



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



Centre collaborateur de l'OMS

Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire
et Santé Publique
Promotion (2006-2008)

**MOTIFS DE RECOURS ET STRUCTURE DE
LA MORBIDITE DANS LES SERVICES
DES URGENCES**

CAS DU CHP DE MOHAMMEDIA

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme de Maîtrise
en Administration Sanitaire et Santé Publique

Option : Santé Publique.

Elaboré par : Dr. OTMANI AMAOUI ILHAM.

JUILLET 2008

*« Planifier, c'est concevoir un futur désiré et
les moyens qui permettront de le réaliser »*

Ackoff, 1970

RESUME

Mots clés: Motifs de recours, profil épidémiologique, morbidité, urgences, étude rétro-prospective, Classification internationale des maladies dixième révision (CIM10), amélioration continue de la qualité.

Les études épidémiologiques et les enquêtes de santé s'inscrivent dans la démarche globale de la politique de réforme dont le processus est en cours de mise en œuvre par le Ministère de la Santé. Ces études permettent d'appréhender le contexte socio-sanitaire et démographique des populations concernées.

Dans cette optique, la présente étude a pour objet d'explorer les principaux motifs de recours et d'analyser la structure de la morbidité au niveau du service des urgences du centre hospitalier provincial de Mohammedia.

C'est une étude descriptive à visée analytique et comparative avec aspects qualitatif et quantitatif.

Ses objectifs spécifiques visent à :

- Décrire les principaux motifs de recours au service des urgences du CHP de Mohammedia ;
- Etudier la structure de la morbidité au niveau de ce service ;
- Proposer des pistes pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des malades au niveau des urgences.

La collecte des données du système d'information et de gestion hospitalière (SIG Ho) du service des urgences de l'hôpital ainsi que les différents documents disponibles du système d'information, les entretiens avec les professionnels de santé de ce service et avec les différents consultants, guidée par un questionnaire, nous a permis d'enrichir et de compléter l'information recherchée.

L'étude des caractéristiques socio-démographiques des usagers du service des urgences a montré une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,53.

Nous avons noté que 87,3% des consultants proviennent de la province de Mohammedia dont 60% habitent la commune de Mohammedia.

Les usagers du service des urgences de sexe féminin appartenaient durant notre enquête en grande partie à la catégorie de «femmes au foyer» avec un taux de 20%, ce taux correspond à 54,1% de la population féminine. Les chômeurs sans emploi représentaient 17% des patients et les étudiants 12 %.

La proportion des autres catégories professionnelles, très limitée, est représentée surtout par les ouvriers 13%, les retraités 10% et les journaliers 5%.

Trente six pour cent (36%) des patients sont des illettrés, 56% de patients ne dépassant pas le niveau secondaire et 8% ayant un niveau d'étude universitaire.

Notre étude a révélé neuf types de motifs de recours qui peuvent être classés par ordre de priorité décroissant :

1. La nature de morbidité est le motif de recours de 80% des usagers des urgences;
2. Le plateau technique de l'hôpital est derrière le recours au service des urgences chez 76% des patients;
3. Le système de permanence ou de garde du service des urgences est le motif de recours de 60% des patients;
4. Quarante trois pour cent (43%) des patients disent que le service des urgences est l'endroit idéal des consultations sans rendez vous;
5. Trente quatre pour cent (34%) des usagers disent que c'est la porte pour l'accès rapide à une consultation spécialisée;
6. L'expérience des professionnels de santé de ce service en matière d'urgence est derrière le recours de 28% des patients;
7. Les certificats médico-légaux sont les motifs de recours de 26% des patients ;

8. Vingt et un pour cent (21%) des usagers rapportent la proximité de l'hôpital comme motif de recours ;
9. Onze pour cent (11%) des patients disent que le nombre élevé de médecins est derrière leurs recours au service des urgences de l'hôpital.

Ces facteurs sont souvent associés.

La perception des usagers des urgences vis-à-vis de leur état de santé diffère. En effet, la gravité perçue du problème de santé varie selon les patients. Cinquante pour cent (50%) de ces derniers sentent qu'il est de gravité moyenne, 32% reconnaissent que leur problème n'est pas grave. Le problème de santé à l'origine de la visite à l'urgence est nouveau pour près des deux tiers des patients (< 1 Semaine). Ce problème dure depuis plus d'une semaine chez 13% des patients, alors que 10% l'ont depuis plus d'un mois. Quinze pour cent (15%) des patients évoquent de fortes douleurs, alors que la moitié rapporte une douleur faible à modérée. Plus de 50% étaient inquiets pour leur état de santé.

La structure de morbidité du service des urgences tourne autour de 11 groupes de pathologies selon la classification internationale des maladies (dixième révision) :

- Les lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes (chapitre XIX de la CIM 10) représentent 47,50% de la morbidité vue au service des urgences;
- Les symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classée ailleurs (chapitre XVIII) représentent 20,17% ;
- Les maladies de l'appareil respiratoire (chapitre X) représentent 5,5% ;
- Les troubles mentaux et du comportement (chapitre V) représentent 5% de la morbidité des urgences ;
- Les maladies de l'appareil génito-urinaire (chapitre XIV) représentent 4,5%;
- Les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutanée (chapitre XII) représentent 3,67%;

- Les maladies de l'appareil digestif (chapitre XI) représentent 2,67%;
- Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (chapitre XIII) représentent 2,50%;
- Les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (chapitre XXI) représentent 1,83%;
- Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (le chapitre IV) représentent 1% de la morbidité du service des urgences.

En conclusion, l'étude a montré que le profil des utilisateurs est représenté surtout par la tranche d'âge entre 15 et 59 ans, auto référés, en activité, au niveau d'instruction moyen et aux revenus très modestes et souvent sans couverture médicale.

Les motifs de recours à ce service se fait surtout pour la morbidité, le plateau technique de l'hôpital et le système de garde du service des urgences.

Les deux groupes de pathologies les plus fréquentes sont les lésions traumatiques et les signes et symptômes (chapitre XIX et chapitre XVIII de la CIM10) occupant 67,67 % de la pathologie vue au service des urgences.

Les résultats de cette étude incitent à la réflexion au sujet d'élaboration d'un système d'information au niveau du service des urgences axé sur la morbidité pour un meilleur contrôle de gestion adaptant les ressources aux besoins.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION.....	1
----------------------------	----------

PREMIERE PARTIE

2 CONCEPTUALISATION DU PROBLEME.....	3
---	----------

2.1 ENONCE DU PROBLEME OBJET DE L'ETUDE	3
---	---

2.2 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
------------------------------------	---

3 ETAT DES CONNAISSANCES	5
---------------------------------------	----------

3.1 DEFINITIONS ET RAPPELS DES CONCEPTS.....	5
--	---

3.1.1 DEFINITION DE LA MORBIDITE.....	5
---------------------------------------	---

3.1.2 DEFINITION DES MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES	5
---	---

3.1.3 QUELQUES DONNEES SUR LA MORBIDITE ET LES MOTIFS DE RECOURS AU SERVICE DES URGENCES	6
---	---

3.1.4 CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES DIXIEME REVISION... 14	
---	--

4 CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE.....	16
---	-----------

5 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	19
---	-----------

5.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE	19
----------------------------------	----

5.1.1 DEVIS DE RECHERCHE.....	19
-------------------------------	----

5.1.2 VALIDITE DE L'ETUDE.....	19
--------------------------------	----

5.2 PLANIFICATION OPERATIONNELLE DE L'ETUDE	20
---	----

5.2.1 CADRE DE L'ETUDE	20
------------------------------	----

5.2.2 POPULATION CIBLE.....	29
-----------------------------	----

5.2.3 METHODE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE ET D'ANALYSE	29
---	----

5.2.4 LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	33
--	----

DEUXIEME PARTIE

6 PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	34
6.1 CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DES PATIENTS	34
6.2 HABITUDES D'UTILISATION DU SERVICE DES URGENCES ET NIVEAU DE REFERENCES DES PATIENTS.....	37
6.3 PRINCIPAUX MOTIFS DE RECOURS DES PATIENTS AU SERVICE DES URGENCES	37
6.4 NATURE DE MORBIDITE	38
6.4.1 NATURE DE MORBIDITE SELON LA PERCEPTION DES MALADES.....	38
6.4.2 LA STRUCTURE DE MORBIDITE SELON LA CIM 10.....	39
7 ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	43
7.1 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DES USAGERS DU SERVICE DES URGENCES	43
7.2 ANALYSE DES HABITUDES D'UTILISATION DU SERVICE DES URGENCES ET NIVEAU DE REFERENCES DES PATIENTS	46
7.3 ANALYSE DES PRINCIPAUX MOTIFS DE RECOURS DES PATIENTS AU SERVICE DES URGENCES.....	47
7.4 ANALYSE DE LA NATURE DE MORBIDITE	48
8 RECOMMANDATIONS	54
9 CONCLUSION	58
REFERENCES.....	60
ANNEXES.....	63

LISTE DES ANNEXES :

N°	INTITULE DE L'ANNEXE
1	Organisation de la CIM 10.
2	Types de morbidité.
3	Output du SIG-Ho au niveau du service des urgences.
4	Questionnaire sur les motifs de recours au service des urgences.
5	Les formulaires des urgences.
6	Les masques de saisies pour la collecte de l'information.
7	Répartition des malades selon le type de maladie.
8	Monographie de la ville de Mohammedia.
9	La carte sanitaire de la ville de Mohammedia.
10	Organigramme du CHP de Mohammedia.

LISTE DES TABLEAUX

N°	INTITULE DU TABLEAU	PAGE
1	Les symptômes nécessitant le recours au service des urgences d'après les patients en France	8
2	Proportion des pathologies par rapport au total (cumul sur les trois années de l'étude HERA dans 5 Hôpitaux.	11
3	Répartition des habitants de la ville de Mohammedia par commune.	21
4	Comparaison de quelques indicateurs hospitaliers de l'année 2006 et de l'année 2007 du CHP de Mohammedia.	24
5	Les tailles théoriques des échantillons construits au niveau des urgences du CHP de Mohammedia.	32
6	Les plans de codage des outils de collecte des données	33
7	d'âge et de sexe au sein de l'échantillon des malades consultants aux urgences du CHP de Mohammedia pour l'année d'étude.	34
8	Répartition des malades selon leur milieu de résidence (étude rétrospective).	35
9	Profession des patients (ou celle de l'accompagnant pour les enfants) qui ont consultés au service des urgences	36
10	Répartition des malades par leur degré de solvabilité.	36
11	Motifs de recours des patients au service des urgences.	37
12	Principaux groupes de pathologies (selon CIM10) à l'urgence de CHP de Mohammedia, par ordre décroissant pour l'année 2007(étude rétrospective).	40
13	Principaux groupes de pathologies (selon CIM10) à l'urgence du CHP de Mohammedia, par ordre décroissant pour la période d'étude prospective.	41
14	Les types de sortie du service des urgences du CHP de Mohammedia.	42
15	Comparaison de la proportion des patients résidants dans la commune d'implantation de l'hôpital et part de cette population parmi la population totale de la province.	45
16	Groupes de pathologies les plus fréquentes, par ordre décroissant, Mohammedia, Fès et les 5 hôpitaux de l'étude Héra.	51
17	Principaux symptômes et maladies vus à l'urgence de l'hôpital de Mohammedia, en pourcentage par ordre décroissant pour l'année 2007.	Annexe 7
18	Données démographiques de Mohammedia et Casablanca (Données 2006).	Annexe 8

LISTE DES FIGURES

N°	INTITULE DU FIGURE	PAGE
1	Le cadre conceptuel pour l'étude des motifs de recours et la structure de morbidité au niveau du service des urgences	16
2	Le circuit du patient au niveau du service des urgences.	27
3	Le nombre de passages au service d'urgence du CHP de Mohammedia	28
4	Délai de survenue du problème de santé (Enquête Prospective).	38
5	Les différentes composantes de la morbidité réelle.	Annexe 1
6	Organisation de la CIM10	Annexe 2
7	Output du SIG-Ho au niveau du service des urgences.	Annexe 3

LISTE DES ACRONYMES

AVP :	Accident de la voie publique.
CHP :	Centre hospitalier provincial ou préfectoral.
CHU :	Centre hospitalier universitaire.
CIM 10:	Classification internationale des maladies dixième révision.
CISP :	Classification Internationale des Soins Primaires.
CML :	Certificats médicaux légaux.
DHSA :	Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires.
DMS :	Durée moyenne de séjour.
DRESS :	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques.
ESSB :	Etablissement de soins de santé de base.
HER :	Hôpital d'enfants de Rabat
HERA:	Health Research for Action; bureau d'étude.
MS :	Ministère de santé.
OMS :	Organisation mondiale de la santé.
PEC :	Prise en charge.
PFGSS :	Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé.
RAMED :	Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis.
SAMU:	Le système d'assistance médicale urgente.
SAU :	Service d'accueil et du traitement des urgences.
SIG-Ho :	Système d'information et de gestion hospitalière.
TDM :	Tomodensitométrie.
TOM :	Taux d'occupation moyenne.

1 INTRODUCTION

L'hôpital est un établissement sanitaire destiné à héberger des malades, des blessés ou des parturientes en vue de leur dispenser les prestations de diagnostic, de traitement et les soins d'urgence nécessités par leur état de santé. Il est dans l'obligation de définir ses orientations en fonction des priorités de santé publique. Celles-ci se définissent à partir de l'analyse des besoins de santé.

Les besoins de santé pourraient être approchés en considérant qu'ils sont inversement proportionnels à l'état de santé de la population, état de santé constaté, que l'on peut mesurer par des indicateurs de mortalité mais surtout de morbidité comme l'incidence et la prévalence. Cependant la plupart des mesures d'incidence et de prévalence dont on dispose en routine sont fortement dépendantes de la consommation de soins.

De plus, la santé dépendant de nombreux déterminants autres que le système de soins : génétique, environnement, condition sociale, ... les réponses à apporter aux besoins de santé pour atteindre un état de santé optimal ne sont donc pas seulement de type sanitaire mais aussi environnementales, sociales et médico-sociales (19-32).

C'est pourquoi dans une optique de planification sanitaire des services et équipements de santé, et tout en étant conscient de l'interdépendance avec les autres dimensions de la santé, il serait pragmatique de s'intéresser aux besoins de soins plutôt qu'aux besoins de santé (24).

L'appréciation de ces besoins de soins s'effectue à partir de l'analyse des indicateurs du système de santé qui portent sur les principales composantes de ce système qui sont la population avec ses caractéristiques socio-démographiques, économiques et épidémiologiques ; l'utilisation des services et les ressources sanitaires nécessaires.

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

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

En effet, le rôle que remplissent les services d'urgence situés en milieu hospitalier a grandement évolué au cours des dernières décennies. Conçus pour traiter les problèmes médicaux urgents, c'est-à-dire requérant non seulement une attention médicale immédiate mais aussi l'équipement et les ressources qu'on retrouve spécifiquement dans les hôpitaux, ils reçoivent maintenant un nombre important d'utilisateurs qui y ont recours pour des problèmes de santé de nature non urgente, nécessitant des soins susceptibles d'être dispensés par une ressource moins spécialisée que l'hôpital (3).

Pour essayer de pallier ces contraintes et pour une planification éclairée des besoins du service des urgences, nous proposons dans cette étude la description et l'analyse de la morbidité au niveau de ce service ainsi que les principaux motifs de recours au service des urgences.

Le présent travail comporte deux parties.

- une première partie relative à la formulation de la question d'étude, le cadre conceptuel, la présentation de l'état des connaissances et la méthodologie de recherche ainsi que les instruments de collecte de données.
- La deuxième partie comporte les résultats de l'étude avec une analyse comparative avec les données nationales et internationales. Quelques recommandations sur les opportunités d'amélioration pour une gestion efficace et efficiente de ce service seront proposées.

Première partie

2 CONCEPTUALISATION DU PROBLEME

2.1 ENONCE DU PROBLEME OBJET DE L'ETUDE :

Au niveau de la province de Mohammedia, le nombre de passages au niveau du service des urgences est passé de 39 457 en 2006 à 42 592 en 2007.

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

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

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

C'est la raison pour laquelle nous proposons une étude sur le terrain afin d'étudier le profil de morbidité au niveau du service des urgences et les principaux motifs de recours pour mieux optimiser les ressources existantes avec la morbidité et les besoins de soins au niveau de cette unité.

