

ABREVIATIONS

- **AVC** : Accident vasculaire cérébral
- **CCMU** : Classification clinique des malades aux urgences
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins en France
- **CHREIN** : Centre Hospitalier Régional El hadji Ibrahima Niass
- **DEA** : défibrillateur automatisé externe
- **DPEE** : Direction de la prévision et des études économiques
- **DRESS** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **ECG** : Electrocardiogramme
- **EPS** : Etablissement publique de santé
- **GEMSA** : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil
- **IOA** : Infirmier organisateur de l'accueil
- **MAO** : Médecin d'accueil et d'orientation
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PDIS** : Programme de Développement intégré de la Santé
- **SAMU** : Service d'Assistance médicale d'Urgence
- **SAU** : Service d'accueil des urgences
- **SMUR** : Service mobile d'urgence et de réanimation
- **SU** : Service d'urgences
- **UHCD** : Unité d'hospitalisation de courte durée
- **UHTCD** : Unité d'hospitalisation de très courte durée

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte administrative de la région de Kaolack.....	19
Figure 2: Zone de stationnement réservée aux ambulances.....	21
Figure 3 : Salle de tri	22
Figure 4: entrée salle de tri	22
Figure 5: intérieur salle de tri	23
Figure 6 : zone bleue (consultation externe)	24
Figure 7 : entrée SAU.....	24
Figure 8 : zone verte	25
Figure 9 : boxes de consultation.....	25
Figure 10 : attente couchée.....	26
Figure 11 : Salle d'attente couchée	26
Figure 12 : Salle de surveillance (UHTCD).....	27
Figure 13 : vers la salle SAUV.....	28
Figure 14 : Entrée de la salle SAUV	28
Figure 15 : SAUV	29
Figure 16 : Salle d'accueil des urgences vitales : box SAUV	29
Figure 17 : Entrée Unité d'hospitalisation de courte durée	30
Figure 18 : UHCD	31
Figure 19 : Salle de soins	31
Figure 20 : Salle d'attente pour les accompagnants.....	32
Figure 21: Répartition des patients selon les tranches d'âge	35
Figure 22: Répartition des patients selon le sexe	36
Figure 23: Répartition des patients selon le statut professionnel.....	36
Figure 24: Répartition des patients selon le motif de consultation	41

Figure 25: Répartition selon Fréquence de consultation aux urgences dans l'année	42
Figure 26: Répartition des patients en fonction du Contact médical avant	43
Figure 27: Répartition des patients en fonction des moyens de transport	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la couverture sociale	37
Tableau II : Répartition selon la localité d'origine	37
Tableau III : Répartition des consultations en fonction des jours de la semaine	38
Tableau IV : Répartition des consultations en fonction des heures de la journée	39
Tableau V : Motivations à consulter aux urgences	40
Tableau VI : Durée d'évolution des symptômes ayant motivé la consultation ..	41
Tableau VII : Répartition du degré d'urgence selon les patients et le praticien .	44
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du devenir des patients.	45

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	6
1. Définition de l'urgence.....	7
2. Classifications cliniques des malades aux urgences	9
2.1. La Classification CCMU.....	10
2.2. La classification GEMSA.....	11
3. Les services d'accueil des urgences.	13
4. Problématiques du recours aux SAU	14
4.1. Le problème du flux	14
4.2. Le problème de l'aval.....	16
4.3. Les problèmes sociaux et des personnes âgées	16
DEUXIEME PARTIE.....	18
1. CADRE DE L'ETUDE	19
1.1. Historique	20
1.2. La nouvelle réorganisation	20
1.2.1. Le circuit patient.....	20

1.2.2 Organisation de l'accueil et du tri	21
1.2.3. La sectorisation.....	23
1.2.4. Le personnel	32
1.2.4.1. Le personnel médical	32
1.2.4.2. Le personnel paramédical.....	32
1.2.5 Organisation du service et des gardes	33
2. PATIENTS ET METHODE.....	33
2.1. Type et durée d'étude	33
2.2. Critères d'inclusion	34
2.3. Critères de non inclusion.....	34
2.4. Recueil et exploitation des données	34
2.5. Les Paramètres étudiés	34
3. RESULTATS	35
3.1. L'âge.....	35
3.2. Le sexe.....	35
3.3. Statut professionnel	36
3.4. Couverture sociale.....	36
3.5. Résidence des patients.....	37
3.6. Rythme de consultation en fonction des jours et des heures	38

3.7. Motifs de recours au SAU	39
3.8. Symptômes ayant motivé la consultation et leur durée d'évolution	40
3.9. Fréquence de consultation aux urgences dans l'année.....	42
3.10. Contact médical avant et moyens d'évacuation aux urgences.....	42
3.11. Degré d'urgence	44
3.12 Devenir des patients	44
4. DISCUSSION.....	46
CONCLUSION.....	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	47
ANNEXES	47

INTRODUCTION

L'accueil et le traitement des urgences est une mission confiée aux hôpitaux qui proposent une démarche diagnostique, un projet thérapeutique et assurent un suivi. Un service d'accueil des urgences reçoit et prend en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence médicale ou chirurgicale. La place d'une telle structure est primordiale : elle accueille toutes les personnes dont l'état de santé nécessite rapidement un avis ou une intervention médicale. Plaque tournante de l'urgence médicale, c'est là que se réalise le tri entre les patients requérant immédiatement des soins et les patients dont les soins peuvent être différés [38].

Le principe des SAU occidentaux est simple : les patients retenus à leur niveau doivent très rapidement dans un délai de 48 heures être relayés dans leur prise en charge par les solutions d'aval. Ces solutions qui vont de la médecine (générale, interne) à la réanimation, concernent toutes les spécialités et recourent nécessairement à un plateau technique réactif et efficace (explorations, chirurgie, actes ambulatoires). Les urgences ne peuvent fonctionner qu'en symbiose fluide avec les structures d'aval.

Le SAU est une des portes d'entrée de l'hôpital, c'est là que la nécessité d'une hospitalisation peut être affirmée. Elles concernent des patients chroniques ou en fin de vie, déjà connus d'un service et qui ne nécessitent pas une expertise de novo au niveau du SAU. Pour ceux-ci, le principe de la ré-hospitalisation est acquis d'avance dans certaines circonstances, en particulier en cas d'aggravation, d'échéance d'un traitement ou d'un bilan récurrent. Enfin les patients dont l'état de santé relève d'une autre spécialité peuvent être mutés d'un service à un autre.

L'activité d'un hôpital se décline entre soins non programmés assurés par le SAU et en soins programmés assurés par le reste de l'hôpital. L'équilibre entre ces logiques dépend de la bonne compréhension qu'en ont les acteurs de

l'établissement de santé, de leur acceptation de travailler en collaboration les uns avec les autres, mais aussi de décisions managériales. Cet équilibre est toujours et partout difficile à instaurer puis à gérer. La littérature scientifique regorge d'exemples où les soins programmés se concilient difficilement avec les soins non programmés [4,40].

En France, la définition des modes d'admission, des parcours de soins et de la trajectoire prévisible des patients trouve de plus en plus de réalité dans les filières de soins (filière AVC, oncologie, gériatrie, polytraumatisés, insuffisants respiratoires chroniques...) qui s'initient souvent au SAU. Ces filières sont généralement décrites dans le projet médical et régulièrement évaluée [4].

Les services d'accueil des urgences (SAU) du monde entier constituent un maillon vital entre la prise en charge pré-hospitalière et l'hospitalisation des consultants [33,36].

Au cours des dernières décennies, les SAU des hôpitaux n'ont cessé de voir leur activité augmenter [22]. Cette hausse constante de la fréquentation des SAU est un phénomène commun à tous les pays qui en possèdent [12,36]. Au Canada en 2001, on enregistrait une augmentation du nombre de passages annuels aux urgences de 5 % en 3 ans [15] ; au Royaume-Uni, on a observé une augmentation de 1 % par an depuis le milieu des années 1990[10], alors qu'aux États-Unis, une croissance de 14 % a été enregistrée entre 1992 et 1999 [9]. Par ailleurs, plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale sont concernés par cette hausse du recours aux SAU [3,17].

À titre d'exemple, entre les années 2003 et 2005, l'Arabie saoudite a connu une augmentation du nombre de passages aux urgences de 30 % [33]

La Tunisie, à l'instar de nombreux pays, n'est pas épargnée par le problème de l'encombrement majeur des services d'urgence : au total, plus de 3 500 000 recours sont enregistrés chaque année [12]. Une structure universitaire reçoit en

moyenne plus de 100 000 cas par an. Ces chiffres indiquent une confrontation de ces services à un niveau de charge structurellement tendu, qui est préjudiciable au bon fonctionnement des urgences.

Parmi les causes responsables de cet encombrement figure l'absence de caractère urgent du motif de recours [21]. Au Sénégal, en dehors de l'hôpital principal de Dakar peu d'études se sont attardées sur les motifs de recours aux services d'urgence.

L'hôpital El Hadji Ibrahima NIASS de Kaolack est un hôpital de référence.

Le Centre Hospitalier El Hadj Ibrahima NIASS de Kaolack a été créé en 1920 pendant l'ère coloniale française. Il était destiné à servir les populations de l'ancien empire du soudan. Depuis il a subi deux grandes extensions : une première en 1931 et une deuxième en 1991 à l'issus de laquelle il est baptisé Hôpital El Hadj Ibrahima NIASS.

Il est érigé en établissement public de santé en 1999.

L'hôpital est situé dans la région de Kaolack qui compte 1 422 537 habitants et sert de structure sanitaire de référence pour les régions de Fatick, Kaffrine et Kaolack. De par sa position géographique, il reçoit des patients venant des régions de Thiès, Diourbel, Kolda, Tambacounda, Ziguinchor, Louga et des pays limitrophes (Gambie, Mali, Guinée Bissau et Guinée et Conakry)

Il s'étend sur une superficie de 4,3 hectares en plein centre-ville de la région de Kaolack avec une dizaine de bâtiments séparés par des espaces verts et un réseau de circulation routière interne.

