MENSUEL N° 005 • SEPTEMBRE 2021

farah Inside

MAGAZINE INTERNE

CE MAGAZINE VOUS EST OFFERT



COMPRENDRE LE TEMPS D'ATTENTE AUX URGENCES



Côte d'Ivoire - Abidjan - Marcory Résidentiel.
Place Donwahi - Rue des Bahias / 11 BP 2956 Abidjan 11
T : (+225) 27 21 26 00 93 / F: (+225) 27 21 28 17 03
www.polycliniquefarah.com

EN PARTENARIAT AVEC
LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Céleste soutient
la Lutte contre le Cancer

1 bouteille achetée
2 Francs reversés



Pure et Légère

Céleste®

Pure Source de Vie

POUR VOTRE SANTÉ, BOIRE AU MOINS 1,5 LITRES D'EAU PAR JOUR.



Nous avons le grand plaisir et l'avantage de vous présenter le N°5 de votre Magazine Interne FARAH INSIDE.

Cette parution est consacrée spécialement à la problématique des Services d'Accueil et des Urgences (SAU) dans les Hôpitaux en général et, les Etablissements privés de soins, en particulier.

Il faut noter d'entrée de jeu que les Services d'Accueil et des Urgences ont été mis sur pied, il y a plus d'une cinquante d'années pour répondre efficacement à cette demande spécifique de soins en France.
En outre, l'essor de la médecine d'urgence comme une spécialité à part entière dans l'hôpital, coïncide avec l'augmentation croissante de la fréquentation de ce service hospitalier par les usagers.
La triste réalité est que partout dans le monde, les Services d'Urgence Médicale semblent être à la fois la vitrine et paradoxalement le point noir des prestations hospitalières et ce, malgré les multiples réformes engagées dans tous les systèmes de santé tant dans l'Union Européenne qu'ailleurs.
Les reproches et plaintes récurrentes concernent le temps d'attente frustrant et incompréhensible pour les patients qui de ce fait, se répandent souvent sur les nouveaux moyens que sont les réseaux sociaux.

Dans ce magazine, nous exposons les spécificités d'un Service d'Accueil et des Urgences avec ses exigences organisationnelles et professionnelles. La mise en évidence des facteurs explicatifs du temps d'attente pour être pris en charge, devrait permettre une meilleure appréciation de ce contexte et des efforts déployés pour une meilleure maîtrise du temps d'attente dans le SAU-FARAH.
La préoccupation d'amélioration continue de la qualité des soins est notre combat quotidien pour mériter davantage la confiance de la population en général et notre patientèle.
A ce propos, nous sommes heureux de vous informer que nous venons d'obtenir le prix de l'établissement ayant appliqué les solutions sanitaires des Nouvelles Technologies de l'Information (NTIC) en Côte d'Ivoire.
Ce trophée a été delivré lors de la 2e édition de la semaine nationale de la sécurite des patients et la santé digitale le 29 Juillet 2021.

La Polyclinique FARAH, quant à elle, reste toujours à votre écoute pour les suggestions d'amélioration de ce service d'importance capitale pour la santé de la population.
Merci de votre attention et bonne lecture.

Le Président Directeur Général

Dr Oualid ZAHREDDINE



LES URGENCES :
VITRINE ET POINT NOIR DE TOUT HOPITAL



DR NASSAR MOHAMED
• MEDECIN - URGENTISTE • CHEF DES URGENCES

Dr NASSAR, vous êtes le responsable des urgences de la Polyclinique FARAH, voulez-vous bien succinctement vous présenter et nous donner un aperçu de ce service ?

Je suis le Dr NASSAR MOHAMED né en Côte d'Ivoire et diplômé d'état en Medecine, je cumule 22 ans d'expérience.
Je suis en charge du service d'accueil et d'Urgences de FARAH depuis l'ouverture de l'Etablissement, c'est-à-dire depuis mars 2018.
Les Urgences de la Polyclinique FARAH accueillent les patients 24h/24 et 7j/7.
Ce service dispose de salles ISO 8 et d'équipements de dernière génération.
L'éventail des pathologies prises en charge dans ce service est large. 17 lits forment une plateforme de réception des patients dans les meilleures conditions possibles.
Ces lits sont sectorisés comme suit :
• Les urgences « Adultes » (8 lits) ;
•Les urgences « Pédiatriques » (4 lits) ;
•Les Urgences gynécologiques (2lits) ;
•Les Urgences traumatologiques (3 lits)
•Une salle de déchoquage où nous traitons les situations les plus graves,
•02 Bureaux de consultations
• 01 Salle de radio os/poumons

Les Urgences de la Polyclinique FARAH disposent également d'une Pharmacie interne, d'un service accueil et d'une salle d'attente avec 25 places assises.
Sa capacité de 17 lits sectorisés en spécialités médico-chirurgicales est le plus grand service privé d'urgences de la Côte d'Ivoire, voire sous régional puisque les autres établissements ne comptent que 4 à 6 lits d'Urgence à ma connaissance.

Dr NASSAR, les services d'urgences semblent être le point noir dans tous les systèmes de soins à travers le monde avec un mécontentement quasi-chronique soutenu par des poursuites et des diffusions virales sur les réseaux sociaux. Qu'en est-il à FARAH ?

Comme vous le dites si bien, l'amélioration de la qualité de soins a été et demeure l'enjeu majeur de tous les systèmes de santé et de leurs structures à travers le monde. Les services d'urgences médicales n'échappent pas à ce contexte.
Ils sont d'ailleurs, autant plus concernés par la qualité que leur activité ne cesse de croitre et que de nombreux problèmes d'organisation et de prise en charge du patient sont des paramètres cruciaux de de la satisfaction dans ce service hospitalier de grande importance sociale.

Il est donc tout à fait nécessaire que les usagers aient une idée sur les exigences internes à ce service pour un jugement plus circonstancié en termes de critiques.
Il est par ailleurs, tout à fait nécessaire de cerner les fondements fonctionnels d'un service d'urgence pour avancer des solutions d'amélioration de la satisfaction des patients.
En fait, le Temps de Séjour Global (TSG) que l'on passe dans un Service d'Accueil et des Urgences(SAU) est le délai s'écoulant entre son inscription et sa sortie du service. Il résulte concrètement de la somme du délai d'attente et du délai de prise en charge médicale soit :
Durée d'attente : délai entre l'inscription du patient et sa prise en charge par le personnel soignant.
• Durée de prise en charge médicale : c'est le délai s'écoulant entre la prise en charge du patient par le médecin et sa sortie du service. Il comprend trois importants délais :
• Durée d'obtention des résultats des examens biologiques : délais entre la demande de l'examen et l'obtention du résultat.
• Durée d'obtention des examens radiologiques : délais entre la demande de l'examen et le retour du patient en salle d'examen.
• Durée d'obtention d'un avis spécialisé : délais s'écoulant depuis l'appel d'un médecin pour avis spécialisé et son arrivée au SAU.
A la Polyclinique FARAH voici la réponse à cette préoccupation.

Comment organisons-nous notre Service des Urgences ?

Notre service des Urgences est composé d'un nombre important de professionnels de la santé :
Médecins - Anesthésistes-réanimateurs, Médecins urgentistes, pédiatres et autres Surveillants d'Unité, Infirmiers Diplômés d'Etat,Aides-Soignants.
Ce personnel de grande expérience assure un service 24h/24, 7j/7.

Quels sont nos délais de prise en charge des patients ?
Nous nous sommes imposés comme challenge d'être les Urgences les plus rapides et les plus efficaces en Côte d'Ivoire. Il est important de savoir que le temps d'attente est une phase nécessaire du parcours de soins d'urgence. Notre équipe médicale

met tout en œuvre pour une prise en charge prompte des préoccupations et la réduction substantielle de l'attente qui dépend :
Du niveau d'affluence des patients ;
De la gravité des pathologies des autres patients ;
Du délai de sortie des résultats complémentaires nécessaires à votre prise en charge ;
De la disponibilité en lits pour les patients devant être hospitalisés.

Comment se passe en général le parcours des patients ?

Les patients sont reçus, pris en charge par des équipes multidisciplinaires et orientés si besoins, vers des spécialistes spécifiques.
Ainsi, les patients sont :
Soit consultés ou revues externes,
Soit mis en observation,
Soit hospitalisés.

Dr NASSAR, sur les réseaux sociaux les plaintes récurrentes insinuent une très grande lenteur et le non-respect de l'ordre d'arrivée et le patient dit attendre sans savoir quoi ni pourquoi ni combien de temps et que l'attente devient insupportable et incompréhensible qu'en dites-vous ?

Comme, je venais de le préciser, le SAU reste et demeure la vitrine de tout système de santé mais aussi paradoxalement le point noir de tout établissement. La littérature abonde sur cette dimension cruciale de l'hôpital fusse-t-il public ou privé.
Devant cette situation, nous nous referons à une norme internationale. La classification clinique des maladies des Urgences (***CCMU***) à 5 classes principales (bien que modifiée avec l'ajout de 2 nouvelles) : Elle détermine les critères de priorisation de la prise en charge médicale de patients présents du SAU.

CCMU1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service d'urgences.
CCMU2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés instables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service d'urgences.
CCMU3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
Voici comment scientifiquement et professionnellement, se fait le tri d'accès prioritaire à la prise en charge médicale des malades en présence après les formalités administratives.



Dr NASSAR, après cette précision édifiante, que pouvez-nous dire sur les facteurs explicatifs du délai d'attente avant la prise en charge médicale ?

Les facteurs explicatifs d'attente avant la prise en charge médicale sont entre autres, les formalités administratives(les enregistrements d'identito-vigilance et la garantie de couverture d'assurance maladie).
Elle est très fortement dépendante des niveaux de gravités cliniques des maladies en présence et le tri de priorité imposée par les cas cliniques pour éviter les morts immédiates et/ou les complications.
Il est important ici d'informer notre patientèle que le temps d'attente est de plus de 10H à une journée dans les SAU des hôpitaux publics d'Afrique. En général, devant cette accessibilité difficile, les établissements privés sont sollicités.
Par ailleurs, de manière générale le Temps de Séjour Global (TSG) est estimé de 4 à 6 heures dans les pays occidentaux dans les meilleure cas et se trace comme suit :
•Le délai d'attente des enregistrements d'identito-vigilance et de garantie de couverture ; le nombre de patients en présence en même temps leur niveau ***CCMU*** ;L'âge du patient et des autres ;
•La disponibilité du personnel médical et paramédical et leur expérience ;
•Le passage par un box ou une unité d'observation ;
•Le délai d'obtention d'avis d'un médecin spécialiste ;
•Le délai d'obtention des resultats d'examens complémentaires (imagerie, biologie et explorations fonctionnelles) ;
•La disponibilité des médicaments requis par l'état du patient ;
•La disponibilité d'un lit d'hospitalisation ;Malgré tous ces facteurs concomitants et hyper stressants pour l'équipe d'urgence, de Temps de Séjour Global moyen à FARAH est de l'ordre 5 heures, ce qui est appréciable en référence de temps moyen dans les pays développés selon les echos.
Entre nous, si une consultation externe requiert 1 heure à 2 heures de TSG, il est compréhensible que le TSG des Services d'Urgences soit plus de 5 heures, c'est deux fois plus.
Un autre fait tout à fait important, est que les enquêtes à travers le monde sont unanimes que seuls 20% des malades dans les urgences sont de vrais cas d'urgence.
A la polyclinique FARAH, nous restons très regardants sur les plaintes lesquelles sont suivies d'actions correctives circonstanciées comme impose par la norme ISO-901 :2015.



TREICHVILLE ZONE PORTUAIRE, RUE DU HAVRE • TÉL. : (225) 27 21 21 90 00 - (225) 27 21 75 93 20
FAX : (225) 27 21 21 90 16 • 05 BP 3447 ABIDJAN 05

SANTÉ DIGITALE EN CÔTE D'IVOIRE

La Polyclinique Farah décroche un prix

La Polyclinique Farah, hôpital de référence en Côte d'Ivoire et dans la sous-région, a reçu jeudi 29 juillet 2021 à Abidjan, le prix de l'implémentation des solutions digitales dans les structures de santé, à l'ouverture de 2e édition de la semaine nationale de la sécurité des patients et de la santé digitale.

Ladite semaine vise à promouvoir la gestion des risques et la sécurité des agents de santé dans les établissements de santé à travers la promotion des bonnes pratiques de soins de qualité et l'utilisation des technologies du numérique dans le contexte de la covid-19 en Côte d'Ivoire.
Le thème retenu cette année est « Sécurité des agents de santé dans la prise en charge du couple Mère-Enfant et





des personnes du troisième âge dans le contexte de la Covid-19 : Quelle contribution de la santé digitale ».
Au cours de cette assise, Dr Aka Charles KOFFI, Directeur de cabinet représentant le Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, a invité les acteurs la santé en Côte d'Ivoire, à entériner et à mettre en œuvre la charte de l'appel à l'action lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la sécurité des agents de santé.

Ce moment de récompense a été organisée par l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), la Direction Général de la Santé (DGS), le Réseau international pour la planification et l'amélioration de la sécurité des soins en Afrique (RIPAQS) en collaboration avec l'Hôpital Mère Enfant de Bingerville.
Cette semaine qui s'inscrit dans le cadre de la célébration de la Journée mondial de la sécurité des patients, a été instituée lors de la 72e Assemblée Mondiale de la santé en 2019 à Genève.

LE LABORATOIRE AMANYS PHARMA OFFRE UNE QUINZAINE DE TABLETTES

Le Directeur expert du Laboratoire AMANYS PHARMA, Dr **Hicham Houkmellah**, a fait don le 16 juillet 2021 d'une quinzaine de tablettes Android à la Direction générale de la Polyclinique Farah.Ces tablettes, qui ont été dédiées aux services des Urgences, de la Réanimation adulte, des Hospitalisations, de la Pharmacie, etc., vont rapprocher davantage les médecins de leurs patients.



Le Président Directeur Général de la Polyclinique Farah, Dr Oualid Zahreddine, s'est félicité de ce geste qui, pour lui, trace les sillons d'une parfaite collaboration entre les deux structures.

UN CENTRE DE SOINS DE PROXIMITÉ PROFESSIONNELLE.

Située dans l'immeuble Trade Center du Plateau, la Clinique Médicale Trade Center (CMTC) a été créé pour répondre aux besoins de soins de qualité, rapprochés. La commune étant par ailleurs, le plus gros pôle des affaires de Côte d'Ivoire, un accent particulier a été mis sur l'accès à la médecine du travail.

Le plateau technique de CMTC est l'un des plus performants de la commune avec des équipements de dernière génération.



cmtc Clinique médicale trade center

AU CŒUR DE LA CITE
A CŒUR VOTRE SANTE

Plateau - Av. Houdaille, Imm. Trade Center • 11 BP 7171 Abidjan •
TEL.: 27 20 21 20 98 / 27 20 21 97 97 • FAX: 27 20 22 50 84

LES URGENCES AILLEURS DANS LE MONDE

L'ENCOMBREMENT DES SERVICES D'URGENCE,
UN VIEUX PROBLEME HOSPITALIER NON RESOLU DANS LE MONDE

Par M. DOUA Blé Siméon, Expert - Consultant en management de la santé et Conseiller du PDG de Farah



L'histoire des urgences peut éclairer sur la profondeur de la crise qui secoue ce service hospitalier à travers le monde. Initié véritablement dans les années 60 dans sa forme actuelle, l'esprit fondateur vient du Clergé avec la création au VI et VIIème siècle des HOTELS-DIEU. Ces hospices servaient à gérer la misère sociale dans toutes ses formes notamment, les prostituées, les enfants errants, les voyous, les clandestins…etc. Il s'agit surtout de lieux d'hébergement à visée compassionnelle ou religieuse.

Ainsi, du XVIIème siècle jusqu'à la révolution française, les hospices ont joué un rôle à la fois compassionnelle et de répression policière.

La révolution française est venue marquer la naissance des hôpitaux dans leur forme actuelle, c'est-à-dire un endroit où on soigne les malades. Les établissements à cette époque dépendaient désormais des municipalités et non plus de l'église. C'est en 1928 que sont nées les notions *porte* pour **l'accueil des malades de 17 à 7h du matin, lesquels sont transférés en hospitalisation à 7h,** par ailleurs la notion *secours-police* créée par le préfet de Paris qui deviendra *Police-secours* après la 2ème guerre mondiale **avec les numéros d'urgence 17 et 18.** C'est en 1941 que les hôpitaux passent sous la tutelle de l'état en France.

Même s'il faut préciser qu'il n'y a pas une date unique de création des urgences dans le monde mais plutôt des dates, la médecine d'urgence s'est créée de façon différente et sur des territoires différents.

Mais en France, la grande réforme de 1958 marque la naissance des centres hospitalo-universitaires (CHU) et la reconnaissance de la médecine hospitalière comme une médecine à plein temps avec l'apparition du concept *urgence* en 1960. L'objectif était d'accueillir deux grandes pathologie:s le malaise sur la voie publique (par exemple l'infractus du myocarde) ou l'accident sur la voie publique (un polytraumatisme après un accident de voiture ou un piéton renversé).

Selon François Danet (2008), beaucoup de services d'urgence ont été confrontées à une activité complètement en décalage avec ce pourquoi ils avaient été créés. Il s'est avéré que la grande majorité des patients accueillis aux urgences ne révélaient pas de l'urgence vitale

VOICI L'APERÇU SYNOPTIQUE DU DÉVELOPPEMENT DES SERVICES D'URGENCES EN FRANCE DE 1960 À 1995 AVEC LA NAISSANCE DE LA NOTION DU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCES (SAU)

• 1960 : Apparition du concept «Urgences» dans les hopitaux

• 1977 : Réflexion Nationale sur l'organisation des urgences

- Constat de dysfonctionnement dans la prise en charge relevant de la traumatologie
- Mise en place de comités d'urgence dans les hôpitaux
- Intensification de la formation

• 1989 : Rapport du Pr STEG sur l'urgence à l'hôpital

- Mise en évidence de l'insuffisance de la médicalisation des services d'urgence et de la mauvaise qualité de l'accueil

• 14 Mai 1991 : Le Ministère de la santé normalise l'appellation «SAU»

-Naissance de l'appellation **SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCES (SAU)**

-Désormais, c'est cette appellation qu'il faut afficher selon la commission nationale de restructuration des urgences en septembre 1991

- 1993 : Nouveau rapport de la commission de restructuration avec formulation de deux propositions :

-Accroitre le personnel qualifié

-Restructurer les services des urgences définis comme SAU ou ANACOR (Antennes d'Accueil et d'Orientation des Urgences)

•1989-1995 : Mise en œuvre des recommandations

-A l'AP-HP (Association Publique des Hôpitaux de Paris), poursuite des mesures

- Le nombre de médecins affectés aux SAU s'accroit de 80% entre 1988 à 1992

-Intensification de la formation et création d'une médecine d'urgence : **les médecins urgentistes**

- Elargissement de la gamme des prestations par des gardes dans les spécialités médicales et chirurgicales

LA PROBLEMATIQUE DE L'ACCUEIL AUX URGENCES EST TOUT UN PROCESSUS D'AMELIORATION SOUTENU PAR UNE VOLONTE INSTITUTIONNELLE HISTORIQUE :

En outre, le service d'Urgences est la «vitrine» de tout établissement santé voire, dans tout système de soins pour assurer un accueil de qualité avec des compétences psychologiques confirmées. Ce service s'est développé à travers le temps comme suit :

•Au moyen âge XV siècle, le seul principe en vigueur était la charité (recueillir, nourrir et héberger dans les hospices).

•Prise en charge était reléguée au second plan

•Au XVIIe siècle, naissance d'une autre forme d'urgence avec la création de la notion d'hôpital général

•Hôpital, lieu d'enfermement de tout ce qui est potentiellement facteurs de désordre public

•Au XIX siècle, amorce d'un processus progressif de médicalisation

•1802 : création du concours de l'internat et initiation de la garde et de la permanence

médicale.
•Du XIX à la moitié du XX siècle, les choses se contentent de niveau avec une vision des urgences comme prolongement plus ou moins des services hospitaliers.
•La qualité de l'accueil va devenir une véritable préoccupation depuis seulement une cinquantaine d'année (réf. Circulaire ministériel du 29 janvier 1995)
•Les rapports du Pr STEG (1989 et 1993) et le plan stratégique 1990-1998 ont sonné donc la sonnette d'alarme en termes d'exigences de qualité de soins dans un milieu de confort et d'un accueil satisfaisant par un personnel spécialisé, compètent et disponible et la réduction du temps d'attente.
•La mise en place de la fonction d'infirmière d'Accueil et d'Orientation (AIO) pour mieux répondre à toutes les préoccupations de qualité, disponibilité, rapidité satisfaisante de la prise en charge grâce à des critères objectifs permettant d'opérer un tri en fonction de la gravité de l'état des patients en présence.

ET POURTANT, LES PRINCIPAUX POINTS D'INSATISFACTION DES USAGERS DEMEURENT TOUJOURS LES SUIVANTS :

•Les malades se plaignent surtout du temps d'attente et non de la qualité de soins médicaux et paramédicaux
•L'attente est réelle non mythique et elle est même mesurée et tracée de façon statistique « Temps incroyablement long » « by-pass » échanges houleux..etc. avec critiques sur les réseaux sociaux…
•Pour le malade, son cas est urgent mais que cette urgence est méconnue négligée voire contestée, sentiment excessive par l'anxiété des accompagnants
•Le malade attend sans savoir ni quoi, ni pourquoi, ni combien de temps et cette attente devient incompréhensible, puis qu'il voit des malades arrivés après lui être pris en charge avant lui. L'absence de communication, d'un médicament verbal, confère donc un caractère étrangeté insupportable à cette attente.
•Enfin, l'attente n'est pas toujours anodine et ne peut pas dans certaines circonstances ne pas avoir de conséquences néfastes pour la santé du patient.
•Toutefois, l'attente mérite d'être atténuée en ce que : elle comporte une part tout à fait inévitable, avec la possibilité d'arrivée de plusieurs patients en même temps mais aussi par ce que la médecine d'urgence est une médecine séquentielle avec des étapes et les formalités administratives requises.
•Elle fait l'objet d'attention particulière d'amélioration continue par la Direction des établissements avec écoute-clients avec des actions correctives par ailleurs

Les médecins urgentistes sont Donc, obligés de savoir plus ou moins tout faire puisqu'ils accueillent les tout-venants : l'accouchement, entorse, hémorragie, accident dépression, suicide, alcool, violences : tout. Par ailleurs, le médecin urgentiste doit faire tout très vite, gérer un espace-temps qui peut être extrêmement variable avec des heures sans que rien ne se passe puis ,deux heures de surchauffe avec 60 patients arrivant de façon imprévisible avec des scores de gravité différente à faire prendre en charge par le même nombre du personnel.



LE CERCLE VICIEUX DE L'ENGORGEMENT DES URGENCES RESTE TOUTEFOIS PERSISTANT PARTOUT DANS LE MONDE

Selon les données du Ministère de la santé, en France 200 personnes dorment sur les brancards par nuit en attendant d'être prises en charge. On enregistre par année ainsi plus de 19 000 patients dans ce cas.
Une liste des TOP 25 des hôpitaux les plus engorgés avait été établie bien avant la crise de la pandémie à COVID-19 en 2018 Selon le Ministre de la santé de France, Mme AGNES BUZIN, il y a un problème clair au niveau des urgences estimant qu'il faut organiser la médecine de ville pour répondre à des patients (soit 80 % de malades) qui n'ont rien à faire aux urgences.
La même préoccupation est enregistrée au Québec-Canada où, malgré les multiples réformes successives faites sur ce sujet, **le temps d'attente aux urgences est de 20 heures en moyenne (avec aussi, leur TOP 25 de saturation), alors que l'objectif ministériel était fixé à 12h, en référence de la promesse électorale de** *«la coalition avenir Québec»*. **Le gouvernement du** *Québec* **vient de donner des consignes fermes aux hôpitaux concernés à réduire le temps d'attente dans un délai maximum de 12 h dans un an en janvier 2021. Un service spécial,** *Soutien-transformations accès-terrain en abrégé STAT* **vient d'être mis en place par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) pour le survi de la maîtrise du temps d'attente.**

Dans tous les systèmes de santé, comme un disque raillé, les gens continuent d'être frustrés avec raison depuis longtemps de la situation dans les urgences. Ce qui est plus surprenant, c'est que 50 ans plus tard, on en soit toujours à des constats similaires, bien que le fonctionnement des urgences se soit tout de même beaucoup amélioré.
Le problème, c'est que parallèlement, la population s'est accrue, qu'elle a vieilli, et qu'elle est surtout de plus en plus touchée par des maladies chroniques, pour lesquelles la première ligne est encore plus ou moins efficace. Il est donc probable que malgré des améliorations dans le fonctionnement de la première ligne, des urgences et des hôpitaux, on observe une stagnation des résultats (qui auraient été bien pires si rien n'avait été fait).

En conclusion, l'attente aux urgences reste et demeure une grande préoccupation non résolue malgré les multiples réformes engagées dans les systèmes de santé tant dans des pays développés qu'en voie de développement. Les urgences restent le point noir surtout dans les systèmes de services publics de soins.
Cette congestion oblige les usagers à se tourner vers les services privés de soins dont les capacités d'accueil sont relativement limitées à 4 ou 6 lits en général sauf à la Polyclinique Farah qui offre 17 lits sectorisés dans ce cas de la Côte d'Ivoire.
Mais dans les cas, la pression de la demande est si forte qu'il y aura toujours un encombrement surtout quand l'établissement enregistre parallèlement un taux d'occupation de 80 à 90% en hospitalisation, la disponibilité des lits devient alors un facteur de grande sensibilité.

SOS ABIDJAN



SOS ABIDJAN

SOS ABIDJAN propose aux Ecoles Entreprises, Ambassades et Institutions, la solution d'assistance médicale d'urgence **ALERT24**.

ALERT24

- Formule Famille
- Formule Corporate

13 04
24H / 7

Soins et hospitalisation à domicile

Transport en ambulance d'urgences et de réanimation

Evacuation sanitaire en helicoptère et avion.



1304

Marcory Residentiel, Rue des Bahias non loin du terminus SOTRA

LA PERSONNE AGÉE EST-ELLE UN PATIENT COMME LES AUTRES ?



Plus fragiles, souffrant souvent de plusieurs pathologies, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 23% des patients du CHMS. Ils bénéficient d'une prise en charge hospitalière globale et adaptée, en médecine comme en chirurgie.

« Une évaluation gériatrique du patient dans sa globalité »

« La particularité dans l'avancée en âge, c'est l'apparition de fragilités dans certains domaines (cognitif, locomoteur, nutritionnel, sensoriel…) qui majorent le risque de complications médicales et retentissent parfois sévèrement sur l'autonomie. Le repérage des fragilités du patient âgé est la condition de sa prise en charge optimale et ce repérage appartient à chaque professionnel (médecin, IDE, aide-soignante). A la demande du médecin (en médecine, chirurgie ou aux urgences), le médecin et l'infirmière de l'UMG réalisent une évaluation médicale, psychologique et socio-environnementale du patient et formulent des propositions de prise en charge et d'orientation (SSR, EHPAD…). L'évaluation de l'infirmière précise tout ce qui correspond à ses besoins immédiats et futurs : mobilisation, alimentation, Environnement…. Quant à l'assistante sociale de l'unité, son action est dédiée aux cas les plus complexes (isolement social et familial, maltraitance…). Elle coordonne les démarches administratives et fait le lien ville-hôpital.

Dr ELISA AVERTY,
Médecin (UMG) responsable de l'unité mobile de gériatrie

« Une prise en charge nutritionnelle adaptée et personnalisée »

« Un patient comme un autre, ça n'existe pas, particulièrement quand on parle d'alimentation et encore plus chez le sujet âgé ! Les personnes de plus de 75 ans sont plus fragiles dans le sens où tout accident de la vie (problème de santé, stress, veuvage…) peut entrainer ou aggraver des problèmes d'alimentation, voire de dénutrition avec la spirale qui va avec : perte d'appétit, apports alimentaires insuffisants, perte de poids, fonte musculaire, risques de chute et/ou de fractures… Mon travail consiste à repérer ces patients, en relation avec l'équipe soignante et médicale. Je dresse alors un état des lieux des habitudes alimentaires du patient
-Goûts, aversions, préférences…je préconise également une adaptation de la texture des repas si nécessaire. Notre challenge : déclencher une prise en charge individualisée le plus rapidement possible pour stopper ce cercle vicieux.

AGNES BOLLET,
Diéticienne en charge de l'ensemble du secteur de gériatrie (hospitalisation et hébergement-site de Chambéry) »

« Chez le patient âgé, tout tient à un fil »

« La personne âgée de plus de 75 ans est un patient plus fragile que les autres. Très souvent, tout tient à un fil. Il suffit parfois d'une chirurgie avec anesthésie générale et l'équilibre est perturbé. Le rôle du médecin généraliste en service de chirurgie est alors de prendre en charge ce patient quand surviennent des complications : confusion, décompensation cardiaque, insuffisance rénale ou respiratoire, douleurs, infection… il est toujours difficile de prévoir comment le patient va réagir après une chirurgie. Si celle-ci est vécue comme une agression, c'est une cascade d'évènements indésirables qui se déclenchent et qui entrainent une perte d'autonomie difficile à récupérer. Tout l'enjeu est bien sûr d'éviter ces effets au maximum et de peser les bénéfices et les risques. En comparaison, chez un patient plus jeune, le retour à l'état antérieur sera plus rapide et beaucoup moins problématique. »

Dr CLAIRE RISS,
Chef de service de l'unité transversale de médecine en chirurgie (site de Chambéry)

Source:Magazine Interne N°5/Janv-Mars du Centre Hospitalier Métropole Savoie 2018



NECROLOGIE



Dr Kouamé N. Antoine



Sanhou Sonia

La Direction Générale de la Polyclinique Farah exprime ses plus sincères condoléances après avoir appris le décès de **Dr Kouamé N. Antoine**, Anesthésiste-réanimateur, au service de Réanimation polyvalente et **Sanhou Sonia**, Aide-soignante au service de Kinésithérapie.

Nous savons que c'est une période incertaine et émotionnellement difficile pour vous, les collègues, et leurs familles biologiques. Nous envoyons aux différentes familles nos pensées et nos prières.

Nous savons à quel point ils étaient importants pour notre établissement sanitaire. C'était des personnes très appréciées, et chaque collaborateur gardera un souvenir impérissable d'elles.

A vous nos collaborateurs, le chagrin n'est jamais facile. S'il vous plaît, prenez soin de vous et de votre famille. La Direction générale sera là pour vous soutenir.

Nous vous prions d'accepter nos sincères condoléances.

La Direction Générale.

LE PETIT DÉJEUNER ÉQUILIBRÉ



Le petit déjeuner, premier repas de la journée, pour les personnes suivant un rythme nycthéméral « normal » (horaires d'activité le jour et de repos la nuit) participe à l'équilibre alimentaire quotidien. C'est un repas complémentaire aux deux autres repas principaux que sont le déjeuner et le dîner, et éventuellement aux repas secondaires type collations intermédiaires (matinée et/ou après-midi et/ou soirée). **Il existe donc une importance à consommer un petit déjeuner équilibré pour débuter la journée de manière efficiente.**

Le petit déjeuner en France reste trop glucidique en qualité

En effet, **lorsque je réalise des bilans alimentaires chez les patients en clinique, un peu moins chez les sportifs, je note très souvent une composante glucidique trop importante en qualité**, parfois exclusive (exemple du petit déjeuner « 100% glucidique » jus de fruits + pain blanc + confiture ou miel + café sucré) au détriment des protéines, des lipides et des fibres. C'est très souvent le cas des personnes qui repoussent le « gras » sous toutes les formes (viande, fromage, beurre, fruits protéoléagineux…) le voyant comme nocif pour leur santé sous tous les angles santé (cardiovasculaire, surpoids, cholestérol, triglycérides…). **Ainsi, le petit déjeuner au goût salé est très souvent délaissé pour le sucré. Il y a de la place pour tout le monde**, comme le démontre certains pays scandinaves (Finlande, Suède, Norvège) et du nord de l'Europe (Allemagne, Danemark…).

En théorie, le petit déjeuner équilibré doit être complexe d'un point de vue nutritionnel

Quand je parle de « complexité nutritionnelle », je fais référence à l'ensemble des nutriments, macro et micro, c'est à dire protéines, lipides, -glucides, fibres, minéraux (calcium, magnésium, potassium…) mais aussi vitamines (A, B, C, D…) sans oublier la base hydrique corrélée aux apports en eau (via les boissons chaudes type infusions, chicorée, café, thé, maté… ou tout simplement de l'eau). **Le petit déjeuner est un véritable repas permettant de bien doser les phénomènes d'appétence et de satiété au cours de la journée**. La régulation des autres repas s'en trouve améliorée par phénomène d'inertie, les ingestas en quantité et qualité sont optimisés (moins d'hyperphagie, satiété plus précoce, les fringales extraprandiales (entre les repas) sont repoussées et les grignotages deviennent exceptionnels voir quasiment absents.

En pratique, le petit déjeuner équilibré reste simple à réaliser

Que l'on soit pressé ou que l'on a du temps devant nous, **le petit déjeuner équilibré est non compliqué demandant très peu de techniques culinaires à mettre en œuvre**. Un peu de créativité, d'associations d'idées et le tour est joué. C'est juste une association d'aliments simples demandant peu de préparations au niveau de la cuisine. Ensuite, les compositions varient en fonction des « goûts et couleurs de chacun ».

Liste non exhaustive mais pouvant donner des idées:

-Boissons chaudes (eau): thé, café, maté, chicorée,…
-Jus végétal (protéines + glucides): soja, noisette, amande, avoine, quinoa…
-Lait animal (protéines et glucides): vache, brebis, chèvre…
-Matières grasses (lipides): beurre, huiles -végétales: olive, colza, sésame, noisette, avocat,
Céréales et/ou produits céréaliers +/- complets (glucides, protéines, fibres): flocons d'avoine, -pain (céréales, bis, complet,…), galette de son, crème de céréales… tapioca, quinoa, riz…
-Produits sucrés (glucides): miel, sirop de fruits, d'agave, d'érable…, sucre complet, rapadura… confiture, marmelade…
-Fruits frais et/ou séchés (glucides, fibres): orange, kiwi, banane, pêche…
-Fruits (et graines) protéoléagineux (protéines, lipides, +/- fibres): noix, noisette, amande, pistache, sésame, chia, chanvre… et leurs purées associées
-Légumes (fibres, +/- glucides): épinard, concombre, courgette, betterave… et leurs jus associés… pomme de terre…
-Viande, poisson, oeuf, crustacés/coquillages (protéines): jambon cuit ou cru, poulet, dinde…, hareng, sardine, thon, saumon…crevettes…

Exemples de petit déjeuner équilibré en qualité

Petit déjeuner équilibré 1
- Café
- Faisselle de chèvre + graines de chia
- Pain complet + Beurre + Miel
- Jambon blanc
- Kiwi

Petit déjeuner équilibré 2
- Thé vert
- Jus de noisette + Poudre de Caroube + Sirop d'agave
- Pain bis + Purée d'amandes
- Œuf coque
- Smoothie Pomme/épinard/Cumin

Petit déjeuner équilibré 3
- Maté
- Jus d'amande + Flocons d'avoine + Baies de
- Goji + Noisettes
- Saumon mariné au jus de citron
- Salade d'agrumes

Petit déjeuner équilibré 4
- Chicorée
- Pain d'épeautre + Purée de sésame noir
- Fromage + Confiture
- Banane

Remarque : les quantités ne sont pas indiquées car cela peut varier fortement d'une personne à une autre en fonction de ses besoins propres. Dans tous les cas, il faut individualiser l'alimentation propre à chaque individu.

En conclusion

Il n'existe pas de modèle unique et standard concernant un petit déjeuner équilibré. Rien n'est parfait, les aliments sont complémentaires entre eux et revêtent des vertus nutritionnelles qui leur sont propres. Dénigrer un aliment et encenser l'autre reste la pire des manières pour déséquilibrer ses apports jour après jour. C'est le cas de beaucoup de régimes d'éviction et autres alimentations « farfelues » mises en place pour faire « croire » aux personnes (en manque de recul par rapport à eux-mêmes et au monde environnant) d'appartenir à une certaine catégorie de populations, ce que l'on appelle « le besoin d'appartenir ». Le petit déjeuner doit rester simple, convivial, organoleptique, digeste et plaisant, meilleur gage de pérennisation dans le temps. Il n'y a pas de régimes miracles au final…

Nicolas AUBINEAU
Diététicien Nutritionniste du sport et en clinique



LA PRÉVENTION
AU CŒUR
DE NOS SOINS.

emy

espace médical yopougon

Situé dans le centre commercial COSMOS de Yopougon, l'Espace Médical Yopougon (EMY) a été créé pour répondre aux besoins de soins de qualité, rapprochés. La commune étant par ailleurs le plus gros pôle industriel de Côte d'Ivoire, un accent particulier a été mis sur l'accès à la médecine du travail.

Le plateau technique de EMY est l'un des plus performants de la commune avec des équipements de dernière génération.











LA PRÉVENTION
AU CŒUR
DE NOS SOINS.

UN CENTRE DE SOINS DE PROXIMITÉ.

- Médecine générale
- Maternité
- Neurochirurgie
- Hôpital de jour «adultes»
- Hôpital de jour «pédiatriques»
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Médecine du Travail
- Gynécologie,
- Pédiatrie
- ORL / salle d'exploitation fonctionnelle
- Traumatologie / Orthopédie
- Ophtalmologie / salle d'exploration fonctionnelle
- Pneumologie
- Cardiologie
- Cabinet dentaire

Cosmos Yopougon,
Boulevard principal Yopougon Attié
1er étage - Galerie Marchande
Tél.: +225 23 40 81 40

farah
POLYCLINIQUE



La qualité des soins dans le confort de chez vous.

Prélèvement à domicile

- Permet un grand confort sans déplacement
- Évite les longues files d'attente à l'hôpital
- Offre les mêmes avantages de sécurité interventionnelle qu'à l'hôpital



05 65 11 11 11

13 16
CENTRE D'APPEL