

Public health practices experiences

Les urgences dans un hopital regional

Profil épidémiologique et étude de la satisfaction des usagers/patients Service régional des urgences de Kébili – Tunisie

by

Chetoui A.¹, Papart J.P.²

Abstract

Background: *the regional emergency service in Kebili – Tunisia is often inappropriately used. Consequently a number of problems have occurred due to service overcrowding by non-urgent cases and the negative impact in terms of quality and pertinence of care.*

Methods: *the survey lasted a whole week, 24/24 h; two questionnaires were used. The first was divided into two parts. One part, filled out at the reception of the patients, included the following items: identification, social insurance, and the symptoms/reasons for consulting. The second part was filled out by the physicians of the service to evaluate the degree of*

¹ Médecin principal de la santé publique – Kébili – Tunisie, Etudiant Diplôme de santé publique – Genève – Suisse.

² Chargé d'enseignement, Département de santé et médecine communautaire, Institut de médecine sociale et préventive – Faculté de médecine, Genève, Suisse.

urgency of the case, and the medical conclusion. The other questionnaire was given to the patient and/or their parents to collect data about their degree of satisfaction.

Results: 94,6% of the samples – 205 patients – were autoreferred. 1/3 of the traumatic emergencies were classified as true urgent cases. More than half of all the medical emergencies didn't need hospital-based equipment. 35,6% of the cases presented non frequent medical problems and only the quarter of them were true medical emergency. 53% of the cases classified as justified and non justified emergencies, wouldn't probably be admitted and treated at the service if the primary care were of a higher quality.

Conclusion: the majority of the cases admitted at the regional emergency service wouldn't be so if the emergency medical specialisation were individualised as an entire hospital department. Furthermore, we should emphasise the effort made in the medical education of the population and in the development of the primary care system.

Introduction

Dans les systèmes actuels de santé, le service des urgences représente un maillon important de la chaîne de prise en charge des patients. Il est bien (trop) souvent le service du premier recours pour beaucoup de souffrance physique ou morale. Il complète aussi le dispositif de soins de santé primaires offert à la population. Son objectif premier est de prendre en charge rapidement et de façon efficace les patients dont l'état de santé nécessite des soins techniques immédiats de type hospitalier. Deuxièmement, le service des urgences doit évaluer les modalités de suivi des patients, soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Tout autre recours au service des urgences est inadéquat. Son usage inapproprié entraîne les conséquences suivantes:

1. Des files d'attente importantes avec corrélativement une surcharge de travail administratif et médical;
2. Une entrave à l'efficacité de la prise en charge des patients par le détournement de l'attention en raison du nombre important de pseudo-urgences;
3. Une surveillance insuffisante des patients ainsi qu'un suivi mal assuré;
4. Un rapport coût-efficacité défavorable;
5. Un déficit de satisfaction des usagers.

Dans la région de Kébili situé au sud-ouest de la Tunisie, les services d'urgence font face à de nombreux problèmes. Afin de proposer des actions correctives pertinentes, une recherche évaluative a été conduite. Sa méthodologie et ses résultats font l'objet de cet article.

Les problématiques concernant l'utilisation des services des urgences se voient pratiquement dans tous les systèmes de santé où l'offre des services d'urgences rencontre une demande de plus en plus importante (3, 9, 14). L'application d'un système de pré-évaluation ou de triage est proposé comme un moyen de catégorisation des usagers/patients devant permettre logiquement une amélioration de la prise en charge globale (7, 8, 10, 11, 15).

La sectorisation des différents pôles d'activité dans le système de santé devrait permettre un usage plus approprié des services des urgences en adoptant un langage commun et en renforçant les liens collaboratifs entre les différents acteurs du secteur hospitalier et des structures de santé primaires (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14). Il est capital de spécifier la mission des services d'urgences médicales, d'établir une législation et une régulation appropriée et de sensibiliser le public autant que les professionnels de santé (2, 7, 9, 12, 13, 14).

Contexte

Le service des urgences de l'hôpital régional de Kébili est le service d'urgence de référence pour la région et le seul service public du chef-lieu du Gouvernorat (140.000 habitants). La ville de Kébili bénéficie aussi d'un service privé pour les urgences.

Une équipe médicale et para-médicale (infirmiers et aides-soignants) y travaille en trois poses (7h-13h, 13h-19h et 19h-7h). Les médecins spécialistes sont mobilisables sur appel. La plupart des médecins généralistes travaillant dans le service participent aussi à la consultation de premier recours au niveau des dispensaires périphériques.

Il existe aussi trois autres services d'urgences dans les hopitaux périphériques des circonscriptions du Gouvernorat: Douz, Souk Lahad, Faouar. L'organisation du travail est similaire à celle rencontrée à Kébili à l'exception du recours aux spécialistes.

Deux types de patients accèdent aux service des urgences :

- Les patients référés par un autre service médical, en général de premier recours, privé ou publique ;
- Les patients se présentant de leur propre chef (auto-référés).

Methodologie

Une enquête a été conduite au niveau du service des urgences de l'hôpital régional de Kébili au cours de la semaine du 8 au 14 mai 2000, sans interruption à travers les trois poses quotidiennes. Les données d'observation de prise en charge des cas ont été codifiées dans un questionnaire. Des données de satisfaction des patients ont aussi été collectées.

Le questionnaire relatif aux données d'observation de la prise en charge des patients comprenait :

- Une première partie remplie par le personnel d'accueil du service et identifiant le jour et la date d'entrée du patient dans le service, sa couverture sociale éventuelle, ainsi que le(s) symptôme(s) ayant justifié la référence aux urgences ;
- Une deuxième partie remplie par le médecin et mentionnant à nouveau le(s) symptômes ayant justifié la référence aux urgences, ainsi que son évaluation du degré d'urgence réel et sa conclusion médicale à l'issue des examens et soins médicaux réalisés.

L'équipe médicale s'est fixée des critères pour définir les différents types de situation en utilisant les définitions courantes des urgences dans la littérature médicale (3, 14) :

- Les urgences vraies: tout état de santé menaçant immédiatement la vie du patient.
- Les urgences simples: tout état de santé ne menaçant pas immédiatement la vie du patient mais qui nécessite une intervention médicale urgente.
- Les urgences justifiées (dont la justification n'est pas de nature médicale): absence d'autres structures de soins disponibles, contraintes de temps/horaires ou moyens financiers du patient, examens médicaux recommandés par réquisition judiciaire ou autres.

- Les urgences non justifiées: toute situation ou état de santé ne nécessitant l'intervention non programmable d'un plateau technique hospitalier.

Pour l'étude de la satisfaction, un imprimé comportant 20 avis sur les différentes activités du service est rempli par les patients pour évaluer leur degré de satisfaction.

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées sur EpiInfo 6.

Resultats

Au cours de la semaine d'enquête, un total de 205 patients ont constitué l'échantillon, soit les deux tiers de l'ensemble des consultants. L'arrivée concentrée à certains moments de la journée de nombreux patients sans augmentation concomitante de la présence du personnel n'a pas permis l'absorption de tout l'échantillonnage possible. La moindre présence du personnel pendant la nuit et aussi l'absence de supervision de l'enquête pendant cette période a aussi joué un rôle dans la limitation de l'échantillonnage réel de l'enquête.

Le ratio hommes/femmes était de 1,13 et 65% avaient moins de 30 ans (Tab. 1). Les entrées aux urgences se répartissent comme suit au cours de la journée: trois cinquièmes le matin, un cinquième l'après-midi et un cinquième la nuit. Le recours au service des urgences est plus important à la fin de la semaine avec un peu plus de la moitié du total hebdomadaire des patients admis entre le vendredi et le dimanche.

TABLEAU 1
Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe

Age	Sexe		Total
	Hommes	Femmes	
< 30 ans	73	61	134
30-49 ans	25	21	46
50-79 ans	9	14	23
> 79 ans	2	0	2
	109	96	205

Le tableau 2 montre que 95 patients, soit un peu moins de la moitié des cas, sont des urgences vraies (selon définition donnée plus haut). Le quart des patients a été classé par les médecins comme des urgences non justifiées ou fausses urgences.

TABLEAU 2
Symptômes identifiés aux urgences selon le sexe

Symptôme	Sexe		Total
	Hommes	Femmes	
Traumatisme	26	17	43
Douleur abdom.	12	8	20
Fièvre	11	6	17
Trouble transit	11	6	17
Crise de nerfs	2	9	11
Diabète	5	3	8
Dysménorrhée	0	6	6
Céphalée	1	2	3
Toux	0	3	3
HTA	0	2	2
Mal de gorge	1	1	2
Autres	40	33	73

La majorité des patients sont auto-référés (82,5%). Presque tous (94,6%) viennent au service des urgences par leurs propres moyens. Le transport médicalisé n'était justifié que dans 5,4% des cas, soit 11 cas: 7 malades transférés des hôpitaux de circonscription sur indication médicale et 4 amenés par la protection civile pour crise de nerfs survenue au domicile ou sur le lieu de travail.

