

Année 2026

Thèse N° 14

Urgence ou non urgence ? Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08/01/2026

PAR

Mlle Samia EL GERARI

Née le 18 Mars 2001 à Béni-Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Urgences pédiatriques – Enquête – Parents

Perceptions – Motivations

JURY

M. H. NEJMI

Professeur d'Anesthésie-réanimation

PRÉSIDENT

M. M. BOURROUS

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. L. ADARMOUCH

Professeur de Médecine communautaire

Mme. W. LAHMINI

Professeur de Pédiatrie

M. S. EL MOUSSAOUI

Maitre de conférences en Pédiatrie

JUGES

MEMBRE
ASSOCIÉ



Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de
l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur
sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de
mes malades sera mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les
nobles traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune
Considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et
mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa
conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



Liste des professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR
Vice doyen de la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen des Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen Chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOU
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie

12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie

44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie–chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie–réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie–virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo–phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro–entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato–orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato–orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie

75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation

106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale

136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-patologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie

164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOUD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabi	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQL Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie

196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie–virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Nouredine	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie–orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIGHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie–virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses

227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
230	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
231	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
232	SBAI Asma	MCHab	Informatique
233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
242	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
246	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
252	AHMANN Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie

258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
274	BENDAOUD Layla	MC	Dermatologie
275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAIID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie

291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAoui RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
302	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOUl Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
312	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOuzI Omar	MC	Urologie
316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie

323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
337	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique

354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
376	AZRIOUIL Ouhib	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

LISTE ARRETEE LE 08/10/2025



Dédicaces



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust

Je dois avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec grand amour, respect et gratitude que je dédie ce modeste travail comme preuve de respect et de reconnaissance



C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse à . . . 



Au bon Dieu.

Le tout puissant. Qui m'a inspiré. Qui m'a guidé dans le bon chemin. Je vous dois ce que je suis devenue. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde
اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك وزنة عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى لك الحمد ولك الشكر عند الرضى لك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمك



À ma chère maman,

Aucune parole, aussi sincère et profonde soit-elle, ne saurait exprimer pleinement l'étendue de l'amour et de la reconnaissance que je ressens pour toi. Aucun sacrifice n'a été trop grand, aucun effort trop lourd, lorsque tu as donné sans compter pour mon éducation et mon bien-être.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour son enfant. Tu as été mon guide, mon amie et mon modèle.

Ce travail est le reflet de tout ce que tu as consenti pour que je parvienne à ce stade de ma vie et de ma formation.

En ce jour si mémorable pour nous deux, je te le dédie en témoignage de ma gratitude infinie et de mon amour profond.

Que Dieu, dans Sa miséricorde, te bénisse, te protège, et t'accorde santé, longue vie et bonheur.

À mon cher papa,

Il est difficile de traduire en mots l'ampleur de la reconnaissance que je ressens envers toi. Ta force, ta rigueur et ton dévouement ont été des sources d'inspiration constantes. Tu m'as appris à poursuivre mes rêves avec ténacité et à ne jamais renoncer face aux défis. Par ton exemple, tu as forgé ma volonté et m'as permis de me construire tant sur le plan personnel que professionnel.

Ce travail est une modeste reconnaissance de tout ce que tu as fait pour mon éducation et ma formation.

En ce jour symbolique, je te le dédie avec toute ma gratitude et mon respect.

Que Dieu, dans Sa clémence, te garde, te comble de bénédictions et t'accorde santé, bonheur et longue vie.

À ma chère sœur Manal,

Tu es bien plus qu'une sœur pour moi : tu es mon amie, ma confidente et ma source de bonheur au quotidien. Ta présence lumineuse, ton soutien constant et ton amour inconditionnel ont rendu chaque étape de mon parcours plus douce et plus facile. Ce travail est aussi le fruit de ton affection et de ta complicité. Je te le dédie avec tout mon cœur, ma gratitude et tout l'amour que je te porte.

Que ton chemin soit lumineux, parsemé de succès, de rires et d'amour, et que tu continues à rayonner autour de toi comme tu le fais dans ma vie.

À ma chère cousine Mouna Zouine,

Ma sœur de cœur, ma confidente et mon soutien de toujours. Tu as été présente dans chaque étape de mon parcours, partageant mes doutes comme mes réussites.

Ta bienveillance, tes encouragements et ton amour m'ont profondément aidée à persévérer.

Je te dédie une part de ce travail, en témoignage de ma reconnaissance et de mon affection sincère.

Puisse Dieu, le Très Haut, t'accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne te déçoive.

À mes chères tantes, Tata Mina et Tata Zohra,

Vous occupez une place si précieuse dans mon cœur. Votre tendresse, votre présence bienveillante et vos encouragements constants ont été pour moi une source de réconfort et de force inestimable. Comme des mères, vous m'avez entourée d'amour, soutenue dans chaque étape et inspirée par votre douceur et votre générosité.

Je vous aime profondément, et je vous dédie ce travail en signe de ma reconnaissance et de tout l'affection que je vous porte.

À la mémoire de mes grands-parents,

J'aurais tant aimé que vous soyez présents. Que Dieu ait vos âmes
dans sa sainte miséricorde.

Que ce travail soit le témoignage de toute mon estime et de ma fierté
de faire partie de votre progéniture.

À la mémoire de mon cher tonton Bernard,

Qui m'était si cher et qui a profondément marqué mon enfance.

Son souvenir demeure vivant dans mon cœur, empreint de
tendresse, d'attention, de soutien, et d'affection paternelle.

Il a toujours cru en moi, m'encourageait et me soutenait avec
bienveillance.

Je l'aime profondément et j'espère, du fond du cœur, qu'il est fier de
moi là où il repose.

À ma chère tata Dominique,

Tes rires, ta douceur et ton affection ont toujours été des rayons de
lumière dans ma vie. Chaque souvenir partagé avec toi demeure un
trésor que je garde précieusement au fond de mon cœur.

Que ce travail soit le reflet de la gratitude que je te porte et de
l'admiration pour la personne merveilleuse que tu es.

Je te souhaite une santé florissante et des instants de bonheur
infinis.

À toute ma famille,

Pour votre amour, votre patience et votre appui constant.

Merci d'avoir été ma source d'inspiration et de courage tout au long
de ce parcours.

À mes enseignants,

Depuis l'école primaire jusqu'au lycée,
À celles et ceux qui m'ont transmis le savoir, guidée, encouragée et
soutenue tout au long de mon parcours.

Vos enseignements, votre bienveillance et votre dévouement ont
contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Je vous exprime toute ma reconnaissance et ma gratitude.

À tous mes enseignants de la faculté de médecine de Marrakech,

Vous avez contribué à forger en moi les valeurs, la rigueur et la
passion qui font le médecin de demain. Merci pour votre
engagement, votre transmission du savoir et votre exemplarité.

Votre accompagnement tout au long de ces années a été pour moi
une source d'inspiration et de motivation constantes.

À ma chère amie Ouijdane El Faqri,

Merci pour ton soutien, ta présence et tes encouragements tout au
long de ce travail. Nos échanges, nos moments partagés et ta
disponibilité ont largement contribué à rendre ce parcours plus
agréable et plus supportable. Cette thèse t'est dédiée en signe
d'amitié et de gratitude.

À tous mes amis,

Merci pour votre amitié, votre soutien et les moments de complicité
partagés tout au long de ce chemin.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer...



Remerciements



**À notre maître et Président de thèse Professeur NEJMI Hicham,
Professeur de L'enseignement Supérieur d'Anesthésie-
réanimation et Chef de Service d'accueil des urgences adultes
Hôpital Arrazi - CHU Mohammed VI Marrakech,**

Nous vous exprimons notre profond respect et notre sincère gratitude pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury de thèse.

Votre remarquable carrière, votre compétence exceptionnelle, votre rigueur scientifique et votre dévouement constant envers vos étudiants font de vous un modèle d'excellence et une source d'inspiration pour toute une génération de médecins.

En vous exprimant notre profonde reconnaissance, nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre respect le plus distingué et de notre haute considération.

**À notre maître et rapporteur de thèse Professeur BOURROUS Monir, Professeur de l'enseignement supérieur de Pédiatrie et
Chef de Service d'accueil des urgences pédiatriques Hôpital
Mère-Enfant- CHU Mohammed VI Marrakech,**

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour la confiance que vous nous avez accordée et pour l'honneur de votre encadrement tout au long de ce travail. Votre grande disponibilité, votre dévouement exemplaire, ainsi que la rigueur, la bienveillance et la passion avec lesquelles vous exercez votre noble mission font de vous un modèle d'inspiration pour vos étudiants.

Nous avons toujours admiré votre humilité et votre comportement profondément humain, tant envers vos étudiants qu'envers vos patients, qui incarnent des valeurs d'écoute, de respect et de générosité, forçant l'admiration et témoignant de la grandeur de votre vocation.

Recevez ici l'expression de notre respect le plus sincère et de notre haute estime.

**À notre maître et juge de thèse Professeur ADARMOUCH Latifa,
Professeur de l'enseignement supérieur de Médecine
communautaire,**

De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les meilleurs souvenirs. Nous sommes toujours impressionnées par vos qualités humaines et professionnelles, votre rigueur, votre bienveillance et votre disponibilité.

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de siéger au sein de ce noble jury, et de contribuer par votre expertise et votre jugement éclairé à l'évaluation de ce travail.

Recevez l'expression de notre profonde gratitude et de notre haute estime.

**À notre maître et juge de thèse Professeur LAHMINI Widad,
Professeur agrégée de Pédiatrie,**

Nous tenions à vous exprimer nos plus sincères remerciements pour avoir accepté de siéger auprès de ce noble jury. Votre présence nous honore. Nous sommes toujours impressionnées par vos qualités humaines et professionnelles.

Que ces mots témoignent de notre profonde reconnaissance, de notre respect le plus sincère et de l'estime que nous vous portons.

Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.

À notre maître Professeur EL MOUSSAOUI Soufiane, Maître de conférences en pédiatrie,

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger au sein du jury de cette thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Votre disponibilité et la pertinence de vos remarques ont été d'un apport précieux.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre considération distinguée.



Abréviations



Liste des abréviations

AMO	:	Assurance Maladie Obligatoire.
ATS	:	Australian Triage Scale.
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire.
CNOPS	:	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale.
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
ESI	:	Emergency Severity Index.
MTS	:	Manchester Triage System.
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé.
paedCTAS	:	Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale.
PAT	:	Pediatric Assessment Triangle.
PEWS	:	Pediatric Early Warning Score.
RAMED	:	Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis.
SAMU	:	Service d'Aide Médicale Urgente.



Plan



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET MÉTHODES	4
RÉSULTATS	11
I. Données épidémiologiques des parents	12
1. Age	12
2. Sexe	13
3. Niveau d'instruction	13
4. Lieu de résidence	14
5. Région	15
6. Profession	15
7. Revenu mensuel	16
8. Sécurité sociale	17
9. Nombre d'enfants	17
II. Données épidémiologiques de l'enfant	18
1. Age	18
2. Sexe	19
3. Rang dans la fratrie	19
4. Antécédents de l'enfant	20
5. Suivi de l'enfant	21
III. Contexte de la consultation	22
1. Mode d'acheminement de l'enfant aux urgences	22
2. Jour de la consultation	23
3. Heure de la consultation	23
4. Motif de recours aux urgences	24
5. Durée d'évolution des symptômes	25
IV. Accès aux soins	26
1. Recours préalable aux soins avant l'arrivée aux urgences	26
2. Motifs et recommandations ayant précédé la consultation aux urgences	27
3. Disponibilité du centre de santé	28
4. Antériorités dans le service des urgences pédiatriques	29
5. Degré de satisfaction parentale des consultations antérieures	30
V. Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques	31
1. Motivations parentales justifiant le recours actuel aux urgences	31
2. Priorités recherchées par les parents	33
3. Réponses aux attentes des parents	33
4. Appréciation parentale du degré d'urgence	34

5.	Temps d'attente avant la consultation médicale	34
6.	Concordance entre la gravité perçue par les parents et le délai d'attente	35
7.	Niveau de satisfaction parentale de la consultation actuelle aux urgences	36
8.	Motifs justifiant le recours direct aux urgences selon les parents	37
9.	Situations jugées prioritaires aux urgences par les parents	38
10.	Intention future de recours aux urgences pédiatriques pour un problème similaire	39
VI.	Évaluation des urgences du point de vue du médecin	40
VII.	Analyse bivariable	41
1.	Concordance entre la perception de l'urgence chez les parents et l'évaluation du médecin	41
2.	Facteurs associés à la perception de l'urgence chez les parents	42
3.	Facteurs associés aux consultations non urgentes	42
	DISCUSSION	45
I.	Définitions de l'urgence	45
II.	Surcharge des urgences : déterminants et impact	47
III.	Évaluation et triage des urgences pédiatriques	49
IV.	Données épidémiologiques des parents	52
1.	Age	53
2.	Sexe	53
3.	Niveau d'instruction	55
4.	Niveau socio-économique	56
5.	Couverture sociale	58
V.	Données épidémiologiques de l'enfant	60
1.	Age	60
2.	Sexe	61
3.	Antécédents	62
VI.	Contexte de la consultation	63
1.	Mode d'acheminement de l'enfant aux urgences	63
2.	Motif de consultation	64
3.	Durée d'évolution des symptômes	66
VII.	Accès aux soins	67
1.	Recours préalable aux soins avant la consultation aux urgences	67
2.	Antériorités dans le service des urgences pédiatriques	69
VIII.	Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques	71
1.	Motivations parentales justifiant le recours aux urgences	71
1.1.	Gravité perçue	73

1.2.	Peur de l'aggravation	73
1.3.	Recherche d'examens complémentaires	73
1.4.	Recherche de rapidité de la prise en charge	74
1.5.	Gratuité ou faible cout des soins	75
1.6.	Non disponibilité des soins primaires	75
1.7.	Qualité perçue des soins	75
2.	Appréciation parentale du degré d'urgence	77
3.	Temps d'attente avant la consultation médicale	80
4.	Niveau de satisfaction parentale	81
IX.	Recommandations	84
X.	Limites de l'étude	85
CONCLUSION		87
RESUMES		89
ANNEXES		96
BIBLIOGRAPHIE		107



Introduction



Les urgences pédiatriques regroupent l'ensemble des affections morbides qui menacent la vie d'un enfant à plus ou moins court terme et nécessitent une prise en charge rapide et adéquate [1,2].

Depuis plusieurs années, on assiste à une augmentation progressive du nombre de consultations dans les services des urgences pédiatriques. Cette hausse constante, qui concerne autant les urgences adultes que pédiatriques, entraîne une surcharge, voire une véritable surpopulation, devenue aujourd'hui un problème de santé publique mondial [3-6].

Ce recours excessif n'est pas sans conséquences. Il affecte l'organisation et le bon fonctionnement des services des urgences, tout en générant un coût considérable pour le système de santé. Cette pression se répercute également sur le personnel soignant. En effet, la charge de travail élevée et la forte demande exposent les professionnels de santé à un risque accru d'épuisement, avec une altération possible de leurs performances et, par conséquent, de la qualité de la prise en charge. Par ailleurs, l'allongement des délais d'évaluation et de traitement retarde la gestion des véritables urgences, compromettant la rapidité des interventions, et augmentant le risque d'événements indésirables et de mortalité [7-14].

Ce phénomène découle de facteurs liés aux patients, aux soignants et à l'organisation du système de santé, ces derniers étant généralement les plus déterminants. Mais au-delà des aspects structurels, la pression exercée sur les urgences trouve également son origine dans des facteurs plus subjectifs, notamment en pédiatrie. La notion de « fausse urgence » illustre en effet que la perception de l'urgence du point de vue des professionnels de santé n'est pas la même que celle des parents. Un décalage qui contribue à un recours inapproprié aux services des urgences, aggravant davantage leur surcharge [15,16].

Dans ce cadre, nous avons mené une enquête auprès des parents d'enfants consultant aux urgences pédiatriques du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Les objectifs de l'étude étaient de :

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

- Analyser les perceptions parentales de l'urgence.
- Mieux comprendre les raisons qui motivent leur recours à ce service.
- Étudier leur degré de satisfaction vis-à-vis des services des urgences pédiatriques.



Patients et méthodes



I. Cadre de l'étude :

Le CHU Mohammed VI est un établissement public de niveau tertiaire composé de cinq hôpitaux et deux centres, d'une capacité de 1598 lits. Il couvre essentiellement la région de Marrakech-Safi.

L'Hôpital Mère – Enfant (HME) est l'un des cinq hôpitaux du CHU, il a une vocation gynéco-obstétricale et pédiatrique d'une capacité de 247 lits. Son centre pédiatrique comprend six services : [17,120]

- Les services de pédiatrie médicale (A et B) (56 lits).
- Le service de chirurgie pédiatrique générale (30 lits).
- Le service d'orthopédie et traumatologie pédiatrique (28 lits).
- Le service de néonatalogie (19 couveuses).
- Le service de réanimation pédiatrique (15 lits).
- Le service des urgences pédiatriques.

Le service des urgences pédiatriques est composé de deux pôles :

- Un pôle d'admission constitué de :
 - Une salle d'attente avec un service d'accueil.
 - Trois salles de consultation.
 - Une salle de consultation spécialisée en pédiatrie.
 - Une salle de consultation spécialisée en chirurgie pédiatrique.
 - Une salle de soins.
 - Une salle de plâtre.

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

- Une salle de gestes rapides.
- Un dépôt de linge propre.
- Un pôle de surveillance et d'hospitalisation de courte durée qui comporte :
 - Une salle d'isolement (6 lits).
 - Une salle de surveillance de chirurgie (4 lits).
 - Une salle d'observation (8 lits).
 - Une salle de soins infirmiers.
 - Une salle de kinésithérapie respiratoire.
 - Deux salles de repos des médecins et des infirmiers de garde.
 - Un bureau de chef de service.
 - Une pharmacie.
 - Deux vestiaires.

Le service des urgences pédiatriques comprend également :

- Un bureau d'enregistrement des patients.
- Un bureau de la secrétaire du service.
- Un bureau du major.
- Un bureau de caisse de l'administration.

II. Type de l'étude :

Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique visant à évaluer les perceptions et les motivations des parents d'enfants consultant aux urgences pédiatriques du CHU Mohamed VI de Marrakech.

III. Milieu et période de l'étude :

L'enquête s'est déroulée dans le service des urgences pédiatriques du CHU Mohamed VI de Marrakech.

Elle s'est étalée sur une période de 6 mois, allant du 05 Mai 2025 au 05 Novembre 2025.

IV. Population cible :

La population cible se composait d'un des deux parents biologiques des enfants consultant aux urgences pédiatriques, rencontrés lors de leur admission aux urgences pédiatriques dans le cadre d'une consultation non programmée.

