

Article original

L'utilisation d'un service hospitalier d'urgences pour les soins de première ligne (étude à l'Hôpital d'Enfants de Rabat, Maroc)

Utilisation of an Emergency Department as a first line health service (study in the Children's Hospital of Rabat, Morocco).

N. DARKAOUI⁽¹⁾, V. DE BROUWERE⁽²⁾, A. ZAYYOUN⁽¹⁾, H. FILALI⁽¹⁾, R. BELOUALI⁽¹⁾, F. GOUAIMA⁽¹⁾, J. VAN DER VENNET⁽²⁾, B. DUJARDIN⁽³⁾

(1) Institut National d'Administration Sanitaire, Collège de Santé, route de Casa, km4,5, Rabat, Maroc.

(2) Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale, Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen, Belgique.

(3) École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Programmation et Évaluation en Santé Reproductive, Campus Erasme, CP 596, Route de Lennik 808, B-1070 Bruxelles, Belgique.

Background: Utilisation of emergency department (ED) for non-urgent problems, usually dealt with in first line health services (FLHS), has an impact both in terms of efficiency (ED care is more expensive than primary health care) and in terms of quality of care (due to ED overcrowding). This study describes the utilisation pattern of the ED at the Children's Hospital of Rabat (CHR) and assesses the appropriateness of ED utilisation.

Methods: During a whole week in September 1991, 24h/24, information about every child admitted in the ED was collected by outside investigators, using a questionnaire. This questionnaire was divided into two sections. One section, filled out at admission of the child, consisted of the following items: time of arrival, health problem, health seeking pattern and identification of child (name, age, gender and address). The second section was filled out at the medical consultation and consisted primarily of a judgement about the relevance of ED utilisation (urgent/non-urgent condition, need for hospital-based equipment, subjective assessment of delay).

Results: During the week under study, 1,544 children were admitted at the ED: 904 at the medical ED and 640 at the surgical ED. At the medical ED, the proportion of urgent cases was 38%; among them, 65% needed hospital-based equipment and among the latter 72% arrived on time. It means that only 18% of the children utilised the ED in an appropriate way. At the surgical ED, the proportion of urgent cases was 56%; among them, 41% needed hospital-based equipment and among the latter 86% arrived on time. It means that only 20% of the children appropriately utilised the surgical ED. Appropriate utilisation is not associated with gender. The proportion of cases judged as urgent was associated neither to hour of admission — at least for the medical ED — nor to distance (less than 15km). However, the proportion of urgent cases varied according to the day of the week.

Conclusion: Results confirmed the opinion of the CHR staff: most children admitted to the ED had health problems that should have been cared for at FLHS. Rationalisation of ED utilisation will depend on the health system's ability to supply acceptable and accessible care at FLHS.

Morocco. Utilisation of health services. Emergency department. Hospital. Paediatrics.

Position du problème : L'utilisation du service des urgences pour des problèmes non urgents, relevant des soins primaires, pose à la fois un problème d'utilisation efficiente des ressources et un problème de qualité des soins à cause de l'encombrement qui en résulte. Cette étude décrit l'utilisation du service des urgences de l'Hôpital d'Enfants de Rabat (HER) et évalue dans quelle mesure le service est utilisé de manière appropriée.

Méthode : Durant une semaine, 24h/24, des informations ont été collectées sur questionnaire, par des enquêteurs externes au service, auprès de chaque enfant admis aux urgences de l'HER en septembre 1991. Ce questionnaire était divisé en deux sections. Une section, remplie à l'arrivée, concernait la notification de l'heure d'arrivée, les plaintes, l'itinéraire thérapeutique et l'identification de l'enfant. La deuxième section était remplie au moment de la consultation chez le médecin et concernait essentiellement le diagnostic et le jugement du médecin consultant sur la pertinence de l'utilisation des urgences (degré d'urgence du problème, nécessité de l'hôpital, délai de recours).

Résultats : 1 544 enfants ont été admis aux urgences durant la période d'étude (904 aux urgences médicales et 640 aux urgences chirurgicales). Aux urgences médicales, le problème était jugé urgent dans 38 % des cas ; parmi ces cas jugés urgents, 65 % nécessitaient un plateau technique hospitalier et 72 % parmi ces derniers étaient arrivés à temps, ce qui signifie que seulement 18 % des enfants utilisaient le service de manière appropriée. Aux urgences chirurgicales, 56 % des enfants présentaient un problème urgent ; parmi ceux-ci, 41 % nécessitaient un plateau technique hospitalier et 86 % parmi ces derniers étaient arrivés à temps, ce qui signifie que 20 % des enfants utilisaient le service de manière appropriée. L'utilisation adéquate n'est pas associée au sexe de l'enfant. La proportion de cas urgents n'est pas associée à l'heure d'arrivée — tout au moins pour les urgences médicales, ni à la distance (en deçà de 15 km) mais bien au jour de la semaine.

Conclusion : Les résultats confirment l'impression des médecins de l'HER : la majorité des enfants admis aux urgences présentaient des problèmes qui auraient pu être pris en charge au premier échelon. La rationalisation de l'utilisation des urgences dépendra de la capacité du système à offrir des soins acceptables et accessibles au premier échelon.

Maroc. Utilisation des services de santé. Services d'urgences. Hôpital. Pédiatrie.

