

Evaluation de la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au centre de santé de référence de Niono, Mali

Medico-surgical and obstetric emergencies : Assessment of cases management at the reference health center of Niono, Mali

Keita M¹, Tall FK², Dicko H¹, Beye S A¹, Fomba S³, Traoré S¹, Camara B¹, Samake B⁴, Diarra T⁵, Coulibaly CO⁵, Diallo D¹, Diallo B¹, Yomane J R⁶

1. *Service Anesthésie – Réanimation et des Urgences centre hospitalier universitaire (CHU) du Point G*
2. *Service Anesthésie – Réanimation et des Urgences centre hospitalier universitaire (CHU) de Kati*
3. *Programmenational de lutte contre le paludisme (PNLP)*
4. *Service Anesthésie – Réanimation et des Urgences du CHU Gabriel TOURE*
5. *Centre de santé de référence de Niono*
6. *Informatique FMOS*

Auteur correspondant : Mohamed Kéita. Tél : (00223) 66 72 26 88 et 76 15 48 86. E-mail : bilkeita@yahoo.fr

Résumé

Objectif

Evaluer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au centre de santé de référence de Niono.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle, non participative, descriptive transversale et prospective, de suivi de tous les patients admis pour une urgence médico-chirurgicale ou obstétricale, quel que soit l'âge, le sexe ou le type d'urgence. Les variables étudiées étaient l'état clinique des patients, le délai d'attente, le délai thérapeutique, le coût de la prise en charge, la satisfaction des utilisateurs.

Résultats

Durant la période d'étude, 201 patients étaient sur un total d'admission de 3828 soit 5,3%. Le nombre médian de consultations était de 16,7, significativement plus élevé les jours ouvrables par rapport aux jours non ouvrables (19 vs 8) ($p = 0,0001$). L'urgence obstétricale représentait 83 cas. Le délai d'attente était inférieur à 6 minutes dans 78% des cas et le délai thérapeutique inférieur à 16 minutes dans 38,9% des cas. L'état clinique des patients admis était « jugé stable » dans 87,1% des cas contre « jugé grave » dans 12,9% des cas. Le coût de la prise en charge était en moyenne de 32 694 F CFA. Les patients étaient satisfaits de l'accueil dans 92,5% des cas et de la mise en observation dans 95% des cas.

Conclusion

La prise en charge des urgences est satisfaisante. Ces résultats ne doivent pas occulter les insuffisances relevées, à savoir l'insuffisance en ressources matérielles et humaines.

Mots clés : Centre de Santé, Evaluation, Urgence, Prise en charge, Mali

Summary

Goal : To evaluate the management of medico-surgical and obstetric emergencies at the Reference Health Center of Niono.

Patients and method : This was an observational, descriptive, cross-sectional and prospective study of all patients admitted for a medico-surgical or obstetric emergency from July to December 2014. The variables studied were the clinical state of the patients, the waiting time, the therapeutic delay, the cost of care, the satisfaction of the users.

Results

The median number of daily consultations was 16.7, significantly higher on working days than on non-working days (19 vs. 8) ($p = 0.0001$). The obstetric emergency represented 83 cases (2.2%) and the medical and surgical emergencies represented 68 cases (1.8%) and 50 cases (1.3%) respectively.

The wait time was less than 6 minutes in 78% of cases and in 38.9% of cases the treatment time was less than 16 minutes. The clinical status of admitted patients was "judged stable" in 87.1% of cases and "serious" in 12.9% of cases. The average cost of case management per patient was 32 694 F CFA. Patients were satisfied for reception in 92.5% and for observation in 95%.

Conclusion

The management of emergencies at the Reference Health Center of Niono is quite good.

These results should not obscure the inadequacies identified, namely the insufficiency of material and human resources.

Keywords : Health Center, Evaluation, Emergency, cases management, Mali

Introduction

L'urgence fait référence à toute circonstance qui, par sa survenue ou découverte engage le pronostic fonctionnel ou vital, si aucune action médicale n'est entreprise immédiatement. Le service des urgences (SU) est le premier contact avec le système de santé. Il accueille des consultations non programmées, quelle qu'en soit la nature [1]. La conception d'un SU répond à trois exigences : assurer un séjour de courte durée, préserver l'efficacité et la pertinence de la démarche diagnostique et des premiers soins, organiser une orientation rationnelle en secteur d'hospitalisation [2]. Dans les pays développés, la prise en charge des urgences est réglementée et coordonnée. Elle est soumise à des évaluations régulières [2,3]. Dans les pays aux ressources limitées, les réflexions menées visent à rationaliser l'offre des soins d'urgence. Des états de lieux sur la structure et le fonctionnement des services d'accueil des urgences ont été réalisés à différents échelons de la pyramide sanitaire, afin de dégager des modèles d'organisation adaptés, et de promouvoir la qualité et l'efficacité des soins [1,4,5]. Au Mali, la gestion des urgences est une priorité nationale [6] ; mais à ce jour, elle n'est ni organisée, ni régulièrement évaluée, tant à Bamako, la capitale, que dans l'ensemble du pays. En l'absence des structures de coordination devant édicter la politique sanitaire relative aux soins médicaux d'urgence, chaque structure sanitaire ayant un SU, organise à sa façon la prise en charge des patients. Le centre de santé de référence (CSRéf) de Niono dispose d'une unité des urgences, reflet de la qualité des services offerts. Le profil des patients admis dans cette unité ainsi que celui des pathologies rencontrées n'ont pas fait l'objet d'évaluations. La présente étude a pour but d'évaluer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales au CSRéf de Niono.

Patients et Méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, transversale et prospective de juillet à décembre 2016. Elle s'est déroulée dans l'unité des urgences médico-chirurgicales et la maternité du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Niono. Le district de Niono est situé dans la Région de Ségou, une zone sahélienne du Mali, située à 350 km de Bamako. Le district est accessible toute l'année. La saison des pluies dure 5 mois (Juin - Octobre) avec des précipitations annuelles de 425 mm de pluie en moyenne. Le système d'irrigation « Office du Niger » divise la zone en deux zones : une zone irriguée et un environnement sahélien typique (zone non irriguée) à l'extérieur du périmètre irrigué. L'Unité des urgences médico-chirurgicales et la maternité assurent l'accueil, la consultation et la prise en charge des patients, admis pour une pathologie médicale, chirurgicale ou obstétricale. Les observations ont lieu en secteur d'hospitalisation

(Unité de Chirurgie, Unité de Médecine, Unité Obstétricale) en fonction du type d'urgence. La prise en charge est assurée par une équipe de garde composée d'un médecin, d'un infirmier, anesthésiste, d'une sage-femme, des étudiants stagiaires et d'un agent brancardier. L'évaluation des patients, ainsi que la décision de l'orientation finale relèvent de la compétence de l'équipe de garde, sous la supervision du médecin responsable de la garde. L'évacuation des patients est assurée vers le CSRef par 4 ambulances 24 heures sur 24. La population d'étude a concerné l'ensemble des patients admis pour une urgence. Etaient inclus dans l'étude tous les patients admis à l'unité des urgences et à la maternité pour une urgence médico-chirurgicale ou obstétricale, quel que soit l'âge, le sexe ou le type d'urgence. Les patients admis directement dans une unité d'hospitalisation pour une urgence médico-chirurgicale ou obstétricale n'étaient pas inclus. Les données ont été recueillies par l'observation de la prise en charge des patients sur des fiches d'enquête individuelle. Le protocole a été testé au cours d'une enquête préliminaire du 20 mai au 05 Juin 2016. En l'absence d'un cadre normatif malien en matière de gestion hospitalière des urgences médico-chirurgicales ou obstétricales, les indicateurs mesurés dans ce travail ont été obtenus à partir de la revue de la littérature [1,7-9]. Pour décrire l'utilisation de l'unité des urgences, nous avons collectés les données sûres :

- Le nombre de patients enregistrés au niveau du CSRef ;
- Le nombre de patients reçus en consultation d'urgence ;
- Le nombre de patients reçus en consultation selon le type d'urgence ;
- Le nombre de consultations réalisées quotidiennement, en distinguant les jours ouvrables

(De lundi à vendredi, exceptés les jours fériés) versus les jours non ouvrables (samedi et dimanche) et fériés et les heures ouvrables (08h00mn à 15h59mn) versus heures non ouvrables (16h00mn à 07h59mn).

Pour décrire la prise en charge des patients les indicateurs suivants ont été mesurés : heure d'arrivée, début de la prise en charge (contact avec le personnel médical), délai d'attente (période écoulée entre l'arrivée du patient et le début de la prise en charge.), délai des soins (temps qui sépare l'heure d'arrivée des produits de l'heure de démarrage effectif des premiers soins), délai thérapeutique (temps écoulé depuis l'arrivée du patient au démarrage des premiers soins), état des patients (classification clinique des malades des urgences (CCMU) modifiée : les patients des classes 1 et 2 étaient "jugés stables" et ceux des classes 3, 4 et 5 étaient "jugés graves"), heure de consultation (heure d'annonce au personnel soignant),

temps de réalisation des examens para cliniques (temps écoulé entre le moment de remise du bulletin et moment d'arrivée des résultats), satisfaction des utilisateurs établie par l'interrogatoire du patient (ou à défaut de son accompagnant), concordance diagnostique (lorsque le diagnostic posé en urgence était identique à celui retenu définitivement dans les unités cliniques, au terme de l'hospitalisation), coût de la prise en charge (coût direct de la prise en charge : produits et examens para cliniques). Le traitement et l'analyse des données collectées ont été réalisés grâce aux logiciels Microsoft Excel 2016, Word 2016 et SPSS 20.0. Le seuil de signification statistique était de 0,05.

Résultats

Durant la période d'étude, 201 patients étaient sur un total d'admission de 3828 soit 5,3%. Trois patients (1,5%) sont décédés avant les soins : accident vasculaire cérébral (1 cas), hyperthermie (1 cas) et douleur abdominale (1 cas). Une évacuation vers une deuxième référence était décidée dans 12 cas : disproportion fœto-pelvienne (2 cas), anémie sévère

sur grossesse (3 cas), dyspnée (5 cas), occlusion intestinale (2 cas). Le retour à domicile était décidé chez 7 patients (3,5%) : vertige (2 cas), accident de la circulation routière (3 cas) et coups et blessures volontaires (2 cas). Une hospitalisation était décidée chez 178 patients (88,5%) et effectuée dans les services suivants : médecine (58 cas), chirurgie (42 cas) et 78 cas en maternité. L'urgence était obstétricale dans 83 cas (2,2%) contre 68 cas (1,8%) d'urgence médicale et 50 cas (1,3%) de chirurgicale. L'âge moyen des patients était de $25,5 \pm 13,8$ ans avec des extrémités allant de 5 mois à 74 ans. Le sex-ratio était de 0,49 (H/F). La référence /évacuation avait été décidée dans 70,8% des cas par un médecin et un technicien de santé Elle a concerné 103 patients soit 51,3%. Les femmes au foyer, les agriculteurs et les enfants étaient les principales professions de notre étude respectivement dans 48,3%, 23,3% et 13,9%. A l'arrivée du patient, le personnel était disponible dans 89 % des cas. L'incidence journalière des admissions est répertoriée sur la **figure 1**.

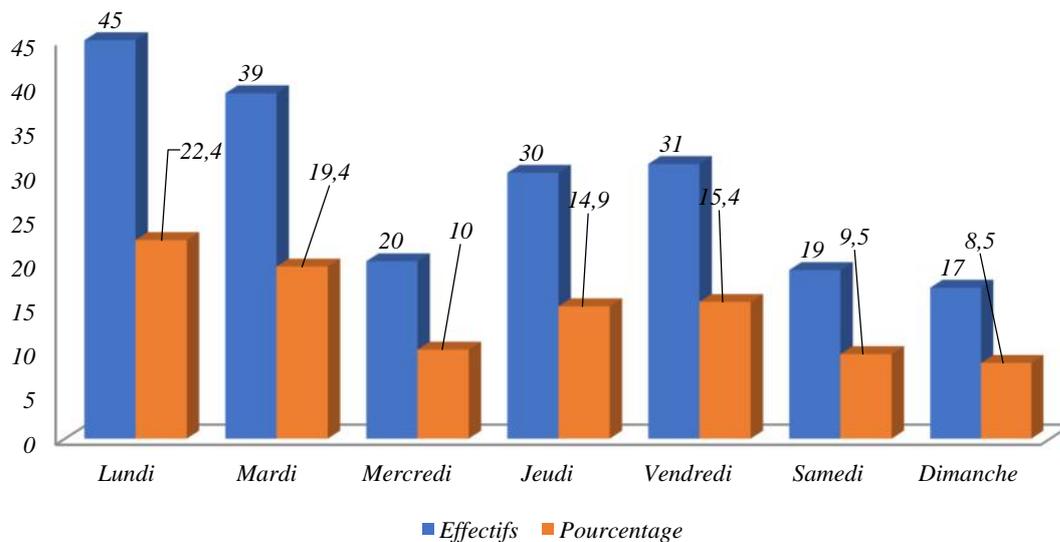


Figure 1 : Incidence journalière des admissions à l'unité des urgences et à la maternité

Les principaux motifs de consultation sont répertoriés dans le **Tableau I**.

Tableau I : Motifs d'admissions des patients

	<i>Effectif (n)</i>	<i>Percentage (%)</i>
Médical		
<i>Douleur abdominale</i>	29	42,6
<i>Pâleur conjonctivale</i>	22	32,3
<i>Dyspnée</i>	5	7,3
<i>Hématémèse</i>	5	7,3
<i>Hyperthermie</i>	2	3,0
<i>Vertiges</i>	2	3,0
<i>Convulsions</i>	2	3,0
<i>Accident vasculaire cérébral (AVC)</i>	1	1,5
Sous Total 1	68	100,0
Chirurgical		
<i>Accident de la circulation routière (ACR)</i>	29	58,0
<i>Coups et blessures volontaires (CBV)</i>	5	10,0
<i>Accident de travail</i>	3	6,0
<i>Accident domicile</i>	3	6,0
<i>Blessure par balle</i>	3	6,0
<i>Péritonite</i>	3	6,0
<i>Epistaxis</i>	2	4,0
<i>Traumatisme/grossesse</i>	1	2,0
<i>Occlusion intestinale</i>	1	2,0
Sous Total 2	50	100,0
Obstétrical		
<i>Hémorragie / Grossesse</i>	43	51,8
<i>Hémorragie du post partum (HPP)</i>	16	19,3
<i>Anémie sévère sur grossesse</i>	11	13,3
<i>Contractions utérines douloureuses (CUD)</i>	6	7,2
<i>Métrorragie</i>	4	4,8
<i>Disproportion Foeto - pelvienne (DFP)</i>	2	2,4
<i>Procidence du cordon</i>	1	1,2
Sous Total 3	83	100,0
Total	201	100,0

Le nombre médian de consultations était de 16,7 significativement plus élevé les jours ouvrables par rapport aux jours non ouvrables (19 vs 8) ($p = 0,0001$). Ces consultations étaient effectuées pendant les heures non ouvrables avec 86

consultations (42,8%) vs 4 (2%) pendant les heures non ouvrables. Le **Tableau II** décrit la prise en charge des patients à l'unité des urgences et à la maternité du CSref de Niono

Tableau II : Description de la prise en charge des patients à l'unité des urgences et à la maternité du CSref de Niono

	<i>Effectif (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>	<i>Délai moyen de réalisation (min)</i>
Délai d'attente (minutes)	201		
< 6 min	157	78,1	
6- 15 min	22	10,9	
16 - 30 min	9	4,5	
31 - 60 min	6	3	
> 60 min	7	3,5	
Délai de soins médicaux (minutes)	198		
< 6 min	147	74,2	
6- 15 min	40	20,2	
16 - 30 min	6	3	
31 - 60 min	4	2	
> 60 min	1	0,5	
Délai thérapeutique (minutes)	198		
< 16 min	79	39,9	
16- 30 min	51	25,8	
31 - 59 min	33	16,7	
60 - 120 min	22	11	
> 120 min	13	6,6	
Type d'examens de laboratoire demandé	190		
Taux d'hémoglobine,	121	63,68	38
Groupe sanguin rhésus	121	63,68	38
Sérodiagnostic de Widal et Felix	35	18,42	42
Goutte épaisse/Frottis	33	17,4	32
Glycémie	1	0,5	1
Type d'examens d'imagerie médicale demandée	34	100	
Echographie abdominopelvienne	34	35,3	
Disponibilité des médicaments	201	64,7	35
Oui	71		
Non	130		
Mode d'acquisition des médicaments	201		
Achat	130	64,7	
Kit urgence	38	18,9	
Kit césarienne	33	16,4	

L'état clinique des patients admis à l'unité des urgences médico - chirurgicales et à la maternité selon le CCMU était « jugé stable » dans 87,1% des cas et « jugé grave » dans 12,9% des cas. Cent cinquante-sept patients soit 78,1% avaient été pris en charge en moins de 6 minutes contre 7 patients en 60 minutes. Les médicaments étaient disponibles au niveau du CSref dans 35,3% des cas. La moyenne de produits prescrits par patient était de 8,2. Les médicaments les plus prescrits à l'urgence médico - chirurgicale et à la maternité étaient : les colloïdes (25,5%), les antibiotiques (21,2%) et les antalgiques et antipyrétiques (20,8%). Les produits acquis ont été achetés dans 64,7% des cas à la pharmacie hospitalière du CSRef et délivrés gratuitement dans

35,3% par le CSRef. Parmi les produits achetés, 89,8% l'ont été à la pharmacie du CSRef et 10,2% dans les officines de pharmacie de la ville. La concordance diagnostique était de 98,2% en secteur d'hospitalisation. Le coût de la prise en charge était en moyenne de 32 694 Francs CFA avec des extrêmes allant de 1800 à 136 500 Francs CFA. La satisfaction des patients était pour l'hébergement (92,5%,) et la mise en observation (95%). Sur les 178 patients mis en observation, 15 sont décédés. Le décès survenait en cours de l'observation en unité d'hospitalisation soit 8,43% (15/178). Le taux de décès était plus élevé en chirurgie soit 12% (5/42) suivi de la maternité 7,7% (6/78) et de l'unité d'hospitalisation de médecine avec 6,7% (4/58).

Discussion

La présente étude, axée sur le fonctionnement de l'unité des urgences médico-chirurgicales et de la maternité du CSref de Niono et la qualité de la prise en charge des patients, mettait en exergue le rôle important d'un service d'accueil des urgences au sein d'une structure de santé.

L'étude révélait l'existence à l'unité des urgences médico-chirurgicales et de la maternité du CSRef de Niono de plusieurs défaillances structurelles et organisationnelles, susceptibles d'affecter la qualité de la prise en charge des patients.

L'absence au Mali d'un cadre normatif national réglemant la structure et le fonctionnement d'un service hospitalier d'accueil des urgences, au 1^{er} et même 3^{ème} niveau de la pyramide sanitaire, nous a motivé à recourir aux données de la littérature pour des comparaisons. L'heure exacte de la fin de la consultation par le médecin n'a pas été évaluée chez les malades admis à l'unité des urgences médico – chirurgicales et de la maternité. Cette situation pouvait avoir introduit un biais dans l'évaluation réelle des performances à l'unité des urgences médico – chirurgicales et de la maternité. Notre étude a évalué le temps de réalisation des examens complémentaires, les délais d'obtention des résultats des examens complémentaires à partir de l'heure d'admission du patient, incluant, par conséquent, les durées d'attente et de consultation médicale. Cependant, une telle évaluation présentait mieux les temps cumulés avant l'obtention des résultats de ces examens. Le faible taux des urgences médico-chirurgicales et obstétricales (5,21% de toutes les consultations), pouvait s'expliquer par le fait qu'il y'a de plus en plus de cliniques médicales privées dans le District sanitaire de Niono et aussi que la période d'étude a coïncidé avec la rénovation du centre rendant la fréquentation limitée.

La présente étude révélait que l'unité des urgences médico-chirurgicales et de la maternité fonctionnait avec un personnel médical et paramédical non formé à la prise en charge des urgences. Cette situation tenait à l'absence, dans le curriculum de formation dans les écoles infirmières et les facultés de médecine, d'une véritable préparation à la prise en charge des urgences [10-14]. L'absence de filière de formation spécifique en médecine des urgences pourrait être palliée par la formation continue du personnel dans ce domaine, comme actuellement en vigueur en France [15,16]. Malgré cela, les prestations médicales sont apparues encourageantes, quant à la concordance du diagnostic à l'unité des urgences médico - chirurgicales et la maternité et les services d'hospitalisation (98,2%). Mbutiwi INF et al [17] trouvait 90,8% de concordance du diagnostic à l'admission au service des urgences et en hospitalisation.

Les urgences obstétricales étaient fréquentes dans notre étude. Sur 201 admissions, nous avons enregistré 83 urgences obstétricales—avec une prédominance des hémorragies dont la fréquence était inférieure à celle du Togo [18] de 2,65%, du Gabon [19] de 3,15% et de l'ensemble du Mali [20] de 5,2%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, le CSRef de Niono est un centre de santé de 1^{ère} référence pour les centres de santé communautaire (CSCOM) qui sont situés dans sa zone de compétence, et les CSCOM situés non loin de Ségou évacuent directement à l'hôpital régional.

Les urgences médicales et chirurgicales dans notre étude avaient respectivement une fréquence de 1,8% et de 1,3%. Les données de la littérature concernant la fréquence des urgences médicales et chirurgicales sont variables [7,21-23].

L'âge moyen de nos patientes était conforme aux données de la littérature internationale [19,24,25]. Dans notre série, la couche socioprofessionnelle la plus concernée est identique à celle rapportée par d'autres auteurs [24,26]. Plus de la moitié des patients (51,3%) avaient été référée des centres de santé communautaires (CSCOM), notre taux de référence est inférieur à celui rapporté par Saizonou J et al. (2006) [26] dans une étude réalisée au sud du Bénin (74%). Les références dans notre étude avaient été décidées dans 70,8% des cas par un médecin et un technicien de santé. Dans l'étude de Sepoua A et al [27] à Bangui, les références avaient été décidées dans 69,4% et 23,9% des cas respectivement par les sages – femmes et les assistantes accoucheuses.

Les flux des patients suivant les jours de la semaine dans notre étude est similaire aux résultats de l'étude de Abdoulaye Traoré et col [8]. Pour une prise en charge efficace des urgences, des critères spécifiques devraient être définis en tenant compte du contexte du lieu d'étude. En plus des critères classiques que sont le délai d'attente, le délai thérapeutique, la cohérence diagnostique et la satisfaction des utilisateurs, nous avons aussi tenu compte de la fourniture ou non de produits aux patients, pour évaluer la prise en charge des patients à l'unité des urgences médico-chirurgicales et la maternité du CSRef de Niono. Le délai d'attente, premier traceur de la qualité de l'accueil, dans notre série, était corrélé à la disponibilité du personnel (89%). Le délai thérapeutique était variable à cause de l'indisponibilité des au niveau du CSRef. Nos résultats étaient similaires aux résultats obtenus par Abdoulaye Traoré et al [8].

Le coût de la prise en charge pour un patient était en moyenne de 32 694 Francs CFA largement plus élevé que celui trouvé par Abdoulaye Traoré et col au Burkina Faso. La concordance diagnostique entre l'unité des urgences médico - chirurgicales et la maternité et les services d'hospitalisation (98,2%),

était supérieure à celle obtenue par Abdoulaye Traoré et al [8].

Le taux de mortalité de 8,43% est le reflet de la qualité de la prise en charge des urgences au CSRef de Niono (défaillances structurelles et organisationnelles). Les taux de mortalité à l'unité d'hospitalisation chirurgicale (12%) et à la maternité (7,7%) étaient supérieures à ceux retrouvés dans la littérature : 2,41% au Sénégal [28], 5,1% au Niger [29]. Tchaou [24] au Bénin trouvait un taux de mortalité inférieur (0,4%).

Pour le taux de satisfaction globale concernant l'hébergement et la mise en observation notre résultat

était supérieur à celui obtenu par Iheb Bougmiza et al [30] en Tunisie (51%) et par Blatt A et al [31] à Yaoundé (5,2%).

Conclusion

L'unité des urgences médico-chirurgicales et la maternité constitue un point névralgique et d'intense activité du CSRef de Niono. IL existe néanmoins de nombreuses contraintes organisationnelles et des défaillances structurelles susceptibles d'affecter la qualité de la prise en charge des patients. Il y a un besoin urgent de formation du personnel en gestion des urgences, de formalisation des procédures administratives et des soins, et de renforcement du plateau technique en vue d'améliorer l'offre des soins et de diminuer le coût de la prise en charge.

Références :

1. **Borsali-Falfoul N, Rezgui M, Kefi M, Zaghdoudi I, Asta L, Jerbi Z.** Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences d'un centre hospitalo-universitaire. *Tunis Med* 2007 ; 85 (12) : 1004-10
2. **Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M et coll.** Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *JEUR* 2001 ; 14 : 144-52..
3. **Comité quadripartite sur le secours à personne en République Française.** Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Référentiel commun, juin 2008. Consulté le 10 octobre 2017 sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel.pdf>
4. **Guevart E, Binam F, Solle J.** Prise en charge des urgences : Etat des lieux au Cameroun en 2002- 2005. Consulté le 01 octobre 2017 sur le site web <http://www.amgh.ma/pièces/Prise>
5. **Binam F, Malongte P, Beyiha G, ZeMinkande J, Takongmo S, Bengono G.** La carte sanitaire au Cameroun est-elle compatible avec une prise en charge rationnelle des urgences ? *Med Trop* 2002 ; 62 : 251-5
6. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.** Programme de Développement socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III). Page : 38 - 45
7. **Binam F, Takongmo S, Kingue S, Mbanya D, Njip JM, Hagbe P.** Circuit de prise en charge des urgences au Cameroun : état des lieux dans un hôpital de la ville de Yaoundé. *JEUR* 2001 ; 14 (4) :233-39.
8. **Traore A, Ouedraogo HZ, Sondo B, Guissou IP.** Les urgences médicales au Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : profil et prise en charge des patients. *Santé* 2002 ; 12 (3) : 307-12.
9. **Conférence d'experts de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), de Samu de France, de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).** Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (S.A.U.V.). Février 2003. Consulté le 06 Juin 2016 sur le site <http://www.sfm.org/documents/ressources/référentiels/sauv.pdf>.
10. **Wiler JL, Bailey H, Madsen TE.** The need for emergency medicine resident training in forensic medicine. *Ann Emerg Med* 2007 ; 50 : 733-8.
11. **Bayram JD.** Emergency medicine in Lebanon : overview and prospects. *J Emerg Med* 2007 ; 32 (2) : 217-22.
12. **Perrott CA.** Emergency medicine in South Africa: a personal perspective. *J Emerg Med* 2003, 25 (3) : 325-28.
13. **Sentilhes-Monkam A.** Les services d'accueil des urgences sont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest ? Exemple à l'hôpital principal de Dakar. *Santé Publique.* 2011 ; 23 (1) : 7-17.

1. **Arvier PT, Walker JH, McDonagh T.** Training emergency medicine doctors for rural and regional Australia: can we learn from other countries? *Rural Remote Health* 7 : 705. (Online), 2007. Available from: <http://www.rrh.org.au> (Accessed 28 April 2011).
2. **Colavolpe C, Botti G, François G.** Anesthésistes-réanimateurs et formation médicale continue. *Ann Fr Anesth.* 1994 ; 13 (6) : 894-7.
3. **Bertrand C, Ouss I, Jehel L, Le Bourgeois JP.** Stratégie d'évaluation des compétences au cours du diplôme universitaire de régulation des urgences médicales. *Pédagogie médicale* 2004 ; 5 (1) : 27-34.
4. **Mbutiwi INF, Nseka MN, Meert P, Malengreau M, Dramaix-Wilmet et coll.** Organisation fonctionnelle du service des urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa. *Ann. Afr. Med* 2012, 6 (1) : 1274-84
5. **Akpadza K., Baeta S., Hodonou A.K.S.** Fréquence et pronostic de quatre grandes urgences médico-obstétricales au centre hospitalier régional de Sokodé. *Méd Afr Noire* : 1996 ; 43 (11)
6. **Sosthene Mayi-Tsonga, Meye Jf, Tagne A, Ndombi I, Thierno Diallo, Oksana L, Mendome G et coll.** Audit de la morbidité obstétricale grave (néarmiss) au Gabon. *Cahiers d'études et de recherches francophones /Sante.* 2007. 17 (2) :111-15
7. **Coulibaly Y, Goita D, Dicko H, Diallo B, Diallo D, Keita M, Doumbia D, Diallo Ak.** Morbidité et mortalité maternelles en réanimation en milieu tropical. *Rev Afr anesthésiol Med Urgence* 2011. 16 (2)
8. **C.T. Toure, M. Dieng.** Urgences en milieu tropical : état des lieux. L'exemple des urgences chirurgicales au Sénégal. *Med Trop* 2002 ; 62 : 237-41
9. **Touré PS, Leye A, Pape Mamadou Diop, Leye Y M, Diop M et coll.** Profil épidémiologique – Clinique des patients observés dans un service d'urgence médicale dans un hôpital de banlieue. *Rev Afr anesthésiol Med Urgence.* 2012, 17 (2)
10. **Keita M., Samaké B M., Fomba S., Tall F.K, Dicko H, Dembélé J.P. et coll.** Caractéristiques épidémiologiques des patients vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) admis au service d'accueil des urgences du
11. Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) du Point G de Bamako (Mali). *Rev Afr Anesthésiol. Med Urgence* 2016. 21 (1)
14. **Tchaou B A, Hounkponou Nouessewa F M, Kabibou Salifou, Zoumenou E, Chobli M.** Les urgences obstétricales à l'hôpital Universitaire de Parakou au Bénin : Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *European Scientific Journal* March 2015.11(9)
15. **Oliveira Jr F C, Costa M L, Cecatti J G, Pinto e Silva J L, Surita F G.** 2013. Maternal morbidity and near miss associated with maternal age: the innovative approach of the 2006 Brazilian demographic health survey. *Clinics.* 68 (7) : 922-7.
16. **Saizonou J, De Brouwere V, Dramaix-Wilmet M, Buekens P, Dujardin B.** 2006. Audit de la qualité de prise en charge des échappées belle (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. *Cahiers santé* ; 16 (1) : 33-42.
17. **Sepou A. ; Goddot M. ; Ngbale R. ; Gaunefet C.E. et coll.** Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. *Clinics in Mother and Child Health* 2009. 6 (1)
18. **B. Ka Sall, O. Kane, E. Diouf, M.D. Beye.** Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. *Med Trop* 2002 ; 62 : 247-50
19. **M. Nayama, D. Tamakloé-Azamesu, M. Garba, N. Idi, B. Djibril, M. Kamayé et coll.** Hématome rétro placentaire. Prise en charge dans une maternité de référence du Niger. Étude prospective à propos de 118 cas sur un an. *Gynécologie obstétrique fertilité & sénologie.* 2007. 35 (10) : 975-81
20. **Iheb Bougmiza, Meriem EL Ghardallou, Chekib Zedini et coll.** Evaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. *Pan African Medical Journal.* 2011 ; 8 : 44
21. **Blatt A, Chambon R, Lemardely P, Touko A, Kamta C, Chandenier J.** Perception de l'hôpital central par la population de la ville de Yaoundé : approches quantitative et qualitative. *Cah Santé* 1997 ; 7 : 221-26.

Conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêts