



Urgences préhospitalières en Côte d'Ivoire : profil d'activité de la première compagnie du Groupement des Sapeurs-Pompiers Militaires (GSPM) d'Abidjan.

Prehospital emergency care in Ivory Coast : activity profile of the first company of the Abidjan military fire brigade.

A OUATTARA ^(1,4), Y V BEDIE ^(1,4), K T COULIBALY ^(2,4), K H COULIBALY ⁽³⁾, E S N'DAH ^(1,4), K M KAKOU ^(1,4), P A J OUAKOUBE ^(1,4), A D GNAZEBO ⁽¹⁾, A T H A KADJO ⁽¹⁾

- (1) Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
(2) Service de Réanimation, Hôpital Mère Enfant de Bingerville, Abidjan, Côte d'Ivoire
(3) Groupement des Sapeurs-Pompiers Militaires, Abidjan, Côte d'Ivoire
(4) UFR des Sciences Médicales, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Soumis le 02 Décembre 2025
Accepté le 28 Décembre 2025

RESUME

Introduction : Le transport préhospitalier des victimes est une activité majeure réalisée par le Service d'aide médicale d'Urgence et le Groupement des Sapeurs-Pompiers Militaires. L'objectif était de décrire les caractéristiques cliniques et la prise en charge des usagers de la première compagnie du Groupement des Sapeurs-Pompiers Militaires. **Méthodes :** il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale et rétrospective réalisée du 1er Janvier au 31 Décembre 2023. Toutes les victimes ayant bénéficié d'une intervention de secours à victime de la première compagnie du Groupement des Sapeurs-Pompiers Militaires pendant la période de l'étude avaient été incluses. **Résultats :** la totalité de l'activité était primaire avec 1642 interventions recensées. Le sex ratio était de 2,6 avec une prédominance des victimes âgées de 19 à 55 ans (76,8 %). Les accidents de la voie publique étaient le principal motif (90,9 %) et impliquaient le plus souvent un véhicule avec ou sans piéton (66,3 %). Le trouble de la conscience (2,1 %), la détresse respiratoire (1,3 %) étaient les plus rencontrés. Les plaies superficielles (61,4 %) étaient les principales lésions. Le délai d'acheminement (97 %) et la durée de médicalisation (87,5 %) étaient généralement inférieurs à 60 minutes. Le tiers des interventions concernaient au moins deux victimes. Les principaux traitements administrés étaient : le pansement des plaies (55,2 %), la pose de collier cervical (11,4 %), la libération des voies aériennes supérieures (4,5 %). Les victimes étaient transportées en position allongée (62,2 %) et en position demi assise (36,2 %). Les principales complications étaient : la dégradation neurologique (0,3 %) et le décès (0,3 %). **Conclusion :** L'activité du Groupement des Sapeurs-Pompiers Militaires était exclusivement primaire dominée par le transport des victimes d'accident de la voie publique. Elle intéressait plus les jeunes adultes de sexe masculin.

Mots clés : Côte d'Ivoire ; Délai d'intervention ; Préhospitalier ; Transport.

ABSTRACT

Background: Rapid and effective prehospital care improves patient outcomes in hospital settings. The objective was to describe the clinical characteristics and care provided to users of the first company of the Military Firefighters Group. **Methods:** This was an observational, cross-sectional, retrospective study conducted from January 1 to December 31, 2023. All victims who received emergency assistance from the first company of the Military Firefighters Group during the study period were included. **Results:** All of the activity was primary, with 1,642 interventions recorded. The sex ratio was 2.6, with a predominance of victims aged 19 to 55 (76.8%). Road accidents were the main cause (90.9%) and most often involved a vehicle with or without a pedestrian (66.3%). Impaired consciousness (2.1%) and respiratory distress (1.3%) were the most common conditions. Superficial wounds (61.4%) were the main injuries. Transport time (97%) and medical treatment time (87.5%) were generally less than 60 minutes. One-third of interventions involved at least two victims. The main treatments administered were: wound dressing (55.2%), cervical collar application (11.4%), and upper airway clearance (4.5%). Victims were transported in a lying position (62.2%) and in a semi-seated position (36.2%). The main complications were neurological deterioration (0.3%) and death (0.3%). **Conclusion:** The activity of the Military Firefighters Group was primarily focused on transporting victims of road accidents. It was more appealing to young adult males.

Keywords : Ivory Coast ; Prehospital ; Response time ; Transport.

INTRODUCTION

La prise en charge et le transport préhospitalier adéquat des patients est essentielle pour réduire la mortalité et améliorer leurs rétablissements. Ainsi, un service préhospitalier rapide et efficace favoriserait un meilleur pronostic des patients en milieu hospitalier [1, 2]. C'est dans cette optique qu'en France, un pacte dont l'un des objectifs était d'assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes avait été pris en 2012. Ce pacte préconisait un renforcement du maillage du territoire par les services d'urgences préhospitalières afin d'améliorer le temps d'accès à un service d'urgence [3]. En Côte d'Ivoire, la prise en charge et le

transport préhospitalier des populations est essentiellement assurée par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Groupement des Sapeurs-Pompiers Militaire (GSPM) [4]. Le GSPM de par sa

Du Service de Réanimation,
Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Côte d'Ivoire

* Auteur correspondant :

Dr. Abdoulaye OUATTARA

Adresse : Service de Réanimation
Centre Hospitalier Universitaire de Cocody
Abidjan, Côte d'Ivoire

Téléphone : 00 225 07 58 26 28 00

E-mail : doc_ablo@yahoo.fr

fonction de secours à victime est un acteur majeur de la médecine urgente préhospitalière par la mise en œuvre des premiers gestes de secours et le transport des victimes [5]. Les études sur la médecine d'urgence en Côte d'Ivoire étaient inégalement réparties entre les Services d'Accueil d'Urgence (SAU) et les services d'urgences préhospitalières. En effet, plusieurs études avaient porté sur les SAU mais, peu d'études sur les services d'urgences préhospitalières [6, 7]. La rareté des écrits sur les interventions préhospitalières dont ceux du GSPM avait motivé notre étude. L'objectif était de décrire les caractéristiques cliniques et la prise en charge des usagers.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale et rétrospective réalisée du 1er Janvier au 31 Décembre 2023 à la première compagnie du GSPM du district d'Abidjan. Le GSPM du district d'Abidjan est organisé en quatre (04) compagnies : la première, la deuxième, la quatrième et la huitième. La première compagnie du GSPM est la toute première créée en même temps que le groupement le 1er juillet 1974 [5]. Sa zone de compétence est de 750 Km² sur les 2119 Km² qui constituent la superficie du district d'Abidjan. La première compagnie du GSPM couvre environ 3 000 000 d'habitants pour une population globale du district d'Abidjan qui est de 6 321 017 habitants [8]. Elle regroupe les communes du Plateau, d'Adjamé, d'Anyama, d'Abobo, de Cocody et une partie d'Attécoubé. Elle intervenait également sur toutes les communes d'Abidjan en fonction de la demande. L'équipe de garde était composée d'un officier ou sous-officier et du personnel nécessaire pour équiper deux véhicules de secours d'urgence, une ambulance de réanimation et une ambulance de réanimation de grande capacité. La compagnie disposait en plus des ambulances stationnées en son sein, trois (03) autres sites de positionnement afin de réduire les délais d'intervention. Les patients des deux sexes, de tout âge ayant bénéficié d'une intervention de secours à victime de la première compagnie du GSPM pendant la période de l'étude avaient été inclus. Ont été exclus les victimes des couvertures médicales, les constats de décès et les évacuations sanitaires. L'échantillonnage était non probabiliste et le recueil des données avait été fait selon la déclaration d'Helsinki. Il était basé sur les rapports d'intervention et sur la fiche bilan de la victime remplie par les ambulanciers chefs. Ces données avaient été rapporté sur une fiche d'enquête individuelle et standardisée par le médecin enquêteur.

Les paramètres étudiés étaient les données sur les victimes et sur les incidents (âge, sexe, nature des incidents, nombre de véhicule impliqué par incident, type de véhicule impliqué par incident, bilan neurologique des victimes, bilan ventilatoire, bilan hémodynamique, localisation des lésions, types de lésion) et les données sur l'intervention (lieu de l'intervention, horaire d'intervention, fréquence journalière des interventions, délai d'acheminement, durée de médicalisation, nombre de victime par intervention, type de véhicule utilisé, prise en charge respiratoire, prise en charge hémodynamique, traitement immobilisateur, structure sanitaire d'évacuation, évolution pendant le transport).

Les définitions suivantes ont été utilisées lors de

l'étude. L'heure de décision est représentée par l'heure de prise de décision par le régulateur d'envoyer une ambulance et le début d'intervention par l'heure de départ de la base de l'ambulance. L'arrivée sur les lieux est l'heure d'arrivée à l'adresse du lieu d'intervention et le départ des lieux est l'heure de départ de l'adresse du lieu d'intervention du moyen assurant la médicalisation du transport de la victime. L'arrivée à destination consiste à l'heure d'arrivée à l'entrée du service où se fera le relais de médicalisation de la victime. Le début de médicalisation désigne l'heure d'arrivée des secouristes auprès du patient. Il peut être assimilé à l'arrivée sur les lieux tandis que la fin de médicalisation consiste à l'heure à laquelle la responsabilité de la prise en charge médicale s'achève ou lorsque le patient est confié à un autre intervenant. Il peut être assimilé à l'arrivée à destination.

Concernant les délais et les durées. Le délai de départ désigne le temps entre l'heure du début d'intervention et l'heure de prise de décision. Le délai d'acheminement est le temps entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure du début d'intervention. La durée de médicalisation désigne le temps entre l'heure de fin de la médicalisation et l'heure du début de médicalisation tandis que la durée sur les lieux est constituée par l'heure entre l'arrivée sur les lieux de l'intervention et le départ des lieux d'intervention.

L'analyse des données avait été réalisée avec le logiciel EPI DATA[®] version 1.1. Les résultats des valeurs qualitatives ont été exprimés en fréquence et en pourcentage ; les valeurs quantitatives en moyenne.

RESULTATS

Sur les 1642 interventions recensées, l'âge moyen des victimes était de 31,2 ± 14,4 ans (extrêmes : 1 an ; 87 ans) et les jeune-adultes représentaient 76,8 %. Le sex ratio était de 2,6 en faveur des hommes qui représentaient 72,5 %. Les interventions de la première compagnie étaient motivées principalement par les accidents de la voie publique (AVP) (90,9 %) et les malaises (6,9 %). En ce qui concerne les AVP, ils impliquaient un véhicule avec ou sans piéton (66,3 %), deux véhicules (33 %) et au moins trois véhicules (0,7 %). Les types de véhicule impliqués étaient les motos et tricycles (39,6 %), les véhicules de transport en commun (31,2 %) et les véhicules personnels (29,2 %). Le trouble de la conscience (2,1 %), l'agitation psychomotrice (0,6 %) et les crises convulsives 0,3 % étaient les troubles neurologiques retrouvés. Un bilan respiratoire avait été fait chez 2,7 % des victimes et 1,3 % avaient une détresse respiratoire. Le bilan hémodynamique consistait à la prise du pouls chez 94,9 % et de la pression artérielle chez 1,9 %. Les lésions étaient principalement localisées dans la région de la tête et du cou (45,1 %) et aux membres inférieurs (34,4 %). Elles étaient dominées par les plaies superficielles (61,4 %), les plaies profondes (17,7 %) et les fractures fermées (12,5 %). (Tableau I).

Le principal lieu d'intervention était la voie publique (90,9 %) suivi des espaces publiques (4,2 %). Les interventions se faisaient entre 06 et 18 heures (61,7 %) et entre 18 et 06 heures (38,3 %). Elles se faisaient principalement les samedis (17,1 %) et les lundis (15,9 %). Le délai moyen de départ était de 1,11 ± 0,33 min (extrêmes : 1 et 54 minutes).

Tableau I : Données sur les victimes et les incidents

Variable	Effectif n = 1 642	Proportion %
Age		
< 2 ans	11	0,7
2-5 ans	18	1,1
6-18 ans	230	14
19-55 ans	1261	76,8
> 55 ans	122	7,4
Nature des incidents		
<i>Accident de la voie publique</i>	1492	90,9
<i>Malaise</i>	114	6,9
<i>Chute d'un lieu élevé</i>	19	1,2
<i>Blessure par arme blanche</i>	15	0,9
<i>Brulures (incendies)</i>	2	0,1
Localisation des lésions		
<i>Tête et cou</i>	741	45,1
<i>Membres inférieurs</i>	565	34,4
<i>Membres supérieurs</i>	274	16,7
<i>Abdomen</i>	31	1,9
<i>Thorax</i>	31	1,9
Types de lésions		
<i>Plaie superficielle</i>	1009	61,4
<i>Plaie profonde</i>	290	17,7
<i>Fracture fermée</i>	206	12,5
<i>Fracture ouverte</i>	99	6,1
<i>Contusion musculaire</i>	26	1,6
<i>Eviscération</i>	8	0,5
<i>Brûlures</i>	4	0,2

Ce délai était généralement inférieur ou égal à 02 minutes (95,9 %) et supérieur à 02 minute dans 4,1 % des cas. Le délai d'acheminement était inférieur 20 minutes (66,7 %) avec une moyenne de 18,09 ± 9,29 minutes (extrêmes : 2 et 145 minutes). La médicalisation se faisait en moins d'une heure (87,5 %) avec une durée moyenne de 34,67 ± 16,81 minutes (extrêmes : 11 et 375 minutes). La durée moyenne sur les lieux était de 18,46 ± 11,51 minutes (extrêmes : 2 et 90 minutes) et cette durée était le plus souvent inférieure à 20 minutes (73,3 %). Il y avait par intervention, une victime (60,2 %), deux victimes (21,1 %) ou au moins trois victimes (18,7 %). L'oxygénothérapie et une libération des voies aériennes supérieures avaient été réalisées respectivement chez 2,5 % et 4,5 %. La prise en charge hémodynamique avait consisté à un remplissage vasculaire (1,7 %), un pansement compressif (1,4 %) et la pose de garrot (0,3 %). Pour l'immobilisation, 11,4 % avaient bénéficiés d'un collier cervical, 12,5 % d'une attelle plâtrée et 0,7 % d'un matelas immobilisateur à dépression. Le reste du traitement avait consisté à faire un pansement des plaies (55,2 %), un refroidissement (0,1 %) et à l'usage d'une couverture isotherme (0,3 %). Après la prise en charge sur les lieux de l'incident, 15,9 % avaient refusé l'évacuation. Les victimes étaient transportées dans des ambulances à une place (97, %) ou des ambulances de grande capacité (2,1 %). Le transport des patients se faisait principalement en décubitus dorsal (62,2 %) et en position demi assise (36,2 %). Elle était conforme chez 3,3 % des victimes.

Tableau II : Données portant sur les interventions

Variable	Effectif n = 1 642	Proportion %
Lieu de l'intervention		
<i>Voie publique</i>	1492	90,9
<i>Domicile</i>	59	3,6
<i>Lieu de travail</i>	22	1,3
<i>Espace publique</i>	69	4,2
Jour des interventions		
<i>Lundi</i>	262	15,9
<i>Mardi</i>	221	13,4
<i>Mercredi</i>	205	12,5
<i>Jeudi</i>	211	12,9
<i>Vendredi</i>	247	15,1
<i>Samedi</i>	281	17,1
<i>Dimanche</i>	215	13,1
Délai d'acheminement		
<i>≤ 20 minutes</i>	1095	66,7
<i>20-60 minutes</i>	498	30,3
<i>> 60 minutes</i>	49	3
Durée de médicalisation		
<i>≤ 20 minutes</i>	480	29,2
<i>20-60 minutes</i>	956	58,3
<i>> 60 minutes</i>	206	12,5
Durée sur les lieux		
<i>≤ 20 minutes</i>	1204	73,3
<i>20-60 minutes</i>	365	22,2
<i>> 60 minutes</i>	73	4,5
Structure sanitaire d'évacuation		
<i>Etablissement publique de premier contact</i>	56	3,4
<i>Etablissement publique de deuxième niveau</i>	938	57,1
<i>Etablissement publique de troisième niveau</i>	522	31,8
<i>Etablissement privé</i>	126	7,7
Position de transport		
<i>Allongé tête et épaules réhaussées</i>	1021	62,2
<i>Demi assise</i>	594	36,2
<i>Position latérale de sécurité</i>	19	1,2
<i>Jambe surélevée</i>	8	0,4
Position de transport Conforme		
<i>Oui</i>	55	3,3
<i>Non</i>	1587	96,7

Les victimes avaient été transportées majoritairement dans les établissements sanitaires publics de deuxième niveau (57,1 %) et de troisième niveau (31,8 %). L'évolution au cours du transport était marquée par une dégradation neurologique (0,3 %), une dégradation respiratoire (0,2 %), une dégradation hémodynamique (0,2 %) et le décès (0,3 %). (Tableau II)

DISCUSSION

Les interventions du GSPM concernaient fréquem-

ment les jeune-adultes de sexe masculin avec pour principal motif l'accident de la voie publique. La prédominance des jeune-adultes se justifiait par deux faits : d'abord, elle était la tranche d'âge la plus importante en termes d'effectif de la Côte d'Ivoire ; ensuite, elle représentait la tranche la plus active donc plus exposée aux accidents [8]. Ce résultat corroborait ceux d'autres études réalisées à Abidjan où, les jeune-adultes de sexe masculin étaient plus exposés aux AVP [6, 7]. Des études réalisées dans des pays qui avaient le même niveau socioéconomique avaient trouvés des résultats similaires [9, 10]. Dans les pays à niveau économique élevé, l'âge des bénéficiaires du transport préhospitalier variait en fonction des études. Les usagers étaient jeunes avec un âge moyen inférieur à 40 ans dans les traumatismes ce qui était en adéquation avec nos résultats [11]. La moyenne d'âge était supérieure à 65 ans lors des complications des maladies chroniques [12]. La sollicitation importante du GSPM dans notre contexte se justifiait par les facilités de procédures pour réparation en assurance offertes par le rapport d'intervention du GSPM. La gratuité du service et l'absence le plus souvent d'un proche sur le lieu de l'accident susciteraient également l'intérêt des populations à demander les secours du GSPM en cas d'AVP. Cette sollicitation en premier lieu du GSPM dans les AVP avait été mise en évidence dans des études antérieures [6]. La faible représentativité des autres motifs pourrait se justifier par le transport des victimes à bord de véhicule personnel ou de transport en commun et à moindre mesure par le recours au service du SAMU [6]. Les AVP impliquaient couramment un véhicule avec ou sans piéton (66,3 %) et les types de véhicule impliqués étaient principalement les motos et tricycles. Les accidents de la circulation routière à moto ou tricycle posent un problème de santé publique en Afrique subsaharienne. En effet, ils ont été mis en cause dans plusieurs études [7, 9, 13, 14]. Cela se justifiait par l'état défectueux des réseaux routiers, l'excès de vitesse, le non-respect du code de la route et l'usage de stupéfiant par les conducteurs [13, 14]. L'usage des passages piéton par les cyclistes et motocyclistes, l'occupation des trottoirs par les commerçants expliquerait aussi le nombre d'accident impliquant les motos et les piétons.

Les secours proposés par le GSPM étaient composés de secouristes avec des connaissances médicales limitées. Dans certains pays comme la France, l'action des secours pompiers était combinée avec le SAMU à travers des protocoles pour des soins médicaux plus poussés en préhospitalier [15]. Le niveau de connaissance médicale des secouristes expliquerait la sous-évaluation des grandes fonctions. Les troubles neurologiques (agitation, trouble de la conscience, convulsion) étaient faiblement notifiés. Cette tendance se retrouvait au niveau de l'examen des deux autres fonctions vitales que sont la circulation et la respiration. En effet, en dehors de l'appréciation du pouls réalisé chez la majorité des victimes, l'évaluation de la fonction respiratoire et la prise de la pression artérielle étaient effectuées respectivement chez 2,7 % et 1,9 %. Les traumatismes étaient le plus souvent légers avec une prédominance des plaies superficielles. Cette tendance était confirmée par d'autres études [7, 16]. Ces lésions étaient essentiellement localisées dans la région tête et

cou et aux membres inférieurs. Des résultats similaires avaient été retrouvés par plusieurs auteurs [7, 17].

Les interventions étaient exclusivement primaires et avaient lieu sur les routes et dans les espaces publics. Elles se faisaient généralement entre 06 heures et 18 heures. Cette tranche horaire correspondait à la partie de la journée où les routes sont les plus actives, avec le déplacement des usagers pour aller au travail ou rentrer à domicile ce qui justifiait le grand nombre d'AVP. La même tranche d'heure avait été identifiée par plusieurs auteurs [9, 13]. La fréquence journalière des interventions du GSPM était plus forte en début de weekend vendredi et samedi ainsi que le lundi. Cela pourrait être corrélé au mode de vie des populations à Abidjan avec les soirées et la consommation d'alcool le weekend. Cependant le lundi, le grand nombre d'intervention pourrait être en rapport avec la pression exercée sur le trafic routier par un plus grand nombre d'usager. Cette fréquence journalière obéissait à la cinétique de survenue des AVP comme observé dans d'autres études [18].

Le délai d'acheminement était inférieur à 20 minutes dans la majorité des interventions. Cela était possible grâce à l'usage des motos d'intervention (depuis 03 années) qui permettaient de créer un passage pour les véhicules de secours. A cela, s'ajoutait la stratégie de pré positionnement des ambulances permettant également de réduire les temps d'arrivées sur le site de l'intervention. Ce délai était identique voire inférieur aux délais rapportés dans des études Africaines. Cependant, il était supérieur à ceux des études des pays occidentaux [18-20]. La durée de médicalisation était majoritairement inférieure à 60 minutes. En absence de secouristes qualifiés à faire des gestes médicaux d'urgence, de médecin dans les ambulances et l'absence d'appui des équipes médicales du SAMU. Le GSPM avait opté pour un système de transport préhospitalier du type « scope and run » avec la possibilité d'effectuer des gestes médicaux pour stabiliser la victime lors de son évacuation. Ce système de transport justifiait que la durée de médicalisation soit réduite. Cette réduction était surtout liée à la durée sur les lieux qui était en moyenne de 18,46 minutes. Cependant, le temps de médicalisation était souvent allongé. L'allongement était lié à un manque de structure d'accueil des victimes. En effet, le GSPM ne prévenait pas les services d'accueil des urgences. Ils transportaient les victimes dans le centre le plus proche qui pouvait ne pas prendre en charge le patient du fait d'un manque de lit. Le transport vers un centre hospitalier se faisait le plus souvent à bord d'ambulance ne disposant que d'une place. Ce transport simultané de plusieurs victimes à bord d'une ambulance d'un lit, combinée à d'autres facteurs tel que l'inconfort des ambulances pourrait justifier le refus de service de transport de certaines victimes. En effet, un refus des services du GSPM avait été constatés sur 15,9 % des interventions. Dans certains cas, ces refus seraient liés à la facilité d'activation des secours. Cette facilité d'activation faisait que des personnes qui n'avaient pas fait la demande se voyaient offrir les services du GSPM sur une demande de secours formulée par un tiers. Les équipages des ambulances de la première compagnie du GSPM proposaient que des mesures de secourisme. Il s'agissait essentiellement du pansement des lésions, de la pose

d'un collier cervical et d'attelle plâtrée. Sur le plan respiratoire, des techniques de libération des voies aériennes supérieures et l'oxygénothérapie étaient appliquées. Sur le plan hémodynamique, peu de victimes avaient bénéficié d'un apport hydroélectrolytique. Le transport des victimes se faisait principalement en position couché tête et épaules légèrement réhaussées et en position demi assise. En milieu préhospitalier, la position de transport du patient et sa survie sont intimement liées. Une position appropriée pendant le transport permettait de maintenir la stabilité du patient, de faciliter les soins et de prévenir les complications. Dans notre étude, deux positions de transport étaient choisies principalement. Alors que, le choix de la position de transport devrait se faire en fonction de l'état clinique. Ainsi, 36,2 % des victimes étaient transportées en position demi assise. Cette position demi assise était mieux indiquée pour les 1,3 % des victimes qui avaient une détresse respiratoire [20]. Cette situation met en évidence la nécessité de la formation continue du personnel afin de conserver en tout temps les meilleurs pratiques de soins. Pendant le transport, peu de cas d'aggravation neurologique, respiratoire et hémodynamique avaient été observés et 4 décès avaient été enregistrés. Cela pourrait s'expliquer par la stratégie du "scoop and Run" pratiquée par les équipes de secours du GSPM.

CONCLUSION

L'activité de la première compagnie du GSPM était exclusivement primaire. Elle était dominée par le transport des victimes d'accident de la voie publique le plus souvent jeune de sexe masculin. Les fonctions vitales étaient sous évaluées par les secouristes. Les lésions prises en charge se localisaient essentiellement dans la région de la tête et du cou dominées par les lésions superficielles. L'activité était principalement diurne avec un délai d'acheminement et une durée de médicalisation le plus souvent inférieur à 20 minutes. Le traitement apporté aux victimes était dominé par des gestes de secourisme avec souvent une inadéquation entre la position de transport et l'état clinique des victimes.

REFERENCES

- Alanazy ARM, Wark S, Fraser J, Nagle A. Factors Impacting Patient Outcomes Associated with Use of Emergency Medical Services Operating in Urban Versus Rural Areas: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(10): 1728.
- Rogers FB, Rittenhouse KJ, Gross BW. The golden hour in trauma: Dogma or medical folklore? *Injury* 2015; 46(4): 525—7.
- Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux. [Consulté le 17/10/2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
- Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Structures rattachées : Service d'Aide Médicale Urgent (SAMU). [Consulté le 17/10/2025]. Disponible sur : https://www.sante.gouv.ci/welcome/service_detail/28
- Groupement des sapeurs-pompiers militaires (GSPM). Interventions : Les différents type d'intervention que nous effectuons. [Consulté le 17/10/2025]. Disponible sur : <https://gspmci.ci/interventions>
- Konan KJ, Ehua SF. Transports préhospitaliers primaires vers le service des urgences du chu de Yopougon-Côte d'Ivoire : analyse situationnelle. *Revue Internationale des Sciences Médicales d'Abidjan* 2017; 19(2): 115—20.
- Aye DY, Koffi L, Konan JK, et al. Prise en charge préhospitalière des accidents de la voie publique dans le district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire. *Rev Anesth-Réanim Med Urg Toxicol* 2023; 15(3): 167—70.
- Ministère du Plan et du Développement. Recensement général de la population et de l'habitat 2021. [Consulté le : 10/10/2025]. Disponible sur : [chrome extension://efaidnbmninnbpcajpcgclclefindmkaj/https://caidp.ci/uploads/7113b93cc641ba78c591e9f79a4e729c.pdf](chrome-extension://efaidnbmninnbpcajpcgclclefindmkaj/https://caidp.ci/uploads/7113b93cc641ba78c591e9f79a4e729c.pdf)
- Diango D, Iknane AGA, Beye SA, et al. Aspects épidémiologiques des accidents de voie publique au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré, Bamako. *Mali Med* 2011; 26(3): 13—6.
- Kalli M, Valentin A, Younous S, et al. Aspects Epidémiologiques Des Traumatismes Lies Aux Accidents De La Voie Publique Chez Les Adultes Au Centre Hospitalier Universitaire De Reference Nationale De N'djamena (Chu-Rn), Tchad. *European Sci J* 2021; 17(25): 396—406
- MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, et al. A National Evaluation of the Effect of Trauma-Center Care on Mortality. *N Engl J Med* 2006; 354(4): 366—78
- Iriart X, Delarche N, Auzon P, Denard M, Estrade G. Prise en charge préhospitalière de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë dans la région sanitaire VI. Évaluation prospective sur l'année 2002. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 2005 ; 54 (2005): 257-62
- Tékpa BJDD, Diemer S-CH, Mapouka PAI, Wakanga A, Grésengué G. Les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques des traumatismes dus aux accidents de circulation par moto à Bangui. *Annales de l'Université de Bangui* 2019; 5(1): 1—4.
- Allode SA, Mensah E, Tchaou B, Savi KM, Boni S, Padonou J. Les urgences traumatologiques par accident sur la voie publique dans le Service de Chirurgie Générale du CHDU de Parakou (Bénin). *Rev CAMES Série A* 2008; 6: 49—52.
- Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), Service départemental d'incendie et de secours (SDIS), ATSU. Protocole tripartite départemental type entre le SAMU-centre 15, le SDIS, et l'ATSU. [Consulté le 19/10/2025]. Disponible sur : <https://www.cnsa-ambulances.com/wp-content/uploads/2019/07/Protocole-C15-ATSU-SDIS.pdf>
- Abrouk S, Belamri S, Benia N, Benkadour M, Mezimeche N, Zidouni N. Caractéristiques et prise en charge des accidents de la voie publique au niveau du service des Urgences. Algérie, INSP, avril 2004, 1- 9. [Consulté le 19/10/2025]. Disponible sur : <https://www.insp.dz/images/PDF/ENQUETES/ACCIDENT%20DE%20LA%20VOIE%20PUBLIQUE.pdf>
- Ackaah W, Afukaar FK. Prevalence of helmet use among motorcycle users in Tamale Metropolis, Ghana: an observational study. *Traffic Inj Prev* 2010; 11(5): 522—5.
- Dedewanou L, Yanogo PK, Sawadogo B, Antara S, Meda N. Profil épidémiologique et clinique des accidentés de la voie publique dans la commune de Porto-Novo au Bénin. *Science et technique, Sciences de la santé* 2019; 42(2): 87—97.
- Zakariah A, Stewart BT, Boateng E, Achena C, Tansley G, Mock C. The Birth and Growth of the National Ambulance Service in Ghana. *Prehosp Disaster Med* 2016; 32(1): 83—93.
- Carr BG, Caplan JM, Pryor JP, Branans CC. A Meta-Analysis of Prehospital Care Times for Trauma. *Prehosp Emerg Care* 2006; 10(2): 198—206.