

RAZANAMAHANDRY Mary Vakana

**EVALUATION DU DELAI DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
AUX URGENCES CHIRURGICALES DU CHU-JRA**

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

Année : 2018

N° : 9200

**EVALUATION DU DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AUX
URGENCES CHIRURGICALES DU CHU-JRA**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17 aout 2018

à Antananarivo

Par

Madame RAZANAMAHANDRY Mary Vakana

Née le 13 novembre 1988 à HJRA

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana
Cathérine Nicole

MEMBRES DU JURY

Président : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana
Cathérine Nicole

Juge : Professeur RAJAONERA Andriambelo Tovoherery
: Professeur RAKOTOVAO Andriamiadana Luc

Rapporteur : Docteur RABENJARISON Franklin



REPOBLIKAN'I MADAGSIKARA
Fitavana- Tanindrazana- Fandrosoana

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Fax : 22 277 04 - BP. 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN

Pr. SAMISON Luc Hervé

B. VICE-DOYENS

Médecine Humaine

- Troisième Cycle Long (Internat Qualifiant,
Clinicat, Agrégation)

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY
Rakotovao

- Scolarités

- 1^{er} cycle
- 2^{ème} cycle
- 3^{ème} cycle court (stage interné, examens de clinique et Thèses)

Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle
Pr. RAHARIVELO Adeline

- Législation et LMD

Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrala

- Projet, Recherche et Ethique

Pr. SOLOFOMALALA Gaétan Duval

- DU, Master et Responsabilité Sociale

Pr. HUNALD Francis Allen

- Partenariat et Système d'Information

Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

Pr. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina

C. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Administration Générale et Finances

Pr. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude

III. RESPONSABLES DE MENTIONS

Mention Médecine Humaine

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat

Mention Vétérinaire

Pr. RAFATRO Herintsoa

Mention Pharmacie

Dr. RAOELISON Guy Emmanuel

Mention Formation Paramédicale

Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

Mention Master de Recherche

Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude

Mention Master Professionnel

Pr. RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

Pr. SAMISON Luc Hervé

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS**B.1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENTS SUPERIEUR ET DE RECHERCHE****➤ MENTION MEDECINE HUMAINE****BIOLOGIE**

- Hématologie Biologique
- Immunologie
- Parasitologie

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andriamiliharison Jean
Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy-Soa

CHIRURGIE

- Chirurgie Cardio-Vasculaire
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Pédiatrique

- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Viscérale

- Orthopédie Traumatologie

- Urologie Andrologie

Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès
Pr. RAKOTO-RATSIMBA Hery Nirina
Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana
Pr. HUNALD Francis Allen
Pr. RAKOTOVAO Hanitrala Jean Louis
Pr. SAMISON Luc Hervé
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina
Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie

- Dermatologie Vénéréologie

- Hépato Gastro-Entérologie
- Maladies Infectieuses

- Néphrologie

- Neurologie
- Psychiatrie

- Radiothérapie-Oncologie Médicale
- Pneumologie
- Médecine Interne
- Réanimation Médicale

Pr. RABEARIVONY Nirina
Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina
Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
Pr. RAMAROZATOVO Lala Soavina
Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrala
Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu
Pr. ANDRIANASOLO Radonirina Lazasoa
Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
Pr. RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra
Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain
Pr. RAHARIVELO Adeline
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense
Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine
Pr. RAHARIMANANA Rondro Nirina
Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle
Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique

- Pédiatrie

SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire

- Education pour la Santé

- Santé Communautaire

- Santé Familiale

- Statistiques et Epidémiologie

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Pr. RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline

Pr. ROBINSON Annick Lalaina

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO

Henriette

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto

Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA

Nantenaina Soa

- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Pr. AHMAD Ahmad

TETE ET COU

- Neurochirurgie

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa

Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

Pr. BERNARDIN Prisca

Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

➤ MENTION VETERINAIRE**VETERINAIRE**

- Pharmacologie

Pr. RAFATRO Herintsoa

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE**➤ MENTION MEDECINE HUMAINE****BIOLOGIE**

- Hématologie Biologie

Pr. RAKOTOVAO Andriamiadana Luc

CHIRURGIE

- Chirurgie Pédiatrique

Pr. RAKOTOARISOA Andriamihaja Jean Claude

SANTE PUBLIQUE

-Epidémiologie

Pr. RAKOTONIRINA EJ-C Julio

SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

-Anesthésie Réanimation

Pr. RAKOTOARISON Rasarahaarimanana

Cathérine Nicole

Pr. RAJAONERA Andriambelo Tovohery

TETE ET COU

- Ophthalmologie

Pr. RAOBELA Léa

➤ **MENTION VETERINAIRE**

VETERINAIRE

- Sciences Ecologiques, Vétérinaires
Agronomiques et Bioingénieries

Dr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

➤ **MENTION MEDECINE HUMAINE**

MEDECINE ET SPECIALISTES MEDICALES

- Neurologie
- Pneumo-phtisiologie

Dr. ZODALY Noël

Dr. RAKOTOMIZAO Jocelyn Robert

SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Dr. RATSIMBASOA Claude Arsène

SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Biophysique

Dr. RASATA Ravelo Andriamparany

➤ **MENTION VETERINAIRE**

VETERINAIRE

- Evolution – Ecologie – Paléontologie
Ressources Génétiques
- Biochimie Alimentaire et Médicale
-Technologie

Dr. RASAMOELINA Andriamanivo Harentsoanaina

Dr. RAKOTOARIMANANA Hajatiana

Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

➤ **MENTION PHARMACIE**

PHARMACIE

- Pharmacologie Générale
- Pharmacognosie
- Biochimie Toxicologie
-chimie Organique et Analytique

- Biochimie
- Chimie Appliquée, Pharmacologie
Physiologie

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David

Dr. RAOELISON Emmanuel Guy

Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara Fredeline

Dr. RAKOTONDRAMANANA Andriamahavola
Dina Louisimo

Dr. RANDRIAMANANTENASOA Tiana Nathalie

Dr. RAKOTOARIVELO Nambinina Vololomiarana

B.4. ASSISTANTS

VETERINAIRE

- Virologie
- Technologie

M. KOKO

Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

➤ MENTION PHARMACIE

PHARMACIE

- Procédés de Production, Qualité et Contrôle des Produits de Santé

Dr. RAVELOJAONA RATSIMBAZAFIMAHEFA
Hanitra Myriam

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C.1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur
Pr. ANDRIANARISOA Ange Christophe Félix
Pr. AUBRY Pierre
Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. RABENANTOANDRO Casimir
Pr. RABETALIANA Désiré
Pr. RADESA François de Sales
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAKOTOMANGA Robert
Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RANDRIANASOLO Jean Baptiste Olivier
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. ZAFY Albert
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

TETE ET COU

- Neurochirurgie
- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

Pr. RATOVONDRAINY Willy
Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany
Pr. RAKOTOARISON Richard

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

CHEFS DE SERVICES

SCOLARITE

Mme SOLOFOSAONA R. Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

Mme RANIRISOA Voahanginirina

PERSONNEL

Mme RAKOTOARIVELO Liva Harinivo Vonimbola

AFFAIRES GENERALES

M. RANDRIANARISOA Rija Hanitra

COMPTABILITE

M. RATSIMBAZAFIARISON Nivoson Espérant

TELE-ENSEIGNEMENT ET

Dr. ANDRIAMBOLOLONIAINA Faly Herizo

INFORMATIQUE MEDICALE

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson	Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RAJAONERA Frédéric	Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson	Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. RAKOTOSON Lucette	Pr. RAKOTOBÉ Pascal
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette	Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa	Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RAKOTOBÉ Alfred	Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide	Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Dr. RAKOTONAHARY	Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. ANDRIANTSEHENNO Raphaël	Pr. ANDRIANJATOVO Jean José
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin	Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. RAMANANIRINA Clarisse	Pr. RANDRIAMBOLOLONA RASOAZANANY Aimée
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder	Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RANIVOALISON Denys	Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana	Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RAVELOJAONA Hubert	Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel	Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme	Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie
Pr. RAKOTONIAINA Patrice	Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert	Pr. KAPISY Jules Flaubert
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond	Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth
Dr. RABEDASY Henri	Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S. U.
Pr. MAHAZOASY Ernest	Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard	Pr. ZAFY Albert
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles	Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto
Pr. FIDISON Augustin	Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RANDRIAMAMPANDRY	Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme	
Pr. RASOLONJATOVO Andriananjwa Pierre	

DEDICACES

« Il est ma confiance et mon lieu fort ; Il est mon DIEU, je me confierai en lui. »

Psaume 91 : 2

Je dédie cette thèse :

A ma famille

- J'adresse ma plus profonde reconnaissance et gratitude envers ma famille pour leur amour et leur soutien. Un grand merci à mon père, ma mère, ma petite sœur et mes deux frères qui m'ont soutenu sans répit jusqu'à l'aboutissement de ce travail.

« Vous êtes toujours là pour moi et sachez bien que je vous aime ».

- Et également un grand merci à mon mari pour son amour et son soutien.

« Tu es toujours de bon conseil, je te remercie beaucoup ».

- Ma plus profonde reconnaissance aussi à Neny, Dada, Tanjona et Ando.

« Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi, votre écoute, votre patience.

Enfin Je ne pourrais jamais assez-vous remercier pour tout ».

A mes amies

- A mes meilleures amies
- A tous mes collègues de promotion Andraina pour les huit années d'étude au sein de la Faculté de Médecine.
- A tous les thésards et les étudiants stagiaires au sein du CHU-JRA qui m'ont soutenu par leurs amitiés, conseils et affectiosns.

« Je vous remercie pour votre encouragement et votre aide durant mes années d'étude».

A NOTRE MAITRE, PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Cathérine Nicole

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie Réanimation à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Chef de Service des Urgences chirurgicales au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

«Vous nous avez accueillies avec amabilité et bienveillance. Vous avez accepté de présider et diriger cette thèse malgré vos multiples occupations. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude ».

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE.

Monsieur le Docteur RAJAONERA Andriambelo Tovoher

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie Réanimation à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Chef de Service de Réanimation Chirurgicale Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

Monsieur le Docteur RAKOTOVAO Andriamiadana Luc

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Hématologie Biologique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Chef de Service de biologie au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana.

« Nous sommes très reconnaissants à l'honneur que vous nous avez fait, en acceptant de juger ce travail ».

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE.

Monsieur le Docteur RABENJARISON Franklin

- Ancien interne en Anesthésie-Réanimation
- Médecin Spécialiste en Anesthésie-Réanimation au CHU-JRA

« Malgré vos multiples et lourdes responsabilités, vous n'avez pas ménagé votre temps pour nous encadrer avec bonne volonté et patience à la réalisation de ce travail. Veuillez accepter ici l'expression de nos sentiments respectueux ».

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE LA MEDECINE
D'ANTANANARIVO.**

Monsieur le Professeur SAMISON Luc Hervé

«Veuillez accepter nos hommages les plus respectueux ».

**A TOUS NOS MAITRES ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO.**

Qui nous ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour faire de leurs élèves de bons praticiens.

« Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et nos vifs remerciements».

A TOUS LES MEDECINS DES HOPITAUX, SAGE-FEMMES, INFIRMIER(E).

Qui nous ont encadrés pendant nos stages hospitaliers

« Nos immenses remerciements ».

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA FACULTE
DE MEDECINE D'ANTANANARIVO.**

Pour le chaleureux et sympathie accueil qu'il a bien voulu nous résERVER.