1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

- Les parents (père ou mère) d'enfants se présentant aux urgences pédiatriques.
- Dont l'âge de l'enfant était inférieur à 15 ans.
- Consultant spontanément aux urgences pédiatriques.
- Dont l'enfant a été référé aux urgences par un médecin avec ou sans lettre.
- Dont l'enfant a été amené aux urgences par le SAMU, les pompiers.
- Ayant donné leur consentement éclairé pour participer à l'enquête.

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de cette enquête :

- Les parents dont l'enfant a été transféré depuis un autre hôpital pour une hospitalisation, avec accord préalable d'admission.
- Les parents dont l'enfant était décédé.
- Les parents ayant refusé de donner leur consentement libre et éclairé.

V. Échantillonnage :

Le recrutement des participants a été effectué par un échantillonnage non probabiliste de convenance.

La taille de l'échantillon était de 517 patients.

VI. Questionnaire :

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire pré-établi, adapté aux objectifs de l'étude.

Le questionnaire comptait en totalité 40 questions.

Ce questionnaire était composé de 5 parties :

- Une première partie consacrée au profil épidémiologique du parent.
- Une deuxième s'intéressait au profil épidémiologique de l'enfant.
- Une troisième portait sur le contexte de la consultation, elle visait à préciser les circonstances dans lesquelles l'enfant a été amené aux urgences et les démarches préalables à ce recours.
- Une quatrième comportait des questions de type fermé et ouvert, évaluant les perceptions et les motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques.

- Enfin, une cinquième partie destinée au personnel médical. Elle avait pour but de déterminer la part des vraies urgences parmi l'ensemble des consultations.

Le questionnaire a été prétesté auprès de 5 participants, puis modifié en fonction des retours reçus avant la phase de collecte réelle des données.

VII. Déroulement de l'enquête :

L'enquête a été réalisée dans le cadre d'un travail de fin d'études, par un étudiant en fin de cursus de médecine générale, sous la supervision étroite d'un professeur en pédiatrie.

Les données de l'étude ont été recueillies à travers des entretiens directs avec les parents, durant lesquels les questions ont été posées oralement en dialecte marocain.

VIII. Saisie et analyse des données:

Les données recueillies ont été saisies et enregistrées sur le logiciel Excel et analysées par le logiciel SPSS version 25.

Les résultats ont été présentés sous forme d'effectifs et de proportions pour les variables qualitatives, et pour les variables quantitatives sous forme de moyennes $\pm$ écarts-types ou de médianes (étendue) selon la nature de la distribution.

La concordance entre la perception de l'urgence chez le parent et l'évaluation du médecin a été faite à l'aide du taux de concordance et du coefficient Kappa de Cohen, afin d'apprécier l'accord au-delà du hasard.

Selon les conditions d'utilisation des tests statistiques, les tests suivants: test exact de Fisher, test Khi-deux de Pearson, test de Mann-Whitney et test T de Student ont été utilisés pour déterminer les facteurs associés à la perception de l'urgence chez le parent, et les facteurs associés aux consultations non urgentes.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

IX. Considérations éthiques:

La participation à l'étude était entièrement volontaire.

Les principes d'anonymat et de confidentialité ont été clairement expliqués aux participants et rigoureusement respectés tout au long de l'étude.



Résultats



➤ TAUX DE RÉPONSES :

Sur l'ensemble des 528 parents sollicités, 11 ont refusé de participer à l'enquête.

L'échantillon final comprenait ainsi 517 parents ayant accepté de répondre à l'entretien, soit un taux de réponse de 97,9%.

I. Données épidémiologiques des parents :

1. Age :

L'âge moyen des parents était de 38 ans avec des extrêmes allant de 19 à 57 ans.

Tableau I : Répartition des parents selon leurs tranches d'âge

Tranches d'âge des parents	Nombre de cas	Pourcentage
Moins de 25 ans	39	7,5%
25 – 44 ans	382	74%
45 – 57 ans	96	18,5%

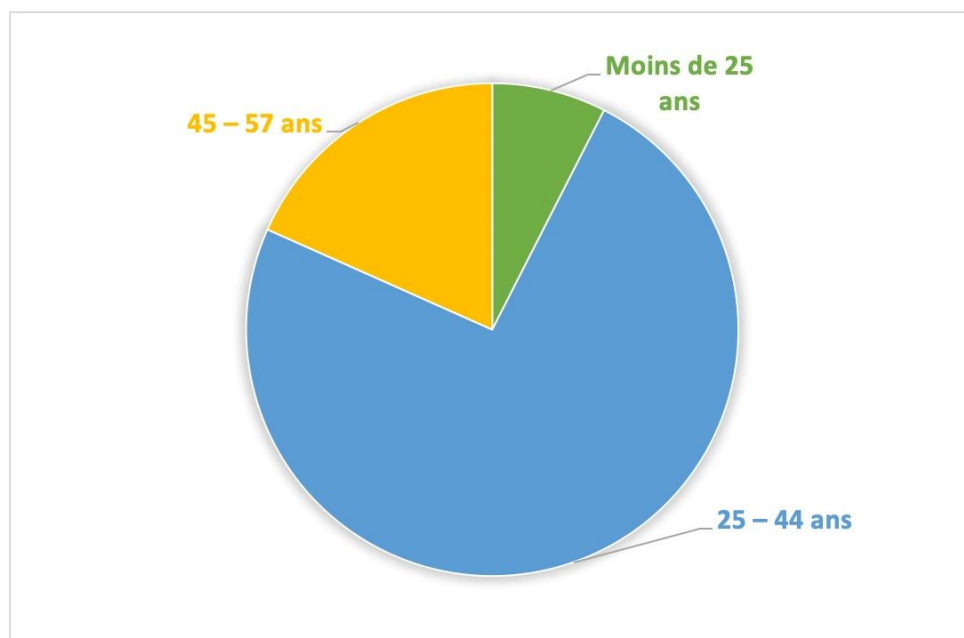


Figure 1 : Répartition des parents selon leurs tranches d'âge

2. Sexe :

Les mères ont été majoritaires à répondre au questionnaire avec un pourcentage de 74%. Le sex-ratio (M/F) était de 0,35.

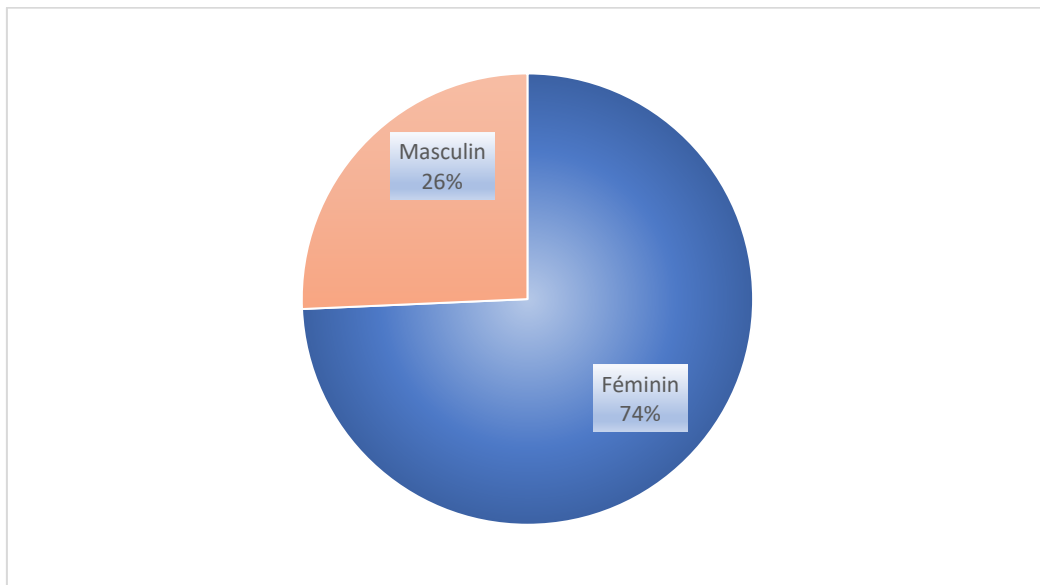


Figure 2 : Répartition des parents selon leur sexe

3. Niveau d'instruction :

Nous avons noté que 39,3% des parents étaient analphabètes, et que seuls 5,6% d'entre eux ont fait des études supérieures.