INTRODUCTION

Dans un système de santé, le rôle de l'hôpital est le plus souvent présenté en complément des soins offerts au premier échelon [1, 2]. Les objectifs d'un service d'urgence peuvent alors être définis en rapport avec ce rôle : prendre en charge de façon efficace, et dans un délai court, les patients qui nécessitent des soins techniques complexes (de niveau hospitalier) ; assurer la garde pour les soins primaires urgents en dehors des heures d'ouverture des services de santé de premier échelon ; organiser la surveillance temporaire (moins de 24 heures) de patients pour lesquels il y a un doute sur l'évolution du problème de santé ou sur le besoin d'hospitalisation. D'un point de vue technique, toute autre utilisation des urgences est considérée comme inadéquate. D'une part parce que le coût des soins aux urgences est plus élevé qu'au premier échelon, d'autre part parce que la continuité des soins est moins bien assurée et enfin parce que l'encombrement résultant de l'utilisation inappropriée des urgences en diminue

l'efficacité pour les problèmes graves nécessitant un plateau technique hospitalier [3, 4].

Au Maroc, l'impression des professionnels de santé est que les services d'urgences sont utilisés par la population pour des problèmes non urgents, relevant du niveau primaire, mais il n'y a jusqu'à présent pas eu d'étude objectivant cette impression.

L'objectif de cet article est de décrire l'utilisation du service d'urgences de l'Hôpital d'Enfants de Rabat (Maroc) et d'en apprécier la pertinence. Cette étude s'insère dans le cadre d'une recherche internationale sur le rôle de l'hôpital et des structures périphériques dans la santé de l'enfant et qui a concerné trois provinces au Maroc (Rabat, Meknès, Settat).

MÉTHODE

LE CONTEXTE

L'Hôpital d'Enfants de Rabat (HER) est un des deux hôpitaux pédiatriques généraux universitaires du Maroc, l'autre

étant situé à Casablanca. Il sert de premier échelon de recours pour la population infantine (moins de 15 ans) des préfectures de Rabat (691 000 habitants) et de Skhirat-Temara (135 000 habitants), et de second ou troisième niveau de recours pour les hôpitaux provinciaux et régionaux des provinces du nord du pays.

Le service des urgences de l'HER est divisé en deux secteurs : les urgences médicales et les urgences chirurgicales. Un infirmier expérimenté trie les enfants à l'entrée et les oriente vers l'un ou l'autre des secteurs en fonction du type de problème présenté.

La consultation aux urgences médicales est assurée entre 8 heures et 18 heures, les jours ouvrables, par deux médecins en cours de spécialisation en pédiatrie. En dehors de ces heures et durant les week-ends et les jours fériés, la garde aux urgences médicales est assurée par des internes (étudiants en médecine de dernière année) appuyés par un médecin de garde basé dans les salles d'hospitalisation.

La consultation aux urgences chirurgicales est assurée par une équipe constituée d'un chef de service, d'un maître assistant, d'un assistant, de deux médecins en cours de spécialisation et de quelques internes. Cette équipe travaille en quatre groupes couvrant la période de 8 heures à 18 heures les jours ouvrables. En dehors de cette période, la prise en charge des cas est assurée par les internes de garde ou les médecins en cours de spécialisation (CES). Si une intervention chirurgicale est nécessaire, il est fait appel au maître assistant ou à un médecin CES qualifié. Il faut signaler que la plupart des cas admis aux urgences chirurgicales sont revus à ce niveau si une consultation ultérieure est programmée (pour contrôle, pour enlever un plâtre, etc.).

Chaque équipe médicale est secondée dans ses tâches par une équipe d'infirmiers.

POPULATION DE L'ÉTUDE ET RECUEIL DES INFORMATIONS

Les informations sur l'utilisation des urgences ont été collectées du 15 au 22 septembre 1991 de manière exhaustive (24h/24). Elles ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, testé au préalable, par une équipe d'enquêteurs externes formés au remplissage du questionnaire. Le questionnaire lui-même était divisé en deux sections indépendantes. La première section, remplie par un enquêteur infirmier s'adressait à la famille (ou aux accompagnants) de l'enfant malade et comprenait les items suivants : identification de l'enquêteur ; heure et jour d'arrivée du patient ; plainte motivant la consultation, durée écoulée depuis l'apparition de la plainte, éventuelles consultations antérieures ; source de la référence éventuelle ; identification du patient (nom, âge, adresse, sexe) ; distance et temps de déplacement ; nom du dispensaire d'origine ; couverture sociale.

La deuxième section s'adressait au médecin consultant des urgences et était remplie par un médecin enquêteur, afin d'éviter une surcharge de travail, sous la dictée du médecin consultant. Cette section comprenait les questions suivantes : problème identifié au premier échelon (si le malade était référé) ; diagnostic posé aux urgences ; décision prise (avis du spécialiste, rien, traitement, soins, examens complémentaires, hospitalisation) ; jugement du médecin sur le délai d'arrivée (à temps ou tardivement), le degré d'urgence du problème

(problème urgent ou non urgent) et sur la pertinence de l'utilisation de l'hôpital (aurait pu être pris en charge en ambulatoire au premier échelon ou au centre de diagnostic^a, ou bien le plateau technique hospitalier était nécessaire). Il s'agit d'un jugement subjectif, *a posteriori*, porté par le médecin des urgences ; il ne tient donc compte que de la logique des professionnels de santé hospitaliers et non de celle de ceux qui ont référé ou des familles elles-mêmes.

