

## Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc

### *Inappropriate use of emergency services: a study in a provincial hospital in Morocco*

Berraho M<sup>1</sup>, Boly A<sup>2</sup>, Tachfouti N<sup>3</sup>, Elmajjaoui A<sup>4</sup>, Nejari C<sup>5</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Le recours non approprié aux services des urgences diminue la qualité des prestations. Notre objectif était de déterminer les facteurs associés au recours non approprié à ces services.

**Méthodes :** L'étude a été réalisée dans le service des urgences du Centre hospitalier provincial de Nador, durant trois semaines. L'information a été recueillie sur un questionnaire. La définition de la consultation appropriée ou non s'est basée sur le caractère urgent ou non, le jour de la consultation (ouvrable ou férié), le moment de la consultation (jour/nuit) et sur l'ancienneté des symptômes.

**Résultats :** Sur l'effectif de 410 patients, la proportion des consultants non appropriés était de 30,7 %. Les consultants non appropriés disposaient d'une couverture sociale dans 9,9 % vs 18,3 % chez les consultants appropriés ( $p = 0,02$ ) ; la proportion des patients inquiets à agités était plus importante chez les consultants non appropriés (62,3 % vs 31,7 %) ( $p < 10^{-6}$ ) ; la majorité (88,9 %) des consultants appropriés ressentait leur état moyennement à très urgent vs 45,2 % chez les autres ( $p < 10^{-6}$ ) ; le délai d'apparition des symptômes était plus court chez les consultants appropriés ( $p < 10^{-6}$ ) ; la proportion des consultants pour des lésions traumatiques était significativement plus importante chez les consultants appropriés que chez les autres (59,2 % vs 0,8 %) ( $p < 10^{-6}$ ).

**Conclusion :** Cette étude a identifié plusieurs facteurs prédictifs d'une consultation non appropriée. Des actions sont à entreprendre pour promouvoir le bon usage du service des urgences. D'autres études auront à préciser les spécificités régionales et hospitalières.

**Prat Organ Soins. 2012;43(3):197-204**

**Mots-clés :** Urgences, consultation non appropriée, mésusage des services de santé, consultation non urgente, facteurs épidémiologiques, études transversales, Maroc.

#### Summary

**Aim:** The inappropriate use of emergency department decrease the quality of services allowed in this service. The main objective of this study was to determine the determinant of inappropriate use of the emergency department.

**Methods:** The study was conducted in emergency department of the Nador Provincial Hospital, over a period of three weeks. The information gathering was done through a questionnaire. The definition of adequate consultation or not was based on the urgency or not, the day and time of consultation (day/night) and the length of symptoms.

**Results:** Four hundred ten patients were recruited. The proportion of inappropriate consultants was 30.7%. The inappropriate consultants had social security coverage in 9.9% vs 18.3% for appropriate consultants ( $p = 0.02$ ), the proportion of patients "worried to agitated" was greater among inappropriate consultants (62.3% vs 31.7%) ( $p < 10^{-6}$ ), the majority (88.9%) of inappropriate consultants felt their condition medium to very urgent vs. 45.2% in others ( $p < 10^{-6}$ ), the time to onset of symptoms was shorter in appropriate consultants (within less than 24 hours was observed in 71% of appropriate consultants vs. 6.3% in others) ( $p < 10^{-6}$ ), the proportion of consultants for traumatic lesions was significantly greater among appropriate consultants than other (59.2% vs 0.8%) ( $p < 10^{-6}$ ).

**Conclusion:** This study identified several predictors of inappropriate consultation in the emergency department. Communication activities and public education are to be undertaken to promote the proper use of the emergency department. Further studies are necessary to take into account regional and hospital specificity.

**Prat Organ Soins. 2012;43(3):197-204**

**Keywords:** Emergencies; inappropriate consultation; health services misuse; non-emergency consultation; epidemiologic factors; cross-sectional studies; Morocco.

<sup>1</sup> Professeur assistant en épidémiologie clinique. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Fès (Maroc).

<sup>2</sup> Résident en épidémiologie clinique. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Fès (Maroc).

<sup>3</sup> Professeur assistant en épidémiologie clinique Faculté de Médecine et de Pharmacie, Fès (Maroc).

<sup>4</sup> Médecin, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Fès (Maroc).