L'hôpital compte 234 agents en 2013 et sa capacité théorique d'accueil est de 400 lits avec 308 lits installés.

Il compte Des services médicaux et chirurgicaux : la Dermatologie, l'ORL, l'Ophtalmologie, l'Odontostomatologie, la Chirurgie Générale, la Chirurgie Orthopédique, l'Urologie, les Maladies Infectieuses, la Pneumologie, l'Anesthésie -Réanimation, la gynécologie-obstétrique, la Pédiatrie, la Cardiologie, le service d'accueil des urgences, la médecine interne, et les consultations externes.

- ❖ Des services de Soutien et d'aide au diagnostic : Radiologie, Laboratoire, Banque de Sang, Pharmacie, Service d'Informations Médicales.
- ❖ Audit Interne, Agence Comptable, Service des Soins Infirmiers, Service Social, Service des Ressources Humaines

La formation d'urgentistes s'imposa devant l'augmentation des situations d'urgences qui parvenaient au niveau de l'hôpital régional de Kaolack, situation qui prévaut dans la plupart des grandes agglomérations et constitue un enjeu pour les ministres de la santé des pays africains.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'affluence, les motifs de consultation et le profil des patients aux urgences à l'hôpital Ibrahima NIASS de KAOLACK.

PREMIERE PARTIE

1. Définition de l'urgence

La notion d'urgence a évolué au cours du temps, passant de « l'urgence vitale » à « l'urgence ressentie » puis actuellement à la notion de «recours non programmé » ce qui aboutit à un certain nombre de définitions aussi bien médicales que législatives.

Plusieurs définitions ont été élaborées :

- La définition médicale est plus précise : « Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant » [23].
- Du côté de l'OMS, on ne donne pas vraiment de définition de l'urgence mais on cite le droit aux soins de santé et aux soins médicaux d'urgence [28].
- L'urgence en matière de santé est généralement définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé et/ou son entourage » [24].
- L'urgence est une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide [24].

Ces définitions sous entendent que cette urgence peut être ressentie par le patient ou avérée. Il incombe au médecin d'évaluer par l'interrogatoire le niveau d'urgence et d'apprécier s'il s'agit d'une urgence :

- avérée ou vraie mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel,
- ressentie apparaissant pour le patient ou son entourage, par son intensité ou sa soudaineté, comme une situation nécessitant un recours médical en urgence.

Cette définition de l'urgence dépend aussi de quel côté on se trouve, urgentiste ou patient.

Pour l'urgentiste, il s'agit d'une situation qui peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel en l'absence de prise en charge rapide. Pour le patient, l'urgence équivaut à la rapidité sans que la gravité soit mise en avant [19].

Selon le sociologue Jean Péneff : « Les malades arrivent avec leurs propres interprétations et leur propre conception de la thérapeutique à suivre. Ce qui est urgent, c'est de plus en plus ce que les usagers définissent comme urgent » [29].

En l'absence d'un Gold standard pour la définition de l'urgence, chaque étude choisit sa propre définition. Par conséquent, la proportion des recours urgents et non urgents varie d'une étude à l'autre. Selon la littérature, le terme « urgence » a été utilisé pour désigner des situations très diverses, et les situations où le pronostic vital est engagé sont très peu nombreuses. Elles représentent environ 3 à 6% des interventions des SAU [26].

Il est souvent difficile de faire la distinction entre une urgence vitale, situation exigeant une mobilisation rapide, et un cas non urgent. Cette appréciation est différente selon que l'on est du côté médecin ou du côté patient. Souvent, il y a une confusion des usagers entre soins urgents et soins non programmés et seul le

diagnostic élaboré par le médecin peut permettre de juger la situation du patient. Toutefois, il existe, a contrario, des situations où le médecin peut être confronté à une urgence avérée qui n'est pas ressentie comme urgente par le patient.

2. Classifications cliniques des malades aux urgences [13].

L'absence de définition univoque, médicale ou administrative de l'urgence, a conduit à la distinction de catégories ou de niveaux d'urgence et la mise en place de classifications sur lesquelles l'urgentiste peut s'appuyer pour définir les situations cliniques. Ainsi les urgences sont subdivisées habituellement en quatre catégories :

- Urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence ;
- Urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital ;
- Urgence relative : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital ;
- Urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai.

De son côté, le Conseil National de l'Ordre des Médecins en France (CNOM), décrit cinq niveaux d'urgence selon la gravité de l'état du patient :

- Niveau 1 : pas de justification d'accès à un plateau technique en urgence.

- Niveau 2 : le pronostic vital n'est pas engagé, le pronostic est stable mais nécessite d'un plateau technique.
- Niveau 3 : pronostic incertain et instable, nécessite l'accès rapide à un plateau parfois spécialisé.
- Niveau 4 : pronostic vital engagé et nécessite d'une intervention immédiate et mise en alerte du SMUR.
- Niveau 5 : situation d'extrême urgence nécessitant des gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital en attendant l'arrivée du SMUR.

Cette description du CNOM est proche de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU).

2.1. La Classification CCMU

En France, une échelle de gravité appelée « Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) » a été élaborée par les spécialistes de l'urgence [14]. Elle comporte cinq classes correspondant à la gravité de l'état du patient :

- CCMU I : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.
- CCMU II : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

- CCMU III : état fonctionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique et thérapeutique aux urgences.
- CCMU IV : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.
- CCMU V : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

Et deux classes concernant la psychiatrie et le décès :

- CCMU P: patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- CCMU D: patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Cependant, cette classification n'est pas obligatoire et elle est insuffisamment utilisée par les SAU. Les études épidémiologiques, la recherche clinique et l'activité des établissements auraient beaucoup à gagner si cette classification, sa généralisation et toutes les informations qui en découlent étaient utilisées couramment et efficacement.

2.2. La classification GEMSA.

La classification GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil) a été élaborée par la Commission de Médecine d'Urgence, de la

Société de Réanimation de Langue Française [11]. Le GEMSA a un autre angle de vue que la CCMU.

Le GEMSA retrace l'organisation de la prise en charge et la trajectoire du patient. Il distingue 6 groupes de patients, dont la nature est déterminée a posteriori. Les critères de classement sont: le mode d'entrée, de sortie du patient et la programmation ou non de la prise en charge

- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation
- GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins
- GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (exemple de surveillance de plâtre)
- GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au Service d'Urgences
- GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant au SAU que pour des raisons d'organisation.
- GEMSA 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée.

Cette Classification est utilisé comme un indicateur de qualité de service.

3. Les services d'accueil des urgences.

Initialement créés pour répondre aux pathologies aiguës et graves, les services d'urgences ont rapidement été victimes d'engorgement. Ils connaissent aujourd'hui des périodes de saturation régulières. Les délais d'attente se prolongent pour les malades et le personnel dénonce des situations de surmenage, voire d'épuisement professionnel.

Si l'ampleur des phénomènes d'engorgement diffère suivant la configuration des systèmes de soin et de protection sociale existant dans chaque pays, l'augmentation du nombre de passage aux urgences n'en demeure pas moins une tendance généralisée au niveau international [34,37].

D'un point de vue organisationnel, de nombreux facteurs peuvent expliquer cette situation : les restrictions du nombre de lits hospitaliers liées aux maîtrises des dépenses sanitaires, la gestion hospitalière des situations de fin de vie et des pathologies graves, les difficultés d'accès aux soins ambulatoires (contraintes horaires, délais de rendez-vous, etc.).

L'augmentation de la file active aux urgences traduit aussi de nouveaux comportements des patients qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence.

Par ailleurs, la sociologie démontre que les urgences sont devenues, le réceptacle de problèmes sociaux : « une trop grande visibilité de certaines déviances (alcoolisme, drogue, vagabondage) suscite de la part des gouvernants, un appel rituel aux urgences » [30].

Mem 21-0402

En somme, les urgences dépassent leurs compétences médicotechniques pour assurer une fonction latente de régulateur social à l'échelle de la collectivité. Du fait de leur visibilité et de leur capacité d'organisation, elles ont été rapidement repérées par les professionnels et par la population comme un lieu de recours pour de multiples problématiques éloignées de l'urgence vitale.

Alimentée par ces causes multiples, l'augmentation du flux de patients persiste à perturber l'organisation des services. Les urgences étant de plus en plus débordées, il est devenu impératif d'organiser l'accueil et le tri des malades afin de garantir la sécurité de leur prise en charge. L'idée du tri précoce s'est imposée rapidement. Dans les années 1980, les services d'urgences ont développé des postes de soignants chargés de l'accueil et de la gestion des flux. Ces initiatives, d'abord expérimentales, se sont rapidement institutionnalisées et les nouveaux référentiels professionnels incitent désormais à la formalisation de grilles de tri des patients.

Ainsi le « triage » regroupe tout un ensemble de protocoles et des procédures qui permettent de gérer les priorités dans la prise en charge, non pas en fonction de l'ordre d'arrivée des patients, mais en fonction de la gravité médicale de la situation.

4. Problématiques du recours aux SAU [31]

4.1. Le problème du flux

Ce n'est pas le problème majeur des urgences, bien qu'il soit le plus souvent mis en avant par les médias et les politiques. Certes, la fréquentation des urgences ne cesse de croître et les services d'urgences connaissent volontiers des difficultés à gérer ces flux. Mais il est illusoire de penser que cette situation soit réversible.