L'utilisation des urgences de l'HER a été considérée appropriée lorsque les patients qui s'y présentaient nécessitaient une prise en charge urgente pour laquelle un plateau technique hospitalier était requis et que ces patients étaient arrivés à temps.

La saisie des données a été faite à l'aide de Dbase[®] et l'analyse avec EpiInfo6.

RÉSULTATS

Durant la semaine d'enquête, 1 544 enfants ont été admis aux urgences de l'HER. Le sexe masculin est prédominant dans les deux types de consultation mais est plus représenté aux urgences chirurgicales (sex ratio de 1,3 aux urgences médicales et de 2,2 aux urgences chirurgicales). La différence entre les deux secteurs existe aussi pour les groupes d'âge : 64 % des enfants admis aux urgences médicales avaient moins de cinq ans alors que cette proportion n'est que de 39 % aux urgences chirurgicales (*tableau I*).

La majorité des enfants sont autoréférés^b : 84 % aux urgences médicales et 58 % aux urgences chirurgicales (*tableau II*). La catégorie « autres » du *tableau II* comprend les consultations de contrôle planifiées par le service des urgences. Si on enlève cette catégorie du total des enfants admis, alors la différence entre les urgences médicales et les urgences chirurgicales diminue : 88 % d'autoréférés (744/850) aux urgences médicales et 73 % aux urgences chirurgicales (367/505).

Il faut encore noter que parmi les 744 autoréférés aux urgences médicales, 200 (27 %) avaient consulté auparavant ; cette proportion n'est que 8 % pour les urgences chirurgicales.

Que ce soit durant la semaine ou durant les week-ends, les volumes horaires d'admission des enfants aux urgences suivent des courbes assez

^a Échelon intermédiaire entre le 1^{er} niveau de soins et l'hôpital
^b Ce néologisme d'origine anglo-saxonne (*self-referred*) est utilisé ici car il est bien descriptif et est maintenant couramment employé dans la littérature de santé publique sur le recours aux soins.

TABLEAU I. — Répartition en % des admissions aux urgences de l'Hôpital d'Enfants de Rabat (HER) par secteur, selon le groupe d'âge et le sexe.

Groupes d'âge (en années)	Urgences médicales (N = 904)			Urgences chirurgicales (N = 640)		
	Filles (n = 395)	Garçons (n = 506)	Total (n = 901)	Filles (n = 199)	Garçons (n = 435)	Total (n = 634)
	%	%	%	%	%	%
< 1	27	25	26	14	12	13
1-4	37	39	38	33	23	26
5-9	19	20	19	34	31	32
10-14	18	17	17	20	34	29

semblables (Fig. 1 et 2). L'activité la plus intense se passe le matin entre 8 heures et midi, au moment où les services de santé de premier échelon sont ouverts et réalisent la majorité de leurs consultations curatives. Après un creux entre midi et 15 heures, l'activité reprend et fluctue entre 4 et 8 consultations par heure jusqu'à 23 heures. Le volume horaire des consultations aux urgences médicales est en général plus important durant le week-end, mais on observe l'inverse pour les urgences chirurgicales. Le pic observé aux urgences chirurgicales entre 9 et 10 heures du matin, en semaine, est dû à la catégorie de problème comprenant les contrôles, l'enlèvement de plâtre, les certificats médicaux et les plaintes de nature indéterminée (en moyenne 5,2 cas par jour entre 9 et 10 heures).

TABLEAU II. — Proportion d'enfants autoréférés et référés aux urgences de l'HER.

	Urgences médicales (N = 904)		Urgences chirurgicales (N = 640)	
	n	%	n	%
Autoréférés	744	84	367	58
Référés	106	12	137	22
dont PE public	32		43	
dont DE public	27		73	
dont PE privé	42		21	
dont DE privé	5		0	
Autres	41	5	125	20
Total	891		630	

PE : premier échelon ; DE : deuxième échelon (hôpital)

Selon une logique technique, on a considéré qu'un service hospitalier d'urgence est utilisé de manière appropriée lorsque les patients qui s'y présentent nécessitent une prise en charge urgente, pour laquelle un plateau technique hospitalier est requis, et que ces patients arrivent à temps. Avec cette grille d'analyse, la proportion d'enfants qui utilisent les urgences de manière appropriée est faible : 18 % aux urgences médicales et 20 % aux urgences chirurgicales (Fig. 3 et 4).

Les goulots d'étranglement sont cependant différents selon le secteur. Aux urgences médicales, c'est la proportion de cas jugés urgents qui réduit rapidement l'utilisation appropriée (seulement 38 % des cas sont jugés urgents). Par contre, pour les urgences chirurgicales, c'est la nécessité d'un plateau technique hospitalier pour les cas jugés urgents qui réduit le plus l'utilisation appropriée (le recours à l'hôpital n'était justifié que dans seulement 41 % de ces cas).