« Nos sincères remerciements ».

**A TOUS CEUX QUI DE PRES OU DE LOIN, ONT CONTRIBUE A LA
REALISATION DE CET OUVRAGE.**

« Trouvez ici l'expression de notre grande reconnaissance et nos remerciements ».

SOMMAIRES

SOMMAIRES

	Page
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I.GENERALITE.....	3
I.1. Rappels sur les urgences.....	3
I.2. Rappels sur le triage.....	6
I.3. Facteur de gravité aux urgences.....	9
I.4. Durée de séjour des patients au Service d'Urgence Chirurgicale.....	9
DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS	
II.METHODES.....	11
II.1. Cadres d'études.....	11
II.2. Type d'étude.....	12
II.3. Durée d'étude.....	12
II.4. Période d'étude.....	12
II.5. Population d'étude.....	12
II.6. Critère d'inclusion.....	13
II.7. Critère d'exclusion.....	13
II.8. Mode de collecte de données.....	13
II.9. Variable étudié.....	13
II.10. Mode d'échantillonnage	16
II.11. Taille d'échantillonnage.....	16
II.12. Traitement des données	16
II.13. Limite d'étude.....	16
II.14. Considération éthique	16
III. RESULTATS.....	18
III.1. Patients venus par jour de la semaine à l'ATU Chirurgicales du CHU-JRA....	18
III.2. Age.....	19
III.3. Genre.....	20
III.4. Moyens de transport.....	21
III.5. Horaire d'admission.....	22
III.6. Motifs d'admission.....	23

III.7.Temps de latence entre la 1ère manifestation de la pathologie jusqu'à l'admission à l'ATU.....	24
III.8. Degré d'urgence.....	25
III.9. Diagnostic.....	26
III.10. Durée entre heure d'admission et premier contact avec le Médecin.....	27
III.11. Premier contact avec le Médecin et degré d'urgence.....	28
III.12. Durée entre heure d'admission et premier soins.....	29
III.13. Premier soins et degré d'urgence.....	30
III.14. Durée entre premier contact avec les Médecins et avis spécialisé.....	31
III.15. Avis spécialisé et degré d'urgence.....	32
III.16. Durée de la référence chirurgicale et intervention.....	33
III.17. Intervention chirurgicale et degré d'urgence.....	34
III.18.Durée de séjour à l'ATU.....	35
III.19. Durée de séjour à l'ATU et degré d'urgence.....	36
III.20. Issu des patients.....	37
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	
IV.DISCUSSION.....	38
IV.1.Nombre de passage par jour.....	38
IV.2.Age et genre.....	38
IV.3.Moyen de transport.....	39
IV.4.Horaire d'admission.....	40
IV.5.Motif d'admission.....	40
IV.6. Latence entre 1 ^{ère} manifestation de la pathologie et l'admission à l'ATU.....	40
IV.7. Degré d'urgence.....	41
IV.8. Diagnostic.....	42
IV.9. Analyse des différents délais de prise en charges des patients aux SAU.....	42
IV.10. Issu des patients.....	47
CONCLUSION.....	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge	19
Tableau II : Répartitions des patients en fonction des moyens de transport...	21
Tableau III : Répartition des patients en fonction des horaires d'admission....	22
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de leur motif d'admission...	23
Tableau V : Répartition des motifs d'admission en fonction du temps de latence entre la première manifestation de la pathologie et l'admission à l'ATU.....	24
Tableau VI : Répartition des patients en fonction de leur degré d'urgence.....	25
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du diagnostic.....	26
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la durée entre l'heure d'admission et le premier contact avec le Médecin.....	27
Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la durée entre le premier contact avec le Médecin et degré d'urgence.....	28
Tableau X : Répartition des patients en fonction de durée entre heure d'admission et premier soins.....	29
Tableau XI : Répartition des patients en fonction premier soins et degré d'urgence.....	30
Tableau XII : Répartition des patients en fonction de durée entre premier contact avec les Médecins et avis spécialisé	31
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction d'un avis spécialisé et degré d'urgence.....	32
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de durée entre indication chirurgicale et bloc opératoire	33
Tableau XV : Répartition des patients en fonction de bloc opératoire et degré d'urgence.....	34
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de durée de séjour à l'ATU.	35
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de durée de séjour à l'ATU degré d'urgence	36
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de durée de séjour à l'ATU.	37

LISTE DES FIGURES

	Page
Figure 1 : Exemple de circuit des patients en arrivant aux Urgences.....	10
Figure 2 : Patients admis aux Urgences par jour de la semaine.....	18
Figure 3 : Répartition des patients selon le genre.....	20

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ATU	: Accueil – Triage et Urgence
CCMU	: Classification Clinique de la Maladie aux Urgences
CED	: Cadavre En Dépôt
CIMU	: Classification Infirmière des Maladies aux Urgences.
CHU-JRA	: Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
DRESS	: Directeur de la Recherche des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques
GEMSA	: Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences
IAO	: Infirmier d'Accueil et d'Orientation
SpO2	: Saturation de Pulsation en Oxygène
SMUR	: Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SUC	: Service des Urgences Chirurgicales
TA	: Tension Artérielle
TECG	: Traumatisme Encéphalique Grave
U1	: Urgence niveau 1
U2	: Urgence niveau 2
U3	: Urgence niveau 3
U4	: Urgence niveau 4
U5	: Urgence niveau 5
h	: Heure
min	: Minute
N	: Nombre ou Fréquence
%	: Pourcentage
=	: Égale
<	: Inférieur à
≥	: Supérieure ou égale

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'enquête

Annexe 2 : Code couleur de l'Echelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le délai de prise en charge d'un patient se définit comme étant le temps écoulé entre son admission et la prise en charge de sa pathologie [1]. Cette prise en charge étant constituée de plusieurs étapes, chacune d'entre elles aura un délai d'exécution.

En urgence, les pathologies nécessitent une prise en charge rapide, ce temps est supposé être très rapide, voire immédiat si le pronostic vital est engagé à court terme. En effet le délai écoulé entre l'admission du patient et la prise en charge de sa pathologie, de même que la qualité de cette prise en charge sont des facteurs qui influencent le pronostic.

Aux Etats Unis d'Amérique, la littérature a rapporté un délai moyen de 41 heures entre l'admission et une intervention chirurgicale pour les fractures de hanche [2].

En France, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Kremlin Bicêtre, les auteurs ont trouvé un délai moyen de 10 minutes entre l'admission et l'examen par un médecin, de 64 minutes entre l'examen et une prise de décision opératoire [3].

En Suisse, un délai moyen de 25 minutes entre l'admission et l'attente, de 265 minutes pour la prise charge dans les box et de 11 heures supplémentaires pour des patients séjournant dans l'unité d'hospitalisation ont été rapporté par la littérature [4].

L'augmentation des admissions aux Urgences dépassant quotidiennement les capacités de soins a conduit les services à s'organiser afin de déterminer quels patients devaient être pris en charge rapidement et lesquels pouvaient attendre. Ce processus, dénommé « triage », consiste à déterminer à la phase initiale de la prise en charge d'un patient, la filière adaptée à son état en termes de délai et de type de soins.

Cette étude a donc pour objectif principal de déterminer le délai de prise en charge des patients admis au Service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA).

Les objectifs spécifiques étaient de :

- décrire le profil sociodémographique des patients admis aux Urgences Chirurgicales du CHU-JRA ;
- déterminer le degré d'urgence de ces patients ;
- déterminer les différentes étapes de prise en charge :
 - l'admission au premier contact avec un médecin ;
 - l'admission au premier soin ;
 - le premier contact avec un médecin à l'avis spécialisé ;
 - la décision opératoire au bloc opératoire ;
 - la durée de séjour d'un patient aux Service des Urgences Chirurgicales (SAU) ; afin d'améliorer la prise en charge des patients admis dans ce service.

Cette étude comprend trois parties : la première partie concerne les rappels théoriques essentiels concernant notre thème ; la deuxième partie rapporte la description de notre étude proprement dite ainsi que nos résultats ; et la troisième partie est consacrée aux discussions suivies de suggestions.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I. GENERALITES

I.1.Rappels sur les urgences

I.1.1. Définition sur la notion d'urgence

Dans la littérature médicale, l'urgence se définit par ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante [5].

«Ce qui ne peut pas attendre » n'est pas de nature similaire selon que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou encore du médecin « spécialisé » dans l'urgence. Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale ; pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité ; pour le patient, l'urgence nécessite une intervention rapide. La notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou pas [6] ;

Selon les nombreuses qualifications [7] :

- les urgences vitales : mettent en jeu le pronostic vital du patient ;
- les urgences ressenties : état morbide susceptible par son intensité ou sa soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié ;
- les passages non-urgents : consultations externes, activités programmés, problèmes sociaux.

La notion de demande de soins non programmés, c'est à dire des recours spontanés des patients à la médecine [8], était classée auparavant comme :

- des urgences médicales repérées comme telles par le médecin ;
- des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ;
- des recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée » ;
- des recours aux médecins des associations urgentistes de villes.

Toujours dans la littérature médicale, les différentes définitions courantes des urgences en fonction des types de situation [9-10] sont:

- les urgences vraies: tout état de santé menaçant immédiatement la vie du patient ;
- les urgences simples: tout état de santé ne menaçant pas immédiatement la vie du patient mais qui nécessite une intervention médicale urgente ;
- les urgences justifiées (dont la justification n'est pas de nature médicale): absence d'autres structures de soins disponibles, contraintes de temps/horaires ou moyens financiers du patient, examens médicaux recommandés par réquisition judiciaire ou autres ;
- les urgences non justifiées: toute situation ou état de santé ne nécessitant l'intervention non programmable d'un plateau technique hospitalier.

I.1.2. Classifications de l'urgence

Le médecin urgentiste s'appuie sur des classifications pour définir les situations cliniques. La Classification Clinique des Malades aux Urgences ou CCMU tient compte du pronostic vital et des examens réalisés, mais reste fondée sur un jugement médical subjectif [10-11-12] :

- CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvre de réanimation immédiate.
- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

La CCMU modifiée y ajoute deux items :

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant, en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences (GEMSA) distingue six types de passages [13]. Elle reflète la gravité mais également le circuit du patient par son mode d'arrivée et de sortie :

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

I.1.3. Missions des services des urgences

Le service d'urgences est le lieu d'accueil de tous les patients qui se présentent à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation et dont la prise en charge n'a pas été programmée » [14-15]. Désormais le service d'urgence est amené à assumer d'autres missions que le traitement des urgences médicales et chirurgicales. Il apporte une réponse à des besoins non satisfaits en ville à savoir:

- accès aux soins des populations à faible niveau de ressources ;
- prise en charge de problèmes sociaux ;
- accès plus rapide aux spécialistes, aux examens complémentaires et aux soins hospitaliers ;

- manifestation d'un besoin accru de sécurité et d'accessibilité faisant croître la part des urgences ressenties.

Les hôpitaux publics doivent garder un rôle majeur dans l'accueil et les soins aux malades urgents pour quatre raisons principales :

- l'assistance publique doit rester fidèle à sa mission traditionnelle de service public : accueil de toutes les détresses, du problème médico-social à l'urgence la plus grave ;
- la nécessité pour les services hospitaliers d'assurer des soins aux patients tout venant qui en ont besoin ;
- les urgences sont un terrain privilégié de formation pour les internes en médecine et les futurs généralistes ;
- le malade urgent nécessite souvent un abord pluridisciplinaire que les hôpitaux publics sont particulièrement à même d'offrir.