2.2 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE :

OBJECTIF GENERAL :

Participer au processus d'amélioration continue de la qualité de soins au niveau du service des urgences du centre hospitalier provincial de Mohammedia par la collecte et l'exploitation des données relatives aux caractéristiques de ces usagers, à leurs motifs de recours aux urgences et à la nature de morbidité vue à ce niveau.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les principaux motifs de recours au service des urgences ;
- Etudier la structure de morbidité au niveau du service des urgences du CHP de Mohammedia selon la CIM10;
- Proposer des mécanismes d'amélioration pour une meilleure prise en charge des patients au service des urgences.

3 ETAT DES CONNAISSANCES

3.1 DEFINITIONS ET RAPPELS DES CONCEPTS :

Le travail de planification sanitaire doit prendre en compte les besoins que le système de soins doit satisfaire, ce qui suppose que les responsables politiques disposent d'informations sur la charge de morbidité associée à chaque maladie ou traumatisme et sur les facteurs de risque qui en sont responsables, sur le profil des utilisateurs de services de soins ainsi que sur les possibilités d'agir sur cette charge par le biais de certaines interventions ou mesures de politique.

Dans cette vision, plusieurs études ont été menées par les différents départements sanitaires au niveau national et international pour étudier cette morbidité dans une optique d'amélioration continue de qualité de soins prodigués au patient.

Nous avons focalisé notre étude sur le service des urgences puisque ce dernier contribue grandement à la réputation de l'établissement de santé. C'est la vitrine de l'hôpital et l'une des portes principales pour le citoyen d'accéder au système de soins.

3.1.1 DEFINITION DE LA MORBIDITE :

La morbidité est définie comme étant «**l'ensemble des causes qui peuvent produire une maladie**» et l'état morbide comme étant «**un état pathologique relatif à la maladie**»¹.

(Les différents types de morbidité sont schématisés dans l'annexe 2)

3.1.2 DEFINITION DES MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES :

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

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

¹ Le Petit Robert, Paris, Sejer, 2008.

3.1.3 QUELQUES DONNEES SUR LA MORBIDITE ET LES MOTIFS DE RECOURS AU SERVICE DES URGENCES :

3.1.3.1 Au niveau international :

En Algérie (23) :

Le ministère de la santé Algérien a organisé une enquête dans la wilaya d'Alger au cours de l'année 2003 sur le profil de morbidité vu au niveau des services des urgences de cette wilaya.

Les résultats pour la wilaya d'Alger qui comprenait 36 établissements fonctionnant 24 sur 24 montrent que 29 309 patients auraient été reçus dans le cadre de l'urgence durant la semaine du 3 au 10 mars 2003.

La morbidité des services des urgences a été dominée par la symptomatologie respiratoire (toux et dyspnée) 12,7 %, la fièvre 10,9 % et les traumatismes 10,5 %.

A signaler que 30 % de ces patients présentaient une affection chronique (HTA, asthme, diabète).

En France (3) :

La population française recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers. Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions (3).

En janvier 2002, une enquête nationale a été réalisée auprès d'un échantillon de 240 000 patients pris en charge dans 150 services d'urgence durant la période de l'enquête afin de mieux connaître leurs principales caractéristiques, les motifs pour lesquels ils recouraient aux urgences et leur parcours ultérieur (les actes effectués, puis leur orientation).

Dans un premier temps, les équipes soignantes ont été interrogées sur les circonstances de l'arrivée des patients, leurs pathologies et leur prise en charge.

Les motifs de recours tels qu'ils sont répertoriés par les médecins se répartissaient à part égale entre « problème somatique », terme qui englobe toutes les affections non liées à un accident ou à un trouble mental, et « traumatisme », chacun de ces deux motifs regroupant 48 % des passages. Les troubles psychiatriques sont mentionnés dans 2,5 % des cas, il arrivait plus rarement que plusieurs de ces problèmes soient associés (1,5 %).

Ces motifs évoluaient fortement avec l'âge : les problèmes somatiques étaient largement prédominants chez les nourrissons de moins d'un an (85 %) ; À partir de 6 ans, au contraire, les traumatismes étaient prédominants présents chez près de 70 % des jeunes de 6 à 15 ans, ils représentaient 62 % des motifs de passages repérés pour les jeunes de 16 à 25 ans. Pour les adultes de 26 à 50 ans, la traumatologie restait majoritaire (53 %).

Les passages aux urgences dus à la traumatologie étaient plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, l'écart étant maximum entre 16 et 50 ans : 63 % des hommes de 16 à 25 ans et 52 % de ceux de 26 à 50 ans consultant un service d'urgence ont subi un traumatisme contre seulement 43 et 39 % des femmes des mêmes âges.

Les circonstances précisant ces motifs de recours n'ont pu être indiquées que dans 35 % des cas seulement essentiellement lorsqu'il y avait eu traumatisme.

Parmi ces répondants qui ne représentaient qu'un tiers des patients, 26 % des passages concernaient un accident domestique, 19 % un accident de travail, 15 % un accident de sport, 11 % un accident de la circulation, 9 % un accident scolaire et 6 % un accident survenu sur la voie publique (par exemple, une chute).

Par ailleurs, les médecins ont noté un problème social (associé ou isolé) dans 7 % des cas, un contexte d'agression dans 7 % et d'addiction dans 5%.

Pour les enfants de 6 à 15 ans, les accidents scolaires et de sport sont les plus fréquemment cités, puis, de 16 à 25 ans, les accidents de sport et de travail.

De 26 à 50 ans, ce sont les accidents liés au travail qui arrivent très largement en tête alors qu'au-dessus de 50 ans, les accidents domestiques deviennent prédominants. Les accidents

de la circulation, quant à eux, concernent principalement les personnes de 16 à 50 ans tandis que les addictions, les tentatives de suicide et les problèmes sociaux sont essentiellement mentionnés chez les adultes de 26 à 50 ans.

Sur les 14 millions de passages aux urgences en 2004, un sur cinq aboutit à une hospitalisation.

Tableau N° 1 : Les symptômes nécessitant le recours au service des urgences d'après les patients en France

Les symptômes	Nombre de cas ou le problème est cité
Accident	58.7
Douleur	42.9
Gêne	15.3
Fièvre	8.6
Malaise	9.2
Saignement	7.9
Vomissement et diarrhée	4.8
Angoisse	4.7
Agression	2.5
Autres motifs	2.1
Saignement	1.3
Ne sais pas	0.1
Ensemble	158.1

Les deux types de problèmes les plus fréquemment cités sont l'accident (59 %) et la douleur (43 %). La troisième cause citée par ordre de fréquence est la « sensation de gêne » (15 % des patients).

Cinq autres symptômes sont invoqués par au moins 5 % des usagers: fièvre (9 %), malaise (9 %), saignements (8 % qui est généralement associés à un accident), vomissements (5 %) et angoisse (5 %) (3).

L'étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) intitulée « *motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières* » révèle six types de motifs de recours qui peuvent être classés par ordre de priorité décroissant :

1. Les usagers à qui on n'a pas demandé leur avis (19 % des patients),
2. Les usagers qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 %),
3. Les usagers qui évoquent une volonté d'avoir recours au système hospitalier après un échec des solutions précédentes « traitement en cours sans amélioration », « récurrence » ou « souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital qui ne pouvait pas les prendre rapidement », (15 % des patients),
4. Les usagers qui ont recours au service d'urgences comme alternative à la médecine de ville soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin était absent, (14 % des patients),
5. Les usagers motivés par les spécificités du service d'urgence, que ce soit la permanence de soins, la spécialisation hospitalière en matière d'urgences ou le plateau technique (25 % des patients),
6. Les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenances personnelles (4% des patients) (4).

Au Canada (27-28) :

Une étude a été réalisée auprès de 399 patients du service d'urgence du Centre Hospitalier Pierre-Le Gardeur au Canada durant la période d'octobre 2002 à janvier 2003 sur le type de morbidité pour laquelle le patient venait au service des urgences, les principaux motifs de recours à cette structure et les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de la région de Lanaudière révèle en ce qui concerne la morbidité :

Les problèmes ostéo-articulaires sont de l'ordre de (22,8%), les troubles généraux et non spécifiés (22,6%) et les problèmes respiratoires (18,2%) et digestifs (13,8%) ce qui constitue (77,4% des patients).

Seuls 31,3% de tous les patients se sont présentés à l'urgence suite à la recommandation d'un professionnel de la santé (Info-Santé-CLSC, médecin). Les patients les plus enclins à recourir au service d'un professionnel de la santé préalablement à la visite à l'urgence sont

ceux dont le problème de santé dure depuis plus d'une journée, qui perçoivent comme possible la survenue de complications s'ils ne consultent pas rapidement un médecin et qui sont aux études ou travaillent à temps plein ou à temps partiel (plutôt qu'inactifs).

3.1.3.2 Au niveau national :

Etude du bureau d'étude HERA (16-17) :

Des études épidémiologiques sur le profil de morbidité ont été menées de façon concomitante dans plusieurs hôpitaux marocains pour participer à la phase de transition du projet PFGSS par le bureau d'étude HERA.

La première (16) s'est déroulée au même moment dans les 5 hôpitaux à savoir l'hôpital Hassan II d'Agadir, l'hôpital régional de Béni Mellal, l'hôpital Mohammed V de Meknès, Hôpital Mohamed V de SAFI et l'Hôpital Hassan II de SETTAT du 7 au 21 novembre 2000 et du 2 au 16 janvier 2001 pour la collecte prospective et en décembre 2000 pour la collecte rétrospective.

Les résultats de cette étude en ce qui concerne la morbidité du service des urgences rapportaient que lors de l'étude rétrospective, les lésions traumatiques représentaient la morbidité essentielle de tous les services d'urgence. Toutefois les proportions variaient fortement (du simple au double) d'un hôpital à un autre.

En outre, l'étude a rapporté que :

- le service des urgences de Meknès n'était pas comparable aux autres hôpitaux à cause de l'importance des groupes de pathologies "Signes, symptômes" et "facteurs influant sur l'état de santé ". A priori, il était difficile d'attribuer ces diagnostics à des groupes de pathologies bien déterminés ;
- proportion élevée de la pathologie respiratoire et digestive à Agadir ;
- une proportion importante des maladies infectieuses à Béni Mellal.

Les résultats sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau N°2 : Proportion des pathologies par rapport au total (cumul sur les trois années de l'étude HERA sur 5 Hôpitaux.

Urgence : Etude Rétrospective							
CHAPITRE	GROUPES DES PATHOLOGIES	Proportion des pathologies par rapport au total (cumul sur les trois années de l'étude)					
		Settat	Agadir	Beni Mellal	Meknes	Safi	Les 5 hôpitaux
		%	%	%	%	%	%
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	44,4	31,5	35,0	21,4	37,9	34,1
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs	26,4	26,1	29,7	19,4	34,0	27,1
XX	Causes externes de morbidité et de mortalité	5,9	6,6	2,9	21,5	2,2	7,8
X	Maladies de l'appareil respiratoire	6,4	11,2	5,8	2,2	3,7	5,8
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	0,2	0,1	0,1	21,3	0,4	4,4
XI	Maladies de l'appareil digestif	2,6	5,1	3,6	1,9	2,8	3,2
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	2,7	4,9	3,7	1,2	2,9	3,1
I	Certaines maladies infectieuses	2,0	2,9	4,4	2,7	2,6	2,9
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	2,1	3,2	2,3	1,9	2,2	2,3
	Sous Total	92,8	91,5	87,4	93,6	88,6	90,8
	Les autres	7,2	8,5	12,6	6,4	11,4	9,2
	Total	100	100	100	100	100	100

Durant l'étude prospective, les lésions traumatiques restaient la morbidité la plus importante, mais les proportions variaient fortement d'un hôpital à un autre et variaient surtout de l'étude rétrospective à l'étude prospective.

L'étude a montré en outre :

- une forte augmentation des pathologies respiratoires dans tous les hôpitaux sauf à Agadir ;
- une augmentation des pathologies digestives, sauf à Agadir ;
- une augmentation généralisée des pathologies génito-urinaires ;
- une augmentation généralisée des pathologies circulatoires.

Neufs autres hôpitaux (17) ont fait l'objet de la deuxième phase de ce projet il s'agissait de l'hôpital Mohammed V d'Al Hoceima, Ben Msik de Casablanca, Moulay Abdellah d'Essaouira, El Idrissi de Kénitra, l'hôpital provincial de Khémisset, Moulay Hassan Belmehdi de Laayoune, Mohammed V de Sefrou, Hassan II de Tan-Tan, Mohammed V de Tanger. Ce deuxième volet d'étude s'est déroulé entre le mois de juillet 2002 et le mois de janvier 2003 avec aussi deux volets rétrospectif et prospectif.

Ce deuxième volet de l'étude rapportait le constat suivant (17) :

La pathologie traumatique était prépondérante de manière générale dans la plupart des services des urgences.

La proportion de groupes de pathologies mal définies «Signes – symptômes» est importante à Al Hoceima, Essaouira, Khémisset et Sefrou.

La proportion du groupe des pathologies respiratoires à Casablanca durant l'étude prospective est fortement diminuée.

Cette étude montrait aussi l'importance des maladies infectieuses, génito-urinaires et des admissions en urgence pour des troubles du comportement.

L'importance dans certains hôpitaux du groupe de pathologies vagues ou mal définies s'expliquait par l'importance des signes/symptômes suivants : douleur abdominale, fièvre d'origine inconnue, anomalie de la respiration, céphalée, malaise et fatigue.

Parmi les premiers diagnostics décelés aux services des urgences, l'étude a cité

- Douleur abdominale et pelvienne 6,5%,
- Diarrhée, gastro-entérite présumée infectieuse 5,3%,
- Asthme 4,8%,
- Plaie ouverte de la tête 3,9%,
- Pharyngite aiguë 3%,
- Fièvre d'origine inconnue 2,6%,
- Lésions traumatiques de la tête, autres et sans précision 2,6%,
- Bronchite non précisée comme aiguë ou chronique 2,2%,
- Colique néphrétique, sans précision 1,9%,
- Lésion traumatique cheville-pied, autres et sans précision 1,9%,
- Troubles dissociatifs (de conversion) 1,8%,
- Plaie ouverte du poignet et de la main 1,73%,
- Lésion traumatique poignet-main, autres et sans précision 1,6%,
- Hypertension essentielle 1,5%,
- Lésion traumatique jambe, autres et sans précision 1,3%,
- Anomalies de la respiration 1,2%,
- Amygdalite aiguë 1,24%.

Etude de l'hôpital IBN KHATIB (34) :

Une autre étude du profil épidémiologique de la morbidité et de la mortalité hospitalière au CHP Ibn Al Khatib de Fès a été réalisée. L'étude a été menée durant les mois de Mars 2005 pour le volet rétrospectif concernant les années 2000, 2002 et 2004 et durant la période entre Avril et Mai 2005 pour le volet prospectif.

Cette étude a été menée par le bureau d'étude SIS - Consultants –Rabat, et elle a rapporté les résultats suivants :

Au niveau du service des urgences et durant l'étude rétrospective, l'étude rapporte que la morbidité au niveau du service des urgences se concentre autour de cinq groupes de pathologies :

- Les pathologies mal définies sous forme des symptômes 59,5 % ; à savoir : douleur abdominale, fièvre, anomalie de la respiration, malaise et fatigue, nausée - vomissement, céphalée, etc.;
- Les lésions traumatiques 12, 0 % ;
- Le groupe des pathologies respiratoires 7% notamment la crise d'asthme (diagnostic le plus fréquent), bronchite, pharyngite ;
- Maladies infectieuses 5,2 % ;
- Sans négliger la fréquence relative des Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques qui est de l'ordre de 4,5 %.

Ces cinq groupes totalisaient 88,2% de toutes les admissions.

3.1.4 CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES DIXIEME REVISION (CIM 10) :

L'appellation complète de la Classification internationale des maladies est « **Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes** » (en anglais : *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). La CIM est une norme internationale permettant le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé.

Elle est publiée par l'OMS et est utilisée à travers le monde pour enregistrer les causes de morbidité et de mortalité, à des fins diverses parmi lesquelles le financement et l'organisation des services de santé ont pris ces dernières années une part croissante. (Voir annexe N°1: Organisation de la CIM10).

Cadre conceptuel de l'étude

4 CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

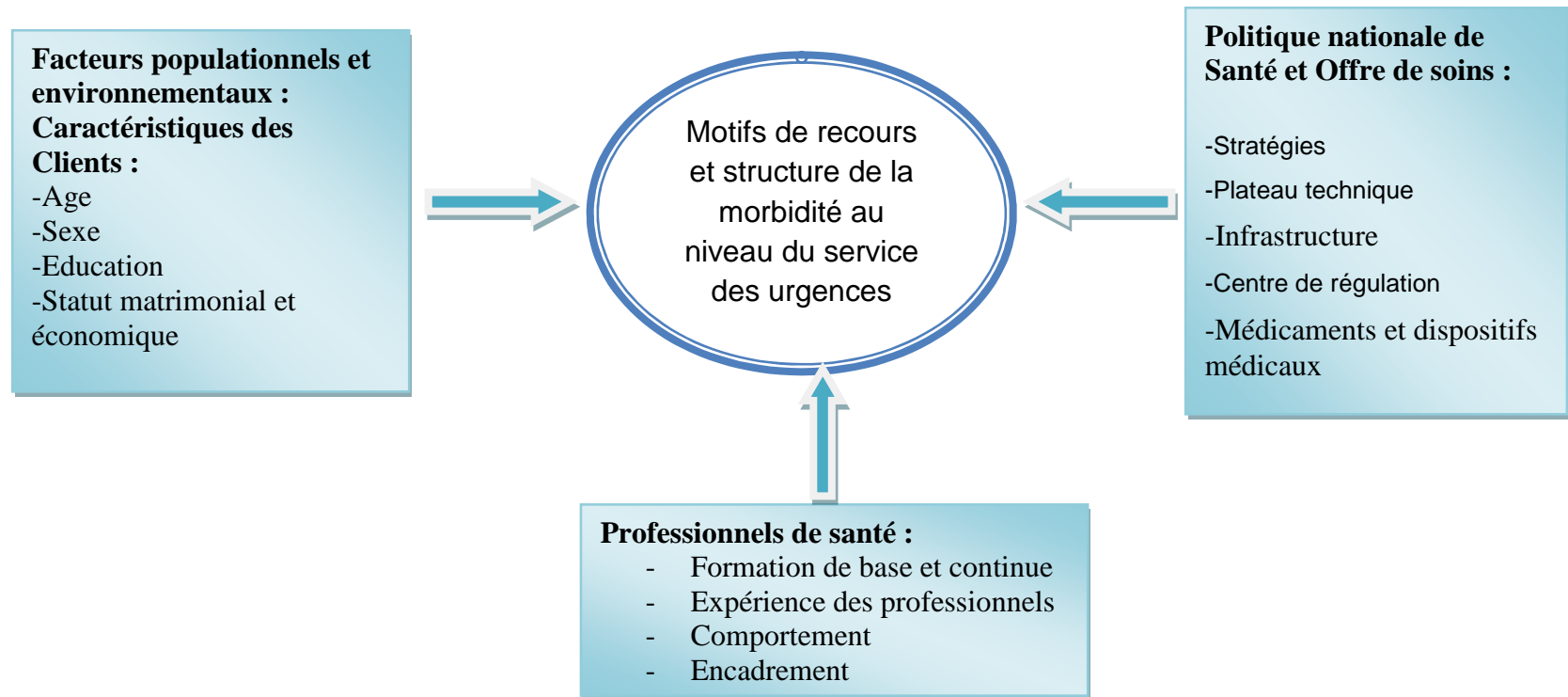


Figure N°1 : Le cadre conceptuel pour l'étude des motifs de recours et de la structure de morbidité au niveau du service des urgences.

Le modèle théorique présenté, nous sert de cadre de référence pour l'étude des motifs de recours et la structure de la morbidité au niveau du service des urgences, nous l'avons construit à partir de la revue de la littérature.

Ce modèle part de **la politique nationale de santé** et l'engagement des décideurs pour l'amélioration de l'offre de soins pour répondre aux besoins de soins de la population au niveau des services des urgences.

Certainement, la médecine d'urgence constitue un axe prioritaire de la politique de notre pays, dans ce cadre, plusieurs actions ont été mises en œuvre par le gouvernement pour améliorer la gestion des urgences, s'adapter au contexte international et se préparer aux éventuelles menaces. En effet, en 2005, il y'a eu l'élaboration et la validation de la stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liées aux catastrophes.

Par ailleurs, le renforcement des actions de mise à niveau et de la modernisation des structures et des unités d'urgences des structures hospitalières se poursuit dans les différents plans et stratégies du ministère (ex : Plan de Développement Sanitaire 2003-2004 et la Stratégie du Ministère 2008-2012), qui ont pour but de répondre aux exigences de la population en termes de rapidité, de disponibilité et de qualité des soins ainsi qu'aux besoins des professionnels de santé en termes d'amélioration des conditions de travail et de modernisation des plateaux techniques.

En effet, l'offre de soins joue un rôle essentiel dans la détermination des motifs de recours et de la structure de morbidité au niveau du service des urgences. Ce service a la mission suivante qui est de :

- Prendre en charge de façon efficace les patients qui nécessitent des soins urgents et de niveau hospitalier. (fonction de traitement et surveillance) ;
- Assurer les soins et la garde 24/24 H (fonction garde) ;

- Permettre l'entrée directe dans le système de soins lorsque pour une raison ou une autre, les soins de premier échelon ne sont pas disponibles (fonction de service porte).

Le plateau technique de l'hôpital, la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux, l'accessibilité géographique et financière à l'offre de soins sont tous des facteurs attractifs pour le patient comme motifs de recours au service des urgences et par conséquent détermine la morbidité au niveau de ce service.

De même, **l'expérience des professionnels** du service des urgences, leur formation de base et continue, l'existence de protocoles de soins procurent une clientèle particulière au service des urgences.

Sans oublier, l'importance du rôle joué par **les facteurs populationnels** comme l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le niveau économique des patients (ex : le revenu, la solvabilité) et **les facteurs environnementaux, biologiques** et ceux liés **aux habitudes de vie** dans le choix au recours aux services des urgences des hôpitaux publics et par conséquent la détermination de la structure de morbidité au niveau du service des urgences.

5 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

5.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE :

5.1.1 DEVIS DE RECHERCHE :

C'est une étude descriptive à visée analytique et comparative de nature qualitative et quantitative.

En effet, l'étude s'est intéressée à la description de la morbidité vue au niveau de ce service des urgences du CHP de Mohammedia afin de l'analyser et de la comparer à d'autres études faites au niveau national et international.

Elle s'est intéressée aussi à explorer les principaux motifs de recours à ce service stratégique.

5.1.2 VALIDITE DE L'ETUDE :

La validité interne :

Cette étude a une validité interne puisqu'elle est faite dans un service d'un centre hospitalier public se basant sur les supports d'information de ce service et en s'appuyant sur d'autres supports de collecte de données pour l'étude prospective pour consolider les données de l'étude rétrospective. Elle a permis de connaître les principaux motifs de recours au service des urgences et de décortiquer la morbidité de la population étudiée fréquentant ce service dans le but de répondre de façon appropriée à la demande croissante de soins aigus non programmés.

Elle permettra de mettre à la disposition des responsables les outils permettant une prise de décision adéquate pour gérer d'une façon rationnelle les activités de cette unité et pour mieux planifier l'acquisition des ressources nécessaires dans le cadre du projet d'établissement hospitalier qui est devenu obligatoire suite à la publication du Décret 2- 06- 656 du 13 avril 2007 sur l'organisation hospitalière.

Le volet prospectif de l'étude avait pour but de compléter les données du volet rétrospectif à savoir le devenir des patients, la consommation des services d'appui liés à la morbidité observée au niveau du service des urgences, la solvabilité des patients et leurs statuts socio-économique, et les motifs de recours des patients aux services des urgences.

Ceci a été possible grâce à l'introduction des nouveaux outils de collectes de données à savoir les registres, l'entretien avec le personnel de soins et le questionnaire.

Validité externe :

Les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés vu la variabilité des déterminants de morbidité et des motifs de recours d'une région à une autre et la spécificité de chaque population et de chaque établissement de soins. Comme c'est le cas du service des urgences de Meknès qui connaissait un grand nombre de patients avec des groupes de pathologies "Signes, symptômes.." et "facteurs influant sur l'état de santé" alors que le service des urgences d'Agadir connaissait une proportion élevée de pathologies respiratoire et digestive, et celui de Béni Mellal une prédominance des maladies infectieuses (16).

5.2 PLANIFICATION OPERATIONNELLE DE L'ETUDE :

5.2.1 CADRE DE L'ETUDE :

La préfecture de Mohammedia s'étend sur une superficie de 277 km². Elle est limitée au nord par l'océan Atlantique, à l'est et au sud par la province de Benslimane et à l'ouest par la préfecture des arrondissements de Sidi Bernoussi.

Mohammedia se situe au centre de l'axe stratégique Kenitra- El Jadida, entre deux des plus importantes villes du Maroc, la ville économique de Casablanca (à 25 kilomètres à l'est) et la capitale administrative Rabat (à 65 kilomètres à l'ouest), dont elle est reliée par la route côtière 111 et la route secondaire 107 en plus de l'autoroute Casablanca - Rabat et une liaison ferroviaire à double voie.

La population de Mohammedia est passée de 223 000 habitants en 2003 à 327 000 en 2004 du fait du nouveau découpage administratif qui a connu l'adjonction de Ain

Harrouda et BenYakhlef. En 2006, la population de la province a été estimée à 335 784 dont 70% vit en milieu urbain.

5.2.1.1 Répartition de la population de Mohammedia par communes selon le recensement de 2004 (1) :

Selon le recensement général de la population et de l'habitat, réalisé par le Haut Commissariat aux Plans en 2004, la province de Mohammedia compte 322 286 habitants. Le tableau suivant illustre la distribution de la population par commune.

Tableau N°3 : Répartition des habitants de la ville de Mohammedia par commune.

COMMUNES	NOMBRE D'HABITANTS	POURCENTAGE
MOHAMMEDIA	188619	58.53
AIN HARROUDA	41853	13
BEN YAKHLEF	29723	9.22
EHELLALATE	40311	12.50
SIDI MOUSSA BEN ALI	9368	2.90
SIDI MOUSSA MAJDOUB	12412	3.85
POPULATION TOTALE	322286	100

5.2.1.2 Offre de soins de la ville de Mohammedia :

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

Secteur Public :

Un centre hospitalier provincial ayant une superficie de 5600 m² et une capacité litière de 172 lits.

¹ Haut commissariat au plan. *Recensement général de la population et de l'habitat. 2004*

Onze centres de santé dont :

- Six Centres de santé Urbains ;
- Cinq Centres de santé Ruraux.

Les structures d'appui

- un centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) ;
- une cellule d'hygiène du milieu ;
- une cellule de santé scolaire et universitaire ;
- une cellule d'hygiène mentale ;
- un service de contrôle sanitaire aux frontières ;
- un laboratoire d'épidémiologie.

Secteur Privé :

- Deux cliniques avec 40 lits ;
- Une clinique mutualiste avec 41 lits ;
- 93 cabinets de consultations ;
- 42 cabinets de chirurgie dentaire ;
- 5 laboratoires médicaux ;
- 106 pharmacies.

Principaux indicateurs de desserte¹:

<u>MOHAMMEDIA</u>	<u>NATIONAL</u>
➤ 33456 habitants / Etablissement SSB	11826.
➤ 3414 habitants / cabinet de consultation privé	5127.
➤ 1514 habitants / Médecin	1678.
➤ 1528 habitants / lit hospitalier	905.
➤ 7780 habitants / chirurgien dentiste	12159.
➤ 3156 habitants / pharmacie	4713.

¹MS (DPRF). Offre de soins juin 2007

5.2.1.3 Centre hospitalier provincial de Mohammedia :

Le Centre hospitalier de Mohammedia est situé au centre ville. Il est construit sur 3 étages où sont répartis les différents services médicaux, médico-techniques et administratifs et un sous sol qui comporte les services techniques et de soutien.

C'est un hôpital général géré en SEGMA depuis 1995, il a une capacité litière de 172 lits dont 137 fonctionnels répartis comme suit :

- 40 lits pour le service de chirurgie ;
- 40 lits pour le service de médecine ;
- 12 lits pour le service de maternité ;
- 30 lits pour le service de psychiatrie.

Il dessert toute la population de la province de Mohammedia et celle de Benslimane (province limitrophe).

C'est un hôpital qui dispose de compétences humaines multidisciplinaires, d'un plateau technique assez développé et qui de par son emplacement se caractérise par un accès facile.

A. Ressources de l'hôpital :

Les ressources humaines :

En 2006, l'effectif du personnel de centre hospitalier de Mohammedia s'élève à 225 cadres et agents, qui se répartissent comme suit :

- | | |
|--|---------------|
| ➤ Personnel médical | 52 (23.5%) ; |
| ➤ Personnel paramédical | 114 (50.5%) ; |
| ➤ Personnel administratif, technique et de soutien : | 59 (26.0%). |

Les ressources matérielles :

Le CHP de Mohammedia souffre de la vétusté des locaux. Les équipements médico-techniques, logistiques, bureautiques et informatiques sont en assez bon état et ne posent pas de grands problèmes d'entretien du fait de leur âge récent.

Les ressources financières :

Le CHP de Mohammedia est en mode de gestion SEGMA. L'autonomie de gestion se limite aux ressources financières de fonctionnement et à la gestion des comptes spéciaux qui servent surtout à l'achat de médicaments et de fongibles médicaux. La gestion des crédits d'investissement est du ressort de la délégation.

B. Quelques indicateurs hospitaliers :

Tableau N° 4 : Comparaison de quelques indicateurs hospitaliers de l'année 2006 et l'année 2007 du CHP de Mohammedia :

LES INDICATEURS	2006	2007
➤ Passages aux urgences	39457	42592
➤ Hospitalisations	5416	6158
➤ Journées d'hospitalisation	17387	20413
➤ TOM	36.93	41,73
➤ DMS	3.21	2,88
➤ Interventions chirurgicales majeures	1318	1791
➤ Accouchements	2837	3716
➤ Imagerie médicale	25128	25047
➤ Imagerie médicale en urgence	16934	18867
➤ Laboratoire	24202	33148
➤ Séances d'hémodialyse	77	1021

NB : Le centre d'hémodialyse a commencé son activité le mois de septembre 2006.

5.2.1.4 Service des urgences de l'hôpital :

Nous présentons dans ce chapitre le service des urgences du CHP de Mohammedia :

Les locaux :

Le service des urgences se caractérise par une accessibilité adéquate par rapport à l'entrée principale et par rapport aux autres services de l'hôpital avec un système de signalisation. La superficie des locaux est acceptable ce qui constitue une caractéristique du service impliquant une organisation correcte du travail :

- Bureau du médecin chef ;
- Bureau de l'infirmier chef ;
- Une salle de consultation ;
- Une salle de soins ;
- Une salle d'observation à trois lits ;
- Une salle de déchoquage de deux lits ;
- Deux salles de repos ;
- Une salle d'attente ;
- Une aire de triage.

Le personnel :

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

- 9 médecins généralistes dont le chef de service ;
- 14 infirmiers : 9 IDE, 1 A 1^{er} grade, 1 infirmier 2^{ème} grade et 2 ASB ;
- 3 : personnel d'hygiène.

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

Le plateau technique :

Pour tout examen radiologique standard, le patient se déplace vers le service de radiologie situé à 80 mètres du service des urgences. Le déplacement des malades graves est assuré par les agents de services.

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

Recueils des données (Système d'information des urgences) :

Il s'agit surtout du registre d'enregistrement des admissions : l'enregistrement est assuré par les infirmiers de garde, ou des stagiaires de croissant rouge marocain ou les élèves stagiaires des écoles privées lorsqu'ils sont affectés au service.

C'est un registre sur lequel est inscrit l'heure d'arrivée du patient, le nom et prénom, l'âge et l'adresse complète du patient ainsi que la morbidité pour laquelle ce dernier est admis au service des urgences après consultation du médecin, et les prestations reçues. Le devenir du patient (sortant, hospitalisé, référé) est aussi inscrit dans ce registre. (Annexe 5).