Tableau II : Répartition des parents selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre de cas	Pourcentage
Analphabète	203	39,3%
Primaire	149	28,8%
Secondaire	86	16,6%
Lycée	50	9,7%
Études supérieures	29	5,6%

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

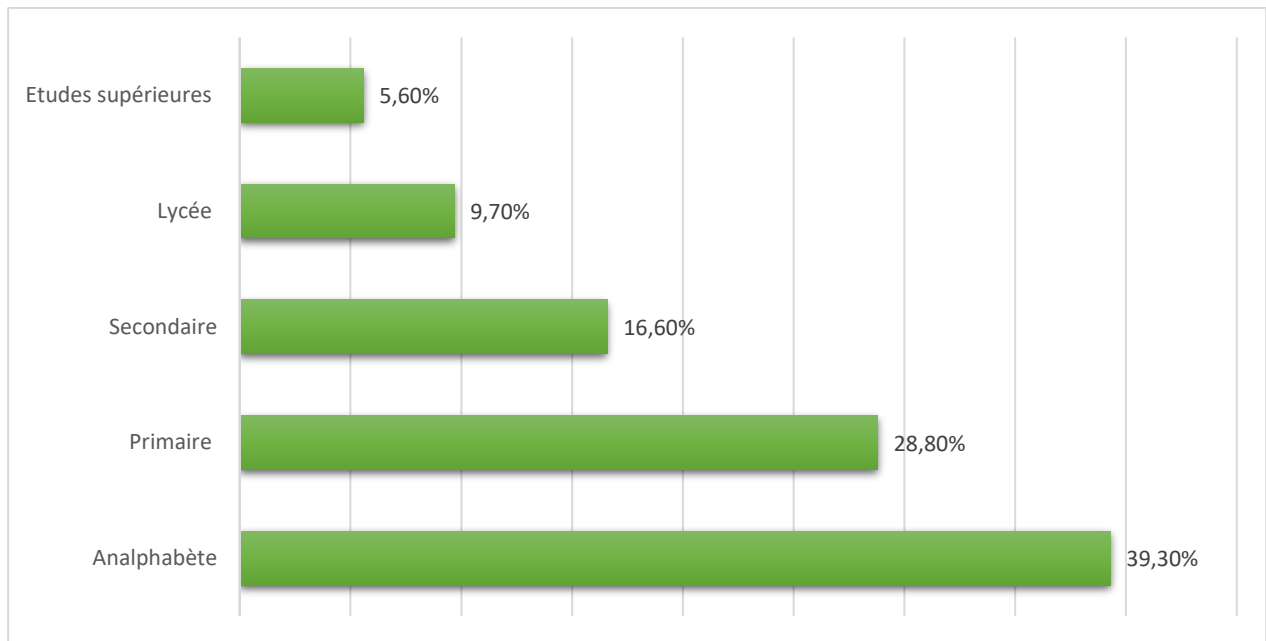


Figure 3 : Répartition des parents selon leur niveau d'instruction

4. Lieu de résidence :

Une prédominance de résidents en milieu urbain (n= 348) a été observée.

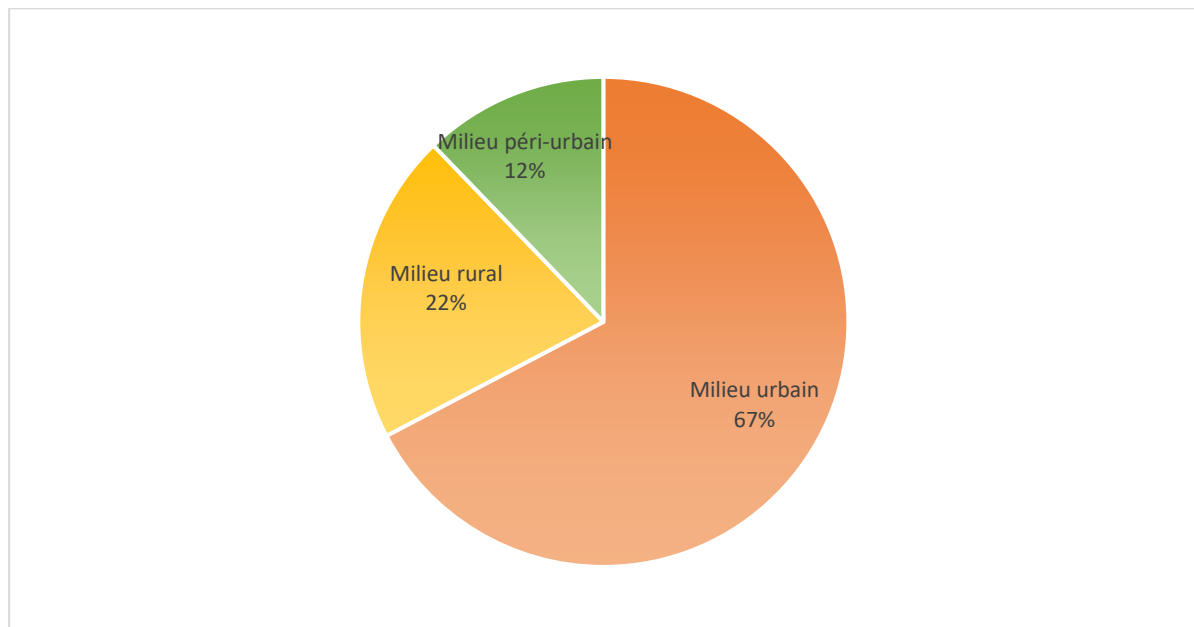


Figure 4 : Répartition des familles selon leur lieu de résidence

5. Région :

La quasi-totalité des familles de notre échantillon résidait dans la région Marrakech-Safi (97,1%).

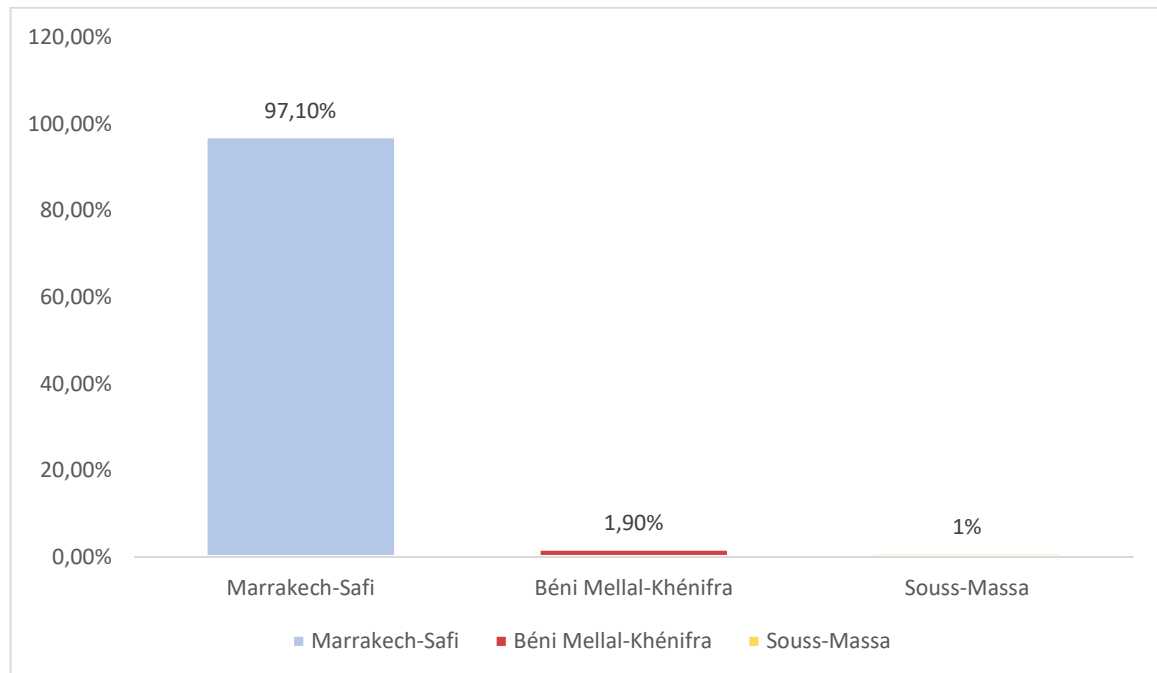


Figure 5 : Répartition des familles selon leur région de résidence

6. Profession :

Pour les hommes, l'ensemble des 133 pères interrogés déclaraient exercer une activité professionnelle, soit 100%.

En ce qui concerne les femmes, seules 9,3% occupaient un emploi.

7. Revenu mensuel :

La majorité des familles disposaient d'un revenu inférieur au SMIG (41%), tandis que seules 0,8% avaient un revenu supérieur à 10000dhs.

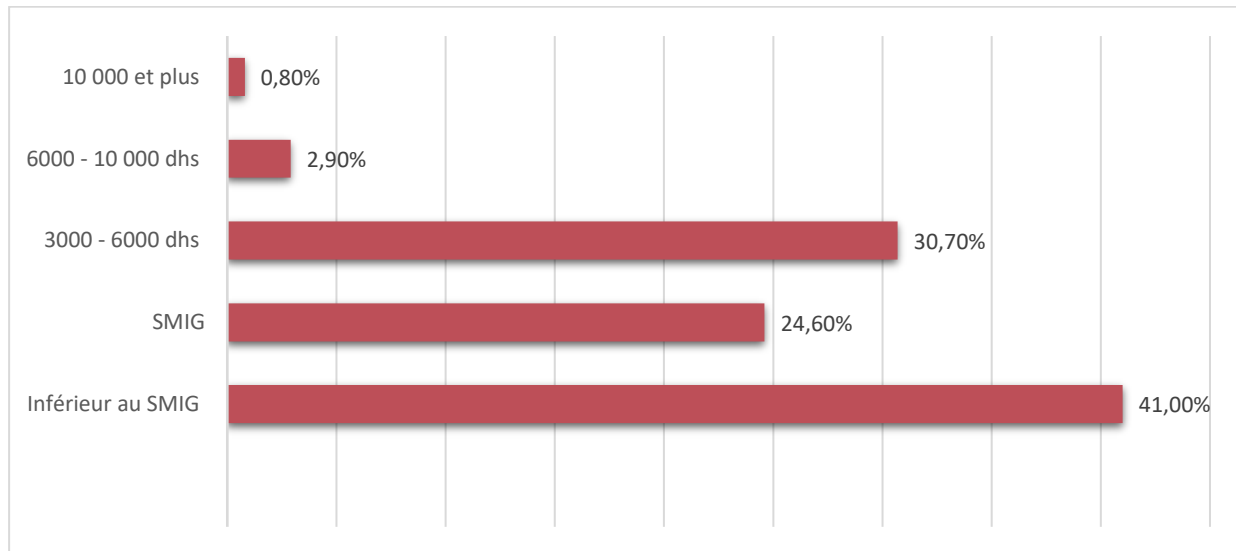


Figure 6 : Répartition des familles selon leur revenu mensuel

8. Sécurité sociale :

La majorité des familles bénéficiaient d'une couverture sociale (70%), avec une nette prédominance de l'AMO TADAMON (69%).

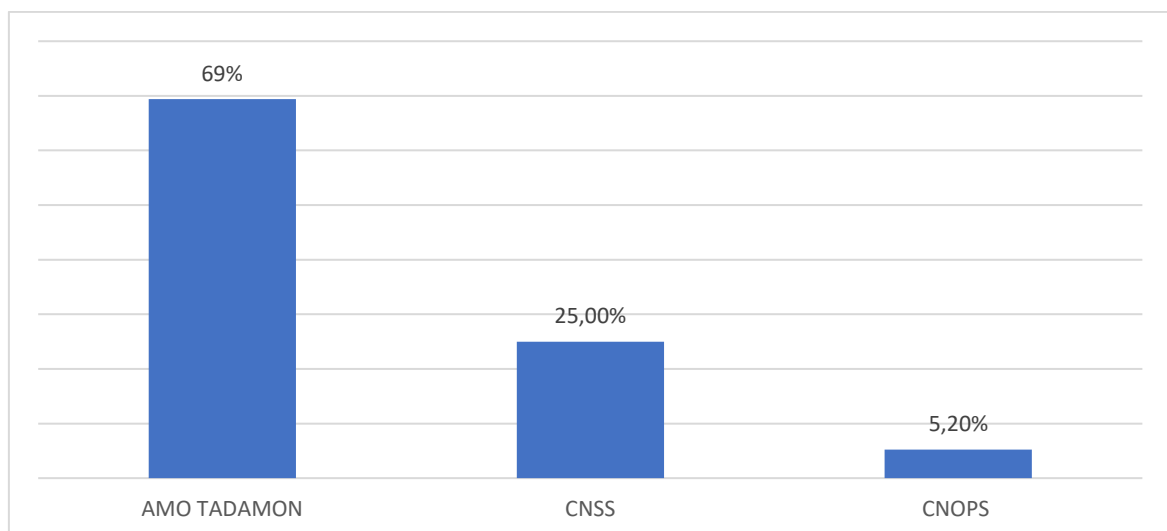


Figure 7 : Répartition selon le type de couverture sociale

9. Nombre d'enfants :

La majorité des parents avaient deux à trois enfants (69%).

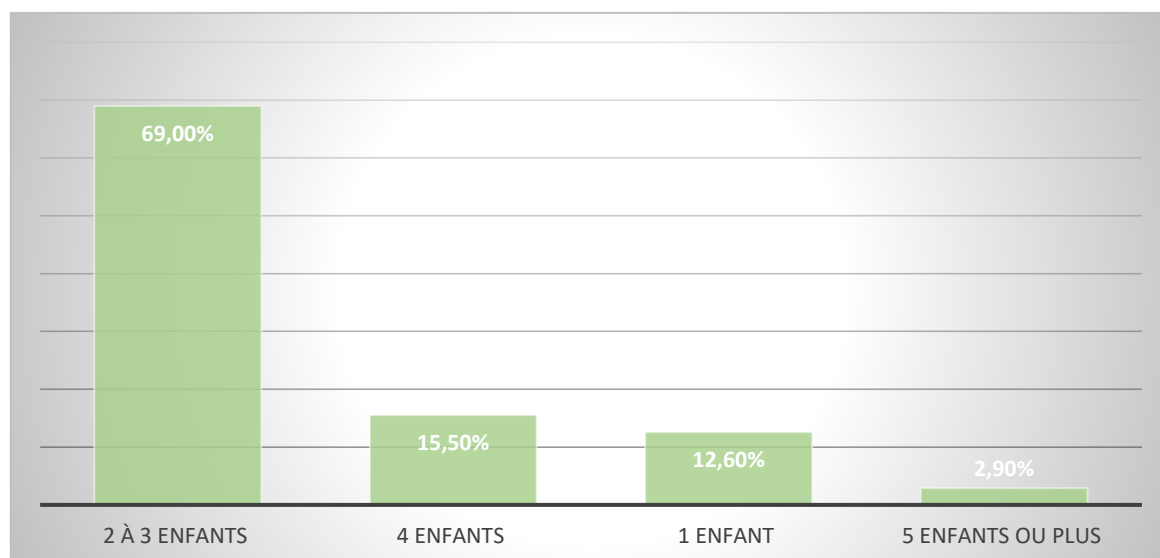


Figure 8 : Répartition des familles selon le nombre d'enfants

II. Données épidémiologiques de l'enfant :

1. Age :

L'âge moyen des enfants était de 5 ans avec des extrêmes allant de 1 jour à 15 ans.

Tableau III : Répartition des enfants selon leurs tranches d'âge

Tranches d'âge des enfants	Nombre de cas	Pourcentage
0-12 mois	134	25,9%
13-23 mois	30	5,8%
2ans-5ans	108	20,9%
6 ans-10 ans	163	31,5%
11-15 ans	82	15,9%

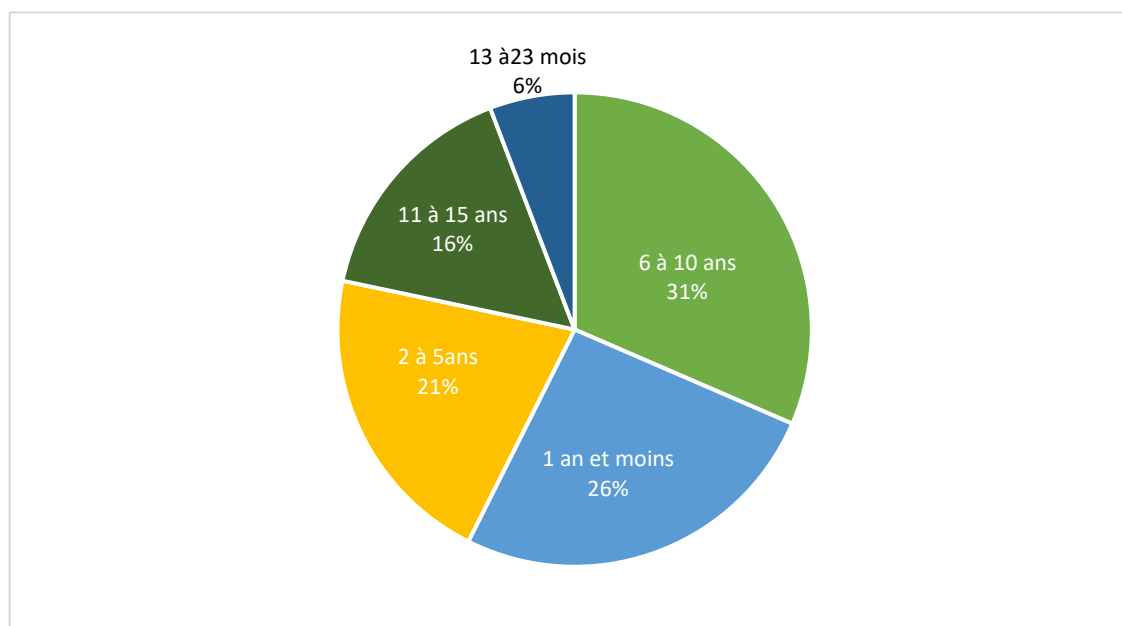


Figure 9 : Répartition des enfants selon leurs tranches d'âge

2. Sexe :

Nous avons noté une prédominance masculine (n=273 ; 52,8%) avec un sex-ratio M/F de 1,19.

3. Rang dans la fratrie :

La plupart des enfants étaient des deuxièmes dans la fratrie (42,2%).

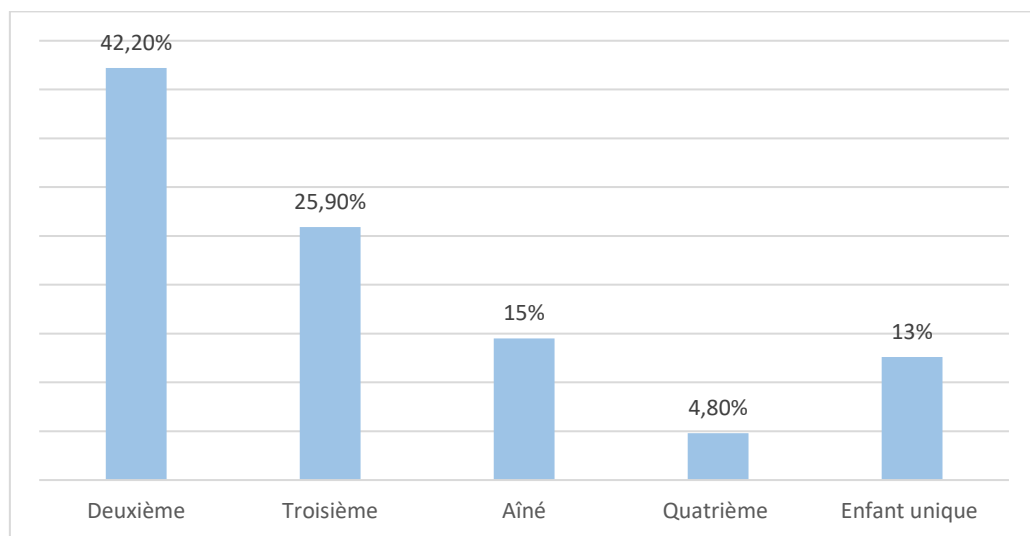


Figure 10 : Répartition des enfants selon leur rang dans la fratrie

4. Antécédents de l'enfant :

Dans notre échantillon, 18,2% des enfants présentaient des antécédents médicaux, l'asthme était l'antécédent le plus fréquent (34,1%).

Tableau IV : Antécédents médicaux des enfants consultant aux urgences pédiatriques

Antécédents	Nombre de réponses	Pourcentage
Asthme	31	34,1%
Diabète	17	18,1%
Épilepsie	16	17%
Cardiopathie congénitale	11	11,7%
Paralysie cérébrale	9	9,5%
Néoplasie	3	3,2%
Retard staturo-pondéral	2	2,1%
Insuffisance hépatocellulaire	2	2,1%
Pathologie herniaire	1	1,1%
Malformation anorectale	1	1,1%
Insuffisance rénale	1	1,1%
Total	94	100%

5. Suivi de l'enfant :

Chez les patients ayant des antécédents, la majorité (73%) étaient suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech, 27% dans un hôpital provincial, tandis que 5,3% ne bénéficiaient d'aucun suivi médical.

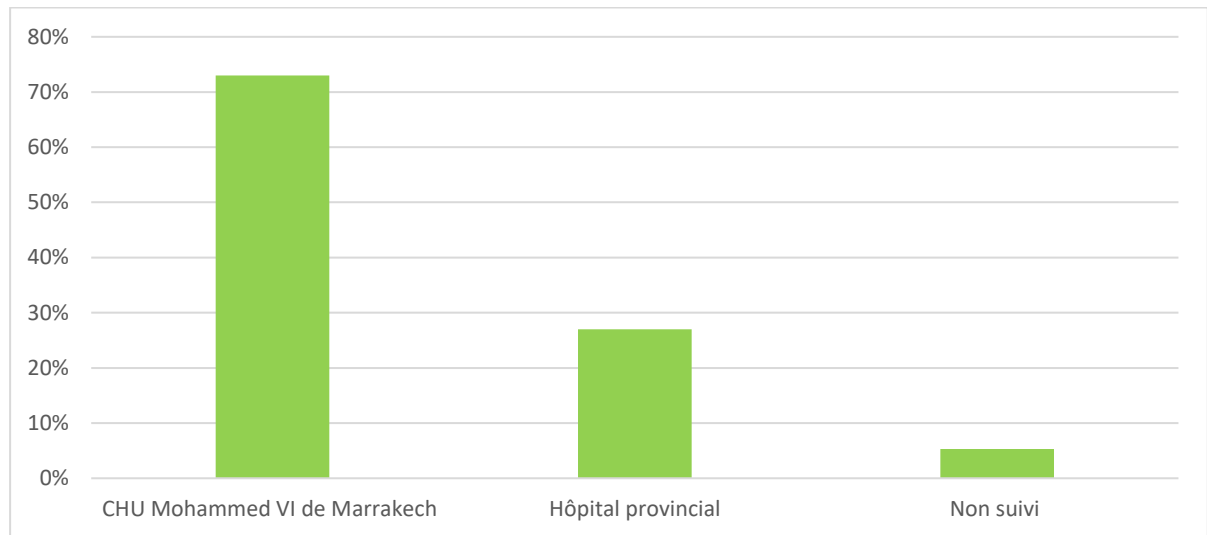


Figure 11: Suivi des enfants ayant des antécédents

III. Contexte de la consultation :

1. Mode d'acheminement de l'enfant aux urgences :

La grande majorité des enfants (90,3%) ont été amenés aux urgences par leurs parents.

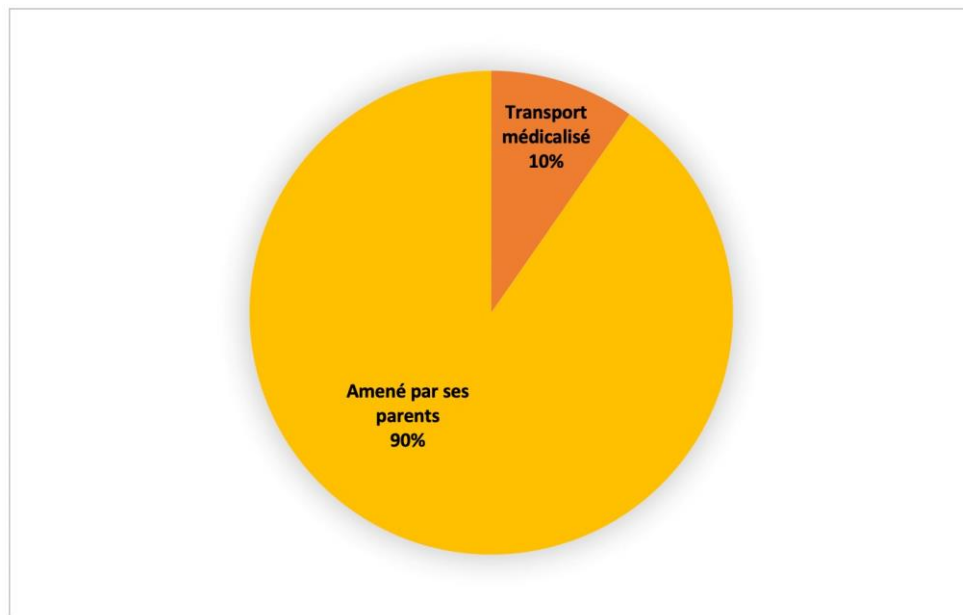


Figure 12 : Répartition des enfants selon le mode d'arrivée aux urgences

2. Jour de la consultation :

La majorité des consultations ont eu lieu en semaine (74,1%).

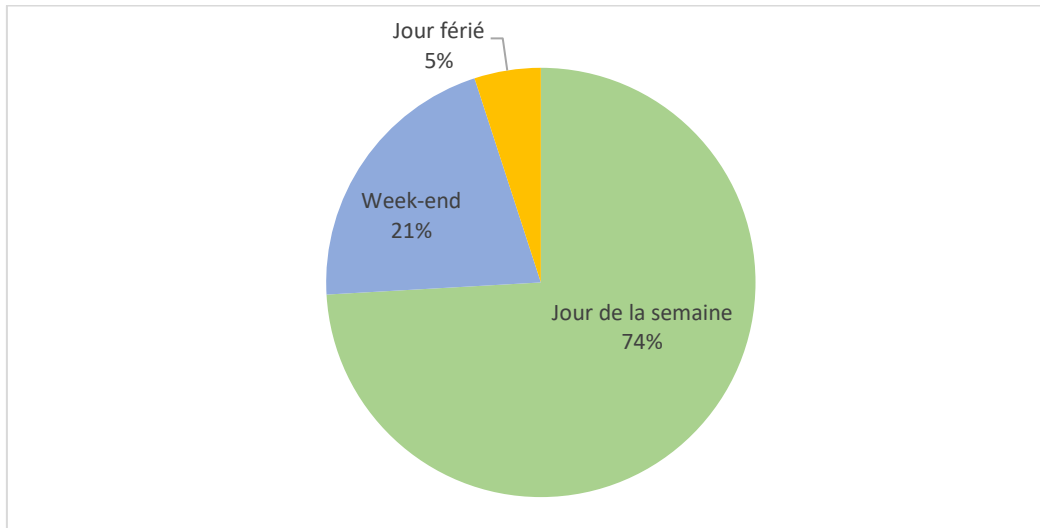


Figure 13 : Répartition des enfants selon le jour de consultation

3. Heure de la consultation :

Plus des trois quarts des consultations ont eu lieu entre 8h et 20h (77,2 %), tandis que 22,8% se sont déroulées entre 20h et 8h.

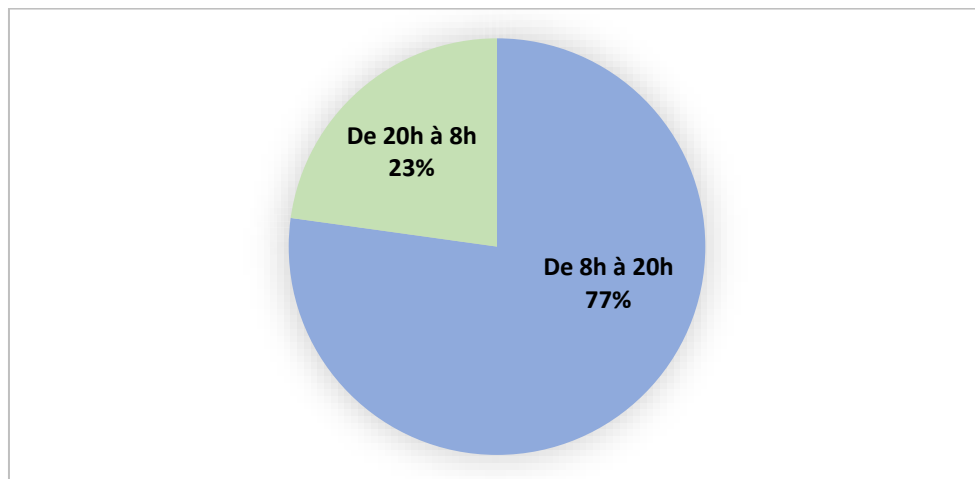


Figure 14: Répartition des enfants selon l'heure de consultation

4. Motif de recours aux urgences :

Les motifs de recours aux urgences étaient dominés par la fièvre et les traumatismes.

Tableau V : Répartition des enfants selon le motif de consultation

Motif de consultation	Nombre de réponses	Pourcentage
Fièvre	213	41,2%
Traumatisme	108	21%
Vomissements	66	12,8%
Dyspnée	65	12,6%
Douleur abdominale	57	11%
Diarrhée	50	9,7%
Toux	41	7,9%
Dysphagie	26	5%
Asthénie	12	2,3%
Atteinte cutanée	11	2,1%
Signes du bas appareil urinaire	11	2,1%
Adénopathie cervicale	11	2,1%
Cyanose	10	1,9%
Refus d'alimentation	10	1,9%
Arrêt des matières et des gaz	5	1%
*Autres	52	10%

* : Piqûre d'insecte, céphalée, douleur scrotale, morsure de chien, ingestion de produit caustique, allergie, boiterie, ingestion de pièce de monnaie, pédiculose, ictère, syndrome œdémateux.

5. Durée d'évolution des symptômes :

Près des deux tiers (62,2%) avaient consulté moins de 24 heures après le début des symptômes.

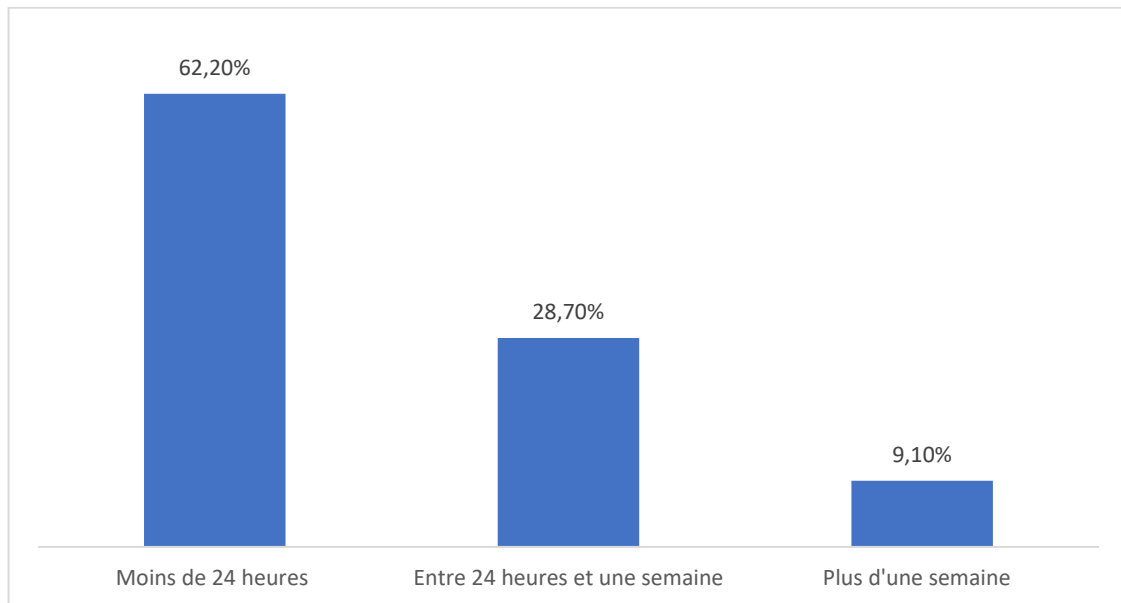


Figure 15: Délai entre l'apparition des symptômes et la consultation aux urgences

IV. Accès aux soins :

1. Recours préalable aux soins avant l'arrivée aux urgences :

Nous avons noté que 13% des parents ont consulté un médecin généraliste avant de se rendre aux urgences, tandis que 87% n'ont eu recours à aucune consultation préalable.

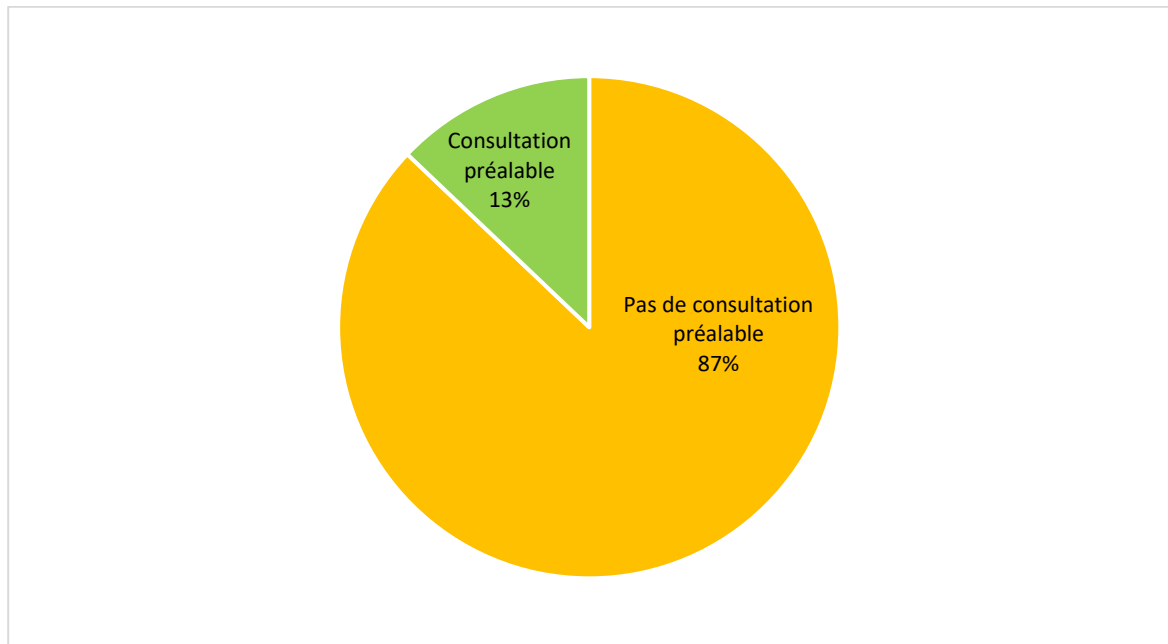


Figure 16: Recours préalable aux soins avant la consultation aux urgences

2. Motifs et recommandations ayant précédé la consultation aux urgences :

Parmi les parents ayant consulté au préalable (n=67,13%), plus de la moitié d'entre eux déclaraient avoir été orientés vers le service des urgences (56,1%).

Tableau VI : Conseils reçus avant la consultation aux urgences

Conseils	Nombre de réponses	Pourcentage
Le médecin m'a conseillé de venir aux urgences	37	56,1%
Le médecin m'a prescrit un traitement que j'ai donné à mon enfant, mais son état ne s'est pas amélioré.	14	21%
Le médecin m'a dit de simplement attendre et de surveiller l'évolution.	9	13,2%
Le médecin m'a demandé d'hospitaliser mon enfant, mais je n'ai pas pu payer les frais d'hospitalisation	5	7,3%
Le médecin m'a donné une ordonnance, mais je n'étais pas convaincu par la prise en charge.	2	2,4%
Total	67	100%

3. Disponibilité du centre de santé :

Près de la moitié des parents ont déclaré que le centre de santé était fermé avant leur arrivée aux urgences.

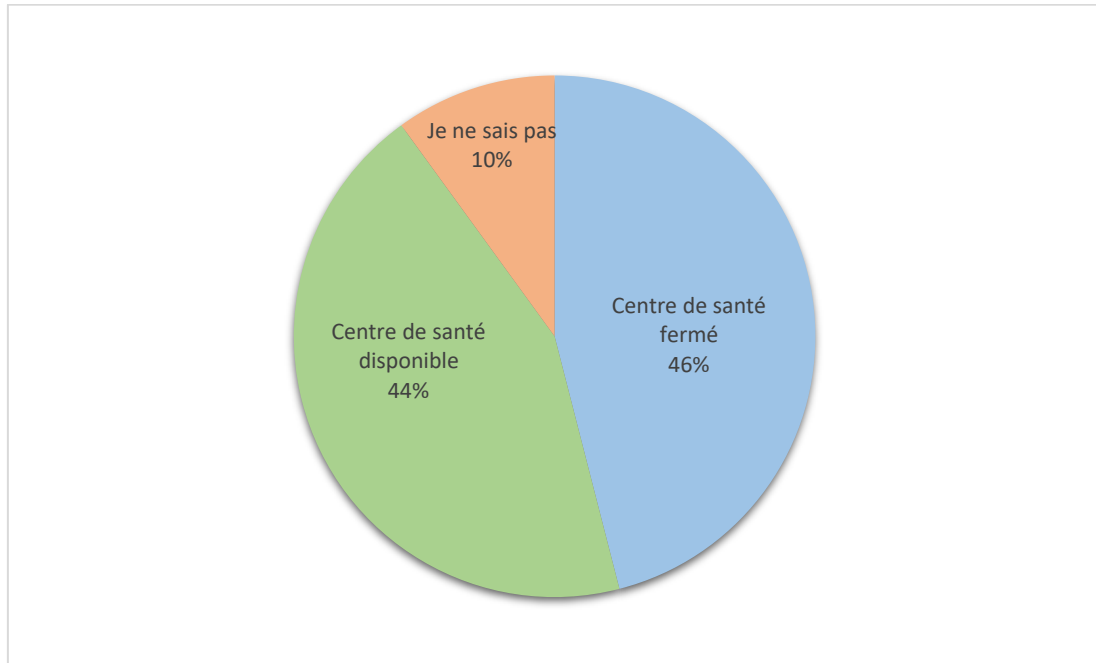


Figure 17 : Réponse à la question : « Le centre de santé était-il disponible au moment où vous avez décidé de vous rendre aux urgences ? »

Parmi les parents qui ont répondu non à la question précédente, 26% ont déclaré qu'ils auraient consulté un médecin généraliste si celui-ci avait été disponible, tandis que 74% estimaient que l'état de leur enfant justifiait une consultation immédiate aux urgences.