Ce qui aboutit à une substitution partielle des urgences à la médecine de ville.

I.2. Rappels sur le triage

I.2.1. Origine et historique du triage

Le terme triage vient du français « trier ». Il était retrouvé dans la littérature médicale internationale depuis les années 1970 et était appliqué par le Français en médecine militaire [16-17]. Il visait à déterminer sur le champ de bataille les blessés pouvant être soignés de ceux qui devaient être laissés sur place. Lors de la seconde guerre mondiale et avec l'organisation des services de santé militaire, les modalités du triage se sont modifiées avec pour but d'identifier les blessés graves justifiant une prise en charge dans une structure lourde. Ces techniques ont ensuite été adaptées aux plans de secours dans les catastrophes civiles. Dans les services d'Urgences de France, un « tri » a existé dès lors que les services ont comporté plusieurs unités d'accueil, traditionnellement, une unité d'accueil médical et une unité d'accueil chirurgical. Cependant ce tri n'était pas formalisé, souvent laissé à l'appréciation d'agents d'accueil, parfois d'étudiants en médecine, et ne prenait pas en compte la notion de niveau d'urgence.

I.2.2 .Nécessité du triage

Plusieurs éléments conduisent à une rationalisation du triage des malades et blessés dans les services d’Urgences à savoir: l'accroissement du nombre d'admissions, l'organisation des services d’Urgences avec la volonté d'assurer des soins de qualité et les pressions médico-légales et financières [17]. Les mesures médico-légales et l'augmentation majeure de fréquentation des Urgences ont obligé les services à s'organiser [17]. Un service d'accueil et traitement des urgences doit accueillir les patients 24 /24 h et 7 /7 jours durant toute l'année [17].

Les structures d'urgence sont confrontées depuis des années à l'augmentation considérable de leurs activités [18].

Les temps d'attente prolongés aggravent le mécontentement des patients [19]. C'est ainsi que le service d'urgence doit faire le triage pour classifier et trier les patients à prendre en charge selon sa gravité. Ce triage aux urgences est nécessaire pour diminuer l'encombrement et pour préconiser un délai d'attente minimal de prise en charge [20].

Des études réalisées sur les délais d'attente des patients dans des services d'urgence ont été apportées [2, 3, 4]. Ceci a incité certains soins d'urgence à appliquer le triage afin de déterminer quels patients prendre en charge rapidement et lesquels peuvent attendre.

I.2 .3. Type de triage

Le tri des patients à leurs arrivées dans le service des urgences permet d'identifier et d'évaluer les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité [20]. Il facilite les gestions des flux et optimise les délais d'attente.

Les départements des urgences dans le monde ont établi des échelles de tri, mais actuellement aucun modèle standard n'a été retenu à l'échelle internationale [1].

L'échelle du triage le plus utilisée s'appuie sur 5 niveaux définissant aussi la rapidité de prise en charge basée sur les signes cliniques et symptômes [3] :

- Niveau 1 : urgence absolue, nécessité de réanimation immédiate, pronostic vital menacé ;

- Niveau 2 : très urgent, nécessité de prise en charge infirmière immédiate et médicale dans 15min ;
- Niveau 3 : urgent, délai de prise en charge 30min ;
- Niveau 4 : moins urgent, délai de prise en charge 60min ;
- Niveau 5 : pas d'urgence, délai de prise en charge 90min.

A part cette échelle de tri, il y a aussi d'autre type utilisé dans certains pays comme le Code couleur de l'Echelle canadienne de triage et de gravité pour les départements aux urgences ou l'Echelle visuelle ou Quick-look (Voir annexe 2).

I.2.4. Modalité du triage

L'infirmière de l'accueil et ou le médecin assure le triage en se basant sur les motifs de consultation, les signes vitaux, la sévérité de la douleur, le mécanisme, circonstance du traumatisme et la population à risque (personne âgée, immunodéprimé, post opératoire récent) [3].

La modalité du triage aussi se base sur le critère de Vitell [21] qui s'appuie sur :

- la gravité des paramètres physiologiques : Glasgow, TA, SpO₂ ;
- l'intensité de la réanimation pré hospitalière s'il en a : recours à la ventilation artérielle, remplissage plus de 1 litre, recours aux catécholamines, recours à la transfusion pré hospitalière, pantalon antichoc ;
- les éléments de cinétiques : éjection de véhicule, projection, autre passager décédé dans la même véhicule, chute plus de 6 mètres, victime projetée ou écrasée, blast ;
- la gravité des lésions anatomiques :
 - ✓ traumatisme pénétrant au-dessus des genoux et /ou des coudes, de la tête, du cou, du thorax et l'abdomen ;
 - ✓ brûlure sévère ;
 - ✓ hypothermie ou hyperthermie ;
 - ✓ suspicion de fracture instable du bassin ;
 - ✓ amputation au niveau du poignet, de la cheville ;
 - ✓ ischémie aigue des membres.

Les médecins et son équipe de garde s'organisent pour faire fonctionner le service selon l'organisation du système du service pour optimiser la prévision des ressources et à mobiliser une bonne prise en charge du patient ainsi que de mieux s'orienter vers une filière adapté.

Pour évaluer les procédures du tri il faut des médecins professionnels et compétents aux urgences.

I.3. Facteurs de gravité aux urgences

A part le degré de gravité défini après la prise en compte des paramètres anamnestiques et cliniques recueillis à l'accueil, les facteurs de gravité aux urgences sont multiples [22-23] à savoir:

- retard de prise en charge ;
- erreur de tri ;
- manque de personnel de santé ;
- augmentation de temps d'attente ;
- attente du résultat des examens biologie et radiologie ;
- problème socioéconomique ;
- pression sur les familles de médecin ;
- incompétence professionnelle et mal organisation des équipes ;
- plateau technique limité.

I.4. Durée de séjour des patients au Service d'Urgence Chirurgicale

La durée de séjour est le temps de séjour global que le patient séjourne au SUC et est fixée au maximum pendant 24 heures [24].

Il est composé :

- du temps de l'admission et du premier contact avec un médecin ;
- des premiers soins ;
- des avis spécialisés si le patient en nécessite ;
- de la décision opératoire et de l'intervention si le patient nécessite ;
- de l'issue du patient.

La figure ci-dessous illustre un exemple de circuit des patients en arrivant aux Urgences

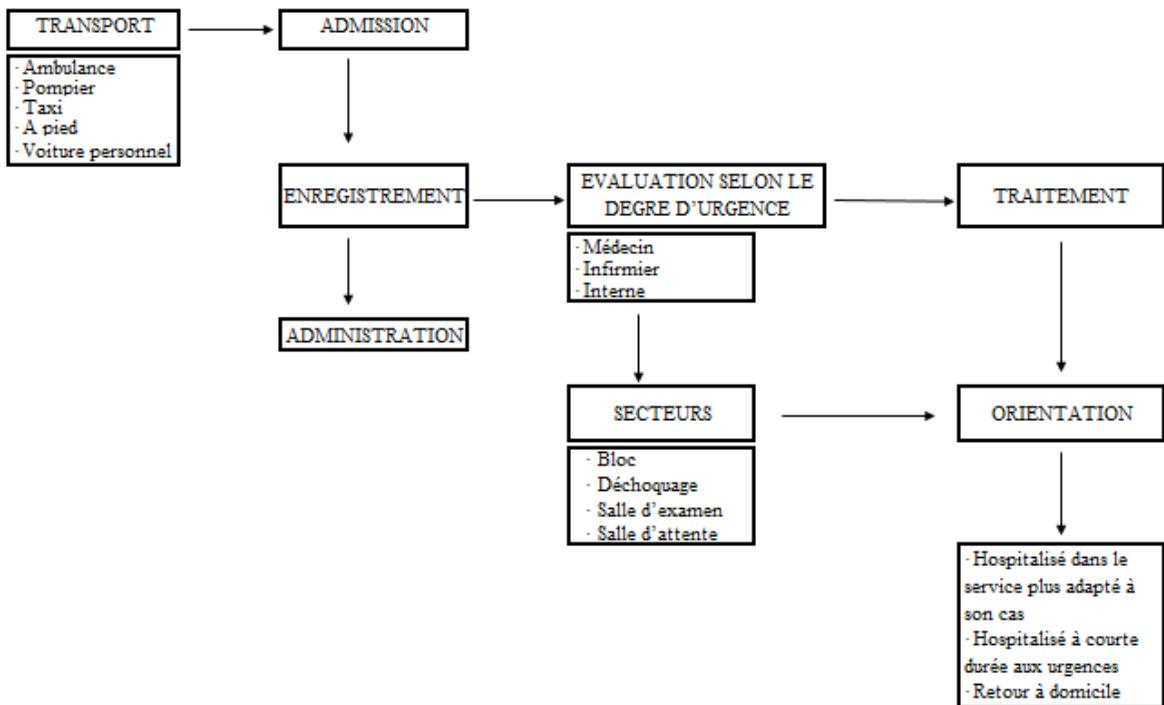


Figure 1: Exemple de circuit des patients en arrivant aux Urgences.

Source : Valeris Carracco DB. Motif et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES. Janvier 2003. 32 p [25].

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

II- METHODES

II-1- Cadre d'étude

Notre étude a été effectuée dans le service des Urgences Chirurgicales du CHU-JRA. Ce service fonctionne 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Il reçoit principalement les urgences chirurgicales d'Antananarivo ville et éventuellement des autres régions de Madagascar.

DESCRIPTION DU SERVICE DES URGENCES CHIRURGICALES DU CHU-JRA

II-1-1-Ressources locaux

Le service est composé de 03 unités:

- Unité d'accueil et du triage

- avec une salle d'attente ;
- une salle de tri ;
- une salle d'examen ;
- une salle de soins ;

- Unité de déchoquage

- Unité de réanimation et du bloc opératoire

II-1-2-Ressources humaines

Les équipes de la garde par jour sont constituées par :

- Dans l'unité d'accueil - triage et l'unité de déchoquage

- 4 Médecins (urgentistes et généralistes) ;
- 3 internes de garde ; à l'accueil et au déchoquage ;
- 1 infirmier de garde à l'accueil et au déchoquage;

- Dans l'Unité de réanimation et du bloc opératoire

- 2 Médecins anesthésistes réanimateurs et généralistes)

- 1 infirmier de secteur de réanimation ;
- 1 infirmier de bloc ;
- 1 infirmier anesthésiste ;
- 1 plâtrier
- 1 interne de garde

- En commun pour l'unité d'accueil – triage ; l'unité de déchoquage ; et l'unité de réanimation - bloc opératoire :

- 2 équipes chirurgicales : traumatologie et viscérale en nombre de 7 au total (chirurgien et interne de chirurgie) ;
- Des étudiants en médecine et des élèves paramédicaux de garde ;
- 1 assistance sociale ;
- 1 dispensateur de médicament ;
- 1 secrétariat ;
- 4 agents d'appui

II-2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et observationnelle.

II-3- Durée d'étude

Notre étude a duré du mois de février 2017 au mois d'Aout 2018.

II-4- Période d'étude

La période étudiée était de 07 jours, allant du 21 février à 8 heures au 28 février 2017 à 8 heures.

II-5- Population d'étude

Notre population d'étude est représentée par tous les patients admis dans le service des Urgences Chirurgicales CHU-JRA durant la période d'étude.

