

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
FES



Année 2010

Thèse N° 138/10

**FACTEURS ASSOCIES AU RECOURS NON APPROPRIE  
AU SERVICE DES URGENCES :  
ETUDE ANALYTIQUE A L'HOPITAL PROVINCIAL - NADOR**

THESE  
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/12/2010

PAR  
**M. ELMAJJAoui ABDELKHALIK**  
Né le 03 Janvier 1982 à ALHOCEIMA

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE**

**MOTS-CLES :**

Urgences - Consultation non appropriée - Etude transversale - Maroc

**JURY**

M. CHAKOUR KHALID.....	PRESIDENT
Professeur d'Anatomie	
M. NEJJARI CHAKIB.....	RAPPORTEUR
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. KHATOUF MOHAMMED.....	JUGES
Professeur d'Anesthésie réanimation	
M. ELMRINI ABDELMAJID.....	
Professeur agrégé de Traumatologie-orthopédie	
M. BERRAHO MOHAMED.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant d'Epidémiologie clinique	

# Sommaire

CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE II : CONCEPTUALISATION DU PROBLEME .....	11
I. Etat des connaissances .....	12
1- Historique .....	12
2- Définition et rappel des concepts.....	15
2-1 Notion d'urgence.....	15
2-2 Caractère non approprié ou non urgent d'une consultation au SU.....	17
2-3 Définition des motifs de recours aux urgences .....	19
2-4 Définition de la morbidité .....	19
2-5 Classification internationale des maladies dixième révision(CIM10).....	19
II. Objet de l'étude .....	20
III. Les Objectifs de l'étude .....	21
1-Objectif général.....	21
2- Objectifs spécifiques .....	21
CHAPITRE III : CADRE DE L'ETUDE .....	22
I. Présentation de la province .....	23
II. Population de Nador .....	24
1- Données démographiques en 2007.....	24
2- Répartition de la population rurale par rayon kilométrique en 2009 .....	24
3- Données socio-économiques en 2007 .....	25
III. Organisation sanitaire de la Province de Nador .....	26
1- Secteur Public (données 2009).....	26
1-1Réseau hospitalier .....	26
1-2 Réseau de soins de santé de base .....	26
1-3 Réseau laboratoire .....	27
2- Secteur Privé .....	27
3- Principaux indicateurs de desserte.....	27
IV. Le Centre Hospitalier Provincial de Nador .....	28
1- Les ressources humaines .....	28
2- Le principal financeur de l'hôpital et les relations avec le tiers payant .....	28
3- Quelques indicateurs hospitaliers .....	29
V. Service des Urgences du CHP de Nador .....	30
1- Les locaux.....	30

2- Le personnel .....	31
3- Le plateau technique .....	31
4- Recueils des données (Système d'information des urgences) .....	31
5- Circuit du patient au SU .....	32
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	33
I. Stratégie de recherche .....	34
II. L'enquête sur les consultants aux urgences : méthode et instruments de collecte et d'analyse des données.....	34
1- Type d'étude .....	34
2- Population d'étude .....	34
2-1 Critères d'inclusion.....	34
2-2 Critères d'exclusion .....	35
3- Recueil des données .....	35
3-1 Les informations recueillies .....	35
3-2 Elaboration des outils de collecte des données.....	36
4- Définition de la variable dépendante « la consultation appropriée ou non au service des urgences» .....	37
5- Analyse des données .....	38
CHAPITRE V : RESULTATS .....	39
I. Description de l'échantillon.....	40
1-Patients dépendants .....	40
1-1 Caractéristiques sociodémographiques de la personne consultante ....	40
1-2 Caractéristiques sociodémographiques de la personne responsable ....	41
1-3 Caractéristiques de la consultation chez les consultants dépendants ...	45
1-4 Principaux motifs de recours aux urgences et nature de la pathologie en cause chez les consultants dépendants .....	47
1-5 Evaluation du médecin et devenir des consultants dépendants .....	51
2-Patients non dépendants .....	52
2-1 Caractéristiques sociodémographiques et économiques .....	52
2-2 Caractéristiques de la consultation.....	56
2-3 Principaux motifs de recours aux urgences et nature de la pathologie en cause .....	59
2-4 Evaluation du médecin et devenir des consultants .....	63
II. Détermination des facteurs associés à une consultation non appropriée au SU.	64

1-Facteurs sociodémographiques et économiques.....	64
1-1 Revenu de ménage.....	64
1-2 Couverture sociale .....	64
1-3 Milieu de résidence.....	65
1-4 Age et sexe .....	65
1-5 Statut matrimonial et nombre d'enfants .....	65
1-6 Niveau d'étude .....	65
1-7 Niveau socioéconomique .....	67
1-8 Distance par rapport à l'hôpital.....	67
1-9 Catégorie professionnelle .....	68
2- Facteurs liés à la consultation.....	68
2-1 Niveau de référence .....	68
2-2 Début de la symptomatologie .....	69
2-3 Moment de consultation .....	69
2-4 Jour de consultation .....	69
2-5 Nombre de recours aux urgences.....	69
2-6 Habitude de consulter aux urgences .....	69
3- Facteurs liés au ressenti du patient.....	71
3-1 Etat du patient.....	71
3-2 Ressenti de gravité .....	71
3-3 Ressenti d'urgence .....	71
3-4 Niveau de la douleur .....	71
4- Facteurs liés à la morbidité.....	72
4-1 Type de morbidité .....	72
4-2 Facteurs influençant le recours aux urgences.....	74
5- Evaluation du médecin et devenir des malades.....	77
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....	78
CHAPITRE VII : CONCLUSION .....	92
RESUME .....	94
ANNEXES.....	102
ANNEXE 1 .....	103
ANNEXE 2 .....	104
ANNEXE 3 .....	105
BIBLIOGRAPHIE .....	107

# Liste des abréviations

-ASBP :	Agent de santé breveté principal.
-AVP :	Accident de la voie publique.
-CHP :	Centre Hospitalier Provincial.
-CIM10 :	Classification internationale des maladies dixième révision.
-CML :	Certificats médicaux légaux.
- C.S.C :	Centres de Santé Communaux.
- C.S.C.A :	Centres de Santé Communaux avec module d'Accouchement.
- C.S.U :	Centre de Santé Urbain.
- C.S.U.A :	Centre de Santé Urbain avec module d'Accouchement.
-DMS :	Durée moyenne de séjour.
- D.R :	Dispensaires Ruraux.
-EVA :	Echelle visuelle analogique.
-ESSB :	Etablissement de soins de santé de base.
-HERA:	Health Research for Action; bureau d'étude.
- IDE :	infirmier diplômé d'état.
-OMS :	Organisation mondiale de la santé.
- RAMED:	Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis.
-SU :	Service des Urgences.
-TOM :	Taux d'occupation moyenne.

# Liste des tableaux

<u>Tableau N°1</u> : répartition de la population rurale par rayon kilométrique	
en 2009.....	24
<u>Tableau N°2</u> : Données socio-économiques en 2007 .....	25
<u>Tableau N° 3</u> : indicateurs hospitaliers des années 2005 et 2006 du CHP de Nador29	
<u>Tableau N°4</u> : Caractéristiques d'âge et de sexe des consultants dépendants .....	40
<u>Tableau N°5</u> : Type de lien entre la personne responsable et le consultant	
dépendant .....	41
<u>Tableau N°6</u> : Caractéristiques générales des accompagnants responsables	
des consultants dépendants .....	43
<u>Tableau N°7</u> : Professions des accompagnants responsables	
des consultants dépendants.....	44
<u>Tableau N°8</u> : Répartition des accompagnants responsables selon le milieu	
de résidence et la distance par rapport à l'hôpital.....	45
<u>Tableau N°9</u> : Répartition des consultants dépendants selon les jours	
de consultation .....	45
<u>Tableau N°10</u> : Habitudes d'utilisation du SU par les consultants dépendants.....	46
<u>Tableau N°11</u> : Répartition des consultants dépendants en fonction	
du début des symptômes .....	47
<u>Tableau N°12</u> : Facteurs influençant le recours au SU chez les consultants	
Dépendants .....	48
<u>Tableau N°13</u> : Principaux groupes de pathologies chez les consultants	
dépendants (selon la CIM10) .....	49
<u>Tableau N°14</u> : caractéristiques de l'état du patient dépendant et du	
ressenti de la situation .....	50

<u>Tableau N°15</u> : Répartition des consultants dépendants selon le niveau	
de la douleur .....	51
<u>Tableau N°16</u> : Répartition des consultants dépendants selon l'évaluation	
du médecin et le type de sortie .....	52
<u>Tableau N°17</u> : Caractéristiques générales des consultants non dépendants.....	54
<u>Tableau N°18</u> : Caractéristiques professionnelles des consultants non dépendants	
au SU .....	55
<u>Tableau N°19</u> : Répartition des consultants non dépendants selon leur	
milieu de résidence et la distance par rapport à l'hôpital .....	56
<u>Tableau N°20</u> : Répartition des consultants non dépendants selon	
les jours de consultation .....	57
<u>Tableau N°21</u> : Habitudes d'utilisation du SU par les consultants non dépendants.	58
<u>Tableau N°22</u> : Répartition des consultants non dépendants en fonction	
du début des symptômes .....	58
<u>Tableau N°23</u> : Principaux motifs de recours aux urgences chez les consultants	
non dépendants .....	59
<u>Tableau N°24</u> : Principaux groupes de pathologies chez les consultants	
non dépendants (selon la CIM10) .....	60
<u>Tableau N°25</u> : Répartition des consultants non dépendants selon l'état	
du patient et le ressenti de la situation .....	62
<u>Tableau N°26</u> : Répartition des consultants non dépendants selon	
le niveau de la douleur .....	62
<u>Tableau N°27</u> : Répartition des consultants non dépendants selon	
l'évaluation du médecin et le type de sortie .....	63
<u>Tableau N°28</u> : Répartition des consultants selon leurs caractéristiques générales	
et selon le caractère approprié ou non de la consultation.....	66

<u>Tableau N°29:</u> Répartition des consultants en fonction du niveau socioéconomique, la distance par rapport à l'hôpital et le caractère approprié ou non de la consultation. ....	67
<u>Tableau N°30:</u> Répartition des consultants selon la profession et le caractère approprié ou non de la consultation.....	68
<u>Tableau N°31:</u> Répartition des consultants en fonction des caractéristiques de la consultation et du caractère approprié ou non de la consultation. ....	70
<u>Tableau N°32:</u> Répartition des consultants selon le ressenti et le caractère approprié ou non de la consultation. ....	72
<u>Tableau N°33:</u> Répartition des consultants en fonction de la morbidité et du caractère approprié ou non de la consultation .....	73
<u>Tableau N° 34:</u> Répartition des consultants en fonction des facteurs influençant le recours aux urgences et du caractère approprié ou non de la consultation. ....	76
<u>Tableau N°35:</u> Répartition des consultants en fonction de l'évaluation du médecin, devenir du malade et du caractère approprié ou non de la consultation. ....	77



# CHAPITRE I

# INTRODUCTION

Les services des urgences constituent une composante essentielle du système de soins car ils représentent les niveaux de contact les plus sensibles du patient avec ce système dans les différentes situations (urgences vraies, vitales, subjectives ou à caractère social). C'est à ce niveau que le malade ressent de façon intense le niveau de la qualité des prestations qu'il reçoit (accueil, rapidité et qualité d'intervention).

Plusieurs contraintes retentissent sur la qualité de ces prestations au niveau des services des urgences liées essentiellement aux contraintes structurelles, humaines, matérielles, médicamenteuses, financières et organisationnelles.

En effet, le rôle que remplissent les services d'urgence situés en milieu hospitalier a grandement évolué au cours des dernières décennies. Conçus pour traiter les problèmes médicaux urgents, c'est-à-dire requérant non seulement une attention médicale immédiate mais aussi l'équipement et les ressources qu'on retrouve spécifiquement dans les hôpitaux, ils reçoivent maintenant un nombre important d'usagers qui y ont recours pour des problèmes de santé de nature non urgente, nécessitant des soins susceptibles d'être dispensés par une ressource moins spécialisée que l'hôpital (1,2).

Il a été montré que lorsqu'on examine les visites à l'urgence hospitalière en combinant le degré d'urgence de la condition de l'individu et la nature exclusive des services utilisés à l'urgence, entre 64% et 70% des visites qui y sont effectuées seraient « non appropriées ». (3,4)

Ce surcroît d'activité «non appropriée» est à l'origine de problèmes organisationnels importants. L'engorgement des services entraîne des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants, notamment par l'allongement des délais d'attente qui peut être préjudiciable à la qualité des soins et avoir des incidences sur le pronostic vital des consultants les plus graves. De ce fait, les médecins urgentistes ont de plus en plus le sentiment de ne pas être en

phase avec leurs missions premières (5 ,6), alors même que la médecine d'urgence est devenue une spécialité médicale (7). Cette évolution de la demande à l'égard des SU résulterait de l'attrait des usagers pour une prise en charge sans rendez-vous, dans un lieu proposant un plateau technique de haut niveau (8,9,10,11).

Pour essayer de pallier ces contraintes et pour une planification éclairée des besoins du service des urgences, nous proposons dans cette étude de caractériser les populations qui ont eu recours à la demande de soins d'urgence et d'éclairer les paramètres qui influencent cette prise de décision à partir du cas du Service des Urgences (SU) d'un Centre Hospitalier Provincial (CHP) du Maroc, celui de la Province de Nador.

Le présent travail comporte deux volets :

- Un premier volet est relatif à la formulation de la question d'étude, le cadre conceptuel, la présentation de l'état des connaissances et la méthodologie de recherche ainsi que les instruments de collecte de données.
- Un deuxième volet comporte les résultats de l'étude avec une analyse des données.

Quelques recommandations pour l'amélioration et pour une gestion efficace et efficiente de ce service seront proposées à partir des résultats de cette étude.

# CHAPITRE II

# CONCEPTUALISATION

# DU PROBLEME

# I. Etat des connaissances

## 1-Historique

Auguste Comte disait : " qu'on ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire".

Pour cette raison, nous allons faire un rappel historique sur la prise en charge des urgences.

Depuis, l'aube de l'humanité, l'homme s'est préoccupé de l'urgence ou du moins des soins urgents et il faut d'emblée signaler que la guerre a toujours constitué un moteur important des progrès de la médecine d'urgence.

Durant la période préhistorique, faute de documents , on peut penser que la maladie était perçue comme un phénomène étranger à l'individu en rapport avec des causes surnaturelles et que, des pratiques thérapeutiques pragmatiques et élémentaires se sont développées exclusivement destinées à la cure de maux apparents et accessibles, telles que les blessures survenant lors d'affrontements. Sur certains fragments osseux retrouvés on a observé des cals de fracture et même plus récemment sur un crane la marque d'une trépanation.

Durant la civilisation Egyptienne des papyrus Ebers et Edwm Smith respectivement découverts à Louxor et à Thèbes remontant à 2700 avant JC proposaient un éventail de conduite à tenir en situation d'urgence (suture par cautérisation, immobilisation de fractures, potions analgésiantes à base d'opiacés).

A la même période de l'humanité et cette fois en Mésopotamie au XIIe siècle avant JC, le code d'Hammourabi énonce droits et devoirs de la profession de chirurgien et propose une définition de la notion d'urgence.

Durant l'antiquité Gréco-Romaine Hippocrate (460-377 Av JC) qu'avait l'intuition d'une physiopathologie clinique fondée sur les tempéraments humains (Sanguin, bilieux, lymphatiques atrabilaire) définit la notion d'urgence en écrivant:

« Il faut parfois agir vite, comme lors des défaillances ou ne peuvent pas couler l'urine, ni sortir les matières fécales ou encore en cas de suffocation et quand les femmes font de fausses couches. Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si on a trop différé, il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera le malade pour avoir su en profiter. Il existe ainsi des occasions opportunes dans toutes les maladies ».

Galien (131-201 après JC) qui partage les idées d'Hippocrate propose que "les médecins aient toujours sous la main, leurs appareils et leur trousse pour des soins à donner d'urgence.

Il s'agit là de la première trousse d'urgence, encore d'actualité de nos jours.

Dans la civilisation Arabo-musulmane on s'est également préoccupé des urgences.

Er- Rhazi (Rhazes 841-926) écrit une encyclopédie médico-chirurgicale dans laquelle il décrit des méthodes de traitement des fractures et d'extractions de flèches.

Ibn Sina (Avicenne 980-1037) décrit la première intubation dans son traité le canon de la médecine.

Rappelons également que les Arabes sont les premiers à encourager l'attitude éthique de bienveillante neutralité vis à vis de l'ennemi blessé, ceci bien avant la naissance de la croix rouge internationale.

Par la suite, il faut citer Ambroise Paré (1509-1590) médecin des armées qu'on appelait "père du soldat" qui a mis en place la notion de soins à l'avant et d'évacuation vers l'arrière.

Il faut aussi insister particulièrement sur un médecin Ecossais Stephen Bradwell qui des siècles avant Peter Safar et ce en 1633 propose le premier guide de secours d'urgence à l'usage civil des médecins et des profanes.

Le livre intitulé "Helps for Sudden accidents "constitue un essai de catégorisation des accidents et de définition de l'urgence selon le cas observé. Bradwell y traite des envenimations, des empoisonnements, des chutes, des asphyxies par strangulation, par noyade ou par corps étranger, des plaies et des brûlures.

Il propose, pour chacun de ces cas, sur la base d'observations empiriques dont certaines ne sont pas dénuées de bon sens, des mesures curatives en insistant également sur la prévention.

