

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de la Santé, de la population et de la Réforme Hospitalière
Institut National de Santé Publique

**ENQUETE NATIONALE SUR
LES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES**

***PRINCIPAUX RESULTATS
ET RECOMMANDATIONS***

Période du 03 au 10 mars 2003



INSP SEPTEMBRE 2006

Sommaire

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	
1- Introduction	5
2- Objectifs	6
3- Population et Méthodes	6
4- Organisation pratique	8
5- Plan d'analyse	9
PRINCIPAUX RESULTATS	
1- Répartition des patients	12
2- Caractéristiques des patients	16
3- Circonstances d'arrivée	19
4- Motifs de recours aux soins	23
5- Traumatismes présentés par les patients	24
6- Pathologie chronique	25
7- Prise en charge du patient	29
8- Devenir du patient	36
9- Diagnostics en fin de prise en charge	38
10- Description des décès	42
11- Fréquence des urgences réelles	47
SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS	
1-Synthèse	49
2- Recommandations	49
CONCLUSION	
ANNEXES	
Annexe1	57
Annexe2	61
Annexe3	65

**Groupe technique chargé
de la coordination de l'enquête UMC**

- | | |
|-------------------------|--|
| - Dr. Samira ABROUK | Chef du projet,
Coordinatrice de la région Centre |
| - Dr. Soraya BELAMRI | Coordinatrice de la région Ouest |
| - Mme Nassima BENIA | Coordinatrice de la région Est |
| - Dr. Moufida BENKADOUR | Coordinatrice de la région Ouest |
| - Dr. Nadia MEZIMECHE | Coordinatrice des régions Sud |

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1- INTRODUCTION

Les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public. Les services d'urgence hospitaliers étant le plus souvent surchargés, avec des urgences de gravité différente, des structures extra hospitalières fonctionnant 24 heures sur 24 et réparties par secteur sanitaire sur l'ensemble du territoire national ont été identifiées dans le cadre de la restructuration (1997) par le Ministère de la Santé.

Actuellement on dénombre plus de 300 structures extra hospitalières d'urgence, leur implantation ne répondant pas toujours à un besoin de la population.

Ces structures créées à l'origine pour soulager les structures hospitalières d'urgence, devraient être le premier point d'accueil des patients consultant dans le cadre de l'urgence. Pour les urgences graves, vitales et/ou fonctionnelles nécessitant une lourde prise en charge, après les premiers soins donnés au niveau de ces structures, les patients sont censés être évacués dans de bonnes conditions vers les services d'urgence qu'ils soient ou non hospitalo-universitaires, mieux équipés.

En réalité la situation est différente. Ces points de garde extra-hospitaliers fonctionnent le plus souvent de la même manière que toutes les structures extra-hospitalières de 8 heures à 16 heures avec des consultations programmées et des consultations non programmées.

Les urgences représentent une part des consultations non programmées et sont dans la majorité des cas orientées vers le centre hospitalo-universitaire ou l'hôpital du secteur sanitaire le plus proche, sans aucune prise en charge immédiate.

Ceci a pour conséquence le recours immédiat aux services des urgences hospitaliers. De plus, les consultations assurées par ces services hospitaliers et qui ne relèvent pas de l'urgence, représenteraient une part importante de l'activité de ces structures.

Ceci explique que ces services sont de plus en plus surchargés.

Un état des lieux de l'ensemble des points de garde (hospitaliers et extra-hospitaliers) a été réalisé par la Direction des Services de Santé du Ministère de la Santé. Cette carte des unités de garde permet d'apprécier pour chaque structure, le plateau technique avec le nombre de lits, le nombre d'ambulances, l'existence d'un laboratoire et d'une radiologie, ainsi que la possibilité de pratiquer en urgence un électrocardiogramme.

Cet état des lieux a permis également d'apprécier le nombre de consultations assurées par la structure et le nombre d'évacuations.

Cependant aucune différence n'est faite entre les consultations du jour (8h – 16h) et celles de la garde réelle (16h – 8h). De plus nous n'avons aucune idée de la part réelle des urgences dans ces consultations.

Afin d'améliorer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, plusieurs groupes de travail se sont constitués depuis plusieurs années, dans le cadre du comité national sur les urgences, du comité des urgences de la wilaya d'Alger ou encore au niveau des services d'urgences hospitaliers (PU Mustapha,...).

La réorganisation du système de soins d'urgence incluant les structures hospitalières et extra-hospitalières afin d'instaurer une prise en charge plus rapide et plus efficiente des urgences, nécessite une connaissance approfondie et claire de la situation sanitaire dans ce domaine.

Il est important pour cela de recenser exactement les « structures d'urgence » qui fonctionnent 24 heures sur 24, et de décrire le recours à ces unités sur l'ensemble du territoire.

Ceci a justifié la mise en place d'une enquête nationale sur les urgences, initiée par la Direction des Services de Santé du Ministère de la Santé, et réalisée par l'Institut National de Santé Publique en collaboration avec les différentes structures sanitaires du pays.

2. OBJECTIFS

L'objectif de l'enquête est de décrire le recours aux « unités de garde » sur l'ensemble du territoire.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont :

1. Déterminer la part réelle des urgences parmi l'ensemble des consultations non programmées au niveau de ces structures ;
2. Décrire les caractéristiques socio-démographiques de la population accueillie ;
3. Détailler le circuit de soins des patients en amont de l'accueil dans l'établissement ;
4. Décrire la population accueillie en terme de motif de recours, de pathologie présentée, de gravité de l'état de santé lors de l'arrivée dans l'établissement ;
5. Détailler le devenir de ces patients (consultation simple, hospitalisation, évacuation...).

3. POPULATION ET METHODES

3.1. Définition

Selon la définition proposée dans les études internationales sur le volet « urgence », on entend par « urgence » le besoin exprimé d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique rapide, non programmée, entraînant la consultation dans un établissement de soins ou l'hospitalisation.

Ce besoin exprimé par le patient et/ou sa famille reste une notion subjective et différemment appréciée d'un sujet à l'autre.

Pour apprécier la part réelle des urgences parmi l'ensemble des consultations non programmées, nous nous sommes basés sur l'avis du médecin enquêteur.

3.2. Type d'enquête

Nous avons proposé, pour répondre aux objectifs fixés, de réaliser une enquête prospective, de type transversale répétée.

3.3. Champ d'enquête

L'ensemble des unités de garde, hospitalières et extra hospitalières, sont concernées par l'étude.

Cela comprend :

- Les services des urgences des centres hospitalo-universitaires (CHU) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS),
- Les services des urgences des hôpitaux des secteurs sanitaires,
- Les structures extra-hospitalières fonctionnant 24 heures sur 24.

Dans les CHU et quelques EHS, plusieurs points de garde peuvent exister dans un même établissement (urgences médico-chirurgicales, urgences pédiatriques, urgences de chirurgie infantile, urgences de cardiologie, urgences de pneumo-phtisiologie, urgences ORL, urgences ophtalmologiques,...).

Dans les hôpitaux de secteurs sanitaires situés en dehors de la wilaya d'Alger, le seul point de garde est le pavillon des urgences médico-chirurgicales.

La situation est différente dans la wilaya d'Alger où les hôpitaux des secteurs sanitaires sont d'anciens CHU et fonctionnent médicalement de la même manière.

Il est à noter que les établissements spécialisés en psychiatrie et les maternités n'ont pas été inclus dans l'étude (les problèmes inhérents à ces spécialités étant assez spécifiques). Par contre les urgences obstétricales et psychiatriques, accueillies dans les établissements inclus dans l'étude, ont été retenues.

3.4. Population étudiée

La population inclut toute personne se présentant dans les établissements identifiés plus haut, pendant les périodes d'enquête, dans le cadre d'une consultation non programmée.

Nous avons exclu ainsi tous les patients entrant dans le cadre d'une consultation programmée (RDV dans une consultation spécialisée, visite systématique chez l'enfant, consultation pré et post natale en cas de grossesse,...). Nous avons exclu également tous les patients se présentant pour « un certificat de bonne santé » ou pour « reconduire une ordonnance ».

3.5. Période d'enquête

Trois périodes d'enquête d'une durée d'une semaine ont été retenues, permettant par la suite d'obtenir un recueil d'information autorisant des inférences à l'ensemble de l'année :

- La semaine du 03 au 10 mars,
- La semaine du 21 au 28 juillet (été),
- La semaine du 03 au 10 novembre 2003 (Ramadhan).

Une semaine de « rattrapage » a été cependant programmée du 19 au 26 mai 2003 pour toutes les unités de garde qui n'ont pas fait l'enquête au cours de la première semaine ou qui l'ont réalisée de manière très incomplète.

Les périodes d'enquête débutent dans tous les cas en milieu de semaine, un lundi à 9 heures et se terminent le lundi suivant à 9 heures.

C'est l'heure de début de prise en charge du patient (notée par le médecin enquêteur) qui est retenue comme « heure d'admission » permettant de définir s'il entre ou non dans la période d'enquête.

3.6. Recueil d'information

3.6.1. Le questionnaire

Le recueil d'information a été réalisé sur le mode déclaratif par le premier médecin prenant en charge le patient (interne, généraliste, résident ou spécialiste).

Une fiche de recueil (volet n°2 du questionnaire) est ainsi remplie pour chaque patient au cours de la période d'enquête.

Ceci permet l'enregistrement des caractéristiques socio-démographiques du patient, le recueil de toutes les informations concernant le parcours de soins et le devenir du patient.

Le volet n°1 du questionnaire est établi par unité de garde. Il permet l'enregistrement des informations générales concernant l'unité, l'identification du superviseur ainsi que le nombre de fiches de recueil remplies durant la semaine d'enquête. Le questionnaire, comprenant les deux volets, figure en annexe 1.

4. ORGANISATION PRATIQUE

La liste des structures hospitalières et extra-hospitalières fonctionnant 24 heures sur 24, a été établie par la Direction des Services de Santé du Ministère de la Santé et complétée par les Directions de Santé des wilayates.

Un pré enquête a eu lieu au niveau de deux wilayates (Alger et Khenchela) pour tester la faisabilité de l'enquête et la compréhension du questionnaire.

Cette pré-enquête a été réalisée au niveau de :

- deux centres hospitalo-universitaires :
 - pavillon des urgences médico-chirurgicales du CHU Mustapha,
 - pavillon des urgences pédiatriques du CHU Bab El Oued,

- un établissement hospitalier spécialisé (EHS) :
 - pavillon des urgences de l'EHS Z'Mirli,
- un hôpital de secteur sanitaire :
 - hôpital de Khenchela
- deux structures extra-hospitalières :
 - la polyclinique Bouchenafa, secteur sanitaire de Sidi M'Hamed – Alger
 - la polyclinique de Zoui, secteur sanitaire de Chechar – Khenchela.

Cette pré-enquête a duré trois jours (30 octobre, 31 octobre et 1^{er} novembre 2002).

Après la réalisation et l'exploitation des données de cette pré-enquête, le questionnaire a été revu (décembre 2002), et un guide d'enquête élaboré.

Une instruction ministérielle dont le texte figure en annexe 2, a été diffusée à tous les Directeurs de Santé des wilayate du pays, les Directeurs des Centres Hospitalo- Universitaires, et les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés. Des médecins superviseurs ont été identifiés par unité de garde et par wilaya.

Pour la wilaya d'Alger, l'équipe de l'INSP s'est déplacée au niveau de toutes les structures hospitalières pour sensibiliser tous les chefs de service impliqués par l'étude.

Plusieurs séminaires de formation des superviseurs ont eu lieu à l'INSP et dans plusieurs régions sanitaires.

Les superviseurs ont été formés en janvier et février 2003. Lors de ces formations, les questionnaires pour la première semaine d'enquête leur ont été remis, le nombre étant estimé à partir des données des statistiques sanitaires du Ministère de la Santé et confirmé par le superviseur.

Au cours de la première semaine d'enquête (03 au 10 mars), une coordination supplémentaire a été assurée par l'équipe de l'INSP essentiellement au niveau de certains CHU, EHS et hôpitaux d'Alger.

5. Plan d'analyse

Dans ce document relatif aux données nationales de la première semaine d'enquête, le plan d'analyse retenu est le suivant :

□ Répartition des patients

- Selon la région sanitaire
- Selon la wilaya enquêtée
- Selon le type de structure (CHU, hôpital de secteur sanitaire, structure extra-hospitalière)

- Selon le service d'urgences (urgences médicales, urgences médico-chirurgicales, urgences spécialisées)
- Selon la qualité du médecin traitant
- **Caractéristiques générales des patients**
 - Le sexe
 - La tranche d'âge
 - La tranche d'âge et le type de structure
 - La couverture sociale
 - Le lieu de résidence (wilaya, hors wilaya), selon que la wilaya dispose d'un CHU ou non
- **Circonstance d'arrivée aux urgences**
 - Répartition : jours ouvrables – jours non ouvrables
 - Global, puis par type de structure
 - Moyens utilisés par le patient pour y arriver :
 - Global, puis par type de structure
 - Adressage des patients :
 - Global, puis par type de structure
 - Motif pour lequel le patient a été adressé
- **Prise en charge du patient**
 - Motifs de consultation de manière globale
 - Traumatismes :
 - De manière générale
 - Par tranche d'âge
 - Pathologie(s) chronique(s) associée(s) de manière globale
 - Examens complémentaires :
 - De manière générale, par type d'examen
 - Par type d'examen et par type de structure
 - Par type d'examen, par type de structure et selon la tranche horaire [8h–16h] et [16h-8h]
 - Prise en charge :
 - Au total
 - Par type de structure
 - Gestes thérapeutiques :
 - De manière générale, par geste thérapeutique

- Par geste thérapeutique, par type de structure et selon la tranche horaire [8h-16h[et [16h-8h[

□ **Devenir du patient**

- Devenir de manière globale
- Détailler les évacuations
 - Par type de structure et par tranche horaire
 - Motifs d'évacuation
 - Moyens de transport utilisés pour l'évacuation
- **Diagnostics à la fin de la prise en charge selon les tranches d'âge**
 - Période infantile : (0-30j), (1-23 mois), (2-5 ans), (6-15 ans)
 - Période adulte : (16-35 ans), (36-55 ans), (56-75 ans), (plus de 75 ans).

□ **Description des décès**

□ **Fréquence des urgences réelles**

- De manière globale
- Selon la tranche d'âge
- Selon le sexe
- Selon la tranche horaire
- Par type de structure
- Selon le type de consultation

PRINCIPAUX RESULTATS

1. REPARTITION DES PATIENTS

1.1. Répartition des patients selon la région sanitaire

Au cours de la semaine d'enquête, nous avons recensé 191570 patients répartis de la manière suivante :

Tableau 1 : Répartition des patients selon la région sanitaire

Région sanitaire	Nombre de patients	Fréquence
Région centre	71876	35,5%
Région Est	54270	28,3%
Région Ouest	39807	20,8%
Région Sud Est	17386	9,1%
Région Sud Ouest	8231	4,3%
Total	191570	

1.2. Répartition des patients selon la wilaya enquêtée

La répartition des patients selon la wilaya, est décrite pour chaque région sanitaire.

Dans la région centre, la wilaya d'Alger regroupe plus du tiers de la population enquêtée.

Tableau 2 : Répartition des patients selon la wilaya enquêtée

Région sanitaire	Wilaya	Nombre de patients (%)
Région centre (71876 patients)	Ain defla	2710 (3,8%)
	Alger	29309 (40,8%)
	B.B. Arriredj	3030 (4,2%)
	Béjaia	6666 (9,3%)
	Bouira	6245 (8,7%)
	Blida	3621 (5,0%)
	Boumerdes	3556 (4,9%)
	Djelfa	1859 (2,6%)
	Médea	3862 (5,4%)
	Tipaza	5217 (7,3%)
	Tizi ousou	5801 (8,1%)

Région Est (54270 patients)	Annaba	5592 (10,3%)
	Batna	4764 (8,8%)
	Constantine	4474 (8,2%)
	El Tarf	3526 (6,5%)
	Guelma	3376 (6,2%)
	Jijel	2491 (4,6%)
	Khenchela	2045 (3,8%)
	M'Sila	5831 (10,7%)
Région Est (22171 patients)	Mila	2642 (4,9%)
	Oum El Bouaghi	3263 (6,0%)
	Sétif	6667 (12,3%)
	Skikda	3227 (5,9%)
	Souk Ahras	1926 (3,5%)
	Tebessa	4446 (8,2%)
Région Ouest (39807 patients)	Ain Temouchent	2957 (7,4%)
	Chlef	3487 (8,8%)
	Mascara	4331 (10,9%)
	Mostaganem	1327 (3,3%)
	Oran	5410 (13,6%)
	Relizane	4571 (11,5%)
	Saïd	3135 (7,9%)
	Sidi Bel Abbes	1666 (4,2%)
	Tiaret	4463 (11,2%)
	Tissemsilt	1837 (4,6%)
	Tlemcen	6623 (16,6%)
Région Sud Est (17386 patients)	Biskra	4067 (23,4%)
	El Oued	4354 (25,0%)
	Ghardaïa	2643 (15,2%)
	Illizi	793 (4,6%)
	Laghouat	1533 (8,8%)
	Ouargla	3234 (18,6%)
	Tamanrasset	762 (4,4%)
Région Sud Ouest (8231 patients)	Adrar	2345 (28,5%)
	Bechar	2594 (31,5%)
	El Bayadh	1698 (20,6%)
	Naama	1594 (19,4%)

1.3. Répartition des patients selon le type de structure

La grande majorité des patients consultent au niveau d'un hôpital de secteur sanitaire ou d'une polyclinique.

La répartition des patients selon le type de structure est décrite par région sanitaire. Les fréquences sont reportées au nombre total par région sanitaire.

Tableau 3 : Répartition des patients selon le type de structure et par région sanitaire

Structure	Région centre	Région Est	Région Ouest	Région S/Est	Région S/ouest
CHU	10669 (14,8%)	6609 (12,2%)	4050 (10,2%)	0	0
EHS	2986 (4,2%)	1265 (2,3%)	0	0	0
Hôpital SS	34252 (47,6%)	30810 (56,8%)	22951 (57,7%)	11029 (63,4%)	4991 (60,6%)
Polyclinique	23969 (33,4%)	15586 (28,7%)	12806 (32,2%)	5478 (31,5%)	3240 (39,4%)
Centre de santé	0	0	0	879 (5,1%)	0
Total	71876	54270	39807	17386	8231

1.4. Répartition des patients selon le type de service

Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'un service d'urgences médico-chirurgicales ou d'un service d'urgences médicales pures. Les services d'urgences spécialisés sont notés dans les trois régions disposant de structures universitaires.

Tableau 4 : Répartition des patients selon le type de service et selon la région sanitaire

Type de service	Centre	Est	Ouest	S/Est	S/ouest
Urg. Médicales	19267 (26,8%)	20471 (37,7%)	10451 (26,3%)	6239 (35,9%)	941 (11,4%)
Urg. médico-chirurg.	42788 (59,5%)	31440 (57,9%)	28261 (71,0%)	11147 (64,1%)	7290 (88,6%)
Pédiatrie	5587 (7,8%)	1551 (2,9%)	1051 (2,9%)	0	0
Chirurgie pédiatrique	816 (1,1%)	33 (0,1%)	0	0	0
Traumatologie	760 (1,1%)	0	0	0	0
Cardiovasculaire	642 (0,9%)	449 (0,8%)	0	0	0
Ophtalmologie	557 (0,8%)	199 (0,4%)	0	0	0
ORL	306 (0,4%)	0	0	0	0
Neurologie	97 (0,1%)	0	0	0	0
Autres services spécialisés	1056 (1,5%)	127 (0,2%)	0	0	0
Indéterminé	0	0	44 (0,1%)	0	0
Total	71876	54270	39807	17386	8231

1.5. Répartition des patients selon la qualité du praticien

Nous avons étudié la qualité du praticien de manière globale, puis par type de structure et par type de service.

1.5.1. Qualité du praticien

La répartition des patients selon la qualité du praticien, est étudiée par région sanitaire.

Il s'agit du premier médecin ayant pris en charge le patient à la structure d'urgence.

Tableau 5 : Qualité du praticien par région sanitaire

Qualité	Centre	Est	Ouest	S/Est	S/Ouest	Total
Interne	9417 (13.1%)	3085 (5,7%)	362 (0.9%)	0	0	12864 (9.5%)
Généraliste	57315 (79.7%)	44886 (82.7%)	38028 (95,6%)	16934 (97,4%)	8226 (99.9%)	165391 (86.3%)
Résident	3444 (4.8%)	1093 (2.0%)	1329 (3.3%)	0	0	5866 (3.1%)
Spécialiste	1133 (1.6%)	339 (0.6%)	49 (0.1%)	47 (0.3%)	0	1568 (0.8%)
Conventionné	252 (0.5%)	4506 (8,3%)	0	382 (2.2%)	0	5140 (2.4%)
Non précisé	315 (0.4%)	361 (0,7%)	39 (0.1%)	23 (0.1%)	3 (0.1%)	741 (0.4%)
Total	71876	54270	39807	17386	8231	191570

1.5.2. Qualité du praticien selon le type de structure

La prédominance des médecins généralistes est particulièrement marquée au niveau des structures extra-hospitalières et des hôpitaux de secteurs sanitaires.

Au niveau des centres hospitalo-universitaires, c'est l'interne qui prend en charge le patient dans plus de la moitié des cas.

Tableau 6 : Qualité du praticien selon le type de structure

Qualité du praticien	CHU	EHS	Hôpital SS	Polyclinique	C. de santé
Interne	8645	1145	2859	215	0
Généraliste	7100	1866	97703	57843	879
Résident	4323	579	819	145	0
Spécialiste	503	212	617	236	0
Conventionné	364	352	1871	2553	0
Non précisé	393	97	164	87	0
Total	21328	4251	104033	61079	879

1.5.3. Qualité du praticien selon le type de service

La prise en charge des patients par les internes, constatée surtout au niveau des centres hospitalo-universitaires, est particulièrement marquée au niveau des services de pédiatrie, de traumatologie et de chirurgie pédiatrique.

Tableau 7 : Répartition des patients selon la qualité du praticien, par type de service

Type de service	Interne	Généraliste	Résident	Spécialiste	Conventionné	Non précisé
Urgences médicales	1961 (3,4%)	51129 (89,1%)	779 (1,4%)	212 (0,4%)	2953 (5,2%)	335 (0,5%)
Urg. médico-chirurg.	4098 (3,4%)	111732 (92,4%)	1882 (1,6%)	1015 (0,8%)	1861 (1,5%)	338 (0,3%)
Pédiatrie	5103 (62,3%)	1406 (17,2%)	1264 (15,4%)	91 (1,1%)	305 (3,7%)	20 (0,2%)
Chirurgie pédiatrique	465 (54,8%)	304 (35,8%)	51 (6,0%)	3 (0,3%)	21 (2,5%)	5 (0,6%)
Traumatologie	577 (75,9%)	26 (3,4%)	90 (11,9%)	51 (6,7%)	0 (0,0%)	16 (2,1%)
Cardiovasculaire	293 (26,9%)	258 (23,6%)	510 (46,7%)	29 (4,4%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)
Ophthalmologie	40 (5,3%)	70 (9,3%)	639 (84,5%)	3 (0,4%)	0 (0,0%)	4 (0,5%)
ORL	1 (0,3%)	122 (39,9%)	183 (59,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Neurologie	2 (2,1%)	13 (13,4%)	61 (62,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	21 (21,6%)
Autres spécialités	324 (27,4%)	287 (24,3%)	407 (34,4%)	164 (13,8%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)

La répartition des patients selon la qualité du praticien est déterminée pour chaque type de service.

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES PATIENTS

Ont été analysés parmi ces caractéristiques, l'âge, le sexe, la couverture sociale et le lieu de résidence.

2.1. Sexe des patients

On note une légère prédominance masculine avec un sex ratio estimé à 1,09. Ceci est noté uniquement au niveau des structures hospitalières et plus particulièrement au niveau des hôpitaux universitaires.

Tableau 8 : Répartition des patients selon le sexe, par type de structure

Structure	Sexe masculin	Sexe féminin	Non précisé	Total
Centre hospitalo-universitaire	11793 (55.3%)	9488 (44.5%)	47 (0.2%)	21328
Etablissement hospitalier spécialisé	2578 (60.6%)	1672 (39,3%)	1 (0.1%)	4251
Hôpital de secteur sanitaire	54627 (52.5%)	49330 (47.4%)	76 (0.2%)	104033
Structure extra hospitalière	30803 (49.7%)	31117 (50.2%)	38 (0.2%)	61958
Total	99801	91607	162	191570

2.2. Age des patients

Dans la population infantile, nous avons différencié la période néo natale (0-30j), la période post néonatale (1-11 mois), le nourrisson (12-23 mois), l'enfant d'âge préscolaire (2-5 ans) et l'enfant d'âge scolaire (6-15ans).

Dans la population adulte, nous avons regroupé l'âge par tranche de 10 ans.

Tableau 9 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de patients	Fréquence
0 – 30 jours	824	0,4%
1 – 11 mois	5670	3,0%
12 – 23 mois	4850	2,5%
2 – 5 ans	18283	9,5%
6 – 15 ans	28667	15,0%
16 – 25 ans	37553	19,6%
26 – 35 ans	26326	13,7%
36 – 45 ans	19573	10,2%
46 – 55 ans	15612	8,1%
56 – 65 ans	11889	6,2%
66 – 75 ans	10655	5,6%
76 ans et plus	6496	3,4%
Age non mentionné	5172	2,7%
Total	191570	

La population infantile représente le tiers de la population totale enquêtée. Les adultes jeunes âgés de 16 à 35 ans représentent également le tiers de la population enquêtée.

Nous avons également analysé l'âge des patients selon le type de structure. La population infantile et plus particulièrement les nouveau-nés et nourrissons sont plus souvent examinés au niveau d'une structure universitaire, lorsque cette dernière existe.

Tableau 10 : Age des patients selon le type de structure

Tranche d'âge	CHU	EHS	Hôpital SS	Structure extra hospitalière
0 – 30 jours	235 (1,1%)	31 (0,7%)	406 (0,4%)	152 (0,2%)
1 – 11 mois	1111 (5,2%)	301 (7,1%)	2864 (2,8%)	1394 (2,2%)
12 – 23 mois	804 (3,8%)	215 (5,1%)	2362 (2,3%)	1469 (2,3%)
2 – 5 ans	2470 (11,6%)	589 (13,9%)	9435 (9,1%)	5789 (9,3%)
6 – 15 ans	3356 (15,7%)	573 (13,5%)	15366 (14,8%)	9372 (15,1%)
16 – 25 ans	3322 (15,6%)	813 (19,1%)	21230 (20,4%)	12188 (19,7%)
26 – 35 ans	2697 (12,6%)	543 (12,8%)	14507 (13,9%)	8579 (13,9%)
36 – 45 ans	1935 (9,1%)	334 (7,9%)	10777 (10,4%)	6527 (10,5%)
46 – 55 ans	1510 (7,1%)	267 (6,3%)	8471 (8,1%)	5364 (8,7%)
56 – 65 ans	1216 (5,7%)	214 (5,0%)	6417 (6,2%)	4042 (6,6%)
66 – 75 ans	1087 (5,1%)	170 (4,0%)	5897 (5,7%)	3501(5,7%)
76 ans et plus	638 (3,0%)	100 (2,4%)	3645 (3,5%)	2113 (3,4%)
Age non mentionné	947 (4,4%)	101 (2,4%)	2656 (2,6%)	1468 (2,4%)
Total	21328	4251	104033	61958

2.3. Couverture sociale des patients

Dans plus de la moitié des cas, les patients bénéficient d'une couverture sociale. Il faut noter l'importance des données manquantes, relevées chez 14% de la population enquêtée.

Tableau 11 : Couverture sociale des patients

Couverture sociale	Nombre de patients	Fréquence
Présence	98973	51.6%
Absence	65258	34.1%
Non précisé	27339	14.3%
Total	191570	

2.4. Lieu de résidence des patients

Le lieu de résidence étant directement lié à la structure d'urgence fréquentée, l'analyse fine de cette variable est présentée dans les documents spécifiques par wilaya.

Au total 11184 patients (5.8%) ont consulté en urgence dans une wilaya différente de leur wilaya de résidence. Cette proportion est significativement différente selon que la wilaya dispose d'une structure universitaire (CHU, EHS) ou non ($p < 10^{-6}$).

Tableau 12 : Lieu de résidence selon que la wilaya enquêtée dispose ou non d'une structure universitaire

Wilaya	Wilaya de résidence	Hors wilaya de résidence	Total
Avec structure universitaire	70779 (92,5%)	5772 (7,5%)	76551
Sans structure universitaire	109607 (95,3%)	5412 (4,7%)	115019
Total	180386	11184	191570

3. CIRCONSTANCES D'ARRIVEE

Nous avons analysé la répartition des patients selon le jour d'arrivée, l'heure d'arrivée et les moyens utilisés pour accéder à la structure sanitaire.

Nous avons également recensé les patients adressés d'une autre structure, les motifs pour lesquels ils ont été adressés ainsi que les moyens de transport utilisés dans ces cas.

3.1. Répartition des patients selon le jour d'arrivée

Nous avons distingué les jours ouvrables des jours non ouvrables. Ces derniers incluent le week end et le mardi 4 mars qui était un jour férié.

Les nombres moyens de patients par jour sont estimés à 2986 pour les jours ouvrables et 2642 pour les jours non ouvrables. L'analyse a été faite selon le type de structure.

Tableau 13 : Répartition des patients selon le jour d'arrivée, par type de structure

Structure	Jour ouvrable	Jour non ouvrable	Non précisé	Total
Centre hospitalo-universitaire	11945 (56,0%)	7927 (37,2%)	1456 (6,8%)	21328
Etablissement hospitalier spécialisé	2745 (58,2%)	1745 (41,0%)	31 (0,7%)	4251
Hôpital de secteur sanitaire	57456 (55,2%)	45180 (43,4%)	1397 (1,3%)	104033
Structure extra hospitalière	36546 (59,0%)	25266 (40,8%)	146 (0,2%)	61958
Total	108422	80118	3030	191570

La répartition des consultations selon qu'il s'agisse d'un jour ouvrable ou d'un jour non ouvrable est statistiquement différente selon le type de structure ($p < 10^{-6}$).

3.2. Répartition des patients selon l'heure d'arrivée

Les heures d'arrivée ont été regroupées par tranches horaires de 04 heures. Cette variable n'a pas été précisée dans 4,8% des cas.

L'analyse est faite de manière globale, puis par type de structure.

Tableau 14 : Répartition des patients selon l'heure d'arrivée

Tranche horaire	Nombre de patients	Fréquence
[08h – 12h[	53294	27.8%
[12h – 16h[	39489	20.6%
[16h – 20h[	48497	25.3%
[20h – 24h[	32276	16.8%
[00h – 04h[	5101	2.7%
[04h – 08h[	3696	1.9%
Non précisée	9217	4.8%
Total	191570	

Notons le nombre important de patients au-delà de 16h, alors que les effectifs des médecins et du personnel paramédical sont plus réduits (heure de la garde).

Le flux reste important même entre 20h et 24h, tout en notant que plus des deux tiers de cette tranche horaire sont examinés avant 22 heures.

Nous avons analysé également la répartition des patients selon la tranche horaire, par type de structure.

On note une différence significative ($p < 10^{-6}$) selon le type de structure

Notons le nombre important de données manquantes au niveau des CHU.

Tableau 15 : Répartition des patients selon l'heure d'arrivée, par type de structure

Tranche horaire	CHU	EHS	Hôpital S.S	Structure E.H.
[08h – 12h[	5233 (24,5%)	1264 (29,7%)	26738 (25,71%)	20059 (32,4%)
[12h – 16h[	4499 (21,1%)	989 (23,3%)	21754 (20,9%)	12247 (19,8%)
[16h – 20h[	4346 (20,4%)	980 (23,1%)	27131 (26,14%)	16036 (25,9%)
[20h – 24h[	3194 (15,0%)	694 (16,3%)	18601 (17,9%)	9787 (15,8%)
[00h – 04h[	691 (2,9%)	120 (2,8%)	3016 (2,9%)	1346 (2,2%)
[04h – 08h[	372 (1,7%)	78 (1,8%)	2288 (2,2%)	958 (1,5%)
Non précisée	3065 (14,4%)	126 (3,05%)	4501 (4,3%)	1525 (2,5%)
Total	21328	4251	104033	61958

3.3. Moyens d'arrivée aux urgences

Les patients utilisent leurs propres moyens dans la très grande majorité des cas. Beaucoup plus rarement et surtout lors des traumatismes, ce sont la protection civile, la gendarmerie, la police ou le SAMU qui sont sollicités. L'ambulance publique est utilisée dans certains cas pour évacuer les patients vers d'autres structures.

Tableau 16 : Moyens d'arrivée aux urgences

Moyens d'arrivée	Nombre de patients	Fréquence
Moyens propres	182075	95,0%
SAMU	762	0,4%
Protection civile	2719	1,4%
Gendarmerie	296	0,2%
Police	707	0,4%
Ambulance publique	1730	0,9%
Autres	21	0,0%
Non précisé	3260	1,7%
Total	191570	

3.4. Patients adressés

Au cours de la semaine d'enquête, 10897 patients (5,7% des cas) ont été adressés d'une autre structure pour être pris en charge. Ce sont les services spécialisés qui reçoivent le maximum de patients adressés, en particulier les urgences de traumatologie, d'ORL et de neurochirurgie.

Tableau 17 : Fréquence des patients adressés selon le type de service

Type de service	Nombre de patients adressés	Nombre total de patients	Fréquence des patients adressés
Urgences médico-chirurgicales	1828	57369	3,2%
Urgences médicales	6671	120926	5,5%
Pédiatrie	821	8189	10,0%
Chirurgie pédiatrique	199	849	23,4%
Traumatologie	412	760	54,2%
Cardiovasculaire	313	1091	28,7%
Ophthalmologie	114	756	15,1%
ORL	150	306	49,0%
Neurochirurgie	56	97	57,7%
Autres services	333	1227	27,1%
Total	10897	191570	5,7%

Le motif d'adressage est dominé par la nécessité d'une prise en charge spécialisée ou d'un complément de prise en charge. L'absence de personnel qualifié ou l'insuffisance du plateau technique sont des motifs moins souvent évoqués, même au niveau des structures extra-hospitalières.

Tableau 18 : Motif d'adressage des patients

Motif	Nombre de patients	Fréquence
Nécessité de prise en charge spécialisée	6461	59,3%
Complément prise en charge et/ou émettre un avis	3265	30,0%
Manque de place	315	2,9%
Absence de personnel qualifié	465	4,3%
Plateau technique insuffisant	577	5,3%

Le motif d'adressage n'a pas été précisé pour 747 patients (6,9%).

Plusieurs motifs peuvent être notés chez un même patient. La fréquence est rapportée au nombre total de patients adressés (10897).

Les moyens de transport utilisés lors de cet adressage restent le plus souvent les moyens propres des patients.

Tableau 19 : Moyens de transport des patients adressés

Moyens de transport	Nombre de patients adressés	Fréquence
Moyens propres	8910	81,8%
SAMU	340	3,1%
Protection civile	308	2,8%
Gendarmerie	41	0,4%
Police	73	0,7%
Ambulance publique	908	8,3%
Non précisé	317	2,9%
Total	10897	

4. MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS

Le motif de recours aux soins d'urgence est dominé par la fièvre et les traumatismes. Nous n'avons repris dans ce tableau que les motifs présentés par plus de 1500 patients. Rappelons que chaque patient peut avoir un à trois motifs.

Tableau 20 : Principaux motifs de recours aux soins d'urgence

Symptomatologie	Nombre de patients	Fréquence
Fièvre	36221	18.9%
Traumatismes	24516	12.8%
Toux	22606	11.8%
Douleurs abdominales	15134	7.9%
Dyspnée	13262	6.9%
Céphalées	13170	6.9%
Nausées – vomissements	11169	5.8%
Asthénie	8363	4.4%
Vertiges	7597	4.0%
Douleurs des membres	5237	2.7%
Dysphagie	5075	2.6%
Epigastralgies	4454	2.3%
Douleurs lombaires	4155	2.2%
Diarrhée	4056	2.1%
Rhinorrhée	4021	2.1%
Arthralgies	3628	1.9%
Eruption cutanée	3441	1.8%
Douleur thoracique	2945	1.5%
Prurit cutané	2231	1.2%
Impotence fonctionnelle	2190	1.1%
Brûlures mictionnelles	1925	1.0%
Douleurs pelviennes	1877	1.0%

La fréquence est rapportée au nombre total de patients (191570).

5. TRAUMATISMES PRESENTES PAR LES PATIENTS

Au moins un traumatisme a été noté chez 26194 patients.

Pour 24516 d'entre eux, le traumatisme a constitué le motif de recours aux soins d'urgence.

Dans les autres cas, le patient consultait pour un ou plusieurs symptômes liés à ce traumatisme (douleur des membres, impotence fonctionnelle, œdème des membres,...).

Ces traumatismes sont notés le plus souvent chez l'enfant d'âge scolaire et l'adulte jeune, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 21 : Fréquence des traumatismes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de patients victimes de traumatismes	Nombre total de patients	Fréquence
0 – 30 jours	19	824	2,3%
1 – 11 mois	177	5670	3,1%
12 – 23 mois	383	4850	7,9%
2 – 5 ans	2858	18283	12,9%
6 – 15 ans	5404	28667	18,8%
16 – 25 ans	7213	37553	19,2%
26 – 35 ans	4099	26326	15,6%
36 – 45 ans	2329	19573	11,9%
46 – 55 ans	1584	15612	10,1%
56 – 65 ans	876	11889	7,4%
66 – 75 ans	671	10655	6,3%
76 ans et plus	387	6496	5,9%
Age non mentionné	694	5172	13,4%
Total	26194	191570	13,7%

Nous avons analysé les traumatismes selon la cause et selon qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte.

Tableau 22 : Causes des traumatismes selon l'âge du patient

Cause du traumatisme	Population infantile	Population adulte	Age non précisé	Total
Accident domestique	2988	4551	180	7719
Accident de la voie publique	946	2020	102	3069
Accident de travail ou à l'école	256	2355	86	2697
Chute	3381	4985	180	8546
Noyade	53	67	3	123
Brûlure	364	472	18	854
Piqûre d'insecte	139	213	17	369
Morsure d'animaux	456	444	27	927
Asphyxie	12	20	1	33

Ingestion de produit toxique	145	236	10	391
Electrocution	9	37	1	47
Coups et blessures volontaires	563	2754	93	3410
Autres	283	833	29	1145

Plusieurs causes peuvent être notées chez un même patient. Dans 36,3% des cas, la cause du traumatisme n'est pas précisée.

Une analyse plus fine montre que les accidents de la voie publique et les coups et blessures volontaires sont des causes de traumatismes plus souvent notées chez l'adolescent et l'adulte jeune.

6. PATHOLOGIE CHRONIQUE

6.1. Analyse globale

Au moins une pathologie chronique a été notée chez 34970 patients, soit 18,3% de la population totale enquêtée.

Parmi l'ensemble des patients présentant au moins une pathologie chronique associée, on note 30276 patients qui présentent une seule pathologie, 4321 patients qui présentent deux pathologies et 373 patients qui présentent trois pathologies.

Les pathologies chroniques prédominantes sont l'hypertension artérielle essentielle, l'asthme et le diabète.

Tableau 23 : Principales pathologies chroniques associées

Principaux groupes de pathologies	Principales pathologies chroniques	Fréquence
Pathologies cardiovasculaires 14584 patients	Hypertension artérielle essentielle	11421 (6.0%)
	Cardiopathie hypertensive	468 (0.2%)
	Insuffisance cardiaque	226 (0.1%)
	Cardiopathie Ischémique	197 (0.1%)
	Valvulopathies	164 (0.1%)
Pathologies respiratoires 9057 patients	Asthme	7126 (3.7%)
	Bronchite chronique	387 (0.2%)
	Rhinite chronique	206 (0.1%)
	Bronchiolite à répétition	193 (0.1%)

Pathologies endocriniennes 6815 patients	Diabète non insulino dépendant	3700 (0.8%)
	Diabète insulino dépendant	1474 (0.8%)
	Diabète sans autre information	1105 (0.6%)
	Goitre	242 (0.1%)
Pathologies digestives 2279 patients	Colopathie fonctionnelle	629 (0.3%)
	Ulcère de l'estomac	466 (0.2%)
	Gastrite	338 (0.2%)
	Ulcère autre que celui de l'estomac	176 (0.10%)
Pathologies neurologiques 1243 patients	Epilepsie	538 (0.3%)
	Handicap psychomoteur	133 (0.1%)
	Migraine	131 (0.1%)
Pathologies mentales 921 patients	Dystonie neurovégétative	377 (0.2%)
	Dépression	136 (0.1%)
Pathologies rénales 989 patients	Insuffisance rénale chronique	205 (0.1%)
	Adénome de la prostate	189 (0.1%)
	Colique néphrétique à répétition	151 (0.1%)
Terrain allergique 474 patients	Terrain allergique	474 (0.2%)

La fréquence est rapportée au nombre total de patients enquêtés (191570). Rappelons que chaque patient peut avoir une à trois pathologies chroniques associées.

6.2. Analyse des principales pathologies chroniques associées

L'hypertension artérielle essentielle, le diabète et l'asthme sont les trois pathologies chroniques les plus fréquemment notées.

6.2.1. L'hypertension artérielle essentielle

Cette pathologie occupe la première position, notée chez 11422 patients. Elle est plus fréquente chez les patients de sexe féminin.

Tableau 24 : Fréquence des patients hypertendus selon le sexe

Sexe du patient	Nombre de patients hypertendus	Nombre total des patients	Fréquence des patients hypertendus
Masculin	3405	99801	3.4%
Féminin	8005	91607	8.7%

Cette pathologie est particulièrement fréquente au-delà de 45 ans.

Tableau 25 : Fréquence des patients hypertendus selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de patients hypertendus	Nombre total des patients	Fréquence des patients hypertendus
≤ 35 ans	495	122176	0.4%
36 – 45 ans	975	19572	5.0%
46 – 55 ans	2213	15612	14.2%
56 – 65 ans	2738	11889	23.0%
66 – 75 ans	2927	10654	27.5%
> 75 ans	1724	6495	26.5%
Age non précisé	349	5172	4.8%
Total	11421	191570	6.0%

6.2.2. L'asthme

Cette pathologie occupe la deuxième position, notée chez 7126 patients. On ne note pas de prédominance masculine ou féminine dans cette pathologie.

Tableau 26 : Fréquence de l'asthme selon le sexe

Sexe	Nombre de patients asthmatiques	Nombre total des patients	Fréquence des patients asthmatiques
Masculin	3707	99801	3.7%
Féminin	3413	91607	3.7%
Non précisé	6	162	3.7%
Total	7126	191570	3.7%

Cette pathologie est observée au niveau de toutes les tranches d'âge. Elle est estimée à 2% dans la population infantile et à 4,5% dans la population adulte.

Tableau 27 : Fréquence de l'asthme selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Nbre de patients asthmatiques	Nbre total des patients	Fréquence des patients asthmatiques
≤ 15 ans	1152	58294	2.0%
16 – 25 ans	1086	37553	2.9%
26 – 35 ans	1077	26326	4.1%
36 – 45 ans	1137	19573	5.8%
46 – 55 ans	857	15612	5.5%
56 – 65 ans	649	11889	5.5%
66 – 75 ans	607	10655	5.7%
> 75 ans	341	6496	5.2%
Age non précisé	220	5172	4.3%
Total	7126	191570	3.7%

6.2.3. Le diabète

Cette pathologie occupe la troisième position, notée chez 6279 patients. Dans 59% des cas, c'est un diabète non insulino dépendant et dans 23,5% des cas, c'est un diabète insulino dépendant. Le type de diabète n'a pas été précisé pour les autres patients.

La prédominance féminine est notée essentiellement dans le DNID ou dans le diabète de type non précisé.

Tableau 28 : Répartition des patients diabétiques selon le sexe

Sexe du patient	DID	DNID	Diabète sans précision
Masculin	699 (47,4%)	1228 (33,2%)	400 (36,2%)
Féminin	774 (52,5%)	2471 (66,8%)	704 (63,7%)
Non précisé	1 (0,1%)	1 (0,0%)	1 (0,1%)
Total	1474	3700	1105

La fréquence du diabète augmente avec l'âge avec un maximum au-delà de 45 ans.

Tableau 29 : Répartition des patients diabétiques selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	DID	DNID	Diabète sans précision	Total
≤ 15 ans	98	51	26	175
16 – 25 ans	165	42	33	240
26 – 35 ans	163	74	58	295
36 – 45 ans	160	338	108	606
46 – 55 ans	241	824	239	1304
56 – 65 ans	247	996	259	1502
66 – 75 ans	255	955	228	1438
> 75 ans	95	331	114	540
Age non précisé	50	89	40	179
Total	1474	3700	1105	6279

7. PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Dans ce chapitre, nous développons les examens complémentaires, les types de consultations dont ont bénéficié les patients et les différents gestes thérapeutiques lors de la prise en charge.

7.1. Examens complémentaires

Près du quart de la population enquêtée, a bénéficié d'au moins un examen complémentaire.

En effet, 43073 patients (soit 22,5% des cas) ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire.

Il s'agit essentiellement d'examens radiologiques notés chez 29118 patients (15,2% des cas), ou d'examens biologiques notés chez 17250 patients (9,0% des cas).

Plus rarement, les patients ont bénéficié d'un électrocardiogramme, noté chez 2719 patients (1,4% des cas).

Ces différents examens sont analysés par type d'examen de manière globale, puis selon le type de structure et selon la tranche horaire.

7.1.1. Examens biologiques

Ils ont été effectués chez 17250 patients.

7.1.1.1. Répartition globale

La répartition globale des patients selon le type d'examen biologique, est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 30 : Examens biologiques

Type d'examen	Nombre de patients	Fréquence
FNS	6231	3,3%
Glycémie	9634	5,0%
Urée – Créatinémie	4819	2,5%
Labstix	6383	3,3%
Ponction lombaire	326	0,2%
ECBU	228	0,1%
Bilan préopératoire complet	215	0,1%
Autres examens	2351	1,2%

La fréquence est rapportée à l'ensemble de la population enquêtée (191570). Dans la rubrique « autres examens », on retrouve essentiellement le groupage, le bilan d'hémostase, le dextrostix et le bilan inflammatoire. Plus rarement, il s'agit d'un ionogramme sanguin, des gazs du sang ou du bilan hépatique

7.1.1.2. Répartition des examens biologiques selon le type de structure

Les examens biologiques sont plus souvent pratiqués au niveau des hôpitaux. Les fréquences notées entre parenthèses dans le tableau 31, sont rapportées au nombre total de patients par type de structure.

Tableau 31 : Examens biologiques selon le type de structure

Type d'examen	CHU	EHS	Hôpital de SS	SEH	Total
FNS	782 (3,7%)	151 (3,6%)	4474 (4,3%)	822 (1,3%)	6231
Glycémie	1037 (4,9%)	528 (12,4%)	6288 (6,0%)	1781 (2,9%)	9634
Urée – Créatinémie	741 (3,5%)	150 (3,5%)	3370 (3,2%)	558 (0,9%)	4819
Labstix	768 (3,6%)	184 (4,3%)	4063 (3,9%)	1368 (2,2%)	6383
Ponction lombaire	115 (0,5%)	68 (1,6%)	118 (0,1%)	25 (0,0%)	326
ECBU	40 (0,2%)	4 (0,1%)	129 (0,1%)	55 (0,1%)	228
Bilan préopératoire	21 (0,1%)	24 (0,6%)	154 (0,1%)	16 (0,0%)	215
Autres examens	487 (2,3%)	72 (1,7%)	1374 (1,3%)	418 (0,7%)	2351

Les 25 ponctions lombaires pratiquées au niveau d'une structure extrahospitalière ont été notées en majorité dans les wilayas de Constantine (6), Guelma (4) et Bejaia (3).

7.1.1.3. Répartition des examens biologiques selon l'heure d'arrivée

Nous avons distingué les urgences de jour (entre 8 h et 16 h) et les urgences au cours de la garde (à partir de 16 h, jusqu'au lendemain à 8h).

Tableau 32 : Examens biologiques selon l'heure d'arrivée

Type d'examen	Urgences jour	Urgences nuit	Heure NP	Total
FNS	3485 (55,9%)	2478 (39,8%)	268 (4,3%)	6231
Glycémie	5507 (57,2%)	3678 (38,2%)	449 (4,7%)	9634
Urée – Créatinémie	2703 (56,1%)	1864 (38,7%)	252 (5,2%)	4819
Labstix	3573 (56,0%)	2543 (39,8%)	267 (4,2%)	6383
Ponction lombaire	151 (46,3%)	165 (50,6%)	10 (3,1%)	326
ECBU	132 (57,9%)	75 (32,9%)	21 (9,2%)	228
Bilan préopératoire	119 (55,3%)	83 (38,6%)	13 (6,0%)	215
Autres examens	1322 (56,2%)	950 (40,4%)	79 (3,4%)	2351

Les examens biologiques sont plus souvent pratiqués au cours de la journée avant 16 h, et ceci à l'exclusion de la ponction lombaire qui est autant pratiquée de jour que de nuit.

7.1.2. Examens radiologiques

Ce sont les examens les plus pratiqués, notés chez 29118 patients.

7.1.2.1. Répartition globale

Il s'agit essentiellement de radiologie de l'appareil locomoteur ou du thorax, plus rarement de l'abdomen ou du crâne. L'échographie et le scanner pratiqués en urgence sont moins souvent notés, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 33 : Examens radiologiques

Type d'examen	Nombre de patients	Fréquence
Rx appareil locomoteur	14898	7,8%
Rx du thorax	8488	4,4%
Rx de l'abdomen	2995	1,6%
Rx du crâne	2600	1,4%
Echographie	1323	0,7%
Scanner	319	0,2%
Autres examens	346	0,2%

Le scanner est le plus souvent à localisation cérébrale, plus rarement abdominale ou thoracique. Dans près de la moitié des cas, la localisation n'a pas été précisée.

Dans la rubrique « autres examens », nous avons regroupé tous ceux qui n'ont pas été cités, tels que l'IRM, les radiographies du rachis cervical, dorsal ou lombaire et celle des sinus.

7.1.2.2. Répartition des examens radiologiques selon le type de structure

Les examens radiologiques sont plus souvent pratiqués au niveau des structures hospitalières et plus particulièrement au niveau des CHU et des EHS.

Tableau 34 : Examens radiologiques selon le type de structure

Type d'examen	CHU	EHS	Hôpital	SEH	Total
Rx appareil locomoteur	2263 (10,6%)	710 (16,7%)	9441 (9,1%)	2484 (4,0%)	14898
Rx thorax	1270 (5,9%)	378 (8,9%)	5546 (15,3%)	1294 (2,1%)	8488
Rx abdomen	606 (2,8%)	77 (1,8%)	1987 (1,9%)	325 (0,5%)	2995
Rx du crâne	494 (2,3%)	91 (2,1%)	1641 (1,6%)	374 (0,6%)	2600
Echographie	412 (1,9%)	30 (0,7%)	705 (0,7%)	176 (0,3%)	1323
Scanner	170 (0,8%)	44 (1,0%)	90 (0,1%)	15 (0,0%)	319
Autres examens	89 (0,4%)	6 (0,1%)	180 (0,2%)	71 (0,1%)	346

Les scanners notés au niveau des structures extra-hospitalières ont été demandés en urgence pour des patients victimes de traumatismes, mais ces examens ont été pratiqués à titre externe.

7.1.2.3. Répartition des examens radiologiques selon l'heure d'arrivée

Comme pour les examens biologiques, le maximum d'examens radiologiques est pratiqué avant 16 h, à l'exclusion de la radiographie du crâne notée autant le jour que la nuit.

Tableau 35 : Examens radiologiques selon l'heure d'arrivée

Type d'examen	Urgences jour	Urgences nuit	Heure NP	Total
Rx appareil locomoteur	8498 (57,0%)	5670 (38,1%)	730 (4,9%)	14898
Rx du thorax	4921 (58,0%)	3201 (37,7%)	366 (4,3%)	8488
Rx de l'abdomen	1468 (49,0%)	1350 (45,1%)	177 (5,9%)	2995
Rx du crâne	1253 (48,2%)	1231 (47,3%)	116 (4,5%)	2600
Echographie	785 (59,3%)	448 (33,9%)	90 (6,8%)	1323
Scanner	176 (55,2%)	103 (32,3%)	40 (12,5%)	319
Autres examens	215 (62,1%)	110 (31,8%)	21 (6,1%)	346

7.1.3. L'électrocardiogramme

Au cours de la semaine d'enquête, 2719 patients ont bénéficié d'un électrocardiogramme. Cet examen est rarement pratiqué au niveau d'une structure extra-hospitalière comme le montre le tableau suivant.

Tableau 36 : Répartition des patients ayant bénéficié d'un électrocardiogramme selon le type de structure et l'heure d'arrivée

Type de structure	Urgences jour	Urgences nuit	Heure NP	Total
Centre Hospitalier Universitaire	520 (54,2%)	363 (37,8%)	77 (8,0%)	960
Etablissement Hospitalier Spécialisé	58 (52,3%)	51 (45,9%)	2 (1,8%)	111
Hôpital secteur sanitaire	805 (55,5%)	599 (41,3%)	47 (3,2%)	1451
Structure Extra-Hospitalière	120 (60,9%)	76 (38,6%)	1 (0,5%)	197
Total	1503	1089	127	2719

7.1.4. Autres examens complémentaires

Cette information a été notée chez seulement 51 patients. Il s'agit le plus souvent d'une fibroscopie et / ou d'une échocardiographie.

7.2. Type de consultation

Le plus souvent, il s'agit d'une consultation simple ou d'une mise en observation. Plus rarement, le patient bénéficie d'une hospitalisation en urgence.

Tableau 37 : Répartition des patients selon le type de prise en charge

Type de prise en charge	Nombre de patients	Fréquence
Consultation simple	141780	74,0%
Mise en observation	32395	16,9%
Hospitalisation en urgence	5308	2,8%
Non précisé	12087	6,3%
Total	191570	

La répartition selon le type de prise en charge, est variable selon la structure enquêtée.

Tableau 38 : Prise en charge selon le type de structure

Type d'examen	CHU	EHS	Hôpital SS	SEH	Total
Consultation simple	14271 (66,9%)	3309 (77,8%)	75478 (72,6%)	48722 (78,6%)	141780
Mise en observation	2381 (11,2%)	362 (8,5%)	18790 (18,1%)	10862 (17,5%)	32395
Hospitalisation en urgence	844 (4,0%)	194 (4,6%)	4270 (4,1%)	0 (0,0%)	5308
Non précisé	3832 (18,0%)	386 (9,1%)	5495 (5,3%)	2374 (3,8%)	12087
Total	21328	4251	104033	61958	191570

7.3. Gestes thérapeutiques

7.3.1. Description globale

Dans 40% des cas, il s'agit d'une consultation simple sans geste thérapeutique associé. Parmi les 191570 patients enquêtés, 102366 (53,4%) ont bénéficié d'au moins un geste thérapeutique.

L'information sur la pratique ou non de geste thérapeutique n'a pas été mentionnée chez 13937 patients (7,3% des cas).

Le tableau suivant reprend le nombre de patients ayant bénéficié de chaque geste thérapeutique.

Tableau 39 : Gestes thérapeutiques pratiqués en urgence

Geste thérapeutique	Nombre de patients	Fréquence
Injection	66952	34,9%
Perfusion	15700	8,2%
Aérosol	8294	4,3%
Pansement	11146	5,8%
Sutures	6367	3,3%
Immobilisation	5820	3,0%
Intervention chirurgicale	613	0,3%
Autres gestes thérapeutiques	6331	3,3%

Dans la rubrique « autres gestes thérapeutiques », nous avons regroupé tous les gestes autres que ceux suscités, tels que le lavement rectal, le lavage gastrique, le sondage vésical, l'oxygénothérapie ou plus rarement les gestes de l'intervention.

Le siège de l'intervention chirurgicale n'est pas mentionné dans près de la moitié des cas. Lorsque l'information existe, il s'agit le plus souvent d'une intervention chirurgicale digestive, ou d'une intervention faite au niveau de l'appareil locomoteur.

La pratique de gestes thérapeutiques a été analysée selon le type de structure.

Tableau 40 : Gestes thérapeutiques selon le type de structure

Geste thérapeutique	CHU	EHS	Hôpitaux SS	Structures E.H	Total
Injection	4103 (19,2%)	624 (14,7%)	40928 (39,3%)	21297 (34,9%)	66952
Perfusion	1345 (16,3%)	190 (4,5%)	10211 (9,8%)	3954 (6,5%)	15700
Aérosol	1078 (5,1%)	272 (6,4%)	4622 (4,4%)	2322 (3,8%)	8294
Pansement	773 (3,6%)	462 (10,9%)	6666 (6,4%)	3245 (5,3%)	11146
Sutures	700 (3,3%)	177 (4,2%)	3768 (3,6%)	1722 (2,8%)	6367
Immobilisation	943 (4,4%)	405 (9,5%)	3461 (3,3%)	1011 (1,7%)	5820
Intervention chirur.	217 (1,1%)	39 (0,9%)	337 (0,3%)	20 (0,0%)	613
Autres gestes théér.	902 (4,2%)	121 (2,8%)	3429 (3,3%)	1879 (3,1%)	6331

L'administration d'injections est plus souvent pratiquée au niveau des hôpitaux de secteurs sanitaires et des structures extra-hospitalières.

Concernant les gestes liés aux traumatismes, si la pratique de pansements ou de sutures est souvent possible au niveau des polycliniques, l'immobilisation est un geste plus rare, généralement du ressort des hôpitaux.

7.3.3. Répartition des gestes thérapeutiques selon l'heure d'arrivée

Nous avons distingué les gestes pratiqués au cours de la journée avant 16 h, et ceux pratiqués au cours de la garde après 16 h.

Tableau 41 : Gestes thérapeutiques selon l'heure d'arrivée

Gestes thérapeutiques	Urgences jour	Urgences nuit	Heure NP	Total
Injection	26500 (39,60%)	11905 (57,5%)	736 (3,6%)	66952
Perfusion	7741 (49,3%)	2943 (46,6%)	269 (4,3%)	15700
Aérosol	3979 (48,0%)	1481 (44,8%)	181 (5,5%)	8294
Pansement	5937 (53,3%)	1690 (41,5%)	106 (2,6%)	11146
Sutures	3021 (47,4%)	1225 (48,5%)	85 (3,4%)	6367
Immobilisation	3221 (55,3%)	1233 (42,4%)	127 (4,4%)	5820
Intervention chirurgicale	295 (48,1%)	101 (43,0%)	15 (6,4%)	613
Autres gestes thérapeutiques	3112 (49,2%)	1309 (48,1%)	119 (4,4%)	6331

8. DEVENIR DU PATIENT

Les retours au domicile, après la prise en charge au service des urgences, sont les plus souvent rencontrés.

Tableau 42 : Devenir en fin de prise en charge aux urgences

Devenir	Nombre de patients	Fréquence
Retour à domicile sans RDV	126978	66,3%
Retour à domicile avec RDV et/ou orientation	43554	22,7%
Hospitalisation en urgence	5308	2,8%
Evacuation en urgence	5322	2,8%
Décès	262	0,1%
Non précisé	9884	5,2%

Au cours de cette semaine d'enquête, 262 décès ont été recensés au niveau des services des urgences. Les caractéristiques des patients décédés sont décrites dans le chapitre 10.

Nous détaillons également plus loin les diagnostics selon les différentes situations sanitaires, en particulier chez les patients évacués.

8.1. Répartition des patients évacués selon le type de structure

Le tableau suivant reprend le pourcentage des patients évacués selon chaque type de structure.

Tableau 43 : Evacuation selon le type de structure

Type de structure	Nombre de patients évacués	Nombre total de patients	Fréquences patientes évacuées
Centre hospitalo-universitaire	1228	21328	5,7%
Etablissement hospitalier spécialisé	136	4251	3,2%
Hôpital de secteur sanitaire	2098	104033	2,0%
Structure extra-hospitalière	1860	61958	3,2%
Total	5322	191570	2,8%

Contrairement à ce qui est admis, la fréquence n'est pas plus importante au niveau des structures extra-hospitalières.

Concernant les CHU, il s'agit souvent d'orientation du service des urgences médico-chirurgicales vers un service spécialisé (orthopédie, neurochirurgie...).

8.2. Motif d'évacuation

Le motif d'évacuation est dominé par la nécessité d'une prise en charge spécialisée et/ou un complément de prise en charge, et ceci quel que soit le type de structure.

Tableau 44 : Motif d'évacuation selon le type de structure

Motif d'évacuation	CHU	EHS	Hôpital SS	SEH
Prise en charge spécialisée	698 (56,8%)	60 (44,1%)	1331 (63,4%)	1137 (61,1%)
Compléter la prise en charge	183 (14,9%)	21 (15,4%)	461 (22,0%)	442 (23,8%)
Manque de place	92 (7,5%)	15 (11,0%)	44 (2,1%)	36 (1,9%)
Absence de personnel qualifié	24 (1,9%)	5 (3,7%)	99 (4,7%)	68 (3,6%)
Plateau technique insuffisant	28 (2,3%)	10 (7,3%)	84 (4,0%)	212 (11,4%)
Non précisé	259 (21,1%)	40 (29,4%)	296 (14,1%)	205 (11,0%)

Plusieurs motifs peuvent être notés chez un même patient évacué. La fréquence est rapportée au nombre total de patients évacués par type de structure.

8.3. Moyens de transport utilisés pour l'évacuation

Dans près des deux tiers des cas, le patient utilise ses moyens propres lors de son évacuation vers une autre structure. L'information n'a pas été précisée dans près d'un quart des cas.

Tableau 45 : Moyens de transport des patients évacués

Moyens de transport	Nombre de patients	Fréquence
Moyens propres	2433	45,7%
Ambulance publique	1432	26,9%
Ambulance privée	39	0,7%
Autres moyens	184	3,5%
Non précisé	1234	23,2%
Total	5322	

8.4. Répartition des patients évacués selon l'heure d'admission

Nous avons distingué les urgences de jour (avant 16 h) et ceux de la garde (à partir de 16h).

Tableau 46 : Evacuation selon l'heure, par type de structure

Type de structure	Urgences jour	Urgences nuit	Heure NP
Centre hospitalo-universitaire	576 (46,9%)	536 (43,6%)	116 (9,4%)
Etablissement hospitalier spécialisé	77 (56,6%)	56 (41,2%)	3 (2,2%)
Hôpital de secteur sanitaire	1039 (49,5%)	972 (46,3%)	87 (4,1%)
Structure extra-hospitalière	904 (48,6%)	912 (49,0%)	44 (2,4%)
Total	2596 (48,8%)	2476 (46,5%)	250 (4,7%)

8.5. Destination des patients évacués

L'évacuation se fait dans la grande majorité des cas vers un hôpital, un CHU ou un EHS situé dans la même wilaya.

L'analyse approfondie de cette variable est développée dans les analyses spécifiques par wilaya.

8.6. Evacuations multiples

Parmi les 5322 patients évacués, près du cinquième d'entre eux (1048 patients) étaient déjà adressés d'une autre structure. Dans la grande majorité des cas, ces patients étaient adressés vers une structure hospitalière.

Au cours de l'analyse des données, ont été recensés dix patients qui ont dû subir plus de 3 évacuations avant qu'un diagnostic ne soit posé et qu'ils ne soient pris en charge.

Dans la majorité des cas, ces patients aboutissent vers un centre hospitalo-universitaire ou un hôpital de secteur sanitaire.

Pour 4 patients, il s'agissait d'un traumatisme (fracture d'un membre, traumatisme crânien, traumatisme de l'abdomen, ingestion accidentelle de produit toxique).

Pour 3 patients, il s'agissait d'une pathologie cardiovasculaire (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral).

Pour les 3 autres patients, il s'agissait respectivement d'un œdème aigu du poumon avec une insuffisance rénale associée, d'une leucémie avec troubles hémorragiques et enfin d'une bronchiolite aiguë avec fièvre.

9. DIAGNOSTICS EN FIN DE PRISE EN CHARGE

Les diagnostics ont été étudiés globalement selon les différents groupes de pathologies au cours de la période infantile et au-delà de 15 ans.

Pour chaque groupe de pathologies, ont été recensées les pathologies les plus fréquemment notées.

Un ou deux diagnostics peuvent être retenus pour chaque patient.

9.1. Diagnostics au cours de la période infantile

Au cours de la semaine d'enquête, 58294 patients âgés de moins de 16 ans ont été examinés dans un cadre non programmé, au niveau d'une des structures enquêtées.

Le diagnostic n'a pas été mentionné pour 3674 patients (soit 6,3% des cas).

Tableau 47 : Groupes de pathologies au cours de la période infantile

Groupe de pathologies	Nombre de patients	Fréquence
Pathologies respiratoires	29901 (51,3%)	Angine : 8631
		Rhinopharyngite : 4880
		Grippe : 4285
		Bronchite aiguë : 2417
		Bronchiolite aiguë : 2146
		Asthme : 1612
Traumatismes	9626 (16,5%)	Plaies ouvertes : 2459
		TSLO : 2227
		Fractures de membres : 1243
		Entorses : 610
		Brûlures : 475
Pathologies infectieuses	5016 (8,6%)	Gastro-entérite infectieuse : 1337
		Intox. alimentaire : 583
		Varicelle : 520
		Rougeole : 482
Symptômes isolés	4559 (7,8%)	Fièvre isolée : 539
		Constipation : 349
		Diarrhée : 294
		Douleurs abdominales : 283
		Nausées-vomissements : 227
		Convulsions : 217
		Toux : 201
Pathologies digestives	2479 (4,3%)	Colopathie Fonctionnelle : 969
		Appendicite aiguë : 216
		Aérocolie : 211
		Gastrite : 211

Pathologies cutanées	1420 (2,4%)	Urticaire : 448
		Abcès, panaris : 201
		Virose éruptive : 199
		Impétigo : 106
Pathologies génito-urinaires	1010 (1,7%)	Infection urinaire : 567
		Colique néphrétique : 71
		Insuffisance rénale aiguë : 44
Pathologies périnatales et/ou congénitales	743 (1,3%)	Douleurs dues à la poussée dentaire : 330
		Ictère néonatal : 112
Pathologies ophtalmologiques	606 (1,0%)	Conjonctivite : 358
		Orgelet/chalazion : 48
Pathologies cardiovasculaires	356 (0,6%)	Hypertension artérielle : 125
		Rhumatisme articulaire aigu : 72
Pathologies neurologiques	324 (0,6%)	Epilepsie : 104
		Migraine : 71
Pathologies psychiatriques	323 (0,6%)	Dystonie neurovégétative : 208
		Anxiété : 50
Maladies ostéo-articulaires	320 (0,6%)	Torticolis : 72
		Dorsalgies : 44
Pathologies hématologiques	282 (0,5%)	Anémies hémolytiques : 102
		Anémie nutritionnelles : 50
		Hémophilie : 31
Maladies endocriniennes	180 (0,3%)	Diabète : 100
Autres groupes de pathologies	92 (0,2%)	

9.2. Diagnostics au cours de la période adulte

Au cours de la semaine d'enquête, 128104 patients âgés de plus de 15 ans ont été examinés en urgence au niveau d'une des structures enquêtées.

La pathologie respiratoire et les traumatismes occupent la première place, suivis par la pathologie digestive et la pathologie cardiovasculaire.

Tableau 48 : Groupes de pathologies au cours de la période adulte

Groupe de pathologies	Nombre de patients	Fréquence %
Pathologies respiratoires	33151	Grippe : 10372
		Asthme : 7845
		Angine : 4199
		Bronchite aigue : 3765
Traumatismes	20327	TSLO : 5028
		Traumatismes membres : 2429
		Fractures de membres : 2072
		Entorses chevilles : 1663
		Plaies superficielles : 1143
Symptômes isolés	14309	Epigastralgies : 1341
		Dysménorrhée : 1174
		Malaise/fatigue : 1174
		Céphalées : 813
		Terrain allergique : 756
Pathologies digestives	12592	Colopathie Fonctionnelle : 5985
		Appendicite aigue : 216
		Gastrite : 2293
		Ulcère digestif : 622
		Appendicite aigue : 483
		Cholécystite aigue : 291
Pathologies cardiovasculaires	11383	Hypertension artérielle : 7229
		Hypotension : 1432
		Insuffisance cardiaque : 296
		Accident vasculaire cérébral : 287
Pathologies mentales	6579	Dystonie neurovégétative : 4160
		anxiété : 1388
Pathologies génito-urinaires	6443	Infection urinaire : 2487
		Colique néphrétique : 2068
Pathologies infectieuses	4887	Gastrontrérite aigue : 1515
		Intoxication alimentaire : 976
		Abcès autre que cutané : 438
		Rougeole : 380

Maladies ostéo-articulaires	4374	Lumbago : 1441
		Arthrose : 718
		Scialytique : 602
		Rhumatisme SAI : 452
Pathologies cutanées	2849	Urticaire : 811
		Abcès, panaris : 761
		Virose éruptive : 435
Pathologies neurologiques	2486	Migraine : 1268
		Epilepsie : 217
		Dystonie neuro musculaire : 213
		Myalgies : 185
Maladies endocriniennes	2019	Diabète : 1696
		Coma diabétique : 75
Pathologies ophtalmologiques	1240	Conjonctivite : 524
		Orgelet /chalazion : 97
Pathologies obstétricales	786	Avortement : 196
		Accouchement prématuré : 49
Maladies du sang	618	Anémie nutritionnelles : 179
		Anémies hémolytiques : 77
Pathologies tumorales	415	Tumeur du foie : 29
		Tumeur pelvienne : 26
		Tumeur du poumon : 26
Autre groupes de pathologies	192	

Les traumatismes sont le plus souvent secondaires à un accident domestique, une chute, à des coups et blessures volontaires ou un accident de la voie publique.

10. DESCRIPTION DES DECES

Nous avons recensé 262 décès au cours de la semaine d'enquête, survenus entre le 03 et le 10 mars 2003. Il ne s'agit que des décès survenus avant l'arrivée à la structure sanitaire ou des décès survenus dans les heures voire les minutes qui suivent le début de la prise en charge.

Tous les décès survenus ultérieurement, en particulier pour les patients hospitalisés, ne sont pas recensés dans cet effectif.

Nous décrivons, dans ce qui suit, la répartition des patients décédés selon la wilaya, selon la tranche d'âge, selon le sexe, selon les circonstances de décès.

Nous détaillons également les causes de décès en distinguant les causes initiales et les causes directes des décès.

10.1. Répartition des décès selon la wilaya

Le tableau suivant reprend le nombre de patients décédés par wilaya et la fréquence relative par rapport au nombre de patients enquêtés par wilaya.

Tableau 49 : Répartition des patients décédés selon la région sanitaire et la wilaya enquêtée

Région sanitaire	Wilaya	Nbre total de patients	Nre de patients décédés	Fréquence %
Région centre (88 patients décédés soit 0,12%)	Ain defla	2710	2	0,07%
	Alger	29309	23	0,08%
	B.B. Arriredj	3030	3	0,10%
	Béjaia	6666	14	0,21%
	Bouira	6245	2	0,06%
	Blida	3621	22	0,35%
	Boumerdes	3556	6	0,17%
	Djelfa	1859	1	0,05%
	Médea	3862	6	0,16%
	Tipaza	5217	2	0,04%
	Tizi ousou	5801	7	0,12%
Région Est (56 patients décédés soit 0,10%)	Annaba	5592	7	0,13%
	Batna	4764	2	0,04%
	Constantine	4474	5	0,11%
	El Tarf	3526	3	0,09%
	Guelma	3376	1	0,03%
	Jijel	2491	4	0,16%
	Khenchela	2045	5	0,24%
	M'Sila	5831	4	0,07%
	Mila	2642	3	0,11%
	Oum El Bouaghi	3263	3	0,09%
	Sétif	6667	5	0,07%
	Skikda	3227	6	0,19%
	Souk Ahras	1926	4	0,21%
	Tebessa	4446	4	0,09%

Région Ouest (87 patients décédés soit 0,22%)	Ain Temouchent	2957	9	0,30%
	Chlef	3487	0	0,00%
	Mascara	4331	13	0,30%
	Mostaganem	1327	9	0,68%
	Oran	5410	20	0,37%
	Relizane	4571	10	0,22%
	Saida	3135	5	0,16%
	Sidi Bel Abbas	1666	5	0,30%
	Tiaret	4463	3	0,07%
	Tissemsilt	1837	4	0,22%
	Tlemcen	6623	9	0,14%
Région Sud Est (21 patients décédés soit 0,12%)	Biskra	4067	7	0,17%
	El Oued	4354	4	0,09%
	Ghardaia	2643	2	0,08%
	Illizi	793	0	0,00%
	Laghouat	1533	4	0,2%6
	Ouargla	3234	4	0,12%
	Tamanrasset	762	0	0,00%
Région Sud Ouest (9 patients décédés soit 0,11%)	Adrar	2345	7	0,30%
	Bechar	2594	0	0,00%
	El Bayadh	1698	0	0,00%
	Naama	1594	2	0,13%

10.2. Répartition des patients décédés selon les tranches d'âge

Nous avons repris les mêmes tranches d'âge que précédemment, au cours de la période infantile et de la période adulte.

Tableau 50 : Répartition des patients décédés selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Nombre total des patients	Nombre de patients décédés	Fréquence
0 – 30 jours	824	8	0,97%
1 – 11 mois	5670	6	0,11%
12 – 23 mois	4850	6	0,12%
2 – 5 ans	18283	17	0,09%
6 – 15 ans	28667	17	0,06%
16 – 25 ans	37553	21	0,06%
26 – 35 ans	26326	25	0,09%
36 – 45 ans	19573	25	0,12%
46 – 55 ans	15612	28	0,18%
56 – 65 ans	11889	25	0,21%
66 – 75 ans	10655	32	0,30%
> 75 ans	6496	44	0,68%
Non mentionné	5172	8	0,15%
Total	191570	262	0,14%

Le maximum de décès est observé au cours des âges extrêmes et plus particulièrement chez le nouveau-né.

10.3. Répartition des patients décédés selon le sexe

On note une nette prédominance masculine. Deux tiers des patients décédés sont de sexe masculin.

Tableau 51 : Répartition des patients décédés selon le sexe

Sexe du patient	Nombre total de patients	Nombre de patients décédés	Fréquence
Masculin	99801	167	0,17%
Féminin	91607	94	0,10%
Non mentionné	162	1	0,06%
Total	191570	262	0,14%

10.4. Répartition des décès selon le jour d'arrivée

Nous avons distingué les journées ouvrables des jours non ouvrables. Il n'y a pas de différence significative dans les fréquences de décès ($p = 0,13$).

Tableau 52 : Répartition des décès selon le jour

Jours	Nombre total de patients	Nombre de patients décédés	Fréquence
Journée ouvrable	106011	136	0,13%
Journée non ouvrable	79308	117	0,15%
Non précisé	6251	9	0,14%
Total	191570	262	0,14%

10.5- Répartition des décès selon les circonstances

Le plus souvent, le patient était déjà décédé à l'arrivée au niveau de la structure sanitaire.

Parmi les 98 patients décédés en cours de prise en charge, 59 patients avaient bénéficié d'au moins un examen biologique tel que la glycémie, le labstix des urines ou le bilan rénal, 36 patients avaient bénéficié d'au moins examen radiologique essentiellement d'un thorax, et 24 patients avaient bénéficié d'un électrocardiogramme.

La majorité d'entre eux (92 patients) avaient bénéficié d'au moins un geste thérapeutique dominé par un geste de réanimation (oxygénothérapie, massage cardiaque) et par la mise en place d'une perfusion.

10.6. Causes de décès

La cause initiale du décès a été mentionnée dans 176 cas (67,2%).

La cause initiale est dominée par les traumatismes et les pathologies cardiaques (47 cas).

Les pathologies cardiaques sont une cause initiale de décès dans 18 cas. Il s'agit le plus souvent de cardiopathie sans autre précision (7 patients), d'infarctus du myocarde (3 patients), d'insuffisance cardiaque (2 patients), d'hypertension artérielle (2 patients).

Parmi les pathologies cardiaques, il s'agit le plus souvent de complications de l'hypertension artérielle (15 cas), de cardiopathie ischémique (6 patients), d'accident vasculaire cérébral (7 patients) ou d'insuffisance cardiaque (4 patients).

Parmi les traumatismes, ce sont essentiellement les traumatismes crâniens, les polytraumatismes et les traumatismes du bassin qui sont notés, le plus souvent secondaire à un accident de la voie publique.

Parmi les autres groupes de pathologies, nous avons noté les pathologies respiratoires dans 19 cas (dont 5 décès à la suite d'un asthme sévère et 5 décès à

la suite d'un œdème aigu du poumon), les tumeurs malignes chez 9 patients, le coma diabétique chez 4 patients, une pathologie digestive chez 7 patients dont 3 occlusion intestinales et une pancréatite aiguë.

Nous avons noté également une épilepsie et une gastrite aiguë.

Pour 19 patients, la cause initiale a été notée sous forme de syndrome à type de frissons (3 patients), d'état de choc (6 patients), de détresse respiratoire (2 patients) ou de déshydratation (2 patients). Les autres symptômes, plus rares ne sont notés que chez un patient.

La cause directe du décès est mentionnée seulement pour 113 patients.

Les causes les plus fréquentes sont l'œdème aigu du poumon (15 patients), le polytraumatisme (8 patients), l'infarctus du myocarde (6 patients) et l'état de choc (6 patients).

11. FREQUENCE DES URGENCES REELLES

La dernière question figurant sur la fiche d'enquête est adressée au praticien prenant en charge le patient : « s'agit-il d'une urgence réelle ? » Malgré la subjectivité de la réponse, nous l'avons retenue et étudié la fréquence des urgences réelles de manière globale, selon le type de structure et selon le type de consultation.

11.1. Fréquence des urgences réelles de manière globale

Plus de la moitié des urgences reçues au cours de la semaine d'enquête ne sont pas considérées comme des urgences réelles.

Tableau 53 : Fréquence des urgences réelles

Urgences réelles	Nombre de patients	Fréquence
Oui	69258	36,2%
Non	113005	59,0%
Non précisé	9307	4,8%
Total	191570	

11.2. Fréquence des urgences réelles selon le type de structure

Les centres hospitalo-universitaires et les établissements hospitaliers spécialisés ne reçoivent pas plus d'urgences réelles que les structures dépendant des secteurs sanitaires. Il faut cependant rester prudent sur ces conclusions, le nombre de données manquantes étant plus important au niveau des CHU.

Tableau 54 : Fréquence des urgences réelles selon le type de structure

Type de structure	Urgences réelles	Pas d'urgences réelles	Non précisé	Fréquence des urgences réelles
CHU	8262	10181	2885	38,7%
EHS	1478	2439	334	34,8%
Hôpital de SS	37270	62197	4596	35,8%
Structure E.H.	22278	38188	1492	36,0%

11.3. Fréquence des urgences réelles selon le type de consultation

La fréquence des urgences réelles a été déterminée selon le type de consultation :

- C1** : Consultation simple, sans examen complémentaire et sans geste thérapeutique
- C2** : Consultation simple, sans examen complémentaire et avec au moins un geste thérapeutique
- C3** : Consultation simple, avec au moins un examen complémentaire et sans geste thérapeutique
- C4** : Consultation simple, avec au moins un examen complémentaire et avec au moins un geste thérapeutique
- C5** : Mise en observation
- C6** : Hospitalisation en urgence
- C7** : Evacuation en urgence

Tableau 55 : Fréquence des urgences réelles selon le type de consultation

Type de consultation	Urgences réelles	Pas d'urgence	Heure Non précisée	Fréq urgences réelles
Sans exam. comp. et sans geste	7090	49659	1610	12,1%
Sans exam. comp. et avec geste	17691	36126	1959	31,7%
Avec exam. comp. et sans geste	2648	7181	513	25,6%
Avec exam. comp. et avec geste	6775	6590	745	48,0%
Mise en observation	21660	8264	1193	69,6%
Hospitalisation en urgence	4440	401	284	86,6%
Evacuation en urgence	4675	396	251	87,8%
Non précisé	4279	4388	2752	37,5%
Total	69258	113005	9307	36,2%

Dans les consultations simples, la fréquence des urgences réelles augmente de manière significative avec la pratique des gestes thérapeutiques ($p < 10^{-6}$).

Elle est encore plus importante pour les patients mis en observation, hospitalisés ou évacués en urgence.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

1. SYNTHESE

Au cours de la semaine d'enquête, nous avons recensé 191570 patients dont plus du tiers dans la région Centre.

Seuls, 61958 patients (32,3%) sont examinés au niveau de structures extra hospitalières, alors que ces dernières sont censées être le premier point d'accueil des patients consultant dans le cadre de l'urgence.

C'est le médecin généraliste qui prend en charge en premier lieu le patient dans près de 86% des cas. Dans les hôpitaux universitaires, c'est l'interne qui assure la prise en charge dans 38% des cas, ceci est particulièrement marqué dans les urgences de traumatologie, de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique.

Le pic des arrivées se situe au cours de la journée avec un flux important au delà de 16h (48497 patients ont consulté entre 16h et 20h, soit 25% de l'ensemble des patients), alors que le personnel médical et paramédical est en nombre réduit lors de la garde.

Le motif de recours aux soins d'urgence est dominé par la fièvre et les traumatismes, ces dernières étant secondaires le plus souvent à un accident domestique ou à une chute.

La pathologie chronique est dominée par l'hypertension artérielle essentielle (11421 patients), l'asthme (7126 patients) et le diabète (6279 patients), avec une nette prédominance féminine pour l'HTA essentielle et le diabète non insulino-dépendant.

Les examens complémentaires sont peu pratiqués au niveau des structures extra hospitalières, et ceci même pour les examens simples (glycémie, FNS, examen radiologique ou électrocardiogramme).

Les gestes thérapeutiques sont dominés par les injections plus fréquemment administrées au cours de la garde.

Des évacuations sont notées pour 5322 patients (2,8% des cas), motivées le plus souvent par la nécessité d'une prise en charge spécialisée.

Contrairement à ce qui est admis, la fréquence des évacuations n'est pas plus importante au niveau des structures extra hospitalières. Concernant les CHU, il s'agit souvent d'orientations du service des urgences médicochirurgicales vers un service spécialisé (orthopédie, neurochirurgie,...)

Dans près de la moitié des cas, cette évacuation se fait avec les moyens propres du patient ou de sa famille.

Il faut noter que près du cinquième des patients évacués (1048 patients) étaient déjà adressés d'une autre structure. Parmi eux, 10 patients ont du subir plus de 3 évacuations avant qu'un diagnostic ne soit posé et qu'ils ne soient pris en charge. Il s'agissait de pathologie cardiovasculaire (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral, œdème aigu du poumon) dans la moitié des cas.

Les diagnostics retenus à la fin de la prise en charge sont dominés par les pathologies respiratoires (63052 patients), les traumatismes (29953 patients), et ceci quelle que soit la tranche d'âge.

Au cours de cette semaine d'enquête, 262 décès ont été recensés parmi les patients enquêtés. Il ne s'agit que des décès survenus dans les heures, voire les minutes qui suivent le début de la prise en charge. Les décès survenus ultérieurement, en particulier pour les patients hospitalisés, ne sont pas recensés dans cet effectif.

Les causes de décès sont dominées par les pathologies cardiaques et les traumatismes.

Dans près de 60% des cas, l'urgence n'est pas considérée par le médecin traitant comme une urgence réelle, et ceci même dans les structures hospitalo-universitaires.

2. RECOMMANDATIONS

2.1 Introduction

L'état des lieux des services d'urgences médico-chirurgicales a fait l'objet de nombreuses sessions de réflexion, qu'il s'agisse de journées scientifiques, d'enquêtes et de rapports, de bilans d'activité, de forum ou de rapports de comités.

Cette dernière enquête sur les urgences médico-chirurgicales ne fait que confirmer les dysfonctionnements déjà décrits.

- Le flux massif sur certains points aux dépens d'autres
- Une part importante des urgences ne sont pas de la zone (problème de sectorisation)
- Les vraies urgences représentent moins du dixième des malades examinés durant la garde
- Le personnel est peu motivé (primes de garde insuffisantes, conditions de travail médiocres, environnement difficile)
- Le personnel est souvent peu qualifié.

Cependant, ce qui prédomine reste l'absence de ligne directrice et plus que l'insuffisance des moyens humains (médecins spécialistes, urgentistes) ou de moyens matériels, c'est l'absence d'organisation qui reste le point crucial.

Des séances de travail organisées par la Direction des Services de Santé du MSPRH et l'INSP ont été programmées en décembre 2004 avec les présidents des comités médicaux nationaux et les membres du comité médical national sur les urgences médico-chirurgicales. Seuls, 7 représentants sur les 35 prévus ont participé à ce travail. En réalité, si la nécessité d'une restructuration ne se discute plus, on note une démotivation générale. Tous les participants s'accordent pour reconnaître que toutes les propositions ou modalités d'études notées dans le passé, se sont arrêtées au niveau de l'analyse réfléchie et réitérée avec peu d'actions sur le terrain.

Les structures extra hospitalières d'urgences mises en place pour alléger les hôpitaux continuent pour la plupart de fonctionner comme toutes les autres

structures (polycliniques, centres de santé..). L'afflux vers les hôpitaux pour des consultations simples non programmées persiste avec toutes les conséquences de prise en charge insuffisante des véritables urgences.

Comment expliquer un tel état des lieux ? Les mesures proposées étaient-elles inadéquates ?

Pour que cette restructuration puisse aboutir, il est important que les propositions soient concrètes avec un véritable cahier des charges et doivent être envisagées selon un calendrier (à court terme, à moyen et long terme). Un comité de suivi doit suivre et évaluer les actions mises en place de manière périodique, la périodicité devant être plus importante au début du programme.

Le plan d'action proposé dans ce document tient compte de propositions faites par le Pr Djemli (comité médical national des urgences médico-chirurgicales), le Pr Bensenouci (président du comité médical national de pédiatrie) et le Pr Ait Slimane (comité médical national des urgences médico-chirurgicales), mais également du débat soulevé au cours des réunions avec les présidents de comités.

2.2 Plan d'action pour l'amélioration de la prise en charge des urgences médico-chirurgicales

Ce plan d'action comporte des propositions sur l'organisation des services d'urgences et leur hiérarchisation, les relations entre les services, l'évaluation et la formation. Des réflexions sont faites sur la médecine de catastrophe, elles devront être développées avec le comité chargé de ce dossier, l'objectif étant d'aboutir à un plan d'action dans ces situations.

Par contre, le volet « financement » n'est pas abordé, qu'il s'agisse du financement de la restructuration ou de celui des services d'urgences.

2.2.1 Concernant l'organisation

Les unités d'accueil des urgences médico-chirurgicales (services d'urgences hospitaliers et structures extra hospitalières) telles qu'elles sont conçues, sont censées assurer des rôles différents. La structure extra hospitalière, qui est une structure de proximité a pour rôle de prendre en charge tous les patients se présentant aux urgences, dont le cas relève apparemment de la médecine générale. Ces structures ont été mises en place pour alléger les services d'urgences hospitaliers.

Si dans certaines wilayate, ces structures jouent bien ce rôle, dans d'autres, elles fonctionnent comme toutes les polycliniques ou centres de santé avec des consultations programmées et non programmées, le patient pouvant même se présenter pour un certificat de bonne santé.

Concernant l'organisation, nous envisageons des actions en plusieurs étapes :

❖ Actions à court terme

1. Au niveau des structures extra hospitalières

- Etat des lieux des structures extra hospitalières, réalisé par la DSS, qui devra être exploité en tenant compte des résultats de l'enquête)
- Equipement avec un minimum requis. Cet équipement indispensable dans toute structure extra hospitalière d'urgences a été défini et validé par des experts cliniciens au niveau de la DSP d'Alger (ce travail a été réalisé pour les 19 structures extra hospitalières d'urgences de la wilaya d'Alger)
- Les médicaments et consommables en général doivent être listés. Une gestion des stocks rigoureuse devra être respectée afin d'éviter les pénuries.
- Le tri à l'accueil doit être assuré par un médecin senior (médecin généraliste expérimenté, pouvant faire face aux urgences vitales qui peuvent aboutir dans un premier temps dans ces structures)
- L'enregistrement de l'information à tous les niveaux (caractéristiques des patients, utilisation des consommables,...) doit être institué, de manière systématique.
- Mise en place d'un réseau des urgences médico-chirurgicales, chaque SEH étant liée à un service d'urgences hospitaliers, recevant les urgences. Ce réseau doit être codifié et respecté en pratique.
- Développer le réseau de télécommunication, en mettant en place le « 3 chiffres » reliant les SEH et les services d'urgences hospitaliers.
- Evaluation périodique assurée tous les 3 mois dans un premier temps par un comité de suivi constitué d'un représentant de la DSS, de l'INSP et du comité des urgences médico-chirurgicales.

2. Au niveau des services d'urgences hospitaliers

- La même démarche doit être adoptée que celle décrite précédemment dans les SEH, en particulier pour le tri à l'accueil, l'enregistrement de l'information et la gestion des médicaments et d'autres consommables.
- Vérifier l'équipement, au niveau du service d'urgences concernant l'imagerie conventionnelle, la biologie de base. En ce qui concerne d'autres examens plus spécifiques (examens plus élaborés en biologie, échodoppler, scanner, endoscopie, EFR, toxicologie), identifier les structures qui en disposent et créer un réseau reliant les services d'urgences hospitaliers et ces structures mieux équipées, sollicitées en cas de besoin.
- Respecter la sectorisation, les patients s'adressant à un service d'urgence devant provenir de la même zone géographique ou avoir été évacués d'une SEH liée à ce service.
Cette action proposée à court terme devra s'appuyer sur une médiatisation, avec une sensibilisation de la population sur le parcours des soins d'urgence à respecter.

❖ Actions à moyen et long terme

Ces actions ne peuvent être envisagées qu'après succès des actions à court terme. La hiérarchisation des soins devra se situer sur 3 niveaux :

- La structure extra hospitalière qui est la structure de proximité, assure les soins de santé de base.
- Le service d'urgences hospitaliers, un par secteur sanitaire, situé dans un établissement possédant des lits d'hospitalisation de médecine et pouvant faire face aux urgences vitales.
- Le service d'accueil des urgences (SAU), qui prend en charge les urgences mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel. Au moins un SAU devra exister par wilaya. Au niveau de la wilaya d'Alger, nous pouvons envisager 3 SAU (Alger Est, Alger Centre et Alger Ouest).

Ces services constitueront le noyau central du réseau d'accueil des urgences. Ils seront le garant de l'organisation et de la qualité des soins d'urgence pour la zone géographique qu'ils desservent.

Ils reçoivent tous les types d'urgences. Ils doivent comporter au minimum les spécialités de base : réanimation médicale, cardiologie, médecine générale, chirurgie à orientation viscérale, traumatologie et gynécologie, unité d'ophtalmologie, ORL et psychiatrie, unité de réanimation pédiatrique.

Les caractéristiques des SAU devront être définies, en particulier :

- la structure minimale du centre hospitalier
- les principes de fonctionnement du service
- les effectifs médicaux et paramédicaux
- le niveau du plateau technique
- les relations avec les services d'urgences hospitaliers de la même zone
- l'environnement hospitalier (services annexes)
- le service d'hospitalisation qui ne peut être que de courte durée, le patient étant orienté vers un service spécifique (cardiologie,...) dès que l'urgence est levée
- les conditions d'accueil des patients et de leurs familles.

La senioration et la permanence des soins doivent concerner le personnel médical et paramédical. C'est seulement si ces conditions sont respectées que l'habilitation du SAU sera justifiée.

2.2.2 Concernant les relations entre les services

Deux points sont à souligner :

- les missions du service d'urgence ne sont pas définies
- on note une absence d'existence légale de relations entre service d'urgences et les autres services spécifiques de l'établissement hospitalier.

Ceci aboutit à faire du service d'urgences un « fourre-tout » avec, dans certains cas, l'hospitalisation de longue durée de patients dont aucun service n'en veut (accident vasculaire cérébral,...).

Aussi, il ne suffit pas de décréter que les services d'urgences et les services spécifiques doivent collaborer. Toute personne devant être rapidement hospitalisée à la suite d'une urgence médicale ou chirurgicale doit pouvoir l'être dans les plus brefs délais, dans le service spécifique de l'établissement hospitalier.

Il est important d'expliquer la procédure à suivre en cas d'impossibilité (manque de place, ...). Est-ce le service d'urgences ou le service spécifique qui doit veiller à trouver une place dans un autre hôpital et assurer l'évacuation ?.

Il s'agit là d'une attitude à court et à moyen terme. A long terme, c'est le SAU qui doit assurer cette prise en charge spécialisée.

2.2.3 Concernant l'évaluation

La restructuration des urgences doit être basée sur un plan de travail avec un cahier des charges au niveau des structures d'urgences, quel que soit leur niveau. L'évaluation doit être périodique, avec dans un premier temps, une périodicité courte. Il est important que cette évaluation qui doit d'abord être interne à la structure, soit dirigée par un comité de suivi impliquant des personnes extérieures à la structure.

Ce comité de suivi pourrait comporter un représentant de la DSS, un représentant de l'INSP et des experts cliniciens des urgences (urgences médico-chirurgicales d'adultes, urgences pédiatriques, urgences cardio-vasculaires,...).

Le premier travail consiste donc à établir selon l'organisation décrite précédemment, un cahier des charges pour les différents niveaux de structures d'urgences.

L'Institut National de Santé Publique pourrait s'impliquer avec les responsables des structures pour l'élaboration de ces cahiers des charges.

2.2.4 Concernant la formation

La formation à l'urgence représente une des composantes majeures du programme de restructuration. Son objectif basé sur une formation spécifique à plusieurs niveaux est d'améliorer la compétence en matière d'urgence des médecins généralistes et favoriser leur plus grande implication dans la prise en charge quotidienne des urgences.

Pour cela, il est proposé de :

- renforcer l'enseignement de l'urgence au cours du deuxième cycle du curriculum des études médicales. Cet enseignement prévu actuellement en 6^{ème} année dans le module thérapeutique doit être renforcé avec des stages pratiques en réanimation et en cardiologie.
- renforcer l'enseignement de l'urgence au cours du troisième cycle dans toutes les spécialités.
- développer des projets de formation médicale continue spécifique à l'urgence associant des séances de formation et des stages pratiques.
- améliorer la formation des infirmiers en accordant une place importante aux questions relatives à l'urgence

2.2.4 Concernant le recrutement des médecins pour les urgences

- L'obligation pour les services d'urgences d'assurer la permanence médicale 24 heures sur 24 ne pourra être satisfaite que s'il est possible d'assurer le recrutement de médecins en nombre suffisant.

De plus, des mesures incitatives doivent être mises au point pour favoriser ce recrutement et faire en sorte que les postes aux urgences soient occupés par des médecins qualifiés.

Une mesure générale consisterait à assurer, pour les gardes, une rémunération et des conditions au moins égales à celles d'un travail de jour. Certains services d'urgences étant nettement plus surchargés que d'autres, les primes de garde pourraient être différenciées selon le nombre de patients et leur prise en charge.

Dans le même sens et pour être en mesure de compenser la pénibilité des gardes et astreintes, il faut veiller à ce que le budget qui leur est alloué ne soit pas utilisé à autre chose qu'à la rémunération des gardes et astreintes effectivement assurées.

- Un autre point concerne la participation des médecins libéraux aux urgences hospitalières, donc prenant la garde à l'hôpital. Ceci ne peut aboutir qu'après établissement d'un mode et d'un taux de rémunération convenable. Cette rémunération doit rester en harmonie avec celle des personnels hospitaliers.

Il faudra également réfléchir à l'implication des médecins libéraux dans les gardes au niveau de leur cabinet. Ceci est également valable pour les pharmacies privées qui n'observent plus de garde dans certaines régions.

2.2.5 Concernant la médecine de catastrophe

Devant les dernières catastrophes naturelles survenues en Algérie (séismes, inondations, sécheresses,...) un comité multisectoriel avait été mis en place en 1982 avec un plan orsec, impliquant également du personnel de la santé. Si ce plan continue à fonctionner, il n'est en aucun cas associé aux services d'urgences medico chirurgicales. Ceci rend très difficile les premiers secours et actions

sanitaires entreprises dans l'urgence avec des services d'urgences souvent submergés .

L'organisation des secours et des actions sanitaires à entreprendre immédiatement, avec une répartition des patients à travers les structures d'urgences de la région victime de la catastrophe naturelle, doit être parfaitement définie .

Ce plan d'action doit être discuté avec les experts de la question et les services d'urgences.

EN CONCLUSION

La situation des urgences médico-chirurgicales témoigne de dysfonctionnements à plusieurs niveaux et plus particulièrement au niveau de l'organisation.

Des propositions et des plans d'action ont été établis à plusieurs reprises, sans action efficace sur le terrain, entraînant une démotivation du personnel médical et paramédical.

Ces propositions que nous avons présentées sont une base de travail qui doit être enrichie et améliorée par tous ceux qui souhaitent la réussite de ce programme.

Nom de la structure : ----- Secteur sanitaire de : -----		/_/_/_/
S'agit-il d'un service d'urgence : - Médecin /_/_ - Médico-chirurgicale /_/_ - Pédiatrique /_/_ - Chirurgie pédiatrique /_/_ - Traumatoaologique /_/_ - Autre /_/_		/_/_
Si autre, préciser		/_/_
2. Identification du superviseur		
Nom, prénom : -----		
Qualité de l'enquêteur : - Médecin spécialiste /_/_ - Médecin généraliste /_/_ - Autre /_/_		/_/_
Si autre, préciser		/_/_
Semaine du /_/_/ /_/_/ au /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/ Jour Mois Jour Mois Année		
Nombre de questionnaires remplis :		

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

Direction des Services de Santé

Institut National de Santé publique

Enquête Nationale sur les Urgences

Volet n°2 (à remplir pour chaque patient qui se présente à la consultation d'urgence)

1. Identification du médecin ayant pris en charge le patient	Cadre réservé à la codification
Nom, prénom : -----	
▪ Qualité	
- Interne /_/_	
- Médecin généraliste /_/_	
- Résident /_/_	/_/_
- Spécialiste /_/_	
- Médecin conventionné /_/_	
▪ Mode d'exercice	
- Est affecté aux urgences à temps complet /_/_	

- Assure la garde au niveau des urgences / / - Assure la garde au niveau de l'ensemble des services de l'hôpital / /	/ /
2. Identification du patient - Nom, Prénom : ----- - Sexe : Masculin / / Féminin / / - Age en années révolues : / / / / - Si moins d'un an, âge en mois révolus / / / - Si moins d'un mois, âge en jours / / / - Couverture sociale : - Assuré(e) / / - Non assuré (e) / / - Adresse : wilaya Commune	/ / / / / / / / / / / / / / / /
3. Arrivée et circonstances d'arrivée aux urgences - Date d'arrivée : / / / / / / / / / / / / jour mois année - Heure d'admission : / / / / / / / / heure minutes ▪ Comment le patient est-il arrivé aux urgences ? Moyens propres / / SAMU / / Protection civile / / Gendarmerie / / Police / / Autre / / Préciser ▪ Le patient a-t-il été adressé ? - une prise en charge spécialisée / / - compléter la prise en charge et/ou émettre un avis (Dg ou trt) / / - manque de place / / - absence de personnel qualifié / / - plateau technique insuffisant / /	/ /

4. Prise en charge du patient ▪ Pour que motif le patient a-t-il eu recours au service d'urgence ? (préciser les symptômes) ▪ En cas de traumatisme préciser la nature : - Accident domestique / / - Accident voie publique / / - Chute / / - Accident de travail / / - Noyade / / - Brûlure / / - Piqûre d'insecte / / - Morsure / / - Asphyxie / / - Ingestion de produits toxiques / / - Electrocutation / / - Coups et blessures volontaires / / - Autre / / préciser ▪ Des examens complémentaires ont-ils été pratiqués dans le cadre de l'urgence ? oui / / non / / si oui, s'agit-il d'examen de :? Biologie : FNS / / Glycémie / / Urée sanguine-créatinine / / Labstix des urines / / Autres / / si autre, préciser Imagerie :	/ /
---	---

Heure de fin de prise en charge	Heure /_/_/	Minutes /_/_/	/_/_/ /_/_/
▪ Diagnostics à la fin de la prise en charge 1- 2-			
▪ En cas de décès Date de décès /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Jour Mois Année Heure /_/_/ Minutes /_/_/			
Moment et circonstance de décès - Patient décédé à l'arrivée /_/_ /_/_ - Patient décédé à l'arrivée /_/_ /_/_ - Patient décédé en cours de prise en charge /_/_ /_/_ - Autre /_/_ /_/_ Si autre, préciser			
Cause de décès - Cause initiale /_/_/ /_/_/ /_/_/ - Cause directe /_/_/ /_/_/ /_/_/			
S'agit-il d'une urgence réelle ?			/_/_
Oui /_/_ Non /_/_			
Observation : (Information jugées utiles pour l'enquête)			

Annexe 2

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Le Ministre

Circulaire N° 001 du 23 Décembre 2002

Destinataires :

- Mr le Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique
- Mme et Mrs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires
- Mrs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés
- Mmes et Mrs Les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- Mme et Mrs Les Chefs des Services d'Urgences

Pour exécution

- Mme et Mrs les walis
- Me le Directeur Général de l'Office National des Statistiques
- Mrs les Présidents des Conseils Régionaux de la Santé

Pour information

Objet : Enquête Nationale sur les Urgences Médico-Chirurgicales (UMC2003)

Les consultations et hospitalisations dans le cadre de l'urgence représentent une part importante des activités des établissements publics de soins.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences médico-chirurgicales constitue une des priorités du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

L'absence d'informations fiables et/ou exhaustives concernant ces activités nécessite la mise en place d'une requête dont les résultats serviront à la réorganisation du système de soins en réseau afin d'instaurer une prise en charge plus rapide et plus efficiente des urgences.

A cet effet, l'Institut National de Santé Publique a été chargé de réaliser cette enquête nationale sur les urgences médico-chirurgicales, dont les objectifs spécifiques sont de :

- 1- Déterminer la part réelle des urgences parmi l'ensemble des consultations non programmées au niveau de ces structures.
- 2- Décrire les caractéristiques socio-démographiques de la population accueillies.
- 3- Détailler le circuit de soins des patients en amont de l'accueil dans l'établissement.
- 4- Décrire la population accueillie en terme de motif de secours, de pathologie présentée, de gravité de l'état de santé lors de l'arrivée dans l'établissement.
- 5- Détailler le devenir de ces patients (consultation simple, hospitalisation, évacuation, ...).

Compte tenu de l'intérêt stratégique que revêt cette enquête, je vous demande de mettre à la disposition des équipes chargées de cette opération tous les moyens nécessaires à son exécution dans les délais impartis et d'œuvrer à sa réussite.

Le Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

منشور رقم 001 - 23 ديسمبر 2002

المرسل إليهم :

- السيد مدير العام للصحة العمومية،
- السادة مدراء الصحة و السكان،
- السيدات و السادة مدراء العامون للمراكز الاستشفائية الجامعية،
- السيدات و السادة مدراء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة،
- السيدات و السادة مدراء القطاعات الصحية،

- السيدات السادة رؤساء للمصالح الاستعجالية.

" للتنفيذ "

- السيدة و السادة الولاية،
- السيد المدير العام للديوان الوطني للإحصاء،
- السادة رؤساء المجالس الجهوية للصحة.

" للإعلام "

الموضوع : التحقيق الوطني حول الاستعجالات الطبية الجراحية (UMC 2003).

تعد الاستشارات و الاستفتاءات في إطار الاستعجالات جزاء هاما من نشاطات المؤسسات العمومية للعلاج.

و لذلك فإن تحسيس نوعية التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية يمثل إحدى أولويات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

كما أن غياب معلومات مؤثوقة و/أو دقيقة بخصوص هذه النشاطات تستدعي إدراج تحقيق سنساهم نتائجه في إعادة تنظيم العلاج في الشبكة من أجل إرساء تكفل أسرع و أكثر فعالية للاستعجالات.

و لهذا الغرض، كف للمعهد الوطني للصحة العمومية بإنجاز هذا التحقيق حول الاستعجالات الطبية الجراحية و الذي تتمثل أهدافه الخاصة فيما يلي :

1. تحديد النصيب الحقيقي للاستعجالات ضمن مجموع الاستشارات غير المبرمجة على مستوى هذخ الهياكل،
2. وصف المميزات الاجتماعية و الديمغرافية للسكان الذين يتم استقبالهم،
3. تفصيل مسار علاج المرضى مداية بالاستقبال في المؤسسة،
4. وصف السكان الذين يتم استقبالهم فيما يخص سبب اللجوء إلى الاستعجالات و المرض و خطورة الحالة الصحية عند الوصول إلى المؤسسة،
5. تفصيل مال هؤلاء المرضى (استشارة عادية، استشفاء، إكلء، ...).

نظرا للطابع الاستراتيجي الذي يكتسبه هذا التحقيق، أطلب منكم وضع كل الوسائل الضرورية لتنفيذها تحت تصرف الفرق المكلفة بهذه العملية في الأجل المحددة و العمل لنجاحها.

وزارة الصحة و السكان

و إصلاح المستشفيات

الأستاذ عبد الحميد أبركان

**Comité d'experts cliniciens chargés
de l'élaboration du plan de travail dans l'enquête UMC 2003**

Président : Pr. AIT SLIMANE, CHU Bab El Oued

Rapporteur : Dr. ADGHAR, EHS Dr. Maouche

Membres :

- Dr. ABADA, DSP d'Alger
- Dr. ABROUK, INSP
- Dr. ADGHAR, EHS Dr. Maouche
- Dr. AIT BENAMAR, MSPRH
- Dr. AIT KACI, Structure non précisée
- Pr. AIT SLIMANE, CHU Bab El Oued
- Dr. ALI TATER-CHENTIR, CHU Beni Messous
- Dr. BENDADI, Hôpital de Birtraria
- Dr. BENSEMINA, CHU Bab El Oued
- Pr. BOUHOUITA, CHU Mustapha
- Pr. CHENTIR, CHU Mustapha
- Dr. CHIKHI, Hôpital Bologhine
- Pr. HAMLAOUI, CHU Parnet
- Pr. HARIRECHE, CHU Beni Messous
- Dr. IZEM, CHU Bab El Oued
- Pr. KERMANI, Hôpital Ain Taya
- Pr. LARABA, CHU Bab El Oued
- Dr. LEHACHI, CHU Beni Messous
- Pr. OUADAHI, CHU Bab El Oued
- Dr. SI AHMED, Hôpital Ain Taya
- Dr. TAIBI, Hôpital Bologhine
- Dr. TAMZALIT, CHU Beni Messous
- Dr. ZEHANI, EHS Z'Mirli