Circuit patient : Cf. Figure N°2

Diagramme de processus de deuxième niveau

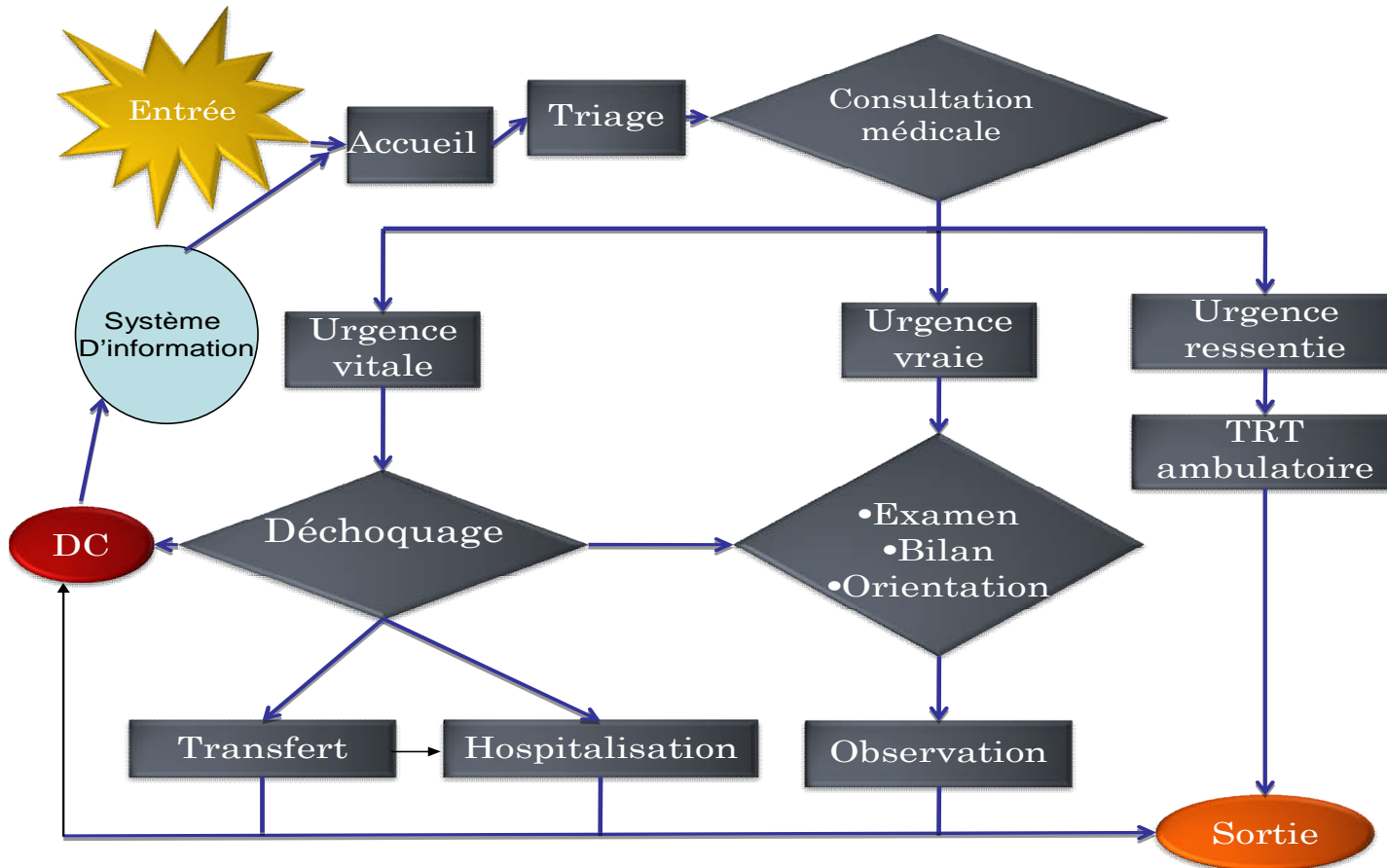


Figure N°2 : Circuit du patient au service des urgences du CHP de Mohammedia.

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

Les patients admis sont reçus à l'accueil par l'infirmier de l'accueil qui prend tous les renseignements du patient (nom et prénom, âge, sexe, adresse complète, heure d'arrivée, type de morbidité (maladie, agression, trauma, AVP....) et lui attribue un numéro du registre appelé (SUM) enregistré dans le billet de consultation (annexe 5).

Par la suite, le patient est examiné par un médecin du service qui décide de son traitement ou qui demande un avis spécialisé ou décide de le référer vers d'autres structures de soins à travers le centre de régulation si son état le nécessite.

L'infirmier enregistre le diagnostic du malade après sa sortie du médecin traitant et enregistre également le traitement reçu et les examens complémentaires demandés.

L'activité du service des urgences :

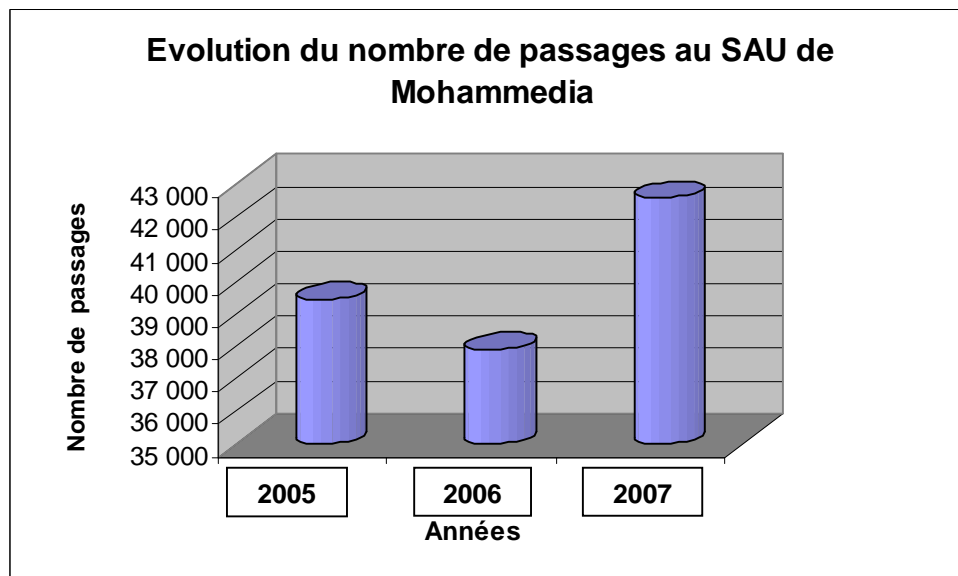


Figure N°3: Evolution du nombre de passages aux urgences du CHP de Mohammedia.

5.2.2 POPULATION CIBLE :

La population cible concerne les usagers du service des urgences du CHP de Mohammedia.

5.2.3 METHODE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNEES :

5.2.3.1 Les informations recherchées :

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

- Caractéristiques démographiques des usagers du service des urgences : âge, sexe, niveau d'instruction ;
- Caractéristiques socio-économiques : appréciation du niveau économique : solvabilité des patients, professions ;
- L'attractivité de l'hôpital : Zone de résidence des malades ;
- Le nombre de visite des patients au service des urgences durant les trois derniers mois ;
- Le niveau ou la structure de références des patients au service des urgences ;
- Description des principaux motifs de recours au service des urgences ;
- Perception des patients de leurs morbidités (degrés d'inquiétude, degrés de gravité, le niveau de la douleur et le délai de survenu du problème de santé) ;
- Description de la morbidité au niveau des urgences de l'hôpital selon la CIM10 ;
- Consommation des services d'appui ;
- Description des types de sortie (sortant, hospitalisé, référé).

5.2.3.2 Les approches privilégiées :

Volet rétrospectif « collecte rétrospective » d'un an sur un échantillon représentatif selon la méthode d'échantillonnage (échantillonnage systématique).

La source de données utilisée est le registre des urgences. IL a été utilisé tant pour construire l'échantillon que pour collecter les informations.

Il avait pour objectifs principaux :

- Une description de la morbidité au niveau du service des urgences sur la base de la classification internationale des maladies (CIM 10) ;
- Une description de la répartition des malades par sexe et par âge ;
- Une description de la zone d'attraction de l'hôpital.

Etude prospective « collecte prospective » a été exécutée sur une période d'un mois et demi.

Les sources de données utilisées sont :

- Le registre des urgences ;
- L'entretien avec les malades et le personnel médical et paramédical qui va prendre en charge le patient et qui va nous permettre de compléter les supports de collecte de données ;
- Le questionnaire.

En plus des variables étudiées dans l'étude rétrospective, le volet prospectif s'est intéressé aux :

- Caractéristiques socio-économiques : Professions, solvabilité des patients ;
- Nombre de visite des patients au service des urgences durant les trois derniers mois et la structure de références des patients au service des urgences ;
- Motifs de recours des patients au service des urgences ;

- Perceptions des patients vis-à-vis de leurs morbidités (degrés d'inquiétude, degrés de gravité, le degré de la douleur et le délai de survenu du problème de santé) ;
- La consommation des services d'appui, à savoir le laboratoire, la radiologie et le bloc opératoire ;
- Au devenir des malades (types de sorties).

5.2.3.3 Préparation de l'étude :

Identification de l'équipe de travail au niveau des urgences ;

Calcul des tailles d'échantillon et échantillonnage :

Le calcul de la taille des échantillons a pris en compte les paramètres suivants :

- l'estimation de la « population hospitalière » au sein du service des urgences concernée par l'étude ;
- l'estimation d'une prévalence des épisodes morbides ;
- la précision souhaitée sur l'estimation des paramètres ;
- les contraintes de l'étude (ressources, temps, ...).

Le calcul a été fait selon la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 * P (1 - P)}{d^2}$$

$Z = 1,96$ $\alpha = d = 0,05$ pour un intervalle de sécurité de 95 %

$P =$ Prévalence du phénomène étudié. Et puisque nous ne connaissons pas cette prévalence, nous l'avons estimée à 50%.

Le tableau ci-dessous donne les tailles théoriques des échantillons construits au niveau des urgences du CHP de Mohammedia :

Tableau N°5 : Les tailles théoriques des échantillons construits au niveau des urgences du CHP de Mohammedia.

Volets		Service des Urgences
Volet Rétrospectif		600 patients / an
Volet Prospectif	Registres	600 patients / un mois et demie
	Questionnaire	100 patients

Elaboration des outils de collecte des données :

La première étape avait comme objectif d’asseoir la base de données des registres des urgences. Par la suite, nous avons déterminé les variables que nous voulions étudier et nous avons élaboré les masques de saisie (Voir annexe 5).

Nous avons procédé aussi à l’élaboration d’un questionnaire pour nous aider à atteindre les objectifs que nous avons fixés pour notre étude.

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

- Fixation des objectifs et les informations à rechercher ;
- Elaboration d’une ébauche du questionnaire ;
- Tester le questionnaire ;
- Mise au point final de ce dernier et définition de son mode d’emploi.

Ce questionnaire a fait l’objet d’une entrevue partiellement structurée.

Collecte des données, codage et saisie :

Des plans de codage ont été préparés pour l’ensemble des outils de collecte. Nous précisons dans le tableau suivant les différents plans de codage utilisés :

Tableau N°6 : Les plans de codage des outils de collecte des données.

Les Variables	Codage
La morbidité	Classification internationale des maladies, 10ème révision « OMS».
La zone de résidence	Codes géographiques du recensement 2004.
Les professions	Classification Internationale des Catégories Socio-Professionnelles (CSP - ISCO 88)

Analyse des données :

La stratégie d'analyse suivait les approches méthodologiques développées, à savoir l'analyse des informations prospectives et rétrospectives dans les principales activités de l'hôpital. Il s'agissait d'une analyse descriptive à travers l'outil d'analyse qui est le logiciel SPSS.

5.2.4 LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE :

L'étude menée au CHP de Mohammedia ne pourra être que le reflet d'une partie des besoins de la population de Mohammedia. Les demandes non couvertes, demandes non exprimées et besoins non ressentis seront les autres composantes qui permettent de quantifier les besoins de santé réels. Ces besoins réels de santé d'une population ne pourront être estimés de façon objective qu'au travers d'une enquête épidémiologique à son niveau.

Les contraintes de temps nous ont imposé de procéder à une collecte de données pendant une période courte. Nous sommes parfaitement conscients que des biais saisonniers sont très probablement présents dans les données prospectives de cette étude.

La morbidité au niveau de la structure des urgences de la maternité de Mohammedia n'a pas fait l'objet de notre étude faute du contrainte du temps.

Deuxième partie

6 PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

6.1 CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DES PATIENTS:

Dans notre étude, nous avons remarqué qu'il y'a une prédominance masculine parmi les usagers du service des urgences avec un pourcentage de 60,5 pour le sexe masculin. Et 75% de ces patients sont dans la tranche d'âge entre 15 et 59 ans.

Le tableau suivant décrit les principales caractéristiques démographiques de l'échantillon rétrospectif au niveau des urgences du CHP de Mohammedia.

Tableau N°7 : Caractéristiques d'âge et de sexe au sein de l'échantillon des malades consultants aux urgences du CHP de Mohammedia pour l'année d'étude :

Age	Groupes d'âges			Total
	<15	15 - 59	60 et +	
Masculin	67	276	20	363
Féminin	41	174	22	237
Total	108	450	42	600
Pourcentage	18	75	7	100

Nous avons noté que 60,34% des patients proviennent de la municipalité de Mohammedia. Les distances entre les communes de la province et l'hôpital se présentent comme suit :

- Mohammedia : chef lieu de l'hôpital ;
- Ain harrouda : 10 KM ;
- Béniyakhlef : 7 KM ;
- Chellalat : 12 KM ;
- Sidi moussa ben Ali : 10 et 14 KM ;
- Sidi moussa Mejdoub : 14KM ;
- Autres provinces : Casablanca, Benslimane.

Le tableau suivant donne le pourcentage des patients qui ont fréquenté le service des urgences selon leur milieu de résidence au cours de l'année de l'étude rétrospective.

Tableau N°8 : Répartition des malades selon leur milieu de résidence (étude rétrospective).

Provenance	Masculin	Féminin	Total	Pourcentage
Mohammedia	217	145	362	60,34
Ain harrouda	29	24	53	8,84
BenYakhlef	20	13	33	5,50
Chellalat	20	11	31	5,16
Sidi moussa ben ali	16	11	27	4,50
Sidi moussa Mejdoub	12	6	18	3
Autres provinces	49	27	76	12,66
Total	363	237	600	100

La répartition des malades en fonction de leurs caractéristiques professionnelles est représentée dans le tableau ci-dessous. Cette répartition a été faite selon la Classification internationale des catégories socio-professionnelles (CSP - ISCO 88).

Nous avons pris en compte la profession du malade ou celle d'un membre de la famille (père ou mère) selon la situation déclarée.

Nous avons constaté que 49% des usagers du service des urgences de Mohammedia sont sans revenu (Femmes au foyer, étudiants et chômeurs). La proportion des autres catégories professionnelles est très limitée représentée surtout par les ouvriers 13%, les retraités 10% et les journaliers 5% (Cf. tableau N°9).

Tableau N°9: Profession des patients (ou celle de l'accompagnant pour les enfants) qui ont consultés au service des urgences.

Catégorie professionnelle	Pourcentage
Cadres dirigeants	1
Professions intellectuelles et scientifiques.	1
Professions intermédiaires	4
Employés de type administratif	4
Vendeurs / personnel de service	4
Agriculteurs / pêcheurs	1
Artisans	1
Ouvriers qualifiés+conducteurs	13
Ouvriers non qualifiés / manœuvres	6
FAR	1
Chômeurs, sans emploi	17
Femmes au foyer	20
Etudiants	12
Journaliers	5
Retraités	10

Concernant la répartition des malades selon leur niveau d'instruction, nous avons noté que 36% des patients sont des illettrés et 56% des patients ne dépassant pas le niveau secondaire, 8% ayant un niveau d'étude universitaire.

Pour la solvabilité des patients, l'enquête nous a montré que 21% des patients des urgences avaient une couverture médicale.

Tableau N°10 : Répartition des malades par leur degré de solvabilité.

	PAYANT	ASSURE	INDIGENT
MASCULIN	42	15	6
FEMININ	27	6	4
TOTAL	69	21	10

6.2 HABITUDES D'UTILISATION DU SERVICE DES URGENCES ET NIVEAU DE REFERENCES DES PATIENTS :

Selon les données de l'étude prospective, la moitié des patients n'ont pas eu recours au service des urgences durant les trois mois précédant l'étude. Trente sept pour cent (37%) des patients avaient un nombre de visite entre 1 à 3 et 8 % avaient un nombre de visite qui dépasse 4 durant cette période.

Concernant le niveau de références des patients, nous avons constaté que 79% des patients venaient d'eux même au service des urgences. Sept pour cent (7%) sont référés par les ESSB, 6% des structures privées et 3% sont amenés par les ambulanciers.

6.3 PRINCIPAUX MOTIFS DE RECOURS DES PATIENTS AU SERVICE DES URGENCES:

L'exploitation des données recueillies au cours de l'enquête nous a permis d'identifier les principaux motifs de recours au service des urgences tel que précisé dans le tableau ci-dessous :

Tableau N°11 : Motifs de recours des patients au service des urgences.

Motifs de recours	Nombre de patients	Pourcentage
La morbidité	80	80
Plateau technique	76	76
Système de permanence	60	60
Absence de RDV	43	43
Disponibilité des spécialistes	34	34
Expérience des professionnelles	28	28
CML	26	26
Proximité de l'hôpital	21	21
Nombre élevé de médecins	11	11

Nous avons remarqué que la morbidité, le plateau technique et le système de permanence ont constitué les principaux motifs de recours au service des urgences du CHP de Mohammedia.

6.4 NATURE DE MORBIDITE :

6.4.1 NATURE DE MORBIDITE SELON LA PERCEPTION DES MALADES :

Nous avons remarqué d'après les résultats de l'enquête que 15% des patients mentionnent ressentir de fortes douleurs, alors que 54% se disent avoir une douleur moyenne limitant un peu leurs activités et 31% des patients souffrent d'une douleur faible ou inexistante. Dix huit (18%) des répondants considéraient que leur problème de santé était grave. Cinquante pour cent (50%) le percevaient d'une gravité moyenne alors que 32% le considéraient comme non grave.

Ces patients se disent inquiets dans 51% des cas et percevaient leur problème comme « menaçant » pour leur santé. Ils estimaient que des complications peuvent survenir si le problème n'est pas traité rapidement alors que 48% des patients étaient calmes.

Soixante quinze pour cent (75%) de nos enquêtés avaient un problème de santé nouveau datant de moins d'une semaine.

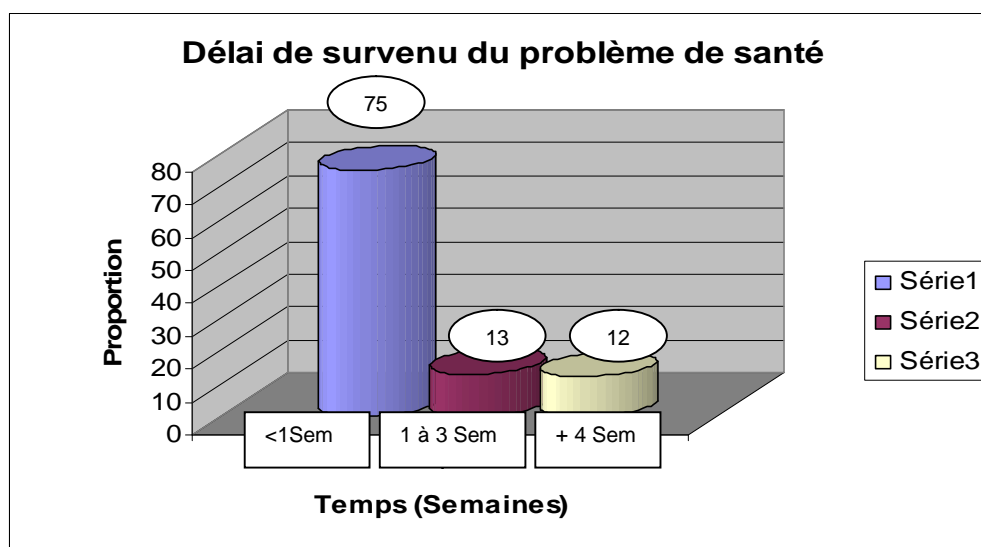


Figure N°4 : Délai de survenue du problème de santé (Enquête prospective).

6.4.2 LA STRUCTURE DE MORBIDITE SELON LA CIM 10 (LES DONNEES

DU SIG-Ho) :

L'exploitation des données des registres des urgences nous a permis de connaître la structure de la morbidité durant l'année 2007 (étude rétrospective) et durant la période du 15 Mars au 30 Avril 2008 (étude prospective) ainsi que la consommation des services d'appui et le devenir des patients après leur passage au service des urgences.

A. Les épisodes morbides

Nous avons remarqué que les pathologies traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (chapitre XIX) représentent 47,50% de la structure de morbidité vue au service des urgences. Les Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs (chapitre XVIII) représentent 20,17%. Le volet prospectif de l'étude a rapporté des résultats similaires avec des pourcentages respectifs pour les deux chapitres sus cités de 43,66 et 18,33. (Voir Tableau 12 et 13).

Tableau N°12 : Principaux groupes de pathologies (selon CIM10) au service des urgences du CHP de Mohammedia, par ordre décroissant pour l'année 2007(*étude rétrospective*).

Chapitre CIM10	Différents types de morbidité	Age						Total	%
		-15		15 à 59		60 et +			
		M	F	M	F	M	F		
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	27	18	159	68	6	7	285	47,50
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs	28	12	31	36	8	6	121	20,17
X	Maladies de l'appareil respiratoire	2	6	14	9	1	1	33	5,50
V	Troubles mentaux et du comportement	1	0	9	19	0	1	30	5
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1	1	15	10	0	0	27	4,50
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2	1	12	7	0	0	22	3,67
XI	Maladies de l'appareil digestif	1	0	6	8	0	1	16	2,67
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0	1	11	1	1	1	15	2,50
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	0	0	6	3	1	1	11	1,83
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0	0	1	2	1	2	6	1
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2	1	2	1	0	0	6	1
	Sans diagnostic	0	0	3	3	0	0	6	1
	Les autres	3	1	7	7	2	2	22	3,7
	Nombre de cas inclus dans l'étude	67	41	276	174	20	22	600	100

Tableau N°13 : Principaux groupes de pathologies (selon CIM10) aux urgences du CHP de Mohammedia, par ordre décroissant pour la période d'étude prospective.

Chapitre CIM10	Différents types de morbidité	Age						Total	%
		-15		15 à 59		60 et +			
		M	F	M	F	M	F		
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	31	13	137	58	20	3	262	43,66
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs	5	7	58	32	2	6	110	18,33
X	Maladies de l'appareil respiratoire	2	1	22	9	2	1	37	6,16
V	Troubles mentaux et du comportement	1	3	11	18	0	1	34	5,66
XI	Maladies de l'appareil digestif	3	2	18	8	1	1	33	5,5
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2	6	9	3	1	1	22	3,66
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3	2	3	6	0	4	18	3
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1	2	8	4	0	1	16	2,66
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et Du tissu conjonctif	1	3	6	6	0	0	16	2,66
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0	0	8	3	0	0	11	1,83
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	1	6	2	0	0	9	1,5
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0	0	3	3	2	0	8	1,33
	Sans diagnostic	0	1	5	2	0	0	8	1,33
	Les autres	4	0	7	4	0	1	16	2,72
	Nombre de cas inclus dans l'étude	53	41	301	158	28	19	600	100

B : Consommation des services d'appui :

Durant notre étude prospective, la proportion des patients consommant les services d'appui de l'hôpital est représentée comme suit :

210 malades ont utilisés le service de radiologie via le service des urgences (35% des malades) :

- 200 patients ont eu une radiologie standard,
- 15 patients avaient reçu une échographie.

Six Malades (6) ont utilisés le laboratoire d'analyse médicale (1%).

C : Devenir des patients :

Nous avons noté que 89,5% des patients sortent après avoir reçu les prestations. Le reste des patients sont soit hospitalisé ou référé.

Le tableau suivant illustre le devenir des malades fréquentant le service des urgences (sortants, hospitalisés ou référés).

Tableau N°14 : Les types de sortie du service des urgences du CHP de Mohammedia, pendant la période d'étude et sa répartition en pourcentage.

	Sortants	Hospitalisés	Référés
Nombre des malades	537	24	39
Pourcentage	89,5	4	6.5

L'étude prospective a montré que l'hospitalisation à partir des urgences se fait principalement vers les services de chirurgie 46%, les services de médecine 33,5% et la pédiatrie 20,5 %.

7 ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Pour décrire l'état de santé d'une population, des informations de différente nature peuvent être utilisées : mortalité, morbidité, prévalence de facteurs de risque, etc. Dans les pays en développement, les statistiques de mortalité sont souvent incomplètes et parfois non fiables, d'où le recours aux enquêtes et aux statistiques des services de santé. Au Maroc, nous disposons d'informations sur la morbidité surtout dans les structures de première ligne et concernant surtout les maladies ayant fait l'objet d'un programme national de prévention. Très peu de données sont disponibles sur les pathologies hospitalières et la consommation de soins qu'elles engendrent encore moins sur les motifs de recours des patients à nos services hospitaliers, surtout dans un service chaud comme celui des urgences.

7.1 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DES USAGERS DU SERVICE DES URGENCES :

Nous avons noté qu'il y'a une prédominance masculine des consultants des urgences avec un pourcentage de 60,5 et un sex.- ratio de 1,53. La catégorie la plus active (15 à 59 ans) représente 75% des cas, alors que celles des patients âgés de moins de 15 ans et de 60 ans et plus ne représentent respectivement que 18% et 7%.

La forte utilisation du service des urgences par la catégorie la plus active s'expliquerait par son exposition aux risques professionnels, accidents de la voie publique, agressions, et autres. Des résultats similaires ont été trouvés dans le volet prospectif de l'étude avec 63,7% d'hommes. La tranche d'âge entre 15 et 59 ans totalisait 76,5% des cas.

En comparant notre étude à des études similaires, nous avons constaté que la population des patients fréquentant les urgences connaissait souvent une prédominance masculine. C'est le cas des résultats de l'étude du bureau HERA qui a trouvé une moyenne de 57% de sexe masculin pour les 5 premiers hôpitaux (16). Cette étude a révélé aussi une proportion élevée des consultants de la tranche d'âge la plus active de 15 à 59 avec un pourcentage moyen de 65,7% pour les 5 hôpitaux pour l'année 1999 (volet rétrospectif).

C'est le cas aussi des urgences de l'hôpital Ibn Khatib de Fès qui a connu un pourcentage de 51,6 pour cette tranche d'âge durant l'année 2004 (34).

A l'échelle internationale, des résultats similaires ont été rapportés. En effet, les études faites en Algérie (23), et en France (3) ont montré des pourcentages respectifs pour cette tranche d'âge de 55,5 et 61.

Concernant «la provenance des consultants», nous avons noté que 87,3% des consultants proviennent de la province de Mohammedia. La part des patients venant de l'extérieur de la province est relativement faible (12,7%) venant surtout de Benslimane.

D'après l'analyse de la répartition des patients selon les communes de la ville, nous avons constaté que la commune de Mohammedia est l'origine de plus de 60% des usagers des urgences, du fait de son accessibilité géographique puisque c'est le chef lieu de l'hôpital et c'est la commune où se concentre 58,53% de la population de la province.

L'hôpital connaît une faible attractivité concernant les autres communes du fait de leurs distances par rapport à celui ci. Elles se situent entre 7 à 14 km,

- Ain harrouda : 10 KM : 8,84% des patients ;
- Bényakhlef : 7 KM : 5,50% des patients ;
- Chellalat : 12 KM 5,16% des patients ;
- Sidi moussa ben Ali : 10 et 14 KM : 4,50% des patients ;
- Sidi moussa Mejdoub : 14KM. 3% des patients.

En comparant la répartition des patients selon leur distance par rapport à l'hôpital, nous constatons que ce facteur influence le recours à cette structure de soins puisque 60,34% des patients viennent d'un rayon de moins de 5 Km, 18,84% d'un rayon kilométrique entre 5 à 10 et 11,82% des patients viennent d'un rayon de plus de 10 Km.

Afin de comparer le rayon d'attraction de CHP de Mohammedia avec d'autres hôpitaux, nous proposons un tableau comparatif du rayon d'attraction de CHP de Mohammedia

(données prospectives 2008) par rapport aux 9 hôpitaux (données prospectives 2002) du bureau d'étude Héra.

Tableau N°15: Comparaison de la proportion de patients résidants dans la commune d'implantation de l'hôpital et part de cette population parmi la population totale de la province.

Provinces	Proportions des usagers du service des urgences venant de la commune chef lieu de l'hôpital	% Population
El houcima	71.4	14.4
Casa ben m'sik	21.7	27.8
Essaouira	69.2	12.8
kénitra	46.8	12.9
khémisat	71.9	15.3
Laayoune	96	18.3
Sefrou	82.2	88.9
Tanger	56.5	34.1
Tan tan	94.3	78.9
Mohammedia	60,34	58,53

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

Ce service des urgences du CHP de Mohammedia semble avoir les mêmes caractéristiques que celles des urgences des hôpitaux de Sefrou et de Tan Tan qui sont utilisés surtout par les habitants de la commune d'implantation de l'hôpital dans plus de 70% des cas.

D'après la répartition des malades en fonction de leurs caractéristiques professionnelles, nous constatons que 49% des usagers du service des urgences de Mohammedia sont sans revenu (Retraités, femmes au foyer, chômeurs et étudiants).

Les femmes aux foyers représentent 20% des usagers du service des urgences, les chômeurs 17% et les étudiants représentent 12% des patients.

Nous constatons que pour cette catégorie, la source de soins d'urgence la plus accessible est représentée par l'établissement de soins hospitalier public.

La proportion des autres catégories professionnelles est très limitée, elle est représentée surtout par les ouvriers 13%, les retraités 10% et les journaliers 5%.

La proportion des cadres et des professions intellectuelles et scientifiques est très réduite et cela concorde avec les résultats sur le niveau d'instruction puisque seulement 8% des patients avaient un niveau universitaire.

Concernant la solvabilité des patients, nous avons noté que 21% des enquêtés avaient une couverture médicale. Cela concorde avec les données du Ministère qui rapportent un taux de couverture médicale nationale ne dépassant pas 30%

7.2 ANALYSE DES HABITUDES D'UTILISATION DU SERVICE DES URGENCES ET NIVEAU DE REFERENCES DES PATIENTS :

Plus de trois quarts des patients sont venus directement aux urgences sans contact médical préalable (Auto- référés). Ce taux élevé des patients auto référés s'expliquerait par une certaine familiarité avec ce service hospitalier des urgences car nous avons trouvé durant notre enquête que 37% des patients sont déjà venus aux urgences durant les trois mois précédant l'étude, à raison d'une à trois visites et 8% avaient plus de 4 visites.

L'analyse du profil des utilisateurs montre que le service des urgences est surtout fréquenté de façon spontanée par la tranche d'âge entre 15 et 59 ans, en activité, à niveau d'éducation moyen et aux revenus très modestes.

L'absence ou la modestie du revenu paraît avoir un impact direct sur le recours au service des urgences ceci s'expliquerait par le fait que le citoyen ne peut supporter le coût d'une prise en charge dans une structure privée en absence d'une couverture médicale.

7.3 ANALYSE DES PRINCIPAUX MOTIFS DE RECOURS DES PATIENTS AU SERVICE DES URGENCES :

La population de Mohammedia est très hétérogène et très diverse au regard des raisons de sa venue aux urgences. En effet, des motifs très divers, sanitaires, socioculturels, financiers, favorisaient le recours souvent spontané aux urgences.

Bien entendu, les résultats de notre étude ont montré que la morbidité demeure le principal motif du recours au service des urgences (80% des cas) d'où l'importance de connaître cette variable pour la planification des besoins de soins.

Parmi les autres facteurs influençant le recours au service des urgences, l'enquête nous a rapporté les résultats suivants :

- Le plateau technique de l'hôpital, est derrière le recours de 76% des patients au service des urgences et cela s'expliquerait par le fait de passer par un ESSB puis à l'hôpital pour faire un examen complémentaire peut durer des semaines et donc le patient conscient de ces délais court-circuite les structures de première ligne ;
- La proximité de l'hôpital constitue un motif de recours aux soins au niveau du service des urgences chez 21% des consultants durant l'enquête puisqu'il est implanté au centre de ville de Mohammedia avec un accès facile pour la population. Cela confirme les résultats précédents parce que nous avons trouvé que 60,34% des patients provenaient de la commune chef lieu de l'hôpital ;
- Le rôle et la mission du service des urgences comme une structure qui assure le service public et donc la permanence des soins 24H/24 est un autre motif de recours pour 60% des patients le considérant comme alternative aux établissements de soins de première ligne et un lieu de consultation sans rendez-vous pour 43% des patients;
- Les caractéristiques des professionnels de santé interviennent de façon non négligeable puisque 11% des patients disaient que le nombre élevé des médecins dans l'urgence était derrière leur arrivée et donc un délai de prise en charge réduit par rapport au cabinet privé ou l'attente au niveau d'un centre de santé ;

- La présence de spécialistes est considérée comme un autre motif de recours pour 34% des patients ;
- Vingt six pour cents des patients (26%) avaient recours à ce service dans un but d'avoir un certificat médico-légal puisque c'est le seul service habilité à donner ce genre de certificats dans l'Hôpital.

7.4 ANALYSE DE LA NATURE DE MORBIDITE :

Analyse de la nature de morbidité selon la perception des malades :

Le problème de santé à l'origine de la visite à l'urgence était nouveau pour près des deux tiers des patients. Ce problème dure depuis moins d'une semaine dans (75%) des cas alors que 13% l'avaient depuis plus d'une semaine et 12% des patients rapportaient que leur problème de santé durait plus d'un mois.

Dans notre étude, l'analyse de la perception des patients de la gravité du problème de santé à l'origine de la visite à l'urgence montre que les patients sont en général inquiets et se présentent à l'urgence du centre hospitalier pour des problèmes de santé variés qu'ils considèrent pour la plupart urgents, menaçants pour leur santé et susceptibles d'entraîner des complications s'ils ne sont pas traités rapidement. Ils estiment pour la plupart que la douleur qu'ils ressentent est d'intensité moyenne à forte et que les symptômes imposent une intervention urgente.

Différents auteurs ont trouvé que plusieurs visites à l'urgence hospitalière pour des problèmes de santé de nature non urgente étaient dues à une évaluation imprécise de la gravité de la maladie par les patients ou les membres de leur famille. Ils ont aussi trouvé une différence entre le degré de gravité perçu et rapporté par les patients ou par leurs parents et celui résultant de l'évaluation effectuée par le personnel de soins au niveau des urgences (2-8-14-21), les patients ayant tendance à surestimer la gravité et le degré d'urgence de leur état.

On peut par conséquent penser, qu'en accord avec la littérature scientifique, les répondants de notre étude avaient tendance à surévaluer la gravité de leur maladie, du moins en

comparaison avec les résultats détaillés de la morbidité de notre étude et le taux d'hospitalisation à partir du service qui ne dépasse pas 4% (volet prospectif 2008).

Il importe par ailleurs de souligner qu'une proportion non négligeable de patients (32%) qui se rendent à l'urgence ont admis que la gravité de leur problème de santé était faible ou non grave.

Analyse de la nature de morbidité selon la classification internationale des maladies (CIM10) :

Nous avons observé que le premier motif d'admission est constitué par les lésions traumatiques et empoisonnements. Nous avons constaté plus ou moins la même proportion dans les deux volets de l'étude qui est respectivement de 47,50 et de 43,66%. Cela peut être expliqué par le fait que le CHP de Mohammedia est situé sur un axe routier très accidenté et également le taux d'agressions qui est de plus en plus grandissant.

Les traumatismes restent la pathologie la plus fréquente au niveau du service des urgences, cela a été décrit à l'échelle nationale et internationale. En effet, l'étude faite au niveau des urgences de l'hôpital d'enfants de Rabat (11) a rapporté que la pathologie traumatique occupe plus de la moitié de la morbidité vue au niveau des urgences chirurgicales. Egalement, l'étude faite au niveau des services des urgences de la wilaya d'Alger a rapporté que les traumatismes représentaient 10,5 % de la morbidité au niveau des urgences (23). En outre, l'étude de la DRESS sur les usagers des urgences en France a rapporté un pourcentage des traumatismes similaire à notre étude de l'ordre de 48% (3).

Le deuxième motif d'admission est composé par les symptômes, signes non classés par ailleurs. Il s'agit essentiellement de signes généraux (nausée, céphalée, problèmes urinaires, fièvre d'origine inconnue...) pour lesquels le diagnostic précis n'a pas été posé.

La proportion de ce groupe est sensiblement la même dans les deux volets de l'étude qui est d'environ 20%.

Ce type de morbidité s'expliquerait par le fait que le service des urgences joue parfois le rôle des structures de première ligne et traite tous types de symptômes ce qui pose le

problème de chevauchement des missions des structures de soins et non leur complémentarité.

Nos résultats confirment les résultats de L'étude faite au niveau des urgences de l'HER (11) sur l'utilisation du service des urgences pour des soins de 1ère ligne qui a rapporté que le recours au service des urgences n'a été justifié que dans 41% cas et que le reste des cas était du ressort des structures de première ligne.

Ces deux chapitres de CIM 10 représentent plus de 60% de la morbidité vue au service des urgences de Mohammedia.

Vient par la suite les maladies de l'appareil respiratoire avec 5,5% contre 6,16% dans le volet prospectif ; les troubles mentaux et du comportement avec 5% et 5,66%, les maladies de l'appareil génito-urinaire avec 4,50% et 3%, les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané 3,67% et 1,5%, les maladies de l'appareil digestif 2,67% et 5,5% ; les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif 2,50% et 2,66% et les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé avec 1,83% contre 3,66 % dans l'étude prospective.

Nous avons noté 6 cas qui n'avaient pas de diagnostic dans l'étude rétrospective et 8 cas dans l'étude prospective.

Nous avons essayé de synthétiser et de faire une comparaison de la morbidité trouvée au niveau du service des urgences du CHP de Mohammedia, celle dévoilée lors de l'étude HERA pour les 5 hôpitaux et celle de l'hôpital IBN Khatib de Fès :

Tableau N°16: Groupes de pathologies les plus fréquentes, par ordre décroissant, Mohammedia, Fès et les 5 hôpitaux de l'étude Héra.

Urgence : étude comparative (volet rétrospectif)				
Ch	Groupes des pathologies	Proportion des pathologies par rapport au total (cumul sur les trois années de l'étude)		
		Les 5 hôpitaux	Ibn Khatib	Mohammedia
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	34,1	12,0	47,5
XVII I	Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs	27,1	59,5	20,2
XX	Causes externes de morbidité et de mortalité	7,8	0,6	0,5
X	Maladies de l'appareil respiratoire	5,8	7,0	5,5
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	4,4	0,2	1,8
XI	Maladies de l'appareil digestif	3,2	0,4	2,7
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,1	1,4	4,5
I	Certaines maladies infectieuses	2,9	5,2	1,0
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	2,3	1,8	0,1
	Sous Total	90,8	88,1	83,8
	Les autres	9,2	11,9	16,2
	Total	100	100	100

Nous avons noté une prédominance de groupe de morbidité troubles mentaux et du comportement (chapitre 5 selon la CIM 10) dans le service des urgences de Mohammedia et de Fès avec un pourcentage de 5 et 2,9 respectivement. La proportion de ce groupe de morbidité est négligeable dans les 5 hôpitaux dans l'étude faite par HERA (16).

L'étude des diagnostics les plus fréquents aux services des urgences et à part les lésions traumatiques nous a montré qu'une grande partie des consultations aux services des urgences a été consacrée à une morbidité d'ordre général sans vouloir en préjuger sur la gravité des cas. Par ordre décroissant, nous avons observé : la douleur abdominale,

la fièvre d'origine inconnue, les crises hystériques, colique néphrétique, l'allergie, les crises d'asthme, les bronchites, les certificats médicaux légaux, la diarrhée, la grippe, et les pharyngites,

Consommation des services d'appui et devenir des patients :

➤ L'utilisation des services médico-techniques (imagerie, labo, bloc)

Seules les données de l'utilisation de l'imagerie se prêtent à une analyse. Le nombre de patients référés par le service des urgences au laboratoire reste très faible 1%. Concernant l'utilisation du bloc opératoire par le biais des urgences, les données ne se sont pas disponibles du fait que le patient passe le plus souvent au service de chirurgie avant d'être opéré.

Un patient sur trois a bénéficié d'une radiologie standard, 15 patients d'une échographie et 8 patients avaient besoin d'une TDM que l'hôpital n'en dispose pas. Cela amenait les patients à la faire soit au privé ou ces patients devaient être référés au CHU de la ville de Casablanca.

Il y a eu au total 210 demandes d'examens radio-échographie pour les 600 patients inclus dans l'étude (35%). Ce taux de l'utilisation de l'imagerie par les usagers du service des urgences du CHP de Mohammedia avoisine le taux trouvé dans les 5 hôpitaux de l'étude de HERA (16) qui est de l'ordre de 38%.

Les indications de demande d'examens de radiologie standard sont formulées principalement pour les lésions traumatiques.

Au CHP de Mohammedia, la proportion des patients avec une demande d'examen de laboratoire est extrêmement faible (1%). En général, on constate que les demandes d'examens de laboratoire se concentraient autour du groupe de pathologie « signes, symptômes », «maladies endocriniennes » et « maladies de l'appareil digestif ».

➤ **Devenir des patients :**

Nous avons pu observer qu'une part très importante des patients (89,5%) retourne à domicile après avoir reçu les soins. L'hospitalisation intervenait chez 4% des patients, et 6,5% sont référés soit à une consultation spécialisée ou une autre structure.

Les patients qui sont hospitalisés après une première prise en charge aux urgences, sont orientés essentiellement vers les services de médecine, de chirurgie ou de pédiatrie.

Ce faible taux d'hospitalisation à partir du service des urgences semblait montrer qu'une part non négligeable des urgences est de gravité relative.

Nos résultats concordent avec les résultats de l'étude HERA (19) qui a trouvé que les retours à domicile sans hospitalisation étaient la règle pour plus de 80% des patients (sauf à Agadir : 25% des patients sont hospitalisés à partir des urgences).

Ce taux d'hospitalisation à partir des urgences au niveau d'Agadir s'approche du taux trouvé en France (3) qui est de l'ordre de 20%.

8 RECOMMANDATIONS

Les recommandations que nous émettons dans ce dernier chapitre, découlent des résultats de l'analyse des principaux motifs de recours des usagers du service des urgences et de la structure de morbidité vue à ce niveau. Nous avons aussi essayé d'y intégrer les principales observations sur le déroulement de l'activité au niveau de ce service.

Les recommandations que nous présentons ci-dessous comportent des suggestions relatives à :

- L'organisation du service des urgences en fonction de la morbidité vue à ce niveau ;
- Régulation du flux et rationalisation de l'utilisation du service ;
- Développement du système d'information au niveau de ce service.

L'organisation des services des urgences en fonction de la morbidité vue à ce niveau

Durant notre étude, nous avons noté que la morbidité est le premier motif de recours au service des urgences. Que ça soit, une urgence vitale, subjective ou ressentie, le patient doit sentir que son besoin est satisfait. Nous avons noté que la pathologie traumatique constitue presque la moitié de la morbidité vue au service des urgences (47,5%), nous proposons la création d'un service de traumatologie au CHP de Mohammedia avec instauration d'un système d'astreinte pour les traumatologues pour pouvoir répondre dans l'immédiat aux besoins des citoyens. Ce projet doit être intégré dans la réflexion lors de l'élaboration du projet d'établissement du CHP.

Le deuxième groupe de morbidité est constitué par les symptômes, signes et résultats anormaux d'examen regroupés dans le chapitre XVIII de la CIM 10 comme fièvre, douleur, angine, toux... cela nous incite à agir en amont du service des urgences est donc améliorer les services rendus par les ESSB en assurant une formation adaptée dans la prise en charge des urgences médicales au profit des professionnels de santé aux différents niveaux tout en améliorant le plateau technique de ces établissements. Evidemment, il

faudrait fidéliser les usagers par la disponibilité des médicaments et par l'amélioration d'accueil et de prise en charge. Un système de permanence dans ces établissements pourrait être envisagé.

Régulation du flux et rationalisation de l'utilisation du service.

Nous avons noté au cours de notre étude que 79% des patients enquêtés venaient au service des urgences d'eux même (auto référés). Pour lutter contre l'utilisation abusive et injustifiée du service des urgences, il faudrait :

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

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

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

Notre étude a révélé aussi que 79% des usagers des urgences ne possèdent pas une couverture médicale, il faudrait activer la mise en place du Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED) car l'hôpital n'a pas d'enveloppe budgétaire pour supporter les coûts de soins consommés par cette catégorie de patients ce qui entrave son propre développement et retentit sur la qualité de ces prestations.

Pour répondre aux autres motifs de recours, nous suggérons la création d'une unité des certificats médico-légaux en dehors du service des urgences, car nous avons noté que c'est le motif de recours de 26% des patients et ce volet peut être traité à froid et permettra de désengorger le service des urgences.

Nous avons noté que le CHP de Mohammedia ne dispose pas de TDM et envoie ces malades au CHU de Casablanca, cela fait perdre du temps précieux au malade et au thérapeute qui a besoin d'information rapide pour pouvoir prendre une décision. Nous suggérons une amélioration de l'organisation du SAMU de Casablanca notamment le centre de régulation, ou un partenariat avec le secteur privé.

Développement du système d'information au niveau du service des urgences

L'information sur la morbidité qui est prévue dans le SIG Ho n'est pas renseignée : il faudrait former les professionnels de santé afin d'assurer le suivi de cet indicateur. En effet, moyennant certaines formations, une maîtrise rapide des méthodes d'investigation épidémiologique peut être acquise, y compris la maîtrise de la nomenclature CIM 10.

Le développement du système d'information des urgences va permettre le :

- suivi continu des indicateurs;
- suivi quantitatif de l'impact des actions d'amélioration ;
- suivi de la charge de travail ;
- Répondre aux besoins des usagers en termes de médicaments, fongibles et dispositifs médicaux ;
- suivi des coûts économiques.

Un système de contrôle du système d'information est nécessaire, il ne devrait pas se limiter à un contrôle strict, mais plutôt viser à le rendre performant comme outil de programmation, de budgétisation et de rétro information pour les thérapeutes.

Idéalement, un service d'information hospitalier devrait créer le lien entre le volet médical et le volet gestion et répondre à la question suivante: l'utilisation des ressources pour quels types d'activités ?

Pour réussir cette mission, il faut construire un tableau de bord de pilotage qui permettra la synthèse et la visualisation des situations constatées par les différents indicateurs.

9 CONCLUSION

La demande de soins « urgents » représente un phénomène complexe qui résulte de nombreuses raisons et cristallise des facteurs socioculturels diversifiés. D'un côté, l'utilisateur recherche un service qui va rapidement prendre en charge sa morbidité. De l'autre côté, l'engorgement croissant de l'urgence hospitalière reflète les pressions accrues provenant du milieu, dans le contexte des dernières réformes que connaît le système de santé.

L'objectif général de notre étude est de participer au processus d'amélioration continue de qualité du service des urgences du centre hospitalier provincial de Mohammédia par la collecte et l'exploitation des données relatives aux caractéristiques de ces usagers, à leurs motifs de recours aux urgences, à la nature de morbidité vue à ce niveau.

Notre étude a montré que les usagers du service des urgences sont surtout des personnes de la tranche d'âge entre 15 et 59 ans (75%), auto référés (79%), en activité, au niveau d'instruction moyen et aux revenus très modestes et souvent sans couverture médicale (79%).

Le recours aux urgences se fait surtout pour les raisons suivantes : la nature de morbidité, le besoin du plateau technique de l'hôpital et de son système de permanence.

La structure de morbidité est faite essentiellement de la pathologie traumatique (47,50%) et les signes et symptômes (20,17%).

Les informations collectées durant notre étude, nous ont permis de sortir par des recommandations utiles pour les décideurs locaux afin d'améliorer la performance de cette structure et rationaliser l'offre de soins et par conséquent améliorer l'image de l'hôpital. Elles permettront aussi de désengorger le service des urgences pour pouvoir prendre en charge de façon adéquate les vraies urgences.

Dans un environnement caractérisé par une volonté politique de mettre à niveau les structures des urgences, notamment la stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liées aux catastrophes, la stratégie du ministère de la

santé 2008-2012 ; les différents discours et interventions de Mme la Ministre de la Santé et le degré croissant de responsabilisation des décideurs locaux, nous estimons que la concrétisation de nos recommandations serait possible. Ce qui permettrait de répondre aux attentes de la population en terme de rapidité, de disponibilité et de qualité des soins ainsi qu'aux besoins des professionnels de santé en termes d'amélioration de conditions de travail et de modernisation des plateaux techniques.

Au terme de cette étude, et les recommandations émises, nous estimons que notre travail peut être complété par d'autres travaux analysant le coût de cette morbidité au niveau des urgences, ou l'étude de faisabilité de la mise en place des recommandations émises telles que la création d'un service de traumatologie et l'étude des modalités de coopération avec le SAMU de Casablanca.

REFERENCES :

1. Abdallah Bchir, Mondher Letaief, Kamel Ben Salem, Hassan Echeikh and Mohamed Soltani. *Morbidité hospitalière dans un district urbain de Tunisie*. Eastern Mediterranean Health Journal 1998; Vol 4; Issue 1; Page 44- 99.
2. Baker DW, Stevens CD, Brook RH: Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Annals of Emergency Medicine* 1995;25 (3):311-316.
3. Baubeau D, Carrasco V. *Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale*. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2003. N°212.
4. Baubeau D, Carrasco V. *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2003. N° 215.
5. Baubeau D, Deville A, JOUBERT M. *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 une demande croissante de soins non programmés*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2000 N°72.
6. Carrasco V. *L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages*. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2006. N°524.
7. Catherine Sermet, CREDES. *De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991*. Revue solidarité santé janvier-mars 1994, n°1.
8. Chande VT, Krug SE, Warm EF : *Paediatric emergency department utilisation habits: A consumer survey*. Paediatric Emergency Care, 1996;12(2):27-30.
9. Contandriopoulos AP, Souteyrand Y. *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext Paris, 1996 : 317 p.
10. Cour des comptes. *Les urgences médicales constats et évolution récente*. France 2006.
11. Darkaoui, V. De Brouwere, A. Zayyoun, H. Filali, R. Beloulif, Gouaima et al. *Utilisation of an Emergency Department as a first line health service (study in the Children's Hospital of Rabat, Morocco)*. Epidém. et Santé Publ 1999; 47 2S53-2S64.
12. *Décret N° 2-06-623 BO N° 5524 DU 10 MAI 2007 du 13 Avril 2007*.

13. DHSA (Division des urgences). *Stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires*. MS 2005.
14. Gill JM, Riley AW: Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *Journal of Family Practice* 1996; 42(5):491-496.
15. Haut commissariat au plan. *Recensement général de la population et de l'habitat*. 2004.
16. Health Research for Action (HERA). *Enquête épidémiologique sur la morbidité hospitalière dans 5 hôpitaux du Maroc*. MS Juin 2001.
17. Health Research for Action (HERA). *Réalisation d'une étude du profil épidémiologique et de la morbidité hospitalière de 9 hôpitaux publics*. MS Juin 2003.
18. ICPC-2. International Classification of Primary Care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.
19. J. Deschamps, V. Merckx, R. Senault. *Services de santé et détermination de besoins de santé*. *La revue du praticien* 1982 (32) (33): 2245-50.
20. Jean Bernrd Gillet. *Les fausses urgences, un vrai problème*. *Rev hospitals.BE* Janvier-février-mars 2004 ; N°: 01 - Vol 2.
21. Kini NM, Trait RT: *Nonurgent use of the paediatric emergency department during the day*. *Paediatric Emergency Care* 1998; 14(2):19-21.
22. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tivolacci M-P. *Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins*. *Pratiques et Organisation des Soins* janvier-mars 2008. n°1; volume 39.
23. Larbi Abid. *Les Urgences Médico-Chirurgicales*. Santé Maghreb ; le Guide de la médecine et de la santé en Algérie 19 Juillet 2003.
24. M. Gadreau, D. Jaffre. *Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des "besoins hospitaliers" en Bourgogne*. 5ème colloque géographie et socio-économie de la santé : Allocation des ressources et géographie des soins, Paris. 1998.
25. Ministère de santé marocain (MS). *Cadre normatif du système d'information de gestion des hôpitaux (SIG-Ho)* Rabat, Juillet 2001.
26. Monographie de la ville de Mohammedia.

27. Nicole Leduc, Jacques Ricard, Lambert Farand, Danièle Roberge, Aziz Abdoul Gbaya. *Les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de la région de Lanaudière*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé Secteur santé publique Faculté de médecine, Avril 2003.
28. Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N: ICPC-2-E: The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. *Family Practice* 000; 17:101-106.
29. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève, 1993 ; (Dixième Révision).
30. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Les déterminants sociaux de la santé: les faits*. Deuxième édition 2004.
31. *Planification et organisation des services médicaux d'urgence : rapport et études EURO 35*.
32. R. G. Evans, G. L. Stoddart. *Produire de la santé, consommer des soins. Etre ou ne pas être en bonne santé*. 1996.
33. Raynald Pinault, Carole Daveluy. *Planification de la santé concepts, méthodes et stratégie*. Editions Agence d'arc, 1986.
34. SIS-Consultants–Rabat. *Profil épidémiologique de la morbidité et de la mortalité hospitalière au CHP Ibn Al Khatib de Fès*. MS, 2005.

ANNEXES

Annexe N° 1 : Organisation de la CIM 10

La CIM10 est organisée comme suit :

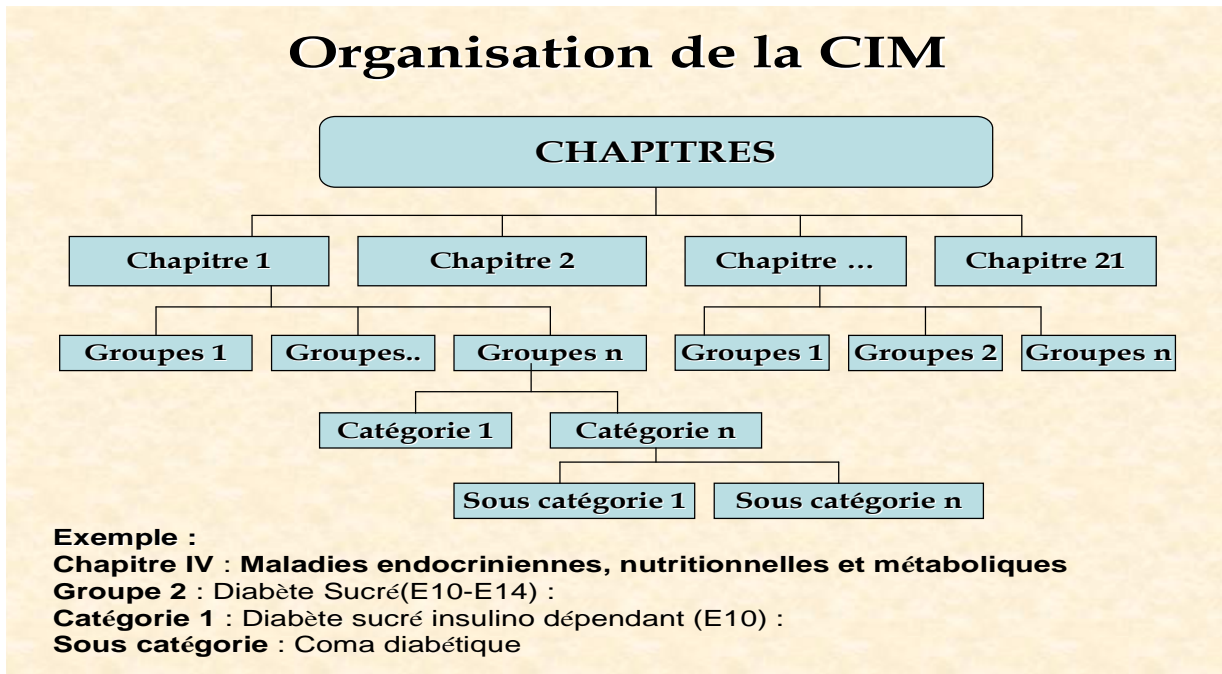


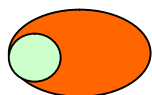
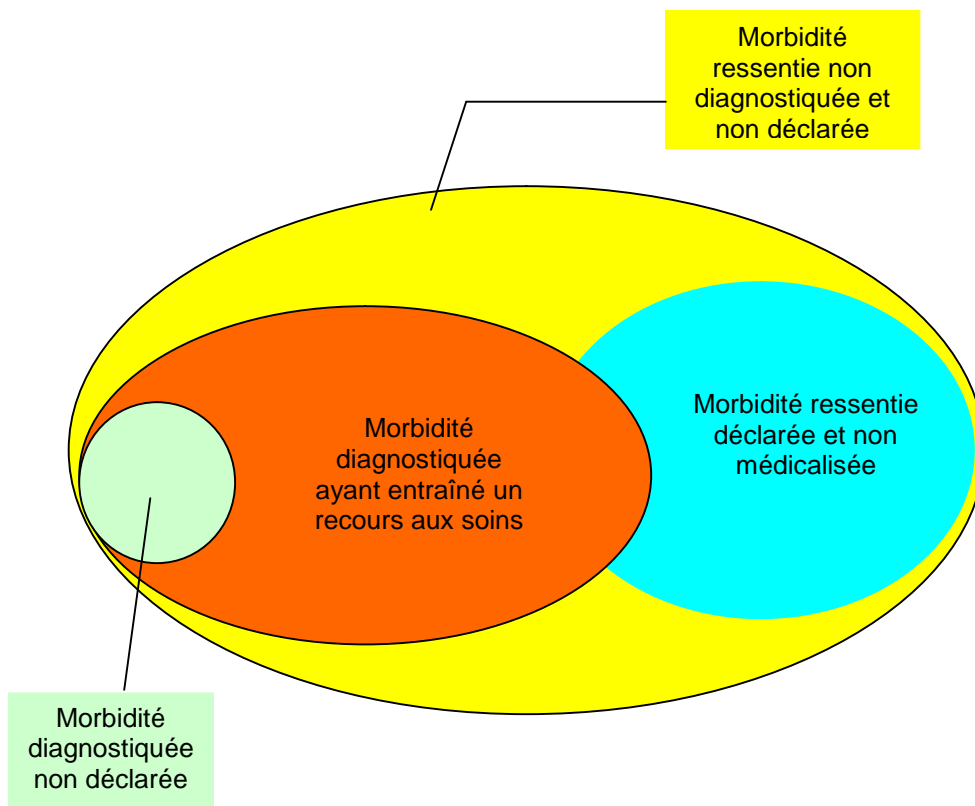
Figure N°5 : Organisation de la CIM10

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

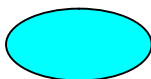
- Chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)
- Chapitre II : Tumeurs (C00-D48)
- Chapitre III : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)
- Chapitre IV : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)
- Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)
- Chapitre VI : Maladies du système nerveux (G00-G99)
- Chapitre VII : Maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59)
- Chapitre VIII : Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)

- Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)
- Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)
- Chapitre XI : Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)
- Chapitre XII : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)
- Chapitre XIII : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)
- Chapitre XIV : Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)
- Chapitre XV : Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)
- Chapitre XVI : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)
- Chapitre XVII : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)
- Chapitre XVIII : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)
- Chapitre XIX : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)
- Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)
- Chapitre XXI : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)
- Chapitre XXII : Codes d'utilisation particulière (U00-U99)

Annexe N° 2 : Types de morbidité.



Enquêtes auprès des producteurs de soins.



Complément de la morbidité obtenu dans les enquêtes auprès des ménages.

Figure N°6: Les différentes composantes de la morbidité réelle (33).

Annexe N°3 : Output du SIG-Ho au niveau du service des urgences.

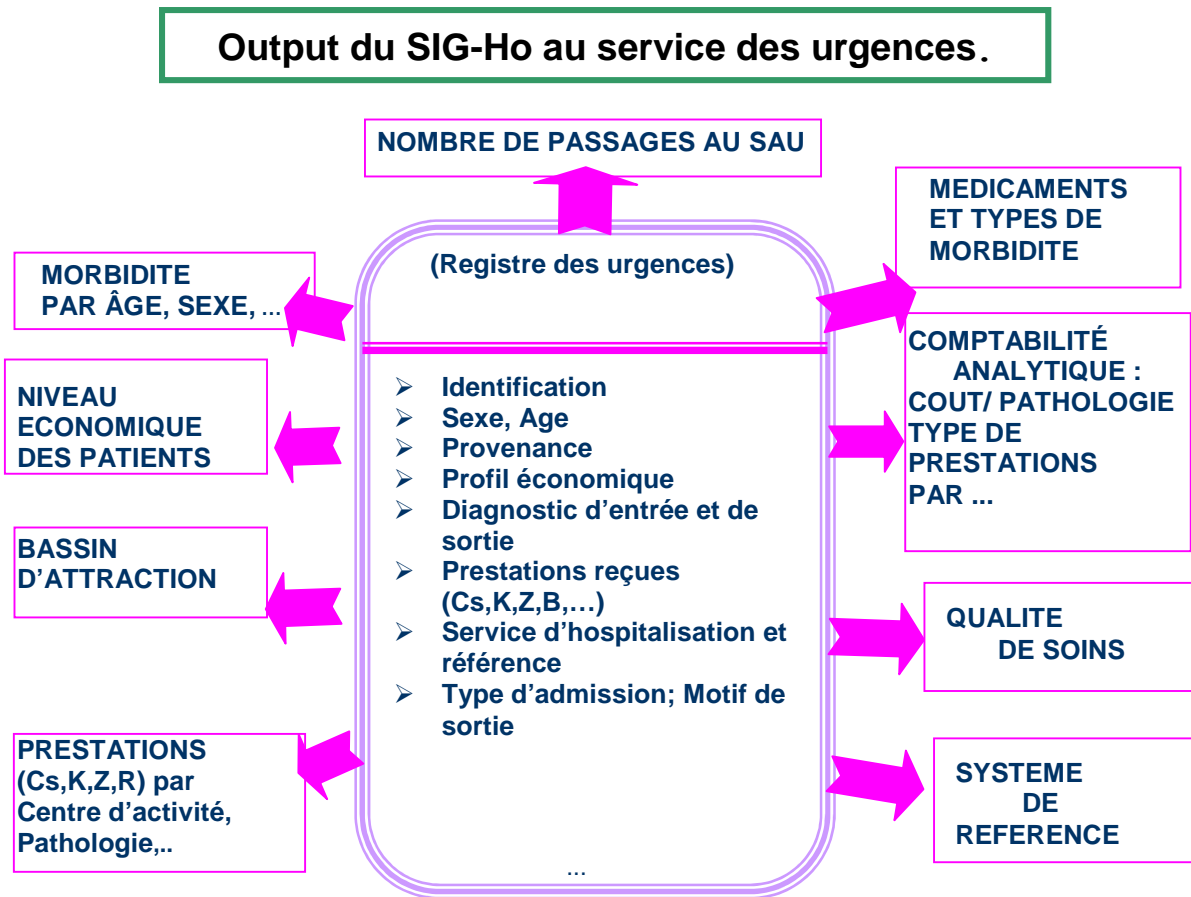


Figure N°7 : Output du SIG-Ho au niveau du service des urgences.

Annexe 4 : Questionnaire

Etude des principaux motifs de recours A la structure d'accueil et de traitement des urgences

I. Caractéristiques liées aux patients :

Age en années révolues /___/ **Sexe** : M /___/ F/___/ **Etat matrimonial** /___/

Date et Heure d'arrivée du patient : le/...../2008 àH.....Min.

Niveau d'instruction : illettré /___/ primaire /___/ secondaire /___/ universitaire/___/.

Sa Profession ou celle de l'accompagnant:.....

Solvabilité : Payant /___/ Assuré /___/ Indigent /___/ Autres /___/.

Région : Proximité par rapport à l'hôpital kilométrage ;

Commune de : Mohammédia /___/ Ain harrouda /___/

Beni yakhlef /___/ Echellalat /___/ Sidi moussa ben ali /___/ Sidi moussa el majdoub /___/

Autres provinces, a préciser:.....

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

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

Nombre de recours au service des urgences ces 3 derniers mois:..... (Attitudes).

Etat du patient : Calme /___/ Inquiet /___/ Agité /___/.

Degrés perçu de la de gravité par le patient :

Grave /___/ Moyennement grave /___/ N'est pas grave /___/.

Niveau de douleur et de limitations : très dl /___/ moy/___/ faible/___/.

Survenue du problème de santé : < une semaine /___/ >une semaine /___/ plus d'un mois/___/.

Annexe 5: Les formulaires des urgences

ROYAUME DU MAROC

MINISTERE DE LA SANTE

CHP MY ABDELLAH MOHAMMEDIA

SERVICE DES URGENCES

BON DE CONSULTATION DES URGENCES

❖ NOM ET PRENOM

❖ ADRESSE

❖ N° CIN

❖ N° SUM

❖ MOTIF DE CONSULTATION

Maladie

Imprudence

AVP

Agression

❖ PRESTATIONS

➤ Consultation

➤ Consultation+ P1

➤ Consultation+ P2

➤ Autres

Registre des urgences au SIG HO :

Numéro	Instructions
Colonne 1 :	N° d'ordre : donner un N° d'ordre chronologique dans l'année
Colonne 2	Date : inscrire la date (jour, mois, année).
Colonne 3	Inscrire le Nom et prénom du patient
Colonne 4	Age : inscrire l'âge en années révolues
Colonne 5	Inscrire le sexe du patient (Masculin - Féminin).
Colonne 6	Portez l'adresse complète du patient.
Colonne 7	Précisez si le patient est venu spontanément ou adressé par le médecin privé, public ou autre)
Colonne 8	Inscrire le nom du médecin du service des urgences
Colonne 9	Préciser si le patient est payant, (n°de quittance), tiers payant (indiquer l'organisme débiteur), exonéré (indiquer le n°d'exonération)
Colonne 10	Indiquer le motif de passage aux urgences
Colonne 11	Indiquez le type de consultation (urgence médicale ou urgence chirurgicale).
Colonne 12	Indiquez le résultat de la consultation (le patient reçoit un traitement ambulatoire, hospitalisé ou transféré).

Annexe N° 6: Les masques de saisies

The screenshot displays the Microsoft Access interface. The main window is titled 'BaseDonneesMorbidity : Base de données (format de fichier...)'. A task pane on the left shows the 'Formulaires' (Forms) section selected. The 'Motifs de recours2' form is open, showing a grid of input fields and dropdown menus. The fields are organized into two columns. The first column contains fields for personal and demographic information, while the second column contains fields related to medical history and professional experience. The status bar at the bottom indicates 'Mode Formulaire' and 'Enr : 1 sur 100'.

Field Name	Value
Age	22
Sexe	1
Etat Matrimonial	2
DateArrivee	02/04/2008
HeureArrivee	12:00:00
Niveau d'instruction	3
Profession	CHAUDRONER
Solvabilité	2
Région	2
Référe	3
NombreVisites	2
Niveau d'inquiétude	1
Degrés Gravité	2
Niveau de Douleur	2
Survenue du Problème	2
Nombre élevé Medecins	Oui
Experience des Professionnels	Oui
Connaissance d'un Professionnel	Non
Disponibilité de Spécialistes	Oui
Vous n'aurez pas besoin d'un rdv	Oui
Permanence	Oui
Plateau Technique	Oui
Certificats Médicaux légaux	Oui
Réputation de l'hôpital	3
AutresMotifs	Proximité

Microsoft Access

Fichier Edition Affichage Insertion Outils Fenêtre ? Tapez une question

MorbiditeRetro

Age	Sexe	Provenance	Morbidité	Morbidité CIM 1
61	1	1	CML	Z02-7
30	2	1	ANGINE	J02
44	1	1	COLIQUE NEPH	N23
70	2	0	TRAUMA ABD+P	T00
29	2	1	APPENDICITE	K35

Enr : 7 sur 600

BaseDonneesMorbidité : Base de données (format de fichier...)

Ouvrir Modifier Nouveau

Objets

- Tables
- Requêtes
- Formulaires
- États
- Pages
- Macros
- Modules
- Groupes
- Favoris

Créer un formulaire en mode Création

Créer un formulaire à l'aide de l'Assistant

- Morbidité Retrospective
- morbiditeProspective
- Motifs de recours

Prêt MAJ NUM

Annexe N°7: Répartition des malades selon le type des maladies :

Tableau 17 : Principaux symptômes et maladies vus à l'urgence de l'hôpital de Mohammedia, en pourcentage par ordre décroissant pour l'année 2007.

Morbidité	Masculin	Féminin	Total	%
DL ABD	18	18	36	6
FIEVRE	27	9	36	6
CRISE HYSTERIQUE	8	20	28	4,7
TRAUMA PIED	10	14	24	4
TRAUMA MAIN	14	7	21	3,5
COLIQUE NEPHRETIQUE	13	5	18	3
PLAIE CUIR CHEVELU TRAUMA MAIN	11	2	13	2,2
TRAUMA CHEVILLE	8	4	12	2
ALLERGIE	8	3	11	1,9
CRISE ASTHME	5	6	11	1,9
TRAUMA DOIGT	10	1	11	1,9
TRAUMA GENOU	8	2	10	1,7
BRONCHITE	7	2	9	1,5
CEPHALEE	3	6	9	1,5
CML	7	2	9	1,5
GASTRITE	3	5	8	1,4
PLAIE DOIGT	6	2	8	1,4
PLAIE FRONTALE	7	1	8	1,4
TRAUMA EPAULE	5	3	8	1,4
ANGINE	2	5	7	1,2
PLAIE AVANT BRAS	6	1	7	1,2
SANS DIAGNOSTIC	3	3	6	1
DYSPNEE	4	2	6	1
PLAIE DE LA MAIN	5	1	6	1
TRAUMA CRANIEN	4	2	6	1
CORPS ETRANGER OEIL	4	1	5	0,9
HTA	2	3	5	0,9
TRAUMA COUDE	3	2	5	0,9
TRAUMA POIGNET	4	1	5	0,9
TRAUMA THORACIQUE	5	0	5	0,9
VOMISSEMENT	1	4	5	0,9
DIABETE	1	3	4	0,7
DL ARTICULAIRE	3	1	4	0,7
ERUPTION CUTANEE	2	2	4	0,7
PLAIE FACE	3	1	4	0,7
TRAUMA BASSIN	2	2	4	0,7

Morbidité	Masculin	Féminin	Total	%
TRAUMA JAMBE	3	1	4	0,7
TRAUMA ORTEIL	2	2	4	0,7
AGRESSION	2	1	3	0,5
CONTUSION ABD	0	3	3	0,5
DL EPAULE	2	1	3	0,5
DL THORACIQUE	0	3	3	0,5
DYSMENORHEE	1	2	3	0,5
EPISTAXIS	2	1	3	0,5
GASTRO ENTERITE	2	1	3	0,5
INTOXICATION MEDIC	1	2	3	0,5
LOMBALGIE	3	0	3	0,5
PLAIE DU CUIR CHEVELU	3	0	3	0,5
PLAIE DU PIED	1	2	3	0,5
PLAIE LEVRE	3	0	3	0,5
TRAUMA ABD	2	1	3	0,5
TRAUMA AVANT BRAS	3	0	3	0,5
TRAUMA DU PIED	1	2	3	0,5
TRAUMA NASAL	2	1	3	0,5
TRAUMA ŒIL	2	1	3	0,5
AUTRES	93	67	160	26,7
TOTAL	363	237	600	100

Annexe N° 8 : Monographie de la ville de Mohammedia

(Province, ressources humaines et matérielles, indicateurs socio démographiques)

Fédala dont le nom viendrait de « Fadl Allah » qui signifie « présent de Dieu » fut fondée en 1912 par un industriel français Georges Hersent qui a vu l'intérêt de l'existence d'une rade naturelle, favorable à la création d'un grand port aux moindres frais ; La construction du sea line en 1951 fit de Fédala le premier et le plus moderne port pétrolier d'Afrique du nord.

Fédala a été rebaptisée Mohammedia par Feu sa Majesté le roi Mohammed V le 25 juin 1960 ; à l'occasion de la pose de la première pierre de la raffinerie de pétrole, la plus grande du Maroc, SAMIR.

Cité de fleurs et de jardins, de villas autour d'une plage, Fédala est aussi un port pétrolier, un port de pêche, un centre industriel de fabrications de conserves, et une zone agricole par l'essor qu'y a pris le maraîchage. C'est aussi une cité des sports, car elle est le lieu privilégié pour la pratique du surf , du golf, de l'hippisme ou du football, Mohammedia est aussi une station balnéaire.

Situation géographique :

La préfecture de Mohammedia s'étend sur une superficie de 277 km². Elle est limitée au nord par l'océan Atlantique, à l'est et au sud par la province de ben Slimane et à l'ouest par la préfecture de Bernoussi. Mohammedia se situe au centre de l'axe stratégique Kenitra- El Jadida, entre deux des plus importantes villes du Maroc, la ville économique Casablanca (à 25 kilomètres à l'est) et la ville administrative Rabat (à 65 kilomètres à l'ouest), dont elle est reliée par la route côtière 111 et la route secondaire 107 en plus de l'autoroute Casablanca - Rabat et une liaison ferroviaire à double voie.

La population :

La ville comptait 300 habitants en 1910, 25 000 en 1954 et 120 000 en 2000.
Actuellement :

Tableau N°18 : Données démographiques de Mohammedia et Casablanca 2006)

	MOHAMMEDIA	CASABLANCA
Superficie	277 Km²	1 615 km²
Densité	1212 habitants / km²	2309 habitants /Km²
Population	335 784 (70% urbains / 29 % rural)	3 728 824

A noter que la population de Mohammedia est passée de 223 000 habitants en 2003 à 327 000 en 2004 du fait du nouveau découpage administratif par l'adjonction de Ain Harrouda et Ben Yakhlef.

Découpage administratif :

C'est dans le cadre de la réorganisation administrative du grand Casablanca en 1981 que la préfecture de Mohammedia a vu le jour.

Depuis le 25 Mars 2003, L'administration déconcentrée de Mohammedia compte la Préfecture de Mohammedia avec deux communes urbaines (Mohammedia et Ain Harrouda) et quatre communes rurales (Ben Yakhlef, Echellalates, Sidi Moussa El Majdoub et Sidi Moussa Ben Ali).

Secteurs économiques :

- La pêche maritime ;
- L'industrie ;
- Le secteur touristique ;

- Le commerce ;
- L'artisanat ;
- Le secteur informel.

Mohammedia connaît sa part de chômage et d'analphabétisme (taux non disponible). Mohammedia a aussi souffert d'un développement urbanistique anarchique et de "déviation" écologiques, en plus des problèmes de pollution de l'atmosphère, du sol et de l'eau : la décharge publique est pratiquement non contrôlée, les unités industrielles causent des émanations de gaz polluants.

INFRASTRUCTURE SANITAIRE

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

❖ Secteur public :

⇒ **Un hôpital provincial** ayant une superficie de 5600 m² et une capacité litière de 172 lits.

⇒ **Onze centres de santé dont :**

- Six Centres de santé Urbains
- Cinq Centres de santé Ruraux

⇒ **Les structures d'appui**

- un centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR)
- une cellule d'hygiène du milieu
- une cellule de santé scolaire et universitaire.
- une cellule d'hygiène mentale
- un service de Contrôle sanitaire aux frontières
- un laboratoire d'épidémiologie

❖ **Secteur privé :**

- Deux cliniques avec 40 lits
- Une clinique mutualiste avec 41 lits
- 93 cabinets de consultations
- 42 cabinets de chirurgie dentaire
- 5 laboratoires médicaux
- 106 pharmacies

❖ **Taille de l'offre :**

- 30525 habitants / Etablissement SSB
- 3324 habitants / Médecin publique
- 7631 habitants / Médecin spécialiste
- 5891 habitants / Médecin généraliste
- 2603 habitants / lit hospitalier
- 1696 habitants / Infirmier
- 3610 habitants / cabinet de consultation privé
- 7995 habitants / chirurgien dentiste
- 3168 habitants / pharmacie

B)- LES STRUCTURES PUBLIQUES

1- L'INFRASTRUCTURE HOSPITALIERE :

Le CHP de Mohammédia, couvre une population de 205.000 habitants en plus de la population de Ben Slimane et celle de Bouznika. Sa capacité est de 137 lits répartis comme suit :

SERVICE	CAPACITE
Chirurgie	40 lits
Médecine	40 lits
Maternité	12 lits
Psychiatrie	30 lits
Pédiatrie	15 lits

Vu les travaux d'extension que connaît le centre hospitalier, le service de pneumologie a été transféré à Casa.

L'hôpital est doté de services complémentaires :

- Un centre de rééducation
- Un centre de transfusion sanguine
- Un laboratoire.

2- L'INFRASTRUCTURE AMBULATOIRE :

a)-LES CENTRES DE SANTE

CENTRES DE SANTE	DATE DE CONSTRUCTION
◆ Centres de santé RIAD	1964 et reconstruit en 1988
◆ Centres de santé KASBAH	
◆ Centres de santé CHABAB	mars 1996
◆ Centres de santé BRADAA	1978
◆ Centres de santé HASSANIA	mars 1997
◆ Centres de santé EL ALIA	1986

b)-LES STRUCTURES D'APPUI :

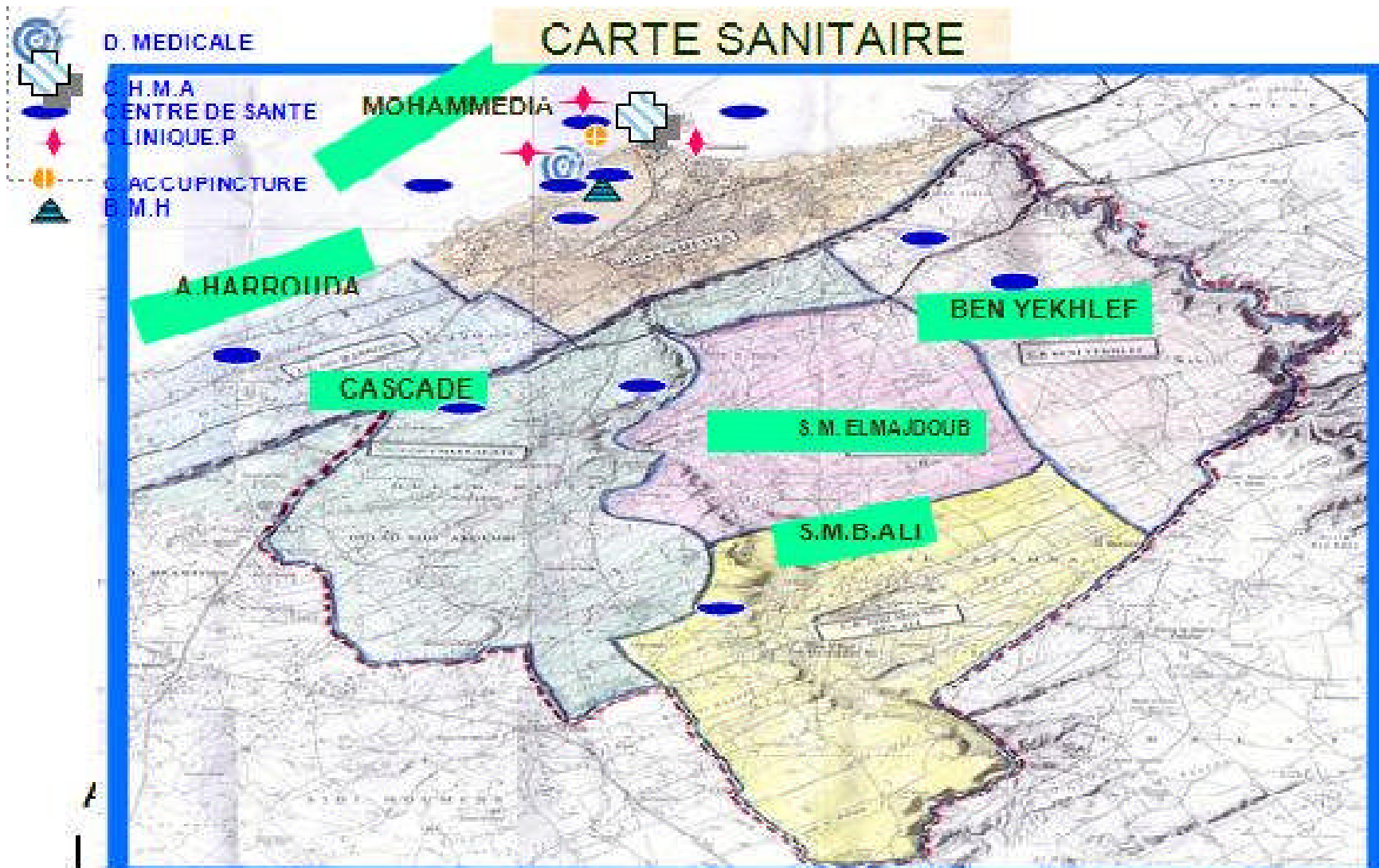
STRUCTURES	NOMBRE
Centre de Diagnostic Spécialisé en Tuberculose	1
Service d'hygiène scolaire	1
Service d'hygiène mentale	1
Contrôle sanitaire aux frontières	1
Centre d'acupuncture chinoise	1
Service de l'hygiène du milieu	1
Laboratoire d'épidémiologie	1

c)- PRINCIPAUX INDICATEURS DE DESSERTE (2000) :

Nombre d'habitants	local	National urbain
Nombre d'habitants par centre de santé	41000	13516
Nombre d'habitants par cabinet de consultation	2733	7127
Nombre d'habitants par médecin (les deux secteurs)	1424	-
Nombre d'habitants par médecin (secteur public)	3306	2302
Nombre d'habitants par infirmier (secteur public)	1273	1070
Nombre d'habitants par lit hospitalier (secteur public)	1496	889
Nombre d'habitants par lit hospitalier (les 2 secteurs)	976	-
Nombre d'habitants par chirurgien dentiste	6029	23402
Nombre d'habitants par pharmacie	3796	9527

L'analyse des indicateurs de desserte montre :

- Une insuffisance en infrastructure de santé de base
- Un surplus en cabinets privés de consultation médicale,



Annexe N° 9: La carte sanitaire de la ville de Mohammedia

Annexe N° 10 :

Organigramme du CHP de Mohammedia