II-6- Critère d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, les patients admis dans le service des urgences chirurgicales enregistré à l'accueil et ayant reçu des soins dans l'Unité d'accueil et du triage.

II-7- Critère d'exclusion

Ont été exclus dans l'étude, les patients transférés d'un service de chirurgie de l'hôpital pour une intervention d'urgence et est admis directement dans l'unité de réanimation, sans avoir passé dans l'unité d'accueil et du triage.

II-8- Mode de collecte de données

Nous avons effectué la collecte des données sur une fiche de recueil de données à l'aide des dossiers de patients et des registres de Service des Urgences Chirurgicales (SUC).

II-9- Variables étudiés

Les variables et les paramètres étudiés étaient représentés par :

- **Age en ans selon la tranche d'âge**

- < 15 ans
- [15 – 30 ans [
- [31 – 45 ans [
- ≥ 45 ans

- **Genre**

- **Moyens de transport**

- Ambulance
- Sapeurs-pompiers
- Voiture personnelle
- Taxi
- A pied
- Autres

- **Horaire d'admission**
 -] 08h – 12h]
 -] 12h – 16h]
 -] 16h – 20h]
 -] 20h – 00h]
 -] 00h – 04h]
 -] 04h – 08h]

- **Paramètres vitaux à l'Accueil**
 - Glasgow
 - SPO2
 - TA
 - FC
 - FR
 - Température

- **Motif d'admission**
 - Traumatiques : traumatisme dû à un accident que ce soit poly-traumatisme, fracture, brûlure, plaie pénétrante ;
 - Digestifs : douleurs abdominale aigüe à type de défense, d'arrêt des matières et de gaz, tuméfaction inguinale et de la bourse.
 - Autres motifs : fissure anale, prolapsus anal, imperforation anale, ongle incarné, paralysie du membre, contusion et ecchymose.

- **Latence entre première manifestation de la pathologie jusqu'à l'admission à l'ATU**
 - < 6 h
 - [6 – 24 h]
 - >24 h

- **Degré d'urgence**

- U1 :** Urgence niveau 1, c'est une situation d'extrême urgence menaçant le pronostic vital.
- U2 :** Urgence niveau 2, c'est une situation d'extrême urgence menaçant le pronostic vital et nécessite une intervention immédiate.
- U3 :** Urgence niveau 3, c'est urgent, le pronostic incertain et instable, nécessité d'un accès rapide à un plateau technique d'urgence.
- U4 :** Urgence niveau 4, c'est moins urgent et le pronostic vital non engagé, état stable mais nécessitant un plateau technique d'urgence.
- U5 :** Urgence niveau 5, il n'y a pas d'urgence.

- **Diagnostic de patients**

- **Délai de prise en charge de patients**

- Heure d'arrivé :....h....min
- Heure d'installation du patient dans la salle de tri :....h....min
- Heure de premier contact avec le médecin :....h....min
- Heure de détermination d'un diagnostic :....h....min
- Heure d'avis du médecin spécialisé :....h....min
- Heure de soins :....h....min
- Heure de prise de décision opératoire :....h....min
- Heure de début de l'intervention :....h....min
- Heure de transfert :....h....min ou heure de sortie :h....min

- **Durée de séjours des patients aux urgences**

- **< 30 min**
- **30 - 60 min**
- **60 - 120 min**
- **120 min**

- **Issue des patients**

- Transfert en Réa- U et opéré en urgence
- Transfert en Réa- U et non opéré en Urgence
- Transfert en Réanimation chirurgicale
- Transfert en Réanimation médicale CHU-JRA
- Transfert en salle d'hospitalisation chirurgicale
- Transfert vers les autres centres hospitaliers
- Evacuation à l'étranger
- Exeat après soins
- Evadé
- Décédé

II-10- Mode d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage en mode exhaustive.

II-11-Taille d'échantillonnage

La taille d'échantillonnage de nos patients était de 528.

II-12- Traitement des données

Les données recueillies ont saisies sur les logiciels Microsoft Word 2007, traitées et analysées avec les logiciels Microsoft Excel 2007

II-13- Limites de l'étude

Nos résultats se limitent au CHU-JRA durant la période d'étude.

Il y a un biais de sélection sous la contrainte de temps de durée où l'horaire de prise en charge et/ ou de départ est mal noté.

II-14- Considération éthique

Nous avons reçu l'autorisation des Chefs hiérarchiques et de la direction de l'hôpital CHU-JRA.

Tout a été organisé pour protéger le secret professionnel, que ce soit lors des recueils, du traitement des données qu'à la diffusion du travail.

III. RESULTATS

III.1. Patients venus par jour de la semaine au SUC du CHU JRA.

La figure ci-dessous illustre la répartition des patients admis aux Urgences par jour de la semaine.

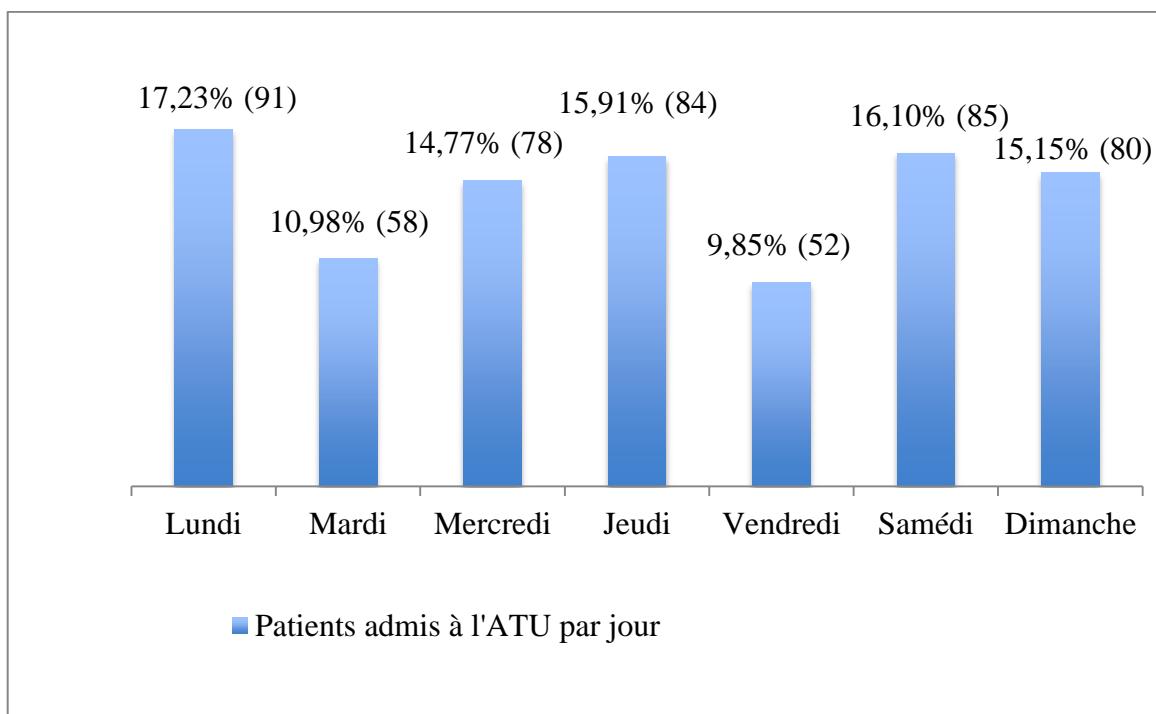


Figure 1 : Patients admis aux Urgences par jour de la semaine.

Sur cette figure, on observe 75 patients par jour en moyenne admis aux Urgences Chirurgicales du CHU-JRA. Le nombre de patients consultant par jour dans le service ne varie sensiblement pas qu'il s'agisse de week-end ou de jour ouvrable.

III.2. Age.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

AGE (ans)	Nombre	Pourcentage
	N = 528	%
< 15	112	21,21
[15 – 30[	204	38,63
[30 – 45[	145	27,46
≥ 45	67	12,68

Ce tableau montre que la tranche d'âge la plus représentée était celle de [15–30 ans] avec une fréquence de 38,63%. Nous avons trouvé un âge moyen de 29,28 ans.

Les âges extrêmes des patients étaient de 1 à 76 ans.

III.3. Genre

La figure ci-dessous illustre la répartition des patients selon le genre

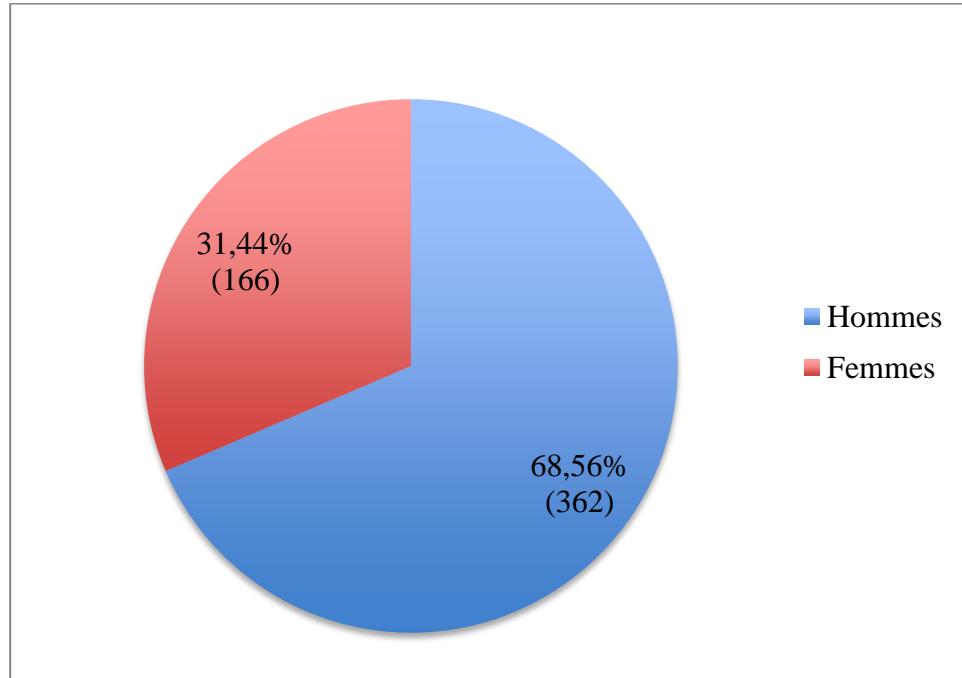


Figure 2 : Répartition des patients selon le genre

Sur cette figure, nous avons trouvé une prédominance masculine avec un taux de 68,56% soit sex-ratio était de 2,18.

III.4. Moyens de transport

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction des moyens de transport.

Tableau II : Répartitions des patients en fonction des moyens de transport.

Moyens de transports	Fréquence	Pourcentage
	N = 528	%
Taxi	439	83,14
A pied	24	4,54
Voiture personnel	49	9,28
Ambulance	10	1,89
Sapeurs-pompiers	6	1,13

Ce tableau montre que le taxi était le principal moyen de transport de nos patients avec un taux de 83,14%.

III. 5. Horaires d'admission

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction des horaires d'admission.

Tableau III : Répartition des patients en fonction des horaires d'admission.

Horaires	Nombre	Pourcentage
	N = 528	%
]08h – 12h]	80	15,15
]12h – 16h]	125	23,67
]16h – 20h]	131	24,81
]20h – 00h]	129	24,48
]00h – 04h]	42	7,95
] 04h – 08h]	21	3,90

D'après ce tableau, les patients étaient venus aux Urgences surtout entre 16h à 20h et 20 à 00h avec un taux respectif de 24,81% et de 24,48%.

