité de lit d'aval/…/
2. Manque de régulation transfert inter hospitalier/Service indisponible/…/
3. Attente pour disponibilité d'examen

a) Bilan biologie
b) Bilan d'imagerie

4. Difficulté diagnostic
5. Instabilité des malades
6. Autres à préciser

Q. Évolution du patient

a) Favorable/…/
b) Non favorable/…/

Fiche signalétique

Nom : SIDIBE

Prénom : Kaly

Contact : 00223 78 32 42 41 / kalysidibe82@gmail.com

Titre : Profil épidémiologique et causes de séjour prolongé des patients hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du SAU de l'hôpital du Mali.

Année de soutenance : 2026

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de l'USTTB/Point-G/Bamako

Secteur d'intérêt : Urgence, Neurologie, Chirurgie, Réanimation, cardiologie.

Résumé :

Introduction

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) est une unité de surveillance destinée à assurer les soins, à affiner le diagnostic et à orienter les patients vers le service adapté à leur état de santé. Le séjour prolongé en UHCD constitue un indicateur de dysfonctionnement du parcours de soins aux urgences. Cette étude visait à décrire le profil épidémiologique et les causes de séjour prolongé des patients à l'UHCD du Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital du Mali.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée du ler octobre 2024 au 31 mai 2025, soit une période de 8 mois. Elle a porté sur les patients ayant séjourné plus de 72 heures à l'UHCD.

Résultats

Nous avons colligé 72 cas de séjours prolongés, soit une fréquence de 55,38 %. Les patients âgés de 45 ans et plus représentaient 80,6 % des cas. L'altération isolée de la conscience était le principal motif de consultation (41,7 %) et l'hypertension artérielle l'antécédent le plus fréquent (40,3 %). La majorité des

patients étaient classes CCMU 3 (86,1 %). L'accident vasculaire cérébral ischémique constituait le principal diagnostic d'entrée (34.7 %). La durée moyenne de séjour était de 129 heures, avec des extrêmes de 96 et 192 heures. Le manque de places dans les services spécialisés d'aval représentait la principale cause de prolongation du séjour (62,5 %). Le transfert intrahospitalier concernait 44,4 % des patients, principalement vers la neurochirurgie (34,4 %) et la neurologie (31,3 %).

Conclusion

Les séjours prolongés en UHCD concernent principalement des patients neurologiques de gravité modérée. L'indisponibilité des lits d'aval constitue le principal facteur de prolongation du séjour. L'amélioration des capacités d'hospitalisation spécialisées permettrait de réduire l'engorgement de l'UHCD.

Mots clés : UHCD, séjour prolongé, urgences, accident vasculaire cérébral, lit d'aval, Hôpital du Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 !

Iconographie



Figure 2 : lit n°4 d'hospitalisation à l'UHCD du SAU de l'hôpital du Mali

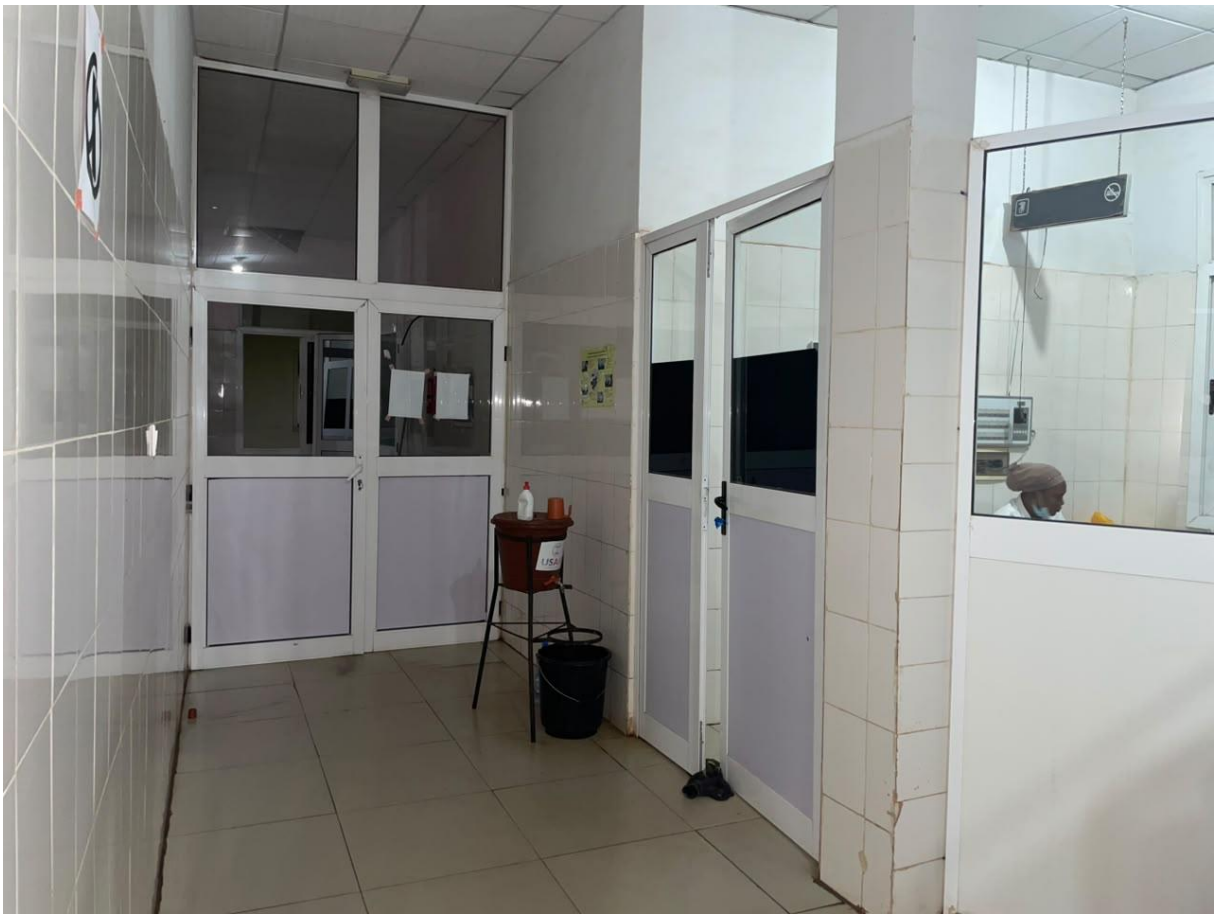


Figure 3 : le bureau de l'équipe de garde à l'UHCD du SAU de l'hôpital du Mali



Figure 4 : lit n°7 à l'UHCD du SAU de l'hôpital du Mali

I



Figure 5 : la porte d'entrée à l'UHCD du SAU de l'hôpital du Mali