



Association "Collectif Pour une Réanimation à Manosque"

Siège: chez Mr Pellarrey Jean-François – 46 rue des Pibouls - 04100 Manosque

Courriel: rea.manosque@free.fr

Site Internet: <http://rea.manosque.free.fr>

Tél: 06.76.77.61.00 / 06.30.03.52.64

IMPACT HUMAIN ET SOCIAL LIÉ À L'ABSENCE DU SERVICE DE RÉANIMATION APPEL À TÉMOIGNAGES

Depuis maintenant plus de 7 ans nous affirmons que l'absence d'un Service de Réanimation Polyvalente de 8 lits dans le Centre Hospitalier de Manosque est extrêmement préjudiciable aux Populations du sud du 04 et du Haut Var: Humainement (décès indus, éloignement des familles, stress, fatigue, ...) et socialement (coûts des transports, d'hébergement, de restauration, congés pour les visites, ...).

Une Étude du CHU de Poitiers de 2012 constate un accroissement de 40% des décès chez les Patients admis en retard en Réanimation. Pour le bassin de Santé manosquin cela équivaut à une perte induite de 20 vies par an.

Cette situation totalement inadmissible a conduit le "Collectif Réa" à lancer un "APPEL À TÉMOIGNAGES" (questionnaire papier ci-dessous et version informatique sur le site internet du Collectif (<http://rea.manosque.free.fr>) afin de recueillir un maximum d'éléments factuels de la part de toutes celles et ceux qui, soit en tant que Patient(e)s, soit en tant que familles ou proches, ont eu à pâtir gravement du manque d'un tel Service au CH de Manosque.

TÉMOIGNAGE

Lors d'un grave problème de Santé survenu le -- / -- / ---- Mme / Mr:

Nom: ----- Prénom: ----- Commune: -----

Tél: ----- Courriel: -----

a été dirigé vers la Réanimation de l'hôpital ou de la clinique de -----

Ce transfert qui s'est fait depuis (lieu) ----- par (moyen transport) -----

a nécessité un temps de (heure/minutes) -----

Description succincte des effets négatifs: sur les patient(e)s ainsi que des contraintes humaines, sociales, financières, ... à la famille et aux proches, qu'un tel éloignement impose (décès ou dégradation de l'état de santé du malade, multiples déplacements, coûts et temps des transports, coût de la restauration et de l'hébergement, obligation de prendre des congés, fatigue,):

Coordonnées du témoin (si ce n'est pas le patient):

Nom: ----- Prénom: ----- Commune: -----

Tél: ----- Courriel: -----

(A retourner par courrier ou par messagerie internet au adresses ci-dessus)