III.6. Motif d'admission

Le tableau suivant montre la répartition des patients en fonction de leur motif d'admission.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de leur motif d'admission.

Motif d'admission	Nombre	Pourcentage
	N= 528	%
Polytraumatisme	19	3,60
Traumatisme crânien	88	16,66
Traumatisme fermé des membres	169	31,99
Traumatisme ouvert des membres	42	7,9
Traumatisme facial	70	13,25
Traumatisme thoracique	16	3,03
Brûlure	7	1,52
Douleur abdominale aigüe	58	10,94
Hernie	15	2,84
Tuméfaction de la bourse	4	0,75
Hémorragie digestive	9	1,70
Abcès	14	2,65
Autres	18	3,36

Les autres : fissure anale, prolapsus anal, imperforation anale, ongle incarné, fente palatine, paralysie du membre, contusion et ecchymose.

Sur ce tableau, les traumatismes fermés des membres étaient les plus fréquents avec 31,99%, le traumatisme crânien avec 16,66% pour les cas de traumatisme; et pour les cas de chirurgie viscérale, la douleur abdominale étaient la plus fréquente avec un taux de 10,94%.

III.7. Temps de latence entre la première manifestation de la pathologie jusqu'à l'admission à l'ATU.

Le tableau ci-après indique la répartition des motifs d'admission en fonction du temps de latence entre la première manifestation de la pathologie et l'admission à l'ATU.

Tableau V : Répartition des motifs d'admission en fonction du temps de latence entre la première manifestation de la pathologie et l'admission à l'ATU.

Motif d'admission	Temps de latence entre la première manifestation de la pathologie et l'admission à l'ATU avec N=528					
	< 6h		[6 h- 24 h]		>24h	
	N= 159	%	N=316	%	N=53	%
Poly traumatisme	17	3,21	2	0,37	0	0,00
Traumatisme crânien	88	16.66	0	0,00	0	0,00
Traumatisme fermé des membres	0	0,00	148	28,03	28	5,30
Traumatisme ouvert des membres	11	2,08	31	5,87	0	0,00
Traumatisme facial	5	0,94	65	12,31	0	0,00
Traumatisme thoracique	16	3,30	0	0,00	0	0,00
Brûlure	3	0,56	4	0,75	0	0,00
Douleur abdominale	11	2,08	42	7,95	5	0,94
Hernie	2	0,37	13	2,46	0	0,00
Tuméfaction de la bourse	4	0,75	0	0,00	0	0,00
Hémorragie digestive	2	0,37	7	1,32	0	0,00
Abcès	0	0,00	3	0,56	11	2,08
Autres	0	0,00	1	0,18	9	1,70

Ce tableau montre que les cas traumatiques sont les motifs d'admission les plus fréquentes à l'ATU. Les traumatismes des membres et poly-traumatisme sont les cas traumatiques les plus fréquents ayant un temps de latence en moins de 6 h en arrivant jusqu'à l'ATU avec une fréquence respective de 3,21% et de 16,16%.

Et les cas digestifs sont les plus fréquents ayant un temps de latence entre [6 h-24 h] de 7,95% pour la douleur abdominale, 2,46% pour la hernie et 2,46% pour l'hémorragie digestive jusqu' à l'ATU et plus de 24 h pour l'abcès.

III.8. Degré d'urgence

Le tableau ci-dessous illustre la répartition des patients en fonction de leur degré d'urgence.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de leur degré d'urgence.

Degré d'urgence	Nombre	Pourcentage
	N = 528	%
U1	23	4,35
U2	24	4,54
U3	166	31,43
U4	137	25,95
U5	178	33,71

Ce tableau montre que les urgences qui engagent le pronostic vital à courte durée sont représentées par U1 U2 et respectivement avec une fréquence de 4,35% et 4,54%.

L'U5 est le degré d'urgence le plus fréquent avec une fréquence de 33,71% puis U3 avec une fréquence de 31,43%.

III.9. Diagnostic

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction du diagnostic.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du diagnostic.

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
	N = 528	%
Polytraumatisme	19	3,60
TECG	17	3,21
Pneumothorax et/ou hémothorax	03	0,56
Fracture ouverte des membres	20	3,78
Fracture fermée des membres	135	25,56
Brûlure	07	1,32
Occlusion intestinale	11	2,08
Appendicite	14	2,65
Péritonite	04	0,75
Invagination intestinale	02	0,37
Hernie inguino-scrotale	12	2,27
Hémorragie digestive	09	1,70
Abcès des membres ou des parties molles	12	2,27
Autres	286	54,16

Sur ce tableau, la fracture fermée est le diagnostic le plus représenté avec 25,56%.

Autres : plaies simples et contusion

III.10. Durée entre heure d'admission et premier contact avec le Médecin

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction de la durée entre l'heure d'admission et le premier contact avec le Médecin.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la durée entre l'heure d'admission et le premier contact avec le Médecin.

Durée	Nombre	Pourcentage
	N = 528	%
Immédiate	23	4,35
< 15 min	24	4,45
[15 - 30 min[	425	80,49
[30 - 60 min[	0	0,00
[60 - 120 min[	2	0,37
≥ 120 min	54	10,22

Ce tableau montre que la durée entre l'heure d'admission et le premier contact avec le Médecin était dans l'intervalle de [15 – 30 min[dans 80,49% de cas.

III.11. Durée entre le premier contact avec le Médecin et degré d'urgence.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction de la durée entre le premier contact avec le Médecin et le degré d'urgence.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la durée entre le premier contact avec le Médecin et degré d'urgence.

Durée	DEGRE D'URGENCE									
	U1		U2		U3		U4		U5	
	N=23	%	N=24	%	N=166	%	N=137	%	N=178	%
Immédiate	23	100	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
< 15 min	0	0,00	24	100	0	0,00	0	0,00	0	0,00
[15 - 30 min[	0	0,00	0	0,00	157	94,57	129	94,16	139	78,08
[30 - 60 min[	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
[60 - 120 min[	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,02
≥ 120 min	0	0,00	0	0,00	9	5,42	8	5,83	37	20,78

Ce tableau montre que tous les U1 étaient prise immédiatement en contact avec le médecin ; pour tous les U2 le premier contact avec le médecin étaient moins de 15min ; et moins de 30 min pour les U3 les plus fréquents reçus en premier avec une fréquence de 94,57% ; 94,16% pour U4 et 78,08% pour U5.

Plus le degré est urgent, plus le geste aux urgences est immédiat.

III.12. Durée entre heure d'admission et premier soins

Le tableau suivant illustre la répartition des patients en fonction de la durée entre l'heure d'admission et les premiers soins.

Tableau X : Répartition des patients en fonction de la durée entre l'heure d'admission et des premiers soins.

Premier soins	Nombre	Pourcentage
	N = 528	%
Immédiate	22	4,16
< 15 min	14	2,65
[15 - 30 min[	68	12,87
[30 - 60 min[	336	63,63
[60 - 120 min[	83	15,71
≥ 120 min	05	0,94

Sur ce tableau, les patients avaient reçu les premiers soins en moins de 60 minutes après leur admission dans 63,63% des cas.

III.13. Premier soins et degré d'urgence.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction des premiers soins et le degré d'urgence.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des premiers soins et le degré d'urgence.

Premier soins	DEGRE D'URGENCE									
	U1		U2		U3		U4		U5	
	N=23	%	N=24	%	N=	%	N=	%	N=	%
Immédiate	22	95,65	11	45,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00
< 15 min	1	4,34	13	54,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00
[15 - 30 min[	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
[30 - 60 min[	0	0,00	0	0,00	157	94,57	129	94,16	139	78,08
[60 - 120 min[	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,02
≥ 120 min	0	0,00	0	0,00	9	5,42	8	5,83	37	20,78

Sur ce tableau, un pourcentage de 95,65% de U1 avaient reçu les premiers soins immédiatement; pour U2 54,16% étaient reçus en moins de 15 minutes ; et pour U3 U4 U5 en moins de 60 minutes avec une fréquence correspondant respectivement de 94,57% ; 94,16% et 78,08%.

Plus le degré est urgent, plus les soins sont immédiats.

III.14. Durée entre premier contact avec les Médecins et avis spécialisé.

Le tableau suivant illustre la répartition des patients en fonction de la durée entre le premier contact avec les Médecins et l'avis spécialisé.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la durée entre le premier contact avec les Médecins et l'avis spécialisé.

Avis spécialisé	Nombre	Pourcentage
	N = 352	%
Immédiate	07	1,98
< 15 min	05	1,42
[15 - 30 min[	54	15,34
[30 - 60 min[	192	54,54
[60 - 120 min[	69	19,60
≥ 120 min	25	7,10

Ce tableau montre que la durée entre le premier contact et l'avis spécialisé étaient en moins de 60 min avec une fréquence de 54,54%.

III.15. Avis spécialisé et degré d'urgence.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction d'un avis spécialisé et le degré d'urgence.

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction d'un avis spécialisé et le degré d'urgence.

Avis spécialisé	DEGRE D'URGENCE							
	U1	U2	U3	U4	N	%	N	%
Immédiate	8	34,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00
< 15 min	0	0,00	5	20,83	0	0,00	0	0,00
[15 - 30 min[	0	0,00	0	0,00	9	5,42	45	32,37
[30 - 60 min[	16	65,21	13	54,16	115	69,27	48	34,53
[60 - 120 min[	0	0,00	4	16,66	32	23,35	33	23,74
≥ 120 min	0	0,00	2	8,33	10	6,02	13	9,35

Sur ce tableau, les U3 avaient reçu un avis spécialisé en moins de 60 min avec une fréquence de 69,27%. Pour U1, 34,78% de cas avaient reçus un avis spécialisé immédiate et 65,21% en moins de 60min.

Plus le degré est urgent plus le plateau technique d'urgence est immédiat.

III.16. Durée de la référence chirurgicale des patients.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction de la durée entre l'indication chirurgicale et l'intervention chirurgicale.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la référence chirurgicale.

Ecart de l'indication et intervention chirurgicale	Nombre N = 98	Pourcentage %
Immédiate	00	0,00
< 15 min	00	0,00
[15 - 30 min[	00	0,00
[30 - 60 min[	13	6,56
[60 - 120 min[	11	5,55
≥ 120 min	74	75,61

Sur ce tableau, la durée entre l'indication et l'intervention chirurgicale était plus de 120 minutes avec une fréquence de 75,61%.

III.17. Intervention chirurgicale et degré d'urgence.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction de l'heure de l'intervention chirurgicale et le degré d'urgence.

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de l'heure de l'intervention chirurgicale et le degré d'urgence.

Indication chirurgicale	DEGRE D'URGENCE							
	U1		U2		U3		U4	
	N=0	%	N=0	%	N=80	%	N=18	%
Immédiate	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
< 15 min	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
[15 - 30 min[	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
[30 - 60 min[	0	0,00	0	0,00	11	6,43	1	5,50
[60 - 120 min[	0	0,00	0	0,00	10	5,84	2	11,11
≥ 120 min	0	0,00	0	0,00	59	73,75	15	83,33

Ce tableau montre que la durée de l'intervention et l'indication des U3 étaient plus de 120 min avec une fréquence de 73,75% ; 6,43% en moins de 60min et 5,84% en moins de 120min. Pour U4 elle était plus de 120 min, dans 83,33% des cas.

