Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 6 May 2025
Accepted, 7 November 2025
Published, 21 November 2025
https://www.revue-rasp.org
To cite: Sawadogo, M.P., et al. (2025). Retards dans les soins médicaux d'urgence : une étude transversale utilisant l'indice de gravité des urgences à l'hôpital régional de Kaya, au Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique,7(2), 247-257.* https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.18

Research

Retards dans les soins médicaux d'urgence : une étude transversale utilisant l'indice de gravité des urgences à l'hôpital régional de Kaya, au Burkina Faso

Delays in emergency medical care: a cross-sectional study using the emergency severity index at Kaya Regional Hospital, Burkina Faso

Pengdewendé Maurice SAWADOGO[1*], Makougnonhèa KPAMI[2], B. A. Rachid BADO[3], Abel T. KINDA[4], et Edgar OUANGRE[4]

[1]Direction de la Formation Supérieure en Sciences de Santé de l'École Nationale de santé Publique (ENSP) et Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso
[2]Direction Générale, Centre Médico-Chirurgical Morija, Kaya, Burkina Faso
[3]Service des Urgences Médicales, Centre Hospitalier Régional de Kaya, Kaya, Burkina Faso
[4]Direction Générale, ENSP, Ouagadougou, Burkina Faso

*** Correspondance** :Email : sawpmaurice2013@gmail.com ; Tel : +226 70 36 23 78 ;ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5874-369X

Résumé
Les urgences médicales requérant une prise en charge rapide pour éviter les décès et les complications graves chez les patients, cette étude évalue l'ampleur des retards et en identifie les facteurs favorisant dans les hôpitaux publics. C'est une étude transversale menée du 07 au 23 octobre 2024 auprès de 162 patients du service des urgences médicales du centre hospitalier régional de Kaya. L'indice de gravité des urgences (IGU) a servi à identifier les retards de prise en charge. Les tests de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis et de Chi-carré ont été appliqués au seuil de 5 %. Les résultats montrent que le délai médian de prise en charge était de 60 minutes (5-213 minutes). Aussi, 79% des patients ont été pris en charge tardivement. Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le retard et les caractéristiques sociodémographiques des patients. En revanche, l'ampleur des retards différait significativement (p=0,002) selon la sévérité des cas : 100% des cas les plus graves (degré 1 et 2) pris en charge en retard contre 8% des cas les moins graves (degré 5). Ces éléments ont été identifiés comme des facteurs de retard dans les soins médicaux d'urgence: absence de médicaments d'urgence dans le service, indisponibilité de kits d'urgence au dépôt et au prépaiement des soins. La mise à disposition des kits de médicaments d'urgence au service et l'instauration d'une prise en charge sans prépaiement constituent des leviers pour réduire les retards dans les soins médicaux d'urgence dans les hôpitaux publics.

Mots clés : urgences médicaux, retards, indice de gravité des urgences, hôpital public, Kaya

Abstract
Medical emergencies must be promptly treated to avoid death and serious complications. This study assessed the extent and factors contributing to the delayed care in public hospitals. This cross-sectional study was conducted from 07 to 23 October, 2024, involving 162 patients admitted to the medical emergency department of the regional hospital of Kaya. The Emergency Severity Index (ESI) scale was used to identify delays in care delivery. Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Chi-square tests were used, at the 5% threshold, to estimate the statistical significance of relationships between variables. The results showed that the median time to care provision was 60 min (5 -213 min). Additionally, 79% of patients experienced delays in their management. No significant link was found between the delay in care and patients' sociodemographic characteristics. On the other hand, the extent of delay differed significantly according to disease severity (p=0.002), with 100% of the most severe patients (grades 1 and 2) being managed late compared with 8% of the least severe cases (grade 5). The absence of emergency drugs available within the service, the absence of predefined emergency kits at the Essential and Generic Drugs deposit, and the payment system are factors contributing to the delay in care. Making emergency medicine kits available in the emergency department and introducing prepayment-free treatment would appear to be levers for reducing delays in treating medical emergencies in public hospitals.
Keywords: medical emergencies, delays, emergency severity index, public hospital, Kaya