Ainsi, il préconise un siècle à l'avance, de prendre les noyés par les pieds ou de les faire vomir, de sucer la plaie envenimée en cas de morsure de serpent ou encore de provoquer la toux en cas d'asphyxie par corps étranger.

Il achève ses recommandations en soulignant à chaque fois la nécessité d'un relais médical secondaire.

Bradwell est d'après nous le précurseur de cet aspect non négligeable de la médecine d'urgence que représente le secourisme.

Cependant, ce n'est qu'à la fin du XVIII et au début du XIXe siècle que l'on assiste à l'apparition d'une véritable science de l'urgence médicale.

- Xavier Bichat (1771-1802) fait les premières observations physiopathologiques.
- Larrey, médecin des armées Napoléoniennes évoque le premier la notion de tri sanitaire et met au point en 1792 les premières ambulances médicalisées.
- Claude Bernard (1813-1878) décrit l'homéostasie qui constitue la clé de voûte de l'urgence et de la Réanimation contemporaine.
- Henry Dunant (1828-1919) est le père de la Croix-Rouge internationale créée en 1864.

Durant la deuxième guerre mondiale, les services de santé des armées américaines généralisent les soins sur les champs de bataille et lors des transports.

Les premiers transports médicalisés hélicoptérés remontent à la guerre de Corée (1950-53).

On peut conclure cet historique des urgences par une définition de la Réanimation par Jean Hamburger en 1950 et qui peut parfaitement correspondre à la médecine d'urgence.

« Au concept physiologique de constance du milieu intérieur, des médecins doivent répondre par un dispositif de surveillance permanente et de correction immédiate de tout désordre éventuel de l'homéostasie » (12)

## 2-Définition et rappel des concepts

### 2-1 Notion d'urgence

Il est indispensable de définir la notion d'urgence, tant cette notion sous-tend des interprétations différentes. Pour le dictionnaire Larousse :

- Urgence: signifie caractère de ce qui est urgent, c'est à dire qui ne peut être différé, qui doit être fait, décidé sans délai.
- Service d'Urgence: Service d'un hôpital où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat.

Pour une hiérarchisation des urgences, d'autres définitions méritent d'être mentionnées ;

- Urgences absolues : dont le traitement ne souffre aucun retard
- Urgences potentielles: qui nécessitent une surveillance médicale continue
- Urgences différées: qui peuvent être évacuées vers des lieux mieux équipés et moins précaires.
- Urgences dépassées: pour lesquelles, aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux de l'accident.



La notion d'urgence n'est pas clairement définie pour la population générale (13,14,15). En effet, elle fait intervenir une part de subjectivité qui fausse son évaluation et dans ce cas, nous pouvons parler :

- d'urgences vraies: mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel
- d'urgences ressenties: états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

En effet, si l'urgence se définit communément par : « ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante » (16,17) chaque acteur impliqué dans la réponse à une demande d'urgence est amené à apprécier cette dernière en fonction de sa propre position d'acteur. « Ce qui ne peut pas attendre » n'est pas de nature similaire selon que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou encore du médecin « spécialisé » dans l'urgence.

Il existe une disparité entre la définition de l'urgence selon le patient et selon le professionnel (13,18) de santé. L'étude prospective de Gifford en 1980 portant sur 10 253 patients (19) montrait que l'évaluation de l'urgence selon le patient différait de façon significative ( $p < 0,005$ ) de celle du médecin. En effet, 44,4% des patients pensaient nécessiter une prise en charge immédiate alors qu'elle ne concernait selon les urgentistes que 9,4% des patients.

Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale; pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité ; pour le patient l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou pas (20).

Dans le monde médical, l'urgence concerne la nécessité d'une prise de décision rapide concernant le diagnostic et les ressources thérapeutiques mises en œuvre.

The Federal Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act of 1986 (EMTALA) (21) a défini l'urgence comme étant une condition médicale se manifestant par des symptômes aigus de sévérité suffisants tels que l'absence d'assistance médicale immédiate pourrait raisonnablement aboutir à : mettre en danger la vie de l'individu, provoquer des séquelles ou le dysfonctionnement sérieux de n'importe quel organe.

Ainsi, certaines urgences sont dites vitales car sans action immédiate le pronostic vital est posé, d'autres sont dites différées car la pathologie peut être soignée avec délai. Deux notions semblent donc se dégager : le délai et la gravité. Celles-ci ne sont pas partagées également par le patient. La part de subjectivité se heurte à la notion de risque médical ou de pronostic et à l'individualité. (13)

De nombreuses qualifications ont successivement été créées pour tenter de retracer au mieux les définitions correspondant à chaque acteur. Ainsi, au cours des années on est passé de l'urgence vitale à « l'urgence ressentie » (22,23) pour aujourd'hui en arriver à la notion de « demande de soins non programmés », c'est à dire, le recours spontané des patients à la médecine. Il n'y a donc pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux acteurs qui y sont impliqués. (16)

## 2-2 Caractère non approprié ou non urgent d'une consultation au SU

La plupart des professionnels des urgences s'accordent à dire qu'il est difficile de déterminer les critères permettant de définir un recours non approprié au service des urgences.

Tous s'entendent sur la notion du recours approprié, basée essentiellement sur le niveau de gravité de l'état de santé du consultant. En revanche, la notion du recours non approprié est moins consensuelle même si la grande majorité des professionnels l'associe aux pathologies relevant de la médecine ambulatoire (25). Les critères les plus utilisés dans la littérature pour définir un recours non approprié

au service des urgences sont les suivants : le temps que peut attendre un patient avant de recevoir les prestations, l'évaluation médicale du risque de décès ou de lésions d'un organe, les paramètres vitaux, le niveau de la douleur, la possibilité de survenue de complications, le ressenti d'urgence par le patient, la nécessité d'examen complémentaires ou de traitement par voie parentérale (24). Pour autant, le caractère approprié ou pas dépend de la variabilité de l'offre de soins (semaine/week-end, jour/nuit), le contexte social, le profil des patients etc.

De même, la notion de « non-urgence » n'est pas nécessairement synonyme de celle de non appropriée. Cette notion s'applique assez bien aux recours relevant de la traumatologie qui semblent, pour la plupart des professionnels des SU, tout à fait appropriés bien que leur prise en charge ne présente pas de caractère urgent au sens vital du terme (25)

Plusieurs tentatives ont eu lieu pour développer une méthode ou un outil simple et fiable pour identifier le patient non urgent. Mais l'emploi d'un tel outil peut avoir des conséquences graves s'il est mal calibré. Trop peu sensible, il expose au risque de manquer des pathologies graves ; trop sensible, il ne permet pas de réduire les consultations non urgentes. (26)

Et si certains centres ont estimé avoir réorienté près de 20% des patients hors des urgences de façon sûre (27), la sûreté de ces mêmes critères n'a pas pu être confirmée dans d'autres centres : jusqu'à un tiers des visites classées comme non urgentes par l'outil de réorientation étaient en fait jugées comme urgentes par d'autres.(28,29) Ces résultats ne sont pas étonnants si l'on se base sur l'expérience acquise avec les échelles de tri employées par les infirmiers(ères) de tri et d'accueil : un outil de tri performant pour une population standard peut sous-estimer dans 25% des cas la gravité des plaintes de la population gériatrique aux urgences.(30)

## 2-3Définition des motifs de recours aux urgences

C'est le processus décisionnel par lequel les patients choisissent de recourir à l'urgence hospitalière plutôt qu'à un autre type de service.

Par processus décisionnel, nous entendons l'ensemble des explications fournies par le patient sur les raisons de sa consultation au niveau des urgences.

## 2-4Définition de la morbidité

La morbidité est définie comme étant «l'ensemble des causes qui peuvent produire une maladie» et l'état morbide comme étant «un état pathologique relatif à la maladie». (31)

## 2-5Classification internationale des maladies dixième révision(CIM10)

L'appellation complète de la Classification internationale des maladies est « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (en anglais : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

La CIM est une norme internationale permettant le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé.

Elle est publiée par l'OMS et est utilisée à travers le monde pour enregistrer les causes de morbidité et de mortalité, à des fins diverses parmi lesquelles le financement et l'organisation des services de santé ont pris ces dernières années une part croissante. (Voir annexe1).

## II. Objet de l'étude

Au niveau de la province de Nador, le nombre de passages au niveau du service des urgences est passé de 31.155 en 2006 à 73.489 en 2009.

Vu ce flux croissant des consultants et les exigences de soins de qualité de plus en plus élevées, une pression accrue pèse sur les ressources du service des urgences déjà exploitées à fond, l'allongement indu du temps d'attente dans ce service, l'utilisation de l'urgence hospitalière pour des problèmes mineurs ou non urgents aurait des conséquences néfastes sur la qualité des soins, notamment en ce qui a trait à la continuité des soins qui y sont prodigués. Ceux-ci risquent en effet d'être incomplets, sans continuité et peu attentifs aux aspects préventifs, entraînant dans certains cas des visites répétitives à l'urgence.

Les gestionnaires locaux sont confrontés à une rareté des données sur le profil épidémiologique des patients des urgences, la structure de morbidité, et les principaux motifs de recours à ce service.

Cette rareté de données sur les consultants au service des urgences du CHP de Nador empêche les décideurs de prendre une décision éclairée et fondée sur les besoins réels de cette unité tout en tenant compte des attentes des utilisateurs dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge des patients nécessitant des soins d'urgence à ce niveau.

C'est la raison pour laquelle nous proposons une étude sur le terrain afin d'étudier les caractéristiques des consultants au service des urgences et leurs principaux motifs de recours pour vérifier l'adéquation entre l'admission au service des urgences et l'état clinique du patient et mieux optimiser les ressources existantes avec la morbidité et les besoins de soins au niveau de cette unité.

### III. Les Objectifs de l'étude

#### 1-Objectif général

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les facteurs associés au recours approprié ou non au service des urgences du CHP de Nador.

#### 2- Objectifs spécifiques

1-Etudier le profil épidémiologique des consultants du SU du CHP de Nador.

2- Décrire les principaux motifs de recours au SU du CHP de Nador.

3- Etudier la structure de morbidité au niveau du SU du CHP de Nador selon la CIM10.

4-Analyser les facteurs associés et prédictifs d'une consultation « non appropriée » au SU.

# CHAPITRE III

## CADRE DE L'ETUDE

## I. Présentation de la province(32)

La Province de Nador est située à l'extrême Nord-est du Maroc en pleine zone semi-aride. Elle est limitée par Oued Moulouya à l'Est, la Chaîne de Beni Bouyahier au Sud, Oued Nekkour à l'Ouest et la mer Méditerranéenne au Nord. Pour ce qui est des limitations provinciales, la Province de Nador est limitée au Sud par la Province de Taza, à l'Est par la province de Berkane, et à l'Ouest par la Province d'Al-Hoceima. Elle est également limitrophe du préside de Melilla. D'une superficie de 6.130 km<sup>2</sup>, soit 7,4% de la superficie totale de la région économique de l'oriental (82.820 km<sup>2</sup>), la Province de Nador s'étend sur plus de 120 Km du Nord au Sud et d'environ 200 Km de l'Est à l'Ouest.

Le paysage géographique de la Province de Nador laisse voir une légère dominance de la montagne sur les autres reliefs.



## II. Population de Nador(32)

### 1- Données démographiques en 2007

- Ø Population : 742.000
  - ▼ Urbain : 52%
  - ▼ Rural : 48%
- Ø Densité : 120 habitants/ Km<sup>2</sup>
- Ø Taux d'accroissement : 0,65%

### 2- Répartition de la population rurale par rayon kilométrique en 2009

La distribution de la population rurale par rayon kilométrique, issue des données 2009 est présentée dans le tableau suivant :

Tableau N°1: répartition de la population rurale par rayon kilométrique en 2009

Rayon kilométrique	Effectif (%)
Moins de 3Km	198.000 (66%)
Entre 3 et 6Km	35.100 (12%)
Entre 6 et 10Km	32.640 (11%)
10Km et plus	34.260 (11%)

### 3- Données socio-économiques en 2007

Les données socio-économiques de la province de Nador sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau N°2 : Données socio-économiques en 2007

Caractéristiques	Pourcentages
Taux de scolarisation	
Enfants de 6 ans	97,4
Enfants 6-11 ans	94,8
Taux d'analphabétisme	47,3
Femmes	60,4
Hommes	33,4
Electrification	70,2
Urbain	91,4
Rural	45,2
Eau potable	37,3
Urbain	65,5
Rural	04,1
Assainissement	
Réseau publique	27,1
Fosse septique	30,7
Autre	39,8

### III. Organisation sanitaire de la Province de Nador(32)

Pour répondre aux besoins de la population en matière de soins, la province de Nador dispose d'un système de santé qu'on peut décrire comme suit :

#### 1- Secteur Public (données 2009)

##### 1-1Réseau hospitalier

- Ø Un centre hospitalier provincial ayant une superficie de 10178 m<sup>2</sup> et une capacité litière de 416 lits ;
- Ø Un hôpital local Al Aroui avec une capacité litière de 45 lits ;
- Ø Un service de psychiatrie à Al Aroui avec une capacité litière de 30 lits ;
- Ø Un centre de diagnostic polyvalent ;
- Ø Un service de chirurgie dentaire.

##### 1-2 Réseau de soins de santé de base

- Ø 15 circonscriptions sanitaires ;
- Ø 6 C.S.U ;
- Ø 2 C.S.U.A
- Ø 28 C.S.C. ;
- Ø 14 C.S.C.A ;
- Ø 7 D.R ;
- Ø 1 Centre de référence ;
- Ø 3 Centres d'hémodialyse ;
- Ø 1 Unité de santé mentale ;
- Ø 1 Unité mobile de santé ;
- Ø 1 Service de contrôle sanitaire aux frontières.

### 1-3 Réseau laboratoire

- Ø 1 laboratoire d'analyses médicales provincial ;
- Ø 1 laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu ;
- Ø 1 Laboratoire du diagnostic du paludisme et bilharziose et leishmaniose ;
- Ø 1 Laboratoire de diagnostic de tuberculose avec 04 laboratoires satellites implantés au niveau des C.S.R (Al Aruit, Boudinar, Driouch, Midar) ;
- Ø 1 banque de sang.

### 2- Secteur Privé

- Ø 6 Cliniques privées avec 162 lits au total;
- Ø 140 Cabinets de consultation ;
- Ø 45 Cabinets de chirurgie dentaire ;
- Ø 5 Cabinets de Radiologie (4 scanners+1 IRM);
- Ø 175 Pharmacies ;
- Ø 6 Laboratoires d'analyses médicales ;
- Ø 1 Laboratoire d'anatomopathologie.

### 3- Principaux indicateurs de desserte

- Ø 1 médecin (public)/6452 habitants
- Ø 1 sage femme/21200 habitants
- Ø 1 infirmier/1678 habitants
- Ø 1 lit d'obstétrique/127 femmes enceintes
- Ø 1 lit d'hospitalisation (public)/1610 habitants
- Ø 1 lit d'hospitalisation (public+privé)/924 habitants
- Ø 1 cabinet (privé)/5416 habitants
- Ø 1 pharmacie/4240 habitants

## IV. Le Centre Hospitalier Provincial de Nador(32)

Le CHP de Nador a été fondé en 1911 sous l'époque coloniale. Il est situé dans le quartier ICHOUMAY. Il a le statut d'hôpital provincial général. Il s'étend sur une superficie générale de 10178 m<sup>2</sup> et dispose d'une capacité litière de 416 lits.

Depuis son inauguration, l'hôpital a connu de nombreuses modifications.

Le CHP de Nador est desservi par un accès principal étroit et mal aménagé. Cet accès est limité de deux cotés par des constructions anarchiques.

L'emplacement excentré de l'hôpital, son éloignement par rapport à certaines localités, le « non rattachement » de toutes les localités au réseau routier, le relief montagneux de la province et le manque de transport adéquat, constituent une entrave à l'accessibilité de l'hôpital.

### 1- Les ressources humaines

L'effectif du personnel du CHP de Nador se caractérise comme suit :

Ø	Personnel médical :	48
Ø	Personnel paramédical :	203
Ø	Corps administratif :	63

### 2- Le principal financeur de l'hôpital et les relations avec le tiers payant

Le Ministère de tutelle est le principal financeur de l'hôpital, Chaque année, l'hôpital élabore des prévisions budgétaires par rubrique selon les besoins. Ce projet est adressé aux ministères de la Santé et des Finances pour approbation.

Par ailleurs, l'hôpital reçoit des organismes de prévoyance sociale et des assurances des honoraires relatifs à la prise en charge de leurs adhérents.

### 3- Quelques indicateurs hospitaliers

Une comparaison de quelques indicateurs hospitaliers de l'année 2005 et l'année 2006 du CHP de Nador est présentée dans le tableau suivant :

Tableau N° 3 : indicateurs hospitaliers des années 2005 et 2006 du CHP de Nador

Les indicateurs	2005	2006
Admissions	15990	16368
Journées d'hospitalisations	79106	81153
TOM	52%	53%
DMS	5	5
Consultations médicales urgentes	66234	55800
Consultations spécialisées	12662	9332
Interventions chirurgicales	4631	5157
Accouchements	4718	5012
Examens radiologiques	19254	23881
Examens échographiques	1846	1991
Examens du laboratoire	12794	19872

## V. Service des Urgences du CHP de Nador(32)

### 1- Les locaux

Le service des urgences est situé au cœur du CHP de Nador. Il a connu plusieurs modifications et des rénovations ont vu le jour et ont été appliquées pour améliorer l'organisation du service. Une extension du service a été inaugurée en juillet 2006 par Sa Majesté le Roi Mohamed VI.