Plus le degré est urgent, plus l'intervention chirurgicale doit être rapide

III.18.Durée de séjour à l'ATU

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction de la durée de séjour à l'ATU.

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de la durée de séjour à l'ATU.

Durée de séjour à l'ATU	Nombre	Pourcentage
	N= 528	%
<30 min	34	6,43
[30 - 60 min[	96	18,18
[60 - 120 min[	160	30 ,30
≥ 120 min	238	45,07

Ce tableau montre que la durée de séjours des patients à l'ATU était plus 120 min, dans 45,07%.

III.19. Durée de séjour à l'ATU et degré d'urgence.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction de la durée de séjour à l'ATU et le degré d'urgence.

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de durée de séjour à l'ATU degré d'urgence.

Séjour à l'ATU	DEGRE D'URGENCE										
	U1		U2		U3		U4		U5		
	N=23	%	N=24	%	N=166	%	N=137	%	N=178	%	
< 30 min	0	0,00	0	0,00	10	6,02	6		4,37	18	10,11
[30-60 min[	0	0,00	9	37,16	59	35,54	23	16,78	5		2,80
[60 -120 min[	1	4,34	1	4,16	36	21,68	31	22,62	91		51,12
≥ 120 min	22	95,65	14	58,33	61	36,74	77	56,20	64		2,56

Ce tableau montre que la majorité des patients ont resté aux urgences pour une durée plus de 120 minutes même les extrêmes urgences.

Plus le degré est urgent, plus la durée de séjour aux urgences est longue.

III.20. Issues des patients.

Le tableau ci-après indique la répartition des patients en fonction de la durée de séjour à l'ATU.

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de l'issue des patients.

Issu des patients	Nombre N = 528	Pourcentage %
Transfert en Réa- U et opéré en urgence	98	18,56
Transfert en Réa- U et non opéré en Urgence	09	1,70
Transfert en Réanimation chirurgicale	11	2,08
Transfert en Réanimation médicale HU JRA	02	0,37
Transfert en salle d'hospitalisation chirurgicale	89	16,65
Transfert vers les autres centres hospitaliers	23	4,35
Evacuation à l'étranger	0,00	0,00
Exeat après soins	296	56,06
Evadé	00	0,00
Décédé	00	0,00

Sur ce tableau, les exéats après soins étaient les plus fréquents avec un taux de 56,06%.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

IV. DISCUSSION

IV.1. Nombre de passage par jour

Au cours de notre étude nous avons recensé 528 cas pour une période d'une semaine. En moyenne, 75 patients par jour étaient admis aux Urgences Chirurgicales du CHU-JRA. Selon notre résultat dans la figure 2, le nombre de patients consultant par jour dans le service ne varie sensiblement pas qu'il s'agisse de week-end ou de jour ouvrable.

Selon une enquête française réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) concernant les services des urgences, la fréquentation aux urgences est pratiquement semblable en jour ouvrable qu'en week-end [26].

IV.2. Age et genre

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude selon le tableau I était celle de [15 – 30 ans [avec une fréquence de 38,63%. Nous avons trouvé un âge moyen de 29,28 ans.

Selon le genre, nous avons trouvé une prédominance masculine avec un taux de 68,56%. La sex-ratio était de 2,18.

L'étude faite par Ranaivoarison ND en 2016 a trouvé une prédominance de tranche d'âge de 21 à 30 ans avec un taux de 28,82% [27].

Selon Harri M. dans son étude sur l'analyse de la prise en charge des situations d'urgences vitales, l'âge moyen de ces patients était plus élevé de 42 ans [28].

D'après Andriamamonjy dans son étude sur le profil épidémio-clinique des patients admis au déchoquage des urgences chirurgicales du CHU-JRA, l'âge moyen des patients était de 35 ans [29].

L'origine accidentelle est plus importante que les autres pathologies non accidentelles. Il était décrit dans beaucoup d'études en Afrique et dans le monde, que les hommes sont plus souvent victimes d'accident de la voie publique que les femmes en

expliquant la prédominance masculine dans les services des urgences chirurgicales [29, 30,31].

IV.3. Moyen de transport

D'après le tableau II, le taxi était le principal moyen de transport de nos patients avec un taux de 83,14%.

Notre résultat était semblable au résultat d'une thèse parue en 2014 à Etampes qui avait montré que la plupart (75%) des patients de l'étude arrivaient par ses propres moyens ou en taxi [32].

Ceci peut s'expliquer probablement par l'absence d'un service public de prise en charge médical pré hospitalier.

Les ambulances médicalisées ont été très peu utilisées dans notre étude soit 1,89% ainsi que les autres moyens comme les voitures de pompiers, les voitures personnelles et à pied.

Dans une étude de Baubéau dans l'enquête de la DREES, il apparaît cependant que presque un quart (22%) était conduit aux urgences avec un transport sanitaire type ambulance [33]. Puis dans les études sur l'évaluation de la prise en charge des polytraumatisés réalisées en 2000, 63,2% des patients étaient transportés à l'hôpital par des sapeurs-pompiers [34].

IV.4. Horaire d'admission

D'après le tableau III, les patients étaient venus aux Urgences surtout entre 16h à 20h et 20 à 00h avec un taux respectif de 24,81% et de 24,48%.

Dans l'enquête française par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), les patients étaient venus principalement le jour (79 %) entre 8 heures et 20 heures [26].

IV.5. Motif d'admission

Concernant le motif d'admission retrouvé dans le tableau IV, les traumatismes fermés des membres étaient les plus fréquents avec 31,99% et le traumatisme crânien avec 16,66% pour les cas de traumatisme; et pour les cas de chirurgie viscérale, la douleur abdominale étaient la plus fréquente avec un taux de 10,94%.

Dans la littérature, la haute fréquence des accidents de la voie publique avait constitué le principal (49%) motif de recours aux urgences [35].

Pour certains auteurs, le motif d'admission le plus fréquent était la douleur abdominale suivi de pathologie traumatique de la voie publique [36].

Afin d'éviter autant que possible ces accidents : il faudrait donc que les conducteurs respectent scrupuleusement le code de la route, et les passages cloutés pour les piétons, et éviter la consommation d'alcool.

IV.6. Temps de latence entre la première manifestation de la pathologie jusqu'à l'admission à l'ATU

C'est le temps qui s'écoule entre l'accident que ce soit chirurgie traumatologique ou chirurgie digestive et l'admission au Service des Urgences Chirurgical

Ce temps de latence en fonction du motif d'admission est un des paramètres à déterminer pour le degré d'urgence d'un patient.

Dans certaines études [37-38], ce temps de recours dû aux chirurgies traumatologiques au SUC est le plus souvent un temps de latence plus courte que celui de la chirurgie digestive.

De plus les passages aux urgences des cas traumatologie sont plus nombreux.

Ceci confirme nos résultats d'étude selon le tableau V, tous les traumatismes crânien, thoracique et poly-traumatisme ayant un temps de recours en moins de 6h entre la première manifestation et l'admission au SUC avec un taux respectifs de 16.16%,

3,30% et de 3,21%, en arrivant à l'ATU et le traumatisme des membres arrivait au SUC entre [6-24h [et plus de 24H avec un taux de 33,33% pour les chirurgies traumatologiques.

Pour la chirurgie digestive, la douleur abdominale aigue avait un temps de recours entre la première manifestation et l'admission au SUC les plus fréquent entre [6-24 h [

Plusieurs facteurs peuvent être influencé ce temps de recours jusqu'au SUC : trajet, aggravation de la pathologie, absence du service public de la prise en charge pré-hospitalier, négligence de la pathologie ou l'ignorance par les patients de son cas.

Afin d'éviter autant que possible ce temps de latence entre la première manifestation de la pathologie jusqu'à l'admission à l'ATU: il faudrait donc renforcer les agents de santé mobiles pour informer, sensibiliser et éduquer les populations pour les cas chirurgies digestives et pour les cas chirurgies traumatologiques. Les conducteurs doivent respecter scrupuleusement le code de la route et les passages cloutés pour les piétons [36].

IV.7. Degré d'urgence

Les urgences qui engageaient le pronostic vital à courte durée représentées par U1 et U2 n'étaient respectivement que de 4,35% et 4,54% selon le tableau VI.

La relation entre la durée de séjour global et la gravité de l'état de patient a été aussi mentionnée dans plusieurs pays canadiens et américains [39-40].

Ces délais sont variables selon le degré de gravité des patients, de la conduite à tenir du médecin de garde, de l'avis du spécialiste, des procédures ainsi que de l'heure d'arrivée du patient [39].

IV.8. Diagnostic

Le diagnostic de nos patients est rapporté dans le tableau VII. La fracture fermée des membres est le diagnostic le plus représenté avec un taux de 25,56%. Les autres diagnostics étaient la fracture ouverte des membres avec, les poly-traumatismes,

les appendicites, les occlusions intestinales et les péritonites avec un taux respectif de 3,78%, 3,60%, 2,65%, 2,08% et 0,75%.

Les résultats d'étude fait par Koné en 2004 [41] qui a retrouvé que les pathologies traumatologiques était le premier diagnostic les plus fréquents aux Urgences Chirurgicales avec un taux de 56 ,79%.

Selon Adamou H. les péritonites étaient les principaux diagnostics retrouvés avec un taux de 52%, suivies des occlusions intestinales dans 28%, ensuite les traumatismes abdominaux avec 10% des cas [30].

IV.9. Analyse des différents délais de prise en charge des patients aux urgences

IV.9.1. Durée entre l'heure d'admission et le premier contact avec le Médecin

La durée entre l'heure d'admission et le premier contact avec le Médecin était dans l'intervalle de [15 - 30 min[dans 81% de cas dans le tableau VIII. Les extrêmes urgences soit 23 patients étaient reçues par le Médecin dès leur arrivée dans le service selon le tableau IX.

Dans la littérature, les auteurs ont trouvé un délai moyen de 10 minutes entre l'admission et l'examen par un médecin [3].

Une durée d'attente allongée pour le malade en état de stress est une source de mécontentement, d'agitation et influe sur la qualité de prise en charge du patient.

IV.9.2. Durée entre l'heure d'admission et les premiers soins

Dans notre étude le tableau X montre que les patients avaient reçu ses premiers soins après son admission en moins de 60 min avec une fréquence de 63,63%.

Et nous avons trouvé que 95,65% de U1 avaient reçu les premiers soins immédiatement, et dans 54,16% des U2 ont reçu les premiers soins en moins de 15 min ; et pour U3 U4 U5, les patients ont reçu les premiers soins dans moins de 60 min avec des fréquences respectives de 73,09% ; 72,26% et 58,42% selon le tableau XI.

Le délai entre l'heure d'admission et le premier soin est primordial pour le patient. En effet le pronostic vital du patient dépend de cette durée surtout en cas de pathologie grave.

L'allongement de ce délai dépend essentiellement du service et fonction des infrastructures des urgences et de personnels de santé.

IV.9.3.Durée entre le premier contact avec les Médecins et l'obtention de l'avis spécialisé

La durée entre le premier contact et l'obtention de l'avis spécialisé étaient moins de 60 min avec une fréquence de 54,54% selon le Tableau XII.

Cette valeur est proche de celle trouvée dans une étude française avec une durée de 45 minutes [4].

Dans le tableau XIII, les résultats montrent aussi que la majorité des patients qui passent plus de temps, sont ceux des niveaux de priorité 1, 2 et 3 dans le service où ils ont eu au moins un avis spécialisé.

La littérature avait trouvé que 25% des patients qui passent plus de temps de 4h ont eu un avis ou plusieurs avis spécialisés, le temps mis par ces médecins pour arriver au SAU, diffère peu d'un spécialiste à l'autre, il est inférieur à 30 minutes pour les médecins de service. Alors que dans une étude française les chirurgiens mettent moins de temps pour arriver ,72 min [4].

Mais le temps que passe le patient après l'arrivée du médecin, demandé pour avis spécialisé, est généralement plus long. L'examen clinique est le plus souvent suivi de la réalisation de plusieurs examens complémentaires et/ou décision d'hospitalisation et parfois de la demande d'un autre avis ce qui peut augmenter de plus en plus la durée du séjour.

IV.9.4. Durée entre indication chirurgicale et l'intervention chirurgicale

La durée entre l'indication et l'intervention chirurgicale était plus de 120min avec une fréquence de 75,61% dans le tableau XIV.

L'allongement de ce délai peut être influencé par plusieurs facteurs pouvant venir :

- ✓ du médecin : il est retenu au bloc pour une autre occupation aussi urgente.
- ✓ du patient : problème de ravitaillement en médicaments ou en consommable médicaux.
- ✓ du service : disponibilité des locaux ; du personnel, des médicaments, consommable médicaux.

Une bonne coordination dans le service, une bonne communication entre les membres des personnels et des patients et les accompagnants pourraient minimiser ce délai.

IV.9.5. Durée de séjour à l'ATU

La durée de séjour c'est le temps de séjour global où le patient séjourne au SUC pas plus de 24 heures au maximum.

C'est la différence de temps entre l'arrivée des patients et leurs transferts vers le service adapté à son cas ou leur exact dans le service urgence. [32]

Le temps de séjour est globalement de 120 minutes avec une fréquence de 45,07%, plus de la moitié des patients passent moins de 120 minutes dans le service selon le Tableau XVI.

Dans le tableau XVII, les résultats montrent aussi que la majorité des patients étaient restés aux urgences pour une durée plus de 120 minutes, et pour même les extrêmes urgences.

Le temps de séjour global est comparable avec les durées observées dans différents études canadiennes et américaines et françaises [30 ,38] comprises entre 5 heures et 7 heures.

Plusieurs facteurs peuvent être responsables de la variation de la durée de séjour global :

- **Le délai d'attente**

Ici le délai d'attente est le temps qui s'écoule entre l'admission et les premiers soins, de prise en charge pendant le séjour aux urgences.

La plupart des patients peuvent passer la majorité de son séjour aux SAU en espérant être reçus incessamment par un médecin d'un moment à l'autre. [20]

C'est la durée nécessaire pour évaluer l'organisation du système du service, elle peut entraîner un certain mécontentement des patients aux urgences.

- **Le nombre des patients présents en même temps et leurs heures d'arrivée**

La durée de séjour global semble fluctuer selon le nombre de patients inscrits en même temps et leurs heures d'arrivée.

Par exemple selon le tableau III, les urgences tôt le matin avant]08h – 12h] et la nuit à partir de]00h – 04h], la tendance est d'avoir des temps de séjour global, ce qui reflète peut être une disponibilité accrue du personnel hospitalier et des urgences, alors que durant la période de charge de travail où le nombre de patients inscrits est élevé, le temps de séjour global a tendance à être plus long.

Cette période correspond à une période d'activités accrues dans l'hôpital entier. [20]

- **Le degré de gravité**

La relation entre la longueur du temps de séjour global et la gravité de l'état de patient a été aussi mentionnée dans plusieurs pays canadiens et américains. [37]

Ces délais sont variables selon le degré de gravité des patients, de la conduite à tenir du médecin de garde, de l'avis du spécialiste, des procédures ainsi que de l'heure d'arrivée du patient. [26, 38]

Le temps que passe un patient au SAU semble varier selon la gravité de son état, les résultats montrent qu'un état grave a tendance à avoir un temps de séjour plus long qu'un état moins complexe ; le premier cas exigeant une prise en charge plus complexe comprenant des examens complémentaires et des avis spécialisés avant d'être hospitalisés dans les services appropriés.[20]

Ce qui prouvait dans notre étude tableau XVII que 95,65% U1 passent un plus long de séjour en ATU que pour U5 sont de 2,56% et les autres varient de 36,74 à 58,33%.

- **La disponibilité du personnel médical et paramédical**

Dans des revues systématiques, la bonne qualité réalisée dans des pays développés prouvent l'efficacité de renforcer le poste de triage. [32]

Et une infirmière du triage peut déjà réaliser les demandes d'examens permettant par exemple de réduire la durée de séjour de 37 minutes notamment devant les suspicions de fracture. De plus, le recours à un infirmier améliore la satisfaction des patients et des médecins, la qualité des soins et le travail en équipe. [32]

Dans notre étude la durée du premier contact avec un médecin et l'heure d'admission est identique aux autres études, avec une durée de moins de 30 minutes à une fréquence de 80,49% selon le tableau VIII.

Selon relation entre le degré d'urgence et le premier contact avec un médecin, U5 ont une durée d'attente plus long que U3 U4 qui est de 120 minutes et tous les U1 n'avaient pas un délai d'attente alors que tous les U2 avaient une attente de 30 minutes dans le tableau IX.

Le programme est le plus souvent assuré par le médecin du garde dans le service des urgences. Cependant à long terme, il semble nécessaire de suggérer d'intégrer ces séances de formation dans une stratégie plus globale d'améliorer et d'évaluer de la qualité du triage.

- **le problème socioéconomique**

Augmente le temps de séjour que les patients séjournant aux SUC. On a comme suggestion d'élargir le service social.

IV.10. Issue des patients

Les exéats après soins étaient les plus fréquents avec un taux de 56,06% selon le Tableau XVIII.

D'après cette étude on peut constater qu'il y a un rapport entre le degré d'urgence et la durée de chaque différente étape de prise en charge au SUC.

➤ plus le degré est urgent : plus le geste d'urgence, les soins, le diagnostic, l'avis spécialisé et la suite de la prise en charge devraient immédiats : et plus la durée du séjour aux urgences est longue.

Ceci nécessite une qualité d'organisation multidisciplinaire, synchrone et harmonisée des équipes.

Quelques suggestions doivent être envisagées pour améliorer la qualité des soins à l'ATU et la qualité d'organisation des équipes.

Dans un milieu hospitalier, l'utilité d'une équipe d'urgence et de tri est indiscutable. En effet cette structure a déjà existé dans tout établissement sanitaire et existe encore jusqu'à maintenant .C'est à dire qu'il s'avère nécessaire, voire obligatoire de porter des mesures d'amélioration au niveau de chaque secteur du service, chaque fois que l'occasion se présente.

Aussi proposons-nous d'apporter quelques suggestions.

- **Pour le circuit du patient**

La prise en charge des traumatisés au niveau du service des urgences débute au niveau de l'unité d'enregistrement et de tri.

Nous proposons de responsabiliser un infirmier (ère) selon un planning préétabli et affiché au service. Il va assurer l'accueil, l'enregistrement, l'évaluation et l'orientation des blessés.

Afin d'améliorer la fonction des infrastructures, l'organisation du service et du personnel de la santé ainsi que de mener à bien cette tâche des grilles d'évaluation de degré de gravité des cas, et des protocoles : des conduites à tenir sont nécessaires.

Pour éviter l'engorgement du service nous proposons de faire le triage des accompagnants dès l'entrée des urgences et de limiter leur nombre à un seul.

Le service des urgences dispose d'une salle d'attente qui doit être utilisée pour les patientes et les accompagnants.

- **Pour les ressources humaines**

Les ressources humaines sont considérées comme le moteur du service des urgences.

Ainsi dans le but de répondre à une offre de qualité, nous proposons de renforcer l'équipe de garde par le personnel nécessaire, surtout en périodes de flux important. Début de la semaine, aussi il faut établir un planning pour la formation continue et le recyclage en fonction des besoins du personnel et des exigences du service.

Ces formations doivent être obligatoires et doivent être prises en charge financièrement par le budget de l'hôpital.

Afin d'assurer une bonne communication, les responsables doivent veiller à l'organisation de réunions de coordination entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des urgences.

- **Développement de système d'information**

L'informatisation de l'hôpital permettra d'assurer un meilleur support d'information.

Pour assurer une prise en charge et un suivi de qualité, les dossiers médicaux des blessés doivent être renseignés et archivés

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de cette étude prospective, observationnelle et transversale intitulée «Evaluation du délai de prise en charge des patients aux urgences chirurgicales CHU-JRA» ; 528 patients répondant aux critères d'étude ont été recensés. Elle reflète que la tranche d'âge la plus touchée était comprise entre l'intervalle de 15 à 30 ans et on en déduit que l'âge moyen de nos patients était de 29,28 ans avec une prédominance masculine soit d'une sex-ratio de 2,18.

En bref, notre étude a permis de déterminer que le délai de prise en charge d'un patient varie selon le degré d'urgence au SUC du CHU-JRA.

Comme suit : « Plus le degré est urgent : plus le geste d'urgence, les soins, le diagnostic, l'avis spécialisé et la suite de prise en charge devraient immédiats : plus la durée du séjour aux Service d'Urgence Chirurgicales est longue ».

Et on a trouvé un délai moyen de 15 à 30 minutes entre l'admission et l'examen par un médecin, de 30 à 60 minutes entre l'admission et le premier soin, de 30 à 60 minutes l'attente des avis spécialisé, de plus de 120 minutes entre l'indication et intervention chirurgicale, et de plus de 120 minutes au maximum 24 heures le séjour des patients aux SUC.

Ce lien de cause à effet nous permis de souligner que le délai de la prise en charge des patients varie selon le degré d'urgence des patients. Nous avons proposé des suggestions qui portent sur les renouvellements des infrastructures existant dans ce service.

Il est important d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de renforcer les ressources humaines ainsi que de développer les outils de gestion par l'informatisation du système d'information.

Notre étude est limitée dans le service des Urgences Chirurgicales du CHU-JRA, et là nous souhaitons une étude multicentrique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guillou M, Moingeon M, Latin D. Dictionnaire universel. Larousse. 2000; 08 :332.
2. Askenasi R, Lheureux P, Gillet JB. Influence des examens demandés en urgence sur le temps de passage des patients dans un service d'urgence. Réanim soins intens Méd Urg. 1989 ;(5) :201-2.
3. Diarra B. Osmothérapie au mannitol chez les traumatisés crâniens à propos de 79 cas admis au S.U.C.de l'hôpital Gabriel Touré de Février 2001 à Février 2002 [Thèse]. Médecine Humaine : Bamako ; 2003.105 p.
4. Bazin A, Garnerin P, Vermeulen B, Unger P-F. Etude sur l'analyse des flux aux urgences : contexte, méthode et résultats, urgence .Efurgences. 2000.2002 : 161p.
5. Mouche S. Le médecin généraliste de garde et l'organisation de la réponse publique à l'appel urgent [Thèse]. Paris Ouest; 2000. 234 p.
6. Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences [Thèse]. Rennes; 2001 : 114 p.
7. Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences. Conseil économique et social Paris ; 1993 : 77p.
8. Observatoire régional de la santé. Recours aux soins urgents ou non programmés. La santé observée. Pays de la Loire : ORS. 2007 ; 4 : 15p.
9. Baron D, Bedock B, Bellou A, Carpentier F, Caudron J, Cerfontaine C et al. Critères d'évaluation des services d'urgences. SFMU; 2001.95p.
10. Forestié V, Roussignol E. Classifications cliniques des malades des urgences : définition et reproductibilité. Elsevier, Réanim Urg. 1994.51p.
11. Darkaoui N, De Bronwere V. L'utilisation d'un service hospitalier d'urgences pour les soins de première ligne étude à l'hôpital d'enfants de Rabat, Maroc. Rev Epidémiol Santé Publique. 1999 : 2S53-64 : 47p.
12. Nasfi F. Les urgences pédiatriques dans l'hôpital de Mont Morency – France [Mémoire]. Médecine humaine : Mont Morency France ; 1996. 56p.
13. Grall JY. Evaluation du plan urgences 2004 - 2008. Etabl santé ARH Bretagne. 2007. 33p.
14. Meunier L. Parcourt des soins et motifs de recours aux urgences de l'hôpital de Nanterre [Thèse]. Médecine humaine : Paris ; 2009. 103p.

15. Bellou A, J-D de Korwin, J Bouget, F Carpentier, V Ledoray, J Kopferschmitt et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. SFMU, La Rev Med Int. 2003.34p.
16. Williams RM. Triage and emergency department services. Ann Emerg Med 1996; 27 (4): 506-8.
17. Roy PM, Lannehoa Y. Le triage aux urgences. Réanimation 2002 ; 11 : 480-5.
18. Felten E. Mise en place d'une démarche qualité au service d'accueil des urgences du CHU Nancy [Thèse]. Médecine Humaine : Nancy ; mai 2001 .94p.
19. François XM. Geste technique du médecin d'urgence : description, apprentissage et maintien de comprendre à propos d'une étude réalisée en Lorraine [Thèse]. Médecine Humaine. Lorraine : 2012. 78p.
20. Kadiatou K. Evaluation des délais de prise en charge des urgences au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Toure [Thèse]. Médecine Humaine : Mali ; 2006. 66p.
21. Bouniort L .Venues spontanées aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine Générale : déterminants, pertinence et orientation [Thèse]. Médecine Humaine : Grenobles; 2009.127p.
22. François B. Evaluation de mise en place de l'échelle de tri et de gravité canadienne au service d'accueil et d'urgences du CHU de Nantes [Thèse]. Médecine Humaine : Nantes ; 2014.67p.
23. Gallegos C. Evaluation de critère de triage pour le traumatisme grave [Thèse]. Médecine Humaine : Trenau ; 2009 Juin ; 45p.
24. Billement M, Kansao J, Allo J, Meyniard O, Vagiraux J, Pourriat J et al. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe hospitalier Cochin Port Royal à partir de 245 consultations spontanées .J Eur Urg. 2008.103p.
25. Valeris carracco DB. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières .DREES. Janvier 2003.32p.

26. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le panorama des établissements de santé. 2013.170p.
27. Ranaivoarison ND. Les critères de gravité liés à la mortalité précoce des patients polytraumatisés vue au CHU-JRA [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2016.90p.
28. El Harri M. Analyse de la prise en charge des situations d'urgences vitales au niveau des services accueil des urgences de l'Hôpital Ibn Sina Rabat [Thèse]. Administration sanitaire: Maroc;2006.123p.
29. Andriamamonjy A. Profil epidemio-cliniques des patients enregistrés au déchoquage aux urgences chirurgicales du CHU-JRA [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2015. 52p.
30. Adamou H, Habou O, Magagi A. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu Africain. Cas des urgences en chirurgie digestive. HNZ/ Niger ; avril 2015 : ISSN 1857-7431.
31. Diane A. Traitement médical des traumatismes crâniens dans le service de traumatologie et d'orthopédie de L'Hôpital Gabriel Toure [Thèse]. Médecine humaine: Mali; 2004. 89 p.
32. Vendeoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste : une étude prospective au centre hospitalier d'Etampes. [Thèse]. Médecine humaine : Paris ; 2014. 51p.
33. Baubau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et Résultats Drees. 2003 ; 215 : 12.
34. Diouf E, Beye MD, Diop Ndoye M, Kane O, Diouf NIM, Seydi AA, et al. Evaluation de la prise en charge hospitalière des polytraumatisés au CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Etude prospective à propos de 106 cas. Dakar Méd. 2003.124p
35. Sima Zué A, Josseaume A, Ngaka Nsafu D. Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. AFAR. 2003 ; 22 : 189 – 95.
36. Serres M, Degos, Hautecouverture M. Spadone C. Le livre de la médecine. Paris : Le Pommier, 2002.42p.
37. Nsiamunue E. Motifs des consultations chirurgicales à l'unité des urgences. [Thèse]. Médecine humaine.Bondeko.2013.103p.

38. Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées (ORUMIP). Les usagers des urgences premiers résultats d'une enquête nationale .DREES. janvier 2003. 95p.
39. Institut canadien d'information sur la santé. Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgences .Qui utilise les services d'urgence et quels sont les temps d'attente ? 2005.46p.
40. Hanaji H, Olsson M, Sjoberg S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. Ann Emerg Med.2001.73p.
41. Koné O. Epidémiologie des urgences médico chirurgicales au service des urgences du CHU Gabriel Toure [Thèse]. Médecine humaine: Mali; 2004. 103p.

ANNEXES

ANNEXES 1 : FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

« EVALUATION DU DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AUX URGENCES CHIRURGICALES DU CHU-JRA »

SERVICE : N° :

ETATS CIVILS DU PATIENT

Age : Genre : Profession :

Origine de patients :

Moyens de transport utilisés :

PARAMETRES VITIAUX

TA : ; FC : ; FR : ; Température : SpO2 :,

MOTIFS D'ADMISSION :

HORAIRE D'ADMISSION.....

HORAIRE DU PREMIER MANIFESTATION.....

ANTECEDENTS PATIENTS

Médicaux :

Chirurgicaux :

Toxique :

Allergie :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEMANDES

Examens biologiques :

Examens radiologiques :

LATENCE entre la première manifestation de la pathologie jusqu'à l'admission à l'ATU : < 6 h - [6 – 24 h] - >24 h (entouré)

DEGRE D'URGENCE :

DIAGNOSTIC :

ISSUE DU PATIENT : Exeat après soins, Transfert en salle, Transfert en Réa, Opéré, Décédé, Evadé (entourez)

DELAI DE PEC :

- Heure d'arrivé :h.....mn
- Heure d'installation du patient dans la salle de tri :h.....mn
- Heure de 1er contact avec le médecin :h.....mn
 - -Heure de détermination d'un diagnostic :h.....mn
 - -Heure d'avis du médecin spécialisé :h.....mn
 - -Heure de soins :h.....mn
 - -Heure de prise de décision opératoire :h....mn
 - -Heure de début de l'intervention :h...mn
 - -Heure de transfert :h....mn ou heure de sortie :h.....min

Fait à.....le.....

**ANNEXE 2 : CODE COULEUR DE L'ECHELLE DE TRIAGE ET DE GRAVITE
CANADIENNE POUR LES DEPARTEMENTS D'URGENCE ET L'ECHELLE
VISUELLE OU « QUICK LOOK »**

«Est- ce que le patient a l'air malade?»

NIVEAU DE TRI	APPARENCE - CIRCULATION - RESPIRATION	DELAI DE PRISE EN CHARGE
NIVEAU 1	Réanimation : état de choc, altération de la conscience hémorragie non contrôlée	vu sans délai
NIVEAU 2	Multi-traumatisme avec altération de la conscience	15 min
NIVEAU 3	Douleur abdominal aigue	30 min
NIVEAU 4	Douleur abdominal non sévère	60 min
NIVEAU 5	Traumatisme mineur, contusion	120 min

VELIRANO

VELIRANO

Eto anatrehan' Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manometoky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ny tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitankeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de Thèse

Signé : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Cathérine Nicole

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur SAMISON Luc Hervé

Name and first name : RAZANAMAHANDRY Mary Vakana

Title of the thesis : "Evaluation of the delay to take charge the patients in the surgical emergencies CHU-JRA".

Section: surgery

Number of figures: 03

Number of appendices: 02

Number of bibliographical references: 41

Number of tables: 18

SUMMARY

Introduction: The time needed to take charge the patients is defined as the time elapsed between admission and the management of its pathology. The general objective of this study was to determine the delay in the management of patients admitted to the Surgical Emergency Department of CHU-JRA.

Methods: This is a prospective transverse and observational study during the 07 days of the week, including all patients admitted to the triage of this service.

Results: We have observed 528 patients. On average, 75 patients per day were admitted to CHU-JRA Surgical Emergencies. The most represented age group was 15 to 30 years old with a frequency of 38.63% and male predominance of 68.56%. Patients come to the emergency service between 16h to 20h and 20h to 00h with a respective rate of 24.81% and 24.48%. The difference between the time of admission and the first contact with the doctor was between 15 and 30 minutes for 80.49% of cases. The time between the indication and the most frequent block were more than 120minutes with a frequency of 75.61%. Patients' length of stay at the ATU was 120minutes with a frequency of 45.07 %.

Conclusion: This study allowed us to determine that the delay in patient management varies according to the degree of the emergency of patients.

Keywords: Time needed to take charge, Surgical Emergency.

Director of thesis : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraha manana
Cathérine Nicole

Reporter of thesis : Doctor RABENJARISON Franklin

Address of the author : Cité militaire Fort- Duchesne Bloc M2 Porte 42

Nom et Prénoms : RAZANAMAHANDRY Mary Vakana

Titre de la thèse : « Evaluation du délai de prise en charge des patients aux Urgences Chirurgicales du CHU-JRA ».

Rubrique : Chirurgie

Nombre de figures : 03

Nombre d'annexes : 02

Nombre de références bibliographiques : 41

Nombre de tableaux : 18

RESUME

Introduction : Le délai de prise en charge d'un patient se définit comme étant le temps écoulé entre son admission et la prise en charge de sa pathologie. L'objectif général de cette étude était de déterminer le délai de prise en charge des patients admis au service des Urgences Chirurgicales du CHU-JRA.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et observationnelle durant les 07 jours de la semaine incluant tous les patients admis au triage de ce service.

Résultats : Avec les 528 patients d'une moyenne de 75 patients par jour qui étaient admis aux Urgences Chirurgicales du CHU-JRA, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 15 à 30 ans avec une fréquence de 38,63% et une prédominance masculine dans 68,56%. Les patients étaient venus aux Urgences surtout entre 16 à 20 heures et 20 à 00 heures avec un taux respectif de 24,81% et de 24,48%. La durée entre l'heure d'admission et le premier contact avec le Médecin était dans l'intervalle de 15 à 30 minutes dans 80,49% de cas. La durée entre l'indication chirurgicale et l'intervention était plus de 120 minutes avec une fréquence de 75,61%. La durée de séjours des patients à l'ATU était de 120 minutes avec une fréquence de 45,07%.

Conclusion : Cette étude nous a permis de déterminer que le délai de prise en charge des patients varie selon le degré d'urgence des patients.

Mots clés : Délai de prise en charge, urgences chirurgicales.

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraha manana
Cathérine Nicole

Rapporteur de thèse : Doctor RABENJARISON Franklin

Adresse de l'auteur : Cité militaire Fort- Duchesne Bloc M2 Porte 42