1. Introduction

Dans les pays à faible revenus, les retards dans les soins d'urgence dans les hôpitaux publics sont fréquents mais l'ampleur du problème ainsi que les facteurs explicatifs demeurent peu explorés. Dans ces pays, les services d'urgence sont confrontés à une insuffisance d'organisation des services, un personnel insuffisant et/ou peu qualifié et un manque d'équipements qui contribuent à occasionner des retards dans les soins d'urgence (Beltrán Guzmán et al., 2019; Obermeyer et al., 2015; WHA72, 2019). Ces retards de prise en charge expliquent le taux élevé de mortalité dès l'admission à l'hôpital, comme le montre l'exemple du service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Mère-Enfant de Libreville (Gabon), où 98 % des décès surviennent au moment de l'admission. (ZANG et al., 2022).

Au Burkina Faso, Coulibaly et al., (2020) ont étudié les délais de prise en charge des urgences au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Yalgado OUEDRAOGO en 2015-2016. De leur côté, Méda et al., (2024) se sont intéressés aux délais de prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Sourou SANOU de Bobo-Dioulasso en 2021-2022. Ces études ont mis en évidence que la faible disponibilité des équipements, le manque de personnel et les insuffisances organisationnelles figurent parmi les principaux facteurs responsables des retards dans les soins d'urgence dans les hôpitaux publics au Burkina Faso (Coulibaly et al., 2020; Méda et al., 2024). Réalisées dans des hôpitaux universitaires de troisième niveau de soins, ces deux recherches n'ont toutefois pas estimé l'ampleur des retards de prise en charge en tenant compte de la gravité des cas reçus ; ce qui aurait permis une analyse plus fine et fourni une base objective pour orienter les politiques hospitalières.

En résumé, malgré la reconnaissance des retards existants dans les soins d'urgence, aucune étude (à notre connaissance), n'a quantifié l'ampleur des retards de prise en charge en fonction de la gravité des cas admis au Burkina Faso. Par ailleurs, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude analysant l'ampleur et les facteurs favorisant les retards dans les soins d'urgence au sein des hôpitaux régionaux du Burkina Faso dont l'organisation administrative et fonctionnelle diffère notablement de celle des centres hospitaliers tertiaires.

Cette étude vise à évaluer l'ampleur des retards de prise en charge des urgences médicales dans un hôpital régional public burkinabè du deuxième niveau de soins, en utilisant l'indice de gravité des urgences (IGU). Cet indice standardisé permet de mesurer si la prise en charge correspond aux délais recommandés selon la gravité de l'état du patient, offrant ainsi un outil pertinent pour juger de

l'efficacité des processus de soins d'urgence dans un contexte à ressources limitées (Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2012). Elle permet ainsi de produire des informations pouvant éclairer les interventions ciblées visant à améliorer la prestation des soins d'urgence. Les objectifs de cette étude sont d'analyser les délais de prise en charge des urgences médicales et d'identifier les facteurs contribuant à la survenue de ces retards.

2. Matériels et méthodes

2.1. Cadre et champ d'étude

L'étude a été conduite dans le service des urgences médicales (UM) du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Kaya. Le CHR de Kaya, structure sanitaire de référence de la région du Centre Nord est un hôpital du deuxième niveau de soins dans le système de santé du Burkina Faso. Le service des urgences médicales (UM) du CHR de Kaya dispose d'une salle d'accueil-consultation (03 lits, 01 aspirateur, 03 sorties murales d'oxygène, 03 extracteurs d'oxygène, un saturomètre, un scoop), de trois salles d'hospitalisation de courte durée de trois lits chacune, de quatre salles de garde pour le personnel, d'un bureau pour le chef de service, d'un bureau pour le surveillant d'unité de soins (SUS), et d'une salle de toilettes pour le personnel.

