

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE KANKOU MOUSSA

Faculté des sciences et de la santé

(Médecine et Pharmacie)

UKM

Année Universitaire 2024-2025

Thèse N°

THESE

**Evaluation des cas non urgents reçus au Service
d'Accueil des Urgences du CHU de Kati et leur
Effet sur le fonctionnement du service en 2025**

Présentée et soutenue publiquement le//2026

Devant le jury de la Faculté de Médecine

Par

M. Marcel Junior DASSI

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Hamadoun SANGHO, Professeur titulaire
Membre : M. Oumar SANGHO, Maître de Conférences Agrégé
Directeur : M. Cheick Abou COULIBALY, Maître de Conférences
Co-directeur : M. Salia KEITA, Maître-Assistant

UNIVERSITE KANKOU MOUSSA

(Faculté des Sciences de la Santé)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

Administration

RECTEUR : **Pr Siné BAYO**

Doyen : **Pr Dapa A DIALLO**

PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE : **Pr Hamar Alassane Traoré**

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Amougnon DOLO**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- PROFESSEURS

Mr Alhousseini Ag Mohamed	ORL
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Amadou I DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Aly Douro Tembely	Urologie
Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
Mr Nouhoun ONGOIBA	Anatomie et chirurgie
générale	
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
Mr Djibo Diango Mahamane	Anesthésie et Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr Adégné Pierre TOGO	Chirurgie générale
Mr Alassane TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mme Doumbia Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio
Vasculaire	
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et Cardio
Vasculaire	
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
Mr Hamady COULIBALY	Stomatologie
Mr Sékou Koumaré	Chirurgie Générale
Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Traumatologie
Mr Fatogoma Issa KONE	ORL

Mr Youssouf SIDIBE
Mr Fousseyni TRAORE
Mr Amadou BOCOUN

ORL
Pédiatrie
Gynéco-Obstétrique

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi BAMANI
Mr Souleymane TOGORA

Ophtalmologie
Stomatologie

4- MAITRES ASSISTANTS

Mme Fatoumata Matokoma SIDIBE

Oncologie Médicale

5-Assistant :

Mr Zakary SAYE

Oncologie Chirurgicale

D.E.R SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Siné BAYO
embryologie
Mr Bakary CISSE
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Lassine SIDIBE
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Mahamadou Ali THERA
Mr Abdoulaye Djimdé
Mme DOUMBO Safiatou NIARE
Mr Issiaka SAGARA
Mr Boureïma KOURIBA
Mr Issiaka TRAORE

Anatomie pathologie – Histo-

Biochimie
Anatomie pathologie
Chimie Organique
Génétique
Parasitologie Mycologie
Parasitologie Mycologie
Parasitologie
Math-Bio-Statistique
Immunologie
Biophysique

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Aboulaye KONE
Mr Charles ARAMA
Mr Djibril M COULIBALY

Parasitologie
Immunologie
Biochimie

3-MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES

Mr Amadou KONE
Mr Mahamadou Z SISSOKO
Mr Souleymane DAMA
Mr Mohamed M'BAYE
Mr Amadou NIANGALY
Mr Laurent DEMBELE
Mr Souleymane SANOGO

Biologie Moléculaire
Méthodologie de la Recherche
Parasitologie-Mycologie
Physiologie
Parasitologie-Mycologie
Parasitologie-Mycologie
Biophysique

4-MAITRES ASSISTANTS

5-ASSISTANTS

Mr Abdoulaye FAROTA
Mr Aboudou DOUMBIA

Chimie Physique-Chimie Générale
Chimie Générale

D.E.R MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Toumani SIDIBE
Mr Mamadou Marouf KEITA
Mr Saharé Fongoro
Mr Baba KOUMARE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Hamar Allassane TRAORE
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Boubacar TOGO
Mr Daouda K MINTA
Mr Youssoufa M MAIGA
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Mariam SYLLA
Mme TRAORE Fatoumata DICKO
Mr Souleymane COULIBALY
Mme Kaya Assétou SOUCKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE

Pédiatrie
Pédiatrie
Néphrologie
Psychiatrie
Hématologie
Médecine Interne
Endocrinologie
Imagerie Médicale
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Neurologie
Pneumologie
Pédiatrie
Pédiatrie et génétique Médicale
Psychologie
Médecine Interne
Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Adama DICKO
Mr Koniba Diabaté
Mme Menta Djénébou TRAORE
Mr Madani DIOP
Mr Moustapha Issa MANGANE
Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE
Mr Mody CAMARA
Mr Djibril SY
Mme SOW Djénébou SYLLA
Mr Fatogoma Issa KONE
Mr Youssouf

Dermatologie
Biophysique
Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation-Urgence
Anesthésie-Réanimation-Urgence
Anesthésie-Réanimation-Urgence
Imagerie Médicale
Médecine Interne
Endocrinologie
ORL
SIDIBE

3- MAITRES DE CONFERENCES

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou N'DIAYE

Imagerie Médicale

5- ASSISTANTS

Mme DEMBELE Maimouna SIDIBE
Mr Bah TRAORE
Mr Modibo Mariko

Rhumatologie
Endocrinologie
Endocrinologie

-CHARGES DE COURS :

Mr Madani LY

Oncologie Médicale

D.E.R SANTE PUBLIQUE

1- PROFESSEURS

Mr Hammadoun SANGHO
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO

Santé Publique
Informatique Médicale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Oumar SANGHO
Mr Housseini DOLO

Santé Communautaire
Santé Communautaire

3-Maître de Conférences

Mr Cheick Abou COULIBALY
Mr Aldiouma Kodio
Mr Mamadou CAMARA

Santé Publique
Anglais
Entreprenariat

4-MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdramane COULIBALY
Mr Seydou DIARRA
Mr Salia KEITA
Mr Issiaka DIARRA
Mr Souleymane DIARRA

Anthropologie Médicale
Anthropologie Médicale*
Santé Publique
Anglais
Santé Publique

5-CHARGES DE COURS :

Mr Birama DIAKITE
Mr Mahamane KONE
Mr Ali Wélé
Mr Cheick Tidiane TANDIA

Economie de la Santé
Santé au travail
Management
Santé Publique

D.E.R SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Saibou MAIGA	Legislation
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Mr Ousmane DOUMBIA	Chimie Thérapeutique
Mr Aboulaye DABO	Zoologie
Mr Moussa Samaké	Botanique
Mr Benoit Yaranga KOUMARE	Chimie Inorganique
Mr Ababacar MAÏGA	Toxicologie
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Biologie Cellulaire
Mr Cheick Oumar BAGAYOGO	Informatique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie
Mr Alhassane TRAORE	Anatomie
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Anatomie
Mr Siaka SIDIBE	Biophysique
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Abdoulaye DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
Mr Daouda Kassoum MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Satigui SIDIBE	Pharmacie Vétérinaire
Mr Mahamadou Ali THERA	Méthodologie de la Recherche
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie de la Recherche
Mr Aldiouma Guindo	Hématologie
Mr Sékou Bah	Pharmacologie
Mr Issaka SAGARA	Maths-Bio-Statistiques
Mr Mme DOUMBO Safiatou NIARE	Méthodologie de la Recherche
Mr Daba SOGODOGO	Physiologie Humaine
Mr Drissa TRAORE	Soins Infirmiers
Mr Bourèma KOURIBA	Immunologie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES/MAITRES DE CONFERENCES/MAÎTRES DE RECHERCHES

Mr Ousmane SACKO	Cryptogamie
Mr Abdoulaye KONE	Méthodologie de la recherche
Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biochimie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mr Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
Mr Abdoul K MOUSSA	Anatomie
Mr Madiassa KONATE	Anatomie
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bourama COULIBALY	Biologie Cellulaire
Mr Mohamed MBAYE	Physiologie
Mr Koniba DIABATE	Biophysique
Mr Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
Mr Laurent DEMBELE	Parasitologie-Mycologie
Mr Mahamadou DIALLO	Anatomie
Mr Dominique Patomo ARAMA	Chimie Thérapeutique
Mr Yaya GOÏTA	Biochimie
Mr Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mme MENTA Djénébou TRAORE	Sémiologie Médicale

Mr Hamadoun Abba TOURE
Mr Lossény BENGALY
Mr Ibrahima GUINDO
Mr Souleymane SANOGO
Mr Issa COULIBALY
Mme Salimata MAÏGA
Mr Mohamed Ag BARAÏKA
Mr Charles ARAMA

Bromatologie
Pharmacie Hospitalière
Bactériologie-Virologie
Biophysique
Gestion Pharmaceutique
Bactériologie-Virologie
Bactériologie-virologie
Immunologie

4-MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

Mr Aboubacar DOUMBIA
Mr Yaya COULIBALY
Mr Hama MAIGA
Mr Bakary Moussa CISSE
Mr Boubacar ZIBEROU
Mr Aboudou DOUMBIA
Mr Diakardia SANOGO
Mr Salia KEITA
Mme Aïssata MARIKO
Mr Boubacar Tiètiè BISSAN
Mr Issiaka DIARRA
Mme SAYE Bernadette COULIBALY
Mr Mamadou BALLO
Mr Aboubacar SANGHO

Bactériologie-Virologie
Droit et éthique
Législation-Galénique
Galénique Législation
Physique
Chimie Générale
Biophysique
Santé Publique
Cosmétologie
Analyse Biomédicale
Anglais
Chimie Minérale
Pharmacologie
Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique

5-ASSISTANTS :

Mr Dougoutigui Tangara
Mr Abdourhamane Diara
Mr Abdoulaye KATILE
Mme Traoré Assitan KALOGA
Mr Abdoulaye GUINDO
Mr Bah TRAORE
Mr Modibo MARIKO

Chimie Minérale
Hydrologie
Math-Bio-statistique
Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique
Pharmacologie
Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition
Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

5-CHARGES DE COURS

Mr Birama DIAKITE
Mr Mahamane KONE
Mr Maman YOSSI
communication
Mr Amassagou DOUGNON
Mr Abdoulaye FAROTA

Economie de la Santé
Santé au Travail
Technique d'expression et de

Biophysique
Chimie Physique

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

A Dieu le Père Tout Puissant

Louange à toi le Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu. Je te rends grâce Seigneur pour le souffle de vie, l'amour, l'intelligence, le courage et la force que tu m'as donné à chaque étape de mes études. Avec toi je me sens favorisé et privilégié car tu es comme le pilier de ma vie.

À mon cher patron (Papa),

Ceci est le fruit de ton travail acharné : me voir réaliser l'un de tes grands souhaits, me voir devenir docteur. Je tiens à t'honorer, car tu es et resteras toujours pour moi un exemple de père respectueux, honnête, responsable, rigoureux, altruiste, généreux et soucieux. Grâce à toi, mon idole, j'ai appris le sens du travail acharné, la persévérance et la responsabilité. Je voudrais te remercier pour ton amour inconditionnel, ta générosité incommensurable, ta compréhension et surtout ta patience. Ton soutien a été une lumière dans tout mon parcours. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime et le respect que j'ai pour toi, cher père. Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour mon éducation et ma formation.

Que Dieu le tout Puissant te garde auprès de nous le plus longtemps possible.

A ma chérie coco (maman)

Ta force, ta foi et ton amour constant ont été pour moi un socle inébranlable tout au long de mon parcours. Même dans le silence et la distance, ta présence s'est toujours fait sentir, guidant mes pas et fortifiant mon esprit. Tout ce que je suis aujourd'hui porte l'empreinte de ton dévouement et de tes sacrifices. Ce travail est l'expression de ma profonde gratitude et de mon amour filial. Que Dieu le tout Puissant te garde auprès de nous le plus longtemps possible.

À mon cher frère, Dr SoH Dassi

Tes exigences, tes paroles parfois dures et ton regard critique ont forgé en moi une détermination sans concession. Elles ont éveillé une force intérieure féroce qui m'a poussé à dépasser le doute et à m'imposer mes propres limites. Malgré tout, ton parcours, ton niveau d'excellence et ta rigueur demeurent pour moi une source d'inspiration. Cette réussite s'est construite aussi dans l'ombre de ton exemple.

À mon frère, Brice Dassi,

Merci d'avoir toujours été présent à mes côtés, dans les moments de doute comme dans ceux de joie. Ton soutien constant, tes encouragements et ta présence fidèle ont été pour moi une force précieuse tout au long de ce parcours. Cette réussite te doit une mention spéciale.

À mon frère, Dr Sidje Dassi,

Ton soutien, tes conseils et ta bienveillance, même à distance, ont toujours été pour moi une source de motivation. Ton parcours et ton exemple discret m'inspirent à donner le meilleur de moi-même à chaque étape de mon chemin.

À mon frère, Fosso Dassi,

Merci pour tout ce que tu as fait, à ta manière, pour moi. Même à distance, ton existence et ton parcours m'inspirent et me rappellent l'importance de la famille et du soutien, Merci.

À ma chérie coco 2, Yolande Dassi,

Merci d'avoir été pour moi une présence constante et bienveillante, telle une deuxième mère. Ton soutien, ton amour et tes encouragements ont été pour moi un pilier tout au long de ce parcours, et cette réussite est aussi la tienne.

À Papa. Mamadou Sinsy Coulibaly,

Merci pour ta présence paternelle, ton soutien constant et tes conseils de grande valeur tout au long de mon parcours. Ta générosité, ton sens de l'engagement et ton exemple d'homme de réussite et d'intégrité ont été pour moi des repères solides. Je te suis profondément reconnaissant pour tout ce que tu as fait pour moi et pour la confiance que tu m'as accordée, qui m'a toujours encouragé à donner le meilleur de moi-même.

À mon frère, Dr Jordan Keyanfe,

Merci d'avoir été à mes côtés depuis mon arrivée au Mali en 2018. Ton soutien, ta fraternité et ta générosité m'ont permis de me sentir accompagné et encouragé à chaque étape de ce parcours. Même à distance, tu restes pour moi un véritable frère de cœur, dont l'exemple et la présence demeurent inoubliables.

À Alex SOH,

Merci pour ton soutien et ta présence bienveillante. Ton accompagnement discret et ton encouragement ont été précieux tout au long de ce parcours, et je t'en suis sincèrement reconnaissant.

À mon fils de Bamako, Slim Kemka,

Merci pour ta présence et ton soutien constants. Ta disponibilité et ton accompagnement ont été précieux tout au long de ce parcours.

À Blanche MARIEMBEE

Depuis 2019, tu as été mon pilier, mon soutien et ma complice à chaque étape de ce parcours. Nous avons partagé joies, défis et instants précieux, et ta présence à mes côtés a rendu chaque moment plus fort et plus lumineux. Merci pour ton amour, ta patience et ton engagement, qui font de toi une partenaire exceptionnelle et irremplaçable dans ma vie.

Remerciements

A mon pays le Cameroun

Berceau de nos ancêtres, terre patrie et chérie. Tu m'as vu naître et grandir. Merci pour l'éducation de base qui m'a permis d'être à ce niveau aujourd'hui.

A mon pays d'accueil, le Mali

Terre d'adoption et d'hospitalité ; merci pour l'enseignement que tu m'as donné. L'amour et la solidarité dont tu as fait preuve ne cesse de rendre mon séjour agréable.

À l'AEESCM (Association des Elèves Etudiants et Stagiaires Camerounais au Mali)

Merci d'avoir facilité mon intégration sur cette terre d'accueil. Avec toi je me suis senti comme sur ma terre natale.

À la promotion ASGARD

Ma promotion de cœur merci pour les bons moments passés ensemble. Vous avez été pour moi une véritable famille. Ensemble nous avons partagé des bons et des mauvais moments. "ASGARD For Ever". Que le Seigneur élève chacun de nous.

Au Dr Salia Keita

Cher maître,

Tout ce travail est votre œuvre, je suis parvenu à cette étape parce que vous avez guidé mes pas. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre humanisme et votre modestie illustrent vos qualités d'homme de science. C'est l'occasion pour moi cher maître de vous exprimer mes sincères remerciements.

Au Dr Modibo Togola,

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et de m'avoir fait confiance en tant qu'interne. Votre encadrement et votre soutien ont été précieux tout au long de cette expérience.

Aux Pr Djibo Mahamane, Pr Hamidou Al Meimoune, Dr Togola Modibo, Dr Bagayoko, Dr Benjamin, Dr Maiga, Dr Touré, Dr Nantchouang, Dr Kapssi et Dr Yepmou,

Merci pour votre encadrement, vos conseils et votre soutien au sein du service des urgences. Votre mentorat a été précieux et a grandement contribué à mon apprentissage et à ma formation.

À ma sœur, Dr Mapoko Marianne,

Merci pour ta gentillesse, ton soutien et ton amitié. Ta présence et ton appui ont été précieux et appréciés tout au long de ce parcours.

À Essomba Josepha,

Merci pour ta gentillesse, ton grand cœur et ton soutien. Ta présence a été précieuse tout au long de ce parcours.

À Mon frère, Dr Junior Kengne :

Merci pour ton amitié sincère et ta disponibilité. Ta présence a été précieuse tout au long de ce parcours.

À M. Makazung Petit (Mindset),

Merci pour ta fiabilité et ton soutien. Ta présence et ton appui ont été précieux tout au long de ce parcours.

A Ndie Diana :

Merci pour ta gentillesse, ton soutien et ta bienveillance. Ta présence a été appréciée et mérite toute ma reconnaissance

À Jordan Gabossa :

Merci pour ton soutien constant et ton amitié fidèle. Tu as été un vrai pilier pour moi.

Au Dr Yepmou Arthur,

Merci pour ton amitié, ta disponibilité et ton soutien constant. Ta générosité et ta bienveillance sont toujours appréciées.

To my brother, Asaah Leslie Angwabu,

Thank you for your support and encouragement. Even from afar, your presence and guidance have meant a great deal to me throughout this journey.

À Tagomo Thor :

Merci pour ta présence, ton écoute et ton encouragement. Ton amitié m'a toujours accompagné avec force.

À Martinien Kengni :

Merci pour ton amitié et ton soutien. FRERE SANG.

Au Dr Landry Tchasseu :

Merci pour ton soutien constant et ta présence.

À Landry Ngogpa :

Merci pour tes encouragements et ton accompagnement.

Au Dr Olsen Ngompe :

Merci pour ta disponibilité et ton soutien.

Au Dr Emerson Kwamo :

Merci pour ta fidélité et ton appui.

À mes parents de Bamako, **Dr Anicet Sonkwe, Dr Jordan Keyanfe et Makazung Petit,**

Merci pour votre accueil chaleureux et votre soutien précieux. Chacun de vous a contribué à rendre possible cette étape de mon parcours, et je vous en suis profondément reconnaissant.

Au Dr Roussel Mekontchou,

Merci pour ta bienveillance et ton soutien. Ta présence a été appréciée tout au long de ce parcours.

Au Dr Mandel Kembou,

Merci pour ton soutien et ta disponibilité.

A Merveille Bitchendji,

Merci pour ta présence, ta gentillesse et tout ce que nous avons partagé. Ton souvenir et la place que tu occupes demeure précieux et respecté.

A mes aînés de Bamako : **Dr Samuel Ephratta, Dr Anicet Sonkwé, Dr Ibrahim Mvoutsis, Dr Adrian Fongang.**

Merci pour votre accueil votre soutien et votre accompagnement. Votre bienveillance a compté à chaque étape de ce parcours.

À mes amis : **Dr Mohamadou Coulibaly, Franck Kemta, Dr Derick Siewe, Dr Junior Tchomgue, Yowan Kevin, Kouma Solo, Fabrice A, Stanislas Kenfack, Dr Kam Hanann, Johan Mbadi, Fotso Arthur, Kanjo Boris, Mandela Aka, Ibem McClaud, Mahamat Ali.**

Merci pour votre soutien, vos encouragements et tous les moments partagés. Votre présence et votre camaraderie ont rendu ce parcours encore plus mémorable.

À l'équipe de football d'Asgard : **Dr Kam hanann, Mbadi Johan, Kwetemeli jaures, Roger Nkouta, Fanck Kemta, Dr Yepmou Arthur, Valdo, Dylan Notue...**

Merci pour tous les titres remportés et les batailles gagnées.

À Darius Tatfo , Darius Tsayo et Dr Noumbissie Hughes

Merci pour votre soutien, votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de ce parcours.

À mes amies : **Manuella Tchanchou, Joyce Kenfack, Dr Mariam Camara, Leslie Poubet, Ingrid Kapche, Gamgne Vanessa, Dr Daniela Kouakep.**

Merci pour votre soutien, vos encouragements et les moments précieux partagés. Votre présence a été un vrai appui tout au long de ce parcours.

À mes bons petits : **Mayer Kembou, Adrian Nzeali, kana Jordan, Manekeng Ivan, Stéphane Nguema, Tamesse Dylan.**

Merci pour votre soutien, votre enthousiasme et les moments partagés. Votre présence a été précieuse tout au long de ce parcours.

A mes bonnes petites : **Brenda Eyeng, Florinda Mego, Florance Kuate, Divina Ngo Oum.**

Merci pour votre gentillesse, votre bienveillance et votre présence. Votre soutien a été sincèrement apprécié.

À tous ceux que j'aurais oubliés, infiniment merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du Jury :

Professeur HAMADOUN SANGHO

-  Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;
-  Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) en Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
-  Ancien Directeur Général de l'ex-Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant (CREDOS) ;
-  Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher maître

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez témoignée en acceptant de présider ce jury. Votre expérience, votre modestie et votre sagesse, ainsi que votre attachement au sens de l'éthique et de la déontologie suscitent en nous une profonde admiration.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre gratitude avec un grand respect et nos remerciements les plus sincères.

A notre Maitre et Juge

Professeur Oumar SANGHO

- Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie
- Doctorat en Epidémiologie
- Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de 3ème cycle en Organisation et Management des Systèmes Publics de prévention vaccinale dans les pays en Développement (DIU EPIVAC).
- Certificat de Promotion de la Santé
- Enseignant-Chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP)
- Secrétaire Général de la Société Malienne d'Epidémiologie
- Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono

Cher Maitre,

C'est un immense honneur pour nous de vous avoir parmi les membres du jury. Votre expertise scientifique, vos conseils éclairés et votre disponibilité ont été d'une valeur inestimable pour nous tout au long de cette intense période de recherche.

Veillez trouver ici, cher Maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Salia KEITA

- Titulaire d'un diplôme d'Etude Spécialisée en Santé Publique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès au Maroc ;
- Titulaire d'un Master 2 en action de Santé Publique à l'Université Claude BERNARD de Lyon 1 en France ;
- Maître-assistant au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) de la FMOS de Bamako.

Cher Maître,

Votre exigence du travail bien fait, votre curiosité scientifique, votre disponibilité et votre esprit d'organisation sont là quelques-unes de vos qualités, qui ont forgé notre admiration et font de vous un chef et un maître très apprécié de tous. Vous nous avez fait un très grand honneur en acceptant d'encadrer ce travail. Veuillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profonde gratitude.

Puisse Dieu vous soutenir dans tous vos projets futurs.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Cheick Abou Coulibaly

- Titulaire de deux (02) Masters en Santé Publique dont un (01) en Santé Publique Internationale obtenu en Espagne et l'autre obtenu à Cuba en Médecine Communautaire ;
- Titulaire d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Epidémiologie obtenu à Cuba ;
- Maître de Conférences et enseignant chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) de la FMOS de Bamako ;
- Agent Technique d'appuis à l'Institut National de Santé Publique (INSP).

Cher Maître,

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration. Votre disponibilité, votre assurance, votre humilité et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle. Merci pour votre patience, vos encouragements, votre soutien de chaque instant et surtout vos judicieux conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Nous sommes honorés d'être compté parmi vos disciples.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

Puisse Dieu vous accompagner dans vos activités !

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations

ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DERSP : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique

NHAMCS: National Hospital Ambulatory Medical Care Survey

OR : Odds Ratio

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

AEG : Altération de l'État Général

UKM : Université Kankou Moussa

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

TA : Tension Artérielle

FR : Fréquence Respiratoire

FC : Fréquence Cardiaque

SpO₂ : Saturation périphérique en oxygène

ESI: Emergency Severity Index

MTS: Manchester Triage System

CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale

ATS : Australasian Triage Scale

AVP : Accident de la Voie Publique

IV : Intraveineux

Bpm : battements par minute

cpm : cycles par minute

mmHg : millimètre de mercure

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

p : probabilité statistique

$Z\alpha$: valeur critique de la loi normale

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	2
	Question de recherche.....	5
2	Objectifs.....	5
2.1	Objectif général.....	5
2.2	Objectifs spécifiques.....	5
3	GENERALITES	7
4	Matériels et Méthodes.....	22
4.1	Lieu d'étude.....	22
4.2	Type d'étude.....	22
4.3	Période d'étude.....	22
4.4	Population d'étude.....	22
4.5	Échantillonnage.....	23
4.6	Méthodes de collecte de données.....	24
5	Considérations éthiques	25
6	RESULTATS.....	28
7	Commentaires et discussions	43
	Conclusion	52
8	Recommandations.....	54
9	Références.....	56
10	ANNEXES.....	i
	SERMENT DE MEDECIN	vi

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des patients selon la classification CCMU	28
Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	28
Tableau III: Répartition des patients selon la tranche d'âge	29
Tableau IV: Répartition des patients selon la couverture santé	29
Tableau V: Répartition des patients selon le moyen de transport	30
Tableau VI: Répartition des patients selon la présence d'un accompagnant	30
Tableau VII: Répartition des patients selon l'orientation préalable.....	30
Tableau VIII: Répartition des patients selon les paramètres cliniques à l'admission	31
Tableau IX: Répartition des patients selon la présence d'un paramètre vital critique	32
Tableau X: Répartition des patients selon la présence d'un traumatisme	32
Tableau XI: Répartition des patients selon le motif d'admission	33
Tableau XII: Répartition des patients selon le délai entre l'arrivé et le tri	33
Tableau XIII: Répartition des patients selon le délai entre l'arrivé et l'évaluation clinique.....	34
Tableau XIV: Répartition des patients selon le délai entre l'arrivé et la décision d'issue.....	34
Tableau XV: Répartition des patients selon <i>les examens / actes réalisés</i>	34
Tableau XVI: Répartition des patients selon <i>les examens / actes réalisés</i> en fonction du type de patients	35
Tableau XVII: Répartition des patients selon l'issue de passage (n=360).....	35
Tableau XVIII: Répartition des patients selon l'état du servie à l'arrivée des patients	36
Tableau XIX: Répartition des patients selon que le personnel soignant soit débordé	36
Tableau XX: Répartition des patients selon le ralentissement de la prise en charge	36
Tableau XXI: Répartition des patients selon que le personnel ait reçu l'information sur le niveau de priorité.....	37
Tableau XXII: Répartition des patients selon que la satisfaction globale.....	37
Tableau XXIII: Répartition des patients selon la notion de consultation dans un autre centre de santé	37
Tableau XXIV: Répartition des patients selon les raisons de venu au SAU.....	38
Tableau XXV: Répartition des patients selon la personne les ayant conseillés de venir en consultation	38
Tableau XXVI: Répartition des patients selon la connaissance du CSCOM ou du CSREF le plus proche.....	38
Tableau XXVII: Répartition des patients selon le fait d'avoir déjà consulté pour le même problème dans le CSCOM ou le CSREF	39

Tableau XXVIII: Perception de la confiance accordée aux structures de santé primaires par les patients	39
Tableau XXIX: Facteurs associés à la survenue de cas non urgent.....	40

INTRODUCTION

1 Introduction

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont la porte d'entrée cruciale de l'hôpital : en mobilisant du personnel hautement qualifié, un nombre limité de box, l'imagerie de première intention et des lits d'aval, ils trient, stabilisent et orientent chaque patient jugé (ou soupçonné) urgent. Pourtant, la littérature montre que l'afflux de consultations à faible acuité parasite ces ressources et entretient le crowding : une vaste revue de 93 articles classe les visites non urgentes parmi les causes majeures de surcharge hospitalière, par exemple l'occupation prolongée des lits par des patients stabilisés faute de place dans le service d'aval, la saturation des salles d'attente aux urgences ou encore le retard dans la réalisation des examens d'imagerie, responsables à la fois de retards de prise en charge et de surcoûts [1].

