**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 (couts des transports, d'hébergement, de restauration, congés pour les visites, …).

Une Étude du CHU de Poitiers de 2012 constate un a**ccroissement de 40% des décès chez les Patients admis en retard en Réanimation.** Pour le bassin de Santé manosquin cela équivaut à une **perte indue 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)***

*Manosque le 1er Janvier 2017*