Parmi les patients se présentant aux urgences pour cause de traumatisme (21%), seuls un tiers des cas sont des urgences vraies, un cas sur deux des urgences vraies ou simples. Les urgences médicales représentent 34% dont plus de la moitié (65%) ne nécessitent pas le recours à un plateau technique hospitalier, les urgences chirurgicales non traumatiques sont 9,75% de l'ensemble des cas. La catégorie "autres" (35,6% des cas) regroupe un ensemble de problèmes de santé qui ne sont pas fréquents et que le quart d'entre eux seulement présentent un problème urgent. Donc la plupart des problèmes/symptômes présentés au service régional des urgences correspondent à des pathologies qui ne requièrent pas un plateau technique hospitalier et qui pourrait être pris en charge dans les structures de santé de base.

La forte accessibilité fonctionnelle du service d'urgence (ouverture 24 heures sur 24) permet à beaucoup d'utilisateurs de faire l'économie des files d'attente rencontrées dans les dispensaires. Les résultats suivants renforcent cette constatation :

- 89,3% des consultants sont originaires des deux délégations de Kébili Nord et de Kébili Sud qui se regroupent autour de la ville chef lieu où est situé le service des urgences ;
- 86% des cas sont couverts socialement avec prédominance pour les indigents (catégorie 1: gratuité des soins; catégorie 2: tarification réduite des soins). Cette faveur leur permet de choisir le lieu de consultation quelque soit leur problème de santé.

Il faut encore signaler que 53% des cas jugés comme des urgences justifiées ou non justifiées pourraient ne plus se voir pris en charge par les services des urgences si l'accessibilité fonctionnelle à des soins de santé primaires de qualité était garantie.

L'étude de satisfaction réalisée avait pour but de sonder l'opinion des utilisateurs et leurs accompagnants sur les différentes prestations et activités du service des urgences ainsi que leur perception de la qualité des services fournis. Une relative bonne appréciation de la qualité de l'accueil et des différents soins prodigués a pu être constatée: accès facile, permanence du service, amabilité du personnel, compétences professionnelles.

Discussion

Le choix de la semaine pendant laquelle l'enquête s'est déroulée a été basé sur le caractère représentatif de cette période de l'année (du 08/05 au 14/05/2000) au cours de laquelle on ne rencontre en général pas les éventuelles épidémies de l'automne-hiver (grippe) et de l'été (gastro-entérite), ni par ailleurs de fête religieuse ou d'événement culturel.

Il ressort principalement de cette enquête que le service des urgences de l'hôpital régional de Kébili est surutilisé par les habitants du gouvernorat surtout par ceux des deux délégations de Kébili Sud et de Kébili Nord.

La grande affluence des utilisateurs/patients le week-end et en début de semaine est expliquée par le fait que les autres structures de santé de base ne fonctionnent pas les fins de semaines. Plusieurs centres de santé ne sont même ouverts que seulement deux fois par semaine.

Plusieurs symptômes rencontrés aux urgences ne justifient pas du tout le recours au service; ceci est essentiellement en rapport avec une prise en charge insuffisante au niveau des centres de santé de base.

L'étude de la satisfaction montre que d'une manière globale il y a une bonne appréciation de la qualité de l'accueil et des différents soins prodigués: permanence du service et accès facile. Toutefois, ce résultat est légèrement biaisé. En effet, le questionnaire est rempli par le patient ou son accompagnant dans le service (on ne sait rien de ceux qui éventuellement n'auraient pu avoir accès au service) et dans la plupart des cas il est dirigé par un personnel de la santé.

Vu l'utilisation fréquemment non appropriée du service des urgences, les professionnels de la santé exerçant dans le service rencontrent d'importantes difficultés dans leurs prises en charge. Ils sont directement confrontés aux questions relevant de la pertinence de l'utilisation du service et l'efficience de la gestion des ressources humaines et la qualité des soins qui en découle.

Conclusion et recommandations

L'utilisation non appropriée du service régional des urgences de Kébili résulte en fait de l'absence de stratégies de la médecine des urgences dans le pays. Depuis la création d'un comité national des services des urgences, plusieurs programmes sont élaborés et qui portent surtout sur l'accroissement de l'offre de service au niveau des urgences, la formation continue des équipes médicales et paramédicales; la législation et l'informatisation aboutissant à l'individualisation de cette discipline médicale. Néanmoins, des efforts doivent encore être déployés dans l'éducation pour la santé de la population et le développement du système de santé de base (technique et administratif) réduire l'afflux inadéquat des patients au service des urgences notamment par une amélioration de la qualité des services de soins au niveau primaire et à l'hôpital.

Résumé

Sujet: le service des urgences de l'hôpital régional de Kébili – Tunisie est souvent mal utilisé ce qui génère un ensemble de problèmes, notamment de grande affluence de cas non urgents qui sont à l'origine des difficultés rencontrées par les professionnels de la santé touchant la pertinence des services de soins.

Méthode: l'étude a été faite pendant une semaine, 24 h/24; deux questionnaires ont été utilisés, le premier comprenant deux parties: une remplie par le personnel d'accueil concernant des données générales (identification, couverture sociale,...) et le symptôme/motif de consultation aux urgences, l'autre destinée aux médecins du service concernant l'évaluation du degré d'urgence réel et la conclusion médicale. Le deuxième questionnaire est rempli par les patients eux-mêmes, ou la personne qui les accompagne, et recueille des données de satisfaction.

Résultats: sur 205 patients qui ont constitué l'échantillon de l'étude, 94,6% étaient auto-référés. Un tiers seulement des urgences traumatiques étaient des urgences vraies et plus que la moitié des urgences médicales ne nécessitaient pas le recours à un plateau technique hospitalier. 35,6% des cas présentaient un ensemble de problèmes de santé non fréquents dont un quart d'entre eux seulement étaient des urgences vraies. 53% des cas classés comme urgences justifiées ou non justifiées auraient pu ne pas être pris en charge par le service des urgences, si la qualité des soins de santé primaires était meilleure.

Conclusion: il ressort des résultats de l'étude que le service régional des urgences est souvent sollicité pour des cas qui ne le justifient pas, ce qui serait évité si la médecine des urgences dans notre pays était bien individualisée. Davantage d'efforts doivent être déployés dans le domaine de l'éducation pour la santé de la population ainsi que dans le développement du système de santé de base.

Références

1. ABIDI S. Analyse du contenu et de la qualité de l'information accompagnant les références vers un service d'urgence. Thèse de doctorat en médecine: 1996-1997, Faculté de médecine "ibn el jazzar" Sousse-Tunisie.
2. BERZINS S. Region 4 physician access survey results, Internet: www.crmsa.org/sept-surveyresults.htm, November, 1998.
3. DARKAOUI N, DE BRONWERE V. L'utilisation d'un service hospitalier d'urgences pour les soins de première ligne (étude à l'hôpital d'enfants de Rabat, Maroc), Rev. Epidém. et santé Publ. 1999; 47: 2S53-2S64.
4. DOGGAZ C. Activités du service des urgences médicales de l'hôpital Ernest Conseil, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Tunis, 1981.
5. HEDHIRI H. Les urgences au centre hospitalier et universitaire de Sousse, Thèse de doctorat en médecine 1980-1981, Faculté de médecine et de pharmacie de Tunis, 1982.
6. HSIAO AK; HEDGES JR. Role of the emergency medical services system in regionwide health monitoring and referral, Ann. Emerg. Med. 1993; 22(11): 1696-1702.
7. JIM THOMPSON. Proposal for a universal triage system for rural and urban emergency health care services in Canada, Association of emergency physicians, Internet: Jimthompson.net/proFcorp/document/triage.htm, may 25, 1996.
8. KENNEDY K, AGHABABIAN RV, GANS L, LEWIS CP. Triage: Techniques and application in decision making. Ann Emerg Med 1996; 28(2): 136-144.
9. LAMINI M. Profil épidémiologique des consultants au service des urgences du CHU Sahloul durant la période estivale 1995: A propos de 9535 cas. Thèse de doctorat en médecine 1995-1996, Faculté de médecine "ibn el jazzar" Sousse, Tunisie, 1997.
10. MASSAIA LAMBERTI G, ROVEDA G, BONI M. Triage in first-aid: is it necessary or indispensable? Minerva Med 1999; 90(3): 91-95.

11. MATTHEW W COOKE, SARAH JINKS. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *F Accid Emerg Med* 1999; 16: 179-181.
12. MELISSA E CLARKE. Emergency Medicine in South Africa, *Annals of Emergency Medicine* 1998, Part 1 32: 3.
13. MLIKA N. Bilan d'activité du service des urgences du CHU Farhat Hached de Sousse au cours de l'année 1992: urgence chirurgicales et accidentés de la voie publique, Thèse de doctorat en médecine: 1992-1993, Faculté de médecine "ibn el jassar" Sousse, Tunisie, 1994.
14. NASFI F. Les urgences pédiatriques dans l'hôpital de Mont Morency – France Mémoire 1996.
15. WASCHMUTH C. Structure Standards. Internet: sfghd.ucsf.edu/ED_P & P/sfghedst.htm.