

ANNEE : 2012

THESE N° :161

**EVALUATION DE L'ACTIVITE DE LA SALLE DE
DECHOCAGE : ETUDE RETROSPECTIVE
A PROPOS DE 2667 CAS AU CHU IBN SINA RABAT**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme HANAA BENCHEKROUN BELABBES

Epouse BENCHEKROUN

Née le 13 Février 1985

Interne du CHU Ibn Sina - Rabat

Pour L'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Détresse Vitale – Déchocage – Transfert- Décès

JURY

Mr A.BENCHEKROUN BELABBES

Professeur de chirurgie générale

Mr M.DIMOU

Professeur d'anesthésie réanimation

Mr M. FAROUDY

Professeur d'anesthésie réanimation

Mr R. EL MOUSSAOUI

Professeur d'anesthésie réanimation

Mr L. BELYAMANI

Professeur agrégé d'anesthésie réanimation

**PRESIDENT ET
RAPPORTEUR**

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا بِكَ

عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ

سورة البقرة الآية ٣١



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

- 1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH

1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK

1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI

1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI

1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ

Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines

Professeur Mohammed JIDDANE

Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Ali BENOMAR

Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Yahia CHERRAH

Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

Conservateur : Ahmed ZAHIDI

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie

4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed
7. Pr. HAMANI Ahmed*
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
9. Pr. SBIHI Ahmed
10. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali*
12. Pr. BENOMAR M'hammed
13. Pr. BENSOUDA Mohamed
14. Pr. BENOSMAN Abdellatif
15. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

16. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
17. Pr. BALAFREJ Amina
18. Pr. BELLAKHDAR Fouad
19. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
20. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie –Réanimation
Chirurgie-Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

21. Pr. BOUCETTA Mohamed*
22. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
23. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
24. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
25. Pr. NAJI M'Barek *
26. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

27. Pr. BENJELLOUN Halima
28. Pr. BENSaid Younes
29. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
30. Pr. IHRAI Hssain *
31. Pr. IRAQI Ghali
32. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

33. Pr. AJANA Ali
34. Pr. AMMAR Fanid
35. Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép.TAOBANE
36. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
37. Pr. EL HAITEM Naïma
38. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
39. Pr. EL YAACOUBI Moradh
40. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
41. Pr. LACHKAR Hassan
42. Pr. OHAYON Victor*
43. Pr. YAHYAOUY Mohamed

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

44. Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
45. Pr. DAFIRI Rachida
46. Pr. FAIK Mohamed
47. Pr. HERMAS Mohamed
48. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine-Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

49. Pr. ADNABOUI Mohamed
50. Pr. AOUNI Mohamed
51. Pr. BENAMEUR Mohamed*
52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
53. Pr. CHAD Bouziane
54. Pr. CHKOFF Rachid
55. Pr. KHARBACH Aïcha
56. Pr. MANSOURI Fatima
57. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
58. Pr. SEDRATI Omar*
59. Pr. TAZI Saoud Anas
60. Anesthésie Réanimation

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie

Février Avril Juillet et Décembre 1991

61. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
62. Pr. ATMANI Mohamed*
63. Pr. AZZOUZI Abderrahim
64. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
65. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
66. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
67. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
68. Pr. BENSOUDA Yahia
69. Pr. BERRAHO Amina
70. Pr. BEZZAD Rachid
71. Pr. CHABRAOUI Layachi
72. Pr. CHANA El Houssaine*
73. Pr. CHERRAH Yahia
74. Pr. CHOKAIRI Omar
75. Pr. FAJRI Ahmed*
76. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
77. Pr. KHATTAB Mohamed
78. Pr. NEJMI Maati
79. Pr. OUAALINE Mohammed*
80. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
81. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Pharmacologie
Chimie-thérapeutique

Décembre 1992

82. Pr. AHALLAT Mohamed
83. Pr. BENOUDA Amina
84. Pr. BENSOUDA Adil
85. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie

86. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
87. Pr. CHRAIBI Chafiq
88. Pr. DAOUDI Rajae
89. Pr. DEHAYNI Mohamed*
90. Pr. EL HADDOURY Mohamed
91. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
92. Pr. FELLAT Rokaya
93. Pr. GHAFIR Driss*
94. Pr. JIDDANE Mohamed
95. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
96. Pr. TAGHY Ahmed
97. Pr. ZOUHDI Mimoun

Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

98. Pr. AGNAOU Lahcen
99. Pr. AL BAROUDI Saad
100. Pr. BENCHERIFA Fatiha
101. Pr. BENJAAFAR Nouredine
102. Pr. BENJELLOUN Samir
103. Pr. BEN RAIS Nozha
104. Pr. CAOUI Malika
105. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
106. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
107. Pr. EL AOUDAD Rajae
108. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
109. Pr. EL HASSANI My Rachid
110. Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
111. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
112. Pr. ERROUGANI Abdelkader
113. Pr. ESSAKALI Malika
114. Pr. ETTAYEBI Fouad
115. Pr. HADRI Larbi*
116. Pr. HASSAM Badredine
117. Pr. IFRINE Lahssan
118. Pr. JELTHI Ahmed
119. Pr. MAHFOUD Mustapha
120. Pr. MOUDENE Ahmed*
121. Pr. OULBACHA Said
122. Pr. RHRAB Brahim
123. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
124. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire

Mars 1994

125. Pr. ABBAR Mohamed*
126. Pr. ABDELHAK M'barek
127. Pr. BELAIDI Halima
128. Pr. BRAHMI Rida Slimane
129. Pr. BENTAHILA Abdelali
130. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
131. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
132. Pr. CHAMI Ilham
133. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
134. Pr. EL ABBADI Najia

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie

135. Pr. HANINE Ahmed*
136. Pr. JALIL Abdelouahed
137. Pr. LAKHDAR Amina
138. Pr. MOUANE Nezha

Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

139. Pr. ABOUQUAL Redouane
140. Pr. AMRAOUI Mohamed
141. Pr. BAIDADA Abdelaziz
142. Pr. BARGACH Samir
143. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
144. Pr. BENAZZOUZ Mustapha
145. Pr. CHAARI Jilali*
146. Pr. DIMOU M'barek*
147. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
148. Pr. EL MESNAOUI Abbes
149. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
150. Pr. FERHATI Driss
151. Pr. HASSOUNI Fadil
152. Pr. HDA Abdelhamid*
153. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
154. Pr. IBRAHIMY Wafaa
155. Pr. MANSOURI Aziz
156. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
157. Pr. RZIN Abdelkader*
158. Pr. SEFIANI Abdelaziz
159. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation-Médicale

Décembre 1996

160. Pr. AMIL Touriya*
161. Pr. BELKACEM Rachid
162. Pr. BELMAHI Amin
163. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
164. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
165. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
166. Pr. GAOUZI Ahmed
167. Pr. MAHFOUDI M'barek*
168. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
169. Pr. MOHAMMADI Mohamed
170. Pr. MOULINE Soumaya
171. Pr. OUADGHIRI Mohamed
172. Pr. OUZEDDOUN Naima
173. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

174. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
175. Pr. BEN AMAR Abdesselem
176. Pr. BEN SLIMANE Lounis
177. Pr. BIROUK Nazha
178. Pr. BOULAICH Mohamed
179. Pr. CHAOUIR Souad*
180. Pr. DERRAZ Said
181. Pr. ERREIMI Naima

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie

182. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
183. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie
184. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
185. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
186. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
187. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
188. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
189. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
190. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
191. Pr. SAFI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
192. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
193. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie-Obstétrique

Novembre 1998

194. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
195. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo-phtisiologie
196. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto-Rhino-Laryngologie
197. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
198. Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
199. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
200. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
201. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
202. Pr. LAZRAK Khalid (M)	Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

203. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
204. Pr. KHATOURI ALI*	Cardiologie
205. Pr. LABRAIMI Ahmed*	Anatomie Pathologique

Janvier 2000

206. Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
207. Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
208. Pr. BENCHERIF My Zahid	Ophthalmologie
209. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd	Pédiatrie
210. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
211. Pr. CHAOUI Zineb	Ophthalmologie
212. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
213. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
214. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
215. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
216. Pr. EL OTMANYAzzedine	Chirurgie Générale
217. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
218. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
219. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
220. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
221. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
222. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
223. Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation

224. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Médecine Interne

Novembre 2000

225. Pr. AIDI Saadia
226. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
227. Pr. AJANA Fatima Zohra
228. Pr. BENAMR Said
229. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
230. Pr. CHERTI Mohammed
231. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
232. Pr. EL HASSANI Amine
233. Pr. EL IDGHIRI Hassan
234. Pr. EL KHADER Khalid
235. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
236. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
237. Pr. HSSAIDA Rachid*
238. Pr. LACHKAR Azzouz
239. Pr. LAHLOU Abdou
240. Pr. MAFTAH Mohamed*
241. Pr. MAHASSINI Najat
242. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
243. Pr. NASSIH Mohamed*
244. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
²Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

245. Pr. ABABOU Adil
246. Pr. AOUAD Aicha
247. Pr. BALKHI Hicham*
248. Pr. BELMEKKI Mohammed
249. Pr. BENABDELJLIL Maria
250. Pr. BENAMAR Loubna
251. Pr. BENAMOR Jouda
252. Pr. BENELBARHDADI Imane
253. Pr. BENNANI Rajae
254. Pr. BENOUACHANE Thami
255. Pr. BENYOUSSEF Khalil
256. Pr. BERRADA Rachid
257. Pr. BEZZA Ahmed*
258. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
259. Pr. BOUHOUCHE Rachida
260. Pr. BOUMDIN El Hassane*
261. Pr. CHAT Latifa
262. Pr. CHELLAOUI Mounia
263. Pr. DAALI Mustapha*
264. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
265. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
266. Pr. EL HIJRI Ahmed
267. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
268. Pr. EL MADHI Tarik
269. Pr. EL MOUSSAIF Hamid

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie

270. Pr. EL OUNANI Mohamed
 271. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 272. Pr. ETTAIR Said
 273. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 274. Pr. GOURINDA Hassan
 275. Pr. HRORA Abdelmalek
 276. Pr. KABBAJ Saad
 277. Pr. KABIRI EL Hassane*
 278. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 279. Pr. LEKEHAL Brahim
 280. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 281. Pr. MEDARHRI Jalil
 282. Pr. MIKDAME Mohammed*
 283. Pr. MOHSINE Raouf
 284. Pr. NABIL Samira
 285. Pr. NOUINI Yassine
 286. Pr. OUALIM Zouhir*
 287. Pr. SABBAH Farid
 288. Pr. SEFIANI Yasser
 289. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
 290. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie
 Urologie

Décembre 2002

291. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 292. Pr. AMEUR Ahmed *
 293. Pr. AMEUR Ahmed *
 294. Pr. AMRI Rachida
 295. Pr. AOURARH Aziz*
 296. Pr. BAMOU Youssef *
 297. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 298. Pr. BENBOUAZZA Karima
 299. Pr. BENZEKRI Laila
 300. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 301. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 302. Pr. BICHA Mohamed Zakariya
 303. Pr. CHOHO Abdelkrim *
 304. Pr. CHKIRATE Bouchra
 305. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 306. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
 307. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 308. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 309. Pr. EL MANSARI Omar*
 310. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 311. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 312. Pr. HADDOUR Leila
 313. Pr. HAJJI Zakia
 314. Pr. IKEN Ali
 315. Pr. ISMAEL Farid
 316. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 317. Pr. KRIOULE Yamina
 318. Pr. LAGHMARI Mina
 319. Pr. MABROUK Hfid*
 320. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 321. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie

322. Pr. MOUSTAIN My Rachid
323. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
324. Pr. OUJILAL Abdelilah
325. Pr. RACHID Khalid *
326. Pr. RAISS Mohamed
327. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
328. Pr. RHOU Hakima
329. Pr. SIAH Samir *
330. Pr. THIMOU Amal
331. Pr. ZENTAR Aziz*
332. Pr. ZRARA Ibtisam*

Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophthisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Janvier 2004

333. Pr. ABDELLAH El Hassan
334. Pr. AMRANI Mariam
335. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
336. Pr. BENKIRANE Ahmed*
337. Pr. BENRAMDANE Larbi*
338. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
339. Pr. BOULAADAS Malik
340. Pr. BOURAZZA Ahmed*
341. Pr. CHAGAR Belkacem*
342. Pr. CHERRADI Nadia
343. Pr. EL FENNI Jamal*
344. Pr. EL HANCHI ZAKI
345. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
346. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
347. Pr. HACHI Hafid
348. Pr. JABOUIRIK Fatima
349. Pr. KARMANE Abdelouahed
350. Pr. KHABOUZE Samira
351. Pr. KHARMAZ Mohamed
352. Pr. LEZREK Mohammed*
353. Pr. MOUGHIL Said
354. Pr. NAOUMI Asmae*
355. Pr. SAADI Nozha
356. Pr. SASSENOU ISMAIL*
357. Pr. TARIB Abdelilah*
358. Pr. TIJAMI Fouad
359. Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

360. Pr. ABBASSI Abdellah
361. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
362. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
363. Pr. ALLALI Fadoua
364. Pr. AMAR Yamama
365. Pr. AMAZOUZI Abdellah
366. Pr. AZIZ Nouredine*
367. Pr. BAHIRI Rachid
368. Pr. BARKAT Amina
369. Pr. BENHALIMA Hanane
370. Pr. BENHARBIT Mohamed

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie

371. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
372. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
373. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
374. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
375. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
376. Pr. EL HAMZAoui Sakina	Microbiologie
377. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
378. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
379. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
380. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
381. Pr. KENDOSSI Mohamed*	Cardiologie
382. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
383. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
384. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
385. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
386. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
387. Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam	Ophtalmologie
388. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAoui Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne

440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441 Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
455. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
456. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
457. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

OCTOBRE 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila	Anatomie pathologique
459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie

466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUIFI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique

495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

506. Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
507. Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
509. Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
510. Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
511. Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
512. Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
513. Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
514. Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
515. Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
516. Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
517. Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
518. Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
519. Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
520. Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
521. Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
522. Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique

523. Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
524. Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
525. Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
526. Pr. ABOUZAHIR Ali *	Médecine interne
527. Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
528. Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
529. Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
530. Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
531. Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
532. Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
533. Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
534. Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
535. Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
536. Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
537. Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation

Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. RAISSOUNI Zakaria*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. LEZREK Mounir	Ophthalmologie
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3. Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5. Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie

14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCI Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique
* Enseignants Militaires	

Dédicaces

A ALLAH

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A MES PARENTS

Vous avez veillé sur mon éducation avec amour et tendresse.

*Votre sens de sacrifice et votre conception de l'éducation suscitent en moi
les sentiments d'admiration et de reconnaissance.*

*Aucun mot n'est assez fort pour exprimer tout l'amour et l'affection que
j'ai pour vous*

Que dieu vous protège.

A Mon Mari Si Mohammed Benchekroun

*Ta tendre gentillesse et ton agréable soutien ont su me redonner confiance
dans des moments de doute.*

*Que dieu nous unisse aujourd'hui plus qu'hier et demain plus
qu'aujourd'hui.*

A Mon frère Saad et ma sœur Ilham

Les moments de complicité et de joie passés ensemble sont inoubliables.

Que notre fraternité soit éternelle.

A ma petite sœur Meryem

Tu es si gentille et si tendre que je réserve pour toi et pour toujours une place particulière dans mon cœur.

A la mémoire de mes grands pères

Vos sages paroles résonnent toujours en moi. Vous êtes à jamais dans mon cœur.

A mes grandes mères

Vous êtes des trésors de douceur. Merci pour toute l'affection dont vous m'avez comblée depuis mon enfance.

Que dieu vous procure longue vie.

A mes beaux parents

Vous m'avez rapidement et chaleureusement adopté parmi vous. Je vous remercie pour votre bonté et votre tendresse.

Que dieu vous garde en bonne santé.

A mes oncles : Si Mohammed, Ali et Zouhair et leurs épouses

En témoignage de mon affection

A mes tantes et leurs époux

Avec une pensée particulière pour ma tante Mounia et son mari et ma tante Samira

En témoignage de ma reconnaissance pour vos conseils et encouragements à chaque étape de ma vie.

A mes cousins et cousines

En témoignage de mon amour .

A mon beau frère Badre , sa femme Hind et le petit Ghali

En signe de mon affection.

A mes beaux frères Hamza et youssef

Vous êtes pou moi de véritables frères pour toute la vie.

A mes amies

Houda, Meryem, Zineb, Siham , Hanane , et Fatima zohra

*Pour les bons moments passés ensemble et en témoignage de ma gratitude pour
votre sincérité.*

A tout mes amies du groupe Scolaire ATLAS.

Remerciements

A notre maître et président de thèse
Monsieur Benchekroun Bellabes Abdellatif
Professeur en Chirurgie Générale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faite en acceptant d'être président et rapporteur thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre

Vos orientations ont permis à ce travail de voir le jour ; vos remarques judicieuses ont permis de l'affiner.

Veillez accepter, cher maitre, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A A MON MAITRE ET Juge DE THESE

Monsieur Dimou Mbarek

Professeur en anesthésie réanimation

*Malgré vos multiples obligations, vous avez accepté de juger ce travail ;
nous vous en sommes profondément reconnaissant.*

*Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre
enseignement et d'apprécier votre sens professionnel.*

*Croyez à notre sincère reconnaissance pour votre gentillesse et votre
disponibilité.*

A MON MAÎTRE ET Juge DE THÈSE

Monsieur Faroudy Mamoune

Professeur en anesthésie réanimation

Nous sommes profondément touchés par votre gentillesse, et vos remarquables qualités humaines et professionnelles qui méritent toute admiration et tout respect.

Veillez accepter, l'expression de notre profond respect et notre reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET Juge DE THÈSE

Monsieur Moussaoui Rachid

Professeur en anesthésie réanimation

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de nous juger.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en s'intéressant à ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre estime et notre sincère reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET Juge DE THÈSE

Monsieur Belyamani Lahcen

Professeur en anesthésie réanimation

Vous avez aimablement accepté de juger notre thèse

Nous avons pu apprécier vos qualités professionnelles et humaines.

Veillez trouver ici cher maître, le témoignage de notre reconnaissance et

de nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

Introduction	1
Généralités et rappel	4
I. Présentation du service des urgences Porte chirurgicales.....	5
II. Différentes classifications des indices de gravité en urgence.....	15
1- Le score de glasgow de teasdale et jennet en 1974.....	15
2. La classification du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil ou GEMSA.....	16
3. Classification clinique des malades des urgences modifiée ou CCMU modifiée.....	17
III- Classification des urgences vitales.....	19
Matériel et méthodes d'étude	20
I. Matériel.....	21
1. La salle de déchocage de l'HIS.....	21
1.1 Situation	21
1.2 Moyens humains	22
1.2.1 Le personnel médical	22
1.2.2. Le personnel infirmier.....	22
1.3 Fonctionnement	23
1.4 -Moyens Matériels	23
2. La population étudiée	24
I.I.I. Méthode de l'étude Analyse statistique	25
1-Etude descriptive.....	25
2-Etude analytique	25
Résultats	26
I. Activité globale du service.....	27
I.I Sexe et âge	27
1 Sexe.....	27
2 Age.....	29
I.I.I- Provenance.....	29
IV-Type de pathologies	32
V- Devenir des malades	35
VI- Répartition des malades selon la classification des malades des urgences	37
VII- Les type de transfert	37
VIII-Type de réanimation.....	39
IX-La durée de séjours	40
X- Etude analytique selon les pathologies	43
1.Age et sexe	43
2.Sexe	43
3.Age	44
4. Provenance	45
5. Devenir	46
3.1 Les transferts intra hospitaliers	46
3.2 Les transferts en réanimation.....	48
3.2.1 Effectif des Transferts en réanimation selon les pathologies.....	48
3.2.2 Transfert en réanimation médicale	49

3.2.3 Transferts en réanimation chirurgicale	50
4. Décès	51
4.1 Répartition des décès par pathologie	51
4.2 Influence des transferts sur le décès.....	54
4.2.1 Influence des transferts intra hospitaliers sur de décès	54
4.2.2 Influence des transferts en réanimation sur les décès	54
5- Sortie contre avis médicale	55
Discussion	57
I. Salle de déchocage de l'hôpital Ibn Sina	58
1. Situation de la salle de déchocage	58
2. Equipements	58
3. Mode d'admission	58
4. Le personnel	59.
II. Importance de l'activité de la salle de déchocage au sein de l'hôpital Ibn Sina	59
III. Profil globale des patients admis dans la salle de déchocage	61
1- Sexe	61
2-Age	62
3-Moyens d'arrivée aux urgences	63
4- Provenances des malades	64
IV- Les type de pathologie	65
1-Pathologie Neurologique.....	66.
2- Pathologie Cardio Vasculaire.....	67
3-Pathologie Pulmonaire	67
4-La pathologie accidentelle.....	68
4-Pathologie viscérale.....	68
V. Devenir des malades	69
1- Les transferts vers la salle d'hospitalisation ou vers les services d'accueil.....	69
2- Les transferts vers les services de réanimation	70
2.1 Transfert en réanimation médicale	72
2.2 Transferts en réanimation chirurgicale.....	73
3. Transfert vers les autres structures	73
4. Sortie	73
5. Les décès	75
6. Influence des transferts sur le décès	77
6.1 Influence des transferts intra hospitaliers sur de décès	77
6.2 Influence des transferts en réanimation sur les décès	77
7- SCAM	78
VI. Durée de séjours	79
VII. Recommandations concernant la mise en place, la gestion et l'utilisation d'une SAUV	80
1. Définition d'une SAUV	80
2. Critères d'admission.....	81
3. Architecture	81
3.1- Localisation.....	81

3.2- Accès.....	82
3.3- Structure.....	82
4. Equipements.....	84
5. Durée de prise en charge	87
6- Collaboration.....	88
* Avec le Samu-Smur	88
* Avec l'anesthésie- réanimation et réanimations.....	89
* Avec les consultants	89
* Services médicotecniques	90
* Services d'aval	90
* Contractualisation.....	90
7.Ressources humaines.....	90
❑ Formation de l'équipe soignante affectée à la SAUV	91
❑ Equipe soignante affectée à la SAUV	91
8- Procédures et protocoles	92
9- Evaluation	93
VII- Vers une restructuration de la salle déchocage du service des urgences de l'hôpital Ibn Sina	94

Introduction

L'urgence est un problème complexe et primordial. Le service d'accueil des Urgences constitue la vitrine de l'hôpital. Sa place au sein de l'hôpital doit être définie sans ambiguïté et des moyens appropriés doivent lui être consenties.

Les services d'urgence font face au Maroc à une augmentation majeure de l'affluence des patients, ce qui pose de réels problèmes de prise en charge des urgences vitales, noyées au milieu des consultations qui relèvent de la médecine générale. C'est la raison pour laquelle ont été créées de véritables Salles d'Accueil des Urgences Vitales dites S.A.U.V, appelées encore salle de déchocage dont la fonction initiale était exclusivement la prise en charge de ces urgences vitales réelles ou potentielles, mais qui ont été détournées de leur fonction première faute de place et peuvent donc recevoir des patients qui ne relèvent pas de la salle de déchocage

Selon les Recommandations Officielles des Sociétés Savantes de 2002 [1, 2, 3] concernant la mise en place, la gestion de la salle de déchocage, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales, doivent être régulièrement évaluées avec mise en place d'un registre d'activité. Cette même conférence d'experts a établi que l'admission dans la SAUV concerne uniquement les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle.

Actuellement l'hôpital Ibn Sina dispose d'une salle de déchocage, permettant d'accueillir 4 patients. Cependant, l'inadéquation architecturale de la salle en terme de surface et d'équipement, avec l'accroissement régulier du nombre de passage, entraînent un certain nombre de contraintes, impliquant entre autres que la salle est souvent encombrée ; et ses civières transformées en lits de surveillance ou de réanimation.

Dans cette perspective, l'objectif de cette étude est de faire un état des lieux et de quantifier objectivement l'importance de l'activité de cette salle de déchocage pour la prise en charge des détresses vitales, de connaître ainsi les patients concernés, les motifs d'admission, leur mode d'entrée, les diagnostics retenus, leur orientation et leur devenir.

De cette évaluation découlera peut-être la nécessité de revoir l'architecture de la salle, d'une sectorisation médico-infirmière, avec attribution de moyens humains et matériels supplémentaires, et la nécessité de mettre en place des outils, et des critères d'admission de certains patients en salle de déchocage, ceci dès leur arrivée aux urgences et surtout instaurer une procédure afin de faciliter le transfert des patients vers les services d'accueil.

Généralités et rappels

I. Présentation du service des urgences Porte chirurgicales :

Missions du service :

Le service des urgences porte chirurgicales a pour priorités :

- la permanence de l'accueil et des soins.
- la prise en charge adéquate de toute personne se présentant au service, qu'elle soit atteinte d'une affection mineure ou majeure ; qu'il s'agisse d'un polytraumatisé ou d'une défaillance multi viscérale.
- La formation en médecine d'urgence et de catastrophe.
- La recherche

A ce jour, le service des UPC déploie tous les efforts possibles au niveau de toutes ses structures pour rehausser le niveau des urgences au Maroc.

Les zones du service :

Le service des urgences porte dispose de deux zones :

- **Une zone bleue**
- **Une zone rouge**

La zone bleu est également appelé consultation médico-chirurgicale a pour mission de prendre en charge les urgences ambulatoires, et d'orienter vers la zone rouge, les malades qui ont une urgence majeure

Dans la zone bleu ou trouve également la salle des soins qui communique avec la salle de consultation.

La zone bleu est organisée de telle sorte que le malade n'accède pas à la zone rouge et ce pour diminuer l'encombrement.

La consultation et les soins sont assurés par deux internes et par un infirmier qualifié.

L'agent de service assure l'admission et la sortie des patients.

La salle de consultation ainsi que la salle des soins disposent d'un registre.

La zone rouge :

Cette zone dispose de quatre unités et ne reçoit normalement que les malades graves sur chariot. Cette zone dispose de 5 unités.

- La salle de déchocage : qui est le cœur du service puisqu'elle reçoit tous les malades en état de détresse vitale d'origine médicale ou chirurgicale.
- L'unité de la consultation des spécialistes : cette unité reçoit toutes les urgences chirurgicales grave ou présumés être graves qu'elles soient traumatologiques ; viscérales ; neurochirurgicales ; vasculaires ; ou autres. Cette salle contient un bureau et 4 divans d'examen. Le travail dans cette salle est assuré par les internes de garde ainsi que les résidents des différentes spécialités. Après l'examen clinique le résident peut décider de l'hospitalisation du patient dans la salle d'observation ou de son orientation vers une autre structure.
- L'unité d'observation : cette unité comprend 10 boxes d'hospitalisation d'une capacité de 12 malades. Les patients proviennent de la salle de consultation des spécialistes ou de la salle de déchocage. Au niveau de cette salle les malades bénéficient des examens biologiques et des

examens radiologiques nécessaires au diagnostic de la maladie au terme de quoi les malades vont avoir trois orientations possibles :

- ❖ Opérer puis adresser aux services d'accueil
- ❖ Adresser directement au service d'accueil
- ❖ ou sortir après bilan et traitement.

Le travail au niveau de cette salle est assuré par les internes et les résidents de garde ainsi que les infirmiers.

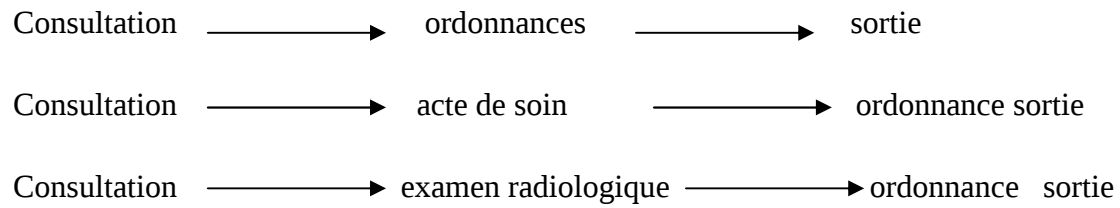
- L'unité interventionnelle : cette unité comprend 3 salles opératoires qui se répartissent comme suit :
 - ❖ Salle opératoire des urgences neurochirurgicales et traumatologiques
 - ❖ Salle des urgences traumatologiques et vasculaires septiques
 - ❖ Salle des urgences mixtes

Chaque salle opératoire est équipée du matériel nécessaire.

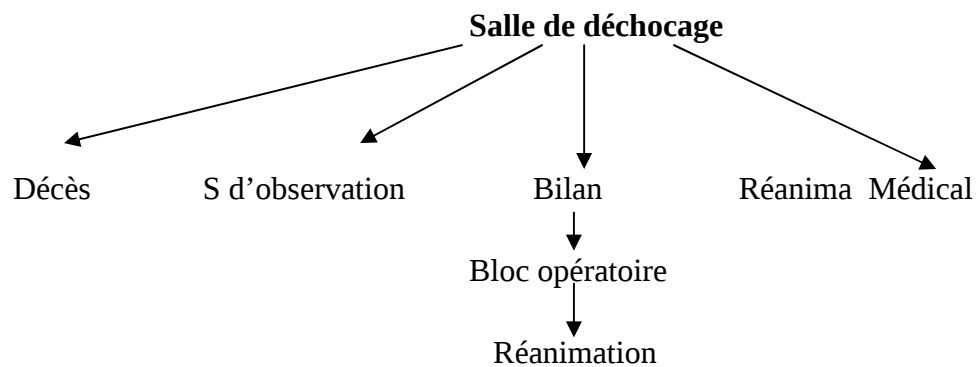
- L'unité de l'enseignement et de recherche : c'est une salle équipée d'un matériel audio-visuelle avec 20 chaises et une grande table dans cette salle se font régulièrement les réunions quotidiennes de 8h du matin pour présenter et discuter tous les malades hospitalisés au service et pour soulever les différents problèmes rencontrés au cours de la garde précédente. Dans cette salle sont également encadrés les étudiants de 6^{ème} année de médecine ainsi que les résidents de la spécialité de la médecine des urgences et de catastrophe. Cette salle abrite également les réunions avec le personnel du service.

Le circuit des malades

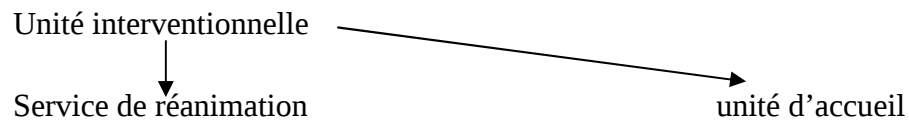
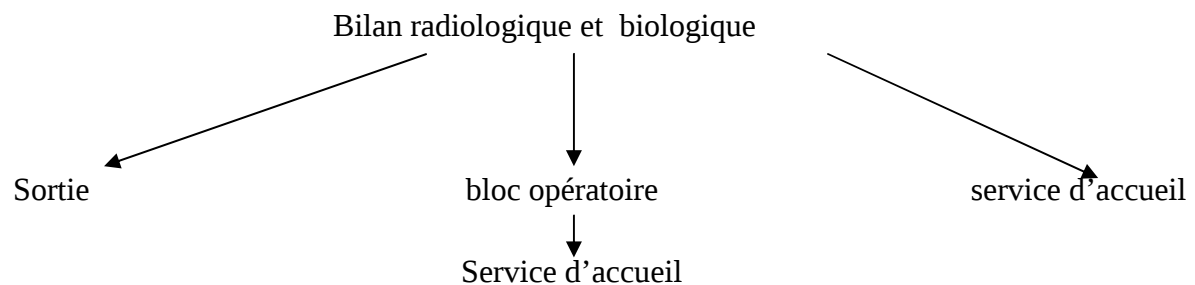
Zone bleu :



Zone rouge :



Unité d'observation



La capacité litière théorique du service est de 12 lits au niveau de la salle d'observation et de 4 lits au niveau de la salle de déchocage, le nombre total des lits est de 16, mais à vraie dire la capacité litière fonctionnelle est variable d'un jour à l'autre suivant les admissions vers les services d'accueil.

La capacité fonctionnelle peut atteindre 16 lits au niveau de la salle d'observation et 4 lits au niveau de la salle de déchocage. Soit une capacité totale de 20 lits.

Le personnel médical du service :

Le service accueille et prend en charge les malades 24h sur 24h pour cette raison les médecins qui exercent dans le service sont organisés en équipes de garde, chaque équipe assure la garde 24h, les week-ends et les jours fériés. Les internes assurent un roulement par 12h sauf les week-ends et les jours fériés au cours desquels les gardes sont de 24h. Chaque équipe de garde comprend 4 internes et 19 résidents de différentes spécialités qui assurent des gardes résidentielles et 11 professeurs qui assurent des gardes d'astreintes.

Ci-joint le tableau des équipes de gardes par spécialités et par catégorie (astreinte ou résidentielle).

Equipe médicale de garde du service des U.P.C

	Nombre	Résidentielle	Astreinte
Interne	4	4	
Chirurgiens viscéralistes	4	3	1
Traumatologues	4	3	1
Neurochirurgiens	3	2	1
Chirurgiens vasculaires	3	2	1
Chirurgiens urologiques	3	2	1
Chirurgiens thoraciques	3	2	1
Chirurgiens cardiaques	2	1	1
Endoscopiste digestive	2	1	1
Radiologues	4	2	2
Réanimateurs	2	1	1
Total	38	23	11

Equipes infirmières :

Le service dispose de 52 infirmiers repartis sur toutes les tranches horaires

Les agents de service :

Le service dispose de 20 agents de service [4]

Procédure de transfert vers d'autres services :

80% des malades hospitalisés au service des urgences sont transférés vers les services d'accueil. Ces transferts sont réglementés par la charte des urgences qui stipule que les malades opérés doivent passer directement dans les services d'accueil, et les malades en cours du bilan ne doivent pas avoir un séjour qui excède 4 à 6h.

Les malades de la salle de déchocage sont transférés soit à la salle d'observation soit aux services de réanimation. Cette salle reçoit des malades très graves en état de détresses notamment les polytraumatisés, ainsi que des malades qui arrivent décédés.

L'origine de l'encombrement de cette salle vient de l'absence des places dans les services des réanimations de l'hôpital et de toutes les régions de Rabat.

20% des malades sortent directement du service, ce sont les malades qui ont nécessité un traitement ambulatoire ou une surveillance.

A noter que la salle d'observation hospitalise chaque année plus de 5000 malades et que la salle déchocage plus de 2000 malades.

Le service des urgences a un partenariat avec le SAMU. Une partie des cas régulés par le SAMU sont transférée au service des urgences mais le nombre

des malades régulés ne présente pas plus de 4% des malades admis à la salle de déchocage.

Les systèmes d'information du service :

La relation avec les familles des malades est essentielle pour le service des urgences.

L'information sur la présence du malade au niveau du service ainsi que sur son état de santé doivent être véhiculés aux parents des malades sinon la panique s'installe. Pour cela il existe au niveau de l'unité d'accueil un registre où sont consignés l'identité du malade, le motif de consultation ; l'heure d'arrivée, son origine géographique ainsi que son orientation à l'intérieur des urgences.

Le service dispose de plusieurs registres qui assurent la traçabilité des malades. Ces registres existent au niveau de toutes les unités de soins.

Ces registres sont gardés dans les archives du service car il est possible d'avoir des demandes d'information plusieurs mois ou années plus tard

Activité de formation et de recherche :

Les services des urgences portes chirurgicales assurent la formation à 3 niveaux :

- Pour les étudiants en médecine
- Pour les internes et les résidents de garde
- Pour les résidents qui préparent la spécialité en médecine des urgences et de catastrophe.
-

- Formation des étudiants

Le service reçoit les étudiants de 6^{ème} années de médecine qui effectuent régulièrement au service un stage d'un mois. Ces étudiants bénéficient d'un encadrement pertinent avec des objectifs bien définie. Au cours de leurs stages les étudiants assistent à la réunion matinale du service, aux visites médicales aux lits des malades, et aux exposés présentés par le chef de service, les étudiants présentent également des exposés encadrés par le chef de service. Ces exposés touchent tous les thèmes des urgences

- Formation des internes et des résidents de garde :

Chaque matin à 8h le service abrite les réunions matinales au cours desquelles les internes de garde de la veille présentent aux internes qui arrivent tous les cas hospitalisés. Les internes de garde et les résidents sont encadrés par les plus anciens, par le chef de service, et par les professeurs qui sont d'astreinte.

- Les résidents qui préparent la spécialité de médecine des urgences et de catastrophes.

Depuis 9 ans la spécialité de médecine des urgences et de catastrophe a été créée. Une vingtaine de résidents suivent un cursus bien défini avec une formation pratique et des cours théoriques.

L'activité de recherche tient une place prépondérante. Plusieurs travaux scientifiques et de recherche puisent leurs thèmes du service des urgences.

Le système informatique du service :

Ce système a fait des progrès remarquables. Le service est doté de quatre ordinateurs connecté à l'internet et au collecticiel du C.H.U. Les services de radiologies et les laboratoires sont connectés au service des urgences de ce fait les résultats des examens radiologiques et des laboratoires sont rapidement obtenus via l'intranet.

Les problèmes qui entravent l'épanouissement du service :

Le service des urgences est le reflet du système sanitaire du pays. Le service des urgences souffre de son succès et ce succès fait que le nombre des usagers est très important et dépasse quelque fois la capacité du service.

D'où vient cet afflux ?

- Toutes les urgences de la région de Rabat salé, il peut s'agir des vraies et réelles urgences comme il peut s'agir de fausses urgences.
- Les urgences des autres régions du Maroc. Les transferts sont des fois justifiés : besoin d'un soin de type tertiaire ou le manque d'infrastructure adéquate ou de spécialistes pour prise en charge d'une pathologie donnée en plus les cas transférés sont en partie non régulés par le SAMU et arrivent dans des mauvaises conditions de prise en charge initiale et de transport et malheureusement la prise en charge initiale conditionne le pronostic . En somme 2 problèmes principaux :
 - Afflux important des malades
 - Les cas qui viennent des autres régions sont souvent non régulés et non mis en condition

Les équipements du service : Ils sont en grande partie anciens ou usés du fait de leur utilisation répétées.

Le personnel infirmier a une charge importante de travail. Il faut au moins 10 infirmiers supplémentaires .Le secrétariat doit être renforcé pour plus de traçabilité dans la facturation. La sécurité au niveau du service est très aléatoire. Le service est souvent encombré par les accompagnants des malades qui peuvent agresser physiquement ou verbalement les praticiens. Le service des urgences doit rester calme afin que les médecins exercent en toute sécurité et sérénité.

II. Différentes classifications des indices de gravité en urgence

L'urgence vitale se définit par des critères de gravité. Dans la littérature, parmi les différentes classifications nous en avons retenu certaines.

1- Le score de glasgow de teasdale et jennet en 1974

Il permet d'évaluer la gravité de l'état neurologique du patient, comme le montre le tableau I. [5]

Tableau 1 : Score de Glasgow

Score	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1	irréalisable	Absente	absente
2	au stimulus	incompréhensible	extension
3	à la demande	incohérente	flexion
4	spontanée	désorientée	évitement
5		appropriée	orientée au stimulus
6			à la demande

2. La classification du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil ou GEMSA

Elle émane de la commission de médecine d'urgence de la société de réanimation de langue française.

C'est un système de classification des passages aux urgences, applicable à tous les types de services d'urgences.

Les patients sont classés selon leur mode d'entrée et de sortie, et la demande de soins.

Tableau2 : Classification GEMSA [6]

I	Malade décédé à l'arrivée
II	Patient non convoqué sortant après soins
III	Patient hospitalisé non attendu
IV	Patient convoqué pour des soins à distance
V	Patient ne passant pas dans le SAU que pour des raisons administratives
VI	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée

3. Classification clinique des malades des urgences modifiée ou CCMU modifiée

Elle existe depuis 1994, et est validée par la société francophone des urgences médicales.

Elle permet d'évaluer l'état de gravité des patients en urgence pré-hospitalière (SMUR) et à l'accueil hospitalier. La gravité est déterminée par le médecin de l'équipe du SMUR ou de l'accueil des urgences, après un examen clinique initial qui comprend l'interrogatoire et l'examen physique. Eventuellement peuvent s'y ajouter un électrocardiogramme, une saturation en

oxygène, une glycémie capillaire, une bandelette urinaire ou un hématoците par micro-méthode.

C'est une classification selon l'appréciation subjective de l'état clinique, et des moyens diagnostiques et thérapeutiques à mettre en œuvre.

Deux nouvelles classes ont été ajoutées à la CCMU initiale, la D et la P.

Tableau 3 : CCMU modifiée.

CCMU P	patient souffrant d'une pathologie psychiatrique dominant sans atteinte somatique instable associée
CCMU1	situation ne justifiant pas d'accès au plateau technique en urgence
CCMU2	situation comportant un pronostic fonctionnel stable, justifiant une intervention diagnostique technique ou thérapeutique aux urgences
CCMU3	situation comportant un pronostic fonctionnel instable
CCMU4	situation engageant le pronostic vital et nécessitant une intervention d'urgence
CCMU5	situation d'extrême urgence avec réanimation immédiate
CCMU D	patient décédé, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise

III- CLASSIFICATION DES URGENCES VITALES

On distingue plusieurs catégories d'urgences vitales dont le passage par la structure de déchocage peut être envisagé :

- ✓ L'urgence vitale identifiée en pré-hospitalier est relevant directement de la réanimation.
- ✓ L'urgence vitale identifiée en pré-hospitalier est relevant directement d'un service spécialisé ou du bloc opératoire.
- ✓ L'urgence vitale dont l'évolution immédiate ne permet pas de définir la filière définitive avant l'admission
- ✓ L'urgence vitale se manifestant secondairement après admission en service.

La diversité de ces modes de présentations explique parfaitement la complexité apparente du fonctionnement du déchocage qu'on peut comparer à une zone ' tampon ' qui doit être le lieu privilégié d'une activité de haut niveau et de concertation entre les partenaires spécialisés de l'urgence [6].

Matériel et Méthode d'étude

I. Matériel

1. La salle de déchocage de l'HIS

1.1 Situation :

La salle de déchocage de l'HIS est située au sein du service des urgences porte chirurgicales entre la salle des spécialistes et la salle d'observation. Elle est d'accès rapide et facile. Cette salle reçoit tous les malades qui présentent une détresse vitale qu'elle soit d'origine médicale ou chirurgicale.

Cette salle comporte 4 emplacements ou postes. Chaque poste dispose d'une civière, et d'un système de surveillance multiparamétriques

Cette salle mesure 30mètre carrée. Nous sommes donc bien loin de 15 mètres sur 15 par emplacement selon les normes. Le service des urgences porte médicales qui est annexé au service des urgences médicales hospitalières est situé au même niveau que le service des urgences porte chirurgicales. Ce service reçoit toutes les urgences médicales qui sont sur civière. Ces malades sont ensuite transférés soit au service des urgences médicales hospitalières, soit vers les services médicaux d'accueil. Le service de la réanimation Médicale est situé très loin de la salle de déchocage puisqu'il est situé au 4ème étages de l'hôpital. Il est accessible par ascenseur. Cet éloignement est source de plusieurs dysfonctionnements.

Les Salles de radiologie standard et un scanner se situent au sein des urgences proches de la salle de déchocage. Le scanner est présent depuis 2008. Au même niveau se trouve deux salles d'échographie, également au même niveau que le service des urgences se trouve le service de la réanimation des

urgences chirurgicale ainsi que les salles opératoires de l'unité interventionnel et du bloc opératoire des urgences avec au total 08 salles opératoires dont 2 sont fonctionnelles 24Hsur 24.

1.2 Moyens humains

1.2.1 Le personnel médical

Le fonctionnement de la salle de déchocage est assuré par une équipe qui s'articule autour du chef du service des urgences. Chaque équipe est composée des internes de garde, du médecin réanimateur anesthésiste, et du médecin réanimateur médical de garde.

1.2.2. Le personnel infirmier

L'équipe paramédicale est dirigée par un cadre infirmier, elle s'organise en quatre groupes qui se relaient pour assurer la continuité des soins quotidiens (3 infirmiers diplômés d'état le matin, 3 infirmiers diplômés d'état l'après midi, 2 infirmiers diplômés d'état la nuit A et 1 infirmier diplômé d'état la nuit B). Chaque équipe infirmière comprends obligatoirement un infirmier anesthésiste sans oublier les agents de service qui se répartissent également en 4 équipes

Vu que la salle de déchocage se trouve au niveau du service des urgences du CHU, un nombre de stagiaires vient apprendre les techniques médicales et infirmières. Ils correspondent à:

- des étudiants en médecine (externes) ;
- des étudiants en soins infirmiers ;
- des aides soignantes.

1.3 FONCTIONNEMENT

Recrutement des malades :

La salle de déchocage reçoit :

- les polytraumatisés ;
- les malades en état de détresse vitale ;
- les arrivées décédées ;
- les malades d'autres structures hospitalières ;
- les malades hospitalisés dans un autre service et qui se sont aggravés.

Missions :

- La continuité des soins prodigués 24h/24, à savoir la mise en condition et le déchocage des malades en détresse vitale, la réalisation des bilans initiaux, l'administration d'une thérapeutique et l'orientation du patient après sa stabilisation vers le service approprié.

- La précocité et la rapidité des soins qui doivent être efficaces, permanents et hiérarchisés tout en respectant les règles d'asepsie.

1.4 -Moyens Matériels

La salle de déchocage est divisée en 4 emplacements. Chaque emplacement comporte une civière, un moniteur multi paramètre une source d'oxygène et de vide. Le matériel en commun dont dispose la salle est fait de :

- 3 Respirateurs de réanimation
- 2 oxylog de transport
- 1 défibrillateur

- 2 seringues auto pulsées
- Un négatoscope
- Des prises d'aire
- Des prises de vide
- Des prises d'électricité
- Un chariot d'intubation
- Une armoire contenant fongible et médicaments d'urgence.
- Un P.C. tactile pour recevoir en instantané les images radiologiques et biologiques.

2. La population étudiée :

Cette étude rétrospective a été réalisée sur une période de 18 mois du 1er janvier 2010 au 30 juin 2011. Elle a concerné tous les patients ayant bénéficié d'un passage dans la salle de déchocage soit **2667 malades**. Le recueil des données a été fait à partir des registres de la salle et à partir des données colligées du bureau des admissions. Les paramètres étudiés sont :

- Age
- Sexe
- Provenance
- Diagnostic
- Devenir :
 - Transfert vers les services hospitaliers
 - Transferts vers les réanimations
 - Décès
 - Sortie contre avis médicale

- Temps passé à la salle de déchocage.

Dans cette étude nous avons exclue les arrivées décédés et qui sont au nombre de 214. A vrai dire le nombre de passage par la se salle de déchocage pendant la même période est de 2890.

I.I. Méthode de l'étude Analyse statistique :

Les données ont été saisies au moyen du logiciel Excel et analysées au moyen du logiciel SPSS version 2009.

1-Etude descriptive :

Nous avons conduits une étude descriptive avec le calcule des fréquences absolues pour les variables qualitatives et le calcule des médianes et des quartiles pour les variables quantitatives.

2-Etude analytique :

Nous avons également conduit une étude analytique, en comparants les effectifs.

Les tests statistiques suivants ont été utilisés :

Pour les comparaisons d'effectifs nous avons utilisé le test de chi 2

Pour la comparaison des médianes nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis.

Dans tous les tests le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats

I. Activité globale du service :

Entre le 1^e janvier 2010 et 30 juin 2011 nous avons comptabilisé 95242 passages au service des urgences de l'hôpital Ibn Sina (hospitalisation et soins externes) et 13811 hospitalisations aussi bien médicales que chirurgicales. Pendant la même période **2667** malades ont été hospitalisé au niveau de la salle de déchocage. La salle de déchocage représente donc 2,80 % de l'activité globale du service et 19.31% de l'activité d'hospitalisation par le biais des urgences.

I.I Sexe et âge :

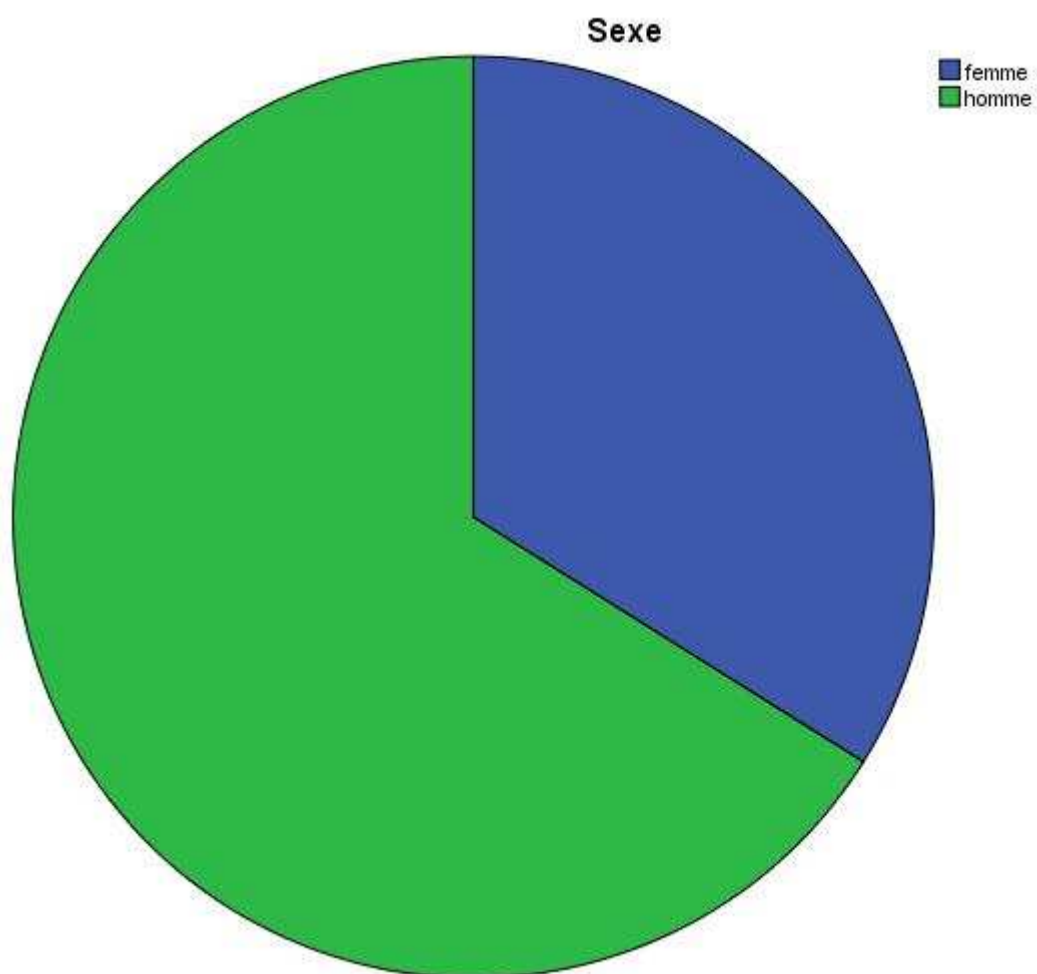
1 Sexe

Tableau 4 : Répartition selon le sexe

	Effectifs	Pourcentage
Femmes	434	33.9%
Hommes	2233	66.1%
Total	2667	100%

Il existe donc une nette prédominance masculine

Graphique 1 : Répartition selon le sexe



2- Age

	Effectifs	Pourcentage
Moins de 30 ans	767	28.4
Entre 31 et 45ans	458	18.3
Entre 46 et 60ans	639	23.6
Plus de 61ans	803	29.7
Total	2667	100%

Nous remarquons que les malades ayant plus de 61ans sont dominants avec 29.7% des cas suivit des malades de moins de 30ans avec 28.4% des malades.

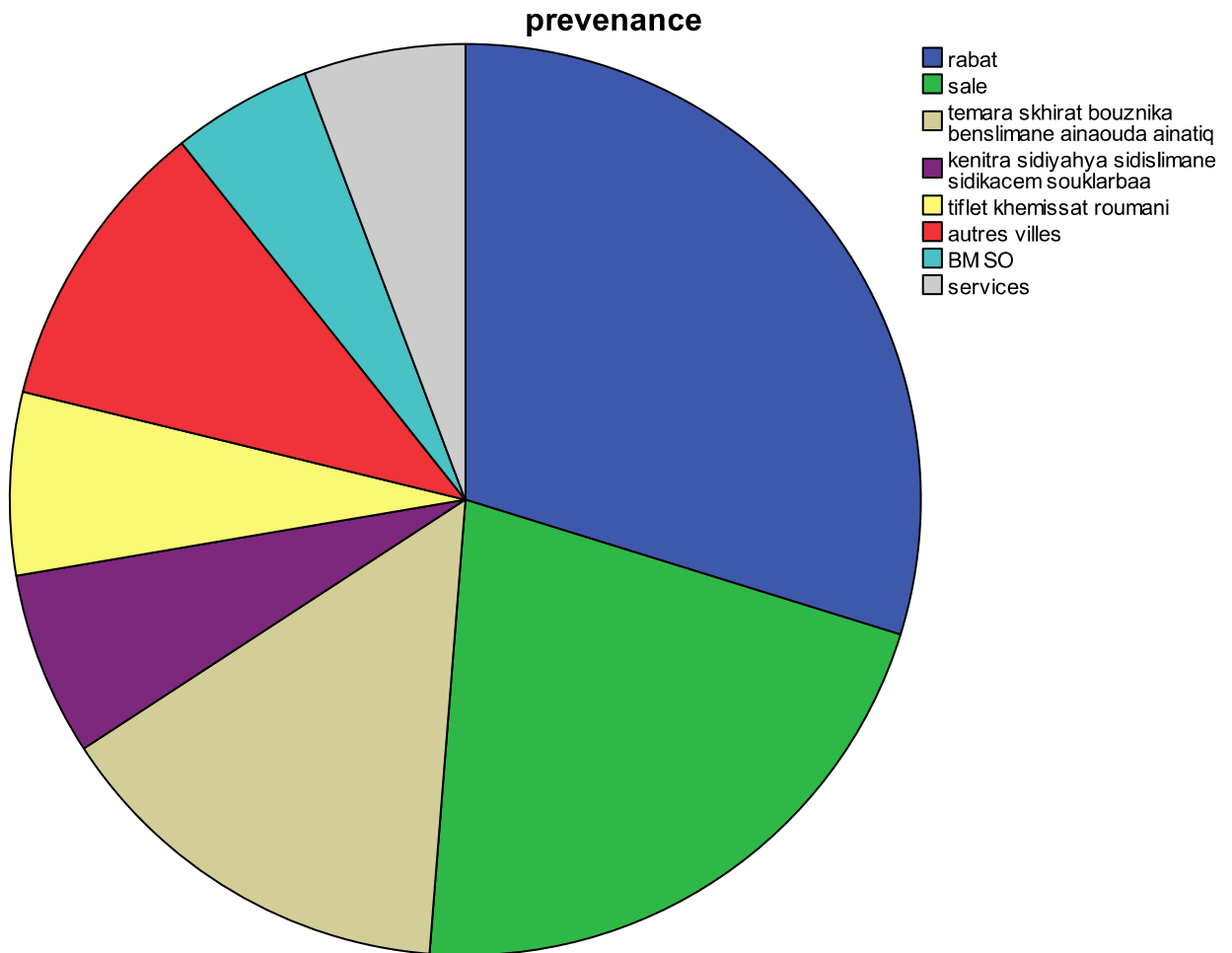
I.I.I-Provenance:

Cette information est manquante pour 105 malades soit 3.93% des cas

Tableau 5 : Répartition selon l'origine géographique

	Effectifs	%
Rabat	763	29.8
Sale	550	21.5
Temara,skhirat,bouznika, benslimane,ainaouda,ainatiq	373	14.6
kenitra,sidiyahya,sidislimane, sidikacem,souklabaa	167	6.5
tiflet,khemissat, roumani	166	6.5
autres villes	269	10.5
Bloc médical	127	5.0
Services de l'hôpital	147	5.7
Total	2562	100

Graphique 2 : Répartition selon l'origine géographique



Nous remarquons presque 30% des malades viennent de Rabat est 21.5% proviennent de Salé, à noter que 10.51 des malades proviennent des régions en dehors de la région Rabat-Salé et que 10.7% des malades sont des transferts internes de l'hôpital vers la salle de déchocage.

IV. Type de pathologies :

Vu la diversité des diagnostics recrutés au niveau de la salle nous avons jugé bon de regrouper les diagnostics par pathologie.

- Pathologies traumatiques: AVP, traumatisme crânien ; plaies graves, chute,
- Pathologies cardio vasculaires : O.A.P, syndrome coronarien aigu, choc cardiogénique.
- Pathologies pulmonaires : Asthme aigu grave, BPCO décompensée, pneumopathies sévères ; autres
- Pathologies neurologiques : Les accidents vasculaires cérébraux, hémorragie méningée.
- Pathologies viscérales : occlusion intestinale, péritonite, angiocholites graves
- Pathologies accidentelles : Intoxications surtout, pendaison, noyade, brûlures, électrisation
- Pathologies infectieuses : Méningite ; les états de choc septique
- Pathologies néphrologiques et urologiques : Insuffisance rénale ; pyélonéphrite

Tableau 6 : Répartition selon le type de pathologie :

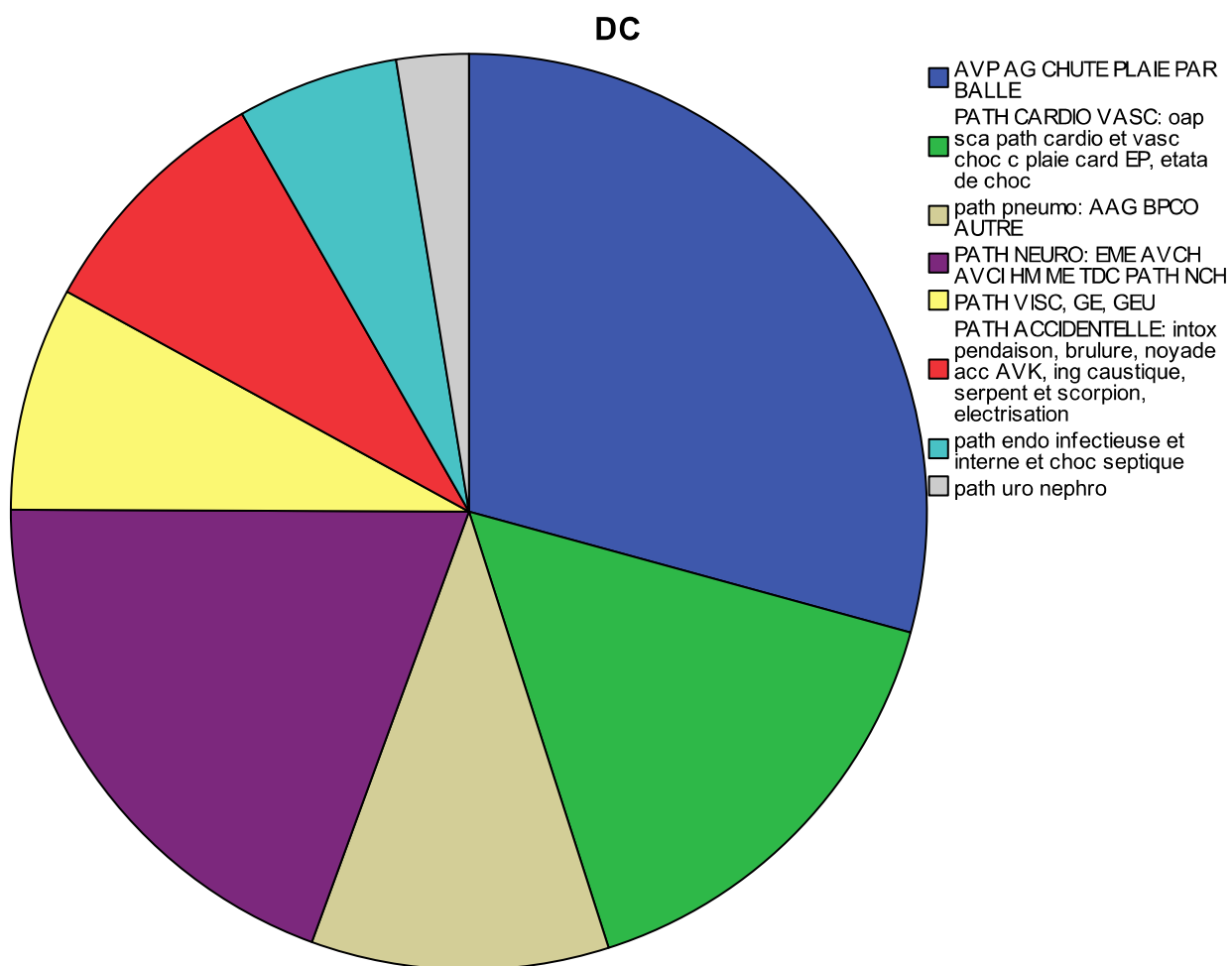
Pathologie	Effectif	%
Pathologies traumatiques	780	29.2
Pathologies cardio vasculaires	422	15.8
Pathologies pulmonaires	280	10.5
Pathologies neurologiques	520	19.5
Pathologies viscérales	211	7.9
Pathologies accidentelles	234	8.8
Pathologies infectieuses	152	5.7
Pathologies néphrologiques et urologiques	68	2.5
Total	2667	100%

La pathologie traumatique représente 29.2%

La pathologie non traumatique représente 70,8%

Les pathologies neurologiques et cardio vasculaires dominent avec respectivement 19,5% et 15,8%

Graphique 3 : Répartition selon le type de pathologie :



V- Devenir des malades

Cette information manque pour 287 malades soit 10.76% des cas

Tableau 6 : Répartition selon le devenir :

	Effectifs	%
SCAM	257	10.8
DCD	671	28.3
Transfert en réanimation	403	16.9
Transfert intra hospitalier	926	38.9
Transfert autre structure	61	2.6
Sortie	62	2.6
Total	2380	100

VI- Répartition des malades selon la classification des malades des urgences

C1 : 0% situation ne justifiant pas d'accès au plateau technique en urgence

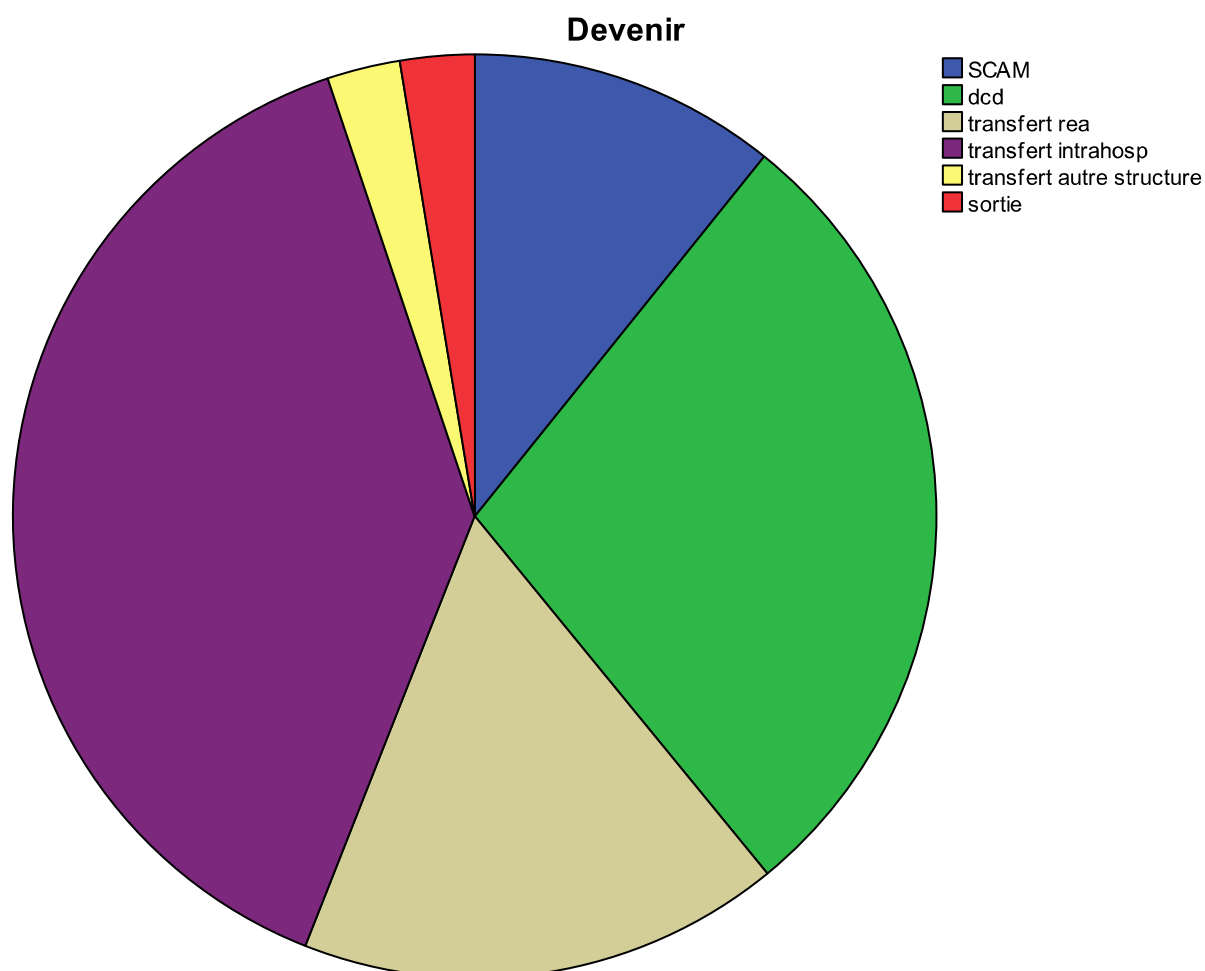
C2 : 2.6 situation comportant un pronostic fonctionnel stable, justifiant une intervention diagnostique technique ou thérapeutique aux urgences

C 3 : 41.4% situation comportant un pronostic fonctionnel instable

C4 : 16.9% situation engageant le pronostic vital et nécessitant une intervention d'urgence

C5 : 39.1% situation d'extrême urgence avec réanimation immédiate

Graphique 4 : Répartition selon le devenir :



28.3% des malades sont décédés dans la salle de déchocage, et 10.8% sont sortie contre avis médicale, il peut s'agir soit de patients agonisants pour lesquels toutes les mesures thérapeutiques ont été épuisées et que les familles réclament leur sortie, comme il peut s'agir de malades dont la famille voudrait emmener dans une autre structure notamment le secteur privé.

16.9% seulement des malades ont été transférés vers les services de réanimation et 38.9% vers les services hospitaliers de l'hôpital. A noter que 2,6 des malades sont sortis directement de la salle de déchocage il s'agit surtout de crise d'hypoglycémie rapidement jugulée ou des cas légers d'intoxication.

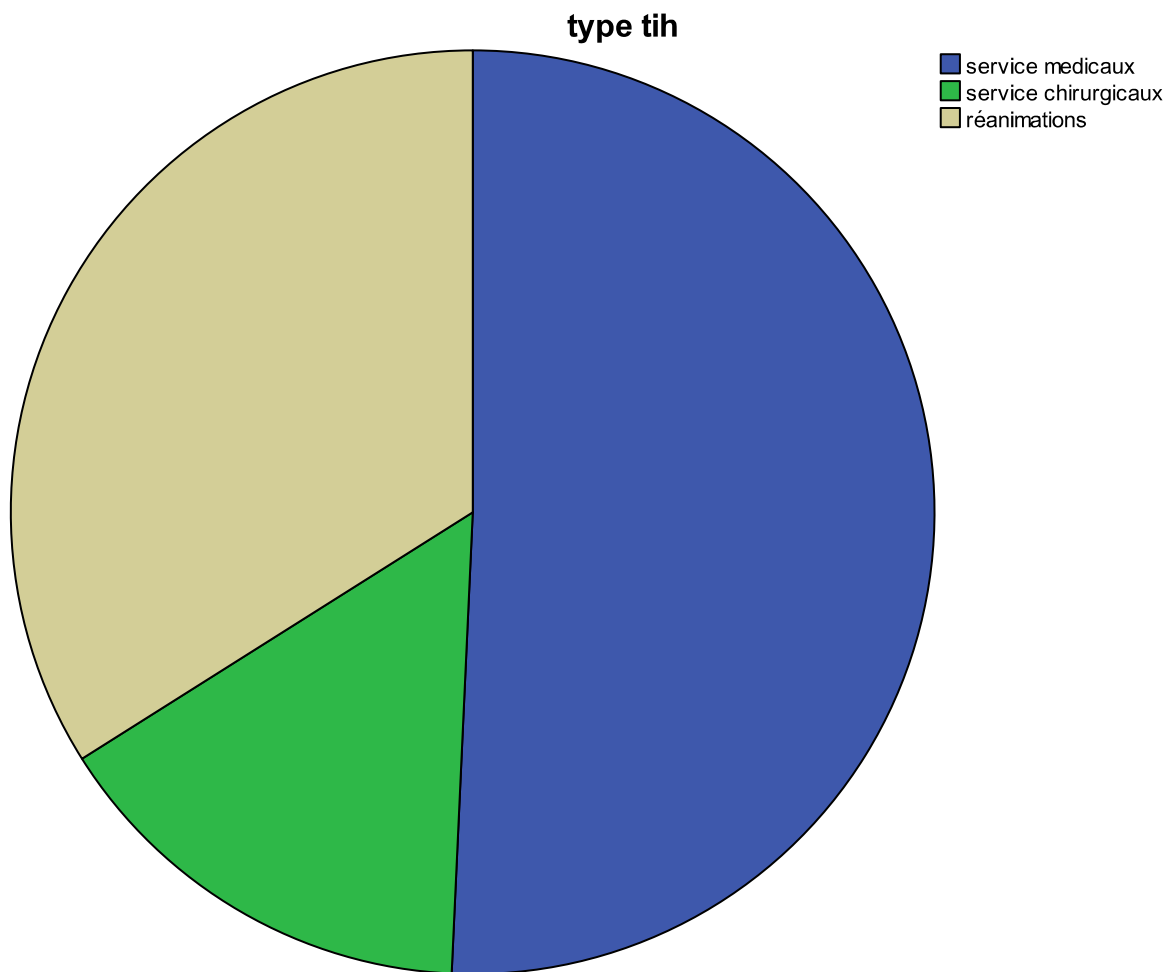
VII. Les types de transfert

Tableau 7 : Répartition selon le type de transfert

	Effectif	Pourcentage
Service médicaux	671	50.7%
Service chirurgicaux	255	15.3%
Réanimations	403	34%

Ce sont surtout les services médicaux qui reçoivent le plus de transfert avec un taux de 50.7%

Graphique 5 : Répartition selon le type de transfert



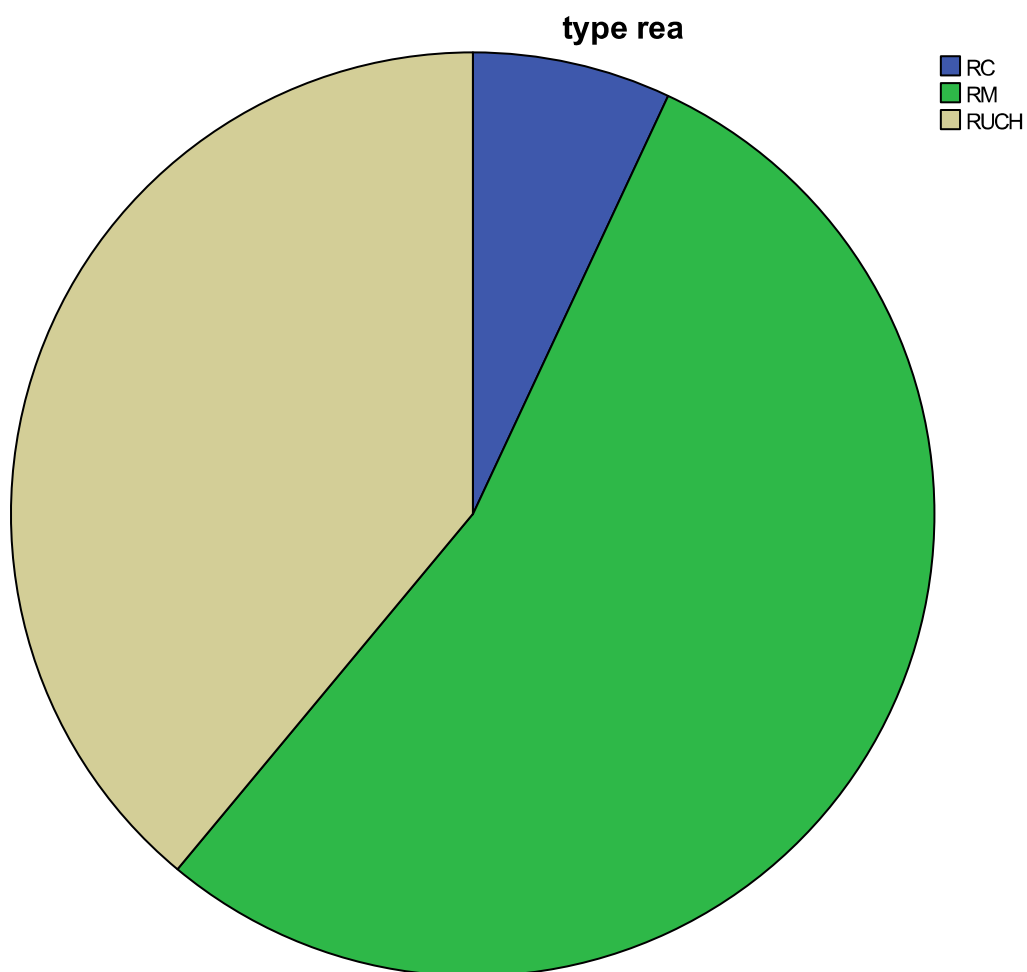
VIII-Type de réanimation

Tableau 8 : Répartition des transferts selon les services de réanimation

	Effectifs	%	Pourcentage valide
RC	28		6.9
RM	218		54.1
RUCH	157		39.0
Total	403		100.0

Nous remarquons que la réanimation médicale a hospitalisé 54.1 des malades transférés dans les réanimations et la Ruch 39%. La réanimation centrale a une activité plutôt centrée sur le post opératoire.

Graphique 6 : Répartition selon le type de transfert

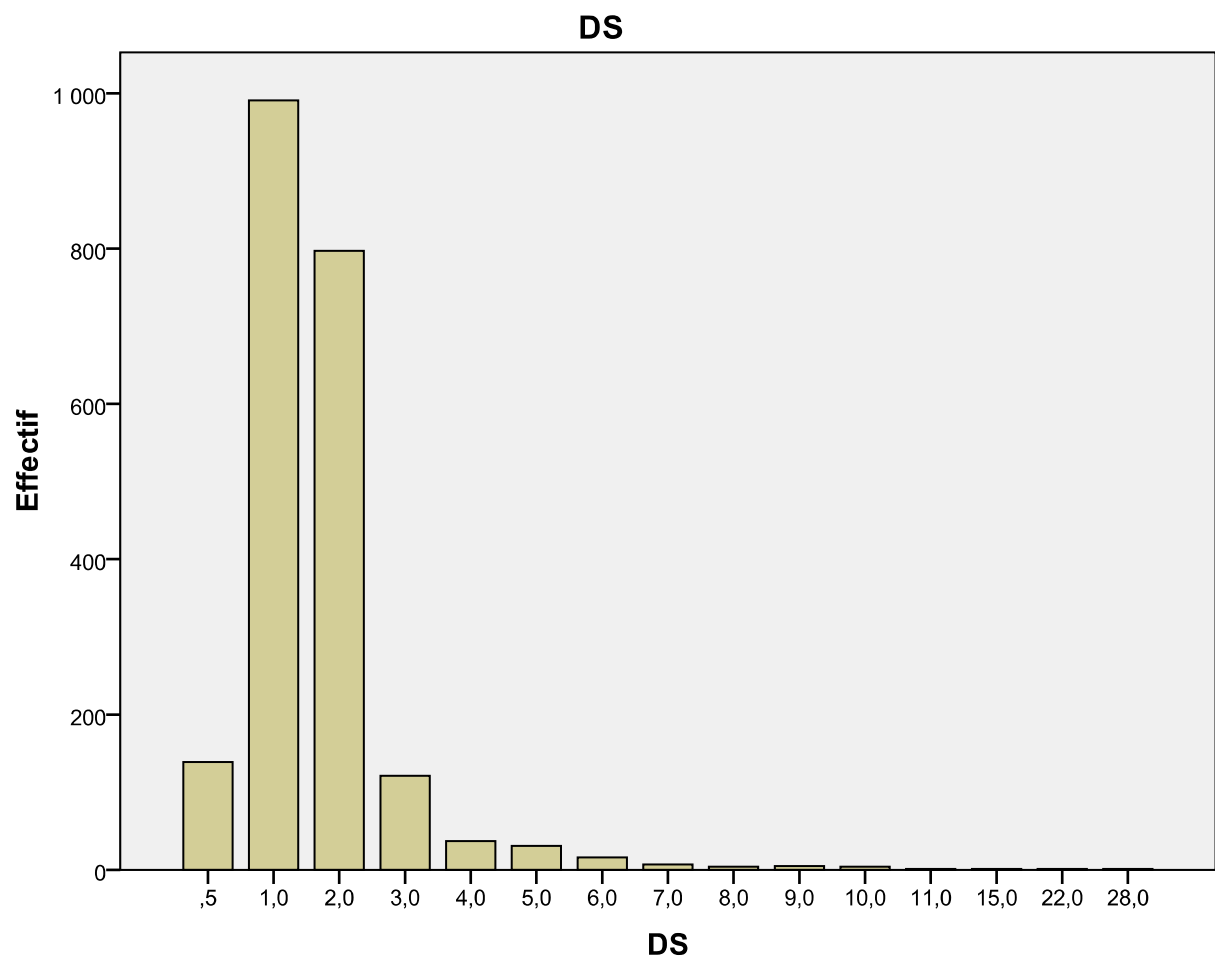


IX-La durée de séjours

La médiane de séjour est de un jour. Nous retrouvons que certain malades ont séjournés plus de 3 jours. Il s'agit surtout de patients n'ayant pas trouvé de place en réanimation, ou certains malades jugés dépassés. Certains malades ont

un délai très court de passage c'est le cas des malades qui sont admis au bloc opératoire pour geste d'hémostase et pour les polytraumatisés avec traumatisme crânien et également pour les intoxications et pour les crises d'asthme graves. Dans d'autres situations la salle de déchocage est transformée en un véritable service de réanimation avec des soins de nursing et un long séjour c'est le cas de certains malades jugés dépassés ou qui ont certaines pathologies. C'est le cas également de certains malades très âgés et délaissés par la famille ou le centre sociale qui les abritait.

Graphique 7 : La durée de séjours



X. Etude analytique selon les pathologies

1. Age et sexe

1.1 Sexe

Tableau 9 : Répartition selon des pathologies selon le sexe

Pathologie	Sexe		Total
	femme	homme	
Pathologies traumatiques	118	662	780
Pathologies cardio vasculaires	188	234	422
Pathologies pulmonaires	103	177	280
Pathologies neurologiques	217	303	520
Pathologies viscérales	81	130	211
Pathologies accidentelles	114	120	234
Pathologies infectieuses	65	87	152
Pathologies néphrologiques et urologiques	40	26	68
Total	926	1741	2667

Nous remarquons que les pathologies traumatiques sont surtout l'apanage des sujets du sexe masculin avec un taux 84.88% d'homme alors que les pathologies uro néphrologiques sont surtout le fait du sexe féminin avec un taux de 58.82% de femme

1.2 Age

Tableau 10 : Répartition selon des pathologies selon l'âge

	Moins 30 ans	Entre 31 et 45ans	Entre 46 et 60ans	Plus 61ans	Total
Pathologies traumatiques	332	154	102	75	663
Pathologies cardio vasculaires	44	50	110	176	380
Pathologies pulmonaires	39	42	80	85	246
Pathologies neurologiques	63	77	114	202	456
Pathologies viscérales	26	28	74	53	181
Pathologies accidentelles	123	44	25	13	205
Pathologies infectieuses	23	26	32	54	135
Pathologies néphro urologiques	12	6	14	26	58
Total	662	427	551	684	2324

L'influence de la pathologie sur l'âge est importante

50 % des patients qui ont une pathologie traumatique sont des sujets de moins de 30ans. 60% des patients qui ont une pathologie accidentelle ont moins de 30ans. 46% qui ont une Pathologie cardio vasculaires ont plus de 61 ans. 44.29% malades qui ont une Pathologie neurologiques ont plus de 61 ans

2. Provenances :

Tableau 11 : Répartition selon des pathologies selon l'origine géographique

	Provenances								Total
	Rabat	Sale	Temara skhirat bouznika bensliman ainaouda ainatiq	Kenitra sidiyahya sidislimans idikacem souklarba	Tiflet khemisse t roumani	Autres ville	UM	Service s	
Pathologies traumatiques	237	161	156	43	55	71	10	8	741
Pathologie cardio vasculaires	115	78	39	17	20	61	33	36	399
Pathologies pulmonaires	86	59	41	7	8	18	16	33	268
Pathologies neurologiques	158	114	60	31	34	47	24	23	491
Pathologies viscérales	56	39	24	14	20	21	18	8	200
Pathologies accidentelles	66	49	33	34	16	18	4	1	221
Pathologies infectieuses	34	30	12	17	5	20	11	15	144
Pathologie néphro urologiques	8	17	4	3	8	11	6	7	64
Total	760	547	369	166	166	267	122	131	2528

53% des malades présentant une pathologie traumatique proviennent de Rabat Salé. 34% proviennent de la région de Kénitra – Khemisset et Témara et 9.5 % proviennent des autres villes de Royaume.

Nous remarquons que pour toutes les pathologies plus de 50% les malades arrivent de la région Rabat Salé.

15% des malades proviennent comme même des urgences médicales et des autres services de l'hôpital.

Il s'agit donc des transferts internes de l'hôpital vers la salle de déchocage. Ce genre de transfert est hors norme puisque ces malades relèvent normalement des services de réanimation de l'hôpital ou il s'agit des malades agonisants dont le décès allait survenir rapidement.

267 malades soit 10.5 % arrivent comme même des régions éloignées.

3. Devenir

Tableau 12 : Répartition des pathologies selon le devenir

	SCAM	DCD	Transfert réa	Transfert intrahosp	Transfert autre structure	Sortie	Total
Pathologies traumatiques	22	93	129	459	30	19	752
Pathologies cardio vasculaires	54	161	12	108	2	13	350
Pathologies pulmonaires	29	66	72	62	1	11	241
Pathologies neurologiques	97	158	64	98	21	5	443
Pathologies viscérales	27	64	13	87	1	2	194
Pathologies accidentelles	10	38	81	64	6	8	207
Pathologies infectieuses	10	61	27	35	0	3	136
Pathologies néphro urologiques	07	31	5	13	0	1	57
Total	257	671	403	926	61	62	2380

3.1 Les transferts intra hospitaliers :

Tableau 13 : Répartition des pathologies selon les transferts intra hospitaliers

Pathologie	Effectif globale	Effectif des transferts	% des Pathologies
Pathologies traumatiques	752	459	49.56
Pathologies cardio vasculaires	350	108	11.66
Pathologies pulmonaires	241	62	6.69
Pathologies neurologiques	443	98	10.58
Pathologies viscérales	194	87	9.39
Pathologies accidentelles	207	64	6.99
Pathologies infectieuses	136	35	3.77
Pathologies néphro urologiques	13	13	1.40
Total			

Ce sont les malades qu'ont eu des pathologies traumatiques qui ont bénéficié de plus de transfert intra hospitalier avec 49.5%. Il s'agit surtout des polytraumatisés avec fracture des membres transférés en service de traumatologie après chirurgie.

3.2 Les transferts en réanimation

3.2.1 Effectif des Transferts en réanimation selon les pathologies

Tableau 14 : Répartition des pathologies selon les transferts en réanimation

Pathologie	Effectif globale	Nombre des transferts	% des transferts
Pathologies traumatiques	752	129	17.15
Pathologies cardio vasculaires	350	12	3.42
Pathologies pulmonaires	241	72	29.87
Pathologies neurologiques	443	64	14.44
Pathologies viscérales	194	13	6.70
Pathologies accidentelles	207	81	39.13
Pathologies infectieuses	136	27	19.85
Pathologies néphro urologiques	57	5	8.77
Total	2380	403	100

C'est la pathologie accidentelle qui a bénéficié le plus transfert en réanimation avec 39.13 suivit de la pathologie pulmonaire avec 29.87% des malades transférés en réanimation

La pathologie cardio vasculaire a eu un taux de transfert très réduit 3.42% sachant comme même que l'effectif des malades ayant une pathologie cardio vasculaire est de 350 soit 14.70 % des malades.

3.2.2 Transfert en réanimation médicale

Tableau 15 : Répartition des Transfert en réanimation médicale selon la pathologie

Pathologie	Effectif globale	Nombre des transferts	% des transferts
Pathologies traumatiques	128	05	1.24
Pathologies cardio vasculaires	12	08	1.98
Pathologies pulmonaires	73	55	13.64
Pathologies neurologiques	64	47	11.66
Pathologies viscérales	13	4	0.99
Pathologies accidentelles	81	75	18.61
Pathologies infectieuses	27	20	4.96
Pathologies néphro urologiques	05	04	0.99
Total	403		54.1

Ce sont les malades qui ont une pathologie accidentelle qui ont plus bénéficié d'un transfert en réanimation médicale avec 18.61% des malades transférés en réanimation. Les pathologies pulmonaires suivent avec un de taux de 13.64%.

Notons le faible taux des transferts des malades ayant une pathologie cardiovasculaire

3.2.3 Transferts en réanimation chirurgicale

Tableau 16 : Répartition des Transfert en réanimation chirurgicale selon la pathologie

Pathologie	Effectif globale	Nombre des transferts	% des transferts
Pathologies traumatiques	128	123	30.52
Pathologies cardio vasculaires	12	01	0.24
Pathologies pulmonaires	73	08	1.98
Pathologies neurologiques	64	11	2.72
Pathologies viscérales	13	07	1.73
Pathologies accidentelles	81	08	1.98
Pathologies infectieuses	27	03	0.74
Pathologies néphro urologiques	05	01	0.24
Total	403	162	39

Sur les 39% des malades admis à la salle de déchocage pour pathologie traumatique et qui ont bénéficié ont été transféré en réanimation chirurgicale 30% des malades avait une pathologie traumatique. Il s'agit surtout de traumatisés graves de la voie publique avec traumatisme crânien et ou d'autres traumatisme.

Notons que sur les 39%, 2.72% avait une pathologie neurologique, il s'agit surtout d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques.

Presque 2% des malades sur les 39% avait une pathologie accidentelle ont été transféré en réanimation chirurgicale faute de place en réanimation médicale.

4. Décès

4.1 Répartition des décès par pathologie

Tableau 17 : Répartition des décès par pathologie

Pathologie	Effectif globale	Nombre des décès	% décès /effectif globale des décédés	% décès / chaque pathologie
Pathologies traumatiques	752	93	13.85	12.36
Pathologies cardio vasculaires	350	161	23.99	46
Pathologies pulmonaires	241	66	9.83	27.38
Pathologies neurologiques	443	158	23.34	35.66
Pathologies viscérales	194	64	9.5	32.29
Pathologies accidentelles	207	38	5.66	18.35
Pathologies infectieuses	136	61	9	44.85
Pathologies néphro urologiques	57	30	4.4	52.63
Total	2380	671	100	

Les patients présentant une pathologie cardiovasculaire ou neurologique décèdent plus au niveau de la salle de déchocage avec respectivement des taux de 23.99% et de 23.34%.

Les malades hospitalisés en salle de déchocage pour une affection cardiovasculaire sont souvent en état de choc car diogénique secondaire à une cardiopathie d'origine rhumatismale ischémique. Un certain progrès a été obtenu dans la prise en charge des syndromes coronariens aigus depuis l'utilisation en urgence de la thrombolyse en urgence. Ce pourcentage élevé peut être également expliqué par les difficultés de transfert vers les services de cardiologie.

A noter que le transfert vers les unités de soins intensifs des services de cardiologie pose toujours d'énorme problème.

Le service de cardiologie « A » qui se trouve au sein de l'hôpital exige pour les hospitalisés des mesures administratives trop compliquées.

Le 2^{ème} service de cardiologie se trouve au niveau du 6^{ème} étage de la maternité Souissi ne dispose souvent pas de place pour accepter les malades de la salle de déchocage.

Les malades ayant une pathologie neurologique sont des malades qui ont surtout des AVC hémorragique ou ischémique. Les AVC hémorragiques sont des fois transférées en service des réanimations chirurgicales.

Les AVC ischémiques ne trouvent presque jamais aucun preneur. De ce fait ces malades sont souvent sortis par la famille ou décèdent.

13.85% des malades ayant une pathologie traumatique décèdent au niveau de la salle de déchocage.

Parmi les affections qui décèdent le moins au niveau de la salle de déchocage nous trouvons la pathologie accidentelle avec comme chef de file les intoxications.

Le caractère léger de certains intoxication et le transfert vers la réanimation médicale expliqueraient peut être ce taux de mortalité relativement plus faible.

Si nous rapportons le taux des décès par pathologie nous remarquons que les pathologies urologiques et néphrologiques ont un taux de décès de 41%. Il s'agit de patients, présentant des affections plutôt néphrologique avec en chef de file l'insuffisance rénale chronique terminale. Les pathologies infectieuses ont un taux de mortalité de 44.85 %. Les états septiques qui arrivent au niveau de la salle de déchocage sont souvent en état de choc septique grave.

35.56% des malades qui présentaient une affection neurologique décèdent, Ce taux est expliqué par la gravité des accidents vasculaires cérébraux.

La pathologie traumatique a le taux de décès le plus faible 12.36% des cas. Le jeune âge des patients, la réversibilité des lésions et la rapidité de la prise en charge expliquent ce taux relativement plus faible par rapport aux autres pathologies.

A vrai dire ce taux devrait être plus bas si les malades avaient été pris en charge, sur les lieux de l'accident et lors du transport.

4.2 Influence des transferts sur le décès

Tableau 17 : Influence des transferts sur le décès

Pathologie	% de décès	% transfert intrah	% transfert en réan
Pathologies traumatiques	13.85	49.56	17.15
Pathologies cardio vasculaires	23.99	11.66	3.42
Pathologies pulmonaires	9.83	6.69	29.87
Pathologies neurologiques	23.34	10.58	14.44
Pathologies viscérales	9.5	9.39	6.70
Pathologies accidentelles	5.66	6.91	39.13
Pathologies infectieuses	9	3.77	19.85
Pathologies néphro urologiques	4.4	1.4	8.77
Total	100	100	100

4.2.1 Influence des transferts intra hospitaliers sur de décès :

Nous remarquons que pour la pathologie traumatique pour laquelle le taux de mortalité est relativement faible au niveau de la salle de déchocage il existe le taux de transfert intra hospitalier le plus élevé 49.56%.

Pour toutes pathologies il n'y a pas une véritable influence.

4.2.2 Influence des transferts en réanimation sur les décès :

La pathologie accidentelle qui a un taux de mortalité relativement faible a eu 39.13% de ces malades transférés en réanimation.

17.15% des patients ayant eu une pathologie traumatique ont été transférés en réanimation avec un taux de décès de 13.85 %

Nous remarquons d'une façon générale que pour toutes les pathologies. Plus le taux de transferts en réanimation est important, plus la durée de séjour est courte plus le taux de décès est faible.

5. Sortie contre avis médicale

Tableau 18 : Répartition des sorties contre avis médicale

Pathologie	Effectif globale	Nombre des SCAM	%
Pathologies traumatiques	752	22	2.92
Pathologies cardio vasculaires	350	54	15.42
Pathologies pulmonaires	241	29	12.03
Pathologies neurologiques	443	97	18.65
Pathologies viscérales	194	27	13.91
Pathologies accidentelles	207	10	0.48
Pathologies infectieuses	136	10	0.73
Pathologies néphro urologiques	57	07	12.28
Total	2380	255	100

9.56% des patients sont sortie contre a vis médicale

Les malades qui sont sorties le plus contre avis médical sont surtout ceux qui présentaient une pathologie neurologique 97 malades soit 18.65 %.

En suite vient des malades présentant une pathologie cardiovasculaire avec 15.42 %.

Il s'agit souvent des malades dépassés présentant un accident vasculaire cérébral hémorragique ou ischémique ou des malades présentant une cardiopathie avec état de choc car diogénique réfractaire.

2.92% malades ayant une pathologie traumatique sont Sortis contre avis médical. Ce sont des malades qui ont préféré partir vers le secteur privé

Discussion

I. Salle de déchocage de l'hôpital Ibn Sina

1. Situation de la salle de déchocage :

La salle de déchocage des urgences de l'hôpital Ibn Sina se situe au plein service des urgences, sa superficie est de 30m² avec 04 postes.

Normalement pour 4 postes il faudrait 60 m² c'est-à-dire 15m² par poste ce qui est en très en deçà de la superficie de notre salle.

2. Equipements :

La salle dispose d'un matériel commun et de matériel destiné pour chaque emplacement ; comme elle dispose de façon permanente de médicaments et de fongibles nécessaires aux traitements des situations d'urgence.

A vrai dire les équipements dont nous disposons sont insuffisants et en partie usés vu leur utilisation répétées. Il n'est pas rare d'avoir des moniteurs dont tous les paramètres ne sont pas tous fonctionnels.

L'acquisition d'un matériel nouveau et performant est prévue très prochainement.

3. Mode d'admission :

C'est un lieu où sont reçu tous les patients qui présentent une détresse vitale existante ou susceptible de le devenir que ce soit médicale ou chirurgicale, elle est opérationnelle 24heures sur 24.

Le mode d'admission à la salle de déchocage répond à un seul critère : Tout malade en état de détresse vitale est admis à la salle.

Les malades arrivant de l'extérieur sont hospitalisés d'emblée. Cependant leur arrivée n'est pas prévue dans la quasi-totalité des cas car seulement 5% des patients sont régulé par le SAMU.

Les transferts vers la salle de déchocage des malades venant des autres services pour être réanimés ou pour mourir, se font de façon inopinée et sans préavis.

Ces situations font que les arrivées au niveau de la salle de déchocage ne sont pas prévues ce qui est à l'origine de l'encombrement et de la confusion quelques fois dans la prise en charge.

4. Le personnel :

La présence permanente d'un médecin urgentiste ou d'un réanimateur au niveau de la salle de déchocage est nécessaire. Actuellement la prise en charge initiale se fait par les internes de garde. Les réanimateurs ou l'urgentiste ne sont pas toujours sur place.

Le personnel infirmier est en nombre suffisant : et il est qualifié et entraîné dans la prise en charge des malades de la salle.

II. Importance de l'activité de la salle de déchocage au sein de l'hôpital Ibn Sina :

Une salle de déchocage est destinée par définition à la surveillance et le traitement des défaillances des grandes fonctions vitales aux urgences dans l'attente d'un transfert intra ou inter hospitalier.

Dans un service d'urgence l'accueil d'une urgence vitale se doit d'être organisé, cette prise en charge est complexe et demande un savoir-faire, une expérience, et une organisation sans faille de tout le personnel du service [6, 7, 8, 9].

L'activité de la salle de déchocage au niveau des urgences de l'hôpital Ibn-Sina n'est pas négligeable en effet sur 95242 passages au niveau des urgences entre le 1^{er} Janvier 2010 et le 30 Juin 2011 soit 18 mois 2667 malades ont bénéficié d'un passage dans la salle de déchocage ce qui correspond à 3% de l'activité globale du service. Pendant la même période le nombre d'hospitalisation par le biais des urgences et de 13811 malades dont 2667 au niveau de la salle de déchocage ce qui représente 19.31% des hospitalisations ce qui est conséquent. Globalement cela représente une moyenne de passage de 5 patients par jours.

La salle de déchocage de l'hôpital Ibn Sina est pratiquement la seule salle ouverte vers l'extérieur de la région de Rabat Salé Zémour Zaer.

Cette salle ne refuse aucun malade en état de détresse bien que ces capacités litière sont limitées. Durant le même période 214 malades sont arrivés décédés au niveau de la salle. Ces malades constituent une charge de travail supplémentaire puisque certains bénéficient des gestes de réanimation des arrêts cardio-vasculaires.

Il aurait été intéressant de pouvoir comparer nos chiffres avec ceux d'autres centres hospitaliers mais peu de travaux sur ce sujet ont été retrouvés dans la littérature. Au CHU Ibn Rochd de Casablanca la salle de déchocage représentait 6% des admissions avec en moyen 9 patients par jour. En six mois le nombre de

malade colligé au CHU Ibn Rochd de casablanca était de 1667 [10]. Au CHU de Poitiers 2002 la salle de déchocage représentait 6.22% de l'activité globale du service des urgences et 30% de l'activité d'hospitalisation [11]. Au CHU de Nancy l'activité globale de la salle de déchocage représentait 7.1 de l'activité globale du service en 2004[12].

Au centre hospitalier d'Armentières, la salle de déchocage représentait 3.7% de l'activité globale du service et 11.3% des hospitalisations [13].

Tableau 19 : Tableau comparatif de l'activité globale et des hospitalisations au niveau de la salle de déchocage

	Nb de cas	% de l'activité globale	% Hospitalisation
Poitier	402	6.22	30
Nancy		7.1	
Armentières	479	3.7	11.3
Casablanca	1667	6	
Rabat	2667	3	19.31

III. Profil globale des patients admis dans la salle de déchocage

2- Sexe

Dans notre série le sexe masculin domine avec 66.1% contre 33.9% pour les femmes. Avec un sexe ratio hommes sur femme de 5.14.

- Au CHU Ibn Rochd de casablanca il y avait 60% des hommes et 40% de femmes [10]. Au centre hospitalier d'Armentières il y avait autant de sexe masculine que de sexe femme [13].

- Au CHU de Poitiers on trouve une quasi égalité entre les hommes et les femmes [11].

La prédominance de la pathologie traumatique dans notre série pourrait expliquer cette prédominance masculine. En effet 84.88% des patients ayant une pathologie traumatique sont de sexe masculin.

La pathologie uro-néphrologique est surtout le fait du sexe féminin avec un taux de 58.82%

3- Age

Les patients de moins de 30ans constituent environ le 30% de notre série et la population de moins de 45 ans atteint presque 46.7%

Les sujets de plus de 61 constituent comme même presque 30 de notre série.

Le moyen d'âge dans notre série est de 50 ans nettement inférieur à celle de CHU de Poitiers 55ans [11] et du centre hospitalier d'Armentières 61ans [13].

L'influence de la pathologie sur l'âge est certainement très importante. À noter que la salle de réanimation reçoit un nombre de malade très âgé en fin de vie et qui arrivent décédés ou décèdent peu après leur arrivée.

La salle de réanimation recevra certainement des sujets des plus âgés, vu que l'espérance de vie au Maroc a progressé et vu que les familles sont de plus en plus exigeantes à continuer les soins pour leurs proches bien que l'âge soit avancé.

L'influence de l'âge sur la pathologie est très importante. En effet 50 % des patients qui ont une pathologie traumatique sont des sujets de moins de 30ans. 60% des patients qui ont une pathologie accidentelle ont moins de 30ans. Alors que 46% qui ont une Pathologie cardio vasculaires ont plus de 61 ans. 44.29% malades qui ont une Pathologie neurologiques ont plus de 61 ans

3-Moyens d'arrivée aux urgences :

Les malades qui arrivent au niveau de la salle de déchocage sont amenés par :

- Souvent les ambulances des sapeurs pompiers
- Des ambulances des villes ou des communes
- Des rares ambulances privées

Le point commun de tous ces moyens de transport c'est qu'elles ne sont pas médicalisés et rares sont les malades qui ont reçus des soins avant ou lors du transport. Dans notre série seulement 5% des malades ont été régulés par le SAMU.

Au centre Hospitalier d'Armentières 65% des patients pris en charge dans la salle de déchocage le mode d'entrée aux urgences était le SMUR. La majorité des malades avait donc été déjà prise en charge par un médecin, c'est-à-dire qu'un bilan étiologique et une ou plusieurs hypothèses thérapeutiques avaient déjà été posés de même qu'une thérapeutique et une surveillance des patients étaient déjà en cours [13].

Au CHU de Poitiers, 1 malade sur 2 est adressé par un médecin, 14.68% sont adressés par le SAMU et 35% sont venus de leur propre initiative ou celle de leur entourage [11].

Le quasi absence de la médecine pré hospitalier dans notre pays constitue une véritable entrave dans la précocité et l'efficacité de la prise en charge des urgences en générale et des urgences vitale en particuliers.

La 1^{ère} heure chez un polytraumatisé, les 1^{ères} minutes chez un syndrome coronarien aigue ou dans le cadre d'un AVC ischémique sont malheureusement perdues sans aucune prise en charge ce qui aggrave le pronostic vital

La mise en place des SAMU dans les déférentes régions du pays avec comme exigence de ne transférer les malades d'un centre régionale vers le centre hospitalier universitaire qu'après régulation va certainement améliorer la prise en charge (disponibilité des lits...) .Mais le point essentiel et crucial reste celui de la prise en charge pré hospitalière et lors du transport. En plus la régulation médicale ne concerne qu'une minorité des malades.

4- Provenances des malades :

51% des malades proviennent de Rabat et de salé. Tous les malades nécessitant des soins de réanimation sont systématiquement adressés vers l'hôpital Ibn Sina avec ou sans régulation. Qu'il s'agisse de l'hôpital Moulay Abdellah de salé ou l'hôpital Sidi Lahcen de Témara ou du CHP Moulay youssef.

10.5% des malades arrivent des régions plus éloignées souvent il s'agit de photologies tertiaires ou des patients dont la famille voudrait faire venir CHU.

5.7% des malades arrivent au déchocage des autres services des l'hôpital, il s'agit de malade agonisant pour lequel le médecin par un geste de bonne volonté le ramène au niveau de la salle pour que des soins de réanimation soit prodigués, il s'agit souvent de malades porteurs de graves pathologies néoplasiques au autres.

10% des malades arrivent des urgences médicales, ce sont des malades qui ont été soit sous évalués à l'admission ou qui se sont aggravés lors de la surveillance.

Il s'agit donc des transferts internes de l'hôpital vers la salle de déchocage. Ce genre de transfert est hors norme puisque ces malades relèvent normalement des services de réanimation de l'hôpital ou il s'agit des malades agonisant.

IV- Les type de pathologie

Concernant les motifs d'entrés la majorité était admise pour des motifs médicaux à 62.9% les motifs chirurgicaux représentent 37.1% .Pour les motifs d'admission chirurgicaux la pathologie traumatique constitue environ 30% suivit de la pathologie viscérale 7.9%. Parmi les pathologies médicales la pathologie neurologique vient en première position avec 19.50% des cas suivie de la pathologie cardiovasculaire 15.8 des cas puis de la pathologie respiratoire 10.5 des cas.

Au CHU Ibn Rochd de Casablanca la pathologie médicale avait représenté 79.60% des cas alors que la pathologie chirurgicale n'avait représenté que 20.40% des cas .La pathologie respiratoire représentait 29.70% ; la pathologie cardiovasculaire 20.12% et la pathologie neurologique 9.72%. [10].

- Au centre hospitalier d'Amentière le motif d'arrivée était 82% des motifs chirurgicaux et 17% des cas médicaux [13].
- Au centre hospitalier de Poitiers 15.59% motifs médicaux et 74.41 motif chirurgicaux(11). Parmi les motifs d'entrée médicaux la majorité concernait la pathologie neurologique et la pathologique cardio vasculaire 19.5% et 15.8% [11].
- Au Centre de Poitiers la pathologie traumatique représente 14.68% [11]. au centre d'Armentières 11.9% [13].

1-Pathologie Traumatique :

Le polymorphisme des urgences vitales doit rappeler néanmoins que l'activité dominante des structures de déchocage est tournée vers la traumatologie grave. C'est dans ce domaine que se déclinent les meilleurs exemples de l'évolution récente des structures et des stratégies [7].

La pathologie de l'activité de la salle de déchocage est représentée par la pathologie traumatique presque dans 30% des admis à la salle de déchocage sont des traumatisés grave. L'augmentation de la fréquence des accidents de la voie publique et des agressions fait que le traumatisé grave constitue une priorité de prise en charge au niveau de la salle de déchocage.

L'inexistence de la prise en charge pré hospitalière de ce genre de malade constitue un véritable handicap et aggrave malheureusement le pronostic.

C'est justement pour cette raison que dès l'arrivée du traumatisé grave au niveau de la salle de déchocage, il faudrait que tous les moyens soient déployés pour optimiser la prise en charge. La création d'un centre pour traumatisé grave au niveau des urgences de notre hôpital améliorerait certainement le pronostic de ces traumatisés.

2- Pathologie Neurologique

Dans notre série cette pathologie représente 19.5% des admissions au CHU Ibn Rochd, elle représentait 7.74% [10]. Les AVC hémorragique et les AVC ischémiques sont les principales urgences neurologiques.

Si les urgences neurochirurgicales classiques bénéficient facilement d'une structure de déchocage en cas de situation aiguë, il n'en est pas de même pour les accidents vasculaires cérébraux dont la prise en charge, l'évaluation et l'initiation d'un traitement précoce manquent encore d'une organisation spécifique qui permettrait une bonne gestion de cette dite 'heure d'or' similaire à celle des patients victimes de traumatismes graves [14, 15].

3- Pathologie Cardio Vasculaire

Elle constitue le 3^{ème} motif d'hospitalisation au niveau de la salle de déchocage avec 15.8% des admissions. Où l'OAP, l'IDM, les états de choc et les hypertendus sont loin les plus fréquents. Cette pathologie est au premier rang dans les pays industrialisés [15,16].

La prise en charge de ces urgences doit être rapide et précoce et dépend avant tout du niveau de formation du personnel qui n'est pas actuellement évalué en termes d'efficacité.

La démarche de formation d'une équipe entière améliore par exemple la survie des patients atteints de pathologie coronarienne aiguë [17, 18, 6].

Cette recherche d'une qualité et d'une sécurité de l'accueil est l'objectif actuel, il ne peut être atteint que dans une démarche collective d'établissement [11, 19].

CHU Ibn Rochd elles ont constitué le 2^{ème} motif d'hospitalisation dans la salle de déchocage avec le 15.8% de l'activité totale de la salle, [10].

4-Pathologie Pulmonaire

La pathologie asthmatique est à l'origine de la plupart des urgences respiratoire dans notre série cette pathologie représente 10.5% des hospitalisations contre 23.63% % au CHU de Casablanca.

Les pneumopathies sévères avec conséquences un choc infection à la détresse respiratoire sont également des motifs d'hospitalisation fréquente par la pathologie pulmonaire. Ces constatations sont également retrouvées dans des études antérieures au SAU Ibn Rochd [20,21] ainsi que dans d'autres pays tel que le Canada [22].

IL paraît important d'accorder une attention particulière à la maladie pulmonaire tant pour la prise en charge thérapeutique que pour la prévention

5-La pathologie accidentelle

Cette pathologie est dominée par les intoxications

Le phosphore d'aluminium (Phostoxin), l'alpha chloralose, les médicaments et les organophosphorés sont les principaux produits incriminés.

Ces intoxications peuvent être accidentelles, mais les tentatives d'autolyse sont de loin les plus incriminées. En effet, le stress et certains problèmes

sociaux, surtout chez les jeunes filles, expliquent cette recrudescence vue la gravité de la situation, le suivi de ces patients par une psychothérapie s'avère nécessaire [23, 24].

6-Pathologie viscérale

Les hémorragies digestives massives surtout par rupture des varices œsophagiennes ainsi que les abdomens aigue négligés sont les principales urgences viscérales. Ces urgences constituent comme même 8% des admissions.

V. Devenir des malades

55.8% des malades ont bénéficié d'un transfert intra hospitalier.

38.9% vers la salle d'hospitalisation de courte durée ou vers les services d'accueil, et 16. %Vers les services de réanimation de l'hôpital.

1. Les transferts vers la salle d'hospitalisation de courte durée ou vers les services d'accueil.

Ces patients représentent 38.9% des malades soit 926 malades de la salle de déchocage. La moitié de ces patient présentait une pathologie traumatique pour lesquels les mesures de réanimation initiale, et de bilan ont été entreprises puis le transfert à été fait vers la salle d'hospitalisation de courte durée ou vers le service de traumatologie souvent après un passage par le bloc opératoire.

Ce sont les malades qu'ont eu des pathologies traumatiques et viscérales qui ont bénéficié de plus de transfert intra hospitalier avec 49.56% des patients ayant cette pathologie. Il s'agit surtout des polytraumatisés avec fracture des

membres transférés en service de traumatologie après chirurgie pour toutes les autres pathologies le pourcentage des transfère ne dépasse pas les 12% par pathologie.

Au CHU Ibn Rochd de casablanca le taux de transfert vers les services spécialisés est de 32.10% sans spécifier le service d'accueil [10]

Au centre hospitalier d'Armentières 18.8 des patients ont été transférés vers la salle d'hospitalisation de courte durée contre 15% à clément Ferrand [25].

2. Les transferts vers les services de réanimation

16% seulement des malades ont été transféré dans les services de réanimation soit 403 malades : 54.1% transfert en réanimation médicale ; 39% en réanimation chirurgicale ; 6.9% en réanimation centrale.

Au CHU de Poitier 20.14% ont été transférés vers les services des réanimations ou de soins intensifs soit 5.22% en réanimations médicale, 5.22 en réanimation chirurgicale le reste étant transféré vers les unités de soins intensifs des différentes spécialités. [11]

Dans notre contexte nous remarquons que les unités de soins intensifs n'existent pas dans les services et même dans les services des réanimations. Ces unités sont très importantes pour la prise en charge des malades intermédiaires entre les services de réanimation et les services d'hospitalisations ordinaires. Notre salle de déchocage joue souvent le rôle de l'unité des soins intensifs.

Les transferts au milieu des réanimations sont insuffisant et ce pour deux raisons principales :

Le nombre de lit dans les réanimations est insuffisant et elles affichent souvent complet. En effet :

- La réanimation médicale dispose de 10 lits
- La réanimation des urgences chirurgicales 15 lits
- La réanimation centrale 13 lits cette réanimation hospitalise surtout les malades en post opératoire

Depuis quelque semaines les transferts se font des plus en plus facilement vu l'application de la charte des urgences qui implique toutes réanimations à prendre les malades de la salle de déchocage quelque soit la pathologie et le pronostic et dans un délai ne dépassant pas 4heures.

A clément Ferrand une étude prospective s'échelonnant sur un mois (102 patients recrutés), retrouvait 27.5% des patients de la salle de déchocage étaient orientés en réanimation et 15% vers l'hospitalisation de courte durée. [25]

A Dijon une étude rétrospective en 2004 montrait que 20% des patients de la salle de déchocage étaient hospitalisé en réanimation. [26]

Au CHR de Metz 14.8% des patients de la salle de déchocage étaient hospitalisé en réanimation selon une étude rétrospective en 2006. [27]

Une étude rétrospective au CHU de Nancy en 2004 à montré que 20.4%, des patients étaient transféré en réanimation et 11.2% vers les soins intensifs. [12]

Au centre hospitalier d'Armentières 19.4% des malades ont été transféré en réanimations ou bien en unité de soins intensifs. [13]

A vrai dire tous les malades admis à la salle de déchocage ne relève pas de la réanimation. Car au niveau de cette salle nombre de patient sont réanimé, évalués ou réévalués stabilisés et surveillés de façon rapprochée.

C'est la pathologie accidentelle qui a bénéficié le plus transfert en réanimation avec 39.13 suivit de la pathologie pulmonaire avec 29.87%.

La pathologie cardio vasculaire a eu un taux de transfert très réduit 3.42% sachant comme même que l'effectif des malades ayant une pathologie cardio vasculaire est de 350 soit 14.70 % des malades.

La pathologie neurologique a un également un taux des transferts au conséquent 14.44% des patients.

2.1 Transfert en réanimation médicale

Parmi les malades transférés en réanimation 18.6% ont été hospitalisé en réanimation médicale. Les intoxications représentaient presque une part importante de cette pathologie. La pathologie pulmonaire a été également largement hospitalisée, les pneumopathies sévères ainsi que l'asthme aigu grave représentent la majorité de la pathologie respiratoire. Les autres pathologies bien qu'elles soient médicale n'avaient pas bénéficié d'un taux des transferts important

Nous remarquons que sur 81 malades admis dans les services de réanimation pour pathologies accidentelles 75 ont été transférés en réanimation médicale à partir de la salle de déchocage soit 92,59%.

2.2 Transferts en réanimation chirurgicale

Sur 128 admis à la salle de déchocage pour pathologie traumatique et qui ont bénéficié d'un transfert en réanimation 123 ont été transféré en réanimation chirurgicale soit 96% des malades. Il s'agit surtout de polytraumatisés avec traumatisme crânien. La pathologie viscérale vient en deuxième position avec 53,84% des malades .Nous remarquons que 8 malades sur 81 et qui avait des pathologies accidentelles soit 9,87% ont été transféré en réanimation chirurgicales et ce par manque de place en réanimation médicale.

3. Transfert vers les autres structures

2.6% des patients ont été transférés vers d'autres structures il s'agit en majorité des urgences neurochirurgicales dont l'admission à été faite initialement dans notre hôpital puis transféré vers l'hôpital des spécialités puisque on se trouvait soit dans la semaine au cours de laquelle l'hôpital Ibn Sina n'était par receveur, soit il s'agit des malades qui présentait un accident vasculaire cérébral ischémique. A noter que les urgences neuro-chirurgicales sont prise en alternance avec l'hôpital des spécialités une semaine pour l'hôpital Ibn Sina et une semaine pour l'hôpital des spécialités, cependant les traumatisé graves avec traumatisme crânien sont systématiquement hospitalisés à l'hôpital Ibn Sina.

4. Sortie

62 patients soit 2% des patients sont sortie directement de la salle de déchocage il s'agit surtout de patient qui présentaient des douleurs thoraciques atypiques, un coma hypoglycémique, des crises d'angoisse au des tachycardies de Bouveret. Au centre hospitalier d'Armentières 2.7% sont retournés à

domicile après passage à la salle déchocage(13). Au CHU Ibn Rochd de casablanca 62.20% des malades hospitalisés au niveau de la salle de déchocage sortent directement. [10]

Les services des urgences de l'hôpital Ibn Rochd ne dispose pas de salle d'hospitalisation de courte durée comme en dispose le service des urgences de l'hôpital Ibn Sina ce qui explique le taux important de sortie directe de la salle de déchocage.

L'importance d'une salle ou d'une unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.T.C.D) dans un service d'accueil des urgences n'est pas à démontrer c'est une zone obligatoire au niveau d'un service des urgences car elle constitue un lieu où les malades peuvent bénéficier des examens complémentaires, surveiller et souvent traiter.

L'UHTCD représente ainsi une solution pour prendre en charge des patients qui sont « trop malades pour sortir et pas assez pour être hospitalisés dans un service de spécialité » [28,29].

Aux Etats Unis, les UHTCD se sont développées depuis les années 1970.Ces structures ont vu le jour essentiellement pour limiter les hospitalisations.

Cependant, malgré l'UHTCD, il peut persister des difficultés pour hospitaliser certains patients. Certains hôpitaux ont mis en place des unités de court séjour d'urgence (UHCSU) pour faire face à l'hyperspécialisation des services classiques et à la réduction du nombre de lits. Ces UHCSU ne reçoivent que des patients du SU ou transférés de l'UHTCD.L'équipe médicale est souvent commune avec celle des urgences, les patients y sont hospitalisés tous les jours 24h/24h sans critères d'exclusion concernant la pathologie ou la

typologie du malade. Cette structure répond donc à la demande de proximité en aval des urgences et s'adapte à la polyvalence du recrutement de ce service [28,29].

5. Les décès

28.3% des malades sont décédés au niveau de la salle de déchocage.

Au CHU Ibn Rochd de casablanca le taux de décès est de 12.30% [10]

Au CHU de Poitiers le taux de décès était de 9.2% [11]

Au centre hôpital d'Armentières le taux de décès est de 1% [13]

Au C.H.U.Ibn Rochd de casablanca Le nombre de décès du 1^{er} février au 31 juillet 2005 est de 205 cas (12,3 %), il a été de 11,8% en 1998 et de 11,2 % en 2000. [10]

Ces incidences sont plus importantes que celles publiées aux Etats-Unis qui étaient de 0,3 % en 1995, mais elles demeurent plus importantes que celles des deux études publiées en France : Cherietpocate avec 0.06% de décès [30] et Roupie avec 0,2 % de décès [31].

Le nombre important des décès au niveau de notre salle de déchocage peut être expliqué par plusieurs facteurs.

- Aucun soin pré hospitaliers n'est prodigué pratiquement pour tous les patients.
- Absence d'une salle de déchocage dans les hôpitaux avoisinants.

- Transfert tout azimut vers la salle de déchocage de tout état de détresse vitale survenant dans les hôpitaux de voisinage ou même d'autres services de l'hôpital.
- Transfert des régions éloignées de certains malades dans des conditions très précaires (ambulances non équipées, malades sans aucune mise en condition)
- Hospitalisations au niveau de la salle de déchocage de malade en fin de vie (malades très âgés ou porteurs de maladies très avancées notamment néoplasiques).

L'influence des pathologies sur les décès est très importante en effet sur 350 malades admis pour pathologies cardiovasculaire 161 décèdent soit 46% ce taux important est le reflet de la gravité des affections que présentaient nos malades et également de l'état critique avec laquelle ils étaient admis : le syndrome coronarien aigu ; l'œdème aigue d'origine cardio génique sont les principales causes de décès. La cardiopathie d'origine rhumatismale est également source de décès.

Un certain progrès a été obtenu dans la prise en charge des syndromes coronarien aigue depuis de la thrombolyse en urgence. Ce pourcentage élevé peut être également expliqué par les difficultés de transfert vers les services de cardiologie. Rapportés au nombre des malades admis 23 % des malades qui présentaient une affection neurologique décèdent, Ce taux est expliqué par la gravité des accidents vasculaire cérébraux.

Les pathologies urologiques et néphrologiques ont un taux de décès de 4.4% Il s'agit de patients, présentant des affections plutôt néphrologique avec en

chef de file l'insuffisance rénale chronique terminale. Les pathologies infectieuses ont un taux de mortalité de 9%. Les états septiques qui arrivent au niveau de la salle de déchocage sont souvent en état de choc septique grave.

Par ailleurs, dans notre étude la pathologie traumatique est incriminée dans les causes de décès de 13.36% avec 93 cas. Le jeune âge des patients, la réversibilité des lésions et la rapidité de la prise en charge expliquent ce taux relativement plus faible par rapport aux autres pathologies. A vrai dire ce taux devrait être plus bas si les malades avaient été pris en charge, sur les lieux de l'accident et lors du transport.

Selon l'OMS : La mortalité liée à la pathologie traumatique devrait augmenter de 26 % au cours des prochaines années [32].

6. Influence des transferts sur le décès

1.3 Influence des transferts intra hospitaliers sur le décès :

Nous remarquons que pour la pathologie traumatique pour laquelle le taux de mortalité est relativement faible il existe le taux des transferts intra hospitalier le plus élevé 61.03%.

Pour toutes autres pathologies il n'y a pas une véritable influence.

1.4 Influence des transferts en réanimation sur les décès :

La pathologie accidentelle qui a un taux de mortalité faible a eu un taux de transfert en réanimation le plus important 39.13% de ces malades ont été transférés en réanimation médicale. Il est de même pour la pathologie respiratoire avec 29.87% de transfert et seulement 9.83% de décès, par contre

pour la pathologie cardio vasculaire nous trouvons 3.4% de transfert avec un taux de décès de 23.54%

17.15% des patients ayant eu une pathologie traumatique ont été transférés en réanimation avec un taux de décès relativement faible de 13.85 %

Nous pouvons conclure que le non transfert en réanimation avec comme conséquent un long séjour en salle de déchocage sont parmi les facteurs prédictifs de la mortalité dans la salle de déchocage.

7- SCAM

10.8% sont sorties sur la demande de la famille.

Au CHU Ibn Rochd de casablanca 2.40% sont sortis contre avis médical [10]

S'agit-il de malade agonisant ou de malade dont la famille voulait faire soigner dans une autre structure ? Malheureusement ne nous disposons pas d'information exacte sur les registres

Les malades qui sont sorties le plus contre avis médical sont surtout ceux qui présentaient une pathologie neurologique 97 malades soit 18.65 %.

En suite vient des malades présentant une pathologie cardiovasculaire avec 15.42 %.

Il s'agit souvent des malades dépassés présentant un accident vasculaire cérébral hémorragique ou ischémique ou des malades présentant une cardiopathie avec état de choc car diogénique réfractaire.

2.92% malades ayant une pathologie traumatique sont Sortis contre avis médical. Ce sont des malades qui ont préféré se faire soigner dans le secteur privé ou l'hôpital militaire.

VI. Durée de séjours :

Au niveau de notre salle de déchocage la médiane de séjours est de moins de 24h, 150 patients ont séjourné moins de 24h, 750 malades ont séjourné 2 jours, 100 malades 3 jours nous trouvons même des malades qui ont séjourné plus 4 jours.

Certaines pathologies et surtout les pathologies traumatiques et accidentelles ont une durée de séjours très courte ne dépassant pas quelques fois une heure.

Au centre hospitalier d'Armentières la durée de passage à la salle de déchocage est de 4h15mn. [13]

Au CHU de Nancy la durée moyenne est de 4h. Au centre hospitalier de potier la durée moyenne est de 3h à Dijon cette durée est de 4h 25mn. [12]

Au CHU de Besançon la durée moyenne de séjours est de 5h30mn. [33]

Malheureusement certaines pathologies comme les pathologies cardiovasculaires et pneumologiques ont une durée de séjours très longue.

La durée de séjours très augmentée par rapport aux autres centres hospitaliers est à l'origine de l'encombrement de la salle de déchocage qui devient des fois une véritable salle annexe des services de réanimation avec intubations de longue durée.

Actuellement la situation s'est nettement améliorée avec l'application de la charte des urgences.

VII. Recommandations concernant la mise en place, la gestion et l'utilisation d'une SAUV

1. Définition d'une SAUV

La SAUV ou salle de déchocage est un lieu d'accueil au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle.

Les principes directeurs d'un SAUV sont les suivants :

- La SAUV est ouverte 24h/24 ;
- La SAUV ne correspond ni à un lit de réanimation, ni à un lieu d'hospitalisation ;
- La SAUV doit être libérée dès que possible ;
- La SAUV est polyvalente, médicochirurgicale.

Certains centres ont utilisé une structure accueillant régulièrement et spécifiquement des patients ayant une détresse vitale (salle de surveillance post interventionnelle, unité de réanimation d'urgence) comme SAUV. La SAUV ne se substitue pas à ces structures et ces structures ne se substituent pas à la SAUV [34].

Toutefois, une telle organisation peut être maintenue, à condition que ces structures soient à proximité immédiate des urgences que les emplacements nécessaires pour remplir cette fonction de SAUV et les règles de fonctionnement suivent l'ensemble des recommandations énoncées dans ce texte. Par

conséquent, toute restructuration architecturale à venir devra intégrer la SAUV au sein du service d'urgence.

2. Critères d'admission

L'admission dans un SAUV concerne tous les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle.

La décision d'admission d'un patient dans la SAUV est prise par le médecin de service des urgences et le cas échéant par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences, le médecin du SMUR ou le médecin régulateur du SAMU. Dans ce cadre cette décision doit s'appuyer sur des procédures cliniques si possibles à partir de scores de gravité validés et partagés [34,35]

La prise en charge des urgences internes de l'établissement dans la SAUV doit rester exceptionnelle. En l'absence d'alternative, la décision repose sur le médecin responsable de la SAUV ou de son représentant désigné [34,35].

3. Architecture

3.1- Localisation

La SAUV doit être située de préférence dans l'enceinte du service des urgences sinon à proximité immédiate ; son emplacement doit permettre de réduire les durées de transport du patient entre le sas d'entrée des urgences, la SAUV et le plateau technique : imagerie médicale, réanimation et bloc opératoire [34,35].

3.2- Accès

Une signalétique de la SAUV doit être mise en place dès l'arrivée au service des urgences. Les couloirs entre le sas d'arrivée, les urgences et la SAUV doivent être de plein pied ; ces couloirs et ceux donnant accès au plateau technique (imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire) sont larges, permettant le croisement des brancards sans mobiliers pour ne pas entraver la circulation [34,35].

3.3- Structure

La SAUV peut comporter un ou plusieurs emplacements (poste de soins pour un patient) répartis dans une ou plusieurs pièces.

Le nombre d'emplacement dans la SAUV doit être adapté à son activité (nombre de passage aux urgences, gravité des patients, durée attendue de séjour dans la SAUV) et dans tous les cas celle-ci comporte :

- au moins un emplacement pour les services d'urgences non SAU ;
- au moins deux emplacements pour les services d'urgences dont l'activité est supérieure à 15 000 passages par an pour les SAU.

LA SAU doit comporter par emplacement :

- au moins deux prises pour l'oxygène ;
- au moins une prise pour l'air ;
- au moins trois prises pour le vide ;
- au moins six prises pour l'électricité et il est souhaitable qu'au moins deux de ces prises soient sécurisées ;

- au moins un système d'accrochage des perfusions ; un support pour les appareils de surveillance et les pousses seringues.

Une SAUV ne doit pas avoir une surface inférieure à 25 m². Lorsqu'il y a plusieurs emplacements, ceux-ci doivent avoir une surface minimale de 15 m² par emplacement hors rangements. Les rangements de la SAUV sont exclusivement réservés au matériel nécessaire à la prise en charge des patients admis dans la SAUV [34, 35,36].

La SAUV doit comporter par pièce :

- au moins un site de lavage des mains ;
- au moins un dispositif permettant d'afficher les radiographies.
- au moins un plan de travail [34,35].

La SAUV doit comporter les moyens de communications suivants :

- au moins un téléphone par pièce avec accès vers l'extérieur
- au moins un téléphone dédié à une liaison spécifique avec le SAMU pour la SAUV
- un dispositif d'appel de renfort sans quitter la pièce.

En outre, il est souhaitable que la SAUV dispose d'un ordinateur avec accès au réseau hospitalier et la possibilité d'effectuer un transfert d'images [34,35].

L'alimentation électrique doit permettre le branchement d'appareils lourds tels qu'amplificateurs de brillance, appareil pour radiographie mobile, échographe dans chaque pièce [34,35].

Chaque emplacement doit disposer d'un éclairage permettant la réalisation de gestes techniques, un dispositif d'éclairage mobile complémentaire doit être disponible. Il doit être possible de faire l'obscurité pour la réalisation d'échographies [34.35].

4. Equipements

Deux niveaux d'équipement minimum sont recommandés, l'un pour les services d'urgences non SAU (niveau 1) et l'autre pour les SAU (NIVEAU 2).

Toutefois, certaines structures non SAU doivent s'équiper selon les critères d'un SAU en raison d'une activité particulière (quantitative ou qualitative) et/ou d'un isolement géographique particulier. Ces recommandations s'entendent par emplacement sauf indication contraire par pièce (PP) ou par SAUV (PS)

❑ **Niveau 1**

❖ Réanimation respiratoire

- des dispositifs permettant l'administration des fluides médicaux (bouteilles, mano-détendeurs, masques, sondes, nébuliseurs) et une bouteille d'oxygène de secours (PP)
- un ventilateur automatique au moins du type transport permettant une ventilation contrôlée et assistée ainsi que la PEP. Il doit être équipé d'un monitoring de la ventilation (mesure des volumes expirés des pressions générées) avec des systèmes d'alarme conforme à la réglementation (alarmes sonores assujetties aux variations de pression haute ou basse et si possible assujetties au spiromètre) (PP)

- un dispositif permettant de réaliser une ventilation non invasive est souhaitable (PS)
 - un nécessaire pour l'intubation trachéale, un insufflateur manuel associé à un réservoir enrichisseur d'oxygène avec des masques adaptés à la taille des patients
 - du matériel adapté aux cas d'intubation difficile (PP)
 - un aspirateur électrique de mucosités et un jeu de sondes d'aspiration protégées (PP)
 - un dispositif d'aspiration manuelle de secours (PP)
 - un monitoring de la saturation pulsée en oxygène (avec affichage des courbes souhaitées) et un monitoring par capnographe du CO₂ expiratoire (monitoring quantitatif avec courbes souhaitables) (pp)
 - un appareil permettant la mesure du débit expiratoire de pointe (PP)
 - un dispositif de drainage thoracique [34,35].
- Réanimation cardiovasculaire
- un monitoring électrocardioscope
 - un appareil de mesure automatique de la pression artérielle et un appareil manuel avec brassards adaptés à la taille des patients (PP)
 - un défibrillateur (PS)
 - un dispositif de stimulation transthoracique (PS)
 - un appareil d'électrocardiographie multipiste (PS)
 - au moins deux pousse-seringues électriques

- Les matériels permettant l'accès veineux périphérique ou central sous forme pré conditionnés.
- Les dispositifs permettant l'accélération et le réchauffement de perfusion (PP), l'autotransfusion (PS), le garrot pneumatique (PS)
- Un kit transfusionnel (PP).
- Un appareil de mesure de l'hémoglobine (PP)
- Un aimant pour contrôle des dispositifs implantés (PS)

□ Médicaments

- L'ensemble des médicaments pour la réanimation des défaillances respiratoires, circulatoires ou neurologiques
- Les différents solutés de perfusion et de remplissage.
- Les médicaments nécessaire à la prise en charge des patients selon une liste préétablie et connue de tous, comportant notamment les analgésiques, les sédatifs, les antibiotiques, les catécholamines, les thrombolytiques et les principaux antidotes [34,35].

□ Immobilisation

Un matelas à dépression et/ou un dispositif de transfert (PP) et plusieurs dispositifs adaptés d'immobilisation du rachis et des membres [34,35].

□ Divers

- un brancard radio transparent adapté aux gestes de réanimation, au transport du malade, à la contention.
- un appareil de mesure de la glycémie capillaire (PP)

- des thermomètres dont un doit être adapté à la mesure de l'hypothermie
- un dispositif de réchauffement corporel (PP)
- un lot de sondes gastriques et de poches de récupération (PP)
- un dispositif de drainage urinaire y compris un dispositif de drainage sus-pubien (PP)
- mise à disposition d'un appareil d'imagerie mobile et d'un échographe

La SAUV doit disposer de moyens propres permettant de mobiliser un patient ventilé avec l'ensemble de son monitoring et les dispositifs assurant la continuité de son traitement [34, 35].

□ **Niveau 2**

Tous les moyens recommandés au niveau 1 doivent être présents, les moyens supplémentaires nécessaires par rapport au niveau 1 :

- au moins un ventilateur dit réanimation, permettant plusieurs modes vésicatoires, en volumes ou en pression (PS).

Il est souhaitable que la SAUV puisse disposer des techniques suivantes :

- Mesure de la pression artérielle invasive (PP).
- Fibroscopie bronchique (PS) [34 ,35].

5. Durée de prise en charge

Elle doit être la plus courte possible :

Aussi, le Médecin de la SAUV doit il avoir un objectif, la prise en charge immédiate, contenue, et coordonnée du patient pour la remise en disponibilités rapide de la SAUV [34,35].

6- Collaboration

□ Avec le Samu-Smur

Bien que l'admission directe dans un service spécialisé soit chaque fois privilégiée, les relations entre le Samu et la SAUV sont essentielles pour l'admission et l'orientation du patient. Ces relations concernent au quotidien la prise en charge des patients, la coordination des acteurs étant un facteur essentiel de qualité. Le Samu prévient la SAUV d'éventuelles difficultés d'aval pour les patients graves liées à l'absence de lits disponibles en réanimation.

Les patients amenés par le Smur dans la SAUV sont systématiquement annoncés par le Samu. Le Smur indique toute modification de l'état clinique du patient. Le médecin du Smur peut à tout moment demander à être en relation avec le médecin de la SAUV par l'intermédiaire de la régulation du Samu.

La transmission du patient se fait de médecin à médecin et d'infirmier à infirmier. Le dossier patient doit être complet et vérifié. L'équipe du Smur ne quitte le patient que lorsque l'ensemble des transmissions est effectué et que la sécurité du malade est assurée.

Les modalités de l'ensemble des transferts inter hospitaliers médicalisés à partir de la SAUV et le médecin régulateur, même si l'établissement siège de la SAUV dispose d'un Smur [35].

❑ **Avec l'anesthésie- réanimation et réanimations :**

Des procédures sont établies entre la SAUV et le service d'anesthésie réanimation, et/ou les services de réanimations lorsqu'ils existent dans l'établissement.

Dans ce cas, l'anesthésie réanimateur et/ou le réanimateur doit venir renforcer la SAUV à la demande de l'équipe de la SAUV.

Dans le cas où la SAUV a été intégrée provisoirement dans une structure accueillant régulièrement et spécifiquement des patients ayant une détresse vitale (salle surveillance poste interventionnelle, unité de réanimation d'urgence), un contrat entre les deux services doit clairement en définir le fonctionnement [35].

❑ **Avec les consultants**

La SAUV doit disposer des listes actualisées de gardes et d'astreintes de l'ensemble des spécialistes de l'établissement et doit pouvoir à tout moment les contacter se passer par leur service d'origine.

Tous ces médecins de garde ou d'astreinte doivent intervenir selon des modalités et des délais définis à l'avance par discipline et figurant dans un règlement intérieur valide par les instances médico-administratives de l'établissement.

Par ailleurs, la SAUV doit disposer d'une liste actualisée de médecins spécialistes des principales disciplines non couvertes par la permanence médicale de l'établissement et pouvant être sollicitée [35].

❑ **Services medicotechniques**

La SAUV doit disposer d'un accès privilégié au service d'imagerie si une partie du plateau technique n'est pas dédiée au service des urgences, des priorités doivent être définies permettant la réalisation sans délai des examens urgents.

La SAUV doit disposer d'un accès privilégié aux laboratoires de l'établissement ou rattachés, permettant d'accélérer l'obtention des résultats, une biologie délocalisée est mise en place s'il n'y a pas d'alternative dans l'établissement [35].

❑ **Services d'aval**

Les patients présents dans la SAUV doivent être acceptés en priorité et sans délai dès lorsque leur dépôt peut être envisagé, permettant de maintenir une capacité d'accueil pour les patients présentant une menace vitale, les protocoles de transfert vers les services de l'établissement doivent détailler le personnel prenant en charge ce transfert interne et le matériel engagé ces transferts ne doivent pas compromettre la sécurité de la SAUV [35].

❑ **Contractualisation**

L'ensemble des collaborations nécessaires au fonctionnement en sécurité de la SAUV doivent faire l'objet d'un protocole d'accord validé par les instances médico-administratives de l'établissement [35].

7. Ressources Humaines

Le chef de service des urgences est responsable de l'organisation de la SAUV ou délègue cette responsabilité à un médecin de l'établissement.

Par ailleurs, un médecin nominativement identifié est en permanence mobilisable pour assurer la responsabilité d'accueil et de la prise en charge des patients dans la SAUV [34,35].

□ **Formation de l'équipe soignante affectée à la SAUV**

Le personnel médical et paramédical (infirmier et aide soignant (e) ou agent hospitalier) affecté à la SAUV doit avoir bénéficié d'une formation lui permettant de prendre en charge l'ensemble des situations menaçant le pronostic vital et doit maîtriser un ensemble de procédure technique et thérapeutique. De plus, tout personnel affecté à la SAUV doit bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi. Sur le plan du savoir- être, il est important que le personnel affecté à la SAUV sache rester calme et communiquer avec les membres de l'équipe ainsi qu'avec les référents extérieurs et l'entourage du patient [34,35]

□ **Equipe soignante affectée à la SAUV :**

L'effectif de la SAUV dépend du flux de patients, mais est au minimum d'un médecin, d'un (e) infirmier (e), et d'un (e) aide-soignant (e) ou agent hospitalier par SAUV, quels que soient l'heure et le jour de la semaine. Ce personnel peut exercer d'autres fonctions, mais doit pouvoir se libérer immédiatement. Il est ainsi impossible, sauf circonstances exceptionnelles, que le médecin en charge de la SAUV assure également les fonctions de médecin régulateur au SAMU et/ou a fortiori les interventions de Smur, s'il est pour assurer simultanément ces missions [34,35].

8. Procédures et protocoles

Il est important que les procédures suivantes soient mises en place dans la SAUV :

- ✓ Procédure d'alerte ;
- ✓ Procédure d'appel des membres de l'équipe ;
- ✓ Procédure de recours à un avis spécialisé ;
- ✓ Préparation de la SAUV ;
- ✓ Organisation du travail ;
- ✓ Accueil du patient et sa prise en charge initiale ;
- ✓ Protocoles de prise en charge des pathologies les plus fréquemment rencontrés réalisés à partir des données de la médecine fondée sur les preuves [34,35].

Le cadre infirmier supérieur des urgences est responsable de l'organisation paramédicale ou délègue cette responsabilité à un cadre infirmier (e) ou un (e) infirmier (e), nominativement identifié(e). Par ailleurs, un (e) infirmier (e), un aide soignant ou un agent hospitalier au mois sont en permanence mobilisable pour être affectés à l'accueil et la prise en charge des patients dans la SAUV.

- ✓ Critères et modalités de transfert inter-ou intra hospitalier
- ✓ Contenu des informations à transmettre avec le patient
- ✓ Formation de l'adaptation à l'emploi à la SAUV (Médecin, infirmier aide-soignant (e) ou agent hospitalier [35].

La liste nominative, actualisée en permanence, de l'équipe affectée à la SAUV doit être affichée dans la SAUV cette liste affichée comporte obligatoirement le moyen d'appel d'urgence du personnel affecté à la SAUV.

L'ensemble du matériel doit être prêt à une utilisation immédiate. Le matériel est vérifié après chaque utilisation et aux moins une fois par jour, la maintenance est effectuée au moins une fois par jour, grâce à la vérification régulière par le personnel de check-lists, régulièrement mises à jour, cette vérification se fait par attribution nominative, sous la responsabilité du cadre infirmier et apparaît dans un registre ad hoc [34,35].

9. Evaluation

Comme pour le reste du service, un registre de l'activité de la SAUV doit être mis en place et comporter au minimum les termes suivants :

- ✓ Etat civil et origine du patient ;
- ✓ Mode d'admission ;
- ✓ Horaires et durée de prise en charge dans la SAUV ;
- ✓ Motif d'admission dans la SAUV ;
- ✓ Actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés lors de la prise en charge du patient par la SAUV ;
- ✓ Devenir et orientation du patient.

Il est souhaitable de prévoir que soit régulièrement assurée une analyse qualitative des dossiers des patients pris en charge dans la SAUV dans le cadre d'une démarche qualité et une analyse collective par l'ensemble de l'équipe des situations ayant conduit à un dysfonctionnement ou un décès du patient[35].

VII .Vers une restructuration de la salle déchocage du service des urgences de L'hôpital Ibn Sina

Notre étude met en évidence que la salle de déchocage assure travail colossale, dans des conditions quelques fois difficiles. Afin d'améliorer les conditions de travail et d'optimiser au mieux la prise en charge, des mesures de restructuration doivent être entreprise :

- Augmentations de la superficie de la salle de déchocage de façon avoir les 15m par emplacement.
- Doter chaque emplacement du matériel médico-technique nécessaire.
- Disposer d'une pharmacie informatisée contenant tout le matériel nécessaire.
- Disposer des kits préparés pour chaque type d'acte à effectuer.
- Avoir au niveau de la salle un secteur réservée sur la réception du traumatisé appelé « trauma-patients » selon le modèle anglo-saxon qui exige la présence au niveau du service des urgences d'un trauma center » level I , II ou III (37.38.39.40). L'hôpital IBN SINA doit avoir un trauma center level I disposant d'équipes pluridisciplinaires constituées de plusieurs médecins urgentistes, de plusieurs chirurgiens (neurochirurgie, chirurgie viscérale, de techniciens de radiologie et de laborantins). Le chef d'équipe est en alternance un urgentiste ou un chirurgien. Cette équipe est mobilisable en quelques minutes et doit se présenter dans le « trauma-room » 5à10min avant l'arrivée du patient. Les blocs opératoires sont attribués aux seules urgences.

-

- Les admissions au niveau de la salle doivent obéir à des règles :

* un tri strict à l'arrivée des urgences afin que les admissions n'intéressent que les urgences vitales. Ce triage peut se faire selon des échelles internationales bien connu mais difficilement applicables vu notre contexte.

* Les malades transférés des autres structures doivent être régulés par le S.A.M.U et surtout mis en condition. Ceci en attendant l'installation d'une véritable médecine pré hospitalière avec des unités de S.M.U.R.

* Les transferts des autres services vers la salle doivent être prohibés.

* La Mission de la salle de déchocage ne doit pas être déviée ; ce n'est ni une lit de réanimation ni un lieu d'hospitalisation, elle doit être libérée dès que possible. Elle constitue un lieu de passage pour la prise en charge initiale de l'urgence vitale avant qu'une orientation vers le service adapté à l'état clinique du patient ou vers un bloc opératoire chirurgicale ne soit effectuée.

Les buts escomptés au bout de toutes ces recommandations sont :

* l'efficacité dans la prise en charge des états de détresse vitale

* La diminution des taux de morbidités et surtout de mortalité

Conclusion

La salle de déchocage occupe une place primordiale au sein d'un service des urgences car elle est le lieu de prise en charge des détresses vitales existantes ou potentielles.

Elle présente 3% de l'activité globale du service des urgences de l'hôpital Ibn Sina et 19.31 de l'activité d'hospitalisation du service.

Notre étude menée sur 18 mois, a permis d'établir la nature des patients qui y étaient admis aussi que leurs devenir et nous aboutissons à la conclusion qu'elle y accueille dans la majorité des cas de réelles urgences vitales avec des pathologies très variées.

L'élargissement de la salle de déchocage, l'augmentation des moyens humaine et matériel et une meilleure coordination entre les différentes structures hospitalières permettraient que toutes les conditions soient réunies par travailler de manière optimale dans un nouveau déchocage.

Résumés

RESUME

Titre : Evaluation de l'activité de la salle de déchocage. Etude rétrospective à propos de 2667 cas au CHU Ibn Sina de Rabat.

Auteur : Benchekroun Belabbès Hanaa

Mots clés : détresse vitale-déchocage.-Transfert - décès

Introduction : la prise en charge des états de détresse vitale au sein d'un service d'accueil des urgences constitue la priorité absolue de tout centre hospitalier.

Objectifs de l'étude : faire un état des lieux, quantifier l'importance de la salle de déchocage, connaître les différentes pathologies colligées, ainsi que les résultats de la prise en charge.

Matériel et méthode d'étude : c'est une étude rétrospective qui a été réalisée sur période de 18 mois du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2011. Elle a concerné tous les patients ayant bénéficié d'un passage dans la salle de déchocage soit 2667 malades.

Résultats : la salle de déchocage représentait 3 % de l'activité du service des urgences, et 19.31 des admissions. L'âge moyen des patients était de 50 ans avec un sexe ratio de 5.14 Homme/Femme. 51% des malades provenaient de la région de Rabat Salé. La pathologie traumatique représentait 29.2%, la pathologie neurologique 19.5% la pathologie cardiovasculaire 15.8%, et la pathologie accidentelle 8.8%. 16.9% des malades étaient transférés dans les services de réanimation, 38.9% avaient un transfert vers les services d'accueil ou la salle d'hospitalisation de courte durée. 28.3% des malades sont décédés, 10.8% étaient sortis contre avis médicaux et 2.6 % étaient sortis directement. 2.6% étaient transférés vers une autre structure. La durée de séjours était en moyen d'un jour. Nous avons remarqué que plus le taux de transfert en réanimation est important, plus la durée de séjour est courte est plus le taux de décès est faible.

Conclusion : Si le siège, et l'équipement (humain et matériel) sont grossièrement conformes aux recommandations, le dysfonctionnement est secondaire aux flux massif des malades avec le quasi absence de la médecine pré hospitalière et de la régulation médicales.

SUMMARY

Thesis : Evaluation of the activity of the resuscitation room. A retrospective study about 2667 cases at Ibn Sina university Hospital center of Rabat.

Author : Benchekroun Belabbès Hanaa.

Key-words : Vital Distress-resuscitation-Transfer-Death.

Introduction : the management of vital distress cases in a reception unit in emergencies is the first priority of any hospital.

Objectives of the study : to do an inventory, to quantify the importance of the resuscitation room, to know the different pathologies collected and therapeutic results.

Material and method of a study : this is a retrospective study which was conducted over a period of 18 months from 1 January 2010 to 30 June 2011 . it studied all patients who had been in a resuscitation room : 2667 patients.

Results : shock cure room represented 3% of the emergency department activity, and 19,3% of admissions. The average age of patients was 50 years with a sex ratio of 5,14 male/female. 51% of patients came from the region of Rabat-Salé. Traumatic pathology represented 29,2% neurological pathology 19,5% cardiovascular pathology 15,8% and accidental pathology 8,8%, 16,9% of patients were transferred to intensive care units, 38,9% were transferred to the reception unit or admitted for short-term hospitalization. 28,3% of patients died, 10,8% had left hospital after medical authorization and 2,6% went out directly. 2,6% were transferred to another hospital. The stay length was of one day. We noticed that the higher the transfer rate in intensive care, the greater length of stay is shorter and the rate of death is slow.

Conclusion : If the hospital and equipment (human and material) are roughly in accordance with recommendations, the dysfunction is secondary to the massive flow of patients with a quasi absence of pre-hospital medicine and medical regulation.

ملخص

العنوان : تقييم نشاط قاعة علاج الصدمة دراسة بأثر رجعي حول 2667 حالة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

المؤلف: بنشقرون بلعباس هناء

الكلمات الأساسية: ضائقة حياته- علاج الصدمة - وفاة

مقدمة: تعتبر معالجة حالات الضائقة الحياتية داخل مصلحة الاستقبال بالمستعجلات الأولوية في أي مستشفى.

أهداف الدراسة: القيام بعملية الجرد، تقدير أهمية قاعة علاج الصدمة، معرفة الأمراض المختلفة التي تمت معالمتها، وكذا نتائج التعامل العلاجي.

مواد وطرق الدراسة: هذه عبارة عن دراسة بأثر رجعي أجريت على مدى فترة 18 شهرا من 1 يناير 2010 إلى 30 يونيو 2011. وقد تطرقت هذه الدراسة لجميع المرضى الذين مروا بقاعة علاج الصدمة أي 2667 مريضا.

النتائج: شكلت قاعة علاج الصدمة 3 بالمائة من نشاط مصلحة المستعجلات، و19.3 بالمائة من الاستشفاءات. وبلغ متوسط عمر المرضى 50 سنة مع نسبة الجنس تساوي 5.14 ذكور /إناث 51 بالمائة من المرضى كانوا ينحدرون من جهة الرباط-سلا، مثلت المرضيات الرضوية 29.2 بالمائة، المرضيات العصبية 19.5 بالمائة، المرضيات القلبية الوعائية 15.8 بالمائة والمرضى العرضية 8.8 بالمائة 16.9 بالمائة من المرضى ثم نقلهم إلى مصالح العناية المركزة، 38.9 بالمائة نقلوا لمصالح الاستقبال أو لقاعة الاستشفاء لمدة قصيرة فيما توفي 28.3 بالمائة من المرضى، 10.8 بالمائة تركوا المستشفى ضد مشورة طبية و 2.6 بالمائة خرجوا بشكل مباشر. كما أن 2.6 بالمائة من المرضى ثم نقلهم إلى مستشفى آخر. ولقد كان متوسط مدة الإقامة هو يوم واحد. ولقد لاحظنا أنه كلما ارتفع معدل نقل المرضى لوحدة العناية المركزة كلما قلت مدة الإقامة وقل معدل الوفاة.

خاتمة: إذا كان المقر والإمكانات (المادة والبشرية). متفقة تقريبا مع التوصيات فإن الاختلال الوظيفي يكون ناتجا لتدفق أعداد كبيرة من المرضى مع شبه غياب للطب ما قبل الاستشفائي وكذا التنظيم الطبي.

Bibliographie

1-Conférence d'experts de la Société Francophone de Médecine d'urgence (SFMU), de SAMU de France, de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).

Recommandation concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). 2002

JEUR 2003

2-Commission d'évaluation-Coordinateur Dr BLEICHNER G. Société Francophone de Médecine d'Urgence

Critères d'évaluation des services d'urgence.

Mars 2001 www.sfmu.org

3-BLEICHNER G. et le groupe de travail sur l'architecture.

Recommandations de la Société Française de Médecine d'urgence (SFMU) sur l'architecture des services d'urgence

Version du 16/07/2004. www.sfmu.org

4. BENCHEKROUN

www.santé.gouv.ma/MSMS/enseignement.htm

5-Société Française d'Anesthésie et de Réanimation –SAMU de France.

Recommandations concernant modalité de la prise en charge médicalisée pré hospitalière des patients en état grave. Novembre 2001.

Disponible sur : <http://www.sfar.org/recomprehospi.html>

6-Observatoire Régional des Urgences Midi-pyrénées.

La classification clinique des malades des urgences modifiée. Edité le 17 octobre 2003.

Disponible sur : http://www.oru-mip.fr/p24_classifications.php

7-MOUHAOUI M., GARTITE A., LOUARDI H.

Quelle stratégie moderne face aux détresses vitales à la salle de déchocage ?

1^{er} congrès de la Médecine d'urgence et de catastrophe : 16-17 Février 2001, Agadir

8- LARCAN A.

L'accueil des urgences à l'hôpital.

Bull Acad Nath Méd 1991; 175 (3) : 363-73

9-MARDEGAN P., MAILLARD L., MORFOISSE J.

Le déchocage aux urgences : prise en charge des urgences vitales dans les services d'urgence 1999.

In : Actualités en réanimation et urgences 2000

Société de réanimation de langue française, Elsevier

10- OUISSAM BERRADA

La salle d'accueil des urgences vitales du centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca

2006 Université Hassan II Faculté de Médecine et de pharmacie

11-CAMUS

Evaluation de l'activité de la salle d'accueil des urgences Vitales. Etude rétrospective à propos de quatre cent deux cas au CHU de Poitiers

Décembre 2004. Université de Poitier Faculté de Médecine et de pharmacie

12-A.L'HUILLIER

Evaluation des modalités d'admission et des critères d'orientation vers la salle d'Accueil des Urgences Vitales du CHU de Nancy. Etude rétrospective du 1^{er} octobre au 30 novembre 2004, à propos de 498 dossiers.

Oct, 2005. Université de Nancy 1.

13-JENNY FIQUEMO

Evaluation de l'activité de la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) au centre hospitalier d'Armentières :

Etude rétrospectives a propos de quatre cent soixante dix neuf cas du 1^{er} janvier au 30 juin 2007.

Octobre 2008 Université du droit et et de la santé-lille 2 .Faculté de medecine
HENRI WAREMBOURG

14-CARPENTIER F

Etude de 21122 admissions en service d'urgence.

Réa Soin Intens Méd Urg 1990 ; 6(1) : 27-30

15-LEVRAUL B

L'accueil et le traitement des urgences

Les cahiers hospitaliers 1995 ;105 :6-9

16- STEG A

Urgences hospitalières : problèmes socio-économiques.

Bull Acad Natle Méd 1991; 175 (3) : 421-26.

17-BARON D., LECONTRE P., GARREC F., BERTHIE R

Les indicateurs de performances d'un service d'urgence.

18-JANIERE D

La prise en charge pré hospitalière des urgences

Les cahiers de l'IFECS

19-SROS de Franche comité : Urgences.

L'accueil et le traitement des urgences.

Définition des structures et leurs moyens

[www.erh.besancon.santé.gouv.fr/SROS ind.htm](http://www.erh.besancon.santé.gouv.fr/SROS_ind.htm)

20-JERBI Z., BORSALI F

Organisation des urgences en Tunisie et modèles internationaux

XXIX congrès médical Maghrébin

21-RHAZALI A

Bilan d'activité des urgences portes de Casablanca.

Thèse Méd Casablanca 2000 ; n° 232

22-Groupe d'experts en organisation clinique.

La situation dans les urgences en 1999 (septembre 1999, Ministère de la santé, Gouvernement du Québec).

23-DEMANGE C. , PRIVET S., GEORGEON S., TRECHOT P., MANSUY C.

Hospitalisations liées effets indésirables et aux intoxications médicamenteuses volontaires.

J.Pharmacie Clinique 1999 ; 18(3) : 234-40

24-GAUTIER JY.et coll

Evaluation précoce de la tentative de suicide en milieu hospitalier général.

L'information psychiatrique 1996 ; 5 :463-8

25-LOPEZ.S. , PIC.D.POURRAT. C, SCHMIDT.J.

Evaluation du fonctionnement d'une salle d'admission des urgences vitales au CHRU de Clermont-Ferrand.

Jeur.2004, 17,1S52

26-DAZY-GODARD S., FOURNIER C. , PICOT.S., HONNART D.

Evaluation de l'activité d'une salle d'accueil des urgences vitales-2004-Dijon

JEUR 2004,17,1S153

27-DELMAS G., PIERRAD O., WEISSENBACH A., CHOUVET E., SCHINKEL D., GILLET P., STREIFF R., ROTHMANN C.

Profil des malades graves admis en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)-Metz-2006

JEUR 2008, 17, S19

28-BELLOU, KORWINB.

Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques.

Rev Méd Interne, 24,9 :602-12

29- Société Francophone de médecine d'urgence.

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'urgences (UHCD).

Jeur 2001 ; 11 : 144-52.

30-CHERITPOCATE M. et coll

Mortalité dans les services d'accueil des urgences

Réa Urg 1997 ; 6 : 747.

31-SRLF

La mort aux urgences

Actualité en réanimation et urgences. 1999 :28

32- PETIJEAN et coll.

Comment améliorer la prise en charge hospitalière des urgences dans les pays en développement.

www.caducee.net/unes/urgences/annonces.asp

33-RUEFF C, BARON A.F, MANZON C., PEREZ D, HACHELAF M, CAPELLIER G , DESMETTRE T.

Quelles urgences aux urgences ? Evaluation de la pertinence des motifs d'admission au déchocage d'un CHU. Besançon

JEUR 2008, 21, A14/A15

34- Société Francophone de médecine d'urgence.

Critères d'évaluation des services d'urgences.

Mars 2001

**35-Société Francophone de médecine d'urgence, SAMU de France,
D'anesthésie et de réanimation**

Recommandation concernant la mise en place, la gestion l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)

Réanimation. Mars 2004 ; 13, 2 :154-8

36- SHNEIDER, DHAINAUT.

Réanimation-Urgence devient réanimation.

Réan 2001; 10, is 1 : 7-8.

37- ADNET F., MINADEO J., LAPANDRYC.

Comparaison entre les systèmes d'urgences français et américains.

Jeu, 1998, 3 : 115-23.

38- BREWER PA.

Recommandations officielles à l'intention des services d'urgence aux USA : matériel, personnel, organisation.

Réa Urg 1993 ; 2 (3) : 300-4.

39-CARA M.

Le service d'accueil des urgences : un nouveau concept pour une réforme-commentaire.

Bull Acad Natle Méd 2000; 184 (2) : 402.

40- CARLI P, TELION C.

Réanimation pré-hospitalière des blessés graves: comparaison de la prise en charge en Europe et en Amérique du nord.

J Eur 1998 ; 3, 1086114.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد.

تقييم نشاط قاعة علاج الصدمة : دراسة بأثر رجعي حول 2667 حالة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا الرباط

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

السيدة : هناء بنشقرون بلعباس

زوجة بنشقرون

المزودة في 13 فبراير 1985
داخلية المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: ضائقة حياته - علاج الصدمة - وفاة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و

مشرف

أعضاء

السيد : بنشقرون بلعباس عبد اللطيف

أستاذ في الجراحة العامة

السيد : ديمو قبارك

أستاذ في التخدير والإنعاش

السيد : فارودي مامون

أستاذ في التخدير والإنعاش

السيد : الموساوي رشيد

أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيد : بليمي لحسن

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير