



## Facteurs influençant la durée de séjour au Service des Urgences du Centre Hospitalier Joseph Raseta Befelatanana.

### Factors influencing the length of stay in the Emergency Department of Joseph Raseta Befelatanana University Hospital.

N Z R ANDRIAMIFIDISON <sup>(1)\*</sup>, F D N RAZAFINDRAKOTO <sup>(2)</sup>, J Y MEVALAZA <sup>(2)</sup>, S RAHARIZAKA <sup>(3)</sup>, N E RAVELOSON <sup>(4,6)</sup>, J RAKOTONIRINA <sup>(5,6)</sup>

- (1) Direction du Centre d'Aide Médical d'Urgence, Antananarivo, Madagascar  
(2) Institut National de Santé Publique et Communautaire, Antananarivo, Madagascar  
(3) Ministère de la Santé Publique, Madagascar  
(4) Service Accueil-Triage-Urgence-Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar  
(5) Centre Hospitalier de Soins et de Santé Publique Analakely, Antananarivo, Madagascar  
(6) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Soumis le 06 Février 2026  
Accepté le 24 Mars 2026

#### RESUME

**Introduction :** le Service d'Urgence (SU) constitue l'un des principaux points de contact avec la population et l'image de marque des établissements hospitaliers. Cette présente recherche a visé à identifier les facteurs associés à la durée de séjour au service d'urgence du CHUJRB. **Méthodes :** il s'agit d'une étude analytique cas - témoins. L'étude s'est tenue du juin au Décembre 2019, l'enquête a duré 3 semaines. Les cas concernent les patients ayant une durée de séjour « 6 heures et plus ». Les témoins sont représentés par les patients ayant une durée de séjour « moins de 6 heures ». Les variables étudiées ont concerné les caractéristiques sociales, le profil clinique des patients et l'organisation du service. Pour mesurer l'association entre les variables, l'Odds Ratio (OR) a été utilisé avec son Intervalle de Confiance (IC) à 95%. La taille de l'échantillon est constituée par 40 cas et 40 témoins. **Résultats :** les facteurs associés à la durée de séjour ont été constitués par : l'âge de 60 ans et plus (OR = 6 [1,45-24,9]), la taille de ménage plus de 4 personnes (OR = 6,32 [2,28-20,86]), le faible niveau d'instruction (OR = 4,43 [1,31 - 15,9]), le lieu de provenance hors CUA (OR = 7,43 [2,70-20,4]) et le faible revenu (OR = 5,72 [1,8-17,6]), le fait d'être référé (OR = 9,44 [3,22-27,77]), la longue durée de maladie plus de 5 jours avant l'arrivée au SU (OR = 7,98 [2,92-20,43]), la pratique de la médecine traditionnelle et l'automédication (OR = 6,15 [2,33-16,21]), la gravité de la maladie (OR = 5,47 [2,09-14,28]), le nombre d'ordonnances médicales de 3 et plus (OR = 8,55 [2,77-26,36]), la réalisation des examens complémentaires (OR = 12,67 [2,67-60,05]). **Conclusion :** il s'avère nécessaire de doter le service d'urgence en plateaux techniques adéquats tout en assurant des formations continues périodique du personnel.

**Mots clés :** Durée de séjour ; Service d'Urgence ; Soins d'urgence.

#### ABSTRACT

**Background:** The Emergency Department is one of the main points of contact with the population and the image of hospitals. The present research consists to identify the factors influencing the stay duration in the Emergency Department of CHU/JRB. **Methods:** This is a case - control study. The cases concern patients admitted to the emergency department with a length of stay "6 hours and more" and controls concern the patients admitted to the emergency department having a length of stay "less than 6 hours". The factors are the social characteristics, the patient's clinical profile and the organization of the emergency department. The size is 40 cases and 40 controls. **Results:** the factors influencing length of stay include: aged 60 years or older (OR = 6 [1,45-24,9]), Household with 4 or more people (OR = 6,32 [2,28-20,86]), low educational attainment (OR = 4,43 [1,31 - 15,9]), place of origin (OR = 7,43 [2,70-20,4]), low income (OR = 5,72 [1,8-17,6]), referral (OR = 9,44 [3,22-27,77]), long-term illness prior to emergency department arrival (OR = 7,98 [2,92-20,43]), traditional medicine practice and self-medication (OR = 6,15 [2,33-16,21]), disease's severity (OR = 5,47 [2,09-14,28]), the abundance of medical prescriptions OR = 8,55 [2,77-26,36]), performing paraclinical examinations (OR = 12,67 [2,67-60,05]). **Conclusion:** the provision of hospital's technical platforms and continuous formation of medical personal must be a priority.

**Keywords :** Emergency care ; Emergency department ; Length of stay.

#### INTRODUCTION

Chaque élément du système de santé tient une place importante et joue un rôle essentiel dans le traitement et la guérison de multitudes de personne. Le Service des Urgences (SU) appartient aux éléments le plus visible. Il apparaît comme l'ouverture principale de l'hôpital sur la société et constitue un lien direct entre la population et le milieu de soins [1]. Cette porte d'entrée génère donc le flux des patients imprévisibles avec la diversité des profils, des pathologies dans une demande immédiates de soins et la nécessité d'un triage de qualité pour orienter le patient vers la structure de soins plus adaptée. C'est ainsi qu'il supporte des contraintes multiples et est soumis à des critiques publics. Or, ce service représente l'image de marque d'un établissement hospitalier chez les usagers, le reflet d'un bon fonctionnement de l'hôpital et l'efficacité d'un système de santé [2]. Dans le monde, de 2001 à 2010, chaque année plus de 700 situations

d'urgence d'origine naturelle ou technologique ont été enregistrées et touchent environ 270 millions de personnes et 130 000 morts [3]. En France, la fréquentation des SU augmente d'année en année. Entre 1990 et 2004 le nombre de passages a doublé, passant de 7 à 14 millions, en 2011 ce nombre s'élève à 18,5 millions, 10% de patients séjournent plus de 6h et 23% plus de 4h [4]. En 2003, 14 millions canadiens visitent les SU chaque année et ce nombre augmente à 16 millions en 2010, 90% des visites se concluent dans les 8

De la Direction du Centre d'Aide Médical d'Urgence  
Antananarivo, Madagascar

\*Auteur correspondant :

Dr. Niaina Zakaria Rodolphe ANDRIAMIFIDISON

Adresse : Direction du Centre d'Aide Médical d'Urgence  
Antananarivo, Madagascar

Téléphone : +261 38 18 714 10

E-mail : rodolpheniaina@gmail.com

heures [5]. Au Maroc, plus de 3,7 millions passages sont enregistrés au niveau des SU, la durée moyenne de séjour est de 48 h [6]. Au SU du CHU/JRB, le nombre des entrants est passé de 2 435 à 5 380 depuis 2012 à 2015. En 2016, ce nombre est réduit à 4 907. Pendant ces années, les durées de séjour aboutissent entre 1h à 10 jours.

De ce fait, le prolongement de séjour engendre la dégradation de qualité des soins, la surcharge de service, l'altération des conditions de travail des professionnels et le sentiment d'angoisse des usagers. Il affecte la santé des patients : séquelle, morbidité et élévation de mortalité. De plus, l'allongement de séjour épuise la situation financière de la famille. Sur le plan humain, les catastrophes sont physiques, mentales et financières. Pour l'hôpital, le prolongement de séjour est compris comme indicateur reflétant le dysfonctionnement de l'hôpital et le manque de qualité de soins offerts. Ainsi, la présente étude se propose d'identifier les facteurs influençant la durée de séjour dans le Service des urgences du CHU/JRB afin d'assurer l'accessibilité aux soins d'urgence, de garantir la qualité de service et de valoriser l'image de l'hôpital.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

La présente étude a été menée dans le service des urgences médicales adulte du CHU/HJRB. Ce service dispose d'un Professeur titulaire Chef de service, 13 médecins urgentistes, 4 Médecins généralistes, 13 paramédicaux, 6 agents administratifs, 6 agents de surface, 6 brancardiers. Il s'agit d'une étude analytique cas - témoins. L'étude s'est tenue du juin au Décembre 2019, l'enquête a duré 3 semaines. La population d'étude comprend les patients admis et enregistrés dans la liste de l'accueil ou leurs accompagnants pendant la période d'étude. Les cas concernent les patients ayant une durée de séjour « 6 heures et plus ». Les témoins sont représentés par les patients ayant une durée de séjour « moins de 6 heures ». La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de l'OpenEpi par le biais de la méthode de Kesley et Fleiss, en choisissant un intervalle de confiance de 95%, une puissance de 80%, une ratio cas-témoins =1, une proportion de 20 % d'exposition des témoins et un odds ratio détectable de 1,5. D'où, la taille de l'échantillon est constituée de 40 cas et de 40 témoins. L'inclusion est de type exhaustif jusqu'à l'obtention de la taille de l'échantillon. Les variables étudiées ont concerné le profil socio-économique, le profil clinique des patients et l'organisation du service. Pour mesurer l'association entre les variables, l'Odds Ratio (OR) a été utilisé avec son Intervalle de Confiance (IC) à 95%. Le seuil de signification est fixé à 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTATS

Les facteurs associés à la durée de séjour ont été constitués par : i) le profil socio-économique tel que, l'âge de 60 ans et plus (OR = 6 [1,45-24,9]), la taille de ménage plus de 4 personnes (OR= 6,32 [2,28-20,86]), le faible niveau d'instruction (OR = 4,43 [1,31 - 15,9]), le lieu de provenance hors CUA (OR = 7,43 [2,70-20,4]) et le faible revenu (OR = 5,72 [1,8-17,6]) (Tableau I). Le profil clinique tel que : le fait d'être référé (OR = 9,44[3,22-27,77]), la longue durée

de maladie plus de 5 jours avant l'arrivée au SU (OR = 7,98 [2,92-20,43]), la pratique de la médecine traditionnelle et l'automédication (OR = 6,15 [2,33-16,21]), la gravité de la maladie (OR = 5,47[2,09-14,28]) (Tableau II). Les facteurs organisationnels comme le nombre d'ordonnances médicales de 3 et plus (OR = 8,55[2,77-26,36]), la réalisation des examens complémentaires (OR = 12,67[2,67-60,05]) (Tableau III).

**Tableau I** : Répartition des patients selon le profil socio-économique

Variables	Cas n = 40	Témoins n = 40	OR [IC95%]	p
<b>Age (ans)</b>				
60 et plus	9	6	6 [1,45—24,9]	0,007
30—59	26	14	0,81 [0,24—2,74]	NS
16—29	5	20	1	
<b>Taille de ménage</b>				
Plus de 4 personnes	33	17	6,38 [2,28—20,8]	0,0001
1—4 personnes	7	23		
<b>Niveau d'instruction</b>				
Illettré/primaire	25	13	4,43 [1,31—15,9]	0,008
Secondaire/universitaire	15	27		
<b>Domicile</b>				
Hors CUA	26	8	7,43 [2,70—20,4]	0,00002
CUA	14	32		
<b>Revenu (Ariary)</b>				
300 000 ou moins	35	22	8,50 [2,52—28,7]	0,0001
Plus de 300 000	5	18		

CUA : Commune urbaine d'Antananarivo

**Tableau II** : Répartition des patients selon le profil clinique

Variables	Cas n = 40	Témoins n = 40	OR [IC95%]	p
<b>Mode d'entrée</b>				
Référé	34	15	9,44 [3,21—27,7]	0,000006
Auto-référé	6	25		
<b>Durée de la maladie avant admission</b>				
Plus de 5 jours	30	11	7,90 [2,92—21,4]	0,000001
5 jours ou moins	10	29		
<b>Soins préhospitaliers</b>				
Traditionnelle ou automédication	28	16	6,15 [2,33—16,2]	0,000082
Modernes	12	24		
<b>Gravité de la maladie</b>				
Urgence absolue	35	6	5,47 [2,09—14,2]	0,0001
Urgence relative	5	34		

**Tableau III** : Répartition des patients selon les facteurs organisationnels

Variabiles	Cas n = 40	Témoins n = 40	OR [IC95%]	p
<b>Nombre moyenne d'ordonnances journalières</b>				
3 et plus	22	5	8,55 [2,77—26,3]	0,00002
1—2	18	35		
<b>Réalisation d'examen paraclinique</b>	38	24	12,6 [2,67—60,0]	0,00007
Oui	2	16		
Non				

## DISCUSSION

Selon le résultat, les patients âgés plus de 60 ans est associé à la durée de séjour prolongé. En Tunisie, une étude révèle que la durée de séjour les plus longues est constatée pour les patients âgés de plus de 60 ans (118 min contre 37 minutes chez les patients plus jeunes) [7]. En France, la proportion de patients de plus de 75 ans constitue le facteur d'allongement de séjour au SU, à l'inverse, une forte proportion de patients plus jeunes réduit les temps de passage [8]. Cette tranche d'âge semble être plus vulnérable vu l'âge avancé avec probablement accompagné de comorbidité.