<sup>5</sup> Chef du centre de consultation spécialisée au CHU Hassan, Fès. Responsable du Laboratoire d'Épidémiologie, Recherche Clinique et Santé Communautaire – Faculté de Médecine et de Pharmacie, Fès (Maroc).

Adresse pour correspondance : Pr Mohamed Berraho. Laboratoire d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire ; Faculté de médecine et de pharmacie ; BP 1893 ; Km 2.200 Route Sidi Harazem ; Fès (Maroc).  
E-mail : maberraho@yahoo.fr

## INTRODUCTION

Les services des urgences (SU) constituent une composante essentielle du système de soins. Plusieurs facteurs influencent la qualité des prestations au niveau des SU, qu'il s'agisse des facteurs liés aux contraintes structurelles, humaines, matérielles ou organisationnelles, mais aussi des circonstances dans lesquelles les patients ont recours à ces services [1].

Des recours injustifiés dans un service des urgences sont susceptibles d'entraîner pour ce service un surcroît d'activité et d'être à l'origine de difficultés organisationnelles importantes [1]. En effet, l'engorgement des SU pour des motifs inappropriés a pour conséquence des dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants dont la pathologie relève impérativement de ces services [1-4].

Les professionnels des urgences s'accordent à dire qu'il est difficile de déterminer des critères qui permettraient de juger si le recours à un service des urgences est approprié ou non. La plupart des professionnels s'entend sur la notion de recours approprié qui est basée essentiellement selon eux sur le niveau de gravité de l'état de santé du consultant [5]. En revanche, la notion du recours non approprié est moins consensuelle : la grande majorité des professionnels considère comme inapproprié le recours à un service d'urgence pour une pathologie relevant de la médecine ambulatoire [1]. Il existe beaucoup de critères pour déterminer si un recours aux urgences est approprié ou non. Parmi ces critères on peut citer le temps d'attente, l'évaluation médicale, les paramètres vitaux, le niveau de la douleur, la possibilité de survenue de complications, le ressenti d'urgence par le patient, la variabilité de l'offre de soins (semaine/week-end, jour/nuit) etc. [6].

Comme beaucoup d'autres pays dans le monde, le Maroc se trouve aujourd'hui confronté à une augmentation des consultations dans les SU, ceci dans un contexte moins favorable que dans les pays du Nord en termes de structures de soins et de capacité d'accueil des patients. Mais peu d'études ont été menées jusqu'ici sur le sujet.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique des populations qui ont eu recours à la demande de soins d'urgence et d'identifier les facteurs qui sont associés aux recours non appropriés au SU.

## MÉTHODES

### 1. Type et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au SU du Centre hospitalier provincial de Nador auprès des usagers de ce service.

Les inclusions ont eu lieu du 20 avril au 10 mai 2010, à différentes heures de la journée, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés. Tous les patients consultants au SU durant cette période et consentants ont été inclus. Par contre, les sujets en état d'ivresse, atteints d'une affection psychiatrique altérant le jugement, présentant un retard mental et non accompagnés étaient exclus de l'étude.

Notre travail a été réalisé dans une province du nord du Maroc, la Province de Nador avec 710 000 habitants. C'est une ville moyenne située loin des grandes métropoles bien équipées en CHU. L'hôpital de Nador dispose de 422 lits, 48 médecins et de 203 personnels paramédicaux. Le nombre de consultants au SU de l'Hôpital de Nador a en effet, plus que doublé en cinq ans passant de 31 155 en 2006 à 73 489 en 2009 [7] dont la majorité (presque 60 000) vient pour des consultations en service des urgences.

### 2. Recueil des données

Les données ont été recueillies par les médecins de garde suite à l'admission et après la consultation médicale. Un questionnaire, développé sur la base des objectifs de l'étude et d'une recherche bibliographique, a été administré aux patients consultants. Le questionnaire portait sur les variables suivantes : les caractéristiques socio-économiques des consultants, leur milieu de résidence, le nombre de visites de chaque patient au service des urgences durant les trois derniers mois, le niveau ou la structure de références des patients au service des urgences, les raisons du recours à la consultation dans ce service, la perception par les patients de leur morbidité (degré d'inquiétude, degré de gravité, niveau de la douleur), le délai de survenue du problème de santé ainsi que la description des motifs de sortie du service d'urgence (sortant, hospitalisé, référé).