Le SU se caractérise par une accessibilité adéquate par rapport à l'entrée principale et par rapport aux autres services de l'hôpital.

Le SU comporte les locaux suivants :

- Bureau du médecin chef ;
- Bureau de l'infirmier chef ;
- Deux salles de consultation ;
- Une salle de soins ;
- Deux salles d'observation à huit lits ;
- Une salle de déchoquage ;
- Deux salles de repos ;
- Une salle d'attente ;

Les activités du SU sont orientées autour de deux pôles : les urgences médicales et les urgences chirurgicales.

Il dispose de locaux spécifiques à ces deux pôles : un local pour le service des urgences médicales et un local indépendant pour le service des urgences chirurgicales, afin d'alléger l'encombrement et le délai d'attente dû au nombre important de patients consultants aux urgences.

Cette séparation fonctionnelle entre la chirurgie d'urgence et la médecine d'urgence ne constitue cependant pas une rupture entre les deux disciplines, mais facilite la prise en charge des malades et le contrôle tout en maintenant une collaboration et une proximité entre les deux souches.

## 2- Le personnel

L'équipe du service des urgences travaille sous la responsabilité d'un médecin chef avec un effectif de :

- 9 médecins généralistes dont le chef du service ;
- 13 infirmiers : 05 IDE, 08 ASBP ;
- 06 Agents de services.

Cette équipe assure la garde au niveau du service par roulement 12/36H.

## 3- Le plateau technique

Pour tout examen radiologique standard, le patient se déplace vers le service de radiologie situé à 40 mètres du service des urgences. Le déplacement des malades graves est assuré par les agents de services.

Les prélèvements pour examens urgents sont réalisés par les infirmiers du service des urgences.

## 4- Recueils des données (Système d'information des urgences)

Ce recueil est effectué sur la base du registre d'enregistrement des admissions : l'enregistrement est assuré par les infirmiers de garde, ou les élèves stagiaires des écoles privées lorsqu'ils sont affectés au service.

C'est un registre sur lequel est inscrit l'heure d'arrivée du patient, le nom et prénom, l'âge et l'adresse complète du patient ainsi que la pathologie pour laquelle ce dernier est admis au service des urgences après consultation du médecin, et les prestations reçues. Le devenir du patient (sortant, hospitalisé, référé) est aussi inscrit dans ce registre.



## 5- Circuit du patient au SU

Le service des urgences du CHP de Nador gère les urgences médico-chirurgicales et pédiatriques (sauf les urgences gynéco-obstétriques).

Les patients admis sont examinés par un médecin du service qui décide de son traitement ou qui demande un avis spécialisé ou décide de le référer vers d'autres structures de soins si son état le nécessite. (Voir Annexe 2)

Par la suite, le patient est reçu par l'infirmier de l'accueil qui prend tous les renseignements du patient (nom et prénom, âge, sexe, adresse complète, heure d'arrivée, type de morbidité (maladie, agression, trauma, AVP....) et lui attribue un numéro du registre.

L'infirmier enregistre également le traitement reçu et les examens complémentaires demandés, ainsi que le devenir du patient.

# CHAPITRE IV

# METHODOLOGIE DE

# RECHERCHE

## I. Stratégie de recherche

Les attitudes et comportements des usagers restent à ce jour peu explorés. En effet, peu d'études ont cherché à expliquer et à comprendre les motifs qui incitent l'utilisateur à consulter préférentiellement les structures d'urgences. Pour tenter d'éclairer ce phénomène, il nous a semblé important d'appréhender le comportement de l'utilisateur dans le cadre plus global de la gestion de son état de santé. Ce travail présente une enquête auprès d'un échantillon d'utilisateurs, avec comme objectifs de caractériser les populations qui ont eu recours à la demande de soins d'urgence et d'éclairer les paramètres qui influencent cette prise de décision.

## II. L'enquête sur les consultants aux urgences : méthode et instruments de collecte et d'analyse des données

### 1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au niveau du service des urgences du CHP de Nador auprès des utilisateurs de ce service.

### 2- Population d'étude

Notre étude a porté sur un échantillon de 500 utilisateurs du service des urgences du CHP de Nador, ayant consulté sur une période de 3 semaines, allant du 20 avril au 10 mai 2010, à différentes heures de la journée, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés, correspondant aux différentes plages d'activité du service.

#### 2-1 Critères d'inclusion

Tout patient se présentant au service des urgences du CHP de Nador pendant un jour de garde durant la période d'étude était susceptible d'être inclus dans notre étude. Le recueil des données était fait selon un consentement libre et éclairé. Les

patients étaient informés que le questionnaire était anonyme et qu'ils pouvaient refuser d'être interrogés.

## 2-2 Critères d'exclusion

Parmi l'ensemble des patients admis, nous avons fixé comme critères d'exclusion :

- Ø Sujets en état d'ivresse.
- Ø Sujets atteints d'une affection psychiatrique altérant le jugement.
- Ø Sujets dont les questionnaires étaient inadéquatement complétés.
- Ø Sujets présentant un retard mental et non accompagnés.
- Ø Sujets refusant de participer à l'étude.

## 3- Recueil des données

### 3-1 Les informations recueillies

Les informations utiles pour répondre aux objectifs fixés ont porté sur les thématiques suivantes :

- Caractéristiques démographiques des usagers du service des urgences : âge, sexe, niveau d'instruction ;
- Caractéristiques socio-économiques : appréciation du niveau économique (revenu des patients, couverture sociale, professions) ;
- L'attractivité de l'hôpital : Zone de résidence des malades ;
- Le nombre de visites des patients au service des urgences durant les trois derniers mois ;
- Le niveau ou la structure de références des patients au service des urgences ;
- Description des principaux motifs de recours au service des urgences ;

- Perception des patients de leurs morbidités (degrés d'inquiétude, degrés de gravité, le niveau de la douleur et le délai de survenu du problème de santé) ;
- Description des types de sortie (sortant, hospitalisé, référé).

### 3-2 Elaboration des outils de collecte des données

Nous avons procédé à l'élaboration d'un questionnaire pour nous aider à atteindre les objectifs que nous avons fixés pour notre étude (voir annexe 3).

L'élaboration de ce dernier est passée par les étapes suivantes :

- Choix des objectifs et les informations à rechercher ;
- Recherche bibliographique sur les facteurs associés à la consultation non appropriée au service des urgences.
- Elaboration des indicateurs, des items, développement des variables et rédaction du questionnaire ;
- Etude pilote ;
- Mise au point final de ce dernier et définition de son mode d'emploi.

Suite à l'admission et après la consultation médicale, le questionnaire a été administré en face-à-face par un médecin généraliste ou un interne, auprès de chaque patient répondant aux critères d'inclusion.

Pour l'évaluation de l'intensité de la douleur chez les consultants, nous avons utilisé un outil d'auto-évaluation, l'échelle visuelle analogique (EVA). Celle-ci est constituée d'une réglette à 11 points (allant de 0 à 10), L'extrémité « 0 » correspond à « l'Absence de douleur » et l'extrémité « 10 » correspond à « Douleur maximale ».

#### 4- Définition de la variable dépendante « la consultation appropriée ou non au service des urgences»

Dans notre étude, nous avons défini une consultation non appropriée en se basant sur les critères suivant :

- Ø Nature de morbidité : Une consultation pour un traumatisme récent a été d'emblée considérée comme appropriée, puisque le service des urgences dans notre contexte marocain est la seule structure de soins de santé publique qui accueille les pathologies traumatiques. Pour les autres pathologies, on s'est basé sur les autres critères comme l'ancienneté des symptômes, leur gravité, le moment de la consultation etc.
- Ø Jour de consultation et ancienneté des symptômes : Une consultation pendant un week-end ou un jour férié, avec des symptômes qui remontent à un jour ouvrable, est considérée comme étant non appropriée.
- Ø Moment de consultation et ancienneté des symptômes : Les usagers qui consultent la nuit avec des symptômes qui débutent le jour et pendant un jour ouvrable sont considérés comme étant des consultants non appropriés.
- Ø Evaluation du médecin des urgences : toute consultation évaluée comme urgente, est une consultation appropriée.

## 5- Analyse des données

Les données ont été saisies sur un fichier Excel et analysées sur le logiciel Epi Info 3.5.1.

La première partie de l'analyse porte sur la description de la population incluse dans cette étude.

Nous avons divisé notre population en deux groupes, l'un qu'on a qualifié de non dépendant et l'autre de dépendant, sur la base de la prise de décision pour la consultation. Ainsi, les consultants dépendants étaient constitués par les personnes mineures et les sujets âgés et/ou handicapés qui ont été ramenés par un membre de leur famille ou une tierce personne.

La seconde partie consiste en une analyse uni-variée par comparaison de deux groupes (chez les sujets non dépendants) : un groupe caractérisé par une consultation appropriée aux urgences, et un groupe caractérisé par une consultation non appropriée. La consultation non appropriée était la variable dépendante.

Les tests statistiques utilisés sont :

Ø Pour les données quantitatives :

- Test paramétrique test t de Student pour les données continues.
- Test non paramétriques de Wilcoxon pour les populations dont l'effectif n'avait pas une distribution normale ou attendue.

Ø Pour les données qualitatives :

- Test du chi2 et chi2 corrigé.
- Test exact de Fischer pour des effectifs théoriques < 5.

Le seuil de significativité statistique est fixé à  $p < 0,05$ .

# CHAPITRE V

# RESULTATS



## I. Description de l'échantillon

Les sujets de l'étude ont été recrutés au service des urgences du CHP de Nador. Ils ont été au nombre de 500 consultants. Cet échantillon est constitué de 2 groupes de consultants, le premier groupe est formé par les consultants non dépendants (410 consultants) alors que le deuxième groupe est représenté par les consultants dépendants (90 consultants).

### 1-Patients dépendants

Ce groupe de consultants compte un nombre de 90 individus, dont 80 sont des mineurs.

#### 1-1 Caractéristiques sociodémographiques de la personne consultante

On a constaté dans ce groupe de consultants qu'il y'avait une prédominance du sexe masculin (62,2%), et de la tranche d'âge inférieure à 15 ans (87,8%).

La moyenne d'âge dans ce groupe était de  $15,0 \pm 21,2$  ans, avec une étendu allant de 5 mois à 90 ans. (Tableau N°4)

Tableau N°4: Caractéristiques d'âge et de sexe des consultants dépendants

		Effectif	Pourcentage
Groupes d'âges			
	<15	79	87,8
	15-59	1	1,1
	> ou = 60	10	11,1
Sexe			
	Masculin	56	62,2
	Féminin	34	37,8

## 1-2 Caractéristiques sociodémographiques de la personne responsable

### a) Le lien avec la personne malade

Dans 91,1% des cas, la relation entre le consultant dépendant et la personne responsable, était une relation de parenté. (Tableau N°5)

Dans 52,2% des cas, c'était la mère qui avait pris la décision de consulter aux urgences suivie par le père dans 31,1% des cas.

Tableau N°5 : Type de lien entre la personne responsable et le consultant dépendant

Lien	Malades	Pourcentage
Conjugal	1	1,1%
Fratric	6	6,7%
Parenté	82	91,1%
Voisinage	1	1,1%
Total	90	100,0%

### b) Age et sexe

On constate une prédominance féminine chez les personnes responsables avec une proportion qui égale à 60%.

On observe également, une prédominance de la classe d'âge entre 15 et 59 ans (98,9%). La moyenne d'âge était de  $36,5 \pm 7,0$  ans. (Tableau N°6)

### c) Statut matrimonial et nombre d'enfants

La proportion des individus mariés était de 86,7% de l'ensemble des personnes responsables, versus 8,9% qui étaient célibataires.

La moyenne du nombre d'enfants chez ces individus était de  $2,1 \pm 1,2$  enfants. (Tableau N°6)

#### d) Niveau d'étude

On a noté que 32,2% des personnes responsables étaient des illettrés, 24,4% avaient un niveau secondaire, alors que 14,4% des individus avaient un niveau universitaire.

La moyenne d'années d'étude chez les personnes responsables était de  $5,6 \pm 5,4$  ans. (Tableau N°6)

#### e) Niveau socioéconomique et revenu de ménage

Une proportion de 45,6% (n=41) des personnes responsables, ignorait le chiffre du revenu de ménage mensuel, alors que 1 personne refusait de répondre à la question sur le revenu de ménage. Parmi les répondants, 29,2% avaient un revenu inférieur à 3000 Dh, et 37,5% l'avaient entre 3000 et 6000dh, alors que 33,3% des personnes avaient un revenu qui dépassait 6000 Dh. (Tableau N°6)

On a observé que 60% des personnes responsables se plaçaient parmi ceux qui ont un niveau socioéconomique moyen, versus 34,4% des individus qui trouvaient que leur niveau socioéconomique est bas, alors que 5,6% appartenaient à une catégorie socioéconomique élevée.

Tableau N°6 : Caractéristiques générales des accompagnants responsables des consultants dépendants

		Effectif	Pourcentage
Groupes d'âges			
	<15	0	0
	15-59	89	98,9
	>60	1	1,1
Sexe			
	Masculin	36	40
	Féminin	54	60
Etat matrimonial			
	Célibataire	8	8,9
	Marié(e)	78	86,7
	Veuf (ve)	2	2,2
	Divorcé(e)	2	2,2
Niveau d'étude			
	Illettré	29	32,2
	Primaire	26	28,9
	Secondaire	22	24,4
	Universitaire	13	14,4
Revenu de ménage (Dh)			
	< 3000	14	29,2
	3000- 6000	18	37,5
	> 6000	16	33,3

#### f) Profession et couverture sociale

La catégorie la plus représentée était celle des femmes au foyer, avec une proportion de 53,3% (n=48), suivie par les fonctionnaires et les employés avec 16,7%, puis les ouvriers avec 15,6% de l'ensemble des sujets responsables. (Tableau N°7)

La proportion des personnes responsables ayant une couverture sociale était de 23,3%.

Tableau N°7 : Profession des accompagnants responsables des consultants dépendants.

Catégorie professionnelle	Effectif	Pourcentage
Ouvrier	14	15,6
Commerçant	7	7,8
Fonctionnaire et employé	15	16,7
Agriculteur	4	4,4
Petits métiers	2	2,2
Femme au foyer	48	53,3
Total	90	100

g) Milieu de résidence et distance par rapport à l'hôpital

Une proportion de 91,1% des personnes responsables provenaient de la zone urbaine de la province de Nador, alors que seulement 7,8% de ces individus provenaient de la zone rurale.

On a constaté également que 80% des personnes responsables venaient d'un rayon kilométrique de moins de 5 km, versus 8,9% seulement qui venaient d'un rayon de plus de 25 km. (Tableau N°8)

Tableau N°8 : Répartition des accompagnants responsables selon le milieu de résidence et la distance par rapport à l'hôpital

		Effectif	Pourcentage
Milieu de résidence			
	Urbain	82	91,1
	Sub-urbain	1	1,1
	Rural	7	7,8
Distance (km)			
	<5	72	80
	5-25	10	11,1
	>25	8	8,9

### 1-3 Caractéristiques de la consultation chez les consultants dépendants

#### a) Jour de consultation

On a remarqué que 56,7% des consultants, étaient venus aux urgences pendant les jours ouvrables, versus 34,4% qui avaient consulté les week-ends, et 8,9% des consultants dans un jour férié. (Tableau N°9)

Une proportion de 76,7% de ces consultants, consultait le jour, versus 23,3% des consultants qui consultaient la nuit.

Tableau N°9 : Répartition des consultants dépendants selon les jours de consultation

Jours de consultation	Effectif	Pourcentage
Jours ouvrables	51	56,7%
Week-ends	31	34,4%
Jours fériés	8	8,9%
Total	90	100,0%

### b) Niveau de référence

Pour l'ensemble des consultants de ce groupe, la décision de consulter aux urgences était prise par un des membres de leur famille.

### c) Habitudes de consultation au service des urgences

La proportion des consultants qui avaient l'habitude de consulter aux urgences était de 16,7%, versus 83,3% des consultants qui ne l'avaient pas. 80% des consultants reconnaissaient ne pas avoir eu recours au service des urgences durant les 3 mois précédant la consultation actuelle, versus 17,8% des patients qui avaient un nombre de visites allant de 1 à 3 visites, et 2,2% des consultants avaient un nombre de visites qui dépassait 3 visites. (Tableau N°10)

Tableau N°10: Habitudes d'utilisation du SU par les consultants dépendants

		Effectif	Pourcentage
Avoir l'habitude de consulter aux urgences			
	Non	75	83,3
	Oui	15	16,7
Nombre de recours aux urgences dans les 3 mois précédents			
	0	72	80
	1-3	16	17,8
	>3	2	2,2

#### d) Début de la symptomatologie

Le problème de santé avait commencé en moins de 24 heures chez 56,7% des consultants, versus 35,6% des consultants qui avaient reconnu que la symptomatologie avait débuté entre 1 et 3 jours, alors que 7,8% des consultants présentaient des symptômes depuis plus de 3 jours. (Tableau N°11)

Tableau N°11: Répartition des consultants dépendants en fonction du début des symptômes

Début des symptômes	Effectif	Pourcentage
<24h	51	56,7
1-3 jours	32	35,6
>3 jours	7	7,8

#### 1-4 Principaux motifs de recours aux urgences et nature de la pathologie en cause chez les consultants dépendants

##### a) Motifs de recours aux urgences

Notre étude nous a permis d'identifier les principaux motifs de recours au service des urgences : (Tableau N°12)

- Ø Le système de permanence ou de garde du service des urgences était le motif de recours de 40% des patients.
- Ø Le plateau technique de l'hôpital était derrière le recours aux urgences de 35,6% des patients.
- Ø L'expérience des professionnels de santé de ce service en matière d'urgence était derrière le recours de 28,9% des usagers.
- Ø L'absence de rendez-vous, était derrière le recours de 26,7% des consultants.
- Ø La disponibilité des spécialistes, était le motif de recours de 23,3% des consultants dans ce service.



