

EVALUATION DE L'ACTIVITE DES AMBULANCES AU TOGO

K. Kpanté¹, P. Hemou², S. Eho³, F. Tounou⁴, P. Mouzou⁵, T. Mouzou⁶, A. Aholu², M. Bodjona⁷

1 Hôpital de Vogan (Togo), 2 DAR Cochin Paris, 3 CH Lentz Lille, 4DAR Avicenne, 5Hôpital de Châteauroux, 6 CHU Lomé, 7Hôpital Ledantec-Dakar.

RATIONNEL

Le transport des malades est une composante indispensable de la médecine d'urgence (MU) et un maillon essentiel dans le maintien de la **chaîne de survie** pré-hospitalière, voire intra ou inter-hospitalière allant du secourisme de base aux transports médicalisés, Evacuations Sanitaires notamment (EVASAN).

Au Togo, la MU pré-hospitalière est caractérisée par un **contraste** entre la multiplicité des situations à risques (surtout accidents de trafic et de chantier, conflits sociaux) et une faiblesse de l'organisation de la prise en charge et des moyens de transport des victimes. Ainsi les blessés sont pour la plupart du temps transportés par des *moyens de fortune source d'aggravation des lésions* qui n'ont souvent hélas en commun que leur mode d'évolution souvent fatale.

Dès lors dans le cadre des perspectives togolaises d'organisation de la MU, la Coopération Internationale pour la Médecine d'Urgence (CIMU) a procédé à une évaluation de l'activité des ambulances en vue de solliciter des Partenaires du développement, publics, privés, institutionnels ou associatifs des **ambulances équipées** en privilégiant le **désenclavement** des formations *sanitaires rurales*, les plus confrontées au transport des malades vers les hôpitaux de proximité.

MATERIELS ET METHODE

Evaluation quantitative et qualitative des ambulances disponibles au Togo en 2002 en dehors des institutions militaires et privées. Les paramètres recueillis sont entre autres:

- le nombre d'ambulance
- l'état fonctionnel des ambulances
- les motifs de sortie, l'équipement et le personnel à bord.

RESULTATS

- Sur les 76 formations sanitaires, près de la moitié (37) ne disposent pas d'ambulance.
- 32% des 44 ambulances recensées sont non fonctionnelles.
- Les motifs de sortie de ces ambulances sont essentiellement des transports secondaires inter-hospitaliers de patients souvent précaires (obstétricaux essentiellement) mais aussi des transports primaires de quelques blessés en masse des accidents du trafic routier international (Lomé-Ouagadougou-Niamey-Bamako), particulièrement meurtrier.
- Dans moins de 5% des cas il y avait un médecin à bord.

CONCLUSION

Cette évaluation gagnerait à être étendue, dans le cadre d'un partenariat multilatéral Nord-Sud et Sud-Sud, aux autres pays africains soumis pour la plupart aux mêmes contraintes en vue d'un soutien logistique de minimisation des disparités régionales privilégiant les formations sanitaires rurales les plus confrontés au transport des malades vers les hôpitaux de proximités ou de référence. Les grandes villes et capitales peuvent palier plus facilement l'absence de SAMU ou de sapeurs pompiers par d'autres moyens de transport utilitaires publics ou privés. Cela implique des programmes de maintenance et de formation des formateurs et des utilisateurs (ambulanciers, taxis auto ou moto) aux gestes de secourisme et en maintenance préventive.

C'est notre **approche centripète** de l'organisation de la MU et des secours dans le cadre de réseaux intégrés de prise en charge des urgences et sinistres sanitaires dans une stratégie d'unification, de coordination des acteurs et des moyens à défaut d'harmonisation ou de standardisation des moyens et des pratiques.

Cette étude, quoique méritant d'être approfondie, a permis de montrer l'importance du déficit en nombre et en activité d'ambulances au Togo. Les actions dans le sens de combler ce déficit sont l'un des objectifs prioritaires de la CIMU.



P. HEMOU et Collaborateurs
AAAC Tunis 2005

Remise des ambulances au Dr Frédéric P. HEMOU le 17 juin 1997 à Châteauroux par M Daniel BERNADET, président du Conseil Général de l'Indre (1997)