### 3. Définition et codage des variables

Les sujets amenés à la consultation par une autre personne et âgés de moins de 15 ans, ou handicapés, ou très âgés, étaient considérés comme dépendants. Les autres consultants, des adultes ou des adolescents venus seuls au SU, étaient considérés comme indépendants.

Nous n'avons inclus dans ce travail que les sujets définis comme indépendants. Les sujets dépendants ont été exclus car nous souhaitions déterminer les facteurs associés à la consultation non appropriée au service des urgences. Ces facteurs sont liés à la prise de décision de consultation et la décision de consultation pour les sujets dépendants a été prise par une autre personne.

D'une manière générale, toute consultation évaluée comme urgente par un des médecins du SU, a été

considérée comme appropriée. En dehors de ce critère médical de jugement, le caractère approprié ou non d'une consultation a été défini en se basant sur les critères suivants : la nature de la morbidité objet de la consultation, l'ancienneté des symptômes et leur gravité, le moment de la consultation. Ainsi, une consultation pour un traumatisme récent a été d'emblée considérée comme appropriée. Dans le cas de pathologies non traumatiques le fait de consulter pendant un week-end ou un jour férié, avec des symptômes remontant à un jour ouvrable, était considéré comme étant non approprié. De même, les usagers qui consultaient la nuit avec des symptômes qui avaient débuté durant la journée et pendant un jour ouvrable étaient considérés comme étant des consultants non appropriés.

#### 4. Analyse des données

Les données ont été saisies sur un fichier Excel et analysées sur le logiciel Epi Info 3.5.1. La première partie de l'analyse porte sur la description de la population incluse dans cette étude. La seconde partie consiste en une analyse uni-variée des facteurs associés au caractère approprié ou non de la consultation aux urgences.

Les tests de Student, de Wilcoxon, du Chi<sup>2</sup> et du Chi<sup>2</sup> corrigé ainsi que le test exact de Fischer ont été utilisés avec un risque  $\alpha = 5\%$ .

## RÉSULTATS

### 1. Description de la population

Sur la période d'étude, 500 consultants se sont présentés au SU de l'Hôpital de Nador. Parmi ces derniers 90 étaient des sujets dépendants amenés à la consultation par une autre personne, en général un parent. Les autres consultants étaient des sujets adultes et des adolescents venus seuls au SU (410 consultants).

Les caractéristiques des 410 sujets indépendants sont données dans le tableau I. L'âge moyen des consultants étudiés était de  $36,7 \pm 15,7$  ans avec une étendue allant de 12 à 80 ans et la majorité d'entre eux avait entre 15 et 59 ans (86,6 %). On notait une légère prédominance masculine des consultants (55,1 %). Les consultants sans revenu, à savoir les chômeurs (33,0 %) et les femmes au foyer (12,8 %), représentaient presque la moitié des consultants. Seuls 12,4 % des consultants au SU disposaient d'une couverture sociale. Plus des deux tiers de ces consultants avaient un revenu mensuel inférieur à 6000 DH (550 euros). La majorité de ces consultants avait un niveau d'études secondaires (48,8 %) ou primaires (23,3 %). Enfin, la majorité de ces consultants provenait des zones urbaines de la

Tableau I  
Caractéristiques générales des 410 consultants indépendants  
(Nador – Maroc, 2010)

	Effectif	%
Groupes d'âges		
< 15	7	1,7
15-59	355	86,6
> 60	48	11,7
Sexe		
Masculin	226	55,1
Féminin	184	44,9
Niveau d'études (mineurs)		
Primaire	5	21,7
Secondaire	18	78,3
Niveau d'études (adultes)		
Illettré	93	24,0
Primaire	90	23,3
Secondaire	189	48,8
Universitaire	15	3,9
Revenu de ménage (Dh)		
< 3000	68	28,6
3000-6000	115	48,3
> 6000	55	23,1
Profession		
Ouvrier	76	20,1
Commerçant	51	13,5
Fonctionnaire et employé	40	10,5
Agriculteur	8	2,1
Petits métiers	20	5,3
Femme au foyer	49	12,8
Retraité	4	1,1
Chômeur	125	33,0
Autres	6	1,6
Milieu de résidence		
Urbain	360	87,8
Sub-urbain	32	7,8
Rural	18	4,4
Distance (km)		
< 5	298	72,7
5-25	86	21,0
> 25	26	6,3

province de Nador (87,8 %) et demeurait à moins de 5 km du SU dans 72,2 % des cas.

L'étude des circonstances de la consultation a montré que plus des trois quarts des patients (75,4 %) avaient consulté durant la journée et que près de 70,5 % avaient consulté un jour ouvrable. Seuls 19,3 % avaient consulté le week-end et 10,2 % un jour férié. 22,7 % des patients déclaraient avoir l'habitude de consulter au SU. Pour presque la moitié des consultants (51,7 %) les symptômes ayant motivé la consultation au SU remontaient à moins de 24 heures, chez 14,6 % d'entre eux les symptômes avaient débuté depuis plus de trois jours.

Les principaux motifs de recours au SU, selon la classification internationale des maladies CIM10, dans notre étude, sont résumés dans le tableau II. Les pathologies traumatiques, les empoisonnements ainsi que

Tableau II  
Répartition des consultants selon la nature appropriée ou non de la consultation et les motifs de recours au service des urgences (CIM10) (Nador – Maroc, 2010)

	Ensemble (%) (n = 410)	Type de consultation		P
		Appropriée (n = 284)	Non appropriée (n = 126)	
Maladies de l'appareil respiratoire	6,3	5,6	7,9	
Maladies de l'appareil digestif	5,4	4,2	7,9	
Troubles mentaux et du comportement	4,6	3,9	6,3	
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	41,2	59,2	0,8	< 10 <sup>-3</sup>
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	35,1	22,5	63,5	
Autre <sup>a</sup>	7,3	4,6	13,5	
<i>Total</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	

<sup>a</sup> Autres motifs de consultation : Troubles mentaux et du comportement, maladies de l'appareil génito-urinaire, maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, certaines maladies infectieuses et parasitaires, tumeurs et maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

certaines autres conséquences de causes externes représentaient 41,2 % de la structure de morbidité vue au sein de ce groupe de consultants.

L'étude a montré que 69,3 % des consultations au SU étaient appropriées. Parmi eux, 83,4 % étaient des cas non urgents ; 83,9 % avaient quitté le SU après avoir reçu les prestations et 12,4 % avaient nécessité une hospitalisation.

## 2. Facteurs associés à la consultation non appropriée (tableau III)

Dans notre population d'étude 30,7 % des consultations au SU ont été considérées non appropriées. La différence d'âge n'était pas significative entre les patients dont la consultation était appropriée ou non ( $p = 0,55$ ). Les femmes étaient en nombre plus élevé chez les patients dont la consultation était non appropriée (50,8 % vs 42,3 %  $p = 0,11$ ). Enfin la proportion de patients possédant une couverture sociale était plus élevée chez ceux dont la consultation était non appropriée (18,3 % vs 9,9 %  $p = 10^{-2}$ ).

La proportion des usagers consultant un jour ouvrable n'était pas différente selon que la consultation soit appropriée ou non (73,8 % vs 69,0 %) ; par contre la proportion de patients ayant consulté un jour férié ou un week-end était plus faible dans le cas d'une consultation non appropriée (26,2 % vs 31,0 %,  $p = 0,3$ ).

Nous avons constaté aussi que 96,8 % des patients dont la consultation était non appropriée étaient soit auto-référés ou amené par un tiers, versus 95,4 % chez ceux dont la consultation était appropriée ( $p = 0,36$ ).

Tableau III  
Facteurs associés à la consultation appropriée ou non au service des urgences de l'Hôpital de Nador (analyse univariée) (n = 410) (Nador – Maroc, 2010).

	Approprié (n = 284) (%)	Non approprié (n = 126) (%)	P
Âge moyen ± écart-type	36,4 ± 16	37,4 ± 15,1	0,55
Sexe			
Masculin	57,5	49,2	0,11
Féminin	42,3	50,8	
Couverture sociale			
Oui	9,9	18,3	0,02
Non	90,1	81,7	
Jour de consultation			
Jours ouvrables	69,0	73,8	0,3
Jours fériés et week-ends	31,0	26,2	
Moment de consultation			
Jour	72,9	81,0	0,08
Nuit	27,1	19,0	
Niveau de référence			
Auto-référé ou amené par un tiers	95,4	96,8	0,36
Établissements de santé (publics et privé)	4,6	3,2	
État du patient			
Calme	37,7	68,3	10 <sup>-6</sup>
Inquiet à agité	62,3	31,7	
Perception de la gravité de la maladie			
Grave	37,1	20,0	10 <sup>-6</sup>
Moyennement Grave	52,9	43,2	
Pas du tout grave	10,1	36,8	
Niveau d'urgence ressentie			
Urgent	37,8	9,2	10 <sup>-6</sup>
Moyennement urgent	51,1	36,0	
Pas du tout urgent	11,2	44,8	
Délai d'apparition des symptômes			
< 24 h	71,8	6,3	10 <sup>-6</sup>
1-3 jours	25,7	51,6	
> 3 jours	2,5	42,1	

L'état psychologique du patient était significativement différent entre les consultations appropriées et non appropriées. En effet, seulement 37,7 % des consultants appropriés étaient calmes *versus* 68,3 % des consultants non appropriés et 62,3 % des consultants appropriés étaient inquiets à agités *versus* seulement 31,7 % des consultants non appropriés ( $p < 10^{-6}$ ).

La répartition des motifs médicaux du recours aux urgences était différente selon que la consultation était inappropriée ou non. Dans le cas des consultations appropriées, 59,2 % avaient consulté pour des « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » *versus* 0,8 % chez les consultants non appropriés ( $p = 10^{-6}$ ). Dans le cas des consultations non appropriées, le principal motif médical était des symptômes, des signes cliniques ainsi que des résultats d'examens de laboratoire anormaux regroupés dans le chapitre XVIII de la CIM 10 (63,5 % *vs* 22,5 % en cas de consultations appropriées ( $p = 10^{-6}$ )) ; ces symptômes et ces signes étaient essentiellement des nausées, de la toux, des céphalées, des problèmes urinaires, une fièvre d'origine inconnue, etc.) pour lesquels un diagnostic précis n'avait pas été posé.

En ce qui concerne les motifs non médicaux ayant conduit à consulter au SU, les principaux motifs allégués par les patients dont la consultation n'était pas appropriée étaient : le nombre élevé de médecins au SU (7,9 % *vs* 2,1 % chez les patients dont la consultation était appropriée), l'expérience des professionnels qui y travaillaient (28,6 % *vs* 18,3 % chez les patients dont la consultation était appropriée), la disponibilité des spécialistes (37,3 % *vs* 14,8 % chez les patients dont la consultation était appropriée), l'absence de rendez-vous (46,0 % *vs* 18,3 % chez les patients dont la consultation était appropriée) et la gratuité des prestations (17,5 % *vs* 9,5 % chez les patients dont la consultation était appropriée) (tableau IV).

## DISCUSSION

Cette étude transversale, sur les déterminants du recours non approprié au SU est, à notre connaissance, la première en son genre au Maroc. Elle nous a permis de déterminer la part des consultations non appropriées parmi l'ensemble des consultations au SU ainsi que les facteurs associés à un recours non approprié au SU.

La proportion de patients ayant fait un usage non approprié des SU dans notre série était de 30,7 %. Dans la littérature, la prévalence de l'usage non approprié des SU varie entre 10 et 90 % et dans presque la moitié des études elle varie entre 24 et 40 % [8-12]. L'usage non approprié du service des urgences augmente les coûts des soins et entrave l'accès aux urgences pour les cas urgents [13,14]. En outre, les cas non urgents sont gérés rapidement et ne parviennent pas à bénéficier d'une prise en charge globale et de la continuité des soins qu'ils pourraient obtenir au sein d'autres niveaux de soins [15].

Nous n'avons pas trouvé une association significative entre l'âge et le type de recours. Cependant on peut remarquer que la population fréquentant le SU de façon non appropriée était une population jeune. Les consultants âgés avaient moins de recours non appropriés au SU. Cette tendance pourrait être due à la plus forte prévalence des maladies chroniques et des comorbidités chez les personnes âgées qui le plus souvent nécessitent une attention immédiate et des soins complexes [16, 17]. Plusieurs études ont montré une association inverse entre l'âge et le caractère non approprié d'une consultation au SU [9-12, 18] alors que certaines études n'ont pas trouvé d'association [19, 20].

Dans notre étude, la population consultant au SU de façon non appropriée était une population à prédominance féminine pour 50,8 % *vs* 42,3 % chez les consultants appropriés. Cependant l'association entre

Tableau IV  
Répartition des patients en fonction de la raison du choix de consultation au service des urgences et du caractère approprié ou non de la consultation (n = 410) (Nador – Maroc, 2010).

	Approprié (%)	Non approprié (%)	p
Nombre élevé de médecins (oui)	2,1	7,9	0,007
Expérience des professionnels (oui)	18,3	28,6	0,02
Disponibilité des spécialistes (oui)	14,8	37,3	$10^{-6}$
Absence de rendez-vous (oui)	18,3	46,0	$10^{-6}$
Disponibilité d'un système de permanence (oui)	26,4	35,7	0,056
Disponibilité d'un plateau technique important (oui)	47,5	30,2	0,001
Délivrance de certificats médicaux légaux (oui)	10,9	0,8	0,0004
Accessibilité matérielle (oui)	9,5	17,5	0,02
Proximité de l'hôpital (oui)	2,8	4,8	0,23

le sexe et le recours approprié ou non au SU était à la limite de la significativité ( $p < 0,11$ ). Bien que non significatifs, pour des raisons, peut-être de puissance statistique, nos résultats sont en concordance avec plusieurs études [10, 11, 21-25] qui ont trouvé une association significative entre le sexe féminin et la susceptibilité de consulter de façon non appropriée au SU.

Le fait d'avoir une couverture sociale n'était pas associé à la consultation non appropriée au SU malgré une fréquence plus élevée des patients avec une couverture sociale chez les consultants non appropriés (18,3 % vs 9,9 %). Ceci peut être expliqué, dans notre contexte, par le fait que les sujets disposant d'une couverture sociale sont plus motivés à consulter, à demander des examens complémentaires et acheter des médicaments [26].

Le caractère auto-référent de la consultation n'était pas associé à la consultation non appropriée dans notre étude. Ces résultats concordent avec ceux de Saver *et al.* et de Young GP *et al.* [27, 28]. Cependant, Coleman *et al.* [29], rapportent dans leurs travaux que les deux tiers des patients avec plaintes non appropriées avaient un mode auto-référent.

Le délai d'apparition des symptômes était un marqueur très significatif d'une consultation appropriée ou non aux urgences. Le début de la symptomatologie est parmi les critères utilisés par les médecins experts pour évaluer une consultation comme étant appropriée ou non. Ce résultat est conforté par l'étude de Carret *et al.* [11], qui a trouvé que le taux de consultations non-urgentes était plus élevé si les patients avaient un problème évoluant depuis plus de 24 heures.

On n'a pas trouvé dans cette étude une association significative entre le moment de la consultation (jour ou nuit), la période dans la semaine (jour ouvrable ou week-end) et l'utilisation appropriée ou non du SU. Certaines études, qui ont évalué le moment de consultation et le jour de consultation aux urgences, ont révélé que le jour était la période de l'usage intensif de façon non appropriée du SU [10, 21] et que le jour de la semaine n'était pas associé à une utilisation non appropriée du SU [9, 11, 22, 30].

Les motifs médicaux d'admission chez les patients avec consultation non appropriée étaient essentiellement des signes généraux (nausée, toux, céphalée, problèmes urinaires, fièvre d'origine inconnue, etc.). Ce type de morbidité relève principalement des structures de santé de première ligne, ce qui pose le problème de chevauchement des missions des structures de soins et non leur complémentarité.

Nous avons cherché dans notre étude à expliquer, et non seulement à décrire les facteurs associés au recours non approprié au SU, cependant notre travail a certaines limites méthodologiques, nous citons principalement la définition de la notion du recours non approprié au SU, le lieu où nous avons mené notre étude qui est un hôpital provincial et l'absence d'informations sur les motifs du non recours des consultants aux établissements de soins de santé de base. Pour la notion du recours non approprié au SU, nous n'avons pas adopté les mêmes critères de définition qui ont été utilisés dans les autres études internationales. En effet, nous n'avons pas pu mesurer certains indicateurs utilisés dans ces études et nous avons cherché à adapter la définition d'une consultation non appropriée au contexte marocain, puisque le SU au Maroc est la seule structure de soins de santé publique où l'individu peut consulter en urgence la nuit, le week-end et les jours fériés. Notre étude a été menée dans la province de Nador et des questions de la représentativité peuvent être soulevées. Sur le plan démographique, on ne note pas de différences de la répartition de la population en fonction du milieu de résidence entre la province de Nador et l'ensemble de la population marocaine (54 % est urbaine à Nador vs 57 % au Maroc). Sur le plan du niveau de l'hôpital, au Maroc le réseau hospitalier est composé principalement de trois niveaux, les hôpitaux provinciaux (64 hôpitaux), les hôpitaux régionaux (25 hôpitaux) et les centres hospitaliers universitaires (5 centres). L'hôpital de Nador est un hôpital provincial et de ce fait il a les mêmes rôles et dispose des mêmes spécialités et équipements que les autres hôpitaux provinciaux du Maroc. Dans cette province de 751 000 habitants, cet hôpital propose un lit pour 1 543 habitants ce qui représente un peu moins de la moyenne nationale (1 lit pour 1 134 habitants). Pour toutes ces raisons notre étude peut être considérée comme représentative du premier niveau (hôpitaux provinciaux) et d'autres études sont nécessaires pour déterminer les facteurs associés à la consultation non appropriée dans les services des urgences des autres niveaux hospitaliers.

## CONCLUSION

Les résultats de notre étude incitent à entreprendre des actions de communication et d'éducation de la population pour promouvoir le bon usage du service des urgences. Il apparaît aussi nécessaire d'agir en amont de ce service en améliorant les services rendus par les établissements de soins de santé de base et en améliorant l'offre de soins à ce niveau. D'autres études analytiques des facteurs associés au recours non approprié au SU mériteraient d'être menées dans d'autres régions du Maroc et au sein de différents niveaux d'établissements hospitaliers pour prendre en compte les spécificités régionales et hospitalières.

## RÉFÉRENCES

1. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. *Journal Européen des Urgences*. 2007;20(1S):138.
2. Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients non urgents se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Rev Épidemiol Santé Publique*. 2009;57:3-9.
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, Études et Résultats. 2003;212.
4. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, Études et Résultats. 2003; n° 215.
5. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – Direction des statistiques et des études. Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Les Français face aux urgences : attitudes et attentes. Paris : CNAMTS, Point de conjoncture. 2003;16-25.
6. Vidal Carret ML, Gastal Fassa A, Rodrigues Domingues M. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):7-28.
7. Ministère de la santé du Maroc. Données des rapports d'activité du Centre Hospitalier Provincial de Nador. Rabat : le Ministère ; 2006/2009.
8. Hugli OW, Potin M, Schreyer N, Yersin B. Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? *Rev Med Suisse*. 2006;2:1836-9.
9. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med*. 1997;15:133-6.
10. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1302-10.
11. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:131.
12. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Accident and emergency department inappropriate utilization. An evaluation with explicit criteria. *Gac Sanit*. 1999;13:361-70.
13. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract*. 2002;19:207-10.
14. Gill JM. Use of hospital emergency departments for non-urgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care*. 1999;5:1565-8.
15. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ*. 1996;312:1340-4.
16. Campbell JL, Ramsay J, Green J, Harvey K. Forty-eight hour access to primary care: practice factors predicting patients' perceptions. *Fam Pract*. 2005;22:266-8.
17. Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, Magid DJ, Beck A, Conner D. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. *Eff Clin Pract*. 2001;4:49-57.
18. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2000;433:1-5.
19. Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *Hong Kong Med J*. 2001;7:131-8.
20. Finn JC, Flicker L, Mackenzie E, Jacobs IG, Fatovich DM, Drummond S, et al. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *Med J Aust*. 2006;184:432-5.
21. Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler DP. Reducing frequent flyer emergency department visits. *J Health Care Poor Underserved*. 2006;17(1 Suppl):59-69.
22. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J*. 2003;44:585-91.
23. Rubin MA, Bonnin MJ. Utilization of the emergency department by patients with minor complaints. *J Emerg Med*. 1995;13:839-42.
24. Carret LV, Fassa G, Kawachi I. Demand for emergency health service: factor associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:131.
25. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J*. 2001;18:482-7.

26. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centers for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med.* 2000;17:18-21.
27. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med.* 2002;9:916-23.
28. Young GF, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *JAMA.* 1996;276:460-5.
29. Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, Magid DJ, Beck A, Conner D. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. *Eff Clin Pract.* 2001;4:49-57.
30. Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care.* 1998;36:1249-55.