

MINISTRE 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 :2019- 2020 N°/

THESE

**ORIENTATION DES PATIENTS AU
SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
DU CHU GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2020 devant la
Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Par Mlle MINDZIE MINTSA Marie Casimire

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

JURY

Président : Professeur DIANGO Djibo Mahamane

Membres : Docteur CISSE Mamadou A Chiad

Docteur KASSOGUE Andre

Co-directeur : Docteur Abdoulhamidou Almeimoune

Directeur : Professeur DEMBELE Aladji Seidou

DEDICACES

A Dieu le père tout puissant, créateur du ciel et de la terre

Je te rends grâce et te loue de ce que tu as fait et ne cesses de faire dans ma vie. Merci car tu as permis que ce travail arrive à son terme, je n'en ai aucun mérite. Ta grâce et ton amour m'ont gardé en cette terre d'hospitalité qu'est le Mali. Je n'ai point de mots plus grand que Merci ; que par ce travail ton nom soit encore glorifié dans ma famille car ce que tu dis, tu l'accomplis. Parachève oh Dieu ton œuvre dans la maison de mon père et que seule ta volonté soit faite dans nos vies.

A mon père MINTSA MI ZE Célestin

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soient elles ne sauraient exprimer ma gratitude, mon affection et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi un soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui, et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour faire ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A ma mère MEDZA MOTO'O Marie Sylvette Epse MINTSA

A la plus douce et la plus merveilleuse des mamans

A celle qui m'a tout donné sans compter. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur : l'amour, le dévouement et le respect que je te porte. Sans toi je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin. Je demande à Dieu le Tout Puissant qu'il te procure la santé et qu'il m'aide à te consoler des malheurs passés, pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur car nous avons encore besoin de ton amour.

Je mets entre vos mains le fruit de longues années d'étude, de longs mois d'absence loin de votre tendresse, de longs jours d'apprentissage. Chaque ligne de cette thèse, chaque mot, chaque lettre exprime la reconnaissance, l'amour, le respect et le merci d'être mes parents.

A mon étoile **NDEIBOTE MINTSA Jolie Paule**

Je te dédie ce travail car c'est pour toi que j'ai choisi ce métier. J'espère que de là où tu es, tu es fière de moi car petit à petit nous ferons pour nos parents ce que l'on a promis. Nos cœurs plein d'amour seront unis ensemble pour l'éternité ; plus jamais de larmes dans nos yeux. Je t'aime

A mon frère et mes soeurs : Nina Léon Blanc ; Yann Mantion ; Grace Paule ; Jollando Andrée.

Mes enfants, ma joie, ma fierté. Merci pour votre respect, votre amour, merci de votre soutien infailible, merci de m'avoir fait sourire quand la tristesse m'envahissait. Merci d'avoir fait de moi votre modèle ; j'espère avoir été à la hauteur et le demeurer. Ce travail, je vous le dédie afin que vous vous en inspiriez pour faire mieux. Que Dieu vous bénisse et nous garde toujours unis.

A mes homonymes : Casimir (titet) ; Marie (ninet). A ma'a Georgette ; Pepa MOTO'O et aux défunts de la famille

Que vos âmes reposent en paix et que ce travail vous rende fiers.

A ma grand-mère maternelle

Merci au Seigneur de t'avoir gardé en vie jusqu'à ce jour. J'arrive te soigner.

REMERCIEMENTS

Au **Mali** : terre d'hospitalité, merci pour les valeurs, merci pour le savoir. Puisse ce modeste ouvrage contribuer à ton édifice. Que Dieu t'accorde la paix et te garde attaché à ta devise « Un peuple, un but, une foi ».

A tout le personnel du CHU Gabriel TOURE particulièrement à celui du DARMU : Pr **Diango Djibo Mahamane, Dr Mangané, Dr Diop, Dr Maiga, Dr Kassogué** :

Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, votre esprit scientifique, votre compétence, votre simplicité, m'ont émerveillé durant mon séjour au service des urgences. Puisse le Seigneur vous combler de ses grâces.

A mes chefs et mes aînés du service **Dr Traoré Adi, Dr Landoure, Dr Badimi, Dr Bomou, Dr Cissé, Dr Bory Traoré, Dr Coulibaly Adama, Dr Touré Mamadou, Dr Bagayoko, Dr Doumbia Arouna, , Dr Traoré Aliou, Dr Sanogo, Dr Gamby, Dr Soumare, Dr Koureissy et j'en passe**

A l'ombre de vos pas, j'ai appris l'art d'exercer la science médicale.

Puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, mon profond respect et mon attachement fidèle. Que Dieu vous bénisse.

A mes collègues du service : **Murielle, Bengaly, Sidy, Ouedraogo, Pierrot, Benjamin, Ousmane Samaké, Oudou, Kadi, Aichata, Etienne, Ali, Ivan, Cheick, Avelino, Elizabeth, Mamady.**

Pour tous ces temps de franche collaboration, de fraternité, de convivialité, de respect réciproque, merci infiniment.

Que le Seigneur exauce tous les désirs de vos cœurs

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

Dr TRAORE Adi : en vous j'ai trouvé un père, un ami, un confident, un protecteur. Merci de m'avoir pris sous votre aile, merci de m'avoir accompagné et soutenu durant cette période. Que Dieu vous bénisse et que sa main puissante soit sur vous et votre famille.

Dr Sidi TRAORE et Dr Seydou SACKO : il y'a des personnes que l'on rencontre et qui nous marque profondément ; vous êtes ces personnes ! Merci parce que vous avez été là pour moi tout ce temps. Merci pour votre gentillesse et disponibilité à mon égard. Que le Seigneur vous bénisse ainsi que vos familles respectives et qu'il vous fasse la grâce de toujours aider votre prochain.

Dr Adama, Dr Ouedraogo, Dr Pierrot merci pour les bons moments, les conseils et encouragement.

Dr DIAWARA B et Dr SOMBORO JP : merci pour votre aide et disponibilité
Hervé DOPGANG : mon grand amour, celui à qui mon cœur s'est attaché et ne s'en est plus défait. Merci mon grand frère d'avoir été là et d'être toujours présent. Que Dieu soit toujours avec toi.

Joyce NZIGOU : merci pour ce que tu m'as apporté, merci d'avoir été et d'être toujours là, ton soutien et ta présence m'ont réconforté, merci d'avoir partagé ces moments avec moi. Mon marathonnier que Dieu te bénisse toi et ta famille, qu'il déverse sa grâce abondante sur toi et exauce tes prières mon cher Joyce N.

A **mon oncle Clément ALLOGO MINKO, mes tantes Hortense MENGUE MINKO et Dr Mireille NTSAME NDONG** : merci pour vos encouragements et votre soutien. Puisse ce travail me permettre de vous témoigner gratitude et reconnaissance.

Aux **familles CAMARA et COULIBALY** : merci de m'avoir accueillie en cette terre, et d'avoir fait de moi un membre de la famille. Que Dieu vous bénisse.

A **maman Tati et à la cellule de prière BETHSAIDA** : vos prières et encouragement m'ont beaucoup aidé. Puisse Dieu vous préserver du mal, vous fortifier et vous procurer longue vie.

A **ma pupuce Roxane RETENO** : ma sœur, ma petite maman, merci pour le soutien, l'amour, les leçons, les fous rires, les moments partagés. Tout simplement merci d'être celle que tu es, ne change surtout pas. Que Dieu dans son infini bonté se souvienne de toi.

Aux amis **Auxi, Elvira, Consolia, Boua, Johanness, Lindsey, Ariane, Doucouré, Auriel, Crouse** : merci pour les bons moments. Que Dieu vous protège et vous bénisse.

A la grande famille, mes oncles, mes tantes, mes neveux, mes nièces. Puisse ce travail vous rendre fière.

Aux **Dr Tony ZITTI, Dr Kassim SAMASSI, Dr DIARRA Khalifa, Dr Rodrigue BANGTE** : vous nous avez encadrés de la meilleure des manières. Vous nous avez servi d'exemple, de courage, de discipline et d'abnégation. Merci.

A mes promotionnaires et compatriotes : **Arsène OBEYE, Moussa TCHOUNKOUA, Murielle OGALAT, Ted EYENE, Terrence ATHOMO NDONG, Micheline MEDZA, Ingrid KOUMBA, MOMATH Pascal, Armanda KOUAMBA, Thaïs ABEGHE, Sincère LEPEMANGOYE.**

A mes aînés : **Dr Tony ZITTI, Dr Kassim SAMASSI, Dr Khalifa DIARRA, Dr Rodrigue BANGTE, Dr Jefrey MASSALA, Dr Mateya DIPANGA, Dr Stephanie OKOMO, Dr Théo HINAMA**, merci pour les leçons de vie et l'encadrement

A mes cadets académiques : **Junior MOUDOUMA, Trésor MOUDOUMA, Moussa DIARRA, Michelle E.MBADINGA, Bernice, Alice, Princisca, et autres.** Je vous souhaite à tous bon courage et bonne chance pour la suite de vos études.

A **l'ASSEESGAM** merci pour les liens de fraternité formés et les moments de partage et de découverte.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur DIANGO Djibo Mahamane

- ❖ Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- ❖ Professeur titulaire à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ❖ Chef du DARMU du CHU Gabriel Touré
- ❖ Chef du service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré
- ❖ Spécialiste en Pédagogie Médicale
- ❖ Secrétaire générale de la SARMU- Mali
- ❖ Vice- président de la Société Africaine des Brûlés
- ❖ Membre de la SFAR
- ❖ Membre de la SARAF
- ❖ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation

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

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DE JURY

Docteur Mamadou A. Chiad CISSE

- ❖ Spécialiste en médecine d'urgences et catastrophes
- ❖ Maître-assistant à la FMOS
- ❖ Chef de service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali
- ❖ Membre de la SARMU-Mali
- ❖ Membre de la SARAF.

Cher maître, merci de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail en acceptant d'en être juge et d'y apporter un regard nouveau. Votre générosité, votre disponibilité ainsi que vos qualités intellectuelles nous honorent. Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE & MEMBRE DU JURY

Docteur KASSOGUE André

- ❖ Anesthésiste réanimateur et urgentiste
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- ❖ Chargé de cours à INFSS
- ❖ Membre de la SARMU- Mali
- ❖ Membre de la SARAF.

Cher maître nous sommes honoré que vous ayez accepté de juger ce travail.
Votre générosité, votre disponibilité ainsi que vos qualités intellectuelles nous ont beaucoup marquées.

Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Abdoulhamidou Almeimoune

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

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Aladji Seidou DEMBELE

- ❖ Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- ❖ Maître de Conférences Agrégé à la FMOS
- ❖ Praticien Hospitalier au CHU-IOTA
- ❖ Chef de Service d'Anesthésiste Réanimation au CHU-IOTA
- ❖ Trésorier de la SARMU-Mali
- ❖ Membre de la SFAR
- ❖ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation
- ❖ Trésorier de la SARAF
- ❖ Membre de la commission scientifique de la SARAF
- ❖ Secrétaire général du comité syndical SNESUP de la FMOS /FAPH.

Cher Maître, nous vous remercions pour votre disponibilité et vos encouragements pour la réalisation de ce travail. Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici Cher maitre, l'expression de nos sincères remerciements.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AD: Accident Domestique

ASP: Abdomen Sans Préparation

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

AVP: Accident de la Voie Publique

CBV: Coups et Blessures Volontaires

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU- GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CNOS : Centre National d'Odontostomatologie

CTAS: Canadian emergency department Triage and Acuity Scale

DARMU: Département d'Anesthésie, de Réanimation et de la Médecine d'Urgences

DMS: Durée Moyenne de Séjour

DREES: Direction de la Recherche des Etudes et de l'évaluation des Statistiques

ECG: Electrocardiographie

ESI: Emergency Severity Index

ETG: Echelle de Triage et de Gravité

GE: Goutte Epaisse

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

HB-HTE: Taux d'Hémoglobine et Hématocrite

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

MTS : Manchester Triage Scale

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Otorhinolaryngologie

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SARAF : Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone

SARMU : Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgences

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SCG: Score de Glasgow

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Service/ Structure d'Urgences

TC: Traumatisme Crânien

TDM: Tomodensitométrie

UHCD : Unité D'hospitalisation de Courte Durée

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
GENERALITES.....	5
MATERIELS ET METHODES.....	19
RESULTATS.....	22
COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	32
CONCLUSION ET RECOMMANDATION....	37
REFERENCES.....	39
ANNEXES.....	43

INTRODUCTION

Les urgences médico-chirurgicales sont une priorité de santé publique dans nos pays. 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].

Un service d'accueil des urgences est une structure gérée par des médecins qualifiés, qui doit accueillir et prendre en charge 7j /7, 24h /24 toutes personnes se présentant en situation d'urgence (y compris psychiatrique), notamment en cas de détresse et d'urgences vitales. Historiquement le service des urgences était la principale porte d'entrée de l'hôpital, et constituait donc un passage quasi – obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plus part des services hospitaliers. Aujourd'hui, alors que la fréquentation des services d'urgence a doublé en 10 ans, les patients ayant initialement transité par les services d'urgences(SU) ne représentent plus que 40% des malades séjournant dans les services hospitaliers [2].

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

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

En France on a observé un accroissement important du nombre de consultations dans les services d'urgences, passant de 7 millions en 1990 à plus de 20 millions de consultations en 2016[6].

Au Service d'Urgences de l'hôpital de Nador, à Rabat au Maroc, le nombre de consultant a en effet plus que doublé en cinq ans (2006_2009) passant de 31 155 à 73 489 [7].

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont victimes de leur popularité et la récente augmentation de leur fréquentation ne s'est pas accompagnée d'une augmentation suffisante des capacités matérielles et humaines [8]. La surcharge des Services d'Urgences est un facteur de non qualité provoquant une morbi-mortalité supplémentaire et allongeant la durée du séjour. En effet, plusieurs études ont montré que plus d'un service d'urgence sur 2 fonctionnent en suractivité, c'est-à-dire qu'il ne pouvait pas, de façon répétée prendre en charge les malades dans les conditions optimales et sans délai d'attente prolongé car l'allongement du temps de prise en charge médicale retentit sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et la productivité des professionnels de l'urgence [9].

Au Mali, le SAU du CHU de Gabriel Touré de par sa situation géographique draine la majorité des urgences médico chirurgicales de la ville de Bamako et fait face à une grande sollicitation de la part des hôpitaux de l'intérieur du pays et des pays voisins.

Ne disposant que d'un nombre limité de box de consultation, de lit d'hospitalisation en UHCD et en salle d'accueil des urgences vitales ; ces capacités ont été très vite dépassées par le flux des patients et créant ainsi un engorgement du service.

Pour continuer d'assurer sa mission d'accueil des urgences, il devient indispensable d'orienter les patients stabilisés vers d'autres services spécialisés

pour la continuité de leur prise en charge afin de le désengorger. Confronté à ce challenge quotidien d'engorgement du SAU nous avons décidé de mener cette étude afin d'évaluer notre processus d'orientation intra et inter hospitalier.

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Evaluation du processus d'orientation des patients du Service d'Accueil des Urgences.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier les modes d'arrivée et les moyens de transport des patients
- Déterminer l'orientation des patients au sein du SAU
- Déterminer les services d'hospitalisation les plus sollicités
- Identifier les causes de retard d'orientation
- Déterminer la durée de séjour des patients

I. GENERALITES

1. CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE PRE- HOSPITALIERE

Considérés comme « une porte de l'hôpital en permanence ouverte », les services d'accueil des urgences (SAU) souffrent comme le soulignent de nombreuses études [10-12] du problème de l'engorgement. Les difficultés d'hospitalisation des patients des urgences se sont encore aggravées en raison d'une demande générale en soins qui s'accroît, d'une recrudescence des pathologies accidentelles et celles des temps modernes, de circuit d'urgences insuffisants, de catastrophes naturelles et humaines de plus en plus fréquentes. La prise en compte de ce phénomène ne peut trouver de réponse au seul niveau des services d'urgences, ni même de l'établissement hospitalier. Cette problématique appelle une approche plus globale d'amélioration de la coopération entre les différents acteurs intervenant en amont et en aval de ces services.

La Médecine d'urgence serait une solution innovante pour atténuer les conséquences de ces problèmes de santé. La Médecine d'urgence est la médecine la plus active, elle s'exerce à domicile, sur les lieux de travail, sur la route, à l'hôpital car, habituellement, ce sont les malades qui se déplacent vers les urgences, il est préférable d'aller vers eux, hors de l'hôpital afin d'intervenir dans les précieuses minutes qui suivent un accident ou un malaise. L'aide médicale d'urgence est le dispositif mis en place par un Etat pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'un accident ou une affection brutale et inattendue. Le concept d'aide médicale d'urgence est basé sur la nécessité de fournir dans les délais correspondants au degré de gravité de l'urgence la réponse techniquement et humainement la mieux adaptée [13].

Au Mali, l'organisation des urgences ne répond à aucun schéma préétabli. En effet il n'existe pas de structures de prise en charge pré hospitalière type « SAMU ». Certains malades sont évacués sur le SAU par la protection civile ou la police, d'autres viennent soit d'eux-mêmes ou transportés par la famille ou par des personnes de bonne volonté témoins d'un accident par exemple. Seules les évacuations à partir des centres de santé périphériques ou régionaux non suffisamment équipés sont assurées par des ambulances non médicalisées à travers un système de régulation médicale. En cas de catastrophes, les blessés sont évacués par tous les moyens possibles sur l'hôpital, déplaçant la catastrophe de son site à la structure d'accueil.

Dans tous les cas, l'organisation du secours est indissociable du devoir du médecin. En France, l'article 9 du code de déontologie médicale est formel « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance

ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. » Au Mali, ce sont les articles 5 et 28 du code de déontologie médicale qui déterminent le devoir du médecin face à la personne en détresse :

-Article 5 : « tout médecin quel que soit sa spécialité, sauf en cas de force majeure, est tenu de porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat si une autre assistance ne peut être assurée ».

-Article 28 : « devant le caractère d'urgence des soins que réclame l'état d'un mineur ou d'un handicapé, lorsqu'il est impossible d'avoir en temps utile l'avis du représentant légal, le médecin appelé doit donner les soins qui s'imposent ».

2. MISSIONS DES URGENCES

La mission première du SAU est d'assurer de façon permanente et immédiate à tout patient présentant une souffrance réelle ou ressentie les services suivant : accueil et maintien des fonctions vitales et fonctionnelles, identification du problème médical et début de traitement en vue de stabiliser pour orienter vers le bon endroit ; au bon moment.

3. LE CIRCUIT DU PATIENT AU SERVICE DES URGENCES

La structure d'urgences (SU) est dédiée à la prise en charge en urgence des patients. Son activité est étroitement liée au « circuit patient » et à la constitution du dossier patient.

Le circuit patient est le cheminement suivi par le patient d'un SU. Il correspond autant à des étapes fonctionnelles qu'à des déplacements géographiques [14].

a) Triage et sectorisation

Le circuit patient commence dès le premier contact, à l'accueil de la structure des urgences, avec le triage par l'infirmier(e) organisateur (trice) de l'accueil (IOA) [15]. En fonction du degré d'urgence et de gravité du motif de recours, il est orienté (SAUV ; box de consultation ; salle d'attente)

➤ Accueil

La prise en charge des urgences nécessite de détecter rapidement, dès les premiers instants, les besoins spécifiques de chaque patient. 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 : accueillir le malade et le ou les accompagnants en évitant les délais d'attente, définir les degrés de priorité de prise en charge médicale, et orienter vers le lieu de soins le plus adapté. La mission générale de l'IOA définie dans le référentiel de la SFMU est d'«Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants 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 et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux » [16].

L'IOA est un personnel de santé spécifiquement formé à l'accueil personnalisé des patients qui se présentent aux urgences. Il a les connaissances et les compétences 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 [17].

➤ **Triage**

Le tri est un processus mis en place dans les services d'urgences qui vise à reconnaître ceux dont l'état nécessite une prise en charge médicale rapide, il classifie, organise le parcours des soins des consultants selon leur niveau de priorité. Il permet d'orienter les patients vers la zone de soins la plus adaptée [16]. Les objectifs du tri sont clairement définis : analyser rapidement le motif de recours aux urgences par un professionnel de santé, évaluer les besoins en soins et leur priorisation, faciliter la gestion des flux, et optimiser les délais d'attente. L'IOA est le premier maillon d'une chaîne de soins. Son efficacité conditionne la qualité de la prise en charge. Aussi, il est important que les outils de tri, d'évaluation et d'orientation soient le résultat d'une réflexion médicale et infirmière, et fassent l'objet d'un consensus [17].