Le présent résultat montre que la composition de ménage est significativement liée à la durée de séjour. L'abondance de taille de ménage (plus de 4 personnes) constitue un facteur majeur d'allongement de séjour. La plupart dudit ménage qui a recours au SU présente des caractéristiques socio-économiques défavorisées. Selon le rapport sur la protection sociale à Madagascar, la pauvreté est fortement corrélée à certaines caractéristiques socio-économiques et de composition du ménage. Notamment, les ménages ayant 7 membres ou plus ont un taux de pauvreté de presque 90 % [9]. Dans la littérature, les SU hospitaliers jouent un rôle de première ligne pour les groupes socio-économiquement défavorisés [10]. Historiquement, l'HRJB était consacré aux indigènes dans la période de la colonisation et portait même le nom de « Hôpital Indigène ».

Selon le résultat, le niveau bas d'instruction influe significativement sur la durée de séjour. Le niveau d'instruction plus faible pourrait entraîner les individus dans une situation de précarité. Ainsi, des auteurs confirment que le niveau d'instruction est l'un des indicateurs de précarité. La santé des individus moins éduqués est très souvent vulnérable, en outre, ils ne ressentent pas nécessairement le besoin d'aller se soigner dans les centres de santé qu'en cas d'état aggravé et/ou compliqué [11]. Dans les pays en développement comme Madagascar, le niveau d'éducation présente probablement un facteur déterminant de la demande de soins de santé.

Selon le présent résultat, l'éloignement géographique de la provenance des patients à la Commune Urbaine d'Antananarivo où l'hôpital se situe, influence significativement la durée de séjour. L'arrivée

tardive, les difficultés de transport, les distances avec un mauvais état de route, le faible revenu et surtout l'aggravation de l'état des patients lors de l'arrivée pourraient retentir sur le séjour. Selon l'étude de Marc Perronnin et ses collaborateurs : l'éloignement géographique, mesuré par le temps nécessaire au patient pour atteindre l'hôpital le plus proche de son domicile, entraîne des durées de séjour plus longues [12]. De plus, les patients rencontrent beaucoup de difficultés pendant leurs séjours (manque d'argent, ignorance, déplacement pour faire « va et vient », hébergement, etc.). D'après le résultat, le bas revenu influence significativement la durée de séjour au SU. La fragilité socio-économique des patients a certainement un impact sur la durée de séjour [13]. De plus, le revenu présente un facteur déterminant de la demande de soin de santé [14]. Certains problèmes de santé se révèlent bien plus présents auprès des populations en situation précaire [11]. En France, le repérage des populations précaires se fonde sur l'évolution de la composition du ménage, la scolarisation et les diminutions de revenus selon Maric et ses collaborateurs [15].

Le présent résultat montre un lien significatif entre la durée de séjour des patients et le mode d'entrée. Etant référé a un impact sur la durée de séjour. Les patients référés par les différentes structures de santé séjournent plus longtemps que les patients auto-référé. Ce cas diffère d'une étude marocaine où les patients référés ont une chance de séjourner dans un temps réduit. Les patients ont bénéficié d'une observation médicale de leur état qui pourrait faciliter la tâche du personnel d'accueil et réduire le temps au moment d'accueil [16]. Le long séjour des patients référés au SU pourrait s'expliquer par un grand nombre de référence tardive pour les raisons susmentionnées. En effet, au CHU Fianarantsoa, une grande partie des patients référés sont venus de CSB/CHD parfois localisés dans les zones rurales éloignées. Les patients sont souvent évacués sans transport médicalisé, et parfois rattaché aux conditions géographiques défavorables [17].

Selon le résultat, Cette longue durée de maladie (datant plus de 5 jours) avant l'urgence a constitué un facteur influençant la prolongation du séjour. La décision tardive d'utiliser la consultation médicale contribue à l'état de santé de ménage. Le diagnostic tardif des pathologies réputées bénignes contribue à faire d'elles des urgences d'emblée. C'est un constat fréquent dans les pays en développement [11]. Alors, la durée de séjour tend à être allongée à mesure que la maladie est plutôt grave et/ou compliquée. L'arrivée tardive pourrait être expliquée par la négligence et par la réticence des ménages de prendre en charge précocement les problèmes de santé menaçante. Certaines personnes pensent que la santé est un « luxe ». Elles ne veulent se rendre à la formation sanitaire que quand la maladie est strictement insupportable.

D'après le résultat, une association significative est observée entre les soins obtenus avant de venir à l'urgence et la durée de séjour. La pratique de médecine traditionnelle ou l'automédication ou autres soins constituent un facteur influant sur la durée de séjour au SU. Ce mode de soins serait expliqué à la fois par le faible niveau d'études, par la tradition et voire la philosophie populaire : « sery vitan'anamalao tsy hamonoana vantotr'akoho » (Si la maladie n'est pas

grave, ne dépensez pas beaucoup d'argent). Sachant que la pratique de la médecine traditionnelle ou de l'automédication aggravent et rendent complexe la pathologie initiale. De plus la majorité de la population malgache n'a pas eu accès aux soins face à la hausse de coût de médicaments et de soins [9]. Toutes ces conditions mènent à trois faits : l'arrivée à l'urgence avec souvent aggravation et/ou complication de l'état, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que le prolongement de séjour.

Les patients classés dans l'urgence absolue sont restés plus longtemps au service d'urgence que les patients classés urgence relative. A cause de la prise en charge lourde, le séjour s'allongerait inévitablement. Une étude marocaine souligne la relation entre la durée de séjour et la gravité de l'état. Alors la durée de passage des patients classés urgence absolue se situe jusqu'à 3 jours [16]. Cette relation est également constatée dans d'autres pays : le cas de Tunisie [7], et les cas de plusieurs pays canadiens et américains [5].

Selon le résultat, l'abondance des ordonnances médicales prescrites (3 ordonnances et plus) par jour a constitué un facteur associé à l'allongement de séjour. La prescription incessante et variée pourrait allonger le séjour et alourdir également les dépenses. En pratique, les patients doivent chercher et acheter les médicaments à chaque fois à la pharmacie de l'hôpital et parfois ailleurs. En outre, ils doivent payer préalablement par leur propre moyen les dépenses relatives aux frais médicaux alors que certains patients ont été à court d'argent ou bien ils arrivent sans argent. Ce mode de paiement allonge d'une part les délais de prise en charge et augmente leurs dépenses. Par contre, une étude réalisée au SU médical du centre Hospitalier National Yalgado Ouedrago (Burkina Faso) a objectivé que 66% des patients ne reçoivent qu'une seule ordonnance par jour [18].

La demande d'examen complémentaires a été plus fréquente au SU. D'après le résultat, la réalisation des examens complémentaires a influencé d'une façon significative la durée de séjour. La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MeaH) a publié que la réalisation des examens complémentaires est identifiée comme un goulot d'étranglement le plus important sur l'allongement de séjour aux SU [9]. Une étude américaine a trouvé également le même constat [19]. Dans cette étude, l'allongement de séjour des patients qui réalisent les examens complémentaires serait expliqué par le délai long de l'obtention de résultat. Au SU du CHUJRB, le délai long de rendu de résultats pourrait être dû à deux raisons. Du côté de patients, ils ont des problèmes financiers pour les réaliser. Du côté de l'hôpital, certains examens ne sont pas disponibles. Les plateaux techniques de l'hôpital n'ont pas permis d'effectuer certains examens demandés. Les appareils sont fréquemment tombés en panne technique. Le stock de réactifs et les consommables n'ont pas été disponibles à partir le second semestre d'exercice. Alors, il faut probablement les réaliser ailleurs et les usagers déplacent et perdent leur temps pour le prélèvement et pour récupérer les résultats. Le manque de communication avec les autres services et les autres hôpitaux, avec les instituts de laboratoire biomédical et les instituts d'imagerie hors de l'hôpital ont retardé également l'obtention des résultats. En outre, les coûts

des examens complémentaires réalisés hors de l'hôpital, ont sensiblement alourdi le coût de la prise en charge et restent hors de portée de la plupart des ménages [20].

## CONCLUSION

Chaque année, la fréquentation des services des urgences ne cessent d'augmenter. Pour assurer la prise en charge des patients, les services des urgences doivent offrir des services de qualité et performant. L'objectif a été atteint car plusieurs facteurs ont été identifiés comme facteur influençant la durée de séjour tel que l'âge, le niveau d'éducation, la taille de ménage, le revenu mensuel, le domicile, l'automédication et la pratique de la médecine traditionnelle, le mode d'entrée, la durée de la maladie avant l'arrivée au SU, la gravité de la maladie, le nombre des ordonnances médicales et la réalisation des examens complémentaires. Toutefois, les résultats de cette étude sont limités au service des urgences du CHUJRB et ces derniers ne peuvent être extrapolés que dans les centres hospitaliers ayant le même profil que celui du site de l'étude. Compte tenu de tout cela, il s'avère nécessaire de : mettre en place des services d'urgence de proximité, sensibiliser la population sur l'importance de consulter un médecin devant un moindre signe de maladie, encourager les gens d'entrer dans une mutuelle de santé, doter le service en plateaux techniques adéquats tout en assurant des formations continues périodique du personnel.

## REFERENCES

1. Savigny J, Cazejust D. L'organisation de la réception des urgences dans les hôpitaux de l'Assistance publique. *L'Hôpital à Paris*. Nov 1980 ; 60 : 43—7.
2. Wargon M, Hellmann R. Les urgences : un symptôme des changements de la société ? Paris: Chaire santé de Sciences Po; 2014. Disponible sur: [https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/Actes\\_Seminaire\\_Urgences2014.pdf](https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/Actes_Seminaire_Urgences2014.pdf).
3. Organisation mondiale de la Santé. Plan stratégique de l'OMS sur six ans visant à réduire l'impact des situations d'urgence et des catastrophes: 2014-2019. Genève: OMS; 2015. Disponible sur: <https://iris.who.int/items/83032955-e280-45e5-bb1f-b06bb25cb3f4>.
4. Jacquier D. Qui se plaint aux urgences et pourquoi ? [Thèse de doctorat en médecine]. Paris: Université Paris Diderot, Faculté de médecine; 2010.
5. Institut canadien d'information sur la santé. Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence: qui utilise les services d'urgence et quels sont les temps d'attente ? Ottawa: ICIS; 2005. Disponible sur: <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H118-31-2005F.pdf>.
6. Touré A. Élaboration d'une stratégie organisationnelle pour le service des urgences de l'Hôpital Universitaire International Cheick Zaïd [Mémoire de maîtrise]. Rabat: Institut National d'Administration Sanitaire; 2012.
7. Jarrar MS, Khelifi S, Ben Amor W, El Afrit S, Ghannouchi S. L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached : étude prospective. *J Magh A Réa Méd Urg* 2005; 15: 251—7.
8. Le Spegagne D, Cauterman M. Temps d'attente aux urgences : rapport de synthèse sur le relevé et le calcul des temps d'attente aux urgences, phase 1. Paris: Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers; 2005. Disponible sur: <http://urgentologue.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/>

- MeaH/2004-06%20-%20temps%20d'attente%20aux%20Urgences%20-%20phase%201.pdf.
9. Velomora A, Rabenjarison F, Razafindraibe F, Rabemazava A, Rakotoarison C, Rajaonera R. Mortalité au service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I d'Antsirana, Madagascar. *Rev Trop Chir* 2016;10:16—7.
  10. Adamou H, Ibrahim AMM, Habou O, et al. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain: cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de Zinder. *Niger. Eur Sci J* 2015; 11(12): 251—62.
  11. Dosseh AD. Comment augmenter la demande de soins des pauvres [Mémoire de master professionnel]. Clermont-Ferrand: Université d'Auvergne, CERDI; 2006.
  12. Perronnin M, Sourty-Le Guellec MJ. Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital. *Quest Econ Santé* 2003; (71): 1—6.
  13. Laokri S, Humblet CP. Admissions aux urgences hospitalières et prise en charge de la population en situation de précarité [Rapport de recherche]. Bruxelles: École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles; 2010.
  14. Dosseh AD. Comment augmenter la demande de soins des pauvres [Mémoire de master professionnel]. Clermont-Ferrand: Université d'Auvergne, CERDI; 2006.
  15. Maric M, Grégoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. Paris: DREES; 2008. Série Études et Recherches, document de travail n°81. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee81.pdf>.
  16. El Harri B. Analyse de la prise en charge des situations d'urgences vitales au niveau des services d'accueil des urgences de l'Hôpital Ibn Sina de Rabat [Mémoire de fin d'études]. Rabat: Institut National d'Administration Sanitaire; 2004.
  17. Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy MF, et al. Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa, Madagascar. *Rev Anesth Réanim Méd Urg* 2010; 2(2): 10—1.
  18. Ouédraogo HZ. Étude de la prise en charge de l'urgence médicale au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo [Thèse de doctorat en médecine]. Ouagadougou: Université de Ouagadougou, Faculté des sciences de la santé; 1998.
  19. Carpentier F, Guignier M, Mingat J. Étude de 21 122 admissions en service d'urgences. *Réanim Soins Intens Méd Urg* 1990; 6(1): 31—7.
  20. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 2002; 80(2): 97-105.