Cette analyse montre aussi, cette fois-ci sans tenir compte du délai de recours, que sur 844 enfants admis aux urgences médicales pour lesquels l'information est disponible, 620 (soit 73 %) ne nécessitaient pas un plateau technique hospitalier. En d'autres termes, l'hôpital est ici utilisé comme premier échelon. Aux urgences chirurgicales, la situation est moins caricaturale mais la proportion d'enfants qui ne nécessitaient pas de soins hospitaliers s'élève quand même à 65 %, ce qui est étonnant, compte tenu de la vocation d'un service d'urgences chirurgicales. La proportion de cas jugés urgents varie cependant selon le jour de la semaine. Il y a une aug-

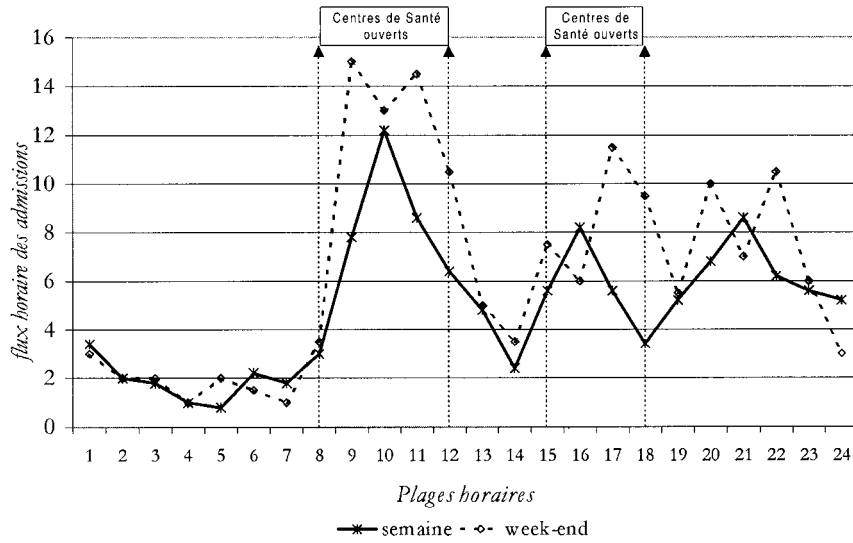


FIG. 1. — Volume horaire moyen d'admission aux urgences médicales de l'HER.

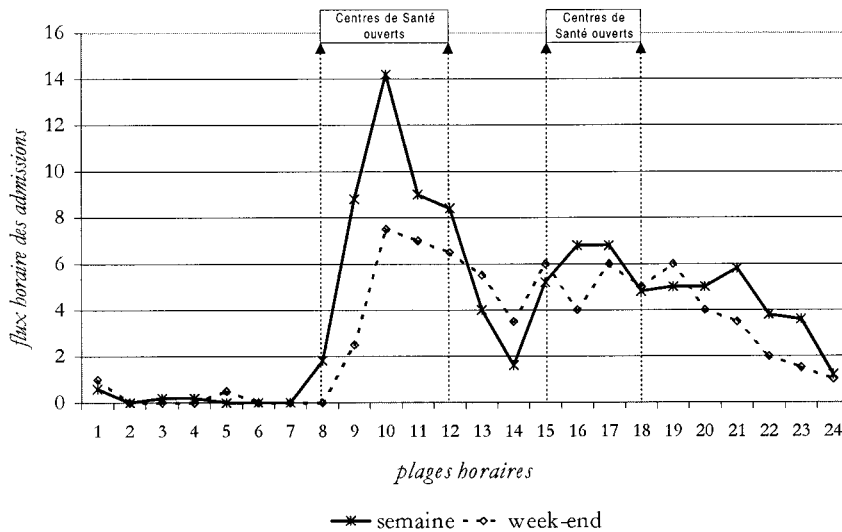


FIG. 2. — Volume horaire moyen d'admission aux urgences chirurgicales de l'HER.

mentation (significative) de la proportion de cas urgents admis durant les week-ends pour les urgences chirurgicales (tableau III). Par contre,

et de façon inattendue, c'est l'inverse pour les urgences médicales : la proportion de cas urgents est plus importante durant la semaine.

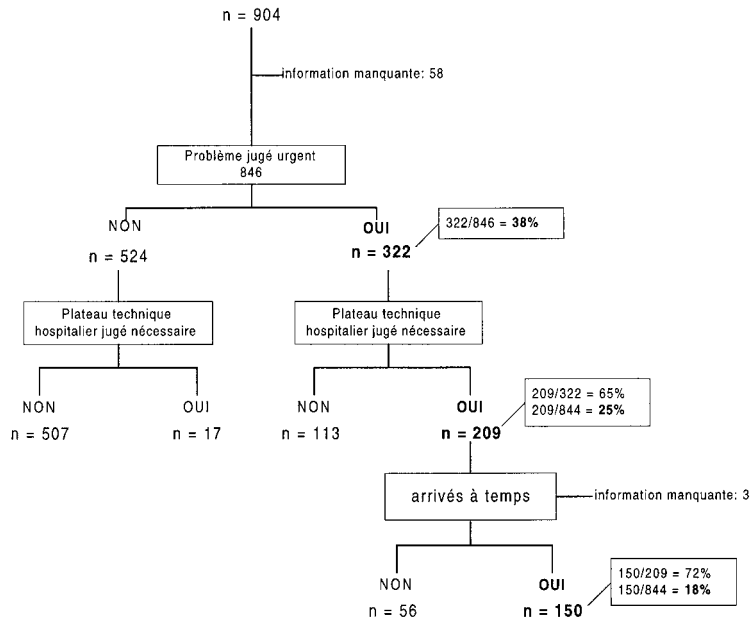


FIG. 3. — Admissions aux urgences médicales de l'HER selon la pertinence de l'utilisation.

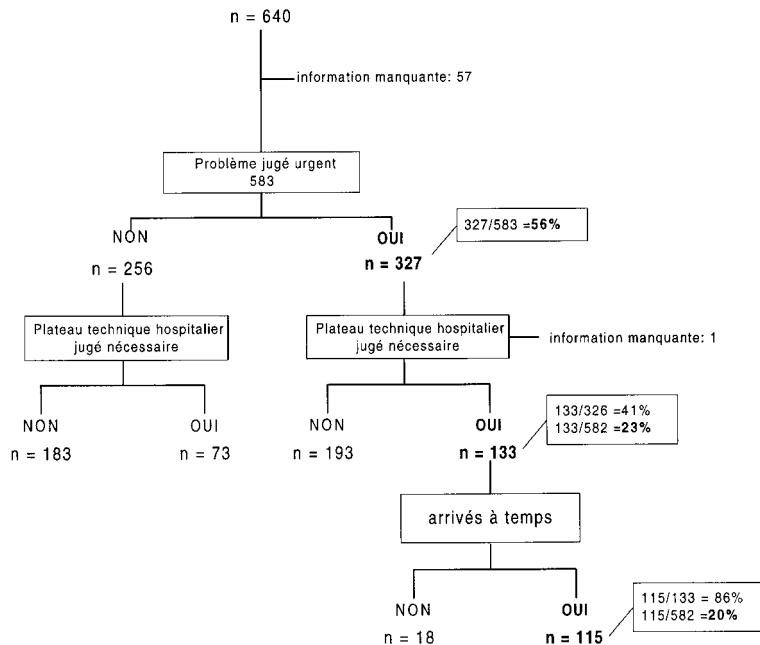


FIG. 4. — Admissions aux urgences chirurgicales de l'HER selon la pertinence de l'utilisation.

TABLEAU III. — Proportions de problèmes jugés urgents aux urgences de l'HER selon le moment dans la semaine.

Jour de la consultation	Urgences médicales (N = 904)				Signification	Urgences chirurgicales (N = 640)				
	Problème jugé urgent		Problème jugé non urgent			Problème jugé urgent		Problème jugé non urgent		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Total	322	38	525	62		322	56	253	44	
Semaine	223	40	331	60		230	53	203	47	
Week-end	94	32	192	68	p < 0,05	92	65	50	35	p < 0,025

Pour les urgences médicales, l'heure d'admission ne semble pas corrélée avec le degré d'urgence (*tableau IV*). Par contre, aux urgences chirurgicales, la proportion de cas urgents s'accroît dans la journée avec un maximum (plus de 75 % de cas urgents) entre 18 et 24 heures.

La distance, exprimée en kilomètres, quant à elle, n'influence le degré d'urgence, la nécessité de l'hôpital ou le délai de recours, que lorsque le patient réside à plus de 15 km de l'HER, tout au moins pour les urgences médicales (*tableau V*).

Aux urgences chirurgicales, la distance ne joue que pour la nécessité d'un plateau technique hospitalier, au-delà de 15 km (*tableau VI*).

Les plaintes présentées aux urgences médicales concernent principalement les infections respira-

toires aiguës (46 %) et les diarrhées (18 %), pathologies qui sont en général prises en charge au premier échelon (*tableau VII*).

Cependant, les plaintes en elles-mêmes ne renseignent pas sur leur gravité ou sur la nécessité d'utiliser l'hôpital. Mais l'analyse montre que pour les trois problèmes les plus fréquents (affections ORL, affections broncho-pleuro-pulmonaires et diarrhées) qui représentent 543 consultations d'enfants aux urgences médicales (soit 64 % des enfants pour lesquels les plaintes ont été notifiées), l'hôpital n'est pas utilisé de manière rationnelle. En effet, il n'y a que 36 % des enfants qui présentaient un problème urgent et pour la moitié d'entre eux le plateau technique de l'hôpital était nécessaire (soit seulement 16 % des 543 enfants ; *tableau VIII*).

TABLEAU IV. — Proportions de cas jugés urgents aux urgences de l'HER selon l'heure d'arrivée.

Tranche horaire	Urgences médicales (N = 904)				Signification	Urgences chirurgicales (N = 640)				
	Problème jugé urgent		Problème jugé non urgent			Problème jugé urgent		Problème jugé non urgent		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Total	322	38	525	62		328	56	256	44	
0h-8h	35	34	67	66		4	29	10	71	
8h-12h	92	36	163	64		81	38	133	62	
12h-15h	43	48	47	52	NS	45	56	35	44	p < 0,001
15h-18h	51	38	84	62		77	64	43	36	
18h-20h	32	35	59	65		58	81	14	19	
20h-24h	69	40	105	60		63	75	21	25	

TABLEAU V. — Jugement sur la pertinence de l'utilisation des urgences médicales de l'HER en fonction de la distance.

Distance (en km)	Problème considéré urgent				Problème nécessitant le plateau technique hospitalier				Arrivé à temps				
	Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Signification
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total	315	38	520	62	218	26	617	74	701	84	129	16	
0-3	68	37	117	63	39	21	146	79	155	84	29	16	
4-7	92	33	189	67	61	22	219	78	245	88	33	12	
8-10	31	33	62	67	21	23	72	77	80	86	13	14	p < 0,05
11-15	59	39	92	61	41	27	110	73	125	84	23	16	
> 15	65	52	60	48	56	44	70	56	95	75	31	25	

Les traumatismes constituent le problème le plus fréquent aux urgences chirurgicales (55 % des problèmes chez les garçons et 50 % chez les filles). Le sexe masculin est le plus représenté, et ce pour la majorité des pathologies [une exception : les anomalies congénitales autres que génito-urinaires, (*tableau IX*)]. Ces problèmes, dans leur majorité, sont considérés comme des urgences (72 %) alors que pour les autres problèmes ce jugement n'est positif que dans 45 % des cas.

Cette majorité d'enfants de sexe masculin pourrait indiquer une préférence liée au sexe. Cependant, lorsque l'on compare, par sexe, les proportions de problèmes jugés urgents, de recours justifié au plateau technique hospitalier et de délai d'arrivée aux urgences, on ne note pas

de différence statistiquement significative pour aucune de ces proportions (*tableau X*).

DISCUSSION

Le recueil des informations sur l'utilisation des urgences de l'HER n'a duré qu'une semaine. Une telle durée, même si elle a permis de collecter des données sur 1 544 enfants, est peut-être trop courte pour donner une image valide du fonctionnement habituel des urgences.

Toute l'analyse s'articule autour du jugement des professionnels sur la pertinence de l'utilisation des urgences. La définition de chacune des trois catégories (urgence, plateau technique hospitalier, délai) a été rappelée à chaque médecin consultant

TABLEAU VI. — Jugement sur la pertinence de l'utilisation des urgences chirurgicales de l'HER en fonction de la distance.

Distance (en km)	Problème considéré urgent				Problème nécessitant le plateau technique hospitalier				Arrivé à temps				
	Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Signification
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total	327	57	251	43	201	35	376	65	437	78	121	22	
0-3	22	50	22	50	14	33	33	76	33	76	8	24	
4-7	183	59	125	41	90	29	217	71	240	80	59	20	
8-10	48	59	33	41	29	35	53	65	66	82	14	18	NS
11-15	30	51	29	49	22	37	59	63	40	73	15	27	
> 15	44	51	42	49	46	53	40	47	58	70	25	30	

TABLEAU VII. — *Distribution des problèmes de santé présentés aux urgences médicales de l'HER selon le sexe.*

Plaintes/problèmes	Filles		Garçons		Total	
	n	%	n	%	n	%
Affections ORL	94	25	129	27	223	26
Affections broncho-pleuro-pulmonaires	84	23	85	18	169	20
Diarrhées	64	17	87	18	151	18
Autres affections médicales	28	8	49	10	77	9
Affections de l'appareil digestif (autres que diarrhées)	25	7	33	7	58	7
Maladies cutanées	31	8	26	5	57	7
Fièvres, convulsions	11	3	20	4	31	4
Retard statur pondéral et psychomoteur	7	2	9	2	16	2
Affections génito-urinaires	5	1	10	2	15	2
Affections cardio-vasculaires	7	2	5	1	12	1
Affections de l'œil	4	1	7	1	11	1
Intoxications	4	1	6	1	10	1
Plaintes indéterminées	5	1	5	1	10	1
Affections de l'appareil ostéo-articulaire	4	1	4	1	8	1
Total	373		475		848	

des urgences. Mais les critères de jugement n'ont pas été standardisés. Il y a donc un risque de confusion entre la perception individuelle des médecins quant à la pertinence de l'utilisation des urgences de l'HER et la tentative d'objectivation qui en a été faite dans cette analyse.

Cette notion d'utilisation appropriée des urgences a fait l'objet de publications sporadiques dans la littérature dans les années 1970-80. La fréquence des publications dans ce domaine s'est accrue récemment en partie à cause de la nécessité de diminuer les dépenses de santé : l'utilisation inappropriée des urgences aurait un coût marginal estimé entre 5 et 7 milliards de dollars aux USA [5].

A Rochester (New-York), une enquête sur un échantillon de patients consultant le service d'urgence de 9 hôpitaux a été réalisée pour évaluer la pertinence de l'utilisation de ces services [6]. Les patients ont été classés en trois catégories selon que le problème devait bien être pris en charge au niveau des urgences, aurait pu être pris en charge au cabinet du médecin ou bien qu'il n'était pas nécessaire de consulter si vite. Seulement 35 % des cas ont été jugés comme utilisant le service de façon appropriée. Sur l'ensemble, 76,7 % des patients avaient consulté spontanément (autouréférés) et 5,1 % avaient été référés par le médecin local. Les auteurs concluaient qu'une partie de la demande aux urgences aurait pu être couverte de

TABLEAU VIII. — *Pertinence de l'utilisation des urgences médicales de l'HER pour les trois groupes de problèmes principaux.*

Plaintes/problèmes	Total des consultations	Problème urgent		Plateau technique hospitalier nécessaire	
		n	%	n	%
Affections ORL	223	57	26	40	18
Affections broncho-pleuro-pulmonaires	169	72	43	25	15
Diarrhées	151	42	28	20	13
Total pour ces 3 pathologies	543	171	32	85	16

TABLEAU IX. — *Distribution des problèmes de santé présentés aux urgences chirurgicales de l'HER selon le sexe.*

Plaintes/problèmes	Filles		Garçons		Total	
	n	%	n	%	n	%
Traumatismes ^a	99	50	232	55	331	53
Autres affections chirurgicales	46	23	87	21	133	21
Certificat médical, contrôle, ablation de plâtre, plainte indéterminée, soins locaux	31	16	61	14	92	15
Pathologie abdominale	5	3	14	3	19	3
Affections génito-urinaires	2	1	15	4	17	3
Anomalies congénitales autres que génito-urinaires	8	4	6	1	14	2
Corps étrangers	5	3	6	1	11	2
Piqûres d'insectes, morsures d'animaux	1	1	3	1	4	1
Total	197		424		621	

^a ont été regroupées, pour simplification : les fractures, les plaies, les entorses, les contusions, les brûlures, sans distinction de la partie atteinte.

façon plus appropriée par un autre type de service ambulatoire : « la solution au problème du service des urgences réside au niveau du système de santé communautaire primaire dans lequel les urgences et les autres formations primaires devraient être intégrées ». Une autre étude menée aux USA, à Oklahoma, a montré que, selon le quartier d'origine des patients, il y avait entre 33,4 et 53,3 % des visites au service des urgences qui relevaient des soins primaires [7]. Et à l'hôpital Général de San Francisco, USA, une étude sur la fréquentation du service des urgences montre que seulement 13 % des patients interviewés dans ce service présentaient des problèmes justifiant l'utilisation des urgences

[8]. La raison principale invoquée par les patients interrogés était un problème d'accessibilité financière aux services primaires (pas d'assurance maladie). À l'Hôpital d'Enfants de Montréal, une enquête transversale par questionnaire au service d'urgences pédiatriques rapporte que seulement 34 % des visites étaient jugées appropriées [9].

Il existe cependant des études qui rapportent des résultats plus encourageants. À St-Louis Children Hospital (Washington, USA), l'étude sur un échantillon de patients aux urgences pédiatriques montrait que 68 % des visites étaient jugées appropriées [10]. Dans un autre hôpital américain, la proportion globale d'utilisation

TABLEAU X. — *Pertinence de l'utilisation des urgences de l'HER selon le sexe.*

	Urgences médicales			Urgences chirurgicales		
	Filles n = 322	Garçons n = 474	Total n = 846	Filles n = 199	Garçons n = 435	Total n = 634
a. Problème urgent	145 (45 %)	177 (37 %)	322 (38 %)	104 (52 %)	223 (51 %)	327 (52 %)
b. Plateau technique hospitalier justifié	94	115	209	42	91	133
b/a	65 %	65 %	65 %	40 %	41 %	41 %
c. Arrivés à temps	68	82	150	34	81	115
c/b	72 %	71 %	72 %	81 %	89 %	87 %
Utilisation adéquate						
c/N	21 %	17 %	18 %	17 %	19 %	18 %

appropriée des urgences était de 69 % [11]. Et à Nottingham, 70 % des consultations d'urgences pédiatriques étaient jugées appropriées [12].

Lorsqu'il s'agit essentiellement de statuer sur la notion d'urgence, les chiffres présentés dans la littérature sont tout aussi fluctuants : 65 % des cas étaient considérés urgents à Paris et 71 % à Besançon [13], 47 % et 66 % respectivement dans des hôpitaux américains [14, 15].

Les critères utilisés d'une étude à l'autre pour juger de la pertinence des visites sont très variables et même lorsqu'un contrôle de fiabilité (relecture en aveugle du jugement) a été fait, la validité externe reste très fragile [13, 16-18].

Cependant, ces critères, quels qu'ils soient, nous donnent une indication sur la perception par les professionnels de la pertinence de l'utilisation des urgences. Cette perception est différente de celle des patients pour lesquels c'est souvent l'angoisse, *a posteriori* justifiée ou non, qui les amène à consulter un service d'urgence plutôt qu'un service de premier échelon. Parfois l'anxiété naît de l'aggravation relative, au cours de la journée, de l'état de l'enfant. Et vers la fin de la journée les parents en arrivent à considérer le problème aggravé comme une urgence [10]. Il arrive aussi que les parents utilisent les urgences parce que le premier échelon n'est pas accessible (médecin de famille absent, centre de santé bondé, barrière financière) ou bien qu'ils le pensent [3, 12, 19].

Le service d'urgences de l'HER semble être utilisé comme une source de soins de santé primaires apparemment plus adéquate pour les familles que les services de santé de premier échelon. Les arguments qui vont dans ce sens sont la forte proportion de problèmes jugés non urgents, la forte proportion de problèmes pour lesquels le plateau technique hospitalier n'est pas nécessaire et le type de problèmes présentés aux urgences. Les heures auxquelles les enfants sont admis et l'absence de corrélation entre heure d'arrivée et proportion de cas urgents, tout au moins pour les urgences médicales, renforcent cette impression. Les entretiens avec les familles des enfants admis aux urgences durant la période d'étude confirment cette opinion [20]. Les parents utilisent les urgences le matin parce que l'accès aux soins est plus rapide et plus acceptable (« *Alors que quand je vais au Souissi* — c'est ainsi que l'HER est appelé

par les Rabati —, *j'y vais directement [...] tandis que ceux-là* — les services de premier échelon — *ils commencent à m'envoyer d'hôpital en hôpital. Ils disent "va" et puis j'attends trop longtemps mon tour* » ; « [au centre de santé] *ils se mettent à bousculer, à insulter et si tu ne connais personne tu peux passer ton temps à attendre et finalement ne pas être consulté* » ; « *et puis le médicament au Souissi est efficace [...], tous les mois je l'emmène chez eux* » ; « *mais au Souissi, ils l'examinent très bien. Ils m'ont accordé leur temps. Ils ont été très patients avec moi.* »). Ce service a en outre l'avantage d'être permanent, contrairement aux centres de santé qui refusent en général d'accepter de nouveaux malades après 10 h ou 10 h 30. Cette permanence laisse l'opportunité aux familles de se présenter au service le soir, après les heures de travail ; c'est ce qui explique le pic d'utilisation des urgences entre 19 et 23 heures, sans qu'il y ait une augmentation de la proportion des cas urgents aux urgences médicales (« *Au Souissi, c'est facile, à chaque fois qu'un enfant tombe malade, on l'emmène là-bas de nuit ; nous n'allons jamais que de nuit. La nuit, le père est là pour garder les enfants et je peux donc moi y aller au bus* »).