En Europe, la notion de tri est fort répandue dans les services d'urgences, mais les outils élaborés sont souvent issus 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. Au Québec, les associations de médecins et d'infirmières ont proposé une échelle de triage et de gravité (ETG). L'intérêt principal de l'ETG est d'aboutir à la standardisation d'une échelle au plan national. 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 [18].

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 dont la condition est la plus urgente. Le temps alloué à chaque patient doit permettre d'évaluer toutes les personnes dans les 10 minutes après leur arrivée. Pour effectuer un tri, l'IOA procède à une évaluation initiale du patient, dès son arrivée en s'aidant d'une échelle de tri. C'est un outil de travail et de sécurité pour sélectionner les patients qui se présentent aux urgences, en fonction des priorités et des critères établis. L'échelle de tri établit une relation entre les besoins des patients en soins et les délais acceptables pour effectuer les soins requis. L'objectif principal d'une échelle de tri est de définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. Actuellement, selon la littérature, les niveaux de priorité peuvent être définis en 3, 4 ou 5 catégories identifiées, soit par des chiffres, soit par un libellé (immédiat, très urgent, urgent, non urgent). Le degré de priorité à donner aux soins d'un patient doit être déterminé selon une classification préétablie et acceptée conjointement par les infirmières et les médecins. Il importe que le modèle de classification retenu permette de répondre de manière efficace aux besoins des patients [18].

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

❖ **Emergency Severity Index (ESI)**

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) correspond 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 effectuées pour la prise en charge des patients étaient corrélées au niveau de score ESI attribué à leur arrivée. Il en était de même pour le taux d'hospitalisation. Cette échelle de triage est facilement transposable indépendamment du pays si l'on en juge une étude allemande de 2011 menée sur une cohorte de 2114 patients (). Ainsi la corrélation entre le score ESI et la

nécessité d'une hospitalisation d'une façon générale mais également en soins intensifs était bonne [19].

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 et 73% des patients 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 et 54% des patients 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 et 24% des patients 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 et 2% des patients 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 présente pas d'indication à être hospitalisés
-------	---	--

Manchester Triage Scale(MTS)

Une autre échelle de triage est l'échelle 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) [19] 17. Une étude rétrospective [20] 18 a montré que 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 présente donc des biais de sélection.

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
MTS 2	Très urgente	10 minutes
MTS 3	Urgente	60 minutes
MTS 4	Standard	120 minutes
MTS 5	Non urgente	240 minutes

❖ **Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)**

Au Canada, l'échelle informatisée de triage appelée « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scal » (CTAS) a été mise en place en 1998 et largement adoptée dans les SU. Elle prend en compte la rapidité de mise en œuvre des 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 premier et deuxième ordres. Ceux de premier ordre concernent 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 définitifs. 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 [19].

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

Avec une croissance annuelle d'activité de 4% et le besoin de décrire leur activité dans les années 1990, la première réponse des urgentistes a été de mettre en place en 1994 un indicateur de charge en soins. Cette classification a pris le nom de « Classification Clinique des Malades aux Urgences » ou CCMU [21].

La CCMU n'est pas un outil pour le triage par une infirmière d'accueil et d'orientation. Néanmoins, il ébauchait à l'époque la distinction entre les malades stables (classe I et II) et les malades potentiellement instables (classe III) ou instables de façon patente (classe IV et V). Sa fiabilité mesurée par une mesure de reproductibilité était bonne (agrément interindividuel estimé par un Kappa à 0,72) [21]. La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré-hospitalière(SMUR) et de l'accueil hospitalier.

Quand un patient arrive au service d'Accueil des Urgences, il est tout de suite examiné par le médecin trieur aidé par l'infirmière d'accueil et d'orientation, qui le classe en :

- **CCMU P** : Patients présentant un problème psychologique et /ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- **CCMU 1** : Etat lésionnel et /ou pronostic fonctionnel jugés stable .Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : Etat lésionnel et /ou pronostic fonctionnel jugés stable .Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 3** : Etat lésionnel et /ou pronostic fonctionnel jugés susceptible de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences [22].

❖ **Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU)**

D'autres équipes ont élaboré des échelles de triage. La Classification Infirmière des Malades aux Urgences utilise une échelle en 5 stades de complexité et de gravité croissante. C'est une classification française qui est basée sur un recueil de signes, de symptômes ou circonstances. A chaque item correspondent deux bornes de priorité. Le niveau de priorité est défini en fonction d'un degré de stabilité clinique et de besoins de soins. Cette échelle permet de prédire la complexité et la sévérité d'un patient venu consulter aux urgences [19].

Tableau III : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale Majeure	Dans les Minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	.Infirmière < 1 min .Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	.Infirmière < 1 min .Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 Heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

➤ Sectorisation

❖ **Salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou déchoquage**

La SAUV encore appelée déchoquage est un lieu d'accueil, au sein des services d'urgences, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle. La décision d'admission est prise par le médecin du service et/ou l'IOA, le médecin du SMUR ou le médecin régulateur du SAMU. La prise en charge doit être la plus courte possible pour une remise en disponibilité rapide de la SAUV.

Les patients présents dans la SAUV doivent être acceptés en priorité et sans délai afin de maintenir une capacité d'accueil pour les patients présentant une menace vitale.

L'ensemble des collaborations nécessaires au fonctionnement en toute sécurité de la SAUV doit faire l'objet d'un protocole d'accord validé par les instances médico-administratives de l'établissement. Les procédures et protocoles doivent être standardisés et clairement identifiés par chaque membre de l'équipe.

L'ensemble du matériel doit être prêt à une utilisation immédiate. Il est vérifié après chaque utilisation et au moins une fois par jour grâce à des check listes régulièrement mises à jour sous la responsabilité du cadre infirmier [23].

❖ **Box de consultation**

Le box de consultation est la zone d'examination des patients moins graves au sein des structures d'urgences. Le box d'examen est une ressource limitée et limitante: sa disponibilité et son accessibilité conditionnent la possibilité de continuer à prendre en charge de nouveaux patients se présentant aux Urgences et donc la maîtrise de l'engorgement du service et des temps de passage des patients [24].

b) Prise en charge médicale

La prise en charge du patient par le médecin urgentiste est réalisée selon le niveau de triage. Elle comprend deux étapes imbriquées :

_ La phase de décision médicale, c'est une démarche hypothético-déductive : celle-ci s'appuie sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique, complétée éventuellement d'examens para cliniques pour déboucher sur un choix diagnostique et thérapeutique.

_ La phase de soins, elle comprend : la réalisation d'examens para cliniques, le traitement, la surveillance. Elle implique l'ensemble du personnel

hospitalier : médecin, interne et stagiaire, infirmier, aide-soignant, brancardier, et médecins spécialistes de l'établissement [14].

c) Décision médicale

La décision médicale prise par le médecin urgentiste, consiste à faire sortir le patient de la SU [15]. En effet, au terme de la prise en charge, une orientation est décidée à la sortie du service des urgences. Soit le patient retourne d'où il provient : domicile, institution pour personnes âgées, hôpitaux périphériques, service de psychiatrie, commissariat, prison. Soit le patient nécessite une hospitalisation, il sera hospitalisé dans le service spécialisé adapté en fonction des lits disponibles ; ou transféré dans un autre établissement, si besoin au moyen d'un transport médicalisé [14].

La gestion des flux et leur coordination concerne l'ensemble du service, y compris l'urgentiste qui doit anticiper les événements, afin de réduire autant que possible le temps de passage dans les urgences. L'anticipation des besoins est souvent possible dès la phase d'accueil par l'IOA. Aux Urgences, la recherche de lits doit être faite précocement lors de la prise en 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 [2].

❖ Hospitalisation en UHCD

L'UHCD fait partie intégrante du SAU et permet l'hospitalisation des patients accueillis aux urgences. Elle est sous la responsabilité pleine et entière des médecins urgentistes. Elle permet d'hospitaliser des patients dont l'évaluation n'est pas terminée ou dont l'orientation n'est pas finalisée, sans avoir à solliciter des services hospitaliers souvent déjà pleins ou ne pouvant, aux heures nocturnes, assurer une surveillance étroite ou médicalisée, et enfin d'hospitaliser des patients pour une courte période avant leur retour à domicile. Le fonctionnement correct de cette unité suppose que les patients y résident moins de 24 heures conformément aux textes en vigueur. Cela nécessite un effort partagé des médecins urgentistes et des services d'aval pour « vider » chaque jour l'UHCD en offrant à chaque patient une orientation adaptée [25].

❖ **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 [24].

A 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 [16]. Le transfert du patient à partir du service d'urgences peut se faire soit vers un service de l'hôpital soit vers un autre établissement. Le choix du lieu d'hospitalisation dépend de la pathologie du patient et de la disponibilité des services. La décision de transfert vers un autre établissement est nécessaire lorsque l'hôpital ne dispose pas la spécialité requise par l'état du patient [1].

❖ **Retour à domicile sans hospitalisation**

Il concerne un nombre important de patient. Il s'agit de patient pour lequel le traitement instauré aux urgences a permis la résolution du problème initial. Ces patients doivent sortir des urgences avec l'ensemble des éléments permettant la poursuite d'un traitement (ordonnance) et d'une surveillance (rendez-vous de consultation). Le médecin, avant la sortie du patient, doit s'assurer que les conditions de vie du patient sont compatibles avec son état de santé [1].

A noter aussi : **la classification du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil** ou **GEMSA**. Elle classe les patients selon leurs modes d'entrée, de sortie et la demande de soins [1].

- **I** : Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
- **II** : Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (consultation médicale, petite chirurgie)
- **III** : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtres, réfection de pansement, etc.).
- **IV** : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au Service d'Accueil des Urgences(SAU).

- **V** : Patient attendu dans un service, ne passant au Service d'Accueil des Urgences que pour des raisons d'organisation (enregistrement administratif, réalisation d'un bilan d'entrée, etc.).
- **VI** : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure).

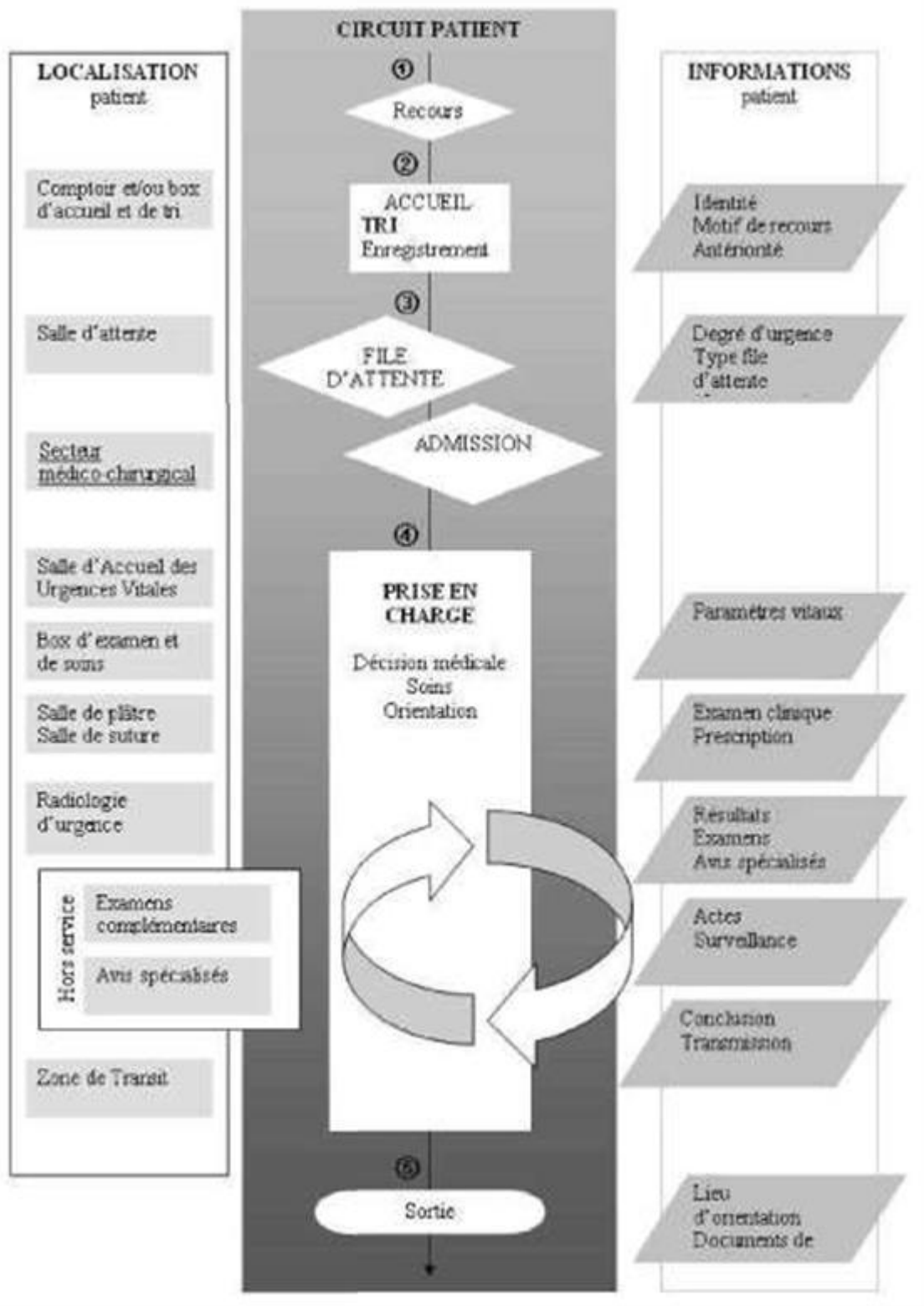


Figure 1 : Diagramme générique du « circuit patient » [14]

II. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. Le CHU Gabriel Touré se trouve au troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il est situé en plein centre-ville dans le quartier commercial de la Commune III du District de Bamako.

Le Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré est une référence en matière de prestation de services. Il a une vocation du centre de traumatologie et d'urgence mère-enfant. Il reçoit toutes les formes d'urgences sauf les urgences médico-pédiatriques et obstétricales. Ces derniers sont reçus respectivement au service des urgences pédiatriques et des urgences obstétricales.

Aperçu général

Le Service d'Accueil des Urgences est constitué de :

- **Une salle de tri** : animée par un médecin et par un infirmier
- **Une salle de déchoquage** : composée de deux lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope multiparamétrique, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène, d'air et de vide pour l'aspiration ; deux respirateurs pour les deux lits ; et deux pousses seringues électriques.
- **Deux salles d'hospitalisation de courte durée** : une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Chaque salle est munie de quatre lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène, d'air et de vide.
- **Huit box de consultation et une zone d'attente.**
- **Un bloc opératoire d'urgence** : utilisé par les services de chirurgie viscérale, de neurochirurgie, de traumatologie, ORL, Chirurgie Pédiatrique.
- **Un laboratoire d'analyse sanguine** : équipé mais non fonctionnel.
- **Une salle de radiologie** : non fonctionnelle.
- **Un secteur administratif**
- **Deux bureaux et un amphithéâtre** où se tient le staff et les de réunions.

Le personnel du service est composé de :

- Un médecin anesthésiste réanimateur et urgentiste.
- Deux médecins urgentistes, dix médecins généralistes dont neuf sont des contractuels et un fonctionnaire.
- Quinze étudiants en année de thèse.
- Un assistant médical.

- Huit infirmiers d'Etat.
- Six infirmiers du premier cycle.
- Un aide-soignant.
- Dix-huit brancardiers.

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

- La période d'astreinte qui s'étend de 7h30 à 15h00.
- La garde va de 7h30 à 7h30 le lendemain pour les faisant fonction d'interne. Pour le reste du personnel la garde s'étend de 15h00 à 7h30 le lendemain.
- Chaque équipe est composée de médecins, des faisant fonction d'interne, d'infirmiers et de techniciens de surface.

2. TYPE ET DUREE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle analytique allant du 1er Octobre 2018 au 30 Septembre 2019 soit une période de 12 mois.

3. ECHANTILLONNAGE :

a. Population d'étude

Elle est constituée par tous les patients reçus au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré.

b. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tout patient admis au SAU appartenant aux classes 3, 4, 5 de la classification CCMU et dont la durée de séjour au service est supérieure ou égale à 6h.

c. Critères de non-inclusion :

Nous n'avons pas inclus dans notre étude :

Les patients admis aux urgences et appartenant aux classes 1, 2, D de la classification CCMU ; les patients n'ayant pas de dossier médical bien établi.

4. COLLECTE ET RECUEIL DES DONNEES :

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle, et des dossiers médicaux.

5. VARIABLES ETUDIEES

Les variables à analyser ont été collectées à partir des données portées sur la fiche d'enquête. Il s'agit :

- ✓ Les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, moyen de transport, provenance, motif de consultation, ...)
- ✓ Les données sur l'examen physique du patient qui comporte la mesure des paramètres vitaux (SCG, température, pouls,...)
- ✓ Les données sur les examens complémentaires demandés, biologique et radiologique.
- ✓ Les diagnostics retrouvés après résultats de bilan.
- ✓ Orientation des patients après stabilisation.
- ✓ Les motifs de retard d'orientation des patients.
- ✓ Durée du séjour dans le service.

6. ANALYSE ET SAISIE

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 20.0. Le traitement du texte, des tableaux et des graphiques a été réalisé grâce aux logiciels de la suite Office 2016 de Microsoft : Word et Excel. Les tests statistiques utilisés ont été le Chi carré et le test exact de Fischer. Le test était significatif pour une valeur de $p < 0,05$.

7. CONSIDERATION ETHIQUE

Cette étude a été réalisée avec le consentement des familles et les informations recueillies restent confidentielles.

III. RESULTATS

Durant notre période d'étude, nous avons recruté 1200 cas sur 19571 patients ayant consulté au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE, soit 6.13% de l'ensemble des consultations.

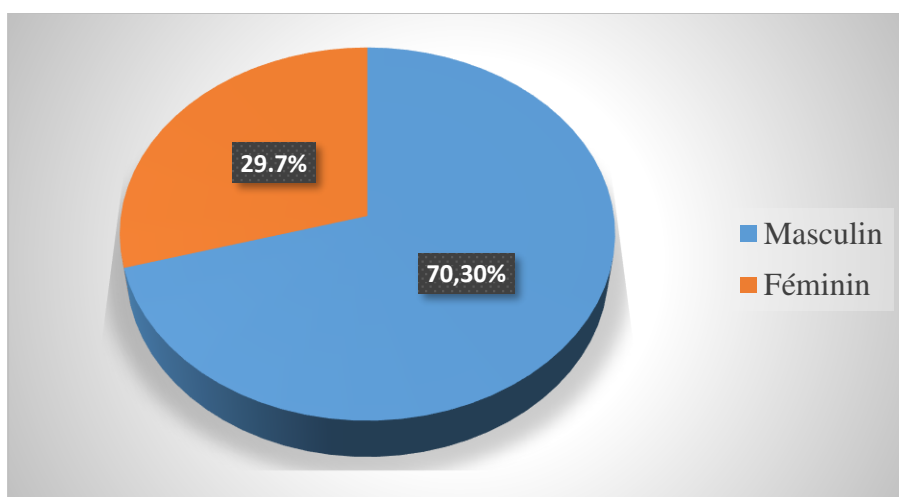


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté à 70,3% avec un sex ratio de 2,37.

Tableau VI: répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
< 15 ans	140	11,6
15 à 29 ans	372	31,0
30 à 44 ans	240	20,0
45 à 59 ans	151	12,6
60 à 74 ans	208	17,3
74 à 89 ans	81	6,8
≥ 90 ans	8	0,7
Total	1200	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était 15-29 ans à 31%, avec une moyenne d'âge de 38,51 ans

Tableau V : répartition des patients en fonction de leur provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Domicile	528	44,0
Structure sanitaire	382	31,8
Amené par la protection civile	290	24,2
Total	1200	100,0

Les patients venant de leur domicile étaient majoritaires à 44%.

Tableau VI : répartition des patients selon leur moyen de transport

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance médicalisée	0	0
Moyens de transport personnel / en commun	830	69,2
Ambulance non médicalisée	370	30,8
Total	1200	100

Les moyens de transports personnels et en commun étaient à 69,2% les plus utilisés.

NB : Ambulance non médicalisée correspond à : les simples ambulances sans ressources humaines qualifiées et les véhicules des sapeurs pompier.

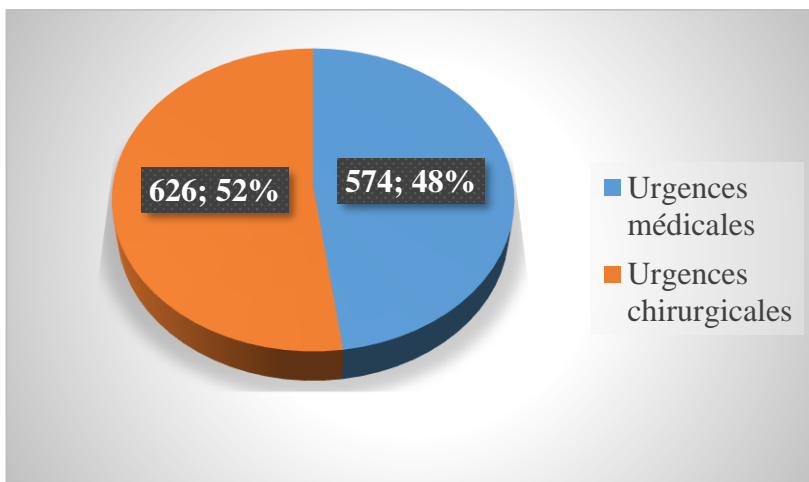


Figure 3 : Types d'urgences

Les urgences médicales étaient les plus rencontrées.

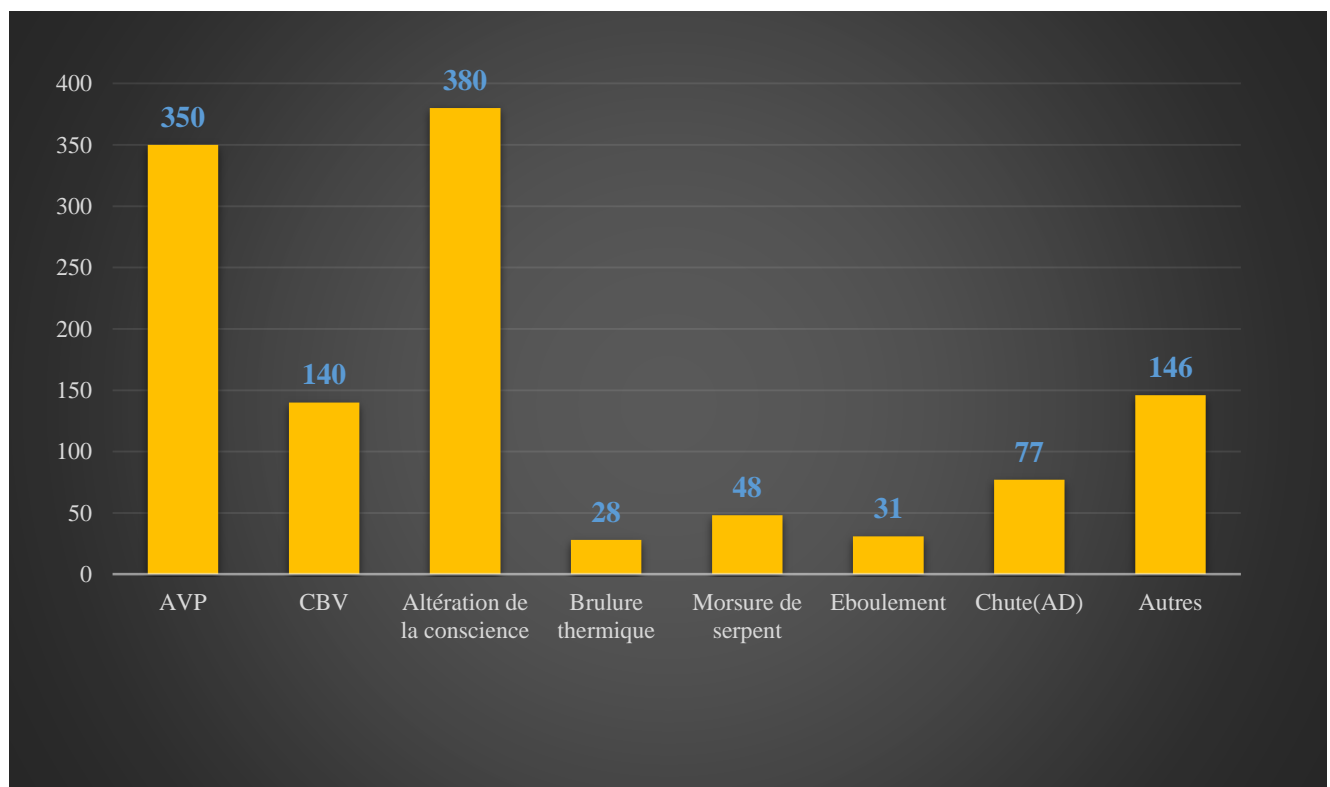


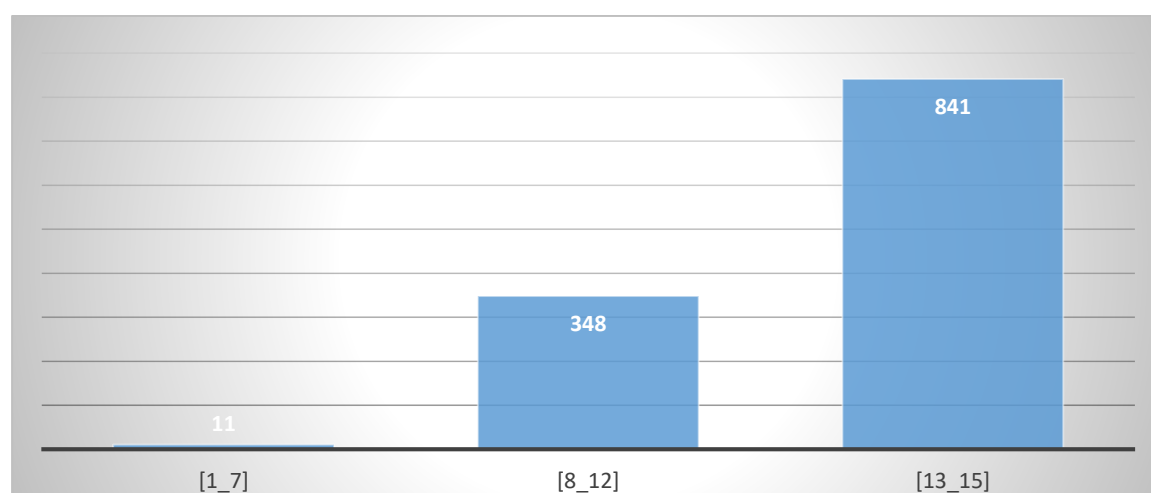
Figure 4 : Répartition des patients selon les motifs d'admission

Altération de la conscience (31,7%) et AVP (29,2%) étaient les motifs d'admission les plus fréquents

Tableau VII: répartition des patients en fonction de la classification Clinique des malades aux urgences.

CCMU	Effectif	Pourcentage
CCMU3	1028	85,6
CCMU4	170	14,2
CCMU5	2	0,2
Total	1200	100,0

CCMU3 était la classe la plus représentée à 85,6%

**Figure 5 :** Répartition des patients selon le Score de Glasgow

La majorité des patients avait un score de Glasgow entre 13 et 15.

Tableau VIII: Répartition des patients dans le service.

Unités de soins	Effectif	Pourcentage
Salle de déchoquage	73	6,1
UHCD	162	13,5
Box	965	80,4
Total	1200	100,0

Les patients étaient plus souvent orientés dans les box de consultation à 80,4%

Tableau XI : Liste des examens d'imagerie demandés

Examen	Effectif	Pourcentage
TDM cérébrale	702	58,5
TDM		
abdominopelvienne	38	3,2
Radio thorax	302	25,2
Radio des membres	177	14,8
Echographie	84	7
Autre*	108	9

La TDM cérébrale était l'examen d'imagerie le plus demandé.

*TDM dorsolombaire, radio du bassin, ASP, fibroscopie, TDM thoracique, Angioscanner, TDM cervical, uroscanner, écho doppler.

Tableau X : Liste des examens biologiques demandés

Examen	Effectif	Pourcentage
Groupage Rhésus	708	59
Ionogramme sanguin	676	56,3
NFS	942	78,5
Urée Créatinine	825	68,8
GE	780	65
ECG	97	8,1
Glycémie	406	33,8
Autres	172	14,33

La NFS ; l'urée et la créatinine étaient les examens biologiques les plus fréquents

Autres : ECBU, CRP, TP, TCA, D-dimères, Troponine, SRV, Hémoculture, bilan lipidique, procalcitonine, transaminase, FT3, FT4.

Tableau XI : Répartition des patients selon les diagnostics

Diagnosics	Effectif	Pourcentage
AVC	212	17,7
Polytraumatisme	54	4,5
Traumatisme crânien	297	24,8
Trauma vertébré médullaire	48	4
Trauma massif facial	33	2,8
Trauma abdominal	38	3,2
Trauma thoracique	62	5,2
Trauma des membres	94	7,8
Envenimation	48	4
Brulure	37	3,1
Paludisme	119	9,9
Cétoacidose diabétique	36	3
Sepsis	81	6,8
Autres	183	15,25
Diagnostic associé	175	14,58

Traumatisme crânien (24,8%) et AVC (17,7%) étaient les diagnostics les plus rencontrés. Nous avons aussi observé 14,58% de patients poly pathologiques.

Autres : œdème cérébral, tumeur, poly blessé, hyperglycémie hyperosmolaire, hémorragie digestive, OAP, SCA, insuffisance rénale, troubles ioniques, anémie, autolyse, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, fracture du bassin, contusions, péritonite, occlusion, pneumopathie, VIH, abcès cérébral, hépatopathie.

Tableau XII: répartition des patients selon les critères d'admission en UHCD

Critères d'admission	Effectif	Pourcentage
Retour à domicile prévu dans 24h	6	3,7
Observation avant orientation	127	78,4
Attente de lit en hospitalisation conventionnelle	17	10,5
Patient en zone d'accueil	12	7,4
Total	162	100,0

Les patients admis en UHCD l'étaient le plus souvent pour observation avant orientation (78,4%).

Tableau XIII: répartition des patients en fonction de leur durée de séjour aux urgences

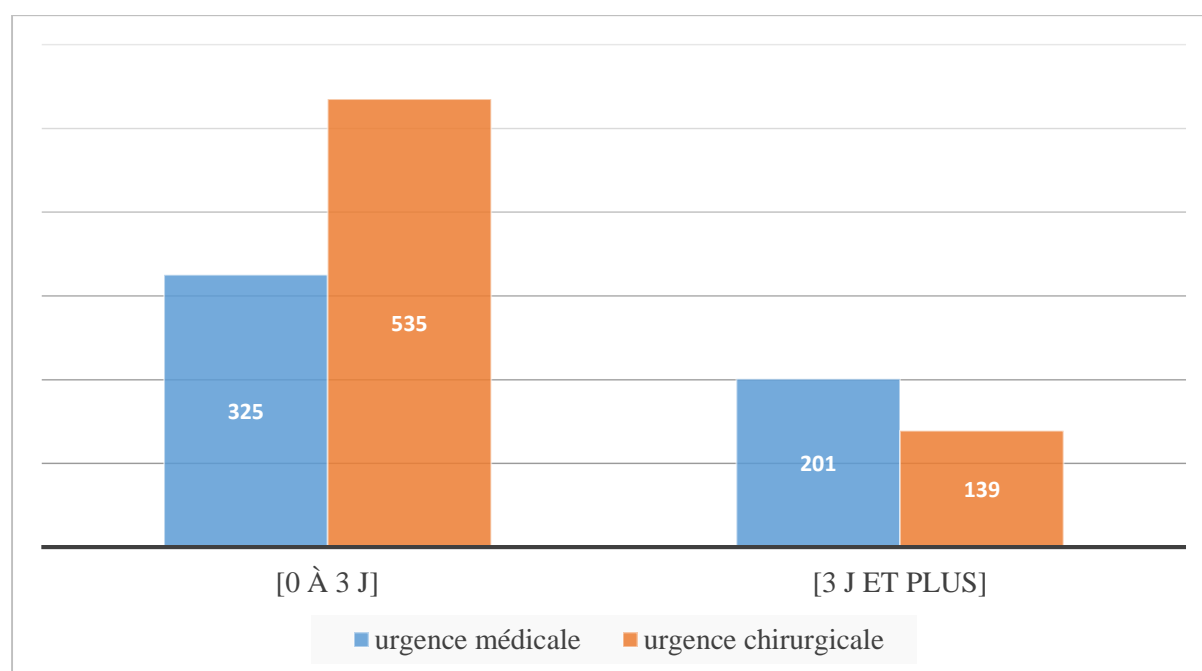
Durée de séjour	Effectif	Pourcentage
0 à 3 jours	951	79,3
4 à 7 jours	164	13,6
8 à 14 jours	56	4,6
15 à 21 jours	18	1,5
22 à 28 jours	5	0,4
29 à 35 jours	3	0,3
36 à 42 jours	2	0,2
43 à 45 jours	1	0,1
Total	1200	100

La plus grande partie des patients séjournait au SAU entre 0 et 3 jours avec une durée moyenne de 63,59 heures (2,65 jours) et une durée max de 45 jours.

Tableau XIV: répartition des patients suivant les motifs de retard de transfert/orientation

Motifs de retard	Effectif	Pourcentage
Manque de lit en hospitalisation	250	20,8
Etat clinique précaire du malade	320	26,6
Service indisponible	85	7,1
Indisponibilité de l'ambulance	9	0,8
Retard de bilan	275	22,9
Retard de soins	261	21,8
Total	1200	100,0

Les motifs de retard les plus rencontrés étaient : état clinique précaire du malade non compatible avec l'hospitalisation standard (26,6%) ; retard de bilan et de soins (moyens financiers) et le manque de lits d'hospitalisation en aval (20,8%).

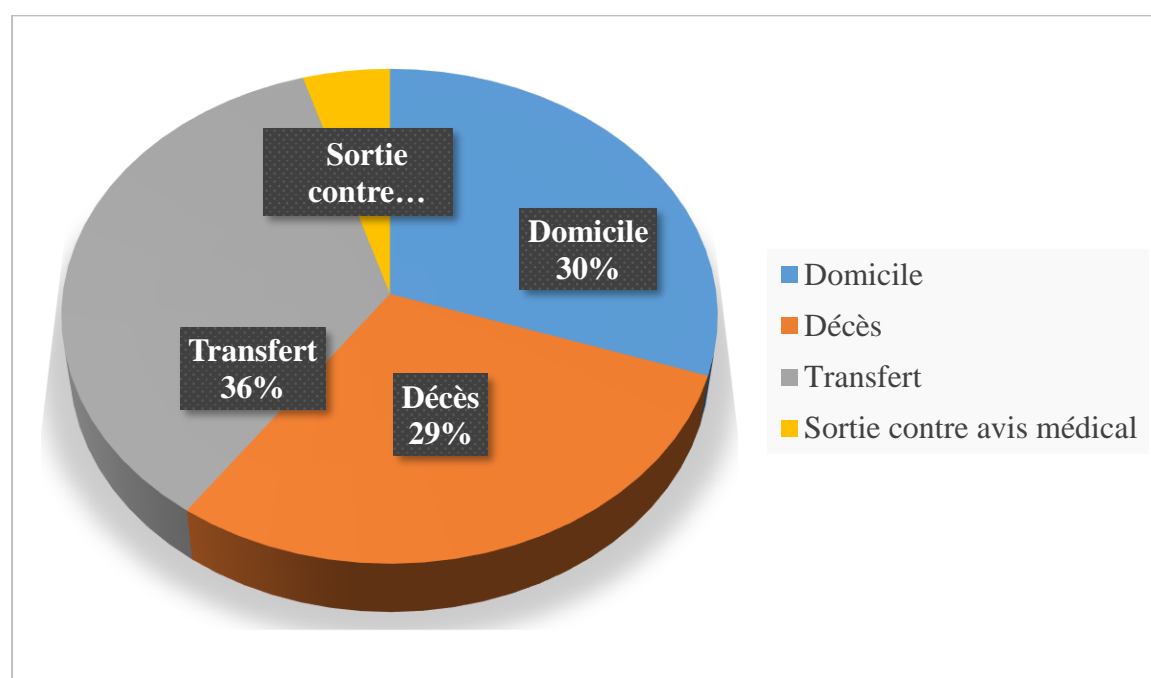
**Figure 6 :** Répartition selon la durée de séjour et les types d'urgence

Les urgences médicales avaient une durée de séjours plus longue.

Tableau XV : répartition de la durée de séjour en fonction des motifs d'admission

Durée de séjour Motif d'admission	0 à 3 jours	4 à 7 jours	Plus de 7 jours	Total
AVP	273	47	30	350
CBV	135	5	0	140
Altération de la conscience	269	73	38	380
Brulure thermique	24	3	1	28
Morsure de serpent	43	5	0	48
Eboulement	26	2	3	31
Chute (AD)	66	5	6	77
Autres	115	24	7	146
Total	951	164	85	1200

Peu importe le motif d'admission, la majorité des patients restaient dans l'intervalle de 0 à 3 jours.

**Figure 7** : Répartition des patients selon leur devenir

On observait 30% de retour à domicile ; 36% de transferts et 29% de décès.

Tableau XVI: répartition des patients en fonction de leur orientation

Orientation	Effectif	Pourcentage
Chirurgie générale	22	1,8
Chirurgie pédiatrique	10	0,8
Traumatologie	33	2,7
Neurologie médicale	69	5,7
Neuro chirurgie	184	15,3
Diabétologie	2	0,2
Hôpital de Kati	3	0,3
CHU Point G	18	1,5
Hôpital du Mali	29	2,4
CNOS	15	1,3
Domicile	363	30,3
Morgue	354	29,5
Sortie contre avis médical	56	4,7
Instruction	2	0,2
Réanimation	22	1,8
Gastro	16	1,3
Urologie	1	0,1
ORL	1	0,1
Total	1200	100,0

Les services de chirurgie étaient les plus sollicités, principalement la neuro chirurgie à 15,3%

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. METHODOLOGIE :

Notre étude prospective portant sur l'orientation des patients au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré sur une période de 12 mois allant du 1er Octobre 2018 au 30 Septembre 2019, a pour but d'évaluer le processus d'orientation des patients et d'en déterminer les causes de retard.

Le handicap lors du recueil a été le recrutement des dossiers insuffisamment remplis par l'absence de certaines données. Il y'avait aussi le manque de moyens financiers de certains patients qui a posé un problème de diagnostic.

2. EPIDEMIOLOGIE

Malgré ces difficultés, les résultats obtenus nous ont permis une description épidémiologique. Sur une période de 12 mois, nous avons enregistré 19571 patients ayant consulté au service d'accueil des urgences dont 1200 patients retenus conformément à nos critères d'inclusion, soit une fréquence de 6,13% de l'ensemble des consultations.

❖ Sexe

Le sexe masculin était majoritaire avec un ratio (H/F) à 2,37. Notre résultat se rapproche de celui d'Allodes S.A et al. au Benin [26] qui avec un ratio de 2,4, et Berraho M. et al. au Maroc [28] trouvent le sexe masculin prédominant. Cette prédominance pourrait s'expliquer par l'hyperactivité des hommes et par la vocation de trauma center du SAU qui ne prend pas en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.

❖ Age

La tranche d'âge 15-29 ans était majoritaire avec une moyenne d'âge de 38,5+/- 22,3. Ce résultat rejoint ceux de Mahamadou I. au Mali [27] ; d'Allodes S.A et al. au Benin [26] qui trouvent cette tranche d'âge majoritaire dans leurs études. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette couche de la population est la plus productive et la plus mobile.

❖ Mode et moyens

Notre étude avait montré que 69,2% des patients venaient aux urgences par leurs propres moyens (véhicule personnel ou transport en commun). Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces moyens étaient les plus accessibles pour les populations en l'absence de médecine pré-hospitalière au Mali. A noter aussi que 44% de patients venaient d'eux même (domicile) contre 31,8% provenant

d'autres structures sanitaires. Certains patients étaient également amenés par les moyens de la protection civile (24,2%) dans le cadre du secours aux personnes victimes d'accident de la circulation routière. Notre résultat est inférieur à celui de Bavuala T. à Kinshasa [29] qui montre que 2 /3 de patients soit 66,94% provenaient du domicile et que 98% de ces patients venaient par leur propres moyens. Comparativement à Koureissy B. [30] au Mali qui trouve que les patients transportés par les ambulances de secours de la protection civile représentent 43,58%, et ceux transportés par les ambulances non médicalisées 18,62%. Keita M et al. dans leur étude au Mali [31] trouvent 71% de moyens de transport personnels utilisés et 25% de transport par les ambulances simples. Le point commun de ces moyens de transport fréquemment utilisés est qu'ils n'étaient pas médicalisés. Aucun patient n'avait reçu de soins pré-hospitaliers. Selon d'autres études [32], [33], la proportion des patients venus en véhicule personnel atteignait respectivement jusqu'à 79.8% et 80.2%.

❖ **Motifs d'admission**

Le motif d'admission majoritaire durant notre étude était l'altération de la conscience très souvent liée aux traumatismes crâniens ou AVC. Cela pourrait s'expliquer d'une part par le flux entrant des personnes âgées (24,75% des patients de plus de 60 ans) poly pathologiques et présentant souvent des maladies neurologiques. D'autre part, du fait que les patients et/ou les accompagnants ne venaient à l'hôpital que devant l'aggravation de l'état du malade. Notre résultat diffère de ceux de Koureissy B. [30] et Goita A. [35] au Mali qui ont trouvé l'AVP comme motif principal à 54,03% et 50,5%. Drame B. [34] au Mali trouve comme motif d'admission premier asthénie physique/anorexie à 75%. Cette différence pourrait être expliquée par les modes de recrutement qui n'étaient pas les mêmes.

❖ **Type d'urgence**

Nous avons enregistré tout au long de notre étude 52,2% d'urgences chirurgicales contre 47,8% d'urgences médicales. Ce résultat rejoint celui de Koureissy B. [30] qui a trouvé une prédominance de pathologies chirurgicales à 69%, tandis que Olivia B. [40] à Bordeaux a trouvé 58% de cas médicaux. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence des AVP et agressions dont sont victimes nos patients, et la vocation de trauma center du SAU du CHU Gabriel Touré.

❖ **Triage**

Notre recensement se limitait aux patients classés CCMU 3-5, et avait trouvé un taux de 85,6% de patients classés CCMU3. Contrairement à Magloire Gaël N. [36] au Mali qui trouve dans son étude 61,7% de patients CCMU4 dans un contexte traumatique. Dans notre étude cette différence pourrait s'expliquer par l'état du malade qui nécessite souvent des investigations et/ou une observation avant orientation.

❖ **Orientation dans le service**

Nous avons orienté après tri 80,4% de patients dans les box de consultation, et 21,6% dans les autres unités dont 13,5% à l'UHCD et 6,1% en salle de déchocage. Sanogo A. [37] et Goita A. [35] au Mali trouvent respectivement 35% et 19,6% de patients admis en UHCD/ déchocage. Cela pourrait être expliqué par les conditions d'amélioration et la standardisation des soins ; ce qui augmente la durée de vie et donc d'occupation des lits. Du fait de l'occupation de la salle de déchocage, beaucoup de patients se retrouvaient au box. On avait 54,7% de nos patients classés CCMU4 hospitalisés dans les box de consultation.

❖ **Diagnostics**

Les TC et AVC étaient les diagnostics les plus retrouvés. Nos résultats rejoignent ceux de Goita A. [35] qui trouve 40,33% de TC et 12,11% d'AVC. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence des accidents et agressions, mais aussi par le vieillissement de la population.

❖ **Devenir des patients**

Notre travail montrait que : **35,6%** des patients sont transférés dans les services d'aval. Ce résultat rejoint celui de Koureissy B. [30] qui a trouvé 37%. Ce taux faible pourrait être expliqué par le refus des autres services de transférer le malade pour différents motifs (instabilité du patient, service saturé, absence d'accompagnant, etc...).

Nous avons enregistré **30%** de patients qui retournaient à domicile, parmi lesquels **45,7%** sortaient avec une demande de consultation spécialisée à distance. Cela pourrait se justifier du fait qu'il s'agissait des patients dont l'évolution favorable après soins était compatible avec une sortie au domicile. Ces patients ne nécessitaient pas forcément une hospitalisation, leur sortie était décidée d'un commun accord avec le service spécialisé. Koureissy B [30] au Mali trouve quant à lui 51% de retour à domicile. Cette grande différence pourrait être expliquée du fait que son étude prenait en compte les patients classés CCMU1 à 5.

Nous avons observé **4,6%** de sortie contre avis médical durant notre étude qui concernait majoritairement les cas traumatiques. Cela pourrait être expliqué par

la préférence des traitements traditionnels, attente de prise en charge par le service de traumatologie qui parfois était débordé. D'autre part, le manque de moyens financiers en était la cause.

On avait enregistré 383 cas de décès, soit un taux de mortalité de **1,95%** dans le groupe CCMU 3 à 5. Les plus touchés étaient les patients de 60 ans et plus (**37,62%**) à cause de leur fragilité et des soins multidisciplinaires dont ils avaient besoin. Il s'agissait principalement des patients neurolésés. Ces décès étaient imputables aux infections nosocomiales acquises au cours de leur long séjour aux urgences.

❖ **Durée de séjour et motifs de retard d'orientation**

Notre étude retrouvait une durée moyenne de séjour (DMS) de 2,65 jours avec des extrêmes de 0 à 45 jours. D'autres études au Mali [38] ; et en France [8] ont trouvé respectivement une DMS à 2,61+/-5,30 avec des extrêmes de 0 à 61 jours ; et une DMS à 3,13+/-2.93 jours avec des séjours allant de 0 à 44 jours. Ces durées de séjour trop longues sont la conséquence de retard d'orientation. Les motifs de retard que nous avons rencontrés : retard de soins qui pourrait s'expliquer par des ordonnances non honorées qui posaient un problème pour la prise en charge du patient ; d'autre part, n'ayant pas les mêmes critères d'évaluation des patients et selon la capacité technique d'accueil, nous ne pouvons contraindre un service à accepter un patient qu'il ne juge pas stable pour le transfert (exemples : sonde nasogastrique en place, patient obnubilé ou désorienté, chiffres tensionnels non maîtrisés, etc...). Nous avons aussi trouvé le retard de bilan et le manque de lits d'hospitalisation en aval. Cela pourrait s'expliquer par le manque de moyens financiers qui retardait la réalisation des bilans et posait le problème de diagnostics. Aussi, la fermeture du service de radiologie et du laboratoire d'analyse durant notre étude avait beaucoup impacté sur le délai de prise en charge adéquate et sur la décision d'orientation. Le manque de lit d'aval pour les urgences est un problème d'actualité qui pourrait s'expliquer par la capacité réduite d'accueil du fait que chaque service dispose d'un fonctionnement interne (hospitalisations programmés) qui n'intègre pas toujours les patients venant du SAU. Ce constat est partagé par Magloire G. [36] au Mali qui ajoute à cela, la non disponibilité des médicaments dans la pharmacie de l'hôpital. Pierre G. en France [25] a trouvé comme motif principal l'attente de la réalisation et des résultats d'examen complémentaires, et trouve aussi que l'attente d'un avis spécialisé (indisponibilité du service dans notre étude) augmentait la durée de séjour au service d'urgences. Ye et al [40] en Chine trouve que l'âge, l'arrivée dans la nuit, le motif d'hospitalisation médical contribuaient aussi à la prolongation du séjour.

❖ **Orientation en aval des urgences**

Le service de Neurochirurgie était le plus sollicité à 15,3%. Notre résultat rejoint celui de Drame B. [34] au Mali qui trouve que les services de chirurgie sont les plus sollicités. Cela pourrait s'expliquer par le fort taux d'accidents qui surviennent (AVP, CBV, éboulement, accidents domestiques etc...). Aussi, le nombre de transfert en réanimation (22 patients, soit 1,8%) était faible car le nombre de lit y était insuffisant et affichait souvent complet.

CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur l'orientation des patients au SAU du CHU Gabriel Touré, on a observé que le taux d'orientation en aval des patients est faible à 35,06% ; le taux de retour à domicile s'élevait à 30%. Les box de consultation après tri recevaient la majorité des patients. Au regard du profil des patients traumatisés que nous recevons, les services de chirurgie notamment le service de neuro chirurgie était le plus sollicité. La durée de séjour longue avec pour extrême 0 et 45 jours était le résultat d'un retard d'orientation. Les motifs de retard rencontrés étaient : inadéquation de l'état clinique du malade avec la capacité technique d'accueil des services receveurs, la latence dans l'acquisition du bilan lésionnel et le manque de lits d'hospitalisation en aval.

Ces retards d'orientation suggèrent une réorganisation du Service d'Accueil des Urgences par la création d'un trauma center et la présence effective de toutes les spécialités pour une gestion rapide et efficace de tous les patients.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

1. Aux autorités politiques et sanitaires :

- Créer un Service d'Aide Médicale Urgente(SAMU) pour palier au déficit de transport des patients.
- Créer un trauma center
- Equiper et former les équipes déjà existantes (sapeur-pompier ; croix rouge) pour une meilleure coordination.
- Former le personnel en quantité et qualité pour la médecine pré-hospitalière et la médecine d'urgence au Mali.
- Réorganiser et équiper les structures sanitaires périphériques d'un minimum de matériels indispensable à la prise en charge des urgences.
- Disposer les médicaments à la pharmacie et les examens complémentaires à l'hôpital.

2. Au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

- Mettre en place un protocole d'accueil des patients du SAU en collaboration avec les services intra hospitaliers
- Créer un service de gériatrie

3. Au Service d'Accueil des Urgences

- Assurer au mieux les missions du service
- Améliorer le parcours de soins du patient
- Créer un registre d'orientation

4. Aux autres services

- Prévoir des lits d'hospitalisation pour les patients venant du SAU.
- Renforcer la coopération déjà existante avec le SAU
- Diligenter la prise en charge des patients hospitalisés au SAU

5. Aux agents de Santé

- Référer à temps tout malade nécessitant une prise en charge par un spécialiste.
- Assurer la continuité des soins durant le transfert.

6. A la population

- Présence effective et permanente des accompagnateurs

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierre C, Bruno R, Caroline T. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte. 2^e édition. Paris : Arnette ; 2004. p.47 ; 51.
2. Organisation de l'aval des urgences : états des lieux et propositions. Société Francophone de Médecine d'Urgences. Mai 2005 ; p. 4-5.
3. Collet M, Gouyon M .Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Paris : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats. 2003 ; p.212.
4. Vuagnat A. Les urgences hospitalières qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. Edition 2013 ; p.11-28.
5. Bayle A. 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi-permanente depuis 20ans. Le quotidien du medecin.fr. 26 Juin 2018.
6. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les établissements de santé pdf. https://drees.solidarites_santé_gouv.fr/MG/pdf/es_2018_V4_Web.pdf (consulté le 20/01/20)
7. Ministère de la Santé du Maroc. Données des rapports d'activité du centre hospitalier Provincial de Nador. Rabat : le ministère ; 2006_2009.
8. Barra G. Ouverture d'une unité de post-urgences au CHU de Pointe à Pitre : bilan à 1 an. Médecine humaine et pathologies. 2017 ; p. 21 ; 49-50.
9. Pateron D. Une organisation des flux au sein des urgences. Ann.Fr.Med.Urgences (2013) 3 : p.69-70.
10. Pateron D. Une organisation des flux au sein des urgences. Samu-Urgences de France. Les premières Assises de l'Urgence. Paris. 13 Septembre 2012. p.25-26.
11. Dr PG Claret, Pr JE de LA COUSSAYE. Une gestion des lits d'aval assurée par l'établissement de santé. Samu-Urgences de France. Les premières Assises. Paris. 13 Septembre 2012.
12. Pr Pierre Carli (animateur du groupe de travail « Aval des urgences » et président du CNUH). Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Rapport Conseil National de l'Urgence Hospitalière. Septembre 2013.
13. Kone O : Epidémiologie des urgences médico-chirurgicales au service des urgences du CHU Gabriel Touré [Thèse de Médecine]. 2008 (68) ; p. 103.

14. Société Française de Médecine d'Urgence. Informatisation des Urgences. Prototypage de cahier des charges_ CCTP Complément au Cahier des charges pour l'Informatisation des Urgences. SFMU.2006.p.29 ; 30 ; 34 ; 36.
15. Claret PG. Le circuit patient en structure des urgences : comment lutter contre la surcharge ? Médecine humaine et pathologie. Université Montpellier, 2016. p.7 ; 8 ; 12.
16. C Maillard-Acker. Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. In SFMU, Samu de France. Urgences 2012. p. 5 ; 9.
17. Reynders S, Gloeckler C, Aymard JC, Levraut J. L'infirmière aux urgences en Europe. Quel tri pour l'urgence vitale ? p.3-4.
18. Divorne L. Démarche de tri : outils de tri existant. Genève : Référentiel SFMU.2004.p.39-48.
19. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences recommandation formalisées d'experts. Référentiels SFMU.2013. p.10-22.
20. Martins HM, Cuna LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese. Emerg.Med.J.2009 Mar; 26(3): p. 183-6.
21. Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, et al. Classification clinique des malades des urgences : Définition et reproductibilité : Association Pour La Recherche aux Urgences. Réanimation Urgences. Elsevier Masson.1994 ; 3(5) : p. 573-8.
22. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. <http://medicalcul.free.fr/ccmu.html> (10/03/20)
23. Babatsi C. La salle d'accueil des urgences vitales. Extrait de la conférence d'expert. Référentiel SFMU. 2004. p. 684-7.
24. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Réduire les temps de passage aux urgences. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles. 2005 ; p.37-8.
25. Riou B, Hausfater P. Evolution, organisation et enjeux de la médecine d'urgence. Librairie Lavoisier.2008. p.6
26. Allodes SA, Mensah Tchaou B, et al. Les urgences traumatologiques par accident sur la voie publique dans le Service de Chirurgie Générale du CHDU de Parakou (Bénin). Rev. CAMES-Série A, Vol.06, 2008. Sciences et Médecine. p.50.

27. Touré IM : aspects épidémio-cliniques et pronostic des traumatismes au SAU. [Thèse médecine].2014. p.70.
28. Berraho M, Boly A, et al. Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc. *Pratique Organisation des Soins*.2012 ; 43(3) :197-204.
29. Bavuala TD, Les déterminants du délai de prise en charge aux urgences dans les hôpitaux de Kinshasa : cas de la clinique Bondeko, cliniques universitaires de Kinshasa, hôpital Saint Joseph. Mémoire Online. <https://www.memoireonline.com/11/13/7870/Les-determinants-du-delai-de-prise-en-charge-aux-urgences-dans-les-hptaux-de-kinshasa-cas-de-l.html> (consulté le 26/01/20)
30. Koureissy AB : motifs d'admission et provenance des patients au SAU du CHU de Gabriel Touré. [Thèse de médecine].2014. p.35-50.
31. Keita M, Camara B et al. Caractéristiques des patients admis au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalo-Universitaire du Point G, Bamako, Mali. *SOMASAP. Mali Santé Publique*.2014 ; IV (001&002) :31.
32. Ben Gobrane HL, Ben Hamida A, et al. Motifs du recours aux services d'urgence des principaux hôpitaux du Grand Tunis. *EMHJ*. 18(1). 2012. p. 58.
33. Commission Régionale d'Experts Urgences Ile de France .Activité des services d'urgence Ile de France. *Rapport Régional Urgences, IDF*. 2015. p.52.
34. Drame B : admission à l'unité d'accueil des urgences du CHU du Point G : caractéristiques sociodémographiques et cliniques. [Thèse de médecine].2012.
35. Goita A : bilan médical de la 1^{ère} année d'activité du service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Gabriel Touré. [Thèse médecine].2010.
36. Ndjoh Ngoh MG : délais de prise en charge des patients aux urgences du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré. [Thèse médecine].2014.p.76.
37. Sanogo A : bilan médical de la 1^{ère} année du service d'urgence chirurgicale du CHU de Gabriel Touré. [Thèse médecine].2010.
38. Keita M, Camara B, Goita D, et al. Caractéristiques épidémiologiques des patients admis à l'unité d'accueil des urgences. *SARANF 2012. Communication et conférences du 28^e congrès ; 21 au 23 Novembre 2012 ; Abidjan, Cote d'ivoire. RAMUR 17(4)*.2012.p.3.
39. Boudard Olivia. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. *Médecine humaine et pathologie*. 2015. p.63.

40. Ye L, Zhou G, He X, et al. Prolonged length of stay in the emergency department in high acuity patients at a Chinese tertiary hospital. *Emerg Med, Australas.* 2012; 24(6). p.634-40.

ORIENTATION DES PATIENTS AU SERVICE D'ACCEUIL DES
URGENCES DE CHU GABRIEL TOURE

ANNEXES

Fiche d'enquête

I - Profil du patient

Age :..... Sexe : 1=Masculin 2=Féminin Profession :.....

Provenance :.....

Moyens de transport : moyens personnels ambulance non médicalisée
protection civile

Motif d'admission : 1) AVP 2) CBV 3) Altération de la conscience 4)
Brulure thermique 5) Morsure de serpent 6) Eboulement 7)
Chute(AD) 8) Autres.....

II - Examen clinique et para clinique

Classification clinique des malades aux urgences : CCMU1 CCMU2
CCMU3 CCMU4 CCMU5

Paramètres cliniques : TA..... FC..... FR.....
T°.....Spo2.....GSC.....

Signes cliniques :

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

Examens complémentaires : 1) TDM cérébrale 2) TDM abdomino pelvienne
3) Radiographie thorax 4) Radiographie des membres sup/inf 5)
Echographie 6) Hb-Hte Gpe Rh 7

) Ionogramme sanguin 8) NFS 9)
Autres.....

III - Unités de soins : Salle de déchoquage UHCD Box

Critères d'admission en UHCD

: -Retour à domicile prévu dans 24h

-Observation avant orientation

-Attente de lit en hospitalisation conventionnelle

-Patient en zone d'accueil

IV

Diagnostic.....
.....

V- Motif de retard effectif de l'orientation : Manque de place en hospitalisation

Etat du malade inadéquat Service indisponible indisponibilité de l'ambulance Retard de soins Retard de bilan
Autres.....

VI - Accord du médecin receveur : 1= Oui 2=Non

VII - Durée du séjour : Entrée : / / Sortie : / /

VIII - Evolution du patient favorable défavorable stationnaire

IX - Orientation : Domicile Morgue Institution Sortie contre avis médical

Service intra hospitalier :1) chirurgie générale 2) chirurgie pédiatrique 3) Traumatologie 4) Neuro médicale 5) Neuro chirurgie 6) Diabétologie 7) Réanimation 8) Gastroentérologie 9) ORL 10) Urologie

Service inter hospitalier : 11) Hôpital du Mali 12) CNOS 13) Hôpital de Kati 14) CHU du Point G .

Fiche signalétique

Nom: MINDZIE MINTSA

Prénom: Marie Casimire MINDZIE MINTSA

Date et lieu de naissance: 14/10/1994 à Oyem

Email : 3mcasimire@gmail.com

Titre : Orientation des patients au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel TOURE.

Année académique : 2019_2020

Pays d'origine : GABON

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : MALI

Lieux de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Médecine d'urgences-Circuit du patient hospitalisé, médecine de catastrophe.

Résumé : L'encombrement des services d'urgence est un phénomène de plus en plus fréquent depuis ces dernières années. Cette surcharge n'est pas seulement due à la forte augmentation des passages mais surtout à un défaut d'orientation en aval des urgences. Dans notre étude prospective qui avait pour but d'évaluer le processus d'orientation des patients et d'identifier les motifs de retard rencontrés, nous avons montré que l'engorgement est très largement relié au temps de séjour aux urgences prolongé, lié à un manque de lit en aval, à l'attente des examens complémentaires et des produits. Une réelle difficulté subsiste aussi pour les personnes âgées qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenant polyvalent.

Le taux de transferts bas vers les services adaptés a démontré leur capacité réduite tant sur le plan matériel ou humain.

Il faut aussi noter que les lits d'hospitalisation aigus au service d'accueil des urgences ne sont pas adéquatement utilisés dans la plus part des cas. Les box de consultation devenus des salles d'hospitalisation et les UHCD sont parfois remplis plusieurs jours par des patients en attente de lit d'hospitalisation, alors que leur rôle initial est d'assurer une prise en charge pendant moins de 24h après le traitement au service d'urgence. La neuro chirurgie était le service le plus sollicité du fait des patients traumatisés que nous recevons.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l'être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure.