

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTÉ DE MÉDECINE
DR. B. BENZERDJEB - TLEMÇEN



وزارة التعليم العالي
والبحث العلمي

جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د. ب. بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

THÈME :
Evacuations sanitaires
Service des urgences médico-chirurgicales
Présenté par :

Addoun Omar Mohammed Amin
Aid Sarah
Kerakeri Nor el Houda

Encadreur :

Pr A.Yahya Berouiguet

2016-2017

Systeme de sante en Algerie :

1962-1973 :

Situation precitaire

Nombre de medecins existant tres insuffisant

Esperance de vie : 50 ans

Taux de mortalite infantile : TMI 180/1000hb

Carences nutritionnelles et maladies transmissibles (paludisme, TBC, meningites ...)

Debut des grands programmes de sante nationaux (TBC, PEV)

1974-1984

Institution de la medecine gratuite

Creation de secteurs sanitaires pour desengorger les hopitaux

Esperance de vie : 60 ans

Amelioration de la demographie medicale

TMI : 80/1000hb

1985-2007 :

Ouverture du monopole prive

Ouverture de pharmacies et de cliniques privees medicochirurgicales

Activite lucrative et complementaire

Inegalite d'accès au soin

Maladies chroniques : HTA, diabete, cancers et asthme

Esperance de vie : 72 ans

TMI : 40/1000hb

Multiplication des centres de sante

2008-à nos jours :

Le systeme de sante algerien est devenu mixte : public et liberal.

Dissolution des secteurs sanitaires et creations des EPSP

Arrêt de l'activite lucrative.

Construction des CHU civils

Elargissement des prerogatives des DSP

Médecine à 3 vitesses : une médecine pour ceux qui peuvent se soigner au niveau d'établissements libéraux, une médecine destinée aux personnels (familles, ayant droit) de certains ministères (ministère de la défense), et une médecine publique qui prend en charge, malgré elle, tout le monde.

Service des urgences médico-chirurgicales du CHU Tlemcen :

Introduction :

Besoin de PEC rapide, non programmée

- ▶ consultation ± hospitalisation
- ▶ explorations, soins

Structure vitale, stratégique, vitrine de l'hôpital :

- qualité (sécurité) des soins prodigués
- préoccupée par l'encombrement de l'activité
- mécontentement de tous (le temps d'attente se prolonge)

Plusieurs unités au RDC (07)

- unité « accueil et orientation » (box médecine et chirurgie)
- box « urgences cardiologiques (consultation)
- unité « soins et de tri » (fauteuils et tables d'examen)
- unité « déchoquage » (02 lits)
- unité « hospitalisation de courte durée UHCD (12 +1) lits
- unité « urgences chirurgicales » (bloc opératoire : 3 salles, 07 lits)
- unités annexes : Scanner, Laboratoire, Radiologie conventionnelle, Pharmacie, ECHO

Dimensions démographiques et organisation du travail :

▶ Personnel médical :

- ▶ 06 MS (affectés à temps réel)
- ▶ 10 urgentistes (BM, salles soins, déchoquage et HCD)
- ▶ Résidents/1^{er} année, étudiants 3, 5, 7^e année
- ▶ Equipe multidisciplinaire de spécialité (résidents)

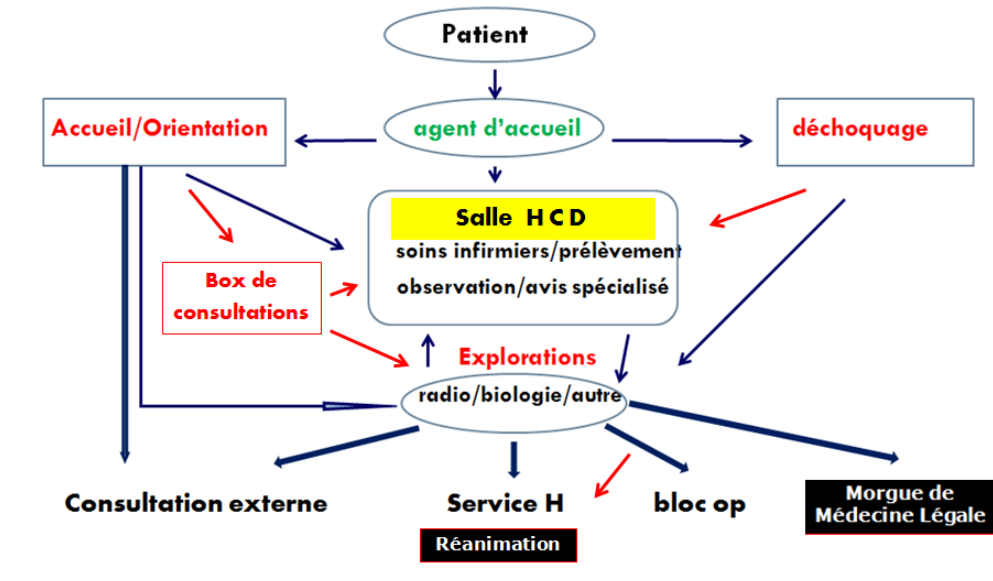
▶ Personnel paramédical : 107

- Coordinateurs (2), cadres (6), ISP (25), IBOP (5), AMAR (11), ATS (28), Manip RX (16), Tech. Labo (9), Prépar. Pharm (5)

▶ Personnel de soutien

Psychologues, secrétaires médicales, agents d'accueils, agents polyvalents ambulanciers, agents de sécurité, agents d'hygiène.

Circuit du patient :



L'évacuation :

Les transports médicalisés permettent à des patients atteints d'une détresse vitale patente ou potentielle, ou dont le pronostic fonctionnel est gravement menacé, d'être pris en charge par une équipe médicale à bord d'un moyen de transport et ce dans des conditions de surveillance et de sécurité de rapprochant d'une structure hospitalière dans le cadre d'un transfert dit secondaire inter-hospitalier (évacuation d'un hôpital type secteur sanitaire vers un autre hôpital mieux équipé type CHU)

Organisation du transport :

La décision du transfert d'un patient doit être prise par les trois médecins concernés qui en partagent la responsabilité :

- Le médecin en charge du patient dans le service de départ, qui réalise l'évaluation médicale initiale et qui demande le transfert.
- Le médecin du service receveur, qui a donné son accord d'hospitalisation pour prendre en charge le patient et assurer la continuité des soins.
- Le médecin régulateur du SAMU, qui organise le transfert par un médecin de son équipe. Il détermine les moyens en matériels et en personnels les plus adaptés pour réaliser le transfert dans les meilleures conditions compte tenu des ressources disponibles et des données d'évaluation du patient.

Dans le service de départ :

Le médecin responsable du patient transmet au médecin du SAMU qui va assurer le transport le dossier médical et un résumé de l'observation.

Le médecin réalisant le transport évalue l'état du patient et adapte les soins en cours et les éléments de surveillance aux circonstances du transport.

Ces données sont transmises au médecin régulateur.

Dans certaines conditions, elles peuvent amener à reconsidérer l'indication, les modalités, ou la destination du transfert.

En cas de litige, le médecin régulateur organise une nouvelle concertation entre les médecins concernés et il prend la responsabilité de la décision finale.

Au cours du transport :

Le patient est soumis à une surveillance médicale constante et adaptée à son état grâce à un monitoring : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, pression artérielle, conscience, température et diurèse.

Le monitoring des fonctions cardiaque et respiratoire sera assuré de façon continue par cardioscope, mesure non invasive de la pression artérielle type DYNAMAP® et respirateur de transport avec paramètres de surveillance notamment la saturation en oxygène.

Dans le service d'arrivée :

Le patient est confié à un médecin de ce service qui le prend en charge.

Le rapport médical lui est remis.

Une transmission verbale et écrite lui notifiant tous les paramètres de surveillance ainsi que les éléments éventuels survenus au cours du transport sont également remis.

Une copie sera conservée par le médecin du SAMU.

Matériel nécessaire :

Le moyen de transport doit être équipé du matériel de réanimation de base nécessaire pour prendre en charge une détresse respiratoire, circulatoire ou neurologique, et un arrêt cardio-circulatoire.

Ce matériel permet notamment de réaliser une intubation endo-trachéale, un drainage pleural, la mise en place d'une perfusion intraveineuse, l'administration des médicaments utilisés en urgence.

Le matériel nécessaire pour l'équipement minimum d'un transport médicalisé type SAMU comprend :

Sur le plan respiratoire :

- Une quantité d'oxygène en obus adapté à la durée du transfert
- Un respirateur de transport permettant la ventilation artificielle
- Un insufflateur manuel de secours
- Un aspirateur électrique de mucosités
- Un oxymètre de pouls

Sur le plan cardio-circulatoire :

- Un électrocardioscope avec enregistreur du tracé ECG et un défibrillateur
- Un appareil de mesure automatique non invasive de la pression artérielle
- Un dispositif de perfusion à débit continue type seringue électrique (à deux voies)

Sur le plan locomoteur :

- Un matelas à dépression type matelas coquille et un dispositif spécifique d'immobilisation du rachis cervical (Minerve)
- Un brancard adapté au transport du malade, à sa contention, à son monitoring, ainsi qu'à la disposition du matériel nécessaire à sa thérapeutique.

Dans un but thérapeutique, ces éléments peuvent être nécessaires :

Un dispositif d'entraînement électrosystolique externe et/ou un boîtier de stimulation interne

- Un pantalon antichoc
- Un dispositif d'immobilisation et/ou de traction de fémur, des attelles gonflables
- Un accélérateur de perfusion.

Personnels de l'équipe de transport :

Le conducteur ambulancier, un médecin et un aide.

Les compétences du médecin doivent être adaptées à l'état du patient et aux circonstances du transport (réanimateur, urgentiste...)

L'aide est représentée par un auxiliaire de santé.

Cette équipe pourra être complétée par un autre médecin et/ou un auxiliaire en formation.

Catégories d'ambulances :

Type A : Ambulance conçue et équipée pour le transport sanitaire de patients dont l'état de santé ne laisse pas présager qu'ils puissent devenir des patients en détresse.

Type B : Ambulance de soins d'urgence conçue et équipée pour le transport, les premiers soins et la surveillance de patients.

Type C : Ambulance de soins intensifs conçue et équipée pour le transport, les soins intensifs et la surveillance des patients.

Textes réglementaires relatifs l'évacuation sanitaire :

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DES SERVICES DE SANTE
N° 03.../MSP/DSS/98**

**DESTINATAIRES -MR LE DSPS DU GOUVERNORAT DU GRAND -ALGER
-MRS LES D.S.P.S (TOUS)
-MRS LES D.G. DES C.H.U. (TOUS)**

**OBJET : EVACUATION DE MALADES
REF : MON TELEX N° 96 DU MARS 1996
P.....J : UNE (1)**

Il est apparu nécessaire une fois de plus de vous rappeler la procédure à suivre dans le cadre d'une évacuation d'un malade d'un établissement à un autre procédure qui vous a été notifiée par mon télex visé en référence.

Sauf dans le cadre de l'urgence avérée, l'évacuation d'un malade est soumise aux conditions suivantes.

- 1) – Avoir l'accord du chef de service de l'établissement d'accueil.
- 2) – Le praticien ayant préconisé le transfert doit obligatoirement saisir le chef de service d'accueil par message (télex ou fax) mentionnant, sommairement les motifs.
- 3) – Le malade doit être muni obligatoirement d'une fiche de liaison et de prise en charge établie selon modèle joint.

Il est impératif, en cas d'évacuation en urgence que le patient soit mis en condition (Ex : voie d'abord etc.....) pour lui laisser le maximum de sécurité pour son transfert.

Le non-respect de ces directives a eu dans certains cas, outre les désagréments de ² BALLOTER ² les malades d'un hôpital à un autre, l'abandon de ces patients au niveau du ministère de la santé et de la population.

Aussi j'ai l'honneur de vous informer que la non observation de ces règles peut entraîner la saisie de l'ambulance et des sanctions disciplinaires à l'encontre responsables défaillants.

**MR GUENNAR A.E.K
DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE.**

الشعبية الديمقراطية الجزائرية لجمهورية

République Algérienne Démocratique et Populaire

المستشفيات وإصلاح والسكان الصحة وزارة

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

DESTINATAIRES :

- **Mme et Mrs. Les DSP, en communication aux établissements publics, parapublics et privés.**
- **Mmes et Mrs les DG des CHU.**
- **Mr le DG de L'EHU d'Oran.**
- **Mrs les DG des EH.**
- **Mrs les Directeurs des EHS.**
- **Mmes et Mrs les Directeurs des Secteurs sanitaires.**

L'évacuation d'un malade est décidée lorsque l'établissement hospitalier auquel il s'est adressé n'est pas en mesure de lui dispenser les soins médicaux nécessaires.

Devant l'absence de spécialistes d'équipement, les établissements hospitaliers se voient obligés de faire recours, pour des impératifs de santé des malades, à d'autres structures situées dans la wilaya ou hors wilaya.

Des dérives graves de conséquences ont été relevées dans l'application de l'instruction n°03 du 18 avril 1998 relative aux évacuations de malades entre établissements hospitaliers (intra et inter wilaya).

Ces dérives sont notamment :

-la fuite des responsabilités en évacuant le malade, alors que tous les moyens humains et matériels sont disponibles sur place ou pour d'autres raisons infondées et inavouées.

-L'énigmatique ascension du nombre des évacuations la veille des week-ends et des jours fériés.

-Certains médecins spécialistes du secteur privé conventionnés avec le secteur public n'hésitent pas à évacuer délibérément des malades qu'ils sont censés soigner dans le secteur public avec lequel ils sont conventionnés vers leurs structures privées d'attachement, plus grave encore ils vont jusqu'à les réévacuer vers les structures publiques en cas de complications graves allant jusqu'au décès du malade.

-Comme certains praticiens du secteur public de santé vont jusqu'à traiter des malades au profit occulte de certaines structures privées, malades qui leurs sont orientés par ces dernières, en leur fournissant des soins et des produits pharmaceutiques.

**L'évacuation infondée qui cause des préjudices aux malades :
Complication, voire décès, est un acte réprimé par la loi.**

Beaucoup d'évacuations durant le premier semestre 2006, l'année 2005 et les années précédentes ont été à l'origine de complications de l'état de santé des malades évacués, voire de leur décès au cours de leur évacuation.

Le nombre d'évacuations comptabilisé durant l'année 2005 s'élève à : 97 871 évacuations. Celui-ci a induit 735 860 journées d'hospitalisation et causé une charge financière de l'ordre de 4 milliards de DA.

Le système de garde instauré au niveau des établissements hospitaliers est avant tout une responsabilité et une collaboration qui implique les équipes : médicale, paramédicale et administrative, dont le seul but est la prise en charge des malades et leur évacuation éventuelle dans les meilleures conditions de soins et d'hospitalisation.

L'évacuation n'est en aucun cas une orientation car elle obéit à des dispositions : médicale, technique et administrative précise à des niveaux différents. Elle doit faire l'objet du registre d'évacuation selon le modèle ci-joint (support n°01) en support papier et support informatisé et d'un registre d'accueil des malades évacués selon le modèle ci-joint (support n°02) en support papier et support informatisé.

Devant cette situation, les instructions suivantes sont édictées :

I-Etablissements publics :

❖ Les dispositions sont les suivantes :

A. médical

- Consultation avec l'inscription sur le registre d'urgences.
- Prise en charge et mise en condition requise du malade en vue de son évacuation.
- Accord médical de l'établissement de santé d'accueil, demandé et donné par tout moyen de communication et consigné par les structures concernées : évacuatrice et d'accueil.