À l'échelle mondiale, une méta-analyse de 34 études fixe la médiane de passages non urgents à 32 % (plage : 4,8 – 90 %) [2], tandis que l'enquête National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) 2006-2009 la chiffre encore à 10,1 % aux États-Unis, malgré un réseau dense de soins primaires [3]. Au Royaume-Uni, le rapport national sur la réorganisation des soins urgents estime que 40 % des patients quittent les Services d'Accueil des Urgences sans aucun acte, confirmant qu'ils auraient pu être pris en charge hors de l'hôpital [4].

En Afrique, les situations divergent : dans un district sud-africain, seulement 5,6 % des passages sont non urgents, car l'activité est dominée par les traumatismes [5], alors que d'autres centres urbains signalent un engorgement chronique lié au déficit de soins primaires.

Au Mali, la pression est patente : une étude récente rapporte un taux d'occupation supérieur à 106 % des box du Services d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel-Touré entre 2017 et 2019, avec des transferts intrahospitaliers retardés [6], mais aucune quantification précise de la part des cas non urgents n'a encore été réalisée dans d'autres hôpitaux de référence.

Les services d'accueil des urgences (SAU) de Kati jouent un rôle crucial dans la prise en charge rapide des situations médicales mettant en jeu le pronostic vital. Cependant, on observe de plus en plus une fréquentation élevée de ces services par des patients présentant des pathologies non urgentes. Cette situation entraîne une surcharge de travail pour le personnel soignant, un allongement du temps d'attente pour les cas véritablement urgents, une utilisation inappropriée des ressources limitées et, au final, une diminution de la qualité des soins offerts.

Au CHU de Kati, aucune étude récente n'a permis de quantifier l'ampleur de ce phénomène ni d'en analyser les conséquences sur le fonctionnement du Services d'Accueil des Urgences.

La réalisation de cette étude permettra de déterminer la proportion de cas non urgents, de comprendre leurs caractéristiques et d'évaluer leur effet sur la qualité et l'organisation des soins. C'est dans ce contexte que cette étude a été initiée.

OBJECTIFS

Question de recherche

Quelles sont les effets des cas non urgents reçus au service d'accueil des urgences du CHU de Kati sur le fonctionnement du service en 2025 ?

2 Objectifs

2.1 Objectif général

Evaluer le retentissement organisationnel des cas non urgents au SAU du CHU de Kati en 2025.

2.2 Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio démographiques des patients non urgents ;
- Déterminer la proportion des cas non urgents parmi les patients admis au service d'accueil des urgences du CHU de Kati ;
- Décrire les conséquences des cas non urgents sur le fonctionnement du service d'accueil des urgences ;
- Déterminer les facteurs associés à la survenue de consultation non urgente.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Rappels sur les urgences médico-chirurgicales

3.1.1 Définition de l'urgence médicale

L'urgence médicale se définit classiquement comme toute situation clinique dans laquelle, en l'absence de prise en charge rapide et appropriée, le pronostic vital ou fonctionnel du patient peut être compromis à très court terme. Elle se caractérise par la conjonction d'un délai thérapeutique court, d'un risque élevé de complication et de la nécessité d'une intervention immédiate ou différée de façon limitée dans le temps [7,8].

Dans la pratique, il est utile de distinguer l'urgence vraie de l'urgence ressentie. L'urgence vraie correspond aux situations objectivement graves (détresse respiratoire, état de choc, douleur thoracique évocatrice de syndrome coronarien aigu, traumatisme crânien sévère, etc.), où le risque vital est engagé ou susceptible de l'être rapidement [8]. L'urgence ressentie renvoie, à l'inverse, à la perception subjective de la gravité par le patient ou son entourage, perception qui peut être influencée par l'anxiété, les expériences antérieures, le niveau d'éducation en santé et l'accessibilité du système de soins [2,9].

Sur le plan organisationnel, les services d'accueil des urgences (SAU) ont pour mission principale de recevoir sans sélection préalable toute personne se présentant pour un problème de santé jugé urgent, d'en assurer l'évaluation initiale, le triage et la prise en charge, ou, le cas échéant, l'orientation vers une autre structure plus adaptée. Dans ce cadre, la notion d'urgence médico-chirurgicale recouvre l'ensemble des situations nécessitant une évaluation immédiate par un médecin et/ou un chirurgien, avec accès à un plateau technique de diagnostic et de traitement [8,10].

La littérature récente insiste sur le fait que l'urgence ne peut plus être définie uniquement par la gravité médico-clinique isolée, mais doit intégrer la dimension temporelle (délai acceptable avant la prise en charge) et les ressources nécessaires (niveau de soins, disponibilité de l'équipe, organisation du service) [10,11]. Cette approche globale est au cœur des systèmes modernes de triage et de priorisation des patients.

3.1.2 Typologie des urgences

La typologie des urgences vise à classer les situations cliniques en fonction de leur gravité, de leur caractère menaçant et de l'urgence de l'intervention. Différents modèles existent, mais plusieurs distinctions sont communes.

3.1.2.1 Urgences vitales et urgences fonctionnelles

Les urgences vitales correspondent aux états dans lesquels le pronostic de survie est immédiatement menacé : arrêt cardio-respiratoire, détresse respiratoire aiguë, choc hémorragique, traumatisme grave, coma, etc. Elles impliquent une prise en charge prioritaire sans délai, mobilisant souvent une équipe multidisciplinaire et un plateau technique lourd [10,11].

Les urgences fonctionnelles désignent les situations où le pronostic vital n'est pas engagé à très court terme, mais où un retard de prise en charge peut conduire à des séquelles définitives ou à une perte de fonction (par exemple : syndrome de la queue de cheval, ischémie aiguë de membre, certaines urgences ophtalmologiques ou ORL) [8]. Bien que moins « spectaculaires » que les urgences vitales, elles requièrent également une prise en charge rapide et structurée.

3.1.2.2 Urgences médico-chirurgicales, psychiatriques et sociales

Classiquement, on distingue les urgences médicales (pathologies internes : cardiovasculaires, respiratoires, infectieuses, métaboliques, etc.), les urgences chirurgicales (traumatologie, urgences abdominales, neurochirurgicales, etc.), les urgences psychiatriques (états d'agitation, risques suicidaires, bouffées délirantes aiguës) et les urgences sociales (personnes vulnérables sans solution d'hébergement, violences, situations de maltraitance) [8,11].

Dans les Services d'Accueil des Urgences, ces différentes dimensions coexistent et peuvent se combiner chez un même patient, ce qui complexifie la prise en charge et accroît la pression sur les équipes. Les urgences psychiatriques et sociales, bien que parfois considérées comme « non urgentes » au sens strict biomédical, entraînent souvent un recours aux urgences en l'absence d'autres structures accessibles [2,9].

3.1.2.3 Urgences selon le degré de priorité : triage et non-urgence

Les systèmes de triage modernes (Manchester Triage System, Canadian Triage and Acuity Scale, Australasian Triage Scale, Emergency Severity Index, etc.) classent les patients en niveaux de priorité selon la gravité clinique et le délai maximal acceptable avant la prise en charge [7,8].

De manière générale, ces systèmes distinguent :

- un niveau critique (prise en charge immédiate),
- des niveaux intermédiaires (consultation urgente en quelques minutes à une heure),

- et un niveau de faible priorité, regroupant les cas non urgents, pour lesquels la prise en charge peut être différée sans risque significatif pour le pronostic vital ou fonctionnel [7,8,12].

3.1.3 Évolution historique de la médecine d'urgence et des services d'accueil

Historiquement, la prise en charge des urgences dans les hôpitaux était assurée par des structures peu différenciées, souvent rattachées à la chirurgie ou à la médecine interne, sans organisation spécifique ni protocole de triage formalisé. À partir de la seconde moitié du XX^e siècle, l'augmentation de la morbidité traumatique et cardiovasculaire, l'urbanisation et la motorisation ont conduit à la création de services dédiés aux urgences, progressivement reconnus comme une spécialité ou une surspécialité à part entière dans plusieurs pays [8,10].

Le développement de la médecine préhospitalière (services d'ambulance, médecine d'urgence extrahospitalière) et des structures de régulation (centres d'appel, numéros d'urgence) a profondément modifié la chaîne de soins, en permettant une orientation plus ciblée des patients vers les Services d'Accueil des Urgences, les unités de soins intensifs ou d'autres structures [7]. Parallèlement, l'évolution technologique (imagerie, biologie rapide, monitoring) a renforcé le rôle du SAU comme porte d'entrée majeure de l'hôpital.

Depuis les années 1990, de nombreux travaux ont mis en évidence le phénomène croissant de surcharge des services d'urgences (emergency department crowding), caractérisé par un nombre de patients supérieur aux capacités d'accueil, une occupation prolongée des brancards et des temps d'attente allongés [10,11]. Les causes identifiées sont multiples : vieillissement de la population, augmentation des pathologies chroniques, insuffisance du premier recours, limitations des lits d'aval, et augmentation du recours non urgent aux SAU [11,13].

3.2 Organisation du Service d'Accueil des Urgences (SAU)

3.2.1 Missions du SAU dans un centre hospitalier universitaire

Dans un centre hospitalier universitaire (CHU), le Service d'Accueil des Urgences (SAU) occupe une place stratégique au sein de la chaîne de soins. Il constitue le principal point d'entrée non programmé de l'hôpital, recevant tout patient qui se présente pour un problème de santé perçu comme urgent, sans filtrage préalable ni rendez-vous [8,10].

Les missions principales du SAU peuvent être résumées comme suit :

- Assurer l'accueil, l'évaluation initiale et le triage des patients, en fonction de la gravité clinique et du degré de priorité.

- Mettre en œuvre la prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale, en mobilisant le plateau technique disponible (biologie, imagerie, monitoring, traitement d'urgence).
- Organiser l'orientation des patients après la phase aiguë : hospitalisation dans un service d'aval, transfert vers une structure spécialisée, retour à domicile avec relais en ville ou en première ligne.
- Contribuer à la réponse sanitaire aux situations exceptionnelles, notamment en cas d'afflux massif de victimes, d'épidémies ou de catastrophes.

En tant que service d'un CHU, le SAU a également une mission d'enseignement et de recherche : formation des étudiants en médecine, des internes, des infirmiers et autres professionnels de santé, participation à des travaux de recherche sur l'épidémiologie des urgences, l'organisation des soins et l'évaluation des pratiques [8,10].

3.2.2 Fonctionnement général d'un SAU

Le fonctionnement d'un SAU repose sur une organisation en filière, visant à assurer la fluidité des flux de patients et la priorisation des cas les plus graves.

3.2.2.1 Circuit du patient aux urgences

Le parcours-type d'un patient aux urgences comprend plusieurs étapes :

⇒ Accueil administratif

Enregistrement du patient, collecte des données d'identité, motif de recours. Cette étape, souvent réalisée par le personnel administratif, permet d'ouvrir le dossier et de tracer le passage aux urgences.

⇒ Triage infirmier

Un(e) infirmier(ère) expérimenté(e) réalise une évaluation rapide des signes vitaux, du motif de consultation et des plaintes, puis attribue un niveau de priorité selon un protocole de triage (échelle à cinq niveaux dans la plupart des systèmes) [7,8].

- Les niveaux les plus élevés correspondent aux urgences vitales, nécessitant une prise en charge immédiate.
- Les niveaux les plus bas regroupent les cas de faible gravité, souvent assimilés à des cas non urgents.

⇒ Orientation vers une zone de soins adaptée

Selon le niveau de tri et le type de pathologie, le patient est orienté vers :

- une salle d'examen standard (consultations médicales),

- une salle de soins lourds ou de déchoquage (réanimation immédiate),
- ou parfois une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pour observation et traitement de quelques heures à 24–48 heures [10,11].

⇒ **Prise en charge diagnostique et thérapeutique**

Le médecin d'urgence (ou l'interne encadré) recueille l'anamnèse, réalise l'examen clinique, prescrit les examens complémentaires nécessaires (biologie, imagerie) et initie le traitement (médicaments, gestes techniques, immobilisation, etc.). Des avis spécialisés peuvent être sollicités selon la pathologie.

⇒ **Décision d'orientation**

À l'issue de la prise en charge initiale, plusieurs options sont possibles :

- Hospitalisation dans un service d'aval (médecine interne, chirurgie, pédiatrie, etc.) ;
- Transfert vers un autre établissement (réanimation, centre spécialisé) ;
- Retour à domicile, éventuellement avec ordonnance, rendez-vous de contrôle ou orientation vers une structure de premier recours.

La présence de nombreux cas non urgents dans ce circuit se traduit par une occupation des salles d'examen, un allongement des délais d'attente pour les urgences vraies et une charge supplémentaire pour le personnel, contribuant au phénomène de surcharge des urgences [10,11].

3.2.2.2 Ressources humaines et matérielles

Le SAU requiert des équipes pluridisciplinaires comprenant médecins urgentistes, internes, infirmiers, aides-soignants, brancardiers, agents administratifs et, selon les contextes, psychologues, assistants sociaux, etc. La disponibilité de ces ressources est un déterminant majeur de la qualité de la prise en charge et de la capacité à absorber les variations de flux [8,10,11].

Sur le plan matériel, le SAU doit disposer :

- de salles d'examen et de soins équipées ;
- d'un plateau technique de base (monitorage, matériel de réanimation, dispositifs d'oxygénation, matériel de petite chirurgie) ;
- d'un accès rapide à la biologie et à l'imagerie (radiographie standard, échographie, scanner selon les contextes) [8,11].

Dans un contexte de forte fréquentation, la présence de nombreux cas non urgents peut contribuer à saturer ces ressources et à détourner une partie du temps médical et paramédical de la prise en charge des patients les plus graves [11,12].

3.2.3 Organisation spécifique du SAU dans un centre hospitalier universitaire

Dans un CHU, le SAU présente plusieurs spécificités par rapport aux structures d'urgences de niveau inférieur :

⇒ Rôle de référence et de recours

Le SAU du CHU est souvent le niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire, recevant :

- les patients en premier recours, qui s'y présentent spontanément ;
- les patients adressés par les structures périphériques (centres de santé, hôpitaux de district) ;
- les patients transférés pour prise en charge spécialisée.

Cette double fonction de premier recours de fait et de recours spécialisé accentue le risque de surcharge et de mixité des cas (urgents et non urgents) [8,14].

⇒ Articulation avec les services spécialisés et la réanimation

Le SAU travaille en étroite collaboration avec :

- les services de médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, etc. ;
- les unités de réanimation et de soins intensifs ;
- éventuellement les services de psychiatrie et de gériatrie.

Cette articulation permet une orientation rapide des patients nécessitant une prise en charge spécialisée. Cependant, lorsque les lits d'aval sont saturés, les patients restent plus longtemps au SAU, aggravant le phénomène de "boarding" (occupation prolongée des brancards) et la surcharge globale [10,11].

⇒ Diversité des pathologies et complexité des cas

En raison de son statut universitaire et de centre de référence, le SAU du CHU reçoit des pathologies variées, parfois complexes, justifiant un plateau technique avancé. Dans le même temps, il reste fortement sollicité pour des problèmes de santé mineurs que pourraient théoriquement prendre en charge des structures de premier niveau. Cette cohabitation de cas graves et bénins dans un même espace souligne l'importance de stratégies de triage, de circuits différenciés (par exemple, filière "fast-track" pour les pathologies mineures) et, plus en amont, de mesures visant à réduire le recours non urgent [13,14].

⇒ **Fonction pédagogique et recherche**

Le SAU du CHU est aussi un champ d'enseignement clinique. La présence d'étudiants et d'internes peut constituer une ressource, mais aussi un facteur de ralentissement du flux si l'encadrement n'est pas suffisamment organisé. Les travaux de recherche portant sur la fréquentation des urgences, les cas non urgents, les délais d'attente et la qualité des soins s'inscrivent dans cette mission, avec un impact potentiel sur l'amélioration des pratiques [13,14].

Dans ce contexte, l'étude des cas non urgents reçus au SAU du CHU apparaît comme un enjeu majeur pour :

- mieux caractériser le profil des patients concernés,
- identifier les facteurs de recours,
- et proposer des mesures organisationnelles permettant de préserver la capacité du SAU à remplir sa mission première : la prise en charge prioritaire des urgences vraies.

3.3 Notion de cas non urgent au Service d'Accueil des Urgences

3.3.1 Définitions des cas non urgents et du recours inapproprié

Dans la littérature, la notion de cas non urgent renvoie à une situation clinique pour laquelle un retard de prise en charge n'est pas susceptible d'entraîner une détérioration significative du pronostic vital ou fonctionnel du patient. Autrement dit, il s'agit de patients pouvant attendre plusieurs heures avant d'être vus par un médecin, voire être pris en charge dans une structure de premier recours, sans conséquence clinique majeure.

Plusieurs auteurs distinguent la non-urgence du recours inapproprié au service d'urgences.

- Le cas non urgent est défini selon des critères cliniques (signes vitaux stables, absence de détresse respiratoire ou hémodynamique, symptômes banals ou anciens...).
- Le recours inapproprié désigne le fait d'utiliser le SAU pour un problème qui pourrait être pris en charge de façon plus adéquate ailleurs (centre de santé, cabinet de médecine générale, consultation programmée), même si le patient n'est pas nécessairement « en tort » au regard de sa perception de la gravité ou de l'accessibilité du système de soins [2].

À côté de ces deux concepts, la littérature introduit aussi la notion d'urgence ressentie : du point de vue du patient, certaines situations sont vécues comme urgentes en raison de la douleur, de l'anxiété, d'expériences antérieures négatives ou d'un faible niveau de littératie en

santé. Ainsi, un même motif de consultation peut être objectivement non urgent pour le clinicien, tout en étant perçu comme urgent par le patient [2,9].

Dans ce travail, le terme de « cas non urgent » désignera principalement les situations classées en faible priorité par le triage ou jugées a posteriori comme ne relevant pas d'une prise en charge immédiate hospitalière, mais ayant néanmoins conduit à une consultation au SAU.

3.3.2 Critères de non-urgence

Les critères utilisés pour définir un cas non urgent varient d'une étude à l'autre, mais reposent généralement sur trois dimensions complémentaires :

3.3.2.1 Critères cliniques

Sur le plan clinique, sont habituellement considérés comme non urgents les patients présentant :

- Des signes vitaux stables (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène dans les limites de la normale) ;
- Une douleur légère à modérée, sans caractère brutal ni évocateur d'une pathologie grave ;
- Des symptômes anciens ou subaigus (évolution de plusieurs jours) sans aggravation rapide ;
- L'absence de signes de détresse vitale ou de déficit neurologique majeur.

Ces critères permettent de distinguer les situations qui peuvent supporter un délai de prise en charge ou une orientation vers un autre niveau de soins, sans risque immédiat pour le patient.

3.3.2.2 Critères de triage

Les systèmes de triage structurés attribuent à chaque patient un niveau de priorité en fonction de la gravité. Dans la plupart des échelles à cinq niveaux (Canadian Triage and Acuity Scale, Emergency Severity Index, Manchester Triage System, etc.), les niveaux 4 et 5 correspondent à des situations non urgentes ou de faible gravité, pour lesquelles le délai d'attente acceptable est de plusieurs heures [7,10].

Dans de nombreuses études, les cas non urgents sont ainsi définis comme les patients classés dans ces catégories de faible priorité. Ce critère présente l'avantage d'être objectivable et reproductible, car il repose sur une évaluation structurée réalisée dès l'arrivée du patient.

3.3.2.3 Critères liés aux ressources mobilisées et à l'issue du passage

Certains auteurs complètent la définition en tenant compte des ressources consommées et de l'issue de la consultation :

- Absence de recours à des examens lourds (imagerie avancée, biologie complexe) ;
- Absence de gestes techniques majeurs ;
- Non hospitalisation à l'issue du passage aux urgences, avec retour à domicile après simple consultation, délivrance d'une prescription ou conseil.

Selon cette approche, un patient présentant une affection bénigne, ne nécessitant ni examens sophistiqués ni hospitalisation, et pouvant être pris en charge en médecine de ville, est considéré comme cas non urgent, même s'il a été vu dans un SAU.

3.3.3 Classification des motifs non urgents

La diversité des motifs de recours au SAU rend utile une classification des cas non urgents en grandes catégories, permettant de mieux analyser les profils de patients et de cibler les interventions.

3.3.3.1 Pathologies aiguës bénignes

Il s'agit de motifs fréquents, compatibles avec une prise en charge en première ligne, notamment :

- Infections ORL simples (rhinopharyngites, otites non compliquées, angines banales) ;
- Syndromes grippaux ou fébriles non compliqués chez l'adulte jeune ;
- Douleurs musculosquelettiques bénignes (lombalgies communes, entorses sans signe de gravité, douleurs articulaires chroniques légèrement aggravées) ;
- Troubles digestifs mineurs (gastroentérites simples, douleurs abdominales modérées sans signe d'alarme).

Ces motifs, bien que légitimes du point de vue du patient, n'exigent pas l'accès immédiat à un plateau technique hospitalier et pourraient être pris en charge dans un centre de santé ou en consultation programmée.

3.3.4 Pathologies chroniques en dehors de décompensation aiguë grave

De nombreux patients consultent aux urgences pour des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, bronchopneumopathie chronique, pathologies rhumatologiques) en l'absence de signes de décompensation majeure :

- Contrôle de la tension artérielle ou de la glycémie sans symptômes ;

- Renouvellement de traitement ;
- Douleurs chroniques connues sans modification significative.

3.4 Épidémiologie de la fréquentation non urgente des services d'urgences

3.4.1 Données internationales

De nombreuses études ont montré que les cas non urgents représentent une proportion importante de l'activité des services d'urgences hospitaliers. La revue systématique de Carret et al. rapporte des taux de recours inapproprié allant d'environ 20 % à plus de 70 % des consultations, selon les définitions utilisées, le contexte sanitaire et les méthodes de mesure [2].

Cette variabilité s'explique par plusieurs éléments :

- Différences de définition : certains travaux définissent le non-urgent à partir du triage (niveaux de priorité faibles), d'autres à partir de l'issue (non hospitalisation, absence d'examens lourds) ou encore à partir de l'avis d'experts a posteriori.
- Hétérogénéité des systèmes de santé : niveau de développement du premier recours, place de la médecine de ville, couverture sociale, organisation de la permanence des soins.
- Spécificités locales : densité médicale, accessibilité géographique, culture du recours à l'hôpital.

Malgré cette hétérogénéité, un constat est récurrent : les cas de faible gravité clinique constituent une fraction significative des passages, et contribuent à la surcharge des urgences, en mobilisant temps médical et ressources logistiques [2,10,11]. Les revues récentes sur le « crowding » soulignent que la coexistence d'un flux élevé de cas non urgents et de difficultés de sortie des patients hospitalisés est l'un des déterminants majeurs de la congestion des SAU [10,11].

Par ailleurs, plusieurs travaux mettent en évidence une surreprésentation de certains profils parmi les usagers non urgents : adultes jeunes, patients sans médecin traitant déclaré, personnes à faible niveau socio-économique ou bénéficiant d'une couverture sociale réduite, ainsi que des patients ayant un usage répété des urgences comme porte d'entrée habituelle au système de soins [9,13].

3.4.2 Données dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la problématique des cas non urgents revêt des caractéristiques particulières. D'une part, la pyramide sanitaire (centres de santé, hôpitaux de

district, hôpitaux régionaux et centraux) est parfois insuffisamment fonctionnelle ; d'autre part, l'hôpital, et en particulier le service d'urgences, est perçu comme un point d'accès plus sûr et plus rapide aux soins.

Une étude iranienne menée dans un hôpital universitaire rapporte une proportion importante de consultations non urgentes, avec des motifs de recours souvent bénins et une majorité de patients retournant à domicile après simple consultation [12].

Les facteurs associés incluent :

- La facilité d'accès à l'hôpital,
- L'attente d'examens complémentaires rapides,
- la méfiance ou l'insatisfaction vis-à-vis des structures de premier recours [12]

En Arabie Saoudite, plusieurs travaux ont également mis en évidence une fréquentation élevée des urgences pour des motifs non urgents, en lien avec :

- La disponibilité 24 h/24 des services d'urgences,
- La gratuité ou le faible coût de la consultation hospitalière,
- la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapide en soins primaires [15].

Ces résultats suggèrent que, dans les contextes où les soins primaires ne jouent pas pleinement leur rôle de premier recours, le SAU tend à être utilisé comme un substitut de consultation de médecine générale, en particulier pour les problèmes de santé bénins, les renouvellements d'ordonnances ou les besoins administratifs.

3.5 Facteurs associés au recours non urgent au Service d'Accueil des Urgences

3.5.1 Facteurs liés aux patients

Les facteurs individuels jouent un rôle majeur dans le recours non urgent aux services d'urgences. Ils concernent à la fois les caractéristiques socio-démographiques, les représentations de la maladie et les comportements de recours aux soins.

3.5.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

De nombreuses études montrent que les adultes jeunes sont fréquemment représentés parmi les usagers non urgents des urgences hospitalières [1,6,9,10]. Cette tranche d'âge, souvent active sur le plan professionnel ou social, recherche des modalités de soins rapides et flexibles, parfois en dehors des horaires habituels d'ouverture des structures de premier recours.

Par ailleurs, plusieurs travaux mettent en évidence l'association entre le recours non urgent et :

- Un niveau socio-économique faible ;
- Un niveau d'instruction limité ;
- l'absence de médecin traitant ou de suivi régulier [14,15].

Ces caractéristiques reflètent une vulnérabilité sociale et sanitaire, susceptible de favoriser l'usage du SAU comme porte d'entrée principale dans le système de soins, en particulier lorsque les autres options sont perçues comme moins accessibles ou moins fiables.

3.5.2 Littératie en santé, perceptions et représentations

La littératie en santé, c'est-à-dire la capacité à comprendre l'information médicale et à s'orienter dans le système de soins, influence fortement la manière dont les patients interprètent leurs symptômes et choisissent leur point de recours.

Les revues qualitatives montrent que de nombreux patients classés comme non urgents déclarent avoir consulté aux urgences par crainte de complications, par doute sur la gravité réelle de leurs symptômes ou par méconnaissance des signes de gravité justifiant une consultation urgente [1,8].

Plusieurs dimensions sont souvent rapportées [9,13,14] :

- Peur d'ignorer une pathologie grave, même en présence de symptômes bénins ;
- Recherche de réassurance rapide par un médecin et, si possible, par des examens complémentaires ;
- Représentation de l'hôpital comme lieu de soins plus sûr, mieux équipé et plus compétent que les structures de premier recours.

Dans ce contexte, la distinction entre « urgence ressentie » et « non-urgence clinique » est centrale : un même motif peut être considéré comme mineur par le clinicien, mais vécu comme préoccupant ou menaçant par le patient [2,9].

Trajectoires de soins et usages répétés des urgences

Une proportion non négligeable de patients non urgents sont des consultants répétés des urgences, qui recourent régulièrement au SAU plutôt qu'aux consultations programmées ou aux soins primaires [2,9].

Plusieurs facteurs expliquent ces trajectoires :

- Expériences antérieures perçues comme positives aux urgences (prise en charge rapide, accès à des examens) ;

- Perception d'une inefficacité ou d'une lenteur des autres structures ;
- Recherche d'un accès direct à un spécialiste via l'hôpital.

Ces usages répétés traduisent souvent un problème structurel d'ancrage dans le système de soins (absence de médecin référent, discontinuité du suivi, insuffisance de l'offre de proximité).

3.5.3 Facteurs liés au système de santé et à l'offre de soins

Au-delà des caractéristiques individuelles, le recours non urgent au SAU est étroitement lié à l'organisation globale du système de santé, en particulier au niveau des soins primaires.

3.5.3.1 Accessibilité géographique et financière des soins primaires

Dans de nombreux contextes, l'accessibilité géographique des centres de santé et des cabinets de médecine générale est limitée, surtout en périphérie urbaine ou en zones défavorisées. Lorsque le SAU du CHU est perçu comme plus proche, plus facile à repérer ou mieux desservi par les transports, il devient naturellement un point de recours privilégié, y compris pour des motifs de faible gravité [12,14].

L'accessibilité financière joue également un rôle. Dans certains systèmes, la consultation hospitalière d'urgence peut être gratuite ou faiblement tarifiée par rapport aux consultations privées, ce qui incite les patients à privilégier l'hôpital pour des motifs bénins. À l'inverse, lorsque les soins primaires sont insuffisamment couverts ou nécessitent un paiement direct au point de service, le SAU particulièrement dans un CHU public apparaîtra comme une option plus abordable.

3.5.3.2 Disponibilité temporelle : horaires et délais de rendez-vous

La dimension temporelle de l'accès aux soins est un déterminant majeur du recours non urgent. Plusieurs études montrent que les consultations non urgentes aux urgences surviennent fréquemment :

- En soirée,
- La nuit,
- les week-ends et jours fériés [9,14,15].

Ces périodes correspondent à des moments où les structures de premier recours sont fermées ou difficilement accessibles. Le SAU, ouvert 24h/24, devient alors l'unique porte ouverte, même pour des symptômes bénins.

De plus, les délais d'obtention de rendez-vous en soins primaires ou spécialisés peuvent être longs. Pour des patients souhaitant une prise en charge rapide, la consultation aux urgences apparaît comme une solution plus immédiate, en dépit du temps d'attente sur place.

MATERIELS ET METHODES

4 Matériels et Méthodes

4.1 Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU Kati, située dans la région de Koulikoro, à environ 15 kilomètres de Bamako, capitale du Mali.

La ville de Kati, chef-lieu du cercle de Kati et située à environ 15 km au nord-ouest de Bamako, comptait 114 983 habitants au recensement de 2009, avec une population estimée à plus de 250 000 habitants ces dernières années, caractérisée par une forte croissance démographique et une population majoritairement jeune.

Le CHU de Kati est un établissement de référence de niveau tertiaire, recevant des patients provenant de la ville de Kati, des districts environnants et parfois d'autres régions.

Le service dispose d'un espace de triage et trois salles principales : une grande salle comportant six lits destinés aux cas médicaux, une salle de déchocage avec trois lits pour les urgences vitales et une salle de traumatologie équipée de trois lits pour la prise en charge des traumatismes (accidents de la voie publique, accidents domestiques, accidents de travail, coups et blessures, etc.)

Le personnel se compose de sept médecins généralistes, de douze infirmiers d'état et d'un médecin anesthésiste -réanimateur, qui est le chef de service.

4.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte des données prospectives sur l'évaluation des cas non urgents reçus au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Kati et leur Effet sur le fonctionnement du service en 2025.

4.3 Période d'étude

L'étude s'est étendue de juillet 2025 à Février 2026, avec une collecte des données d'août 2025 à septembre 2025.

4.4 Population d'étude

La population a été constituée des patients admis dans le Service d'Accueil des Urgences du CHU Kati.

4.4.1 Critères d'études

a- Critères d'inclusion

L'étude a inclus les patients admis en urgence dans le service pour toute cause et capables de s'exprimer.

b- Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

Tout patient arrivé en arrêt cardio-respiratoire ou décédé avant le triage ;

Tout patient venu pour une consultation uniquement administrative (certificat, résultat de laboratoire, retrait d'ordonnance).

4.5 Échantillonnage

Technique d'échantillonnage

Nous avons utilisé un échantillonnage aléatoire simple. Durant la période de collecte des données, tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été inclus au fur et à mesure jusqu'à l'atteinte du nombre de sujets nécessaire.

Calcul de la taille d'échantillon

La taille de l'échantillon de notre étude est calculée suivant la formule de Daniel SCHWARTZ :

$$\text{Avec : } n = \frac{Z\alpha^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

p = prévalence des cas non urgents

On utilise p= prévalence issue d'une étude réalisée en Afrique du Sud où la proportion des cas non urgent était de 65% en 2012 [16].

$Z\alpha$ = test de loi normale centrée réduit. Avec une marge d'erreur choisie à 5%, $Z\alpha = 1,96$.

d = la précision voulue (d=0,05) ;

L'écart réduit $Z = 1.96$, $Q = (1-p)$

$$n = (1,96^2 \times 0,35 \times (1 - 0,65)) / (0,05^2) = 350.$$

La **Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)** a été la variable qui nous permettra de savoir qui est cas urgent ou non [8]).

Critères de gravité

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences est l'échelle française utilisée à la fin du triage médical pour coter la gravité d'un patient et son pronostic immédiat. Elle comporte les catégories suivantes (d'après Fourestié et al., 1994 [8]) :

Code	Signification (gravité, croissante)	Exemples rapides
Psychiatrie	Problème, psychiatrique, isolé	Agitation, crise d'angoisse
CCMU 1	État stable, pas d'acte urgent	Rhinopharyngite, entorse, légère
CCMU 2	État stable mais examen ou geste simple nécessaire	Plaie à suturer, fracture fermée
CCMU 3	Risque d'aggravation, non vital d'emblée	Douleur thoracique, AVC sans détresse
CCMU 4	Pronostic vital menacé, sans réanimation immédiate	Péritonite, sepsis sévère
CCMU 5	Pronostic vital engagé, manœuvres de réanimation nécessaires	ACR, choc hémorragique
Décès	Patient décédé à l'arrivée	—

Dans la littérature, CCMU 1-2 sont généralement considérés comme « non urgents », tandis que CCMU 3-5 relèvent d'une urgence véritable [17]

4.6 Méthodes de collecte de données

Outils de collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche individuelle spécialement élaborée à partir de la littérature récente et suivant les objectifs de l'étude. Ce formulaire, renseigné auprès des patients et/ou accompagnants en mode face à face, couvrant successivement les caractéristiques sociodémographiques et le mode d'accès, les éléments du triage initial (catégorie CCMU, paramètres vitaux, horaires), le parcours au SAU avec les ressources consommées (examens, actes, chronologie complète) ainsi que l'issue et l'appréciation clinique de chaque passage. Les données ont été recueillies à partir de l'interrogatoire des patients ou de leurs accompagnants, de l'examen clinique, ainsi que des registres et dossiers médicaux disponibles au niveau du

service., puis complétées au fil de la prise en charge. Un contrôle quotidien a été assuré par le coordinateur.

Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies puis traitées par le logiciel SPSS. L'analyse descriptive a été faite en résumant les variables qualitatives en pourcentage ; les variables quantitatives (âge, temps d'attente, durée totale de séjour) ont été exprimées en moyenne $\pm$ écart-type.

La proportion de cas non urgentes a été calculée comme suit : (nombre de passages CCMU 1-2 $\div$ nombre total de passages) $\times$ 100.

L'analyse bivariée a été réalisée en calculant les Odds Ratio. Toute variable présentant une $p < 0,05$ a été éligible pour une régression logistique binaire afin d'identifier les facteurs associés aux passages non urgents. Le seuil de significativité était fixé à 5 %.

5 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis pour approbation à l'Université de Kankou Moussa. Une autorisation des autorités du CHU de Kati a été demandée. Avant le recueil de données, le consentement éclairé de chaque patient (ou de leur représentant légal pour les mineurs) a été obtenu, après une explication claire des objectifs et des modalités de l'étude. Les données concernant les participants n'ont été identifiées que par un code. La confidentialité et l'anonymat des enquêtés ont été préservés afin d'assurer le respect des droits et libertés des sujets de l'étude.

RESULTATS

6 RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons colligé un échantillon de 360 patients ayant consulté au service d'accueil des urgences (SAU) du CHU de Kati. Les résultats présentent les caractéristiques sociodémographiques de la population, les aspects cliniques selon la classification CCMU, ainsi que l'analyse des facteurs associés aux consultations non urgentes et leurs effets sur le fonctionnement du service.

6.1 Proportion des cas non urgents

Tableau I: Répartition des patients selon la classification CCMU

Variable	n	%
CC		
CCMU 1	64	17,8
CCMU 2	126	35,0
CCMU 3	129	35,8
CCMU 4	41	11,4
Total	360	100,0

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences est l'échelle française utilisée à la fin du triage médical pour coter la gravité d'un patient et son pronostic immédiat.

Dans 35,8% des cas, les patients ont été CCMU 3. La proportion des patients non urgents était de 52,7% $((64+126) / 360)$

6.2 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Variable	n	%
Sexe des patients		
Sex ratio = 1,5		
Femme	140	38,9
Homme	220	61,1

Le sexe masculin a été représenté dans 61,1% des cas.

Tableau III: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranches d'âge	n	%
Age moyen = 39,95 ± 20,27 ans		
< 15 ans	27	7,5
15- 30 ans	121	33,6
30 – 45 ans	86	23,9
45 – 60 ans	60	16,7
> 60 ans	66	18,3
Total	360	100,0

L'âge moyen était de 39,95 ± 20,27 ans. La tranche d'âge 15-30 était représentée avec 33,6%.

Tableau IV: Répartition des patients selon la couverture santé

Couverture santé	n	%
AMO	286	79,4
Aucune	68	18,9
Privée	6	1,7
Total	360	100,0

Près de 79,4% des patients étaient affiliés à Assurance Maladie Obligatoire(AMO)

Tableau V: Répartition des patients selon le moyen de transport

Moyen de transport	n	%
Ambulance	199	55,3
Véhicule personnel	48	13,3
Moto	1	0,3
Taxi	112	31,1
Total	360	100,0

L'ambulance a été utilisé dans 55,3% des cas.

Tableau VI: Répartition des patients selon la présence d'un accompagnant

Accompagnant	n	%
Non	31	8,6
Oui	329	91,4
Total	360	100,0

Dans 91,4% des cas, il y'avait la présence d'un accompagnant

Tableau VII: Répartition des patients selon l'orientation préalable

Orientation préalable	n	%
Aucune	263	73,1
CSRéf	35	9,7
Hôpitaux	20	5,6
CSCom	14	3,9
Structures militaires	12	3,3
CHU	9	2,5
Cliniques privées	6	1,7
Médecin traitant	1	0,3
Total	360	100,0

Dans 73,1% des cas, les patients étaient venus directement au service.

Tableau VIII: Répartition des patients selon les paramètres cliniques à l'admission

Variable	n	%
Paramètres cliniques		
Température		
< 35,9°C	101	28,1
Normale	219	60,8
> 38°C	40	11,1
Fréquence cardiaque		
< 60 bpm	5	1,4
Normale	300	83,3
> 100 bpm	55	15,3
Pression artérielle systolique		
< 90 mm Hg	11	3,1
Normale	265	73,6
> 140 mm Hg	84	23,3
Pression artérielle diastolique		
< 60 mm Hg	15	4,2
Normale	252	70,0
> 90 mm Hg	93	25,8
Fréquence respiratoire		
<12 cpm	2	0,6
Normale	332	92,2
> 20 cpm	26	7,2
Score de Glasgow		
< 8	10	2,8
9-12	29	8,1
13-15	321	89,2

La température était normale dans 60,8%, la fréquence cardiaque était normale dans 83,3%, la pression artérielle systolique était normale dans 73,6%, la pression artérielle diastolique était normale dans 73,6%, la fréquence respiratoire était normale dans 92,2%, le score de Glasgow était compris entre 13-15 dans 89,2%.

Tableau IX: Répartition des patients selon la présence d'un paramètre vital critique

Variable	n	%
Paramètre vital		
Non	283	78,6
Oui	77	21,4
Total	360	100,0

Dans 21,4% des cas, un paramètre vital critique a été retrouvé.

Tableau X: Répartition des patients selon la présence d'un traumatisme

Variable	n	%
Traumatisme		
Non	132	36,7
Oui	228	63,3
Total	360	100,0

Dans 63,3% des cas, le traumatisme a été retrouvé.

Tableau XI: Répartition des patients selon le motif d'admission

Variable	n	%
Motif d'admission		
Accident de la voie publique (AVP)	150	41,7
Traumatisme balistique	50	13,9
AEG	30	8,3
Douleur thoracique	16	4,4
AVC	15	4,2
Accident de travail	14	3,9
Accident domestique	12	3,3
Dyspnée	7	1,9
Vomissement	6	1,7
Trouble de la conscience	8	2,2
Douleur abdominale	9	2,5
Crises convulsives	3	0,8
Autres	40	11,1
Total	360	100,0

L'accident de la voie publique a été représenté dans 41,7% des cas.

6.3 Conséquences sur le fonctionnement du service

Tableau XII: Répartition des patients selon le délai entre l'arrivée et le tri

Variable	n	%
Délai entre l'arrivée et le tri		
Délai moyen = $5,9 \pm 2,9$ minutes	Extrême = 4 minutes et 27 minutes	
< 10 min	342	95,0
10–20 min	16	4,4
> 20 min	2	0,6
Total	360	100,0

Le Délai moyen entre l'arrivée et le tri était de $5,9 \pm 2,9$ minutes

Tableau XIII: Répartition des patients selon le délai entre l'arrivée et l'évaluation clinique

Variable	n	%
Délai entre l'arrivée et l'évaluation		
Délai moyen = 12,5 ± 8,7 minutes	Extrêmes = 7 minutes et 60 minutes	
< 10 min	192	53,3
10–20 min	147	40,8
> 20 min	21	5,8
Total	360	100,0

Le Délai moyen entre l'arrivée et l'évaluation était de 12,5 ± 8,7 minutes

Tableau XIV: Répartition des patients selon le délai entre l'arrivée et la décision d'issue

Variable	n	%
Délai entre l'arrivée et l'issue		
Délai moyen = 128,5 ± 75,1 minutes	Extrêmes = 25 minutes et 360 minutes	
< 30 min	42	11,7
30–60 min	5	1,4
> 60 min	313	86,9
Total	360	100,0

Le Délai moyen entre l'arrivée et l'issue était de 128,5 ± 75,1 minutes

Tableau XV: Répartition des patients selon les examens / actes réalisés

Variable	n	%
Examens / Acte		
Injection / Perfusion IV	356	98,9
Biologie standard	224	62,2
Radiographie standard	153	42,5
Échographie / Scanner	113	31,4
Suture / Plâtre / Attelle	70	19,4

La quasi-totalité des patients ont eu à recevoir des injections, soit 98,9%

Tableau XVI: Répartition des patients selon les examens / actes réalisés en fonction du type de patients

Examens / Acte	Type		Total (n=360) (%)
	Non Urgent [n=190] (%)	Urgent [n=170] (%)	
Injection / Perfusion IV	190 (100)	166 (97,6)	356 (98,9)
Biologie standard	87 (45,8)	137 (80,6)	224 (62,2)
Radiographie standard	101 (53,1)	52 (30,6)	153 (42,5)
Échographie / Scanner	15 (7,9)	98 (57,6)	113 (31,4)
Suture / Plâtre / Attelle	64 (33,6)	6 (3,5)	70 (19,4)

Parmi les 190 cas non urgents, 100 % ont reçu une injection ou perfusion IV. Les examens de biologie standard ont concerné 45,8 % des patients, tandis que les radiographies standard ont été réalisées chez 53,1 % d'entre eux. Les échographies ou scanners n'ont été effectués que chez 7,9 % des cas non urgents. Enfin, 33,6 % ont bénéficié d'un geste de suture, plâtre ou attelle.

Tableau XVII: Répartition des patients selon l'issue de passage (n=360)

Variable	n	%
Issue de passage		
Observation < 6h	231	64,2
Retour à domicile	176	48,9
Hospitalisation	160	44,4
Observation ≥ 6h	116	32,2
Décès au SAU	19	5,3
Transfert vers un autre hôpital	9	2,5

Dans 64,2% des cas, les patients ont été observé pendant moins de 6 heures.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon l'état du service à l'arrivée des patients

Variable	n	%
Etat du service		
Calme	174	48,3
Modérément encombré	182	50,6
Très encombré	4	1,1
Total	360	100,0

Le service était modérément encombré dans 50,6% des cas.

Tableau XIX: Répartition des patients selon que le personnel soignant soit débordé

Variable	n	%
Personnel débordé		
Non	293	81,4
Oui	67	18,6
Total	360	100,0

Dans 18,6% des cas, le personnel était débordé.

Tableau XX: Répartition des patients selon le ralentissement de la prise en charge

Variable	n	%
Ralentissement de la prise en charge		
Non	276	76,7
Oui	84	23,3
Total	360	100,0

Dans 23,3% des cas, la prise en charge était ralentie.

Tableau XXI: Répartition des patients selon que le personnel ait reçu l'information sur le niveau de priorité

Variable	n	%
Information reçu		
Non	190	52,8
Oui	170	47,2
Total	360	100,0

Dans 52,8% des cas, l'information n'avait été reçu.

Tableau XXII: Répartition des patients selon que la satisfaction globale

Variable	n	%
Satisfaction globale		
Non satisfait	83	23,1
Satisfait	277	76,9
Total	360	100,0

Dans 76,9% des cas, les patients étaient satisfaits.

6.4 Connaissance et avis sur les services de santé externe

Tableau XXIII: Répartition des patients selon la notion de consultation dans un autre centre de santé

Variable	n	%
Consultation antérieure		
Non	267	74,2
Oui	93	25,8
Total	360	100,0

Dans 79,2% des cas, les patients ont eu a consulté dans un autre centre de santé

Tableau XXIV: Répartition des patients selon les raisons de venu au SAU

Variable	n	%
Raisons		
Proximité	226	62,8
Crainte de l'aggravation	89	24,7
Reference	60	16,7
Pas de RDV nécessaire	4	1,1

La proximité a été représenté dans 62,8% des cas.

Tableau XXV: Répartition des patients selon la personne les ayant conseillés de venir en consultation

Variable	n	%
Conseil		
Soignant	215	59,7
Membre de la famille	123	34,2
Décision personnelle	22	6,1
Total	360	100,0

La décision de venir au SAU était dans 59,7% des cas motivé par le conseil du soignant.

Tableau XXVI: Répartition des patients selon la connaissance du CSCOM ou du CSREF le plus proche

Variable	n	%
Connaissance		
Non	136	37,8
Oui	224	62,2
Total	360	100,0

Près de 62,2% des patients avaient connaissance du CSCOM ou du CSREF le plus proche

Tableau XXVII: Répartition des patients selon le fait d'avoir déjà consulté pour le même problème dans le CSCOM ou le CSREF

Variable	n	%
Notion de consultation au CSCOM ou CSREF		
Non	166	74,1
Oui	58	25,9
Total	224	100,0

Dans 25,9% des cas, les patients ont eu a consulté dans un CSCOM ou un CSREF pour le même problème

Tableau XXVIII: Perception de la confiance accordée aux structures de santé primaires par les patients

Variable	n	%
Niveau de confiance		
Totalement confiance	205	91,5
Peu confiance	19	8,5
Total	224	100,0

Dans 91,5% des cas, les patients avaient totalement confiance aux structures de santé primaires.

6.5 Les facteurs de la consultation non urgente

Tableau XXIX: Facteurs associés à la survenue de cas non urgent

Catégorie	Non urgent	Urgent	OR (IC95%)	p
Sexe				
Femme	69	71	1,26 [0,82–1,92]	0,290
Homme (Réf.)	121	99	(Réf.)	
Tranche d'âge				
< 15 ans	20	7	0,17 [0,06–0,48]	0,001
15–30 ans	75	46	0,31 [0,16–0,58]	0,000
30–45 ans	48	38	0,40 [0,20–0,77]	0,006
45–60 ans	25	35	0,70 [0,34–1,45]	0,335
> 60 ans (Réf.)	22	44	(Réf.)	
Moyen de transport				
Taxi	45	67	2,36 [1,47–3,79]	0,000
Véhicule personnel	22	26	1,87 [0,99–3,53]	0,053
Moto	1	0	0,53 [0,02–13,10]	0,696
Ambulance (Réf.)	122	77	(Réf.)	
Parametre vital				
Non	177	106	0,12 [0,06–0,23]	0,000
Oui (Réf.)	13	64	(Réf.)	
Traumatisme				
Non	41	91	4,19 [2,65–6,62]	0,000

Oui (Réf.)	149	79	(Réf.)	
Conseil				
Décision personnelle	7	15	3,15 [1,23–8,05]	0,016
Membre de la famille	55	68	1,82 [1,16–2,85]	0,009
Soignant (Réf.)	128	87	(Réf.)	
Connaissance du CSCOM				
Non	78	58	0,74 [0,48–1,14]	0,176
Oui (Réf.)	112	112	(Réf.)	
Raisons				
Proximité	143	83	0,71 [0,40–1,26]	0,243
Crainte de l'aggravation	21	68	3,96 [1,95–8,02]	0,000
Pas de RDV nécessaire	2	2	1,22 [0,16–9,26]	0,846
Référence (Réf.)	33	27	(Réf.)	

L'analyse montre que plusieurs variables présentent une association statistiquement significative avec le caractère non urgent des passages au SAU. Les tranches d'âge inférieures à 45 ans sont moins susceptibles d'être classées urgentes comparativement à celles de plus de 60 ans : <15 ans (OR = 0,17 ; IC95% : 0,06–0,48 ; p = 0,001), 15–30 ans (OR = 0,31 ; IC95% : 0,16–0,58 ; p < 0,001) et 30–45 ans (OR = 0,40 ; IC95% : 0,20–0,77 ; p = 0,006). Le moyen de transport apparaît également déterminant, les patients venus en taxi étant plus souvent non urgents (OR = 2,36 ; IC95% : 1,47–3,79 ; p < 0,001). L'absence de paramètres vitaux critiques est significativement associée au caractère non urgent (OR = 0,12 ; IC95% : 0,06–0,23 ; p < 0,001). Les patients sans traumatisme présentent un risque plus élevé d'être non urgents (OR = 4,19 ; IC95% : 2,65–6,62 ; p < 0,001). Par ailleurs, la décision de consulter prise par le patient lui-même (OR = 3,15 ; IC95% : 1,23–8,05 ; p = 0,016) ou sur conseil familial (OR = 1,82 ; IC95% : 1,16–2,85 ; p = 0,009) est significativement liée aux cas non urgents, tout comme la crainte d'une aggravation (OR = 3,96 ; IC95% : 1,95–8,02 ; p < 0,001).

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

7 Commentaires et discussions

7.1 Proportion des cas non urgents et profil associé

La proportion de cas non urgents observée dans notre étude, estimée à 52,7 % des passages (190/360) selon la classification CCMU, montre qu'un patient sur deux ne relève pas d'une prise en charge urgente au sens strict. Ce niveau est particulièrement élevé et traduit une sollicitation massive du SAU pour des situations pouvant potentiellement être gérées en première ligne. En comparaison, O'Keeffe, à partir de plus de 3,6 millions de premières consultations en Angleterre, estimait la proportion de consultations non urgentes à 15,1 %, tandis qu'Alnasser, en Arabie saoudite, rapportait 61,4 % de visites classées peu urgentes ou non urgentes [13,18]. Berraho retrouvait pour sa part 30,7 % de consultations jugées non appropriées dans un hôpital provincial marocain [19]. Les écarts importants entre ces proportions traduisent avant tout des différences de définition, de méthodes de triage et de contexte d'organisation des soins. Néanmoins, la convergence des travaux qui identifient une proportion non négligeable de recours non urgents confirme que notre résultat s'inscrit dans une problématique globale d'utilisation inappropriée des services d'urgence. Dans notre contexte, l'ampleur de ces cas non urgents constitue un facteur majeur de surcharge du SAU et renforce la nécessité de dispositifs de régulation et d'orientation, en lien avec les structures de soins primaires.

7.2 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

La prédominance masculine observée dans notre série (61,1 %, sex-ratio 1,5) montre que les hommes consultent plus fréquemment le SAU pour des situations classées urgentes ou non urgentes. Cette sur-représentation peut être interprétée comme le reflet d'une plus grande exposition des hommes aux traumatismes routiers, professionnels et aux violences, particulièrement en milieu urbain africain. Des travaux menés au SAU du CHU Gabriel Touré ont également rapporté une prédominance masculine marquée (sex-ratio 2,37), ce qui confirme le rôle majeur des profils masculins dans la fréquentation des urgences dans ce contexte [13]. De même, Berraho au Maroc retrouvait une légère surreprésentation féminine parmi les consultations non appropriées, mais sans différence significative de sexe entre consultations appropriées et non appropriées [18]. Ces similitudes et nuances suggèrent que, si le sexe n'est pas toujours un facteur déterminant de l'inappropriation" du recours, le poids des hommes dans les flux d'urgences reste important dans les contextes à forte charge traumatique. Au total, ce profil masculin dominant plaide pour des stratégies de prévention ciblant prioritairement les

comportements à risque de la population masculine jeune (sécurité routière, violence, accidents de travail).

L'âge moyen de 39,95 ans, avec une forte représentation de la tranche 15–30 ans (33,6 %), montre que les urgences, y compris les passages non urgents, concernent avant tout une population adulte jeune et active. Ce profil est cohérent avec les données du SAU du CHU Gabriel Touré, où Abdoulhamidou rapporte un âge moyen de 38,5 ans, avec une part non négligeable d'enfants mais une majorité d'adultes [13]. Dans l'étude de O'Keeffe en Angleterre, les consultations non urgentes étaient plus fréquentes chez les sujets de 16–44 ans, avec des odds ratios significativement plus élevés par rapport aux plus de 65 ans [6]. Cette concordance renforce l'idée que les jeunes adultes recourent volontiers au SAU pour des motifs variés, pas toujours urgents, en raison de leur forte mobilité, de la fréquence des traumatismes et parfois d'une préférence pour l'accès direct à un plateau technique. Ce constat souligne l'importance de renforcer l'éducation sanitaire et l'orientation de cette tranche d'âge vers des filières de soins adaptées (médecine de premier recours, consultations non programmées).

La forte proportion de patients bénéficiant d'une couverture santé, essentiellement via l'AMO (79,4 %), montre que la majorité des consultants dispose d'un mécanisme de protection sociale. Sur le plan interprétatif, cette situation peut favoriser le recours au SAU, les barrières financières directes étant partiellement levées. Berraho au Maroc observait déjà une proportion plus élevée de couverture sociale chez les consultants non appropriés que chez les appropriés, suggérant que la possession d'une assurance peut encourager un recours en dehors des circuits habituels de soins primaires [18]. De même, Oularé à Conakry rapportait que près de 90 % des enquêtés dans une clinique privée disposaient d'une assurance sociale [19]. Ces convergences suggèrent que, dans les contextes où une partie de la population est couverte, l'assurance ne se traduit pas nécessairement par une meilleure utilisation de la filière de soins, mais peut au contraire favoriser le choix de structures de niveau supérieur, perçues comme plus "sûres". Cette observation plaide pour un travail d'information et de régulation orientant les assurés vers les structures de premier recours, lorsque cela est médicalement justifié.

Le recours prioritaire à l'ambulance (55,3 %), suivi du taxi (31,1 %), montre que plus de la moitié des patients arrivent via un moyen de transport médicalisé, indépendamment du caractère urgent ou non de leur situation. Une telle utilisation massive de l'ambulance peut être comprise comme le reflet à la fois de la gravité réelle d'une partie des cas, mais aussi d'un éventuel détournement de cette ressource pour des cas non urgents. Dans l'étude

d'Abdoulhamidou, une part importante des patients arrivait également par des moyens organisés ou référés, dans un contexte de surpeuplement et de flux complexes [6]. À l'inverse, Alnasser en Arabie saoudite souligne que les consultations non urgentes reposent largement sur un accès autonome des patients, souvent en dehors de circuits médicalisés [13]. Ces différences témoignent de l'influence des organisations préhospitalières sur les flux d'urgences. Dans notre contexte, l'utilisation fréquente de l'ambulance pour des cas non urgents peut contribuer à saturer les capacités de transport médical et appelle à une meilleure régulation des indications de transfert.

La quasi-totalité des patients était accompagnée (91,4 %), ce qui traduit la place centrale de la famille dans le parcours de soins et l'importance du soutien social au moment de la consultation. Cette forte présence d'accompagnants peut faciliter la prise de décision (par exemple en encourageant le recours au SAU) mais aussi alourdir la charge logistique dans un service déjà encombré (occupation de l'espace, échanges multiples avec les soignants). Oularé rapporte également une participation importante des accompagnants dans l'enquête de satisfaction en Guinée, les proches étant directement impliqués dans l'évaluation de la qualité de l'accueil [20]. La convergence de ces données souligne la nécessité d'intégrer explicitement les accompagnants dans les stratégies d'information et d'orientation, afin qu'ils deviennent des relais de bon usage des urgences plutôt que des vecteurs supplémentaires d'engorgement.

L'absence d'orientation préalable dans 73,1 % des cas, les patients venant directement au SAU sans passer par un CSCom ou un CSRéf, montre que le service d'urgences est souvent utilisé comme porte d'entrée directe dans le système de soins. Sur le plan interprétatif, cela traduit à la fois la perception du SAU comme structure de référence et une certaine méfiance ou méconnaissance des capacités des structures de premier recours. Berraho avait déjà souligné que les consultations non appropriées aux urgences étaient souvent liées à des motifs qui auraient pu être pris en charge en soins primaires, en particulier lorsque les symptômes évoluaient depuis plusieurs jours [19]. Le recours direct, sans filtrage, contribue mécaniquement à l'augmentation des cas non urgents et donc au surpeuplement. Cette situation renforce la nécessité de renforcer les mécanismes d'orientation (réseaux de référence, triage préhospitalier, communication entre niveaux de soins).

Sur le plan clinique, la majorité des patients présentaient des paramètres vitaux dans les normes à l'admission : température, fréquence cardiaque, pression artérielle et fréquence respiratoire étaient globalement rassurantes, avec seulement 21,4 % de paramètres vitaux critiques et 89,2

% de scores de Glasgow entre 13 et 15. Cette prédominance de patients hemodynamiquement stables suggère que, bien que le SAU reçoive une forte proportion de traumatismes (63,3 %), une partie importante de la demande ne correspond pas à des urgences vitales immédiates. O'Keeffe, à partir de données de grande ampleur, montre également que les consultations non urgentes concernent majoritairement des patients jeunes, cliniquement stables, pouvant être gérés dans d'autres structures [18]. De même, Alnasser souligne que la plupart des visites non urgentes ne nécessitent ni admission ni prise en charge lourde [13]. L'accord entre ces résultats renforce l'idée qu'une fraction significative des passages au SAU dans notre contexte correspond à des situations où la dimension clinique immédiate ne justifie pas un recours au niveau tertiaire. Cela invite à mieux utiliser les outils de triage pour rediriger vers des circuits adaptés les patients stables, afin de préserver les ressources pour les urgences vitales.

Enfin, la structure des motifs d'admission, dominée par les accidents de la voie publique (41,7 %) et les traumatismes balistiques (13,9 %), confirme le poids majeur de la traumatologie et de la violence dans l'activité du SAU. Cette situation est cohérente avec les observations d'Abdoulhamidou qui décrivent une forte proportion de traumatismes et de pathologies médico-chirurgicales graves dans le flux des urgences du CHU Gabriel Touré [6]. Cette spécificité contextuelle explique en partie la coexistence, dans notre série, d'un volume élevé de traumatismes graves et d'un nombre important de cas non urgents, ce qui rend la gestion des flux particulièrement complexe. Elle justifie des politiques ciblées de prévention routière et de lutte contre les violences, en parallèle d'une réflexion sur l'orientation des patients pour les motifs non traumatiques.

7.3 Paramètres cliniques

L'analyse des facteurs cliniques associés montre que l'absence de paramètres vitaux critiques est fortement liée au caractère non urgent, tandis que la présence d'un traumatisme est plutôt associée aux situations urgentes. En effet, les cas sans paramètre vital critique présentent un odds ratio de 0,12 par rapport aux situations avec paramètre critique, traduisant un profil nettement plus stable, alors que l'absence de traumatisme est associée à une probabilité plus élevée de cas non urgent (OR = 4,19). Ces résultats confirment que les passages non urgents concernent majoritairement des patients cliniquement stables et non traumatiques, pour lesquels une prise en charge en consultation ou en structure de premier recours aurait souvent été possible. O'Keeffe rapporte également que les consultations non urgentes impliquent plus fréquemment des patients jeunes, sans signe de gravité immédiate, tandis que les grandes

urgences sont concentrées chez les sujets âgés ou polypathologiques [18]. Dans la même logique, Alnasser insiste sur le fait que la majorité des visites non urgentes ne nécessite ni hospitalisation ni intervention lourde [13]. La cohérence de ces résultats avec les nôtres suggère que le triage basé sur les paramètres vitaux et le mécanisme lésionnel est un outil pertinent pour identifier les cas transférables vers d'autres filières. La conclusion pratique est que le renforcement des procédures de triage et la mise en place de circuits alternatifs pour les patients stables pourraient contribuer à réduire significativement la charge non urgente pesant sur le SAU.

Sur le plan sociodémographique, l'analyse bivariée montre que les tranches d'âge inférieures à 45 ans sont moins susceptibles d'être classées urgentes que les sujets de plus de 60 ans, ce qui revient à dire qu'elles sont proportionnellement plus représentées parmi les non urgents. Ce gradient d'âge, très net pour les moins de 30 ans, rejoint les observations d'O'Keeffe, qui retrouvait des odds ratios plus élevés de consultation non urgente chez les 16–44 ans comparés aux plus âgés [18]. Dans notre série, ce profil est renforcé par le mode d'arrivée : les patients non urgents viennent plus fréquemment en taxi, avec un odds ratio de 2,36 par rapport aux arrivées en ambulance. Ces deux éléments convergent pour dessiner le portrait type du consultant non urgent : adulte jeune, cliniquement stable, se présentant de manière autonome ou semi-autonome, sans recours systématique aux dispositifs médicalisés de transport. À l'inverse, les urgences véritables semblent davantage concentrées chez les sujets plus âgés ou polytraumatisés, arrivant en ambulance. Ces résultats suggèrent que les messages de sensibilisation sur le bon usage des urgences devraient cibler en priorité les jeunes adultes se déplaçant par leurs propres moyens, en insistant sur les alternatives disponibles (CSCoM, CSRéf, consultations programmées).

7.4 Conséquences sur le fonctionnement du service

Dans notre série, les délais entre l'arrivée et le tri ($5,9 \pm 2,9$ minutes, avec 95,0 % des patients triés en moins de 10 minutes) et entre l'arrivée et l'évaluation clinique ($12,5 \pm 8,7$ minutes) restent globalement courts, alors que le délai moyen entre l'arrivée et la décision d'issue s'élève à $128,5 \pm 75,1$ minutes, avec près de 87,0 % des patients restant plus d'une heure avant la décision finale. Cette configuration traduit un dispositif de triage initial relativement performant, mais une prise de décision en aval ralentie, en lien probable avec la demande élevée, la durée des examens complémentaires et les difficultés d'orientation vers les unités d'hospitalisation. À l'échelle du même hôpital, Abdoulhamidou et al. rapportent un taux d'occupation des lits de 108 % au SAU et une durée moyenne de séjour de 63,6 heures, pouvant

atteindre 45 jours, illustrant un engorgement chronique et des délais très prolongés pour la mutation intra-hospitalière [6].

La consommation importante de ressources diagnostiques et thérapeutiques observée dans notre étude injections ou perfusions intraveineuses dans 98,9 % des cas, biologie standard dans 62,2 %, radiographie dans 42,5 % et échographie ou scanner dans 31,4 % – témoigne d'un niveau élevé de médicalisation des passages, y compris pour une partie des cas non urgents. Sur le plan interprétatif, ces chiffres traduisent une prise en charge centrée sur la sécurité, cherchant à exclure les diagnostics graves mais au prix d'une mobilisation intensive du plateau technique. Alnasser et al., dans un centre universitaire saoudien où 61,4 % des 30 737 passages étaient classés peu urgents ou non urgents, rapportent que ces visites aboutissaient dans plus de 90 % des cas à une prescription médicamenteuse, dans 62,8 % à des examens biologiques et dans 3,6 % à des examens radiologiques, montrant que les cas non urgents restent fortement consommateurs de ressources [13]. Leite, à partir d'études de cas dans deux services d'urgences brésiliens, identifie également, parmi les effets négatifs des patients non urgents, une utilisation accrue des ressources et l'occupation de box qui pourraient être réservés aux cas graves [21]. La similitude de ces observations avec nos résultats laisse penser que la "sur-médicalisation" des patients stables est un phénomène répandu, alimenté par la crainte de méconnaître une pathologie grave et par les attentes des usagers. Pour notre contexte, cela souligne l'intérêt d'élaborer des protocoles de prise en charge spécifiques aux cas non urgents, afin de limiter les examens coûteux et de préserver la capacité des plateaux techniques pour les urgences vitales.

L'analyse de l'issue des passages montre que 64,2 % des patients sont observés moins de 6 heures, 32,2 % plus de 6 heures, près de la moitié retournent à domicile (48,9 %) et 44,4 % sont hospitalisés, tandis que 5,3 % décèdent au SAU et 2,5 % sont transférés. Cette distribution confirme que le SAU joue un rôle à la fois de structure d'observation de courte durée et de porte d'entrée vers l'hospitalisation, avec une part non négligeable de séjours courts se soldant par un retour à domicile. Dans l'étude d'Alnasser, la majorité des visites non urgentes se concluaient par une prise en charge ambulatoire, sans nécessité d'hospitalisation [13], ce qui rejoint l'idée que de nombreux patients stables pourraient être pris en charge en amont, hors du SAU. Abdoulhamidou et al. soulignent par ailleurs que plus d'un quart des motifs de retard de mutation intra-hospitalière sont liés à la nécessité de soins particuliers ou d'une surveillance spécifique, non réalisables en hospitalisation conventionnelle [6]. L'ensemble de ces résultats suggère que, dans notre série, certaines hospitalisations et observations prolongées concernent

probablement des cas cliniquement stabilisés, mais maintenus au SAU faute de lit adapté en aval ou de filière ambulatoire organisée. La conclusion opérationnelle est qu'une meilleure structuration des circuits d'orientation (unités d'observation dédiées, hôpitaux de jour, consultations rapides) pourrait réduire la durée de séjour au SAU et libérer plus rapidement des capacités pour les urgences graves.

S'agissant de la charge de travail, le service était jugé "modérément encombré" dans 50,6 % des cas, "calme" dans 48,3 % et "très encombré" dans 1,1 %, tandis que le personnel se déclarait débordé dans 18,6 % des situations et qu'un ralentissement de la prise en charge était rapporté dans 23,3 % des cas. Ces données traduisent un niveau de tension quasi permanent, avec un ressenti de surcharge non négligeable chez les soignants. Traoré et al. notent également que la combinaison d'un temps de passage long et de taux d'occupation en permanence supérieurs à 100 % aboutit à une accumulation de patients présents simultanément au SAU, favorisant l'encombrement, les risques d'erreur et le burn-out des équipes [22]. Sur un plan plus global, O'Keeffe et al. rappellent que les patients non urgents contribuent à la surfréquentation, au crowding et à l'allongement des temps d'attente dans les services d'urgences [18], tandis que Leite identifie parmi les "aspects négatifs" des non urgents les temps d'attente excessifs, la détérioration de la relation soignants-patients et la surcharge du personnel [21]. La concordance entre ces travaux et nos résultats renforce l'hypothèse selon laquelle la forte proportion de cas non urgents dans notre série aggrave un surpeuplement déjà alimenté par les traumatismes graves et les urgences vitales. En pratique, la régulation de ces flux non urgents apparaît comme un levier central pour réduire le ralentissement de la prise en charge et préserver la santé au travail des équipes.

Enfin, sur le plan de la communication et de la perception des soins, le personnel déclarait ne pas avoir reçu l'information sur le niveau de priorité du patient dans 52,8 % des cas, alors que 76,9 % des patients se disaient globalement satisfaits de leur prise en charge. Ce décalage entre une traçabilité interne imparfaite du triage et un haut niveau de satisfaction apparente suggère que les usagers évaluent surtout l'accueil, la rapidité du premier contact et le fait d'avoir été "pris en charge", davantage que la fluidité interne des circuits décisionnels. Dans un autre contexte africain, Oularé et al. rapportent un taux de satisfaction de 94 % vis-à-vis de l'accueil, fortement lié à la courtoisie des agents (96 %), à la brièveté des formalités administratives (90 %) et à la confidentialité (98 %) ; chez les non satisfaits, la principale plainte concernait la longueur du temps d'attente [20]. Cette proximité des déterminants de satisfaction avec ceux observés dans notre étude suggère que, même en situation de tension, la qualité de la relation

soignant-soigné et la réduction des délais perçus restent des enjeux majeurs. Néanmoins, la faiblesse de la circulation de l'information sur le niveau de priorité pourrait fragiliser la sécurité des soins, en particulier lorsque le service est encombré. La conclusion est que le maintien d'une satisfaction élevée doit s'accompagner d'une amélioration des outils de triage, de la traçabilité et du partage de l'information entre acteurs, afin de concilier perception positive des patients et robustesse du fonctionnement interne du SAU.

7.5 Facteurs à la consultation non urgente

Les dimensions comportementales et décisionnelles identifiées dans notre étude apportent un éclairage complémentaire sur les déterminants des cas non urgents. Le fait que la décision de consulter soit prise par le patient lui-même (OR = 3,15) ou sur conseil d'un membre de la famille (OR = 1,82) est significativement associé au caractère non urgent, par rapport aux situations où la consultation est motivée par un soignant. De même, la crainte d'une aggravation est plus souvent rapportée par les patients non urgents (OR = 3,96 versus les références), ce qui montre que la perception subjective du risque joue un rôle majeur dans le recours au SAU. Ces résultats font écho aux analyses de Leite, qui montre que les non-urgents se caractérisent par une forte dimension de demande "non programmée", liée à la recherche de sécurité, à la peur de la complication et à la perception du SAU comme lieu de soins plus fiable [21]. Berraho souligne aussi que la non-appropriation des consultations est souvent liée au délai d'évolution des symptômes et à l'absence d'urgence objective malgré le ressenti du patient [19]. La similitude de ces observations suggère que l'inadéquation ne relève pas seulement de facteurs structurels, mais aussi de représentations sociales et de stratégies individuelles de gestion du risque. En pratique, cela milite pour des interventions combinant éducation du public, information sur les filières de soins et meilleure communication entre soignants et patients sur les signes de gravité justifiant un recours urgent

CONCLUSION

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'évaluer le retentissement organisationnel des cas non urgents au SAU du CHU de Kati. Elle met en évidence que ces passages concernent majoritairement des adultes jeunes, souvent couverts par une assurance maladie, se présentant le plus souvent accompagnés et arrivant par des moyens de transport variés, sans orientation préalable structurée. La proportion de cas non urgents apparaît importante parmi l'ensemble des passages, montrant que le SAU est largement utilisé comme porte d'entrée directe dans le système de soins. Ces consultations ont un impact tangible sur le fonctionnement du service, en contribuant à la charge de travail, à la consommation de ressources diagnostiques et thérapeutiques, ainsi qu'à l'allongement du parcours jusqu'à la décision d'issue, malgré un tri initial rapide. L'analyse met en évidence plusieurs facteurs associés aux consultations non urgentes, notamment l'âge, le mode d'accès, la stabilité clinique et les déterminants décisionnels et contextuels. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la régulation des flux et l'articulation avec les structures de premier recours afin d'optimiser le fonctionnement du SAU.

RECOMMANDATIONS

8 Recommandations

Aux Ministère de la santé

- Renforcer les soins de première ligne (CSCOM, CSREF) afin de limiter le recours inapproprié aux urgences.
- Mettre en œuvre des actions de sensibilisation communautaire sur l'utilisation adéquate des services d'urgence.

À l'administration du CHU de Kati

- Mettre en place un circuit spécifique pour les cas non urgents afin de désengorger le SAU.
- Améliorer la coordination entre le SAU et les services d'aval pour réduire les délais de prise en charge.

Au Service d'Accueil des Urgences

- Renforcer la formation continue du personnel sur la gestion des flux et la communication avec les patients.
- Appliquer rigoureusement un système de triage infirmier structuré à l'admission (ex. CCMU ou équivalent).

Aux structures de santé périphériques

- Améliorer la prise en charge des pathologies bénignes et chroniques stables.
- Renforcer le système de référence et contre-référence.

À la population

- Donner une meilleure information santé à la population pour qu'elles sachent mieux réagir face aux urgences.

REFERENCES

9 Références

1. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*. 2008;52(2):126-36.
2. Carret ML, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(1):7-28.
3. Pitts SR, Carrier ER, Rich EC, Kellermann AL. National study of non-urgent emergency department visits and associated resource utilization, 2006–2009. *Annals of Emergency Medicine*. 2013;62(2):144-51.
4. NHS England. Urgent and Emergency Care Review: End-to-End Report [Internet]. London: Department of Health; 2013 [cité 13 juill 2025] p. 23. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/2013/11/urgent-emergency-care-review/>
5. Brits H, Wallis LA, Thompson ML, Myers JE. Emergency care visits at a South African district hospital: implications for quality improvement. *South African Medical Journal*. 2024;114(2):134-40.
6. Abdoulhamidou A, Diop MT, Mangane M, Dèmebe S, Coulibaly M, Sogoba Y. Management of overcrowding in the Emergency Department of University Hospital Gabriel Touré, Bamako, Mali. *Pan African Medical Journal*. 2022;41(1-10):4.
7. Qureshi N. Triage systems: a review of the literature with reference to Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2010;16(6).
8. Yancey CC, O'Rourke MC. Emergency Department Triage. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 19 nov 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>
9. McIntyre A, Janzen S, Shepherd L, Kerr M, Booth R. An integrative review of adult patient-reported reasons for non-urgent use of the emergency department. *BMC Nursing*. 30 mars 2023;22(1):85.
10. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review. *Healthcare (Basel)*. 25 août 2022;10(9):1625.
11. Pearce S, Marchand T, Shannon T, Ganshorn H, Lang E. Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures causes, and harms. *Intern Emerg Med*. juin 2023;18(4):1137-58.

12. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 9 oct 2019;9(10):e030927.
13. Alnasser S, Alharbi M, AAlibrahim A, Aal Ibrahim A, Kentab O, Alassaf W, et al. Analysis of Emergency Department Use by Non-Urgent Patients and Their Visit Characteristics at an Academic Center. *Int J Gen Med*. 2023;16:221-32.
14. Fagbiye AA, Egenasi CK, Steinberg WJ, Benedict MO, Habib T, van Rooyen FC. Characteristics and reasons non-urgent self-referred patients visit the emergency department in Kimberley, South Africa. *Health SA*. 2025;30:3015.
15. Al-Otmy SS, Abduljabbar AZ, Al-Raddadi RM, Farahat F. Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care centre, western Saudi Arabia: cross-sectional study. *BMJ Open*. 6 oct 2020;10(10):e035951.
16. Becker J, Dell A, Jenkins L, Sayed R. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. *South African Medical Journal*. 2012;102(10):800-1.
17. Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences : Définition et reproductibilité: Association Pour La Recherche Aux Urgences. *Réanimation Urgences*. 1 janv 1994;3(5):573-8.
18. O'Keeffe C, Mason S, Jacques R, Nicholl J. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): a retrospective analysis of routine ED data. *PloS one*. 2018;13(2):e0192855.
19. Berraho M, Boly A, Tachfouti N, Elmajjaoui A, Nejari C. Les consultations non appropriées aux services des urgences: étude dans un hôpital provincial au Maroc. *Pratiques et organisation des soins*. 2012;43(3):197-204.
20. Oularé F, Loua JBD, Ouedraogo M, Koudougou M, Coulibaly O, Camara S, et al. Enquête de Satisfaction des Patients au Service d'Accueil de la Clinique Ambroise Paré de Conakry, Guinée: Patient Satisfaction Survey at the Ambroise Paré Clinic, Conakry, Guinea. *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*. 2024;2(11):22-7.
21. Leite H. The impact of non-urgent patients in emergency departments' operations. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 2021;38(4):932-54.
22. TRAORE Y, DIALLO HA, BAGORO D. MANAGEMENT LOGISTIQUE DES FLUX DES PATIENTS AU SERVICE ACCUEIL DES URGENCES (SAU) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GABRIEL TOURE: REALITES ET PERSPECTIVES. *Revue Malienne de Science et de Technologie*. 2020;1(24):71-90.

ANNEXES

10 ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A. IDENTIFICATION & TRIAGE MÉDICO-ADMINISTRATIF

1. N° enregistrement SAU : _____
2. Date / Heure d'arrivée (aaaa-mm-jj hh:mm) : ____ / ____ / 2025 ____ h ____
3. Sexe : ☐ H ☐ F Âge : _____ ans
4. Heure triage : ____ h ____ Catégorie CCMU (entourer) : P 1 2 3 4 5
5. Paramètre vital critique ? ☐ Oui ☐ Non Traumatisme ? ☐ Oui ☐ Non
6. Température : _____ °C Fréquence cardiaque : _____ bpm
7. Tension artérielle : _____ / _____ mmHg
8. FR : _____ GCS (si besoin) : _____ / 15

B. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

6. Commune / Village : _____
7. Profession : _____
8. Couverture santé : ☐ AMO ☐ RAMED ☐ Privée ☐ Aucune

C. MODE D'ACCÈS & MOTIF INITIAL

9. Mode d'arrivée : ☐ Ambulance ☐ Taxi ☐ Moto ☐ À pied ☐ Autre : _____ à préciser
10. Patient accompagné ? ☐ Oui ☐ Non
11. Motif principal déclaré : _____
12. Orientation préalable : ☐ Médecin traitant ☐ CSCom ☐ Aucune ☐ Autre : _____ à préciser

D. CHRONOLOGIE & RESSOURCES CONSOMMÉES

- Arrivée SAU : ____ h ____ Triage terminé : ____ h ____
- 1^{re} évaluation médicale : ____ h ____
- Décision d'issue : ____ h ____ Sortie effective : ____ h ____

Examens / Actes réalisés (cocher) :

- ☐ Biologie standard
- ☐ Radiographie standard
- ☐ Échographie / Scanner
- ☐ Suture / Plâtre / Attelle
- ☐ Injection / Perfusion IV
- ☐ Médication orale simple

E. ISSUE DU PASSAGE

13. ☐ Retour domicile ☐ Observation < 6 h ☐ Hospitalisation – Service : _____
- ☐ Transfert autre hôpital ☐ Décès au SAU

F. IMPACT PERÇU SUR LE FONCTIONNEMENT DU SAU (OS3)

- Temps d'attente : ☐ <30min ☐ 30–60min ☐ >1h
- État du service à l'arrivée : ☐ Calme ☐ Modérément encombré ☐ Très encombré
- Personnel débordé ? ☐ Oui ☐ Non
- Autres patients graves en attente prolongée ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- Prise en charge ralentie ? ☐ Oui ☐ Non
- Information sur votre niveau de priorité ? ☐ Oui ☐ Non
- Satisfaction globale ? ☐ Oui ☐ Non
- Accès immédiat aux examens ou traitements ? ☐ Oui ☐ Non

G. FACTEURS ASSOCIÉS À LA VENUE NON URGENTE

- Avez-vous consulté ailleurs avant de venir ici ? ☐ Oui (lieu: _____) ☐ Non
- Pourquoi êtes-vous venu(e) directement au SAU ?
- ☐ Ouvert 24h/24 ☐ Proximité ☐ Gratuité/coût réduit ☐ Pas de RDV/nécessaire ☐
- Crainte de l'aggravation ☐ Autre : _____ à préciser
- Qui vous a conseillé de venir ici ? ☐ Soignant ☐ Membre de la famille ☐ Autrui ☐ Décision personnelle
- Connaissez-vous le CSCOM/CSRef le plus proche de chez vous ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous déjà allé(e) pour ce genre de problème ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous confiance dans les soins offerts par les structures primaires ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Peu

Annexe 3 : FICHE SIGNALETIQUE

Prénom : Junior Marcel

Nom : DASSI

Titre de la thèse : Evaluation de la proportion des cas non urgents reçus au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Kati et de leur impact sur le fonctionnement du service en 2025

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'université Kankou Moussa

Secteur d'intérêt : Santé publique

Email : jdassi712@yahoo.fr

Introduction : Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) constituent une porte d'entrée essentielle du système hospitalier, mais sont de plus en plus sollicités pour des motifs ne relevant pas d'une urgence médicale réelle. Au Mali, peu d'études ont analysé l'ampleur et les effets des consultations non urgentes dans les SAU. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le retentissement organisationnel des cas non urgents au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Kati en 2025.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale à collecte prospective menée de juillet à décembre 2025 au SAU du CHU de Kati. La population d'étude est constituée de patients admis en urgence et capables de s'exprimer. La classification CCMU est utilisée pour distinguer les cas non urgents (CCMU 1–2) des urgences véritables (CCMU 3–5). Les données sont collectées à l'aide d'une fiche standardisée et analysées sous SPSS.

Résultats : La proportion de cas non urgents est de 52,7 %. Les patients sont majoritairement des hommes (61,1 %), avec un âge moyen de 39,9 ans. Les cas non urgents concernent principalement les patients de moins de 45 ans, ceux sans paramètres vitaux critiques et ceux sans traumatisme. Les consultations motivées par la crainte d'une aggravation ou une décision personnelle sont significativement associées aux passages non urgents. Sur le plan organisationnel, ces consultations mobilisent fortement les ressources, avec un recours fréquent aux injections, examens biologiques et radiologiques, et contribuent à un ralentissement de la prise en charge.

Conclusion : Les cas non urgents représentent plus de la moitié des passages au SAU du CHU de Kati et ont un impact notable sur le fonctionnement du service. Le renforcement des soins primaires, et l'éducation sanitaire apparaissent comme des leviers essentiels pour améliorer les soins d'urgence.

Mots-clés: Urgences hospitalières, consultations non urgentes, CCMU, organisation des soins, Mali

First name: Junior Marcel

Last name: DASSI

Thesis title: Evaluation of the proportion of non-urgent cases received at the Emergency Department of Kati University Hospital and their impact on service functioning in 2025

Academic year: 2024–2025

City of defence: Bamako

Country of origin: Mali

Place of submission: Library of Kankou Moussa University

Field of interest: Public Health

Email: jdassi712@yahoo.fr

Introduction: Emergency Departments (EDs) represent a key entry point to the hospital system; however, they are increasingly used for conditions that do not constitute true medical emergencies. In Mali, few studies have assessed the magnitude and consequences of non-urgent consultations in Emergency Departments. The main objective of this study is to assess the organisational impact of non-urgent cases at the Emergency Department of Kati University Hospital in 2025.

Methodology: This is a cross-sectional study with prospective data collection conducted from July to December 2025 at the Emergency Department of Kati University Hospital. The study population consists of patients admitted as emergencies and able to communicate. The Clinical Classification of Emergency Patients (CCMU) is used to distinguish non-urgent cases (CCMU 1–2) from true emergencies (CCMU 3–5). Data are collected using a standardised form and analysed using SPSS software.

Results: The proportion of non-urgent cases is 52.7%. Patients are predominantly male (61.1%), with a mean age of 39.9 years. Non-urgent cases mainly involve patients under 45 years of age, those without critical vital signs and those without trauma. Consultations motivated by fear of clinical deterioration or personal decision are significantly associated with non-urgent visits. From an organisational perspective, these consultations consume substantial resources, with frequent use of injections, laboratory tests and imaging, and contribute to delays in patient management.

Conclusion: Non-urgent cases account for more than half of Emergency Department visits at Kati University Hospital and have a significant impact on service functioning. Strengthening primary healthcare services and health education appear to be essential strategies to improve emergency care delivery.

Keywords: Hospital emergency care, non-urgent consultations, CCMU, healthcare organisation, Mali

SERMENT DE MEDECIN

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples
Je promets et je jure, au nom de Dieu, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!