Ce comportement des familles dans leur recherche de soins accessibles et acceptables qui les mènent à utiliser les urgences comme porte d'entrée dans le système contribue nécessairement à l'encombrement observé aux urgences et à la frustration des professionnels de santé à ce niveau.

L'utilisation inadéquate des services d'urgences de l'HER est le résultat d'un dysfonctionnement global du système de santé et chaque groupe d'acteurs y a sa part de responsabilité. Cette étude a montré de manière indirecte à quel point le réseau urbain de soins de santé de première ligne est incapable d'absorber la demande de la population. Les raisons en sont en partie évidentes : consultation curative réduite à quelques heures au niveau des centres de santé, pas de permanence, plateau technique élémentaire et surtout accueil et prise en charge des malades jugés médiocres par ces derniers. Un centre de santé à Rabat est responsable d'une population de plusieurs dizaines de milliers d'habitants, et même lorsque plusieurs médecins sont affectés dans un même centre de santé, il est difficile d'imaginer que les professionnels de santé établissent des relations de

niveau acceptable avec une population aussi importante. Sans améliorer de façon drastique la qualité et la densité des services de santé publics, il est peu probable que la population défavorisée de Rabat modifie son comportement et accepte d'utiliser en premier recours les centres de santé.

CONCLUSION

Les problèmes de santé présentés au niveau des urgences de l'HER sont dans leur majorité des problèmes qui auraient pu être pris en charge au niveau du premier échelon. Il ne serait cependant pas juste d'aborder le problème du seul point de vue hospitalier, en cherchant à diminuer le nombre d'utilisations inadéquates des urgences pour une population qui n'a pas de réelle alternative. Dans ces conditions, il serait vain d'investir en priorité dans l'accroissement de l'offre de services au niveau des urgences pour lutter contre l'encombrement. Il serait tout aussi inéquitable d'accroître les barrières d'accès aux urgences quand la population n'a pas réellement d'autres sources accessibles de soins de santé. La priorité, bien au contraire, est de développer le réseau de services de santé de premier échelon de façon à le rendre accessible et acceptable par la population. L'évolution de l'utilisation appropriée des urgences pourrait alors devenir un indicateur de l'amélioration de l'offre de soins au niveau primaire.

Recherche financée par les programmes STD2 (contrat N°TS2 * 0289-F-EDB) et STD3 (contrat N°TS3*-CT92-0144) de la DG XII de l'Union Européenne.

RÉFÉRENCES

1. Van Lerberghe W, Lafort, Y. *Le rôle de l'hôpital dans le district : dispenser ou soutenir les soins de santé primaires ?* Genève : Division de Renforcement des Services de Santé de l'OMS. 1990 : 38, Questions d'actualités, Document SHS n° 2.
2. Comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours. *Hôpitaux et santé pour tous*. Genève : OMS. 1987 : 88, Série de Rapports techniques n° 744.
3. Steinbrook R. The role of the emergency department. *N Engl J Med* 1996; 334: 657-8.
4. Halfon N, Newacheck PW, Wood DL, St Peter RF. Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics* 1996; 98: 28-34.
5. Baker LC, Baker LS. Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13: 162-71.
6. Jacobs AR, Gavett JW, Wersinger R. Emergency department utilization in an urban community, implications for community ambulatory care. *JAMA* 1971; 216: 307-12.
7. Bohland J. Neighborhood variations in the use of hospital emergency rooms for primary care. *Soc Sci Med* 1984; 19: 1217-26.
8. Grumbach K, Keane D, Bindman AB. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993; 83: 372-8.
9. Oberlander TF, Pless IB, Dougherty GE. Advice seeking and appropriate use of a pediatric emergency department. *Am J Dis Child* 1993; 147: 863-7.
10. Kahn L, Anderson M, Perkoff GT. Patient's perception and uses of a pediatric emergency room. *Soc Sci Med* 1973; 7: 155-60.
11. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, Lloyd J. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995; 13: 259-64.
12. Prince M, Worth C. A study of "inappropriate" attendance to a paediatric accident and emergency department. *J Public Health Med* 1992; 14: 177-82.
13. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health* 1996; 4: 456-62.
14. Diekema DS, Del BM, Cummings P, Quan L. Physician parents and utilization of a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1996; 12: 400-3.
15. Hunt RC, De Hart KL, Allison EJ Jr, Whitley TW. Patient and physician perception of need for emergency medical care: a prospective and retrospective analysis. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 635-9.
16. Gill JM, Reese CL, Diamond JJ. Disagreement among health care professionals about the urgent care needs of emergency department patients. *Ann Emerg Med* 1996; 28: 474-9.
17. O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. "Inappropriate" emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. *Acad Emerg Med* 1996; 3: 252-7.
18. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 133-6.
19. Kellermann AL. Nonurgent emergency department visits. Meeting an unmet need. *JAMA* 1994; 271: 1953-4.
20. Filali, H. *Enquête sociologique des urgences à Rabat, Meknès et Settat*. Rabat : INAS, 1992.