B- administratif

1- Pendant les heures de travail

- La fiche d'évacuation du malade est établie conjointement par le Directeur ou par son représentant dûment désigné par lui, le médecin évacuateur et/ou le surveillant médical (support n°03),
- Le moyen d'évacuation doit être sécurisé (ambulance, accompagnateur médical ou à défaut paramédical),
- L'accord du directeur de l'établissement d'accueil ou de son représentant dûment désigné par lui est indispensable,
- Les procédures d'admission doivent être accomplies par les accompagnateurs du malade : le chauffeur ambulancier, le médecin ou à défaut le paramédical.

2- En dehors des heures de travail

- La fiche d'évacuation du malade est établie conjointement par le Directeur de garde et le médecin de garde évacuateur et/ou le surveillant médical (support n° 03),
- Le moyen d'évacuation doit être sécurisé (ambulance, accompagnateur médical ou à défaut paramédical),
- L'accord du directeur de l'établissement d'accueil ou de son représentant dûment désigné par lui est indispensable,
- Les procédures d'admission doivent être accomplies par l'équipe accompagnatrice du malade.

❖ Au niveau de l'établissement hospitalier d'accueil, les dispositions sont les suivantes :

1. Pendant les heures de travail

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de l'établissement d'accueil ou par son représentant dûment désigné par lui, le médecin et/ou le surveillant médical de l'établissement d'accueil (support n°04),

2. En dehors des heures de travail

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de garde, le médecin de garde et/ou le surveillant médical de garde de l'établissement d'accueil (support n°04),

II- Etablissements parapublics et privés :

Les évacuations de malades des établissements parapublics et privés vers les établissements publics de santé doivent obéir aux dispositions suivantes :

- L'accord préalable de l'établissement de santé d'accueil,
- La prise en charge et mise en condition requise du malade en vue de son évacuation, le malade doit être évacué d'une manière
- sécurisée et accompagné d'un personnel médical ou à défaut paramédical,
- Le passage obligatoire par le service des urgences,
- Le dossier médical complet avec tous les soins prodigués en plus des motifs d'évacuation,
- La fiche d'évacuation du malade (support n° 03) est contre signée :
 - **dans le secteur privé :**
 - Médecin évacuateur,
 - Directeur médical de l'établissement privé,
 - Auxiliaire médical accompagnateur.
 - **dans le secteur public :**
 - Médecin évacuateur,
 - Responsable du centre médico-social (CMS),
 - Auxiliaire médical accompagnateur.
- La fiche de réception du malade (support n°04) obéit aux mêmes procédures.

1- Pendant les heures de travail

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de l'établissement d'accueil ou par son représentant dûment désigné par lui, le médecin et/ou le surveillant médical de l'établissement d'accueil (support n°04),

2- En dehors des heures de travail

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de garde, le médecin de garde et/ou le surveillant médical de garde de l'établissement d'accueil (support n°04),

Les établissements de santé évacuateurs publics, parapublics et privés sont responsables de la mobilisation des moyens humains et matériels en vue de l'évacuation des malades, objet de la présente instruction.

L'application rigoureuse de la présente instruction devra permettre de réduire les évacuations entre les établissements de santé de 50% à la fin 2006 et à 80% à la fin 2007.

La présente instruction annule et remplace l'instruction n°03 du 18 Avril 1998 fixant les conditions d'évacuation des malades.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

FICHE D'EVACUATION DE MALADE ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE
(Support n°03)

Identification de l'établissement évacuateur (Nom et Adresse exacte) :

Public :

Parapublic :

Privé :

Date..... heure de départ de l'évacuation :

Identification du service évacuateur :

Identification du médecin évacuateur :

Renseignements sur le malade :

- Nom : Prénom :

- Nom de l'époux :

- Date et lieu de naissance :

- Adresse : wilaya

- Caisse de sécurité sociale : Numéro d'immatriculation.....

- Autres

Renseignements cliniques:.....

.....

.....

Prestations dispensées :

.....

Motif d'évacuation:.....

Identification de l'établissement d'accueil:.....

Moyens d'évacuation : Ambulance- ambulance médicalisées- Autres moyens

Identification de ou des accompagnateurs et signature :

SIGNATURES :

Le médecin

Le Directeur d'établissement
ou son représentant

Auxiliaire médical

Le Directeur de garde
ou

Le Directeur médical
ou

Le médecin de cabinet privé
ou

Le responsable du centre médico-social (CMS)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

FICHE SE RECEPTION DE MALADE (support n°04)

Identification de l'établissement d'accueil (Nom et Adresse exacte) :

- Public :.....
- Privé :.....

Date..... heure d'arrivée du malade évacué :.....

Identification du service d'accueil :

Identification du médecin d'accueil :

Renseignements sur le malade :

- Nom :..... Prénom :.....
- Nom de l'époux :.....
- Date et lieu de naissance :.....
- Adresse :wilaya
- Caisse de sécurité sociale :Numéro d'immatriculation.....
- Autres

Etat du malade à l'arrivée :- Vivant.....DCD.....

Identification de l'établissement évacuateur :.....

Identification de ou des accompagnateurs et signature :.....

SIGNATURES :

Le médecin

Le Directeur d'établissement
ou son représentant

Auxiliaire médical

Le Directeur de garde

Problématique :

?????

Objectif primaire :

?????

Objectifs secondaires :

Les motifs d'évacuations les plus fréquents par spécialité sollicitée

Nombre d'évacuations selon le sexe et l'âge des patients

Matériels et méthodes :

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective chez des patients évacués qui ont été reçus au niveau des urgences médicaux chirurgicales de CHU Tlemcen durant les trois mois de Septembre, Octobre et Novembre de l'année 2016.

Population cible :

Critères d'inclusion : tout patient évacué au niveau des UMC du CHU Tlemcen pour une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique spécialisées.

Critères de non inclusion : population de la wilaya de Tlemcen.

Déroulement de l'étude :

Toutes les données issues du registre des évacuations mis à notre disposition ont été relevées et saisies par toute l'équipe en Septembre, Octobre et Novembre durant une période de 03 mois.

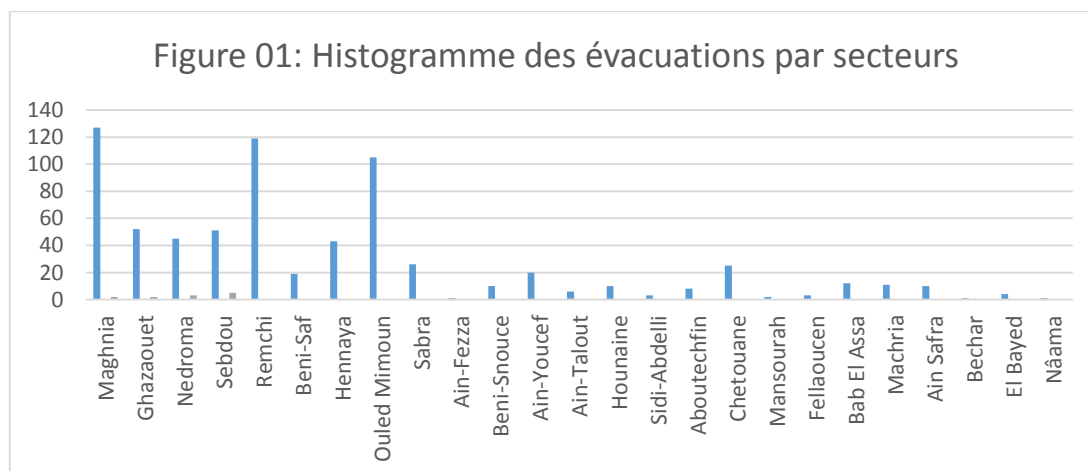
Le recueil a été effectué par motif d'évacuation, secteur sanitaire évacuateur, sexe et âge du patient et réalisé dans l'ordre de l'intitulé du registre des évacuations au niveau du service UMC-CHU Tlemcen.

Les données étant nominatives, les tableaux fournis en annexe sont présentés anonymement.

Résultats :

EPH	Nombre	Pourcentage %
Maghnia	127	17.3
Ghazaouet	52	7.1
Nedroma	45	6.1
Sebdou	51	6.9
Remchi	119	16.2
Beni-Saf	19	2.6
EPSP		
Hennaya	43	5.9
Ouled Mimoun	105	14.3
Sabra	26	3.5
Ain-Fezza	01	0.1
Beni-Snouce	10	1.3
Ain-Youcef	20	2.7
Ain-Talout	06	0.8
Hounaine	10	1.3
Sidi-Abdelli	03	0.4
Aboutechfin	08	1.1
Chetouane	25	3.4
Mansourah	02	0.3
Fellaoucen	03	0.4
Bab El Assa	12	1.6
Hors Wilaya		
Machria	11	1.5
Ain Safra	10	1.3
Bechar	01	0.1
El Bayed	04	0.5
Nâama	01	0.1

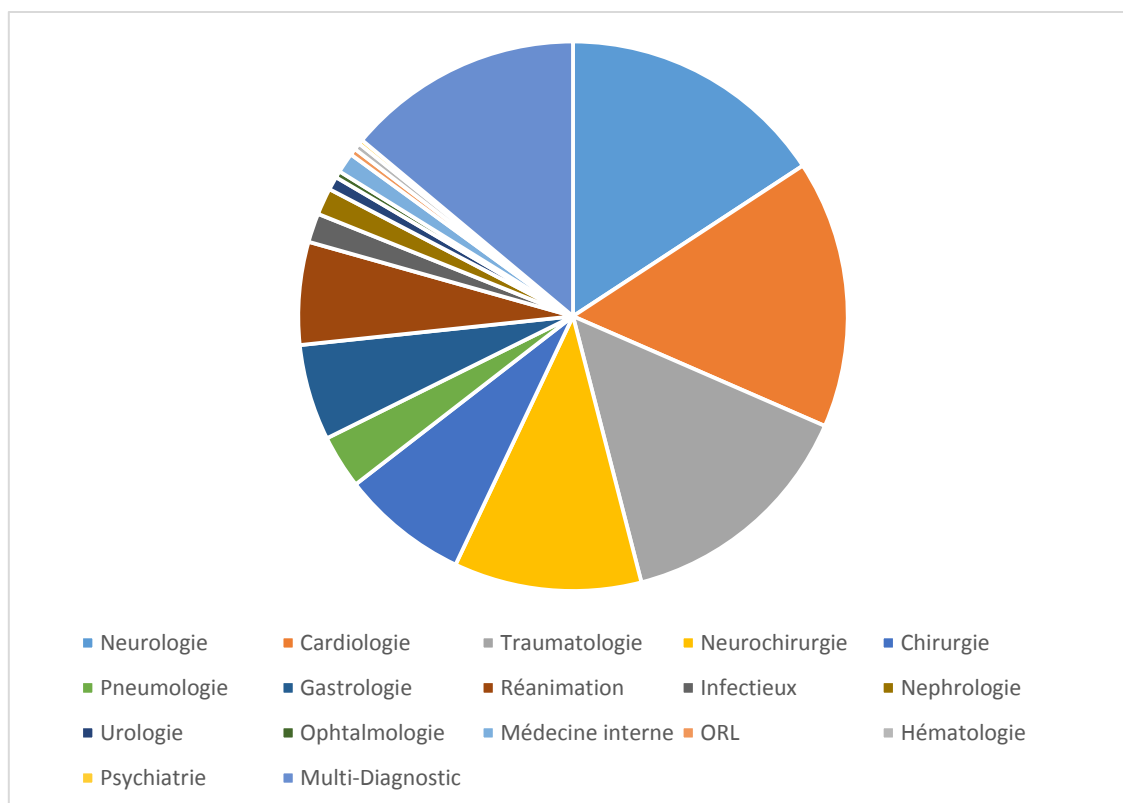
Tableau 01 : Nombre et pourcentage des évacuations selon les secteurs évacuateurs



Spécialité concernée	Nombre	Pourcentage %
Neurologie	120	15.77
Cardiologie	120	15.77
Traumatologie	110	14.45
Neurochirurgie	84	11.04
Chirurgie	57	7.49
Pneumologie	24	3.15
Gastrologie	43	5.65
Réanimation	46	6.04
Infectieux	13	1.71
Néphrologie	12	1.58
Urologie	6	0.79
Ophtalmologie	3	0.39
Médecine interne	9	1.18
ORL	3	0.39
Hématologie	3	0.39
Psychiatrie	2	0.26
Poly-pathologies	106	13.93

Tableau 02 : répartition des nombres d'évacuations selon les différentes spécialités

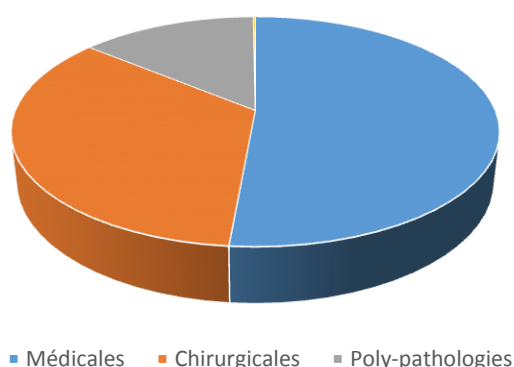
Figure 02 : schéma descriptif de la répartition des nombres d'évacuations par spécialités



Type d'urgence	Nombre	Pourcentage %
Médicales	392	52
Chirurgicales	263	35
Poly-pathologies	106	13
Total	761	100

Tableau 03 : répartition des évacuations selon le type d'urgence sollicité

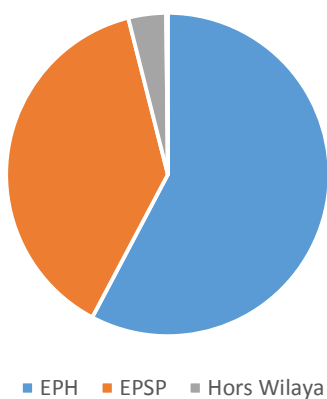
Figure 03: Schéma présentatif des pourcentages des évacuations selon les différents types d'urgences



Type d'établissement	Nombre	Pourcentage %
EPH	413	54
EPSP	274	36
Hors Wilaya	27	3
Total	761	100

Tableau 04 : répartition des évacuations selon le type d'établissement évacuateur

Figure 04: Schéma representatif des évacuations selon le type d'établissement évacuateur