**Tableau N°12:** Facteurs influençant le recours au SU chez les consultants dépendants

Motifs de recours	Nombre de patients	Pourcentage
Système de permanence	36	40
Plateau technique	32	35,6
Expérience des professionnels	26	28,9
Absence de Rendez-vous	24	26,7
Disponibilité des spécialistes	21	23,3
Accessibilité matérielle	17	18,9
Nombre élevé de médecins	4	4,4
Proximité de l'hôpital	4	4,4
CML	1	1,1

**b) Principaux groupes de pathologies**

Les pathologies traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (chapitre XIX de la CIM10) représentaient 41,1% de la structure de morbidité vue au SU. Les Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs (chapitre XVIII de la CIM10) et les maladies de l'appareil respiratoire représentaient respectivement, 27,8 et 20% de l'ensemble des pathologies. La proportion des autres pathologies était réduite. (Tableau N°13)

Tableau N°13 : Principaux groupes de pathologies chez les consultants dépendants  
(selon la CIM10)

Différents types de morbidité	Effectif	Pourcentages
Maladies de l'appareil respiratoire	18	20,0%
Maladies de l'appareil digestif	3	3,3%
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	37	41,1%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1	1,1%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	4	4,4%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1	1,1%
Maladies de l'appareil circulatoire	1	1,1%
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	25	27,8%
TOTAL	90	100,0%

c) Etat du patient dépendant et la perception de la maladie (Tableau 14)

L'état du patient est variable d'une personne à l'autre en fonction de plusieurs facteurs .En effet notre étude a révélé que seulement 28,9% des consultants dépendants vus au service des urgences étaient inquiets, versus 64,4% qui étaient calmes, alors que 6,7% étaient agités.

La perception de la gravité de la maladie, elle aussi, varie d'un consultant à l'autre. L'évaluation du ressenti de gravité de la symptomatologie n'était pas applicable chez 86,7%(n=78) des consultants, à cause de l'âge des consultants et leur état de conscience, alors que 58,3% (n=7) du reste des consultants considéraient que leur problème de santé est grave, et 41,7% (n=5) des consultants le percevaient d'une gravité moyenne.

L'évaluation du ressenti d'urgence, n'était pas applicable chez 86,7%(n=78) des consultants, à cause de l'âge des consultants et leur état de conscience, alors que chez le reste des consultants, on a trouvé que 66,7%(n=8) se considéraient comme des malades urgents, et que 25%(n=3) trouvaient que leur problème de santé est moyennement urgent, versus 1 consultant qui ne se considérait pas urgent.

Tableau N°14 : caractéristiques de l'état du patient dépendant et du ressenti de la situation

		Effectif	Pourcentage
Etat du patient			
	Calme	58	64,4
	Inquiet	26	28,9
	Agité	6	6,7
Ressenti de la gravité			
	Grave	7	58,3
	Moyennement grave	5	41,7
	Pas du tout grave	0	0
Ressenti de l'urgence			
	Pas urgent	1	8,3
	Urgent	8	66,7
	Moyennement urgent	3	25

#### d) Niveau de la douleur

L'évaluation de la douleur n'était pas applicable chez 92,2%(n=83) des consultants, à cause de l'âge des consultants et la nature de la pathologie(non douloureuse), alors qu'elle n'était pas évaluable chez 4,4%(n=4) des consultants. Pour le reste des consultants (n=3), 2 malades ressentait un niveau de douleur allant de 3 à 5, alors qu'un malade souffrait d'une douleur de niveau supérieur à 5. (Tableau N°15)

Tableau N°15 : Répartition des consultants dépendants selon le niveau de la douleur

Niveau de douleur	Effectif	Pourcentage
<3	0	0
3-5	2	66,7
>5	1	33,3

#### 1-5 Evaluation du médecin et devenir des consultants dépendants (Tableau N°16)

Parmi l'ensemble des consultants dépendants, 75,6% étaient considérés comme appropriés, versus 24,4% qui étaient considérés comme non appropriés. On a également identifié 14,4% de consultations urgentes, versus 85,6% de consultations non urgentes.

Concernant le devenir des consultants dépendants, on a constaté que 83,3% des consultants avaient quitté le service des urgences après avoir reçu les prestations, alors que seulement une proportion de 13,3% qui était hospitalisé, et 2,2 % des consultants étaient référés.

Tableau N°16: Répartition des consultants dépendants selon l'évaluation du médecin et le type de sortie

		Effectif	Pourcentage
Evaluation du médecin			
	Urgent	13	14,4
	Pas urgent	77	85,6
	Approprié	68	75,6
	Non approprié	22	24,4
Devenir des malades			
	Sortant	75	83,3
	Hospitalisé	12	13,3
	Référé	2	2,2
	Autre	1	1,1

## 2-Patients non dépendants

Parmi les consultants non dépendants, qui sont représentés par un groupe de 410 individus, il y'avait 23 mineurs dont l'âge allait de 12 à 17 ans. Ces mineurs se sont présentés seuls aux urgences et ont été inclus dans notre étude.

### 2-1 Caractéristiques sociodémographiques et économiques (Tableau N°17)

#### a)Age et sexe

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il y'avait une prédominance masculine parmi les consultants du SU avec un pourcentage de 55,1 pour le sexe masculin. On a remarqué également que 86,6% de ces consultants appartenaient à la classe d'âge entre 15 et 59 ans.

La moyenne d'âge dans ce groupe était de  $36,7 \pm 15,7$  ans avec une étendu allant de 12 à 80 ans.

#### b) Statut matrimonial et nombre d'enfants

On note que 51,7% des consultants étaient mariés alors que 46% étaient célibataires. La moyenne du nombre d'enfants chez ces consultants était de  $2,3 \pm 1,7$  enfants.

#### c) Niveau d'étude

Dans le groupe des mineurs, 78,3% des consultants avaient un niveau secondaire et 21,7% avaient un niveau primaire alors que chez les adultes 24% des consultants étaient illettrés et 48,8% avaient un niveau secondaire et seulement 3,9% qui avaient fait des études universitaires.

La moyenne d'années d'étude chez ces consultants était de  $6,6 \pm 4,7$  ans.

#### d) Niveau socioéconomique et revenu de ménage

Une proportion de 41,2% (n=169) des usagers ignoraient le chiffre du revenu de ménage mensuel, alors que 0,7% (n=3) des consultants avaient refusé de répondre à la question sur le revenu de ménage. Parmi les répondants, 28,6% (n=68) avaient un revenu inférieur à 3000 Dh, alors que 48,3% (n=115) avaient un revenu allant de 3000 à 6000 Dh et 23,1% (n=55) des répondants avaient un revenu supérieur à 6000 Dh.

La proportion des consultants qui se considèrent d'un niveau socio-économique bas était de 32,2%, alors que 63,2% des consultants pensaient avoir un niveau socioéconomique moyen et 4,6% se plaçaient dans la classe du niveau élevé.

**Tableau N°17 : Caractéristiques générales des consultants non dépendants**

		Effectif	Pourcentage
Groupes d'âges	<15	7	1,7
	15-59	355	86,6
	>60	48	11,7
Sexe	Masculin	226	55,1
	Féminin	184	44,9
Etat matrimonial	Célibataire		46
	Marié(e)	178	51,7
	Veuf (ve)	200	2,1
	Divorcé(e)	8	0,3
		1	
Niveau d'étude	<u>Mineurs</u>		
	Illettré	0	0
	Primaire	5	21,7
	Secondaire	18	78,3
	Universitaire	0	0
	<u>Adultes</u>		
	Illettré	93	24
	Primaire	90	23,3
	Secondaire	189	48,8
	Universitaire	15	3,9
Revenu de ménage (Dh)			
	< 3000	68	28,6
	3000- 6000	115	48,3
	> 6000	55	23,1

#### e) Profession et couverture sociale

On a constaté que l'usage du service des urgences était dominé par les consultants sans revenu à savoir les chômeurs et les femmes au foyer, qui représentaient respectivement 33 et 53,3% de l'ensemble des consultants non dépendants. La proportion des autres catégories professionnelles était représentée surtout par les ouvriers 15,6% et les commerçants 7,8%. (Tableau N°18)

Notre étude a montré que seulement 12,4% des consultants non dépendants possédaient une couverture sociale.

Tableau N°18: Caractéristiques professionnelles des consultants non dépendants au SU

Catégorie professionnelle	Effectif	Pourcentage
Ouvrier	76	15,6
Commerçant	51	7,8
Fonctionnaire et employé	40	16,7
Agriculteur	8	4,4
Petits métiers	20	2,2
Femme au foyer	49	53,3
Retraité	4	1,1
Chômeur	125	33
Autres	6	1,6
Total	90	100

#### f) Milieu de résidence et distance par rapport à l'hôpital (Tableau N°19)

Concernant la répartition des consultants selon leur milieu de résidence, notre étude a montré que 87,8% des consultants provenaient de la zone urbaine de la province de Nador, alors que seulement 7,8% des consultants provenaient de la zone suburbaine et 4,4% de la zone rurale de la province.



Concernant la distance par rapport à l'hôpital, on a remarqué que 72,2% des consultants provenaient d'un rayon kilométrique de moins de 5 km, 21% d'un rayon entre 5 et 25 km et 6,3% des consultants venaient d'un rayon de plus de 25 Km.

Tableau N°19: Répartition des consultants non dépendants selon leur milieu de résidence et la distance par rapport à l'hôpital

		Effectif	Pourcentage
milieu de résidence			
	Urbain	360	87,8
	Sub-urbain	32	7,8
	Rural	18	4,4
Distance (km)			
	<5	298	72,7
	5-25	86	21
	>25	26	6,3

## 2-2 Caractéristiques de la consultation

### a) Jour de consultation

On a remarqué que 70,5% des consultants venaient aux urgences pendant les jours ouvrables et que 19,3% consultaient les week-ends, alors que 10,2% se rendaient aux urgences dans un jour férié. (Tableau N°20)

Parmi cette population, 75,4% consultaient le jour, contre 24,6% qui consultaient la nuit.

Tableau N°20 : Répartition des consultants non dépendants selon les jours de consultation

Jours de consultation	Effectif	Pourcentage
Jours ouvrables	289	70,5%
Week-ends	79	19,3%
Jours fériés	42	10,2%
Total	410	100,0%

b) Niveau de référence

Notre étude a révélé que 85,6% des consultants venaient d'eux même au service des urgences, 10,2% avaient pris, eux même, la décision de consulter mais étaient accompagnés par une tiers personne et 2,2% étaient référés par d'autres établissements publics, alors que 2% étaient référés par le secteur privé.

c) Habitudes de consultation au service des urgences

Notre étude a montré que 22,7% des consultants avaient l'habitude de consulter au SU versus 77,3% des consultants qui ne l'avaient pas.

Une proportion de 72,9% des consultants avait reconnu ne pas avoir eu recours au SU durant les 3 mois précédant la consultation actuelle, alors que 23,1% des consultants avaient un nombre de visites allant de 1 à 3 visites, et 3,9% des consultants avaient un nombre de visites qui dépassait 3 visites durant cette période. (Tableau N°21)

Tableau N°21: Habitudes d'utilisation du SU par les consultants non dépendants

		Effectif	Pourcentage
Avoir l'habitude de consulter aux urgences			
	Non	317	77,3
	Oui	93	22,7
Nombre de recours aux urgences dans les 3 mois précédents			
	0	299	72,9
	1-3	95	23,2
	>3	16	3,9

d) Début de la symptomatologie

Parmi cette population, 51,7% des consultants déclaraient que leurs problèmes de santé avaient commencé en moins de 24heures, 33,7% des consultants avaient reconnu que le problème de santé avait débuté entre 1 et 3 jours, alors que 14,6% des consultants présentaient des symptômes depuis plus de 3 jours. (Tableau N°22)

Tableau N°22: Répartition des consultants non dépendants en fonction du début des symptômes

Début des symptômes	Effectif	Pourcentage
<24h	212	51,7
1-3 jours	138	33,7
>3 jours	60	14,6

## 2-3 Principaux motifs de recours aux urgences et nature de la pathologie en cause

### a) Motifs de recours au service des urgences

Notre étude nous a permis d'identifier les principaux motifs de recours au SU :

- Ø Le plateau technique de l'hôpital était le motif du recours aux urgences de 42,2% des patients.
- Ø Le système de permanence ou de garde du service des urgences était le motif de recours de 29,3% des patients.
- Ø 26,8% des patients considéraient que le service des urgences est l'endroit idéal des consultations sans rendez-vous.
- Ø La disponibilité des spécialistes était le motif de recours de 21,7% des consultants.
- Ø L'expérience des professionnels était le motif de recours de 21,5% des consultants. (Tableau N°23)

Tableau N°23: Principaux motifs de recours aux urgences chez les consultants non dépendants

Motifs de recours	Nombre de patients	Pourcentage
Plateau technique	173	42,2
Système de permanence	120	29,3
Absence de Rendez-vous	110	26,8
Disponibilité des spécialistes	89	21,7
Expérience des professionnels	88	21,5
Accessibilité matérielle	49	12
CML	32	7,8
Nombre élevé de médecins	16	3,9
Proximité de l'hôpital	14	3,4

### b) Principaux groupes de pathologies chez les consultants non dépendants

On a observé que les pathologies traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (chapitre XIX de la CIM10) (traumatismes, plaies...) représentaient 41,2% de la structure de morbidité vue au sein de ce groupe de consultants. Les Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs (chapitre XVIII de la CIM10)(toux, fièvre, céphalées ...) représentaient 35,1%, alors que la proportion des autres pathologies était réduite. (Tableau N°24)

Tableau N°24: Principaux groupes de pathologies chez les consultants non dépendants (selon la CIM10)

Différents types de morbidité	Effectif	Pourcentages
Maladies de l'appareil respiratoire	26	6,3%
Maladies de l'appareil digestif	22	5,4%
Troubles mentaux et du comportement	19	4,6%
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	169	41,2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	7	1,7%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	3	0,7%
Maladies du sang et des organes hématopoiétiques et certains troubles du système immunitaire	8	2,0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3	0,7%
Maladies de l'appareil circulatoire	3	0,7%
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	144	35,1%
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1	0,2%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1	0,2%
Autre	1	0,2%
Tumeurs	1	0,2%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2	0,5%
Total	410	100,0%

### c) Etat du patient et la perception de la maladie (Tableau N°25)

L'état du patient est variable d'une personne à l'autre en fonction de plusieurs facteurs .En effet notre étude a révélé que 50,7% des consultants étaient inquiets, versus 47,1% qui étaient calmes, alors que 2,2% étaient agités.

La perception de la gravité de la maladie, elle aussi, varie d'un consultant à l'autre. En effet, l'évaluation du ressenti de gravité de la symptomatologie n'était pas applicable chez 1,7% (n=7) des consultants, à cause de l'état de conscience du patient et la nature de la pathologie en cause, alors que 31,8% (n=128) du reste des consultants, considéraient que leur problème de santé était grave, et que 49,9% (n=201) le percevaient d'une gravité moyenne, et 18,4% de ces consultants ne le considéraient pas du tout grave (n=74).

L'évaluation du ressenti d'urgence, n'était pas applicable chez 1,7% (n=7) des consultants, à cause de l'état de conscience du patient et la nature de la pathologie en cause, alors que chez le reste des consultants, on a trouvé que 32% (n=129) croyaient que leur problème de santé nécessite une intervention médicale urgente, 46,4% des consultants considéraient que leur problème de santé était moyennement urgent, alors que 21,6% des consultants ne le trouvaient pas urgent.

Tableau N°25: Répartition des consultants non dépendants selon l'état du patient et le ressenti de la situation

		Effectif	Pourcentage
Etat du patient			
	Calme	193	47,1
	Inquiet	208	50,7
	Agité	9	2,2
Ressenti de la gravité			
	Grave	128	31,8
	Moyennement grave	201	49,9
	Pas du tout grave	74	18,4
Ressenti de l'urgence			
	Urgent	129	32
	Moyennement urgent	187	46,4
	Pas urgent	87	21,6

d) Niveau de la douleur

L'évaluation de la douleur n'était pas applicable chez 47,8% (n=196) des consultants (pathologie non douloureuse), alors qu'elle n'était pas évaluable chez 3,4% (n=14) des consultants. Pour le reste des consultants (n=200), une proportion de 2,5% ressentait une douleur de niveau inférieur à 3, alors que 41,5% des consultants avaient une douleur de niveau allant de 3 à 5, versus 56% des consultants qui ressentait une douleur de niveau supérieur à 5. (Tableau N°26)

Tableau N°26: Répartition des consultants non dépendants selon le niveau de la douleur

Niveau de douleur	Effectif	Pourcentage
<3	5	2,5
3-5	83	41,5
>5	112	56

#### 2-4 Evaluation du médecin et devenir des consultants (Tableau N°27)

Pendant notre étude, 69,3% des passages aux urgences étaient appropriés, versus 30,7% des cas qui étaient non appropriés. On a également identifié parmi cette population 83,4% de cas non urgents, versus 16,6% de cas urgents.