Le fonctionnement du service des UM est assuré par une équipe qui compte 38 personnels permanents comprenant neuf médecins généralistes, un attaché de santé en médecine d'urgence, 24 infirmiers/ères et quatre techniciens/iennes d'hygiène hospitalière. Tout patient admis est classé dans l'une des cinq catégories de l'IGU de *l'Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Societé Française de Médecine d'Urgence, 2013). Le score est déterminé en se basant sur les paramètres suivants : le score de Glasgow, la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire et la température corporelle. Le score IGU va de degré 1 à degré 5 en fonction des valeurs des six paramètres ; la valeur la plus sévère étant considérée pour déterminer la classification de la sévérité de l'urgence. Aussi, l'IGU prescrit un délai de prise en charge en fonction du degré de sévérité de l'urgence (voir annexe 1). A la fin de cette évaluation rapide, l'équipe médicale consigne le score IGU du patient sur son dossier. Par ailleurs, les médicaments pour la prise en charge des urgences sont entreposés au dépôt de médicaments essentiels génériques du CHR. L'examen des fiches de gestion des stocks des 27 médicaments d'urgence a montré une disponibilité moyenne de 80% pour la période allant du 16 avril au 15 octobre 2024. Deux médicaments d'urgence (l'oxygène médical et l'adrénaline injectable) étaient permanemment disponibles au sein du service des urgences médicales durant la période d'étude.

2.2. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude d'observation prospective à visée descriptive qui permet de documenter en temps réel les délais de prise en charge des urgences médicales, sans interférer avec les pratiques de soins habituelles et de détecter les points critiques (Rothman, Greenland, & Lash, 2008).

2.3. Population d'étude, critère d'éligibilité

L'enquête a été menée auprès des patients (ou leur accompagnant) admis dans le service des UM du CHR de Kaya durant la période de collecte, après obtention de leur consentement libre et éclairé. Les patients admis en consultation externe n'ont pas été inclus dans l'étude car ce ne sont généralement pas des cas urgents. De même, les patients admis déjà décédés n'ont pas été pris en compte car ces derniers ne nécessitent plus de soins médicaux.

2.4. Échantillon et échantillonnage

L'ensemble des patients admis au cours d'un mois dans le service des UM du CHR de Kaya a été considéré comme population source. L'examen des statistiques hospitalières a permis d'estimer le

nombre moyen mensuel de patients à 267[1], valeur qui a été considérée comme la taille de la population source. Cette population étant inférieure à 10 000, le tableau Krejcie and Morgan (1970) a servi pour l'estimation de la taille de l'échantillon. Avec un niveau de confiance de 95% et une précision à 5%, la taille de l'échantillon correspondante est de 159. Au total, 162 patients ont été inclus dans l'étude soit un taux de participation de 101,8%. Les patients ont été recrutés de manière progressive, au fur et à mesure de leur admission au service, jusqu'à l'obtention de la taille requise de l'échantillon.

2.5. Méthode et techniques de collecte des données

Nous avons utilisé l'enquête comme méthode de collecte des données. Les techniques de collecte comprenaient l'entretien et l'observation directe du déroulement de la prise en charge au sein du service.

2.6. Déroulement et collecte des données

Après la formation des enquêteurs et le prétest des outils au CHR de Ziniaré dans la région voisine du Plateau Central, la collecte proprement dite s'est tenue du 07 au 23 octobre 2024. Notre enquête a consisté à relever le score IGU consigné dans le dossier de chaque patient, et à observer de manière non participante le déroulement de la prise en charge. Par la suite, nous avons conduit un entretien auprès du patient ou de son accompagnant.

2.7. Variables de l'étude

La variable dépendante dans la présente étude est le délai de prise en charge des patients dans le service des urgences médicales. Il fait référence au temps écoulé entre l'admission du patient et la prise en charge de sa pathologie (Jarrar, KhELIFI, Ben Amor, ELAFRIT, & Ghannouchi, 2008). Un patient est considéré comme ayant été pris en charge en retard lorsque le temps écoulé entre son admission et l'administration de ses premiers soins est supérieur au délai recommandé par son score IGU dont l'échelle va du degré 1 au degré 5. Le degré 1 correspond à un patient en état critique nécessitant une prise en charge immédiate (sans délai), tandis que le degré 5 indique un patient stable ne nécessitant pas de soins urgents et pouvant être pris en charge dans un délai allant jusqu'à 120 minutes (Societé Française de Médecine d'Urgence, 2013). Conformément aux recommandations de l'IGU, nous avons défini un retard de prise en charge comme tout dépassement des délais suivants :

- Une minute pour les patients au degré 1 de l'IGU ;
- dix minutes pour les patients au degré 2 de l'IGU ;
- trente minutes pour les patients au degré 3 de l'IGU ;
- soixante minutes pour les patients au degré 4 de l'IGU ;
- cent-vingt minutes pour les patients au degré 5 de l'IGU.

Les variables indépendantes de l'étude étaient constituées des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, type d'emploi) ainsi que des caractéristiques sanitaires (degré de sévérité de la maladie, mode de paiement des actes, des médicaments d'urgence et des examens médicaux).

2.8. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies dans un formulaire « Google Forms » puis exportées vers le logiciel stata version 16 pour le traitement et l'analyse. Nous avons effectué des analyses descriptives, notamment la distribution de fréquence. La variable dépendante ne suivant pas une distribution normale (Test de Shapiro wilk significatif), la médiane et les valeurs extrêmes ont été utilisées comme mesure de tendance centrale et de dispersion. Pour l'analyse bivariée, le test de Mann-Withney (pour les variables à deux modalités) et le test de Kruskal-Wallis (pour les variables avec plus de deux modalités) ont été utilisés, au seuil de 5 %, pour estimer la significativité statistique de la variation de

[1] Le nombre de patients reçus dans le service des urgences du CHR-K était de 3 441 en 2021, 2 777 en 2022 et 3 406 en 2023, soit un total de 9 624 patients. Le nombre moyen mensuel (9624/36) est de 267 patients.

la médiane du délai de prise en charge suivant les variables indépendantes mobilisées. De plus, le test du Chi carré a aussi été utilisé, au seuil de 5%, pour évaluer la significativité statistique de la relation entre la variable dépendante et les variables indépendantes.

2.9. Considérations éthiques

La présente étude a été autorisée par la Directrice Générale du CHR de Kaya à travers la lettre N°2024-0354/MS/SG/CHR-K/DG du 30 septembre 2024. La participation à l'étude était libre et volontaire. Chaque patient interrogé a donné son consentement éclairé, avec la possibilité de se retirer à tout moment sans que cela n'ait d'incidence sur la qualité des soins reçus. L'anonymat des patients et la confidentialité des informations ont été respectés aussi bien lors du recueil des données que durant toutes les autres étapes de l'étude.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Parmi les 162 patients inclus dans l'étude, la majorité (50,62%) appartenait à la tranche d'âge de 25-59 ans. La répartition selon le sexe était équilibrée, avec 51,23% de femmes contre 48,77% d'hommes. Notons que 71,6% des patients n'étaient pas instruits et 64,2% n'exerçaient pas d'emploi rémunéré. Sur le plan sanitaire, 17,2% des patients étaient classés au degré 1 et 22,82% au degré 2 selon l'IGU. En outre, la quasi-totalité (98,15%) des patients ont dû régler à l'avance les frais liés aux actes médicaux, aux médicaments et aux examens complémentaires (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des patients admis au service des Urgences Médicales du CHR de Kaya, 07 au 23 octobre 2024

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Groupe d'âge (années)		
15-24	33	20,37
25-59	82	50,62
60 et plus	47	29,01
Sexe		
Masculin	79	48,77
Féminin	83	51,23
Niveau d'instruction		
Aucun	116	71,6
Primaire et plus	46	28,4
Type d'emploi		
Emploi non remuneré	104	64,2
Emploi remuneré	58	35,8
Score de séverité de la maladie (IGU)		
Degré 1	28	17,28
Degré 2	37	22,84
Degré 3	52	32,1
Degré 4	20	12,35
Degré 5	25	15,43
Mode de paiement des actes		
Exonération totale	3	1,85
Prépaiement	159	98,15
Post-paiement	0	0
Mode de paiement des médicaments d'urgence		
Exonération totale	3	1,85

Prépaiement	159	98,15
Post-paiement	0	0
Mode de paiement des examens médicaux d'urgence		
Exonération totale	3	1,85
Prépaiement	159	98,15
Post-paiement	0	0
Total	**162**	**100**

2.1. Délai de prise en charge des patients admis aux Urgences Médicales

Les analyses ont montré que le délai médian de prise en charge des patients au service des urgences médicales du CHR de Kaya était 60 minutes. Le délai le plus court observé était de 5 minutes et le plus long de 213 minutes. Les tests statistiques n'ont pas montré de différence significative du délai médian de prise en charge selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction ou encore le statut d'emploi. En revanche, une différence significative a été observée en fonction du degré de sévérité de la maladie (p=0,002). Ainsi, le délai médian pour les patients classés au degré 1 de l'IGU était de 41,50 minutes (5 -104 minutes) tandis qu'il était de 72 minutes (13 -193 minutes) pour ceux classés au degré 3, suivie d'une baisse pour les degrés 4 et 5 (Tableau 2).

Par ailleurs, 79% des patients ont été pris en charge avec retard, au regard des délais recommandés en fonction de leur gravité clinique. Le retard de prise en charge ne variait pas de manière significative selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction ou encore le statut d'emploi. Cependant, il différait significativement selon le degré de sévérité de la maladie (p=0,000). A ce titre, il ressort qu'aucun patient dont la sévérité est de degré 1 n'avait été pris en charge immédiatement (sans délai) comme le recommande l'IGU. De même, aucun patient classé au degré 2 n'avait été pris en charge dans les 10 minutes suivant son admission. Cependant, 8% des patients classés au degré 5 avaient été pris en charge en retard, soit après les 120 minutes suivant leur admission aux services des urgences médicales du CHR-Kaya (Tableau 3).

Tableau 2 : Délai de prise en charge des patients selon leur caractéristiques sociodémographiques et sanitaires au CHR-Kaya, 07 au 23 octobre 2024

Caractéristiques	Médiane (min-max)	Valeur de p
Groupe d'âge (années)*		
15-24	60 (14-213)	0,281
25-59	68,5 (5-193)	
60 et plus	51 (5-128)	
Sexe£		
Masculin	60 (12-170)	0,454
Féminin	60 (5-213)	
Niveau d'instruction£		
Aucun	60 (5-193)	0,817
Primaire et plus	60 (5-213)	
Occupation actuelle£		
Emploi non remuneré	60 (5-193)	0,237
Emploi remuneré	60 (12-213)	
Degré de séverité de la maladie*		

Degré 1	41,50 (5-104)	0,002
Degré 2	57 (13-127)	
Degré 3	72 (13-193)	
Degré 4	70,5(28-146)	
Degré 5	60 (20-213)	
Total	**60 (5-213)**	

*Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis de comparaison de médianes d'échantillons indépendants k>2 a été utilisé pour ces variables ayant plus de deux modalités.
£Pour le reste des résultats : test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Withney de comparaison de médianes d'échantillons indépendants k=2

Tableau 3 : Répartition des patients admis aux urgences médicales du CHR de Kaya en fonction du respect du délai de leur prise en charge par caractéristiques sociodémographique et sanitaire, 07 au 23 octobre 2024

Caractéristiques	**Retard de prise en charge**		
	Oui (%)	**Non (%)**	**Valeur de p**
Groupe d'âge (années)			
15-24	26(78,79)	7 (21,21)	
25-59	62(75,61)	20 (24,39)	0,444
60 et plus	40(85,11)	7 (14,89)	
Sexe			
Masculin	62(78,48)	17 (21,52)	0,871
Féminin	66(79,52)	17 (20,48)	
Niveau d'instruction			
Aucun	94(81,03)	22 (18,97)	0,316
Primaire et plus	34(73,91)	12 (26,09)	
Occupation actuelle			
Emploi non remuneré	85(81,73)	19 (18,27)	0,255
Emploi remuneré	43(74,14)	15 (25,86)	
Degré de séverité de la maladie			
Degré 1	25 (100)	0 (0)	
Degré 2	37 (100)	0 (0)	
Degré 3	47 (90,38)	5 (9,62)	0,000
Degré 4	14(70,0)	6 (30)	
Degré 5	2 (8,0)	23 (92,0)	
Total	**128 (79,01)**	**34 (20,99)**	

4. Discussion

Cette étude visait, entre autres objectifs, à quantifier l'ampleur des retards de prise en charge des patients dans le service des urgences médicales. Les résultats ont mis en exergue un délai médian de prise en charge de 60 minutes. L'analyse, confrontant ces délais aux standards recommandés en fonction de la gravité des cas, indique que 79% des patients avaient été pris en charge avec un retard.

La situation est critique pour les cas les plus sévères avec un retard observé chez la totalité (100%) des patients classés au degré 1 et 2 de l'IGU, et de 90% de ceux du degré 3. À l'inverse, les proportions de retard sont moindres chez les cas moins graves, s'élevant à 70% pour les patients du degré 4 et seulement 8% pour ceux du degré 5. Par ailleurs, l'analyse démontre que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou le statut d'emploi des patients n'ont pas eu d'influence significative sur ces délais.

Ces résultats sont en accord avec les données existantes de la littérature. Ils corroborent notamment ceux de Méda et al. (2024), qui avaient observé un délai médian d'administration des premiers soins de 63 minutes au CHU Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso. La similarité des délais médians entre les deux études renforce la représentativité de nos observations. Par ailleurs, l'absence de lien significatif entre les retards et les caractéristiques sociodémographiques des patients, également constatée par Coulibaly et al. (2020) au CHU Yalgado Ouédraogo, permet d'écarter l'hypothèse de discriminations individuelles comme facteur explicatif des retards dans les soins d'urgence.

Toutefois, le paradoxe observé, où les cas les moins graves sont pris en charge dans de meilleurs délais requis, comparativement aux cas critiques, illustre un dysfonctionnement majeur du processus de tri et de hiérarchisation des soins et témoigne d'une faible réactivité face aux extrêmes urgences. Ces résultats suggèrent de renforcer le système de triage des urgences ; notamment la détection rapide des cas les plus critiques. Cela implique la formation continue du personnel au triage et la mise en place d'un circuit rapide pour les cas critiques. Aussi, comment la disponibilité des ressources ont-elles pu contribuer à la survenue de ces retards de prise en charge ?

L'analyse des facteurs liés à ces retards de prise en charge a également mis en évidence l'absence de médicaments d'urgence disponibles au service, à l'exception de l'oxygène et de l'adrénaline. Cette absence de médicaments d'urgence sur place, dans le service, implique aux accompagnants d'aller les acheter au dépôt, entraînant des délais supplémentaires parfois incompatibles avec l'extrême urgence, notamment pour les patients de degré 1 ou 2 pour lesquels des délais de prise en charge respectifs de 1 minute et de 10 minutes sont recommandés. En outre, on note l'absence de kits d'urgence prédéfinis au dépôt, ce qui rallonge encore le temps de délivrance des médicaments. La présence de kits de médicaments d'urgence dans le service des urgences est essentielle pour garantir une prise en charge efficace des situations d'extrême urgence dans les délais requis.

Enfin, le système de paiement par prépaiement en vigueur dans le service des urgences du CHR de Kaya, représente un obstacle majeur à la prise en charge rapide des cas urgents. Il impose aux patients de régler à l'avance les frais de consultation ou de traitement avant même de recevoir les soins nécessaires. Dans ce contexte où près de deux tiers des patients n'ont pas d'emploi rémunéré, ce défi s'amplifie, car ces personnes n'ont généralement pas les ressources financières immédiates pour s'acquitter de ces coûts. Par ailleurs, le fait d'exiger un prépaiement au service des urgences va à l'encontre des dispositions de l'arrêté ministériel N°2003/030/MS/SG/DGHSP/DHP du 7 février 2003. Pour diminuer les retards dans la prise en charge causés par ce système de paiement, il est crucial de respecter strictement la législation en la matière, d'intégrer les soins d'urgence dans la politique nationale de gratuité, et d'accélérer la mise en place de l'assurance maladie universelle.

En résumé, des difficultés liées au tri et à la hiérarchisation des soins, à la disponibilité des médicaments, ainsi qu'au mode de paiement des services, contribuent à retarder la prise en charge des urgences médicales au CHR de Kaya. Ces problèmes révèlent une incapacité du système de santé à répondre rapidement aux situations vitales d'urgence, ce qui pourrait partiellement expliquer le taux élevé de mortalité enregistré dans les services d'urgence publics du Burkina Faso, avec 10,7% de décès en 2023 (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2024). Il est donc essentiel de surmonter ces obstacles pour améliorer à la fois l'efficacité et la rapidité des soins d'urgence au CHR de Kaya.

Cette étude comporte des limites. Tout d'abord, elle a été réalisée sur une période relativement courte de trois semaines, ce qui peut ne pas refléter de manière précise les variations saisonnières dans la

fréquentation et les types de pathologies aux urgences. En effet, l'étude s'est déroulée en octobre, une période où l'on observe généralement des pics de cas de paludisme et de dengue. Cette augmentation saisonnière des admissions a pu entraîner une surcharge temporaire de travail qui pourrait contribuer à allonger temporairement les délais de prise en charge par rapport à une période où l'affluence est moins forte. Par ailleurs, la méthode d'observation directe utilisée peut avoir introduit des biais, car la présence des enquêteurs pourrait avoir influencé le comportement des prestataires. A titre illustratif, les prestataires de soins pourraient accélérer la dispensation des soins du fait de la présence d'observateurs, ce qui entraînerait une sous-estimation des délais de prise en charge habituels. En outre, l'approche descriptive de l'étude ne permet pas d'ajuster les résultats en fonction d'éventuels facteurs de confusion tels que la charge du travail ou la disponibilité des équipements de prise en charge qui sont des insuffisances récurrentes dans les hôpitaux des pays à faible revenus (Razzak, Hyder, Akhtar, Khan, & Khan, 2008). Cette approche descriptive limite la capacité à identifier avec certitude les déterminants des retards dans la prise en charge. Enfin notons que le fait que l'étude n'a concerné qu'un seul hôpital limite la généralisation de ses conclusions à l'ensemble des hôpitaux régionaux du pays.

Malgré ses limites, cette étude apporte une contribution précieuse en mettant en lumière des obstacles concrets et persistants affectant la prise en charge des urgences médicales au CHR de Kaya. Elle offre une première estimation de l'ampleur des retards dans les soins d'urgences et identifie des pistes clés d'amélioration, notamment en matière de disponibilité des médicaments et de financement, qui pourront orienter les actions futures. Ces résultats initiaux constituent une base essentielle pour approfondir la recherche et guider les interventions dans un contexte à forte contrainte.

5. Conclusion

Cette étude met clairement en lumière un problème majeur : 79% des patients sont pris en charge au-delà des délais recommandés, ce qui représente un enjeu important pour la qualité et l'efficacité des soins d'urgence. Ces retards peuvent avoir des conséquences graves, notamment une aggravation de l'état de santé des patients et une augmentation du risque de complications voire de mortalité. Les causes principales identifiées sont l'indisponibilité des médicaments essentiels à la prise en charge rapide des cas urgents, ce qui compromet la capacité du service à répondre efficacement aux besoins immédiats des patients. Par ailleurs, le système de paiement basé sur le prépaiement crée une barrière financière qui retarde l'accès aux soins, surtout dans un contexte où une grande partie des patients n'a pas de ressources stables ou suffisantes.

Pour approfondir la compréhension des obstacles et mieux cibler les interventions, il serait nécessaire de réaliser une étude impliquant plusieurs hôpitaux, plus étendue dans le temps, intégrant différentes saisons et périodes d'affluence, et utilisant des analyses statistiques multivariées pour contrôler les facteurs de confusion. Une telle approche plus rigoureuse permettrait d'identifier précisément les déterminants des retards et d'évaluer l'impact relatif des différents facteurs organisationnels, financiers et logistiques dans les services d'urgence au Burkina Faso. Grâce à ces connaissances, les décideurs et gestionnaires pourront mettre en place des stratégies adaptées pour réduire ces délais et améliorer significativement la prise en charge des urgences médicales dans ce contexte.

Contributions des auteurs

PMS a défini le thème, analysé les données et rédigé le draft. MK a fait une revue de la littérature, a collecté les données et a contribué à l'analyse et à la rédaction du draft. RB a révisé le protocole de l'étude et a contribué à la révision du premier draft. ATK et EO ont tous révisé le draft.

Remerciements

Direction du CHR de Kaya pour l'autorisation de l'enquête. Les auteurs remercient également la Direction de la Formation Supérieure en Sciences de la Santé (DFSSS) de l'ENSP pour avoir financé (partiellement) la collecte des données.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

Beltrán Guzmán, I., Gil Cuesta, J., Trelles, M., Jaweed, O., Cherestal, S., van Loenhout, J. A. F., & Guha-Sapir, D. (2019). Delays in arrival and treatment in emergency departments: women, children and non-trauma consultations the most at risk in humanitarian settings. *PLoS One, 14*(3), e0213362.

Coulibaly, A., Zan, A. K., Kinda, S. C., Baguiya, A., Garanet, F., & Kouanda, S. (2020). Étude des délais d'attente et d'administration des médicaments dans les services d'urgence du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *Sciences de la Santé, 43*(1), 91-105. Retrieved from https://www.revuesciences-techniquesburkina.org/index.php/sciences_de_la_sante/article/view/1193

Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2012). Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. *Implementation handbook, 2012*, 12-0014.

Jarrar, M., KhELIFI, S., Ben Amor, W., ELAFRIT, S., & Ghannouchi, S. (2008). Accueil et durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached. Etude retrospective. *Journal maghrébin d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence, 15*(65), 251-257.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement, 30*(3), 607-610. Retrieved from https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316447003000308

Méda, Z. C., Wend-Rabo, D. Z., Hien, H., Ouattara, C. A., Ilboudo, B., Traoré, I. T., . . . Sombié, I. (2024). Facteurs influençant le délai de prise en charge aux urgences chirurgicales du CHU Sourô Sanou. *Santé Publique, 36*(2), 109-118. Retrieved from https://shs.cairn.info/article/SPUB_242_0109?tab=texte-integral

Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2024). *Annuaire statistique 2023*. Retrieved from http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_2023_mshp_signe_020824.pdf

Obermeyer, Z., Abujaber, S., Makar, M., Stoll, S., Kayden, S. R., Wallis, L. A., & Reynolds, T. A. (2015). Emergency care in 59 low-and middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization, 93*, 577-586.

Razzak, J. A., Hyder, A. A., Akhtar, T., Khan, M., & Khan, U. R. (2008). Assessing emergency medical care in low income countries: a pilot study from Pakistan. *BMC emergency medicine, 8*(1), 8.

Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (Vol. 3): Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.

Societé Française de Médecine d'Urgence. (2013) Le triage en structure des urgences, recommandations formalisées d'experts. In.

WHA72, R. (2019). Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. *Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 28*.

ZANG, C., OBIANG, P., ABAGA, R., Moussa, O., NKIET, S. E., Tchuinkam, A., . . . Ategbo, S. (2022). Analyse de la mortalité aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Mère—Enfant, Fondation Jeanne Ebori de Libreville, Gabon. Retrieved from https://www.rarmu.org/publications/14(2)/full_text/14(2)_17-21.pdf

Annexe 1 : Grille opérationnalisant la classification des patients selon leur score IGU dans le service des UM du CHR de Kaya

Score IGU	**Degré 1**	**Degré 2**	**Degré 3**	**Degré 4**	**Degré 5**
Score de Glasgow	≤ 8	9-12	13-14	15 (-)	15 (+)
Pression artérielle	S≥230mmHg S≤70mmHg D≥130mmHg	S :229-181mmHg S : 71-90mmHg D :115-129mmHg	S :180-161mmHg S : 91-104mmHg D :114-105mmHg	S :160-139mmHg S : 105-110mmHg D :104-91mmHg	S :138-111mmHg D≤90mmHg
Fréquence cardiaque	< 40bpm > 150bpm	41-50 bpm 130-149 bpm	51-60 bpm 129-110bpm	61-68bpm 109-90bpm	89-70bpm
Saturation en oxygène	≤ 90%	91-93%	94-97%	98-99%	100%
Fréquence respiratoire	≥ 35 cycles/mn ≤8 cycles/mn	25-35 cycles/mn	18-24 cycles/mn	16-17 cycles/mn	12-15 cycles/mn
Température corporelle	≥41°C	40°C-41°C 32°-35°C	38,6°C-39,9°C 35,1°C-36°C	37,5°C-38,5°C 36,1°C-37,3°C	37,4°C
Délai de prise en charge	Immédiat	< 10 minutes	< 30 minutes	< 60 minutes	< 120 minutes

© 2025 SAWADOGO, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.