Sexe	Nombre de motifs d'évacuation
Enfant (E)	32
Femme (F)	265
Homme (H)	456

Tableau 05 : nombres des motifs d'évacuation par sexe

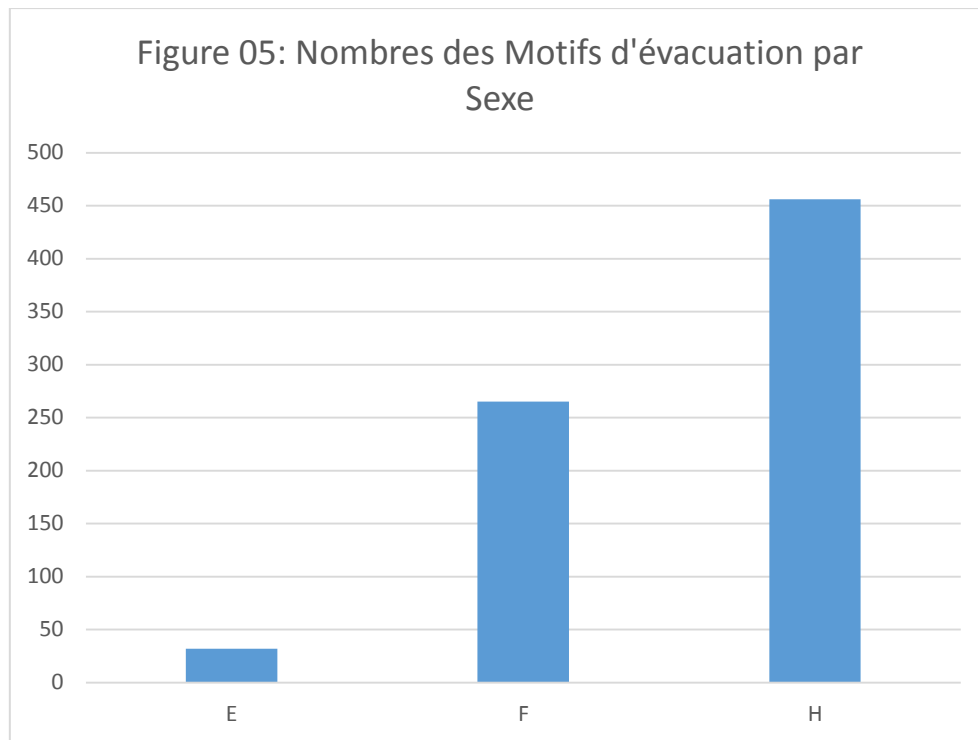
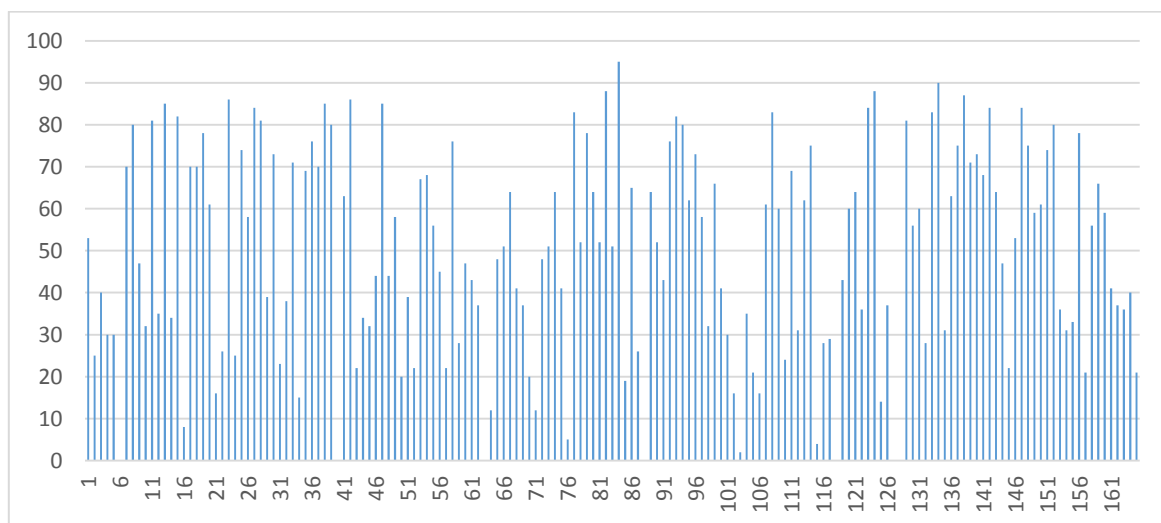


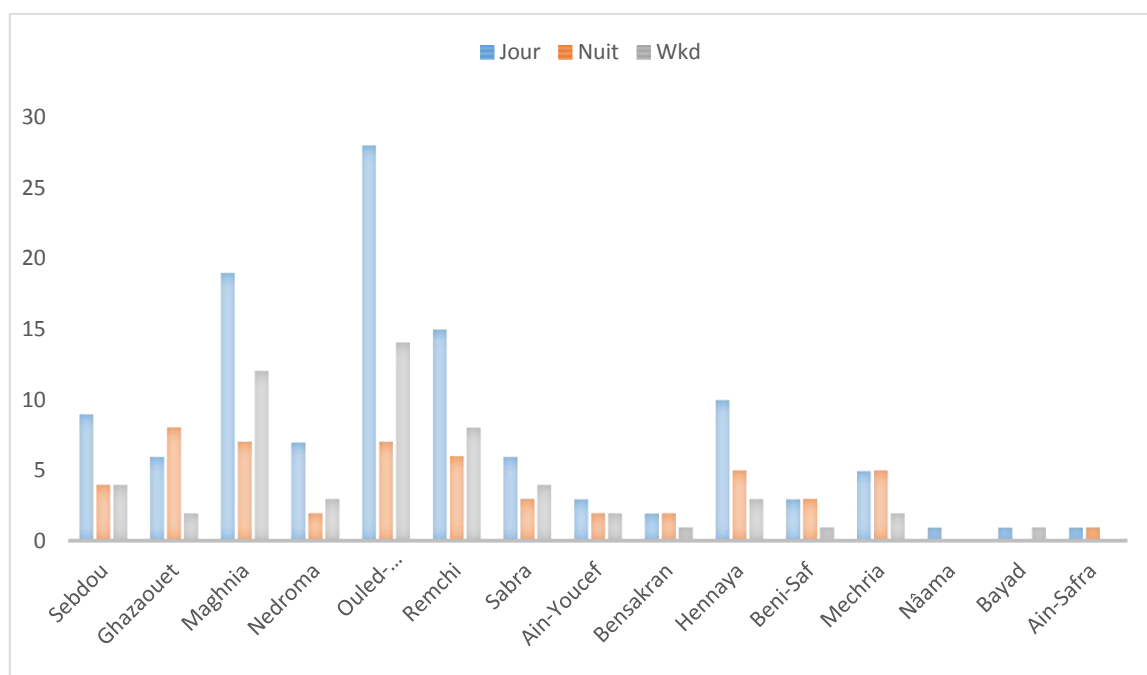
Figure 06 : Nombre d'évacuation selon l'âge