On a constaté que 83,9% des consultants avaient quitté le SU après avoir reçu les prestations, alors que seulement 12,4% des consultants étaient hospitalisés et 3,2% des consultants étaient référés.

Tableau N°27: Répartition des consultants non dépendants selon l'évaluation du médecin et le type de sortie

		Effectif	Pourcentage
Evaluation du médecin			
	Urgent	68	16,6
	Pas urgent	342	83,4
	Approprié	284	69,3
	Non approprié	126	30,7
Devenir des malades			
	Sortant	344	83,9
	Hospitalisé	51	12,4
	Référé	13	3,2
	Autre	2	0,5



## II. Détermination des facteurs associés à une consultation non appropriée au SU

Nous avons comparé les caractéristiques des sujets consultant au SU selon que la consultation était appropriée ou non appropriée ,selon la définition donnée plus haut, et étudié les facteurs associés aux consultations non appropriées.

### 1-Facteurs sociodémographiques et économiques (Tableau N°28)

#### 1-1 Revenu de ménage

Parmi les consultants appropriés, 31,5% des consultants avaient un revenu de ménage inférieur à 3000 Dh, versus 21,9% des consultants non appropriés, alors que 32,9% des consultants non appropriés avaient un revenu supérieur à 6000Dh, versus 18,8% chez les consultants appropriés ( $P=0,04$ ).

#### 1-2 Couverture sociale

Parmi les consultants non appropriés, 18,3% des consultants possédaient une couverture sociale, versus presque 10% chez les consultants appropriés ( $P=0,01$ ).

#### 1-3 Milieu de résidence

Parmi les consultants non appropriés, 10,3% des consultants venaient du milieu rural, versus 6,7% des consultants appropriés, et 6% des consultants appropriés provenaient de la zone suburbaine de la province, versus 0,8% des consultants non appropriés ( $P=0,03$ ).

#### 1-4 Age et sexe

Pour les consultants non appropriés, 89,7% appartenait à la classe d'âge 15-59 ans, contre 85,2% chez les consultants appropriés ( $P=0,36$ ).

Les femmes représentaient plus que la moitié des consultants non appropriés (50,8%), versus 42,3% des consultants appropriés ( $P=0,06$ ).

#### 1-5 Statut matrimonial et nombre d'enfants

Dans le groupe des consultants non appropriés, il y'avait 56,7% des sujets mariés, contre 49,4% chez les consultants appropriés. Les célibataires représentaient 47,9% des consultants appropriés, versus 41,7% des consultants non appropriés ( $P=0,54$ ).

La moyenne du nombre d'enfants chez les consultants appropriés était de  $1,4 \pm 1,8$  enfants, versus  $1,5 \pm 1,7$  enfants chez les consultants non appropriés ( $P=0,33$ ).

#### 1-6 Niveau d'étude

Concernant les consultants mineurs (23 patients), 33,3% des consultants non appropriés avaient un niveau d'étude primaire versus 17,6% des consultants appropriés, et 82,4% des consultants appropriés avaient un niveau d'étude secondaire versus 66,7% des consultants non appropriés ( $P=0,4$ ).

Pour les adultes (387 patients), 49,8% des consultants appropriés avaient un niveau d'étude secondaire versus 46,7% des consultants non appropriés, et 7,5% de consultants non appropriés avaient un niveau universitaire, versus 2,2% des consultants appropriés. ( $P=0,1$ ).

**Tableau N°28:** Répartition des consultants selon leurs caractéristiques générales et selon le caractère approprié ou non de la consultation.

		Approprié %	Non approprié %	P
Age moyen± écart-type		36,4±16	37,4±15,1	0,36
Groupe d'âge	<15	2,1	0,8	0,13
	15-59	85,2	89,7	
	≥60	12,7	9,5	
Sexe	Masculin	57,5	49,2	0,06
	Féminin	42,3	50,8	
Etat matrimonial	Célibataire	47,9	41,7	0,54
	Marié(e)	49,4	56,7	
	Veuf (ve)	2,2	1,7	
	Divorcé(e)	0,4	0	
Moyenne du nombre d'enfants		1,4±1,8	1,5±1,7	0,33
Niveau d'étude				
<u>Mineurs</u>				0,4
	Illettré	0	0	
	Primaire	17,6	33,3	
	Secondaire	82,4	66,7	
	Universitaire	0	0	0,1
<u>Adultes</u>				
	Illettré	24,7	22,5	
	Primaire	23,2	23,3	
	Secondaire	49,8	46,7	
	Universitaire	2,2	7,5	
Moyenne Nombre d'années d'études		6,4±4,5	6,9±4,9	0,3
Milieu de résidence	Urbain	87,3	88,9	0,03
	Rural	6,7	10,3	
	Suburbain	6	0,8	
Revenu de ménage mensuel	<3000	31,5	21,9	0,04
	3000-6000	49,7	45,2	
	>6000	18,8	32,9	
Couverture sociale	Oui	9,9	18,3	0,01
	Non	90,1	81,7	

## 1-7 Niveau socioéconomique

La proportion des consultants appropriés avec un niveau socioéconomique élevé était de 5,3%, versus 3,2% des consultants non appropriés (P=0,6). (Tableau N°29)

## 1-8 Distance par rapport à l'hôpital

On a constaté que 75,4% des consultants non appropriée, provenaient d'un rayon kilométrique de moins de 5km versus 71,5% chez les consultants appropriés (P=0,4). (Tableau N°29)

Tableau N°29: Répartition des consultants en fonction du niveau socioéconomique, la distance par rapport à l'hôpital et le caractère approprié ou non de la consultation.

	Approprié %	Non approprié	P
Niveau socioéconomique			0,6
Bas	32	32,5	
Moyen	62,7	64,3	
élevé	5,3	3,2	
Distance			0,4
<5	71,5	75,4	
5-25	22,5	17,5	
>25	6	7,1	

## 1-9 Catégorie professionnelle

Parmi les consultants appropriés, 35,1% étaient des chômeurs, versus 29,4% dans le groupe des consultants non appropriés. Parmi les consultants appropriés, 2,3% des consultants étaient des femmes au foyer, alors qu'aucune femme au foyer n'était présente parmi les consultants non appropriés ( $P=0,17$ ). (Tableau N°30)

Tableau N°30: Répartition des consultants selon la profession et le caractère approprié ou non de la consultation.

Catégorie professionnelle	Approprié %	Non approprié	P
Ouvrier	19,6	21	0,17
Commerçant	12,1	16	
Fonctionnaire et employé	9,1	13,4	
Agriculteur	2,6	0,8	
Petits métiers	6,8	2,5	
Femme au foyer	2,3	0	
Retraité	0,8	1,7	
Chômeur	35,1	29,4	
Autres	11,7	15,1	

## 2- Facteurs liés à la consultation (Tableau N°31)

### 2-1 Niveau de référence

On a noté que 92,1% des consultants non appropriés étaient auto-référés, versus 82,7% des consultants appropriés, et que 12,7% des consultants appropriés avaient pris, eux même, la décision de consulter mais étaient accompagnés par une tiers personne, versus 4,8% chez les consultants non appropriés ( $P=8.10^{-3}$ ).

## 2-2 Début de la symptomatologie

Les symptômes avaient débutés depuis plus de 3 jours chez 42,1% des consultants non appropriés, versus 2,5% des consultants appropriés et 51,6% des consultants non appropriés avaient une symptomatologie évoluant depuis 1 à 3 jours, versus 25,7% des consultants appropriés. On a remarqué également que les plaintes avaient commencé en moins de 24 heures chez 71,8% des consultants appropriés, versus 6,3% des consultants non appropriés ( $p=10^{-6}$ ).

## 2-3 Moment de consultation

On a noté que 81% des consultants non appropriés consultaient le jour, versus 72,9% des consultants appropriés, alors que 27,1% des consultants appropriés arrivaient au SU la nuit, versus 19% des consultants non appropriés ( $P=0,08$ ).

## 2-4 Jour de consultation

La proportion des usagers qui consultent dans un jour ouvrable représentait 73,8% des consultants non appropriés, versus 69% des consultants appropriés, alors que 31% des consultants appropriés avaient consulté dans un jour férié ou un week-end, versus 26,2% des consultants non appropriés ( $P=0,3$ ).

## 2-5 Nombre de recours aux urgences

La moyenne de recours aux urgences, dans les trois derniers mois, des consultants non appropriés était de  $0,7 \pm 1,1$  versus  $0,5 \pm 1,1$  chez les consultants appropriés ( $P=0,12$ ).

## 2-6 Habitude de consulter aux urgences

On a constaté que 27% des consultants non appropriés avaient l'habitude de consulter aux urgences, versus 20,8% des consultants appropriés ( $P=0,16$ ).

Tableau N°31: Répartition des consultants en fonction des caractéristiques de la consultation et du caractère approprié ou non de la consultation.

		Approprié %	Non approprié%	P
Jour de consultation				0,3
	Jours ouvrables	69	73,8	
	Jours fériés et week-ends	31	26,2	
Moment de consultation				0,08
	Jour	72,9	81	
	Nuit	27,1	19	
Niveau de référence				0,008
	ESSB	0	0	
	Privé	1,4	3,2	
	Auto référé	82,7	92,1	
	Amené par un tiers	12,7	4,8	
	Autres établissements publics	3,2	0	
Moyenne du nombre de recours aux urgences		0,5±1,1	0,7±1,1	0,12
Habitude de consulter au SU				0,16
	Non	79,2	73	
	Oui	20,8	27	
Début de la symptomatologie				10 <sup>-6</sup>
	<24H	71,8	6,3	
	1-3 jours	25,7	51,6	
	>3 jours	2,5	42,1	

### 3- Facteurs liés au ressenti du patient (Tableau N°32)

#### 3-1 Etat du patient

On a noté que 68,3% des consultants non appropriés étaient calmes, versus 37,7% des consultants appropriés, alors que 59,2% des consultants appropriés étaient inquiets versus 31,7% des consultants non appropriés ( $P=10^{-6}$ ).

#### 3-2 Ressenti de gravité

On a constaté que 37,1% des consultants appropriés, considéraient que leur problème de santé était grave versus 20% des consultants non appropriés, alors que 36,8% des consultants non appropriés trouvaient que leur problème de santé n'était pas du tout grave, versus 10,1% des consultants appropriés ( $P=10^{-6}$ ).

#### 3-3 Ressenti d'urgence

On a noté que 44,8% des consultants non appropriés, considéraient que leur problème de santé n'était pas urgent, versus 11,2% des consultants appropriés ( $P=10^{-6}$ ).

#### 3-4 Niveau de la douleur

Parmi les consultants non appropriés, 57,1% avaient un niveau de douleur allant de 3 à 5, versus 38,2% chez les consultants appropriés, alors que 60% des consultants appropriés avaient un niveau de douleur qui dépassait 5, versus 37,1% chez les consultants non appropriés ( $P=0,03$ ).



Tableau N°32: Réparation des consultants selon le ressenti et le caractère approprié ou non de la consultation.

		Approprié %	Non approprié %	P
Etat du patient	Calme	37,7	68,3	10 <sup>-6</sup>
	Inquiet	59,2	31,7	
	Agité	3,2	0	
Perception de la gravité de la maladie	Grave	37,1	20	10 <sup>-6</sup>
	Moyennement Grave	52,9	43,2	
	Pas du tout grave	10,1	36,8	
Niveau d'urgence ressentie	urgent	37,8	19,2	10 <sup>-6</sup>
	Moyennement Urgent	51,1	36	
	Pas du tout urgent	11,2	44,8	
Niveau de la douleur	<3	1,8	5,7	0,03
	3-5	38,2	57,1	
	>5	60	37,1	

#### 4- Facteurs liés à la morbidité

##### 4-1 Type de morbidité

Parmi les consultants appropriés, 59,2% avaient consulté pour « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (chapitre XIX de la CIM10), versus 0,8% chez les consultants non appropriés, alors que 63,5% des consultants non appropriés avaient consulté pour « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » (chapitre XVIII de la CIM10), versus 22,5% chez les consultants appropriés ( $p=10^{-6}$ ). (Tableau N°33)

Tableau N°33: Répartition des consultants en fonction de la morbidité et du caractère approprié ou non de la consultation

	Approprié %	Non approprié %	P
Maladies de l'appareil respiratoire	5,6	7,9	10 <sup>-6</sup>
Maladies de l'appareil digestif	4,2	7,9	
Troubles mentaux et du comportement	3,9	6,3	
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	59,2	0,8	
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2,1	0,8	
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	2,4	
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,7	4,8	
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,1	0	
Maladies de l'appareil circulatoire	0,7	0,8	
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	22,5	63,5	
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0	0,8	
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0	0,8	
Autre	0	0,8	
Tumeurs	0	0,8	
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0	1,6	

#### 4-2 Facteurs influençant le recours aux urgences (Tableau N°34)

##### a) Nombre élevé de médecins

On a noté que presque 8% des consultants non appropriés considéraient que le nombre élevé de médecins était un motif de recours aux urgences, versus 2,1% des consultants appropriés ( $P=0,007$ ).

##### b) Expérience des professionnels

L'expérience des professionnels de santé était derrière le recours de 28,6% des consultants non appropriés, versus 18,3% des consultants appropriés ( $P=0,02$ ).

##### c) Disponibilité des spécialistes

La présence des spécialistes, était considérée comme un motif de recours au SU pour 37,3% des consultants non appropriés, versus 14,8% des consultants appropriés ( $P=10^{-6}$ ).

##### d) Absence de rendez-vous

On a remarqué que 46% des consultants non appropriés, considéraient le service des urgences comme un lieu de consultation sans rendez-vous versus 18,3% des consultants appropriés ( $p=10^{-6}$ ).

##### e) Plateau technique

Le plateau technique était derrière le recours de 47,5% des consultants appropriés, versus 30,2% des consultants non appropriés ( $p=0,001$ ).

##### f) Certificat médico-légal

On a constaté que 10,9% des consultants appropriés avaient recours au SU dans un but d'avoir un certificat médico-légal, versus 0,8% des consultants non appropriés ( $p=4.10^{-4}$ ).

#### g) Accessibilité matérielle

On a noté que 17,5% des consultants non appropriés avaient recours au SU par manque de moyens, versus 9,5% des consultants appropriés ( $P=0,02$ ).

#### h) Proximité de l'hôpital

Parmi les consultants non appropriés, 4,8% considéraient que la proximité de l'hôpital était un motif de recours aux urgences, versus 2,8% des consultants appropriés ( $P=0,23$ ).

#### i) Système de permanence

Le système de permanence assuré au SU, était derrière l'arrivée au SU de 35,7% des consultants non appropriés, versus 26,4% des consultants appropriés ( $p=0,05$ ).

Tableau N° 34: Répartition des consultants en fonction des facteurs influençant le recours aux urgences et du caractère approprié ou non de la consultation.

		Approprié %	Non approprié %	P
Nombre élevé de médecins				0,007
	Non	97,9	92,1	
	Oui	2,1	7,9	
Expérience des professionnels				0,02
	Non	81,7	71,4	
	Oui	18,3	28,6	
Disponibilité des spécialistes				10 <sup>-6</sup>
	Non	85,2	62,7	
	Oui	14,8	37,3	
Pas besoin de rendez vous				10 <sup>-6</sup>
	Non	81,7	54	
	Oui	18,3	46	
Système de permanence				0,056
	Non	73,6	64,3	
	Oui	26,4	35,7	
Plateau technique				0,001
	Non	52,5	69,8	
	Oui	47,5	30,2	
Certificats médicaux légaux				4.10 <sup>-4</sup>
	Non	89,1	99,2	
	Oui	10,9	0,8	
Accessibilité matérielle				0,02
	Non	90,5	82,5	
	Oui	9,5	17,5	
Proximité de l'hôpital				0,23
	Non	97,2	95,2	
	Oui	2,8	4,8	

## 5- Evaluation du médecin et devenir des malades

On a remarqué que 76,1% des consultants appropriés n'étaient pas urgents ( $P=10^{-6}$ ). Les consultants non appropriés qui avaient quitté le SU après avoir reçu les prestations, étaient plus nombreux que les consultants appropriés (86,5%, versus 82,7% respectivement), alors que 15,1% des consultants appropriés étaient hospitalisés, versus 6,3% des consultants non appropriés ( $P=0,001$ ). (Tableau N°35)

Tableau N°35: Répartition des consultants en fonction de l'évaluation du médecin, devenir du malade et du caractère approprié ou non de la consultation.

		Approprié %	Non approprié %	P
Evaluation du médecin				
	Urgent	23,9	0	10 <sup>-6</sup>
	Non urgent	76,1	100	
Devenir du malade				
	Sortant	82,7	86,5	0,001
	Hospitalisé	15,1	6,3	
	Référé	1,4	7,1	
	Autre	0,7	0	

# CHAPITRE VI

## DISCUSSION ET

### RECOMMANDATIONS

Le surcroît d'activité non appropriée au SU est à l'origine de problèmes organisationnels importants, et entraîne des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants, notamment par l'allongement des délais d'attente qui peut être préjudiciable à la qualité des soins et avoir des incidences sur le pronostic vital des consultants les plus graves.

La plupart des travaux faits pour l'étude des facteurs déterminant le recours approprié ou non au SU sont descriptifs.