Penser que la mise en place de consultations sans rendez-vous ou de maisons médicalisées résoudra ce problème est un leurre. Il convient, au contraire, de constater la situation actuelle et son irréversibilité et donc de donner les moyens humains et matériels aux services d'urgences pour assurer correctement cette mission. Cela ne veut pas dire qu'il faut négliger la participation de la médecine générale (maisons médicalisées, permanence de soins), mais ces actions ne permettront, tout au plus, que de limiter la progression du flux, non de l'inverser. De plus, en ce qui concerne la médecine générale, on voit poindre un problème qui risque de reléguer celui de la permanence des soins au deuxième plan, c'est la disparition de la médecine ambulatoire dans des pans entiers du territoire, avec le départ à la retraite de médecins généralistes non remplacés. Par ailleurs, toute réflexion sur les flux aux urgences doit prendre en compte les éléments suivants :

- pour des situations cliniques de plus en plus nombreuses (douleur thoracique, déficit neurologique brutal, sepsis grave), le recours sans délai à une structure d'urgence est nécessaire et cela fait partie des notions importantes à inculquer à la population, message en contradiction avec celui d'éviter les urgences ;
- pour toute la traumatologie, le médecin généraliste n'a souvent pas ou plus la compétence ou la volonté de s'en occuper, et la prise en charge est d'ailleurs souvent multidisciplinaire (urgentiste, radiologue, chirurgien) ;
- la volonté des patients de recourir à l'hôpital en raison de l'image dont il bénéficie sera toujours difficile à contrer.

4.2. Le problème de l'aval

Là est le vrai problème des urgences, et la volonté de mettre en avant le problème du flux cache souvent celle de ne pas chercher à résoudre celui de l'aval. Il convient de souligner que ce problème ne concerne guère la médecine ambulatoire puisqu'il s'agit, de fait, de malades qu'il faut hospitaliser, quand bien même cette hospitalisation serait de courte durée. La non-résolution de ce problème aboutit à des dysfonctionnements considérables aux urgences : retard de prise en charge et perte de chance, surcharge de travail, hospitalisations sur des brancards dans ce que l'on appelle pudiquement des « lits couloirs », celles-ci mettant en danger judiciaire les médecins et l'institution. Cela induit également des dysfonctionnements dans les services d'aval : retard de prise en charge et perte de chance là encore, déprogrammation de patients, augmentation de la durée de séjour.

4.3. Les problèmes sociaux et des personnes âgées

Certes, les patients en grande précarité n'ont souvent pas d'autre solution que de consulter aux urgences, et il s'agit d'ailleurs bien d'une des missions importantes des urgences et du service public de leur apporter des soins. Mais il convient de souligner que cette population, volontiers difficile sur le plan médical et relationnel, nécessitant un investissement souvent important du service social des urgences, ne constitue pas un problème majeur, que ce soit en termes de nombre de passages ou d'hospitalisations. Beaucoup plus préoccupant est le problème de la difficulté d'accès aux spécialistes, hospitaliers ou libéraux, notamment en raison des dépassemens d'honoraires, qui entraîne un recours aux urgences en raison de l'absence d'alternative pour les patients.

La prise en charge des patients âgés est également souvent présentée comme un problème essentiellement social. C'est une présentation en grande partie erronée, les personnes âgées se présentant aux urgences pour un problème strictement social ne constituant qu'une minorité. Le plus souvent, la personne âgée, volontiers polypathologique, arrive aux urgences avec des raisons médicales nécessitant effectivement une hospitalisation. Certes, le problème est souvent complexe, la simple correction du facteur ayant conduit à l'hospitalisation ne garantissant pas toujours la possibilité d'un retour rapide au domicile. La difficulté de trouver un lit d'aval pour une personne âgée est due à plusieurs causes souvent intriquées :

- le caractère volontiers polypathologique de ces patients, mal accepté par des services de plus en plus spécialisés qui s'estiment incomptétents ou qui craignent des durées de séjour longues ;
- une capacité d'aval insuffisante.

La solution passe notamment par le développement des unités de gériatrie aiguë associées à des équipes mobiles de gériatrie participant à la prise en charge des patients âgés au sein des services de spécialité. De même que le médecin urgentiste apporte une compétence médicale spécifique dans la prise en charge de l'urgence et une compétence organisationnelle dans le tri et l'orientation des patients, le médecin gériatre apporte une compétence médicale spécifique du patient âgé polypathologique, et une compétence organisationnelle avec l'établissement d'un véritable réseau gériatrique (médecine générale, gériatrie aiguë, soins de suites et services de longue durée).

DEUXIEME PARTIE

1. CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service d'Accueil des Urgences de l'hôpital régional de KAOLACK.



Figure 1: Carte administrative de la région de Kaolack

1.1. Historique

Le début de la construction du service d'accueil des urgences (SAU) remonte en 2003 avec son inauguration le 15 MARS 2013. Depuis le service a connu beaucoup de modifications dans le but d'améliorer la satisfaction des usagers. C'est dans ce cadre qu'une nouvelle réorganisation a été instaurée depuis Mai 2018 pour améliorer la qualité, le rendre plus compétitif et plus attractif.

La mesure de la satisfaction est un moyen d'évaluer la performance car, « une entreprise qui ne fait pas de compétition est appelée à disparaître ».

1.2. La nouvelle réorganisation

Depuis Mai 2018, en vue d'améliorer les conditions d'accueil, les délais de prise en charge et la qualité des soins, le service a été entièrement réorganisé.

1.2.1. Le circuit patient

Le circuit du patient permet de séparer rapidement les malades urgents de ceux qui ne le sont pas. En effet les malades sont accueillis par un IOA qui fait un tri puis les dirige vers les secteurs appropriés. Les patients jugés non urgents sont redirigés vers la zone bleue. Par contre les patients jugés urgents sont admis directement dans les zones verte, orange ou rouge en fonction de leur autonomie et l'existence ou non de détresses vitales. Les ambulances arrivent directement au niveau de la zone de tri IOA comme le montre la figure 2.

Consultations externe

←
droite



Figure 2: Zone de stationnement réservée aux ambulances

1.2.2 Organisation de l'accueil et du tri

Tous les patients qui arrivent aux urgences sont accueillis au niveau de la salle de Tri et d'orientation avec un parking pour les ambulances, les sapeurs-pompiers et les voitures particuliers. Cette zone permet à l'IOA et au MAO avant l'enregistrement administratif de prendre les constantes et d'examiner rapidement les malades et de les orienter vers les secteurs appropriés.



Figure 3 : Salle de tri



Figure 4: entrée salle de tri.



Figure 5: intérieur salle de tri

1.2.3. La sectorisation

Pour une meilleure orientation des patients, le service a été sectorisé en différentes zones :

- Une salle de tri isolée en dehors de l'accueil pour l'IOA
- Un secteur de consultation externe (zone bleue) : Cette zone fait office de Dispensaire, elle accueille les patients venus pour une consultation jugée non urgente par le tri. Deux médecins généralistes aidés par un infirmier assurent la prise en charge. La figure 6 illustre les consultations externes (zone bleue).



Figure 6 : zone bleue (consultation externe)

- Une zone verte (attente assise) avec 03 boxes de consultations pour les patients jugés urgents mais stables et pouvant s'asseoir.

Elle comporte également un box de nébulisation



Figure 7 : entrée SAU



Figure 8 : zone verte



Figure 9 : boxes de consultation

- Une zone orange (attente couchée) (figure 10) avec 06 stryckers séparés pour le respect de l'intimité des patients. Elle reçoit les patients jugés stables, sans détresses vitales et ne pouvant se tenir assis. Les patients y reçoivent les
- différents avis spécialisés et des soins sous la responsabilité d'un médecin.



Figure 10 : attente couchée



Figure 11 : Salle d'attente couchée

- Une zone de surveillance avec 04 lits (UHTCD): elle fait partie de la zone
- Orange et est destinée aux patients stables surveillance maximum 24h.

Cette zone accueille les patients qui nécessitent une surveillance après un déchoquage ou en attente d'avis spécialisés.

Tous les lits disposent d'une arrivée d'oxygène, de vide mural et d'une potence.



Figure 12 : Salle de surveillance (UHTCD)

- Une zone rouge (SAUV ou salle de déchoquage) avec 05 lits :

Cette zone reçoit les patients en détresse vitale et dont le pronostic vital est engagé, devant bénéficier de gestes urgents. Tous les lits disposent d'arrivée d'oxygène, de vide mural, d'un monitorage multiparamétrique, d'un pousse seringue électrique et de potences fixes amovibles.



Figure 13 : vers la salle SAUV



Figure 14 : Entrée de la salle SAUV



Figure 15 : SAUV



Figure 16 : Salle d'accueil des urgences vitales : box SAUV

- Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avec 06 lits.

Tous les lits de cette zone disposent d'une arrivée d'oxygène, de vide mural et de potences fixes.

Cette zone accueille les patients qui viennent de la SAUV ou de la zone de surveillance, jugés pas suffisamment graves pour rester dans ces zones, mais pas suffisamment guéris pour retourner à domicile. Ils doivent rester, sauf cas de force majeure, maximum 72 heures.

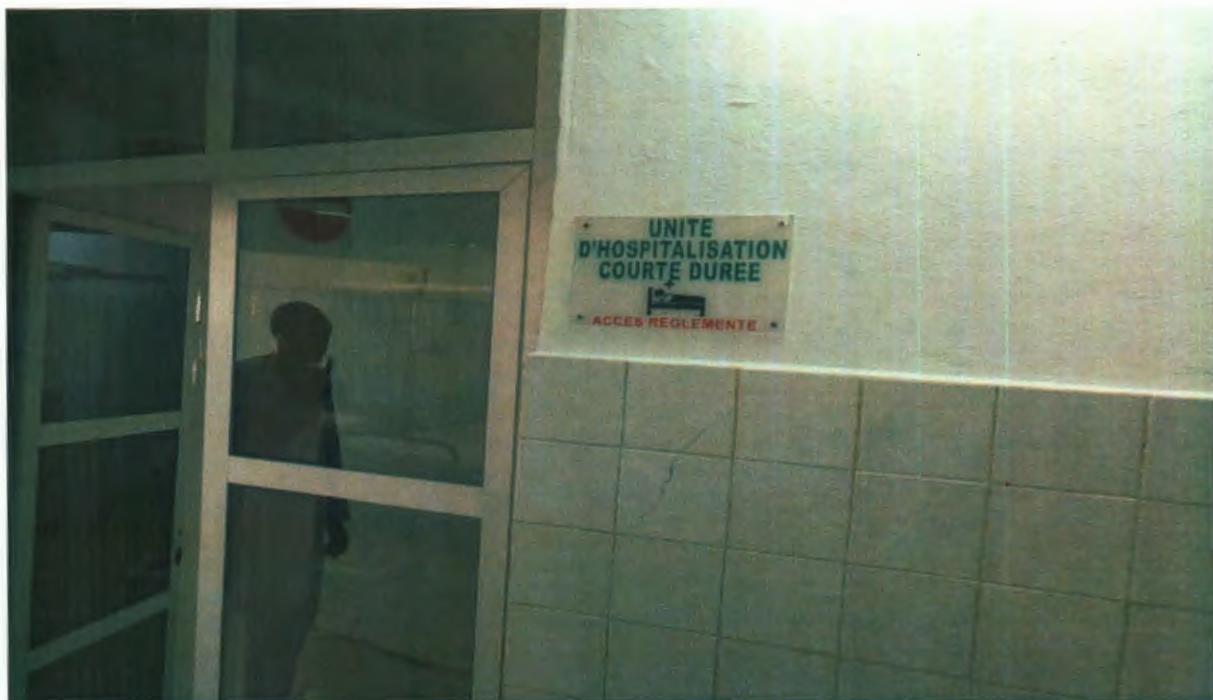


Figure 17 : Entrée Unité d'hospitalisation de courte durée



Figure 18 : UHCD

➤ **Une salle de soins**

Zone dans laquelle se prodiguent les pansements en urgence les sutures, les petits parages.



Figure 19 : Salle de soins

➤ **Une salle d'attente pour les accompagnants en dehors du SAU**

C'est un endroit calme à l'abri du soleil où les accompagnants peuvent attendre leurs parents. Elle permet aussi de ne pas perdre de vue les accompagnants pour d'éventuels renseignements.



Figure 20 : Salle d'attente pour les accompagnants

1.2.4. Le personnel

1.2.4.1. Le personnel médical

Le service est dirigé par un Médecin généraliste secondé par trois (03) médecins généralistes. Les gardes sont assurées les jours ouvrables de 17h à 08 h et le week-end et jours fériés de 08h à 08 h par une équipe de sept (07) médecins généralistes.

Le chef de service assure les astreintes.

1.2.4.2. Le personnel paramédical

Le personnel paramédical est constitué de six (06) infirmiers diplômés d'Etat et de six (06) assistants infirmiers. Ce personnel est aidé par six (06) aides infirmiers et (07) brancardiers.

1.2.5 Organisation du service et des gardes

Les malades triés sont admis dans les différentes zones d'attente pour recevoir des soins en fonction de leur degré d'urgence après triage avec l'IOA et le MAO.

Le triage permettra de séparer les patients avec circuit long de ceux avec circuit court déterminant ainsi l'unité d'hospitalisation.

Une équipe de jour composée de : trois (03) médecins, deux (2) infirmiers, deux (02) aides infirmiers deux (02) assistants infirmiers, quatre (04) brancardiers assurent le fonctionnement du service de 08h à 17h.

La garde est assurée par un (1) médecin, un (01) infirmier, un (01) assistant infirmier, et un aide infirmier deux (02) brancardier

Le chef de service assure les astreintes

Une équipe de techniciens de surface assurent la propreté du service

On note aussi la présence permanente d'agents de sécurité

2. PATIENTS ET METHODE

2.1. Type et durée d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital régional de Kaolack.

L'étude s'est déroulée sur la période du 26/09/2018 à 8 h au 03/10/ 2018 à 8 h.

2.2. Critères d'inclusion

Etaient retenus dans l'étude, tous les patients ayant consulté au niveau du secteur des urgences vraies durant la période de l'étude.

2.3. Critères de non inclusion.

N'étaient pas retenus, les patients ayant fait l'objet d'emblée d'une réorientation vers les consultations externes par l'IOA ou le MAO.

2.4. Recueil et exploitation des données

Les données ont été recueillies à l'arrivée des patients grâce à un questionnaire qui a été élaboré (Annexe n°1).

La saisie des données a été faite par les logiciels Sphinx et Excel 2013 et une valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme seuil de significativité.

2.5. Paramètres étudiés

- les caractéristiques socio-démographiques,
- les raisons ayant motivé le choix des urgences,
- l'heure,
- le jour de la semaine,
- le lieu de résidence
- le moyen de transport,
- l'affection en cause
- le devenir des patients

3. RESULTATS

Durant la semaine d'étude (26/09/2018 à 8 h au 03/10/ 2018 à 8 h) deux cent quarante-deux (242) patients ont été consultés aux urgences.

3.1. L'âge

La tranche d'âge des patients de moins de 25 ans était majoritaire ; elle était de 27,5%. Celle entre 40 et 49 ans était minoritaire avec 10% avec des extrêmes de 25 ans et 70 ans. Les plus de 60 ans représentaient 30,8% des patients.

La figure 21 représente la répartition des patients selon les tranches d'âge

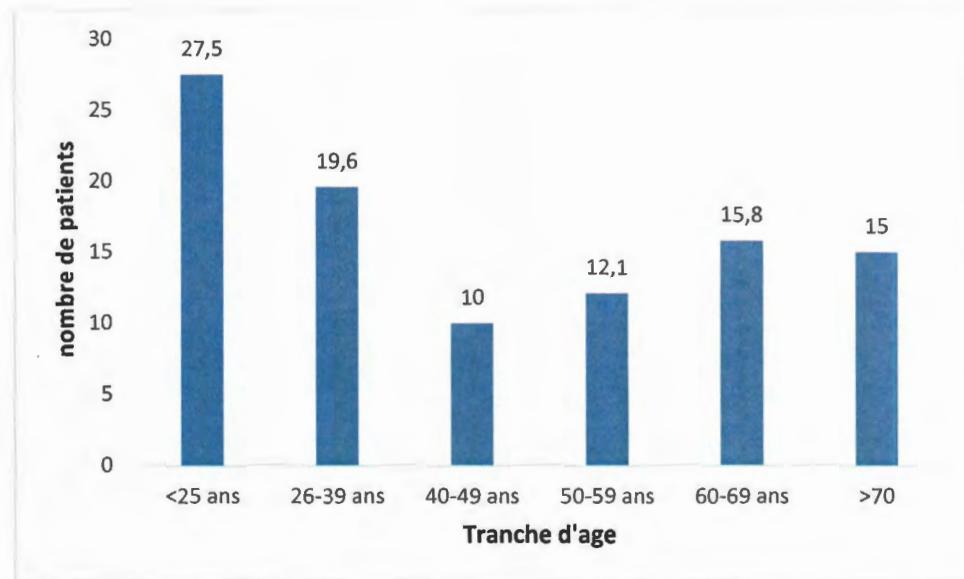


Figure 21: Répartition des patients selon les tranches d'âge

3.2. Le sexe

Plus de la moitié des patients c'est-à-dire 55,8% étaient de sexe masculin

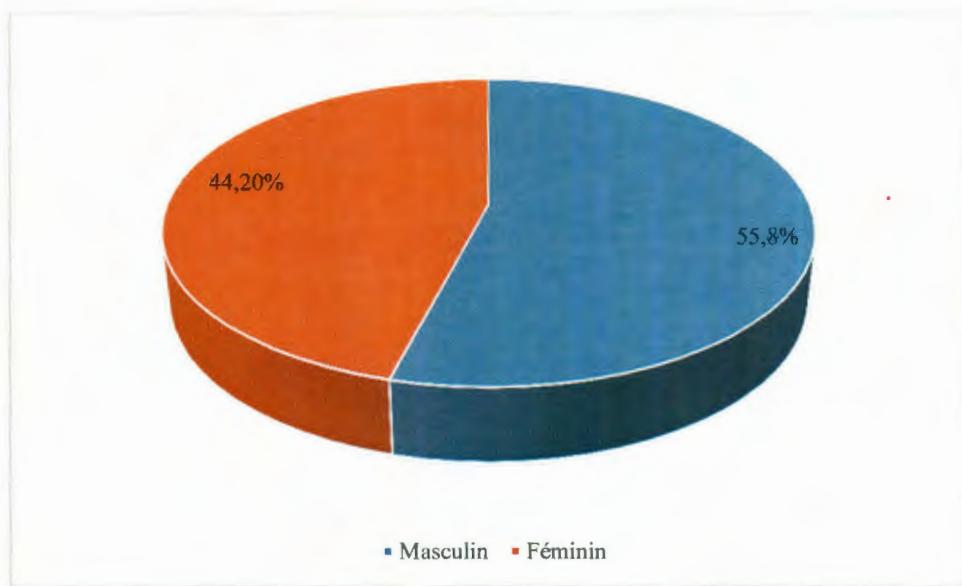


Figure 22: Répartition des patients selon le sexe

3.3. Statut professionnel

Moins de la moitié des patients 26,9% étaient en activité professionnelle ; 8,3% d'entre eux étaient à la retraite et la majeure partie 64,8% n'avaient aucun emploi rémunéré. La figure 23 représente la répartition des patients selon le statut professionnel.

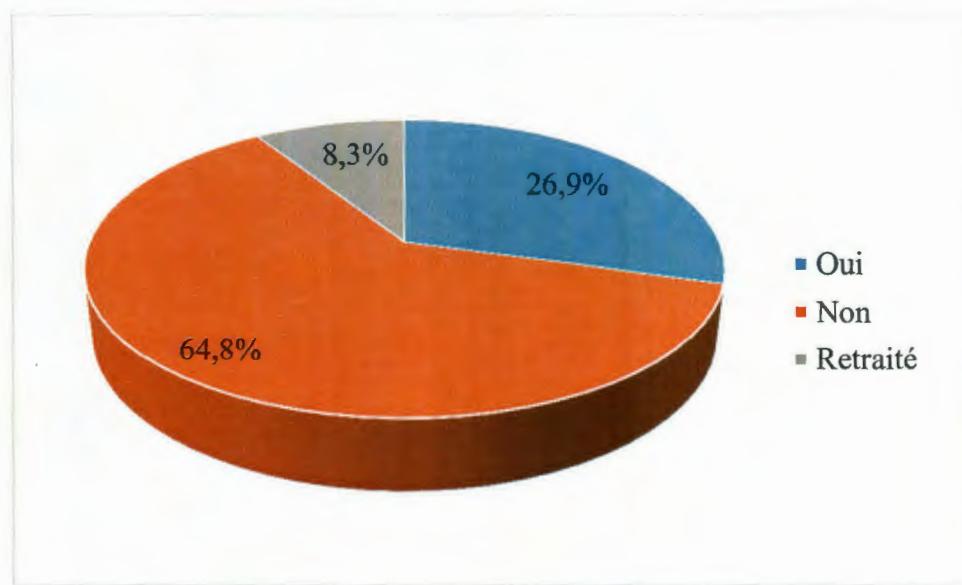


Figure 23: Répartition des patients selon le statut professionnel

3.4. Couverture sociale

La majeure partie des patients reçus n'avaient pas de couverture sociale 85,1%

Tableau I : Répartition des patients selon la couverture sociale

Couverture sociale	Effectifs	Pourcentage
CMU	1	0,4
Imputation Budgétaire	6	2,5
IPM	2	0,8
Mutuelles	12	5,0
Plan sésame	15	6,2
Aucune couverture sociale	206	85,1
Total	242	100,0

3.5. Résidence des patients

La majeure partie 55,8% venaient de la région de Kaolack. Ceux provenant de localités se situant entre 5 et 35 km de Kaolack étaient de 31%. On avait noté que 13,2% des patients avaient quitté d'autres régions du centre du pays pour venir aux urgences de l'hôpital.

Le tableau II représente la répartition des patients selon la localité d'origine.

Tableau II : Répartition selon la localité d'origine

Localité	Effectifs	Pourcentage
Moins de 5km	135	55,8
5-35km	75	31,0
Autres régions	32	13,2
Total	242	100,0

3.6. Rythme de consultation en fonction des jours et des heures

Cent soixante-douze (172) patients étaient consultés en semaine soit 72,2% ; les pics de consultation étaient retrouvés en début de semaine, en milieu de semaine et le weekend soit 65,7%.

Au cours du week-end, 67 patients étaient consultés aux urgences soit 27,7%,

Le rythme des arrivées des patients variait au fil de la journée avec un pic à partir de 08h du matin pour diminuer progressivement de 08h à 19h puis un autre pic à 20h pour diminuer progressivement la nuit jusqu'au petit matin.

Le tableau III représente la répartition des consultations en fonction des jours de la semaine.

Tableau III : Répartition des consultations en fonction des jours de la semaine

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Lundi	40	16,7	16,7
Mardi	15	6,3	23,0
Mercredi	65	27,2	50,2
Jeudi	31	13,0	63,2
Vendredi	21	8,8	72,0
Samedi	52	21,8	93,7
Dimanche	15	6,3	100,0
Total	239	100,0	
Non réponses	3		
Total	242		

Tableau IV : Répartition des consultations en fonction des heures de la journée

Heure de consultation_1

	Effectif s	Pourcentage	Pourcentage cumulé
08H-12H	62	26,6	26,6
12H-16H	51	21,9	48,5
16H-20H	23	9,9	58,4
16H-20H	16	6,9	65,2
20H-00	53	18,9	84,1
00H-04H	26	11,2	95,3
04H-08H	11	4,7	100,0
Total	242	100,0	

3.7. Motifs de recours au SAU

La possibilité de réaliser des examens complémentaires en urgence était évoquée chez 53,3% des cas, l'envie d'être hospitalisé était émis chez 4,5% des patients, suivi de la crainte pour son pronostic vital chez 17,4% et de l'absence de file d'attente chez 0,8% des patients. La gratuité était le prétexte chez 0,4% des cas. Dans 28,6% aucune réponse n'a été donnée.

Le tableau V représente les différents motifs qui avaient amené les patients à consulter au SAU en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur profession de leur couverture sociale et de leur lieu de provenance.

Tableau V : Motivations à consulter aux urgences

	Effectifs	Pourcentage
Possibilité de réaliser des examens	129	53,3
Gratuité des soins	1	0,4
Vous craignez que votre pronostic vital soit engagé	42	17,4
Nécessité selon vous une hospitalisation	11	4,5
Moins d'attente que dans le cabinet médical	2	0,8
Autre	57	23,6
Total	242	100
	242	100,0

3.8. Symptômes ayant motivé la consultation et leur durée d'évolution

La majeure partie des patients 69,4% était admise pour une affection somatique, les traumatismes représentaient 30,6% des admissions dont 20,3% pour accident de la voie publique.

Les patients consultaient aux urgences pour des symptômes présents depuis moins de 24 heures dans 46,2% des cas, 18,2% présentait des symptômes depuis plus de 48 heures, et 17,8% depuis plus d'une semaine.

La figure 24 représente la répartition des patients selon le motif de consultation.

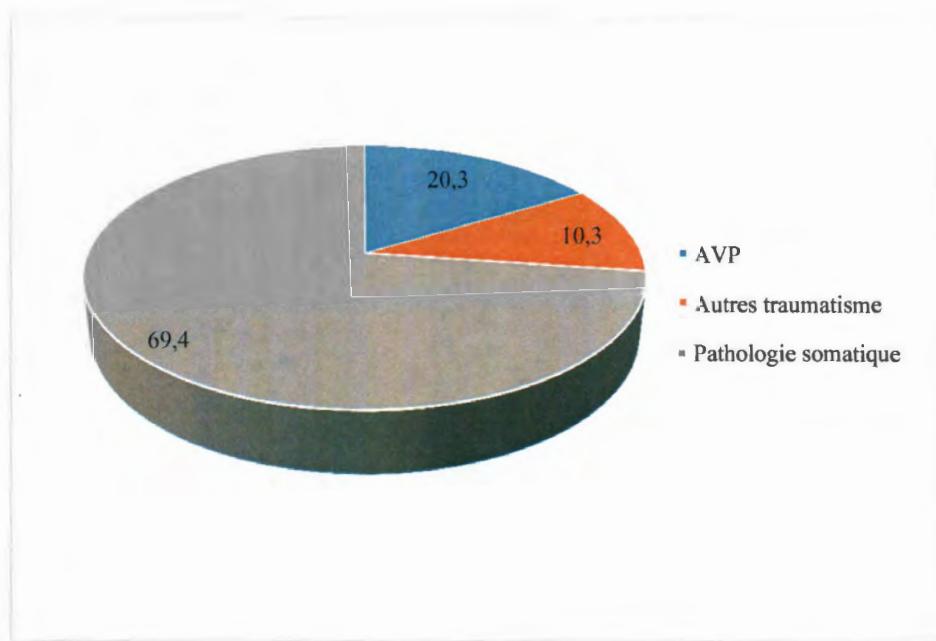


Figure 24: Répartition des patients selon le motif de consultation

La répartition des patients en fonction de la durée des symptômes est récapitulée dans le tableau VI.

Tableau VI : Durée d'évolution des symptômes ayant motivé la consultation

	Effectifs	Pourcentage
Moins de 24H	112	46,2
24 à 48H	44	18,2
2 à 3 jours	28	11,6
une semaine	15	6,2
plus d'une semaine	43	17,8
Total	242	100
	242	100,0

3.9. Fréquence de consultation aux urgences dans l'année

Cent quatre-vingt-sept patients soit 77,2% consultaient aux urgences pour la première fois dans l'année, 13,1% avaient déjà consulté au moins une fois et 22 patients (9,1 %) avaient consulté plus de 3 fois dans l'année.

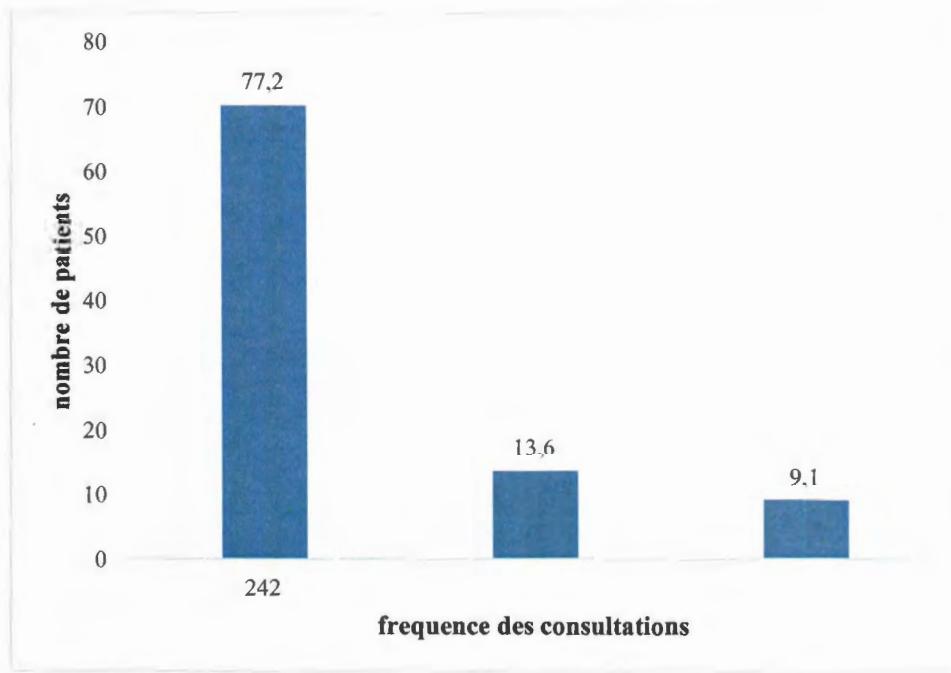


Figure 25: Répartition selon Fréquence de consultation aux urgences dans l'année

3.10. Contact médical avant et moyens d'évacuation aux urgences

D'après les résultats de l'enquête, 90,1% des usagers de notre service s'y présentaient directement, sans contact médical préalable, même pas par téléphone.

La nécessité de contacter un médecin avant de se rendre aux urgences était de 9,9%.

La grande majorité des patients (76,9%) arrivait par leurs propres moyens, 9,1% étaient transportés par les sapeurs-pompiers, 14% par d'autres ambulances.

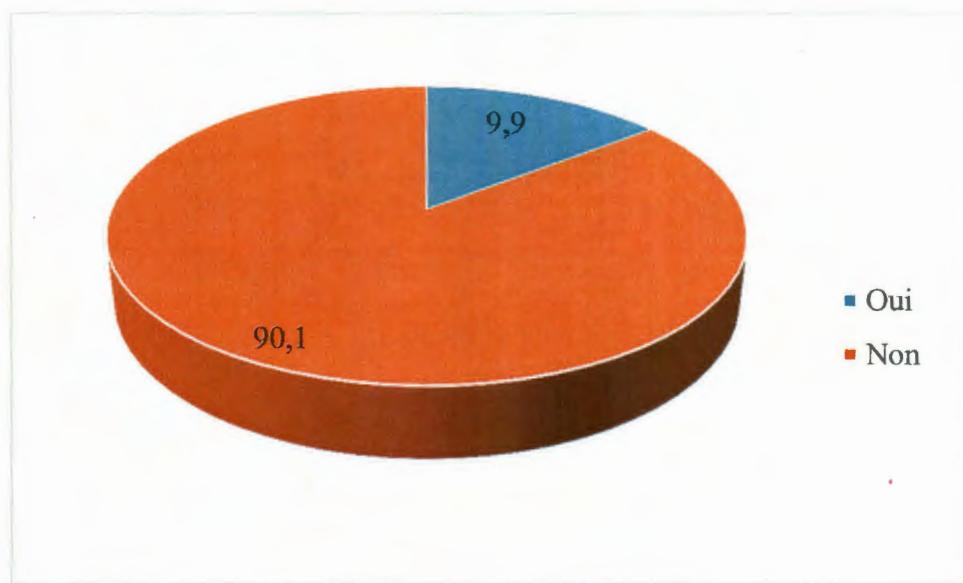


Figure 26: Répartition des patients en fonction du Contact médical avant
La figure 27 représente la répartition des patients en fonction des moyens de transport.

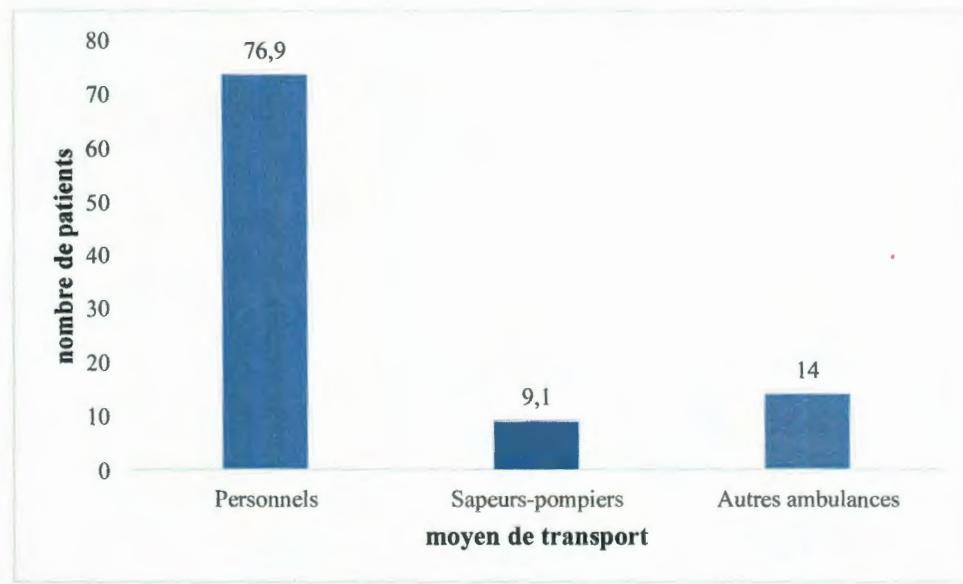


Figure 27: Répartition des patients en fonction des moyens de transport

3.11. Degré d'urgence

Cent cinquante-quatre (154) patients soit 63,7%, pensaient que le problème qui les amenaient en consultation était une urgence; 34 patients (14%) avaient estimé que leur motif n'était pas urgent; 54 patients (22,3%) ne savaient pas.

Une réévaluation du caractère urgent qui avait été faite par l'IOA puis le généraliste, en fin un urgentiste avait retrouvé une diminution nette des vraies urgences en fonction du niveau du praticien.

Le Tableau VII représente la répartition du degré d'urgence selon les patients et le praticien.

Tableau VII : Répartition du degré d'urgence selon les patients et le praticien

	<i>Patient</i>		<i>IAO</i>		<i>Généraliste</i>		<i>Urgentiste</i>		
	Nom bre	%	Nomb re	%	Nom bre	%	Nomb re	%	P
OUI	154	63,7	138	57,1	77	31,9	65	26,9	0,09
NON	34	14	104	43	165	68,1	177	73,1	0,11
Ne sait pas	54	22,3	-	-	-	-	-	-	0,18
Total	242	100	242	100	242	100	242	100	

3.12 Devenir des patients

Vingt-deux virgule trente-deux (22,32%) des passages aux urgences avaient donné lieu à un transfert vers une unité d'hospitalisation dont 7,02% en dehors

du service des urgences et 15,3% au niveau de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Le taux de décès global durant la période de l'étude était de 0,83 %.

La majeure partie des patients (76,45%) avait bénéficié d'une sortie directe à partir des urgences après un bilan clinique et/ou paraclinique. Le transfert avait été effectué vers une autre structure hospitalière dans 0,4% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du devenir des patients.

	Effectifs	Pourcentage
Sortie	185	76,45
Hospitalisation	37	15,3
Transéate vers un autre service	17	7,02
Référé vers autre structure	1	0,4
Décédé	2	0,83
Total	242	100,0

4. DISCUSSION

➤ Répartition selon l'âge

Nos patients étaient majoritairement jeunes 27,5% avaient moins de 25 ans, ceci est peu différent de la moyenne d'âge de 46 ans retrouvée en Tunisie [7]. Ces données sont différentes avec celles retrouvées en France où 40% des patients consultant aux urgences ont plus de 80 ans et les personnes consultant le moins 12% avaient entre 51 et 70 ans. Toujours dans cette même enquête les moins de 25 ans représentent 43% des usagers des urgences [5].

Nous pouvons expliquer le recours important des personnes jeunes aux urgences par la proportion plus importante de cette tranche d'âge dans la population générale par rapport aux pays occidentaux.

➤ Répartition selon le sexe

Nous avons noté une légère supériorité de la fréquentation des urgences chez les personnes de sexe masculin, ceci a été retrouvé dans une enquête française [6].

➤ Répartition selon le statut professionnel et la couverture sociale

La majeure partie de nos patients 64,8% n'avaient aucun emploi rémunéré et 85,1 % n'avaient aucune couverture sociale maladie. Ce même constat a été fait dans une étude canadienne qui a montré que les patients à plus faible revenu sont les plus nombreux à se rendre aux urgences que ceux à revenu plus élevé 18% contre 13% [16]. Ces mêmes résultats ont été constatés dans une étude réalisée en Tunisie [6]. Par contre en France, les personnes qui venaient le plus souvent aux urgences étaient bien insérées socialement et avaient une activité professionnelle [6,22].

➤ Répartition selon la résidence des patients

Dans notre étude, plus de la moitié c'est-à-dire 55,8% venaient d'un rayon de moins de 5 km superposable aux résultats retrouvés en Tunisie où plus de la moitié des patients (55,4 %) résidaient à moins de 5 km du service d'urgence et 69,1 % à moins de 30 minutes [8] et en Martinique où 83,5% des patients ayant consulté aux urgences de Trinité étaient originaires de la région [19].

Ces résultats sont superposables aux résultats de l'Hôpital Principal de Dakar sur l'étude des recours aux urgences menées en 2016.

- Répartition selon le rythme de consultation en fonction des jours et des heures.
 - Le rythme des arrivées des patients variait au fil de la journée ; elles est maximale à partir de 08h du matin pour diminuer progressivement de 08h à 19h puis atteint encore un maximum à 20h pour diminuer progressivement la nuit jusqu'au petit matin.

Selon une étude de la DRESS en 2003 en France [6,22], la fréquentation des urgences est pratiquement identique en semaine que durant le week-end ; ceci a été retrouvé par notre étude.

➤ Répartition selon les motifs de recours aux urgences.

La possibilité de réaliser des examens complémentaires en urgence était évoquée chez 53,3% des cas, l'envie d'être hospitalisé était émis chez 4,5% des patients, suivie de la crainte pour son pronostic vital chez 17,4% et de l'absence de file d'attente chez 0,8% des patients. La gratuité était le prétexte chez 0,4% des cas. Dans 28,6% aucune réponse n'a été donnée.

Dans notre étude les patients préféraient consulter aux urgences plutôt que d'aller voir dans les districts (centres de santé ou postes de santé) ; ce même

constat a été fait au Koweït [39]. Le choix de venir aux urgences sans passer par ces structures dans nos pays pourrait être expliqué par le fait que les patients pensent pouvoir bénéficier d'examens complémentaires, d'une consultation spécialisée voire d'une meilleure prise en charge par rapport au circuit des autres structures sanitaires.

➤ **Les symptômes ayant motivé la consultation et leur durée.**

En analysant les symptômes, on s'est rendu compte que seuls 46,2% avaient des symptômes récents (moins de 24 heures) ; en effet le recours aux urgences est largement justifié par des problèmes de santé non graves et datant de plusieurs jours, ceci a été relevé par plusieurs études [2,20] et reste un réel problème dans certains pays comme le Koweït [39] où Shah a rapporté que 61% des patients consultent pour un problème non urgent, ce taux atteint 70% en Arabie Saoudite [2] et 90% en Jordanie [1].

➤ **Contact médical**

Ce contact médical pourrait contribuer à diminuer l'encombrement aux urgences car devrait permettre de diriger les patients vers d'autres structures.

La médecine préhospitalière selon plusieurs études réalisées en France ne serait pas capable de répondre à une prise en charge rapide et efficace des patients en raison d'une part de l'indisponibilité des médecins de ville et d'autre part, des délais importants pour avoir un rendez-vous de consultation [25,27].

Une étude américaine retrouve que le recours aux urgences était plus fréquent chez les patients considérant que leur système de soins ambulatoire ne peut répondre à leurs attentes [14].

➤ **Moyens d'évacuation aux urgences**

Les moyens de transport utilisés pour se rendre aux urgences étaient dans la majorité des cas, les particuliers ; ceci a été retrouvé dans plusieurs études notamment en France où près des ¾ des patients arrivaient par leurs moyens propres aux urgences [6].

Ceci pose d'énormes problèmes de prise en charge initiale surtout pour certains types de patients : traumatisés graves, syndromes coronariens, détresse respiratoire aigüe.

Ainsi il n'est pas rare de voir des patients très graves arriver aux urgences par des véhicules personnels et qui décèdent finalement au cours du transport.

Il s'y ajoute l'absence de régulation médicale malgré l'existence d'un numéro d'urgence, ce qui contribue à augmenter les délais d'attente au niveau des urgences.

Les affections traumatiques représentaient 30% des motifs de consultation dans notre étude, ceci est corroboré par une étude faite dans la région française des pays de la Loire qui trouve que la traumatologie représente 12% des motifs de consultation aux urgences [32].

Cette prédominance des affections somatiques aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement serait liée à une défaillance de la médecine de première ligne, et la médecine d'urgence comblerait ces lacunes [27,35].

➤ Degré d'urgence

En demandant aux patients s'ils pensaient réellement que le motif qui les avait amenés était selon eux « urgent », et en essayant de poser la même question aux praticiens, on s'est rendu compte que le taux d'urgence « ressentie » est passé de 63,7% à 26,9% d'urgence vraie selon le médecin urgentiste.

Une étude réalisée dans 30 centres de la région d'Asir (Arabie Saoudite) a retrouvé que 40% des médecins ne considéraient pas la majorité des cas comme des urgences [2]. Le tri fait aux urgences constitue une solution intéressante mise en place dans notre structure.

Une étude faite à Bahreïn avait mis en évidence que le tri effectué par les médecins avait permis d'orienter plus de la moitié 54,4% qui consultaient aux urgences vers une consultation externe ou vers leur domicile [18].

Il est établi que le tri fait par les médecins permet une réduction du délai d'attente et du nombre de malades partis sans être vus [30].

CONCLUSION

L'encombrement des services d'urgence n'épargne quasiment aucun pays.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'affluence et les motifs de consultation au service d'accueil des urgences de l'hôpital Régional de KAOLACK.

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée dans le service d'accueil des urgences du CHREIN de Kaolack sur une période d'une semaine (26 SEPTEMBRE 2018 à 8 h au 03 OCTOBRE 2018 à 8 h).

Durant la semaine d'étude, le nombre total de passages au SAU était de deux cent quarante-deux (242) patients tous secteurs confondus ; 55,8 % de nos patients étaient de sexe masculin.

La moyenne d'âge des patients était de 43ans pour des extrêmes de 25 ans et 70 ans.

La majeure partie (55,8%) venaient de la région de KAOLACK. Ceux provenant des localités se situant entre 5 et 35 km étaient de 31%. On avait noté que 13,2% des patients avaient quitté d'autres régions du centre du pays pour venir aux urgences de l'hôpital.

La majeure partie des patients étaient venus consulter entre 08h-16h et 20h-00h. Les pics de consultation étaient retrouvés en début de semaine, en milieu de semaine et le weekend soit un total de 65,7%.

La possibilité de réaliser des examens complémentaires en urgence était évoquée chez 53,3% des cas, l'envie d'être hospitalisé était émis chez 4,5% des patients, suivie de la crainte pour son pronostic vital chez 17,4% et de l'absence de file d'attente chez 0,8% des patients.

La gratuité était le prétexte chez (0,4%) des cas. Dans 28,6% aucune réponse n'avait été donnée.

La majeure partie des patients 69,4% étaient admis pour une affection somatique, les traumatismes représentaient 30,6% des admissions dont 20,3% pour accident de la voie publique. Les patients consultant aux urgences pour des symptômes présents depuis moins de 24 h représentaient 46,2% des cas ; plus de la moitié 53,8% présentaient des symptômes depuis plus de 24 h, dont 17,8% depuis plus d'une semaine.

La grande majorité des patients (76,9%) arrivaient par leurs propres moyens ; 9,1% par les sapeurs-pompiers, 14% par d'autres ambulances (transports non médicalisés).

Une réévaluation du caractère urgent qui avait été faite par l'IOA puis par un médecin généraliste et enfin par un médecin urgentiste avait retrouvé une diminution nette des vraies urgences en fonction du praticien.

Concernant les transferts, on avait noté que 22,3% des passages aux urgences avaient donné lieu à un transfert vers une unité d'hospitalisation ; 7,02% en dehors du service des urgences et 15,3% au niveau de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

La majeure partie des patients 76,45% avait bénéficié d'une sortie directe à partir des urgences après un bilan clinique et/ou paraclinique. Le transfert avait été effectué vers une autre structure hospitalière que pour 01 cas.

Le taux de décès durant la période de l'étude était de (0,83 %).

Au terme de ce travail et dans le souci d'améliorer La prise en charge des urgences, il nous paraît indispensable de formuler les recommandations suivantes :

***A l'endroit des autorités nationales et des autorités de la région médicale**

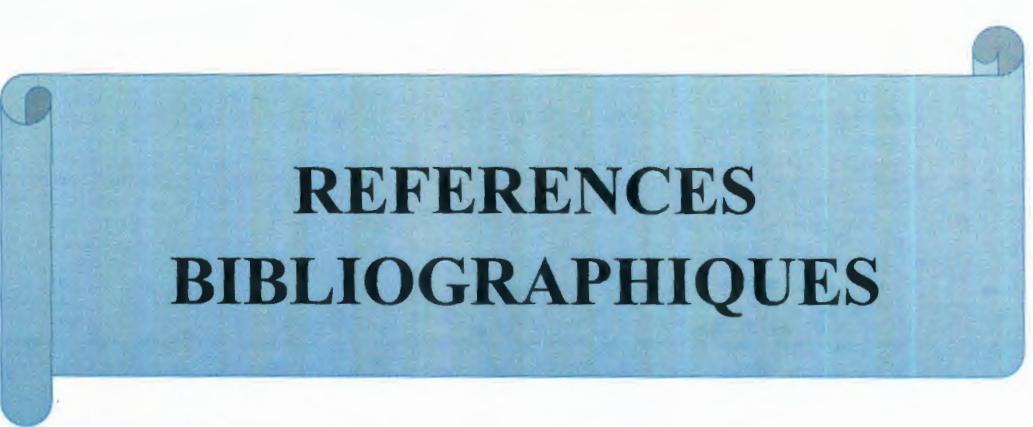
- Mettre en place un programme national de gestion pour coordonner les urgences ;
- Mettre en œuvre la Démarche Qualité au sein des SAU après l'adoption d'un référentiel pour les SAU et les soins d'urgence (en collaboration avec la région médicale)
- Doter les structures périphériques d'un système de communication rendant efficace et efficiente les évacuations sanitaires;
- Rendre disponible des ambulances médicalisées au niveau des structures périphériques;
- Renforcer les structures périphériques en ressources humaines qualifiées;
- Promouvoir la formation des médecins urgentistes
- Mettre en place un SAMU régional à Kaolack
- Renforcer les autres spécialités à L'Hôpital de Kaolack (Médecins urgentistes)
- Faire de l'hôpital Régional de Kaolack un hôpital de niveau 3 pour répondre aux demandes de la population et de la sous- région
- Mettre en place des UAU dans les centres et district sanitaire à Kaolack
- Mettre en place la stratégie information, éducation, communication (IEC) pour une meilleure organisation du pré-hospitalier et des services d'urgences ;
- Mettre en place des stratégies d'adhérences et de financement de mutuelles de santé.

➤ **A la direction de l'hôpital :**

- Renforcer les capacités du personnel du SAU. Il s'agit d'accroître les compétences spécifiques de prise en charge des urgences du personnel affecté dans le SAU depuis la formation initiale jusqu'aux sessions de recyclage en passant par la supervision formative.
- Renforcer la collaboration avec les districts

➤ **Au personnel de santé :**

- Veiller au respect des procédures d'accueil et de triage pour une bonne orientation des patients en fonction du degré d'urgence ;
- Respect de la pyramide sanitaire pour les évacuations sanitaires ;



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Abdallat AM, al-Smadi I, Abbadi MD.** Who uses the emergency room services? Eastern Mediterranean Health Journal 2007; 6:1126–1129]
2. **Al-Shammari SA.** Use and abuse of emergency services in Riyadh health centers, Saudi Arabia. Saudi Medical Journal 1991; 12: 489-493.
3. **Al-Shaysi SZ.** EMS in the Sultanate of Oman. Resuscitation, 2009, 80:740–742.
4. **Andrulis DP, Kellerman A, Hintz EA, Hackman BB, Weslowski VB.** Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. Ann Emerg Med 1991 Sep;20(9):980-6.
5. **Baubéau D, Carrasco V.** Les usages des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale [Emergency department users: preliminary findings of a national survey]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité/Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003 (Études et Résultats n° 212) (<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>, consulté le 25 novembre 2018)).
6. **Baubéau D, Carrasco V.** Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [Reasons for using hospital emergency departments and referral pathways]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité/Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003 (Études et Résultats n° 215) (<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf>, consulté le 28 novembre 2018).

- 7. Ben Gobrane HL, Aounallah-Skhiri H, Ben Hamida A, Somrani N, Ayachi M, Achour N, Hsairi M.** Motifs du recours aux services d'urgence des principaux hôpitaux du Grand Tunis. EMH 2012; 18 (1):56-65.
- 8. Burt CW, McCaig LF.** Trends in hospital emergency department utilization. United States, 1992-99. Vital Health Statistics13, 2001; 150:1-34
- 9. Burt CW, McCaig LF.** Trends in hospital emergency department utilization. United States, 1992-99. Vital Health Statistics13, 2001;150:1-34.
- 10. Capewell S.** The continuing rise in emergency admissions. British Medical Journal 1996 ; 312(7037):991–992.
- 11. Carrere Debat D., Tempelhoff G., Holzopfel L.,** Groupe d'étude multicentrique du service d'accueil: Les malades graves dans un service d'accueil, Réanimation Soins Intensifs Médecine d'Urgence 1991 ; 7, N°4 : 232.
- 12. Chahed MK, Somrani N, Achour H.** L'offre et l'utilisation des services d'urgence en Tunisie : principaux résultats d'une enquête nationale exhaustive [Availability and use of emergency services in Tunisia: main results of a comprehensive national survey]. La Revue de Santé de la Méditerranée orientale 2001 ;7(4/5):805–811.
- 13. Classification Clinique des Malades aux Urgences.**<http://www.mediboard.org/public/Classification+Clinique+des+Malades+aux+Urgences>, (consulté le 23 novembre 2018)

14. Cohen J. Accident and emergency services and general practice–conflict or cooperation? *Family Practice* 1987; 4:81-83.

15. Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Qui utilise les services d'urgence et quels sont les temps d'attente ? [Understanding Emergency Department Wait Times: Who is Using Emergency Departments and How Long Are They Waiting?]. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2005 (http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_f.pdf, consulté le 25 octobre 2018).

16. Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Qui utilise les services d'urgence et quels sont les temps d'attente ? [Understanding Emergency Department Wait Times: Who is Using Emergency Departments and How Long Are They Waiting?]. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2005 http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_f.pdf, consulté le 28 octobre 2018).

17. Elkum N et al. Which patients wait longer to be seen and when? A waiting time study in the emergency department. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; 15:416–424.

18. Fateha BEA, Hamza AY. Impact of triage in accident and emergency departments in Bahrain. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2001; 7: 790-798.

19. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, Giraud C, Sambuc R. Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique* 2004;16:63-74<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm>

- 20. Gentile S et al.** Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie [Attitude and behaviour of users when faced with a medical emergency, either real or perceived as urgent]. *Santé publique* 2004 ; 16(1) : 63–74.
- 21. Gentile S et al.** Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 2010, 10:66.
- 22. Herzlich C.** Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière [Types of Patients and Hospital Procedures]. *Revue française de sociologie* 1973 ;XIV (Numéro spécial « Sociologie de la médecine »): 41–59.
- 23.** http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id223/Definition_de_1_urgence.igwsc 31. Consulté 10 octobre 2018
- 24.** http://www.soins-infirmiers.com/organisation_des_urgences.php consulté 17 octobre 2018
- 25. Kierzek G, Pourriat JL.** De nouvelles missions pour les services d'urgences ? [New missions for emergency department]. *La Revue du Praticien* 2009 ; 59:1265–1277.20-22.
- 26. L'organisation de l'aval des urgences: état des lieux et organisations**
http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFM_mai_2005.pdf consulté 15 novembre 2018

- 27. Ladner J et al.** Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins [Patients who refer themselves to hospital accident and emergency departments: reasons for consulting and how they follow their treatment]. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008 ; 39 (1) : 33-42.
- 28. OMS,** Stratégie globale pour la santé pour tous d'ici l'an 2000 (Genève, 1981).
- 29. Peneff J.** L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante In: *Sciences sociales et santé* 1992 ; 10 (3) : 119-123
- 30. Qureshi NA.** Triage systems: a review of the literature with reference to Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010 ; 16 : 690–698.]
- 31. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).** Conférence d'experts de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), de SAMU de France, de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et de la Société de réanimation de langue française, 2002 (www.sfar.org). Consulté 20 décembre 2018
- 32. Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire.** (Urgent or unplanned referrals in general practice in the Loire region]. Nantes, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire (ORSPL), 2007.
- 33. Rehmani R, Norain A.** Trends in emergency department utilization in a hospital in the Eastern region of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal* 2007 ; 28:236–240.

- 34. Reix A.** Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans six pays européens : La France, le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Finlande et la Norvège [Thèse]. France : Université René Descartes de Paris ; 2002
- 35. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW.** Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Academic Emergency Medicine* 2002; 9: 916-923.
- 36. Scheefer S, Mancuso G, Stein-Mergen M.** Augmentation de l'affluence des patients aux urgences du Centre Hospitalier de Luxembourg. Qui sont-ils? Pourquoi viennent-ils ? [Increase in the inflow of emergency patients at the Central Hospital of Luxembourg. Who are they? Why do they come?]. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg* 2005 ; 1:91–106.
- 37. Schuur J-D, Venkatesh A-K.** The growing role of emergency departments in hospital admissions. *The New England Journal of Medicine* 2012; 367: 391-393.
- 38. SFMU.** Critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences. Référentiel SFMU ; Janvier 2007.
- 39. Shah NM, Shah MA, Behbehani J.** Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Social Science & Medicine* 1996, 42:131-1323.
- 40. Twanmoh JR, Cunningham GP.** When overcrowding paralyzes an emergency department. *Mang Care* 2006;15(6):54-9.

ANNEXES

Annexe I : Classification CCMU

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin du SMUR ou le service des urgences.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

Annexe II : Classification GEMSA

GEMSA 1 : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation

GEMSA 2 : patient non convoqué sortant après consultation ou soins

GEMSA 3 : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale

GEMSA 4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences

GEMSA 5 : patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation

GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée

Annexe III : Le questionnaire

ENQUETE D'UNE SEMAINE SAU

Du .../02/2018 au .../02/2018

Centre Hospitalier Régional El Hadj Ibrahima Niass de Kaolack

Service d'Accueil des Urgences (S.A.U)

Dr Malick DIEYE

IDENTIFICATION DU PATIENT

Renseignements sur le patient

1. Nom

2. Age

3. Tranche d'âge

< 25 ans 26-39 ans 40-49 ans 50-59 ans 60-69 ans > 70 ans

4. Sexe

Masculin

Féminin

5. Adresse

6. Localité

Moins de 5km 5-35km Autres
régions

7. Avez-vous appelé avant de venir ?

Oui

Non

Autres

PATHOLOGIES

Affections somatiques ou traumatologiques

8. Pathologie

AVP somatique Autre traumatisme Pathologie

9. Jour de consultation

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche
Férié

10. Heure de consultation

- 08H-12H ○ 12H-16H ○ 16H-20H ○ 20H-00H ○ 00H-04H ○ 04H-08H

11. Moment de la journée

12. Moyens d'évacuation

- Personnels ambulances
 - Sapeurs-pompiers
 - Autres

13. Avez-vous une couverture sociale ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

14. Quel type de couverture sociale ?

- CMU
 - Imputation budgétaire
 - IPM
 - Mutuelles
 - Plan

La question n'est pertinente que si Avez-vous une couverture sociale ? = "Oui"

15. Avez-vous un emploi ?

- Oui Non Retraité

16. Avez-vous un médecin traitant ?

17. Etes-vous satisfait(e) de sa prise en charge ?

- Oui Non
La question n'est pertinente que si médecin traitant = "Oui"

La question n'est pertinente que si médecin traitant = "Oui"

18. Avez-vous un avis médical avant de venir aux urgences (physiquement ou par téléphone) ?

- Oui Non
Aller à '21. Pas d'avis médical si Avis médical = "Non"
Aller à '21. Pas d'avis médical si Avis médical = "Non"

19. Qui avez-vous contacté ?

- Médecin
médecin traitant Sapeurs Autre

20. Pourquoi n'avez-vous pas pris un avis médical ?

- Aucune personne disponible Problèmes
 d'horaires

Déjà consulté pour ce problème mais pas d'amélioration

financières

21. Si (entre) más o meno

21. Si 'autre', précisez : La question n'est pas toujours que si. Il y a aussi : "Oui" ou "Non".

22. Depuis combien de temps présentez-vous les problèmes pour lesquels vous consultez ?

- Moins de 24H 24 à 48H 2 à 3 jours Une semaine Plus d'une semaine
-

23. Pensez-vous venir pour un problème urgent ?

- Oui Non Ne sait pas
-

24. Quelles raisons vous ont motivé à consulter aux urgences plutôt que de voir un médecin généraliste ?

- Possibilité de réaliser des examens Nécessité selon vous une hospitalisation Moins d'attente que dans le cabinet médical
 hospitalisation Gratuité des soins Autre
 cabinet médical
Vous craignez que votre pronostic vital soit engagé
Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum)
-

25. Combien de fois avez-vous consulté aux urgences en une année ?

- C'est la première fois Au moins une fois Plus de 3 fois
-

26. Prenez-vous un traitement tous les jours à domicile ?

- Oui Non Ne sait pas
-

27. Zone de prise en charge

- Box Attente couchée SAUV Surveillance
-

28. Devenir du patient

- Sortie Hospitalisation Transéaté vers un autre service Référé vers autre structure Décédé
-

PARTIE PERSONNEL MEDICAL

Questions réservées au personnel médical

Pensez-vous que le problème qui a amené ce patient est une urgence ?

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 29. Infirmier(e) | 1
<input type="radio"/> | 2
<input type="radio"/> |
| 30. Médecin généraliste | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Médecin urgentiste | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Oui (1), Non (2).*