Origine	jour	nuit	Week-end
Sebdou	09	04	04
Ghazaouet	06	08	02
Maghnia	19	07	12
Nedroma	07	02	03
Ouled-Mimoun	28	07	14
Remchi	15	06	08
Sabra	06	03	04
Ain-Youcef	03	02	02
Bensakran	02	02	01
Hennaya	10	05	03
Beni-Saf	03	03	01
Mechria	05	05	02
Nâama	01	00	00
Bayad	01	00	01
Ain-Safra	01	01	00

Tableau 06 : nombre d'évacuations des différents secteurs selon le jour, la nuit et les week-ends

Figure 07 : Histogramme des évacuations des différents secteurs selon le jr, la nuit et les wkd



Discussion :

Contraintes de l'étude :

Manque de ressources (les évacuations faxé ou non faxé / différentes Conduites à tenir)

Les informations inscrites sur les registres étaient parfois incomplètes.

Difficulté à accéder à des études références.

Au vue de cette analyse globale, il ressort que certains établissements de santé de la Wilaya évacuent beaucoup plus que d'autres.

Cette constatation est très bien matérialisée par l'histogramme ci-dessus (figure 01)

On note que l'établissement de santé le plus concerné est celui de Maghnia.

Il est suivi par l'établissement de Remchi qui est relativement nouveau.

Viennent ensuite les trois établissements (Ghazaouet, Nedroma et Sebdou) qui sont à peu près au même niveau.

L'établissement ou on constate le moins d'évacuations est celui de Beni-Saf qui ne figure pas sur la carte sanitaire de la wilaya de Tlemcen.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les établissements de proximité (EPSP) évacuent beaucoup moins que les établissements de santé publique (EPH) hormis celui d'Ouled-Mimoun.

On pourrait dire que l'EPH de Maghnia ne contribue pas au désengorgement du CHU de Tlemcen. Et ce bien qu'il soit doté de médecins spécialistes.

Concernant l'EPH de Remchi ; ce nombre important d'évacuations est peut être compréhensible du fait qu'il soit un EPH en démarrage.

Au sujet des EPSP ; leurs évacuations sont justifiées du fait qu'il n'existe pas d'EPH à proximité et parce qu'ils ne sont pas doté de grands moyens matériels et humains (médecins spécialistes).

L'incompréhension demeure sur l'EPSP d'Ouled-Mimoun au vue du nombre important d'évacuations.

Ceci est une étude non exhaustive sur les évacuations de manière générale.

De manière précise et concernant les spécialités, notre étude fait ressortir ce qui suit (figure 02 ; figure 03) :

La cardiologie et la neurologie dominent les motifs d'évacuation.

Viennent en second lieu, les motifs de la chirurgie à savoir la traumatologie, la neurochirurgie, la chirurgie et les multi-diagnostic (polytraumatisés, polytarés et brûlés)

Enfin viennent toutes les autres pathologies d'ordre médical en l'occurrence la réanimation et la gastrologie.

On constate un nombre important d'évacuations sinon exagérés des cas relevant de la neurologie et de la cardiologie.

Or ces évacuations peuvent être diminuées si la prise en charge serait un peu plus rigoureuse à savoir ne pas évacuer les cas d'AVC ischémiques.

L'espoir demeure par l'instauration des réseaux médicaux inter-hospitaliers et la dotation des EPH en équipements de diagnostic (Scanner) et en personnels médicaux et paramédicaux qualifiés.

Figure 05 : d'après le diagramme, le taux d'évacuations liés au sexe est deux fois plus important chez l'homme que chez la femme. Ceci est en rapport avec l'implication du sexe masculin dans les AVP, les agressions et les accidents de travail qui figurent parmi les motifs fréquents des évacuations.

Le pourcentage des enfants qui se présentent aux UMC reste mineur vu que ces derniers sont directement orientés vers un service spécialisé (Urgences Pédiatriques Médico-chirurgicales).

Selon *la figure 06* ; on constate que les tranches d'âge les plus concernées par les évacuations se situent entre 20 et 35 ans et les plus de 55 ans.

La première fourchette, qui représente le jeune âge, est victime d'AVP et/ou d'agression.

La seconde, représentée par l'âge avancé, est siège de pathologies de la gériatrie entre autre les AVC et les complications liées à leur état grabataire (HTA, diabète ...)

Figure 07 : le taux d'évacuation pendant la journée est relativement élevé comparé à celui de la nuit dans tous les secteurs sanitaires hormis celui de Ghazaouet.

Par contre les évacuations des week-ends demeurent beaucoup moindres.

Conclusion :