Dans ce travail, nous avons mené une étude transversale au sein du service des urgences du CHP de Nador, sur un échantillon de 500 consultants, s'étalant sur une période de 3 semaines, allant du 20 avril au 10 mai 2010. L'objectif principal de notre étude était de déterminer les facteurs associés et prédictifs d'une consultation « non appropriée » au SU.

Notre étude a objectivé, selon nos critères de définition de la consultation non appropriée, que 30,7% des consultations aux urgences étaient non appropriées et auraient pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire.

Dans la littérature, la prévalence de l'usage non approprié des SU va de 10 à 90%, en fonction des critères utilisés pour définir une consultation non appropriée, et dans presque la moitié des études varie entre 24 et 40% (33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47)

L'usage non approprié du service des urgences est fréquent dans le monde, ce qui augmente les coûts des soins et entravent l'accès aux urgences pour les cas urgents (48,49). En outre, les cas non urgents sont gérés de façon pressée et ne parviennent pas à bénéficier d'une prise en charge globale et de la continuité des soins qu'ils pourraient obtenir au sein d'autres niveaux de soins (50).

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé d'association significative entre l'âge et le recours approprié ou non au SU. Cependant on peut remarquer que la



population fréquentant le SU de façon non appropriée était une population jeune dont l'âge moyen était de  $37,4 \pm 15,1$  ( $P=0,36$ ). Les consultants âgés avaient moins de recours non approprié au SU, Cette tendance pourrait être due à la plus forte prévalence des maladies chroniques et de comorbidité chez les personnes âgées ( 51 ) qui le plus souvent nécessitent une attention immédiate et des soins complexes (examens cliniques et paracliniques et des médicaments).(52)

Plusieurs études dans la littérature, ont montré une association inverse entre l'âge et le caractère non approprié d'une consultation au SU(34,35,36,37,40,42,43,44,46,53,54,55,56,57,58,59), alors que certaines études n'ont pas trouvé cette association (60,61)

Nous n'avons pas objectivé dans notre étude d'association significative entre le sexe et le recours approprié ou non au SU. Cependant on a remarqué que la population consultant au SU de façon non appropriée était une population à prédominance féminine (50,8%) versus 42,3% chez les consultants appropriés ( $P=0,06$ ). Les hommes se présentaient au SU pour des plaintes non appropriées moins que les femmes, c'est peut être parce que les hommes, vu le contexte marocain, ont moins de temps libre que les femmes et ne vont recourir au SU que lorsqu'ils ressentent vraiment le besoin de soins urgents. Les résultats de notre étude étaient différents de ceux rapportés dans la littérature. En effet, certaines études ont montré une association significative entre le sexe féminin et la susceptibilité de consulter de façon non appropriée au SU (35,36,42,43,46,53,57,58).

On n'a pas trouvé dans notre étude d'association statistiquement significative entre l'état matrimonial et le recours approprié ou non au SU. C'est un résultat qui est concordant avec plusieurs études (34,35,37,54,57,58), par contre une seule étude (34) a montré que les personnes célibataires consultaient plus de façon appropriée au SU ( $p = 0,046$ ).

Concernant le revenu de ménage, les consultants ayant un revenu élevé ont une tendance à utiliser le service des urgences de façon non appropriée plus que ceux ayant un revenu faible ( $p=0,04$ ). C'est un résultat discordant, car on s'attendait plus à ce que les personnes ayant un faible revenu de ménage aient recours au SU de façon non appropriée plus que les personnes ayant un revenu de ménage élevé. Nos résultats sont concordant avec ceux qui sont rapportés dans une autre étude (62), ceci pourrait être expliqué par le fait que, en général, les individus à revenu élevé ont un meilleur accès aux services de santé en général, et que les individus à revenu faible ne consultent au SU que lorsque le problème de santé devient vraiment urgent, et ceci c'est pour ne pas dépenser de l'argent. Cela finit par aggraver les inégalités en santé, puisque les individus à revenu élevé occupent les SU par des plaintes non appropriées, ce qui limite l'accès des populations à faible revenu qui viennent pour des problèmes vraiment urgents.

Pour la couverture sociale, 12,4% seulement des consultants non dépendants disposaient d'une couverture sociale.

Le fait d'avoir une couverture sociale était un facteur prédictif d'une consultation non appropriée au SU (18,3% des consultants non appropriés possédaient une couverture sociale versus 9,9% chez les consultants appropriés ;  $P=0,01$ ). Ce résultat est concordant avec ceux rapportés dans une autre étude (62). On peut expliquer ceci par le fait que lorsque l'individu possède une couverture sociale, il devient plus motivé à consulter, demander des examens complémentaires et acheter des médicaments. L'étude de Lang (63) portant sur 1208 patients a montré que l'absence de couverture sociale est un facteur prédictif de consultation non appropriée au SU.

Nous avons trouvé que dans le groupe des consultants non appropriés, la proportion des consultants ruraux était plus élevée que chez les consultants appropriés (10,3% vs 6,7% ;  $P=0,03$ ). Ce résultat est peut être lié à l'absence de

centres de soins de proximité ou à la confiance que font les gens aux services fournis par le SU.

On n'a pas trouvé d'association statistiquement significative entre la distance par rapport à l'hôpital et le recours non approprié au SU ( $P=0,4$ ), cependant dans l'approche descriptive nous pouvons juste constater que presque trois quarts des consultants (72,7%) viennent d'un rayon kilométrique de moins de 5 Km.

Afin de comparer le rayon d'attraction de CHP de Nador avec d'autres hôpitaux à l'échelle nationale, nous avons fait une comparaison de la proportion des patients résidants dans la commune d'implantation de l'hôpital de Nador (72%) avec celle des autres hôpitaux rapportés dans l'étude HERA en 2002 (Al-Hoceima :71,4% ; Essaouira :69,2% ;Kenitra :46,8% ;...) (1)

Nous pouvons constater que quel que soit l'hôpital, une part très importante de la population provenait de la commune d'implantation de cet hôpital. On enregistre bien sûr des différences selon les hôpitaux, mais le constat général qui se dégage de nos chiffres ainsi que ceux exposés dans l'étude HERA, est que ces hôpitaux occupent principalement une place «locale» plutôt qu'une position stratégique de structure de référence. Ceci est particulièrement vrai pour le service des urgences.

Concernant la répartition des consultants en fonction de leurs caractéristiques professionnelles, nous n'avons pas retrouvé dans notre étude d'association significative avec le caractère approprié ou non du recours au SU ( $P=0,17$ ), la même remarque a été rapportée dans la plupart des études, où le statut professionnel n'était pas associé à l'usage non appropriée du SU (34,35,46,57,61).

On a objectivé une association statistiquement significative entre le mode auto-référent des consultants et le recours non approprié au SU. En effet, la majorité des consultants non appropriés (92,1%) venaient d'eux même au SU versus 82,7% chez les consultants appropriés ( $P=0,008$ ), ces résultats sont renforcés par d'autres

études de la littérature ; Selon Coleman et al. (51), les deux tiers des patients avec plaintes non appropriées sont venus d'eux même aux urgences. Cinq autres études ont montré que les consultants auto-référés avaient 1,4 à 2,4 fois plus de chance de recourir au SU de façon non appropriée que ceux référés par un professionnel de la santé (35,36,64,58) ou d'autres hôpitaux (37). Alors que, deux auteurs (47,65) n'ont pas trouvé cette association.

D'après notre enquête, l'habitude de consulter au SU n'était pas un facteur associé à une consultation appropriée ou non aux urgences, cependant on peut noter que plus d'un quart des consultants non appropriés (27%) avaient l'habitude de consulter au SU, contre presque 20,8% des consultants appropriés ( $P=0,16$ ). Le délai d'apparition des symptômes était un marqueur très significatif d'une consultation appropriée ou non aux urgences ( $P=10^{-6}$ ). Presque 72% des patients consultants de façon appropriée avaient des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures versus 6,3% chez les consultants non appropriés, alors que 42,1% des consultants non appropriés avaient des symptômes évoluant depuis plus de trois jours versus 2,5% des consultants appropriés.

Le début de la symptomatologie est parmi les critères utilisés par les médecins experts pour évaluer une consultation comme étant appropriée ou non. Ce résultat est conforté par l'étude de Carret et al (52), qui a trouvé que le taux de consultations non-urgentes était plus élevé si les patients avaient un problème évoluant depuis plus de 24 heures.

Le moment de consultation et le jour de consultation n'étaient pas associés au recours approprié ou non au SU, avec respectivement  $P$  est égal à 0,08 et 0,3. Cependant on a noté que plus de trois quarts des consultants non appropriés (81%) arrivaient aux urgences le jour (8h à 20h) versus presque 73% chez les consultants appropriés, et que la proportion des consultants non appropriés qui consultaient dans un jour ouvrable était de 73,8% versus 69% chez les consultants appropriés.

Certaines études qui ont évalué le moment de consultation et le jour de consultation aux urgences, ont révélé que le jour était la période de l'usage intensif de façon non appropriée du SU (35,42), et que le Jour de la semaine n'était pas associé à une utilisation non appropriée du SU (34,36,43,58)

On a trouvé que l'état du patient jugé par le médecin était significativement associé au recours approprié ou non au SU ( $P=10^{-6}$ ). En effet, plus que deux tiers des consultants non appropriés (68,3%) étaient calmes versus 37,7% des consultants appropriés. Ceci est peut être lié au type de morbidité, puisqu'au contraire des consultants appropriés, le motif d'admission de la majorité des consultants non appropriés n'était ni grave ni urgent.

Notre étude a objectivé que la perception d'urgence et de gravité étaient significativement associés au recours approprié ou non au SU ( $P=10^{-6}$ ). En effet, presque 45% des consultants non appropriés considéraient que leur problème de santé n'était pas urgent versus 11,2% des consultants appropriés, et que plus d'un tiers des consultants non appropriés (36,8%) disaient que leurs problème de santé n'était pas grave versus 10,1% des consultants appropriés.

Selon la thèse de Dr Mariève .B (13), on n'a pas trouvé d'association significative entre le ressenti du patient sur le degré d'urgence et la gravité de sa situation et le recours approprié ou non au SU.

Le ressenti du patient sur le degré d'urgence et la gravité de sa situation est subjectif et souvent non adapté à la réalité médicale. Différents auteurs ont trouvé que plusieurs visites à l'urgence hospitalière pour des problèmes de santé de nature non urgente étaient dues à une évaluation imprécise de la gravité de la maladie par les patients ou les membres de leur famille. Ils ont aussi trouvé une différence entre le degré de gravité perçu et rapporté par les patients ou par leurs parents et celui résultant de l'évaluation effectuée par le personnel de soins au niveau des urgences

(66,67,68,69), les patients ont tendance à surestimer la gravité et le degré d'urgence de leur état.

On a trouvé une association statistiquement significative entre le niveau de la douleur et le recours approprié ou non au SU ( $P=0,03$ ). Plus que la moitié des consultants non appropriés (57,1%) déclaraient ressentir une douleur d'intensité moyenne versus 38,2% des consultants appropriés alors que 60% des consultants appropriés ressentaient une douleur intense versus 37,1% des consultants non appropriés. Cette association peut être expliquée par le fait que la douleur est parmi les motifs de consultation fréquemment retrouvés dans les SU, et que cette douleur est fortement liée à la pathologie traumatique.

On a trouvé dans notre étude que plus que la moitié des consultations appropriées (59,2%) était dominée par les lésions traumatiques versus 0,8% chez les consultants non appropriés ( $P=10^{-6}$ ). Cela peut être expliqué par le fait que le CHP de Nador est situé sur un axe routier très accidenté et également le taux d'agressions qui est de plus en plus grandissant, et que le service des urgences est la seule structure de soins de santé publique qui accueille ce type de pathologies. Presque deux tiers des consultants non appropriés (63,5%) étaient admis au SU pour les symptômes, signes et résultats anormaux d'examens regroupés dans le chapitre XVIII de la CIM 10 versus 22,5% chez les consultants appropriés ( $P=10^{-6}$ ), Il s'agit essentiellement de signes généraux (nausée, toux, céphalée, problèmes urinaires, fièvre d'origine inconnue...) pour lesquels le diagnostic précis n'était pas posé. Ce type de morbidité s'expliquerait par le fait que le service des urgences joue parfois le rôle des structures de première ligne et traite tous types de symptômes ce qui pose le problème de chevauchement des missions des structures de soins et non leur complémentarité. Concernant le reste des autres pathologies, on a trouvé que 7,9% des consultants non appropriés étaient admis pour des problèmes respiratoires versus 5,6% chez les consultants appropriés, et 7,9% des consultants non appropriés

étaient admis pour des problèmes digestifs versus 4,2% chez les consultants appropriés ( $P=10^{-6}$ ).

Les principaux motifs d'admission des consultants non appropriés aux urgences varient considérablement d'une étude à l'autre. En effet, Trois études descriptives ont indiqué que les problèmes respiratoires (surtout chez les jeunes patients) et les problèmes digestifs (59); les douleurs abdominales et précordiales (34), et les plaintes oculaires et auriculaires (37) constituaient les principaux motifs d'admission des consultants non appropriés au SU.

Notre étude a trouvé une association significative entre l'absence de rendez-vous et le recours approprié ou non au service des urgences. En effet, l'absence de rendez-vous était derrière le recours de 46% des consultants non appropriés versus 18,3% des consultants appropriés ( $P=10^{-6}$ ). Plusieurs études ont montré que les difficultés d'accès aux soins dans une structure de santé primaire, est un facteur important pour une utilisation non appropriée du SU (34,35,37,42,55,64,61) bien que la difficulté ne s'agit pas seulement de la disponibilité des services de soins primaires (parce que la prévalence de l'utilisation non appropriée du SU durant la journée, quand les structures de soins primaires sont en marche, est grande), mais la possibilité d'obtenir rapidement les soins (48,50).

Nous avons objectivé une association statistiquement significative entre la possibilité de réaliser des examens paracliniques et le recours approprié ou non au SU. En effet, le plateau technique était derrière le recours au SU de 30,2% des consultants non appropriés versus 47,5% chez les consultants appropriés ( $P=10^{-3}$ ). Nos résultats sont confortés par ceux d'une autre étude qui a rapporté que la possibilité de bénéficier d'examens paracliniques est un facteur associé au recours non approprié aux urgences (55)

On a trouvé dans notre étude que d'autres facteurs motivant le recours au SU étaient associés au recours approprié ou non au SU. En effet, la disponibilité des

spécialistes, l'expérience des professionnels de santé et l'accessibilité matérielle étaient derrière le recours aux urgences, respectivement, de 37,3 ; 28,6 et 17,5% des consultants non appropriés versus 14,8 ; 18,3 et 9,5%, respectivement, chez les consultants appropriés ( $P=10^{-6}$  ; 0,02 ; 0,02). D'après plusieurs thèses (Dr Desjardin, Dr Escandre) (13), l'attitude des patients est de plus en plus consumériste, avec une demande de technicité, de rapidité et d'efficacité de la permanence des soins. Les patients auraient tendance à utiliser les urgences et non plus les consulter.

Concernant le type de sortie des malades, on a trouvé une association statistiquement significative avec le recours approprié ou non au SU, puisque 86,5% des consultants non appropriés avaient quitté le SU après avoir reçu les prestations, versus 82,7% des consultants appropriés ( $P=10^{-3}$ ). Ce résultat est logique et pourrait être expliqué par le type de pathologie et son degré de gravité.

Parmi les consultants appropriés, 76,1% des consultants étaient non urgents versus 100% chez les consultants non appropriés ( $P=10^{-6}$ ). Ce résultat est logique parce qu'on n'a pas adopté les mêmes critères de définition du recours non approprié utilisés dans les études internationales (le temps que peut attendre un patient avant de recevoir le traitement, l'évaluation médicale du risque de décès ou de lésions d'un organe, les paramètres vitaux, la possibilité de survenue de complications..).

Nous avons cherché dans notre étude à expliquer, et non seulement à décrire, les facteurs associés au recours non approprié au SU, cependant notre travail a certaines limites méthodologiques, nous citons principalement : la définition de la notion du recours non approprié au SU, le lieu où on a mené notre étude qui est un hôpital provincial et l'absence d'informations sur les motifs du non recours des consultants aux ESSB.



Pour la notion du recours non approprié au SU, On n'a pas adopté les mêmes critères de définition qui ont été utilisés dans les autres études internationales, car on n'a pas pu mesurer certains indicateurs utilisés dans ces études (citer). Ainsi, nous avons adapté la définition d'une consultation non appropriée au contexte marocain sur la base de nos objectifs et tenons en compte la spécificité du contexte marocain. Au Maroc, le SU est la seule structure publique de soins de santé publique où l'individu peut consulter en urgence la nuit, le week-end et les jours fériés, c'est pour cette raison qu'on a considéré certaines consultations comme étant appropriées, alors qu'elles seraient considérées dans d'autres études comme étant non appropriées.

Notre étude qui est menée au CHP de Nador ne pourra être que le reflet d'une partie des besoins de la population de Nador. Les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés vu la variabilité des déterminants de morbidité et des motifs de recours d'une région à une autre et la spécificité de chaque population et de chaque établissement de soins.

Pour les consultants non appropriés, on n'a pas posé de questions sur les motifs du non recours aux établissements de soins de santé de base pour avoir plus informations, ça aurait pu nous aider à comprendre ce qui se passe au sein du réseau de soins de santé de base

Il existe différentes études sur le recours non approprié au SU, mais la diversité des critères utilisés limite la comparabilité des résultats. Néanmoins, le profil sociodémographique de la population qui consulte de façon non appropriée au SU est bien défini. Alors que la plupart des études disponibles sur les motivations derrière le recours non approprié au SU sont descriptives, ce qui limite la clarification de ces motifs.

Nous estimons que notre échantillon est un échantillon représentatif de la population ayant recours au SU de Nador. En effet, notre étude s'est déroulée sur

une période de trois semaines, couvrant les jours ouvrables, les week-ends et les jours fériés que ça soit au cours du jour ou des nuits. En plus nous n'avons eu aucun refus de participation pour notre étude.

Nous avons développé notre questionnaire sur la base de nos objectifs et d'une recherche bibliographique détaillée sur les facteurs associés au recours non approprié au service des urgences. Ainsi nous estimons que notre questionnaire contenait les différents facteurs de confusion potentiels. Dans notre travail, nous n'avons pas effectué d'analyse multivariée par manque de temps. Un projet d'article est prévu dans ce sens et comprendra des analyses multivariées pour la prise en compte des différentes variables explicatives du recours non approprié au SU.

Les recommandations que nous émettons dans ce dernier chapitre, découlent des résultats de l'analyse des facteurs associés au recours appropriés ou non des consultants au service des urgences.

Durant notre étude, nous avons noté que ça soit, une urgence vitale, subjective ou ressentie, le patient doit sentir que son besoin est satisfait.

Le deuxième groupe de morbidité chez cette population est constitué par les symptômes non spécifiques comme fièvre, douleur, angine, toux... cela nous incite à agir en amont du service des urgences, et donc améliorer les services rendus par les ESSB en assurant une formation adaptée dans la prise en charge des urgences médicales au profit des professionnels de santé aux différents niveaux tout en améliorant le plateau technique de ces établissements. Evidemment, il faudrait fidéliser les usagers par la disponibilité des médicaments et par l'amélioration d'accueil et de prise en charge. Un système de permanence dans ces établissements pourrait être envisagé pendant la nuit, les jours fériés et les week-ends. Une étude a été réalisée par Gill et Riley en 1996 (70) qui démontrait que fournir simplement une source régulière de soins primaires n'aurait pas un impact significatif sur l'utilisation non appropriée du service des urgences. Ils recommandaient la nécessité de

l'éducation des patients sur l'utilisation des consultations, en association avec le développement de structures de soins primaires adaptées.

Nous avons noté au cours de notre étude que la majorité (92,1%) des consultants non appropriés venait au service des urgences d'eux même (auto référés). Pour lutter contre l'utilisation abusive et injustifiée du service des urgences, il faudrait :

- Ø Entreprendre des actions de communication et d'éducation du grand public pour promouvoir le bon usage du service des urgences par la connaissance des différentes possibilités offertes en dehors de l'hôpital.
- Ø Développer et exiger le système de référence contre référence pour améliorer l'efficacité du système d'orientation recours entre les différents niveaux du système de soins. Chaque élément du système doit jouer son rôle spécifique et chaque niveau de soins doit être complémentaire et non concurrent.

Parmi les solutions pour gérer le flux, la proposition d'un système de tri est de mise. Mais les problèmes qui se posent ce sont les moyens utilisés.

- Ø Le tri téléphonique préhospitalier à travers un numéro national dédié à la régulation médicale et assurant l'interconnexion avec les autres numéros d'appels de secours : ce qui pourrait gérer le flux dans les structures des urgences en fonction des ressources de chaque établissement de soins, et coordonner les actions de soins d'urgences ; ou
- Ø Le tri fait par un infirmier à l'entrée des urgences, qui n'aura pour but que d'identifier quels sont les patients à prendre en priorité en fonction de l'urgence médicale.

Notre étude a révélé que 90,1% des consultants appropriés ne possédaient pas une couverture médicale, il faudrait activer la mise en place du Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED) car l'hôpital n'a pas d'enveloppe

budgétaire pour supporter les coûts de soins consommés par cette catégorie de patients ce qui entrave son propre développement et retentit sur la qualité de ces prestations.

Pour répondre aux autres motifs de recours, nous suggérons la création d'une unité des certificats médico-légaux en dehors du service des urgences, car nous avons noté que c'est le motif de recours de 11% des consultants appropriés et ce volet peut être traité à froid et permettra de désengorger le service des urgences.

Les études à venir, notamment sur l'association, avec des critères normalisés pour caractériser l'usage non approprié des SU, avec une enquête approfondie sur les raisons conduisant la population à utiliser les services d'urgence de façon non appropriée, peuvent aider à établir des stratégies pour réduire le problème. Les études d'intervention seront également nécessaires pour tester les stratégies proposées. Il serait intéressant aussi de réaliser des études pour chercher les facteurs associés au recours aux ESSB afin de mieux comprendre le problème.

# CHAPITRE VII

# CONCLUSION

Cette étude originale nous a permis de tirer des informations pertinentes concernant le recours au SU. En effet, nous avons cherché dans ce travail à expliquer, et non seulement à décrire, les facteurs prédictifs d'une consultation non appropriée au SU. On a trouvé effectivement une association entre l'usage non approprié du SU et plusieurs facteurs en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques et économiques des consultants, le ressenti des consultants et les caractéristiques de la consultation. Plusieurs efforts doivent être déployés pour bien prendre en charge les consultants au service des urgences et pour assurer une gestion efficace et efficiente de ce service. Il faudrait entreprendre des actions de communication et d'éducation de la population pour promouvoir le bon usage du service des urgences, et agir en amont de ce service en améliorant les services rendus par les établissements de soins de santé de base et en augmentant l'offre de soins à ce niveau. Il faudrait également instaurer un système de gardes au sein des établissements de soins de santé de base, pendant la nuit les week-ends et les jours fériés, pour mieux répondre à la demande des consultants. D'autres études analytiques des facteurs associés au recours non approprié au SU devraient être menées dans d'autres régions du Maroc et au sein de différents niveaux d'établissements hospitaliers pour prendre les spécificités régionales et hospitalières. Il faudrait également recueillir l'information sur les facteurs associés au non recours aux établissements de SSB chez les consultants non appropriés au SU.

# RESUME

## Résumé

**Introduction :** L'utilisation non appropriée du service des urgences est à l'origine de problèmes organisationnels importants et entraîne des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants. L'objectif principal de ce travail est de déterminer les facteurs associés au recours non approprié au service des urgences.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale réalisée au niveau du service des urgences du Centre Hospitalier Provincial de Nador, sur une période de trois semaines, allant du 20 avril au 10 mai 2010, auprès de 500 consultants de ce service. Le recueil de l'information s'est fait au moyen d'un questionnaire développé à partir des objectifs du travail et d'une revue bibliographique sur ce sujet. Pour la définition d'une consultation non appropriée, on s'est basé sur des critères qu'on a adaptés au contexte marocain (nature de la pathologie, jour et moment de la consultation ainsi que l'ancienneté des symptômes).

**Résultats :** Notre échantillon était constitué de deux groupes de consultants, les consultants dépendants (90 individus) et les consultants non dépendants (410 individus). La moyenne d'âge dans le groupe des consultants non dépendants était de  $36,7 \pm 15,7$  ans avec une prédominance masculine (55,1%). La proportion des consultants non appropriés était de 31,5%. Parmi les consultants non appropriés, presque 33% avaient un revenu de ménage supérieur à 6000 Dh, versus presque 19% chez les consultants appropriés. Les consultants ayant une couverture sociale représentaient 18,3% des consultants non appropriés, versus presque 10% chez les consultants appropriés. La proportion des consultants ruraux représentait 10,3% des consultants non appropriés, versus 6,7% des consultants appropriés. 92,1% des consultants non appropriés étaient auto-référés, versus 82,7% des consultants appropriés. Les symptômes avaient débutés depuis plus de 3 jours chez 42,1% des



consultants non appropriés, versus 2,5% des consultants appropriés. Parmi les consultants non appropriés une proportion de 68,3% était calme, versus 37,7% chez les consultants appropriés. Parmi les consultants non appropriés, 36,8% des consultants disaient que leur problème de santé n'était pas du tout grave, versus 10,1% des consultants appropriés. Pour les consultants non appropriés une proportion de 44,8% des consultants considérait que leur problème de santé n'était pas urgent, versus 11,2% des consultants appropriés. Parmi les consultants non appropriés, 57,1% avaient un niveau de douleur allant de 3 à 5, versus 38,2% chez les consultants appropriés. Une proportion de 63,5% des consultants non appropriés avait consulté pour des symptômes non spécifiques, versus 22,5% chez les consultants appropriés. Le nombre élevé de médecins au service des urgences était le motif de recours de 8% des consultants non appropriés versus 2,1% des consultants appropriés. L'expérience des professionnels de santé au service des urgences était derrière le recours de 28,6% des consultants non appropriés, versus 18,3% des consultants appropriés. La disponibilité des spécialistes était considérée comme un motif de recours au service des urgences pour 37,3% des consultants non appropriés, versus 14,8% des consultants appropriés. L'absence de rendez-vous était le motif de recours de 46% des consultants non appropriés, versus 18,3% des consultants appropriés. Le plateau technique était derrière le recours au service des urgences de 47,5% des consultants appropriés versus 30,2% des consultants non appropriés. Le certificat médico-légal était le motif de recours de 10,9% des consultants appropriés versus 0,8% des consultants non appropriés. L'accessibilité matérielle était le motif de recours de 17,5% des consultants non appropriés versus 9,5% des consultants appropriés. Parmi les consultants appropriés, seulement 23,9% des consultants étaient urgents. Concernant le devenir des malades, une proportion de 86,5% des consultants non appropriés avaient quitté le service des urgences après avoir reçu les prestations versus 82,7% des consultants appropriés.

Conclusion : Cette étude nous a permis d'identifier plusieurs facteurs prédictifs d'une consultation non appropriée au service des urgences. Entreprendre des actions de communication et d'éducation du grand public pour promouvoir le bon usage du service des urgences, l'instauration d'un système de garde au sein des établissements de soins de santé de base ainsi que l'amélioration des services rendus par ces établissements deviennent une véritable nécessité pour assurer un bon fonctionnement du service des urgences.

## Abstract

**Introduction:** Inappropriate use of emergency department is the source of significant organizational problems, and leads to breakdowns in management consultants. Our main objective is to determine factors associated with inappropriate use of the emergency department.

**Materials and methods:** This is a transversal study conducted at the emergency department of the Provincial Hospital of Nador, over a period of three weeks, from April 20 to May 10, 2010 among 500 consultants in emergency department. The information gathering was done through a questionnaire developed from the work objectives and research literature on this topic. For the definition of an inappropriate consultation, it was based on criteria that has adapted to the Moroccan context (nature of the pathology, level of pain, day and time of consultation and length of symptoms).

**Results:** Our sample consisted of two groups of consultants, dependent consultants (90 individuals) and independent consultants (410 individuals). The mean of age in the non-dependent group of consultants was  $36.7 \pm 15.7$  years with a male predominance (55.1%). The proportion of consultants inappropriate was 30.7 %. Among the consultants inappropriate, almost 33% had household incomes greater than 6000dh versus almost 19% in appropriate consultants. Among the consultants inappropriate, 18.3% had health insurance, versus nearly 10% for appropriate consultants. Among the consultants inappropriate, 10.3% were from rural areas, versus 6.7% for appropriate consultants. 92.1% of consultants inappropriate were self-referrals, versus 82.7% of appropriate consultants. The symptoms had begun more than 3 days in 42.1% of consultants inappropriate, versus 2.5% of appropriate consultants. Among the consultants inappropriate a proportion of 68.3% was calm, versus 37.7% in the appropriate consultants. Among the consultants inappropriate, 36.8% of consultants said that their health problem was not serious at all, versus

10.1% of appropriate consultants. For consultants inappropriate a proportion of 44.8% of consultants felt that their condition was not urgent, versus 11.2% of appropriate consultants. Among the consultants inappropriate, 57.1% had a pain level of 3 to 5, versus 38.2% in the appropriate consultants. A proportion of 63.5% of consultants inappropriate had consulted for non-specific symptoms, versus 22.5% in the appropriate consultants. The high number of doctors in the emergency department was the reason for use of 8% of consultants inappropriate versus 2.1% of appropriate consultants. The experience of health professionals in the emergency department was behind the use of 28.6% of consultants inappropriate, versus 18.3% of appropriate consultants. Availability of specialists was considered grounds for appeal in the emergency department for 37.3% of consultants inappropriate, versus 14.8% of appropriate consultants. The lack of appointment was the reason for appeal of 46% of consultants inappropriate, versus 18.3% of appropriate consultants. The technical platform was behind the use of the emergency department of 47.5% of appropriate consultants, versus 30.2% of consultants inappropriate. The medico-legal certificate was the reason for use of 10.9 of appropriate consultants versus 0.8% of consultants inappropriate. The material resources accessibility was the reason for use of 17.5% of consultants inappropriate versus 9.5% of appropriate consultants. Among the appropriate consultants, only 23.9% of patients were urgent. Regarding the outcome of patients, a proportion of 86.5% of consultants inappropriate had left emergency department after having received the benefits versus 82.7% of appropriate consultants.

Conclusion: This study identified several predictors of an inappropriate consultation in emergency department. Undertake communication activities and public education to promote proper use of emergency department, establishing a system of care in institutions of basic health care and improving services provided by these institutions become a real necessity for proper functioning of the emergency department.

## ملخص

**مقدمة:** يعتبر الاستعمال الغير السليم لقسم المستعجلات سببا في مشاكل تنظيمية هامة، وقد يؤدي إلى اختلالات في جودة الخدمات المقدمة للمرضى. كان هدفنا الرئيسي من خلال هذا البحث هو تحديد العوامل المرتبطة بالاستعمال الغير السليم لقسم المستعجلات.

**المواد و الأساليب:** قمنا بدراسة مُستَعرضة بقسم المستعجلات للمستشفى الإقليمي بمدينة الناظور على مدى ثلاثة أسابيع، من 20 أبريل إلى 10 مايو 2010. شمل هذا البحث 500 مريض بهذا القسم وقد تم استقاء المعلومات من خلال استمارة تم بلورتها انطلاقا من الأهداف المسطرة لهذا البحث وكذلك من خلال بحث ببيوغرافي حول هذا الموضوع.

تم تعريف الاستشارة الغير السليمة اعتمادا على معايير مكيفة مع الواقع المغربي (طبيعة المرض، مستوى الألم، يوم ووقت الاستشارة وكذا أقدمية الأعراض)

**النتائج:** كانت عينتنا مؤلفة من مجموعتين من المرضى، المرضى المعالون (90 فردا) والمرضى الغير المعالون (410 فردا). يبلغ متوسط عمر مجموعة المرضى الغير المعالين  $36,7 \pm 15,7$  عاما مع غلبة للذكور . (55,1%) تبلغ نسبة المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة 30.7%. يوجد من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة 33% تقريبا يمتلكون دخلا يفوق 6000 درهما مقابل ما يقارب 19% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. يوجد من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة، 18.3% يمتلكون تغطية اجتماعية مقابل ما يقارب 10% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. يوجد من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة 10.3% جاؤوا من الوسط القروي، مقابل 6.7% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. 92.1% من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة جاؤوا من تلقاء أنفسهم، مقابل 82.7% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. ظهرت الأعراض منذ أكثر من 3 أيام لدى 42.1% من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة، مقابل 2.5% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. كانت حالة 68.3% من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة هادئة، مقابل 37.7% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. قال 36.8% من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة أن مشكلتهم الصحية ليست بالخطيرة، مقابل 10.1% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. اعتبرت نسبة 44.8% من بين المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة أن مشكلتهم الصحية ليست بالمستعجلة، مقابل 11.2% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة. يتراوح مستوى الألم لدى 57.1% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة من 3 إلى 5، مقابل 38.2% من بين المرضى من فئة الاستشارة السليمة. كانت الأعراض الغير المحددة سببا في الذهاب للاستشارة بنسبة 63.5% للمرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة، مقابل 22.5% للمرضى من فئة الاستشارة السليمة. كانت كثرة الأطباء في قسم المستعجلات دافعا وراء لجوء 8% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة، مقابل 2.1% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة. كانت خبرة مهنيي قطاع الصحة بقسم المستعجلات وراء لجوء 28.6% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة، مقابل 18.3% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة.

توفر الأطباء المتخصصين كان وراء لجوء 37.3% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة إلى قسم المستعجلات، مقابل 14.8% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة. كان غياب المواعيد وراء لجوء 46% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة، مقابل 18.3% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة. كانت القاعدة التقنية وراء لجوء 47.5% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة إلى قسم المستعجلات، مقابل 30.2% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة. كانت الشهادة الطبية الشرعية دافعا وراء لجوء 10.9% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة ، مقابل 0.8% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة. الظروف المادية كانت دافعا للجوء 17.5% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة ،مقابل 9.5% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة. من بين جميع المرضى من فئة الاستشارة السليمة ، 23.9% فقط كانت حالتهم مستعجلة. فيما يخص مصير المرضى، فإن نسبة 86.5% من المرضى من فئة الاستشارة الغير السليمة غادرت قسم المستعجلات بعد تلقيها للعلاجات، مقابل 82.7% من المرضى من فئة الاستشارة السليمة.

**الخلاصة:** مكنتنا هذه الدراسة من تحديد مجموعة من العوامل المرتبطة بالاستشارة الغير السليمة بقسم المستعجلات. هذه النتائج تدعو إلى القيام بإجراءات تواصلية وتربوية تجاه عامة الناس من أجل الاستعمال السليم لقسم المستعجلات ،إنشاء نظام للحراسة بمؤسسات الرعاية الصحية الأساسية وكذا تحسين الخدمات المقدمة بهذه المؤسسات من أجل ضمان العمل السليم لقسم المستعجلات.

# ANNEXES

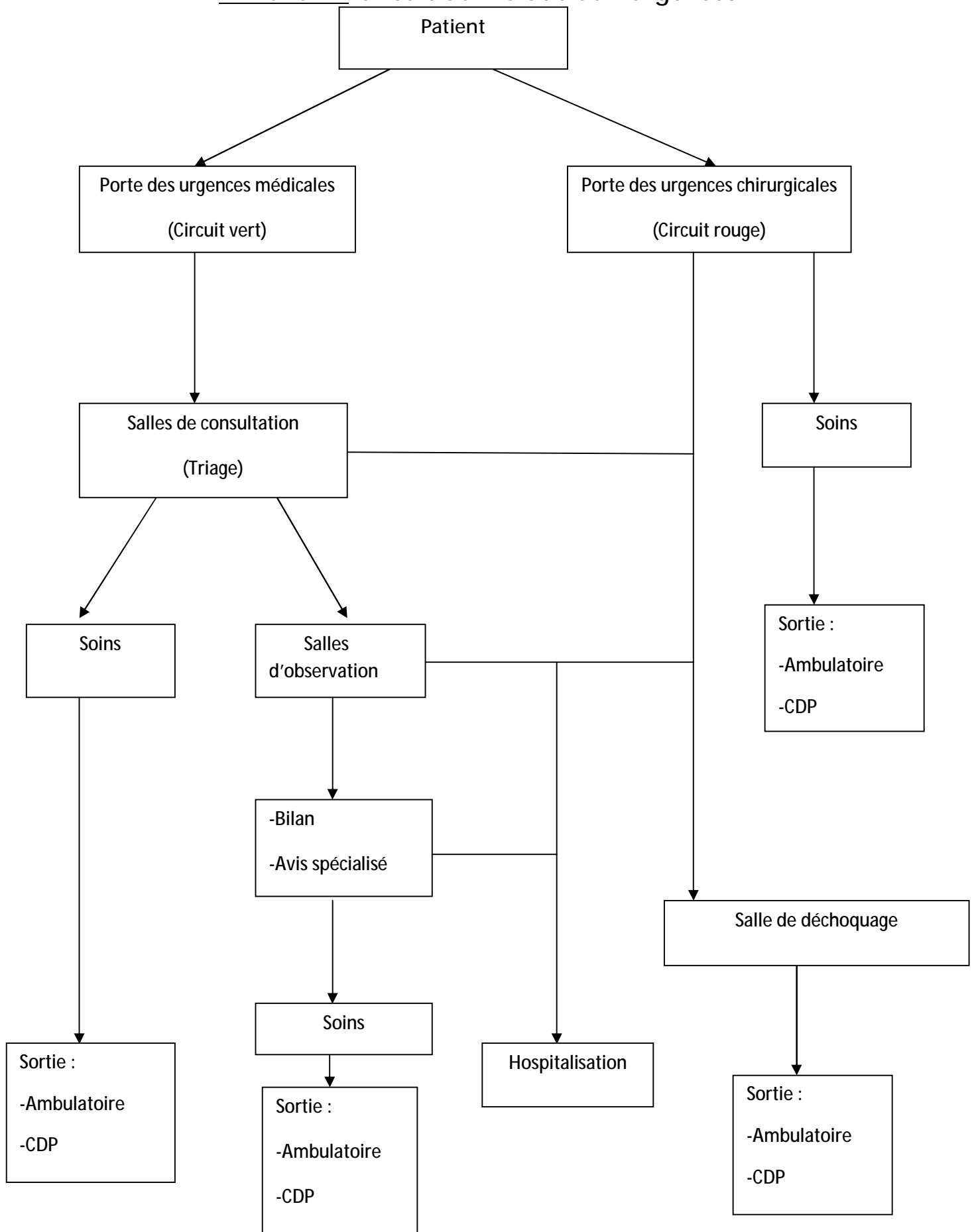
## Annexe1 : Classification CIM10

La CIM 10 est organisée en vingt deux chapitres qui sont les suivants :

- ✓ Chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)
- ✓ Chapitre II : Tumeurs (C00-D48)
- ✓ Chapitre III : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)
- ✓ Chapitre IV : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)
- ✓ Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)
- ✓ Chapitre VI : Maladies du système nerveux (G00-G99)
- ✓ Chapitre VII : Maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59)
- ✓ Chapitre VIII : Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)
- ✓ Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)
- ✓ Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)
- ✓ Chapitre XI : Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)
- ✓ Chapitre XII : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)
- ✓ Chapitre XIII : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)
- ✓ Chapitre XIV : Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)
- ✓ Chapitre XV : Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)
- ✓ Chapitre XVI : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)
- ✓ Chapitre XVII : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)
- ✓ Chapitre XVIII : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)
- ✓ Chapitre XIX : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)
- ✓ Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)
- ✓ Chapitre XXI : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)
- ✓ Chapitre XXII : Codes d'utilisation particulière (U00-U99)



## Annexe 2 : Circuit du malade aux urgences



## Annexe 3: Questionnaire

Identifiant :

### FICHE D'EXPLOITATION

Patient : ☐/Enfant / Personne dépendante ☐/Adulte

#### I- Caractéristiques sociodémographiques du patient :

Age en années révolues

Sexe : ☐ M ☐ F

Etat matrimonial : ☐/Célibataire ☐/Marié(e) ☐/Veuf (ve) ☐/Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Niveau d'instruction : ☐/illettré ☐/primaire ☐/secondaire

☐/Universitaire ☐/autre

Nombre d'année d'étude : /année

Profession : ☐/actif, à préciser : .....

☐/retraité ☐/chômeur ☐/femme au foyer

Niveau-socioéconomique : ☐/bas ☐/moyen ☐/élevé

Revenu du ménage : ..... Dirhams ☐/Refus ☐/Ne sais pas

Couverture sociale : ☐/Mutuelle - Assurance ☐/Pas de couverture sociale

Milieu de résidence: ..... ☐/Urbain ☐/Rural ☐/Sub urbain

#### II. Pour les enfants et les sujets dépendants : Caractéristiques sociodémographiques de la personne responsable :

Lien avec la personne malade : .....

Quia pris la décision de consulter au service des urgences ? .....

Age en années révolues

Sexe : ☐ M ☐ F

Etat matrimonial : ☐/Célibataire ☐/Marié(e) ☐/Veuf (ve) ☐/Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Niveau d'instruction : ☐/illettré ☐/primaire ☐/secondaire

☐/Universitaire ☐/autre

Nombre d'année d'étude : /année

Profession : ☐/actif, à préciser : .....

☐/retraité ☐/chômeur ☐/femme au foyer

Niveau-socioéconomique : ☐/bas ☐/moyen ☐/élevé

Revenu du ménage : ..... Dirhams ☐/Refus ☐/Ne sais pas

Couverture sociale : ☐/Mutuelle - Assurance ☐/Pas de couverture sociale

Milieu de résidence: ..... ☐/Urbain ☐/Rural ☐/Sub urbain

#### III- Information sur la consultation :

Date et Heure d'arrivée du patient: le ...../...../2010 à .....H.....Min.

Référé : ☐/ESSB ☐/Privé ☐/Auto référé ☐/Amené par un tiers

☐/Amené par l'ambulancier ☐/Autres établissements publics

Nombre de recours au service des urgences ces 3 derniers mois:

Avez-vous l'habitude de consulter au service des urgences ?:

oui ☐ non ☐

Si oui préciser les motifs : .....

.....

Motif de consultation actuelle : .....

Etat du patient : ☐/Calme ☐/Inquiet ☐/Agité

Perception de la maladie par le malade (1) : ☐/Non App

☐/Grave ☐/Moyennement grave ☐/pas du tout grave

Perception de la maladie par le malade (2) : ☐/Non App

☐/Urgent ☐/Moyennement urgent ☐/Pas urgent

Niveau de la douleur: \_0\_ \_1\_ \_2\_ \_3\_ \_4\_ \_5\_ \_6\_ \_7\_ \_8\_ \_9\_ \_10\_

☐/Non App ☐/NEv

Début de la symptomatologie :  Heure  Jours  Semaines

Evaluation du médecin : ☐/Urgent ☐/Pas urgent

## VI- Facteurs organisationnels influençant le recours au service des urgences :

Vous venez à l'hôpital parce qu'il y a un :

- Nombre élevé de médecins : oui ☐ non ☐
- Expérience des professionnels : oui ☐ non ☐
- Disponibilité de spécialistes : oui ☐ non ☐
- Vous n'aurez pas besoin de rendez-vous : oui ☐ non ☐
- Permanence : oui ☐ non ☐
- Plateau technique : oui ☐ non ☐
- Certificats médicaux légaux : oui ☐ non ☐
- Réputation de l'hôpital :

☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise

- Autres motifs (à préciser) : .....

## V- Circuit du malade avant d'arriver au service des urgences :

☐ Non applicable

	Visite 1	Visite 2	Visite 3
Dates	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formation	<input type="checkbox"/> Cabinet privé <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre.....	<input type="checkbox"/> Cabinet privé <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre.....	<input type="checkbox"/> Cabinet privé <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre.....
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personne consultée	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage femme <input type="checkbox"/> Infirmier (e) <input type="checkbox"/> Guérisseur <input type="checkbox"/> Autres.....	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage femme <input type="checkbox"/> Infirmier (e) <input type="checkbox"/> Guérisseur <input type="checkbox"/> Autres.....	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage femme <input type="checkbox"/> Infirmier (e) <input type="checkbox"/> Guérisseur <input type="checkbox"/> Autres.....
Diagnostic porté	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Décision prise	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> Orientation <input type="checkbox"/> Autres.....	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> Orientation <input type="checkbox"/> Autres.....	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> Orientation <input type="checkbox"/> Autres.....
Si référence, où ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Attitude du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## VI- Devenir du patient :

Sortant ☐ hospitalisé ☐ référé ☐ autre ☐

# **BIBLIOGRAPHIE**

1-Otmani amaoui.I. Motif de recours et structure de la morbidité dans le service des urgences, cas du CHP Mohammedia. Mémoire présentée pour l'obtention du diplôme de maîtrise en Administration Sanitaire et Santé publique, juillet 2008.

2-Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2003. N°212.

3-Leduc.N et al.Les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de la région de Lanaudière. Dépôt légal-3<sup>ème</sup> trimestre 2003 Bibliothèque nationale du Québec ISBN 2-921954-73-7, Avril 2003.

4- Lemay A, Béland F, Contandriopoulos AP, Boucher M, Lavoie G : Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers. Sciences sociales et santé 1996 ; 14(2) : 5-38.

5- S. Gentile et al.Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 57 (2009) 3-9.

6- Agence régionale de l'hospitalisation Provence Alpes-Côtes-d'Azur. Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011. Thématique : Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins. Avril 2006, p. 191-227.

7- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisés complémentaires de médecine. Journal officiel de la République française du 6 octobre 2004. NOR: SANP0423091A.

8- Cour des Comptes. Rapport public annuel. Première partie – Les observations des juridictions financières. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Février 2007, p. 313-47.

9- Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2003. N°212.

10-Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES, Etudes et Résultats N° 215, 2003.

11- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – Direction des statistiques et des études. Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Les Français face aux urgences : attitudes et attentes. Point de conjoncture, 2003, p. 16-25.

12-Bouhroum.A. Quelles urgences pour notre système de soin ? Laboratoire de la Qualité des Soins A.N.D.R.S. Université de Constantine Algérie.

13- Mariève .B. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe hospitalier cochin-port royal, à partir de 245 consultations spontanées. Thèse pour le doctorat en médecine2007.

14- Derlet RW, Ledesma A. How do prudent laypeople define an emergency medical condition? J Emerg Med 1999 may; 17(3): 413-8.

15- Lij, Galvin HK, Jhonson SC. The "prudent layperson" definition of an emergency medical condition.Am J Emerg Med 2002 Jan; 20(1): 10-3.

16- Gentile.S. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou Ressentie Société française de santé publique. Santé publique2004/1 - N° 41, ISSN 0995-3914 | pages 63 à 74.

17- Mouche S. Le médecin généraliste de garde et l'organisation de la réponse publique à l'appel urgent. Thèse de doctorat en médecine. Paris Ouest : Université René Descartes, 2000 : 234 p.

18- Foldess SS, Fischer LR, Kaminsky K. What is an emergency? The judgments of two physicians. Ann Emerg Med 1994 Apr; 23(4): 833-40.

19- Gifford MJ, Franaszek JB, Gibson G. Emergency physicians and patients assessments: urgency of need for medical care. Ann Emerg Med 1980 Oct; 9(10): 502-7

20- Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. Thèse de doctorat en médecine. Rennes : Université de Rennes 1, 2001 : 114 p.

21- The Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act: 42 USC. 1395dd;1986.

22- Steg A. L'urgence à l'hôpital. Journal Officiel de la République Française. Avis et rapport du conseil économique et social, 1989 ; (8).

- 23- Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences. Conseil économique et social, 1993.
- 24- Laura M. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(1):7-28, jan, 2009.
- 25- Gentile S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé.
- 26- O. W. Hugli M. Potin N. Schreyer B. Yersin. Engorgement des centres d'urgences: une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? Revue Médicale Suisse N° 75, Août 2006.
- 27- Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. Ann Emerg Med 1995; 25:215-23.
- 28- Birnbaum A, Gallagher J, Utkewicz M, et al. Failure to validate a predictive model for refusal of care to emergency-department patients. Acad Emerg Med 1994; 1:213-7.
- 29- Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, et al. Refusing care to emergency department of patients : Evaluation of published triage guidelines. Ann Emerg Med 1994; 23:286-93.
- 30- Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, et al. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. Swiss Med Wkly 2005;135:145-50.
- 31- Abdallah Bchir, Mondher Letaief, Kamel Ben Salem, Hassan Echeikh and Mohamed Soltani. Morbidité hospitalière dans un district urbain de Tunisie. Eastern Mediterranean Health Journal 1998; Vol 4; Issue 1; Page 44- 99.
- 32- Service de formation continue. Direction de l'Hôpital El hassani de Nador.
- 33- Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. Am J Emerg Med 1997; 15:133-6.

- 34- Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11:1302-10.
- 35- Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:131.
- 36- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999; 13:361-70.
- 37- Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons: an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37:568-79.
- 38- Beland F, Lemay A, Boucher M. Patterns of visits to hospital-based emergency rooms. *Soc Sci Med* 1998; 47:165-79.
- 39- Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)* 2000; (433):1-5.
- 40- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *BMJ* 1995; 311:423-6.
- 41- Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler DP. Reducing frequent flyer emergency department visits. *J Health Care Poor Underserved* 2006; 17(1 Suppl):59-69.
- 42- Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003; 44:585-91.
- 43- Pereira S, Oliveira-e-Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37:580-6.
- 44- Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. *Rev Cuba Med Gen Integr* 2001; 17:329-35.



- 45- Rubin MA, Bonnin MJ. Utilization of the emergency department by patients with minor complaints. *J Emerg Med* 1995; 13:839-42.
- 46- Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002; 9:916-23.
- 47- Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002; 19:207-10.
- 48- Gill JM. Use of hospital emergency departments for non-urgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care* 1999; 5:1565-8.
- 49- Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ* 1996; 312:1340-4.
- 50- Campbell JL, Ramsay J, Green J, Harvey K. Forty-eight hour access to primary care: practice factors predicting patients' perceptions. *Fam Pract* 2005; 22:266-8.
- 51- Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, Magid DJ, Beck A, Conner D. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. *Eff Clin Pract* 2001; 4:49-57.
- 52- Carret LV, Fassa G, Kawachi I. Demand for emergency health service: factor associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research* 2007 Aug; 7: 131.
- 53- Liu T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. *Acad Emerg Med* 1999; 6:1147-52.
- 54- Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *SocSci Med* 1996; 42:1313-23.
- 55- Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *SocSci Med* 2000; 51:1075-85.
- 56- Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001; 18:482-7.

- 57- Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998; 36:1249-55.
- 58- Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003; 117:250-5.
- 59- Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *Hong Kong Med J* 2001; 7:131-8.
- 60- Finn JC, Flicker L, Mackenzie E, Jacobs IG, Fatovich DM, Drummond S, et al. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *Med J Aust* 2006; 184:432-5.
- 61- Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J AccidEmerg Med* 2000; 17:18-21.
- 62- Oktay C, et al. Appropriateness of Emergency Department Visits in a Turkish University Hospital. *Croat Med J* 2003; 44:585-591.
- 63- Kandel et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *La revue du praticien-médecine générale*, juin 2004, 18(656) : 781-784.
- 64- Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *JAMA* 1996; 276:460-5.
- 65- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Ann Emerg Med* 1995; 25:311-6.
- 66- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Annals of Emergency Medicine* 1995; 25 (3):311-316.
- 67- Chande VT, Krug SE, Warm EF. Pediatric emergency department utilization habits: A consumer survey. *Pediatric Emergency Care*, 1996; 12(2):27-30.

- 68- Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments. Urgency from the patient's perspective. *Journal of Family Practice* 1996; 42(5):491-496.
- 69- Kini NM, Trait RT. Nonurgent use of the pediatric emergency department during the day. *Pediatric Emergency Care* 1998; 14(2):19-21.
- 70- Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J Fam Pract* 1996 May; 42(5): 491-6.