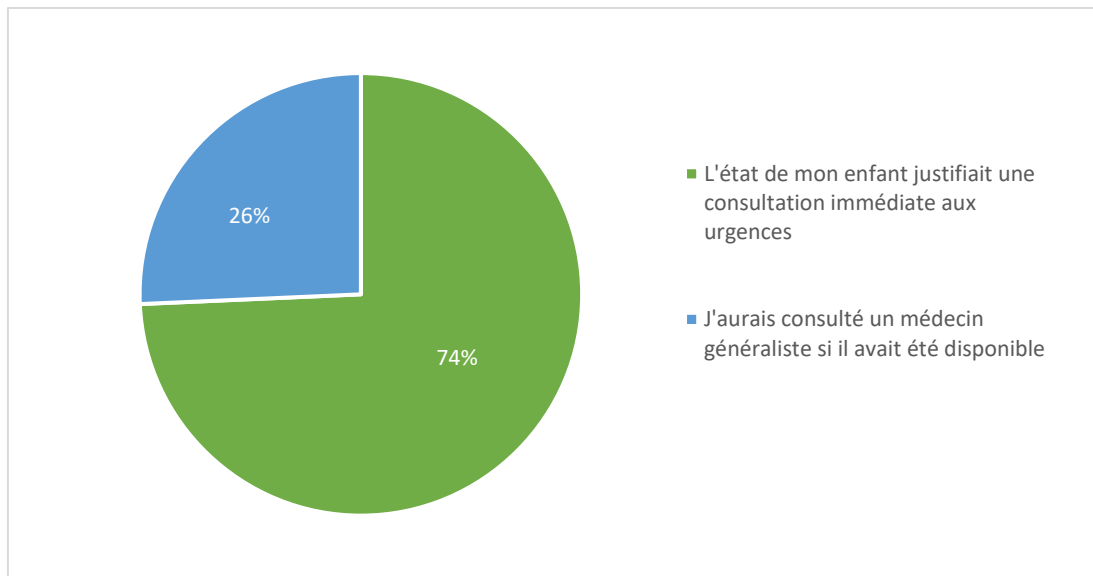


Figure 18 : Réponse à la question : « Si un médecin généraliste avait été disponible, l'auriez-vous consulté avant de venir aux urgences ? »

4. Antécédents dans le service des urgences pédiatriques :

Dans notre échantillon, 30,5% des enfants étaient des primo-consultants et n'avaient pas d'antécédents aux urgences pédiatriques, tandis que 58,7% avaient consulté 1 à 3 fois aux urgences au cours de la dernière année.

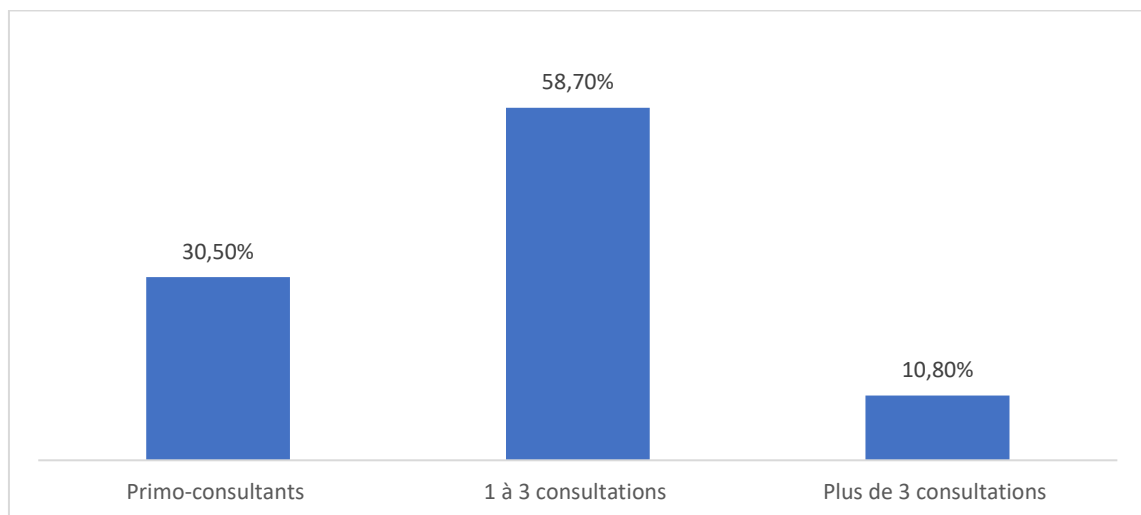


Figure 19: Nombre de consultations aux urgences au cours de la dernière année

5. Degré de satisfaction parentale des consultations antérieures :

Plus des deux tiers des répondants (66,3%) se sont déclarés satisfaits de leurs consultations antérieures.

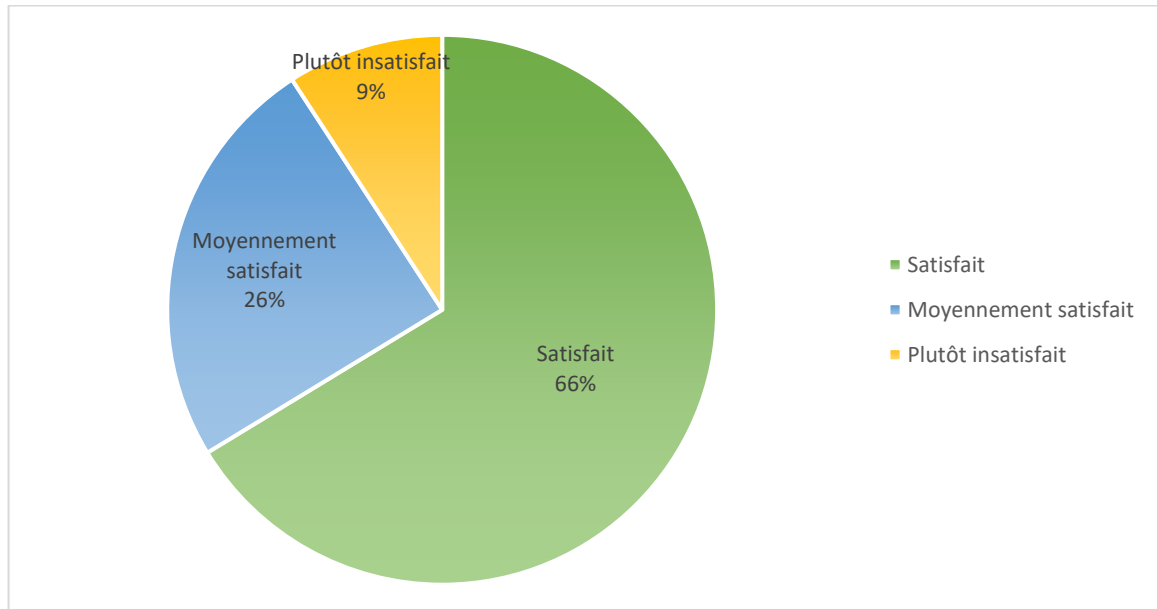


Figure 20: Niveau de satisfaction parentale des consultations antérieures

V. Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques:

1. Motivations parentales justifiant le recours actuel aux urgences:

Tableau VII : Motivations des parents à la consultation actuelle

Motivations	Totalement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Totalement en désaccord
Je pensais que c'était grave	65,6%	12,4%	5,6%	6,8%	9,7%
Je pensais que mon enfant avait besoin d'être hospitalisé	15,3%	7,7%	21,9%	18,6%	36,6%
L'état de mon enfant ne s'améliorait pas, au contraire ça s'aggravait	61,7%	17,4%	14,1%	6,8%	0%
J'avais peur que son état s'aggrave encore	71,2%	22,1%	3,9%	1,9%	1%
J'étais très angoissé, je ne savais pas où aller d'autre	43,1%	14,5%	18,2%	10,6%	13,5%
Je pensais qu'il avait besoin d'examens complémentaires	65,8%	18%	9,5%	1,9%	4,8%
Les soins offerts par l'hôpital sont moins chers / gratuits	65,8%	24,2%	5,8%	3,7%	0,6%
Je viens aux urgences parce qu'on peut venir sans rendez-vous	71%	26,1%	2,9%	0%	0%
Je savais qu'aux urgences il serait pris en charge plus rapidement	74,9%	15,5%	6,8%	2,9%	0%

Urgence ou non urgence ?**Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques**

J'ai l'habitude de venir directement ici, parce que mon enfant y est toujours bien pris en charge	25,1%	4,4%	5,8%	14,5%	50,1%
Mon entourage m'a conseillé de venir aux urgences	21,3%	30,9%	18,4%	18,8%	10,6%
Il n'y avait pas d'autre solution de consultation	41,2%	9,7%	1%	9,7%	38,5%
Je fais confiance aux médecins des urgences, leur compétence me rassure	59,4%	20,3%	8,7%	10,6%	1%
Le médecin de mon enfant m'a dit de venir aux urgences dès qu'il y avait un symptôme inhabituel	5,8%	1,9%	1%	0%	91,3%
L'hôpital est proche de chez moi	6,8%	16,4%	7,7%	10,6%	58,4%
Les services de soins primaires ne sont pas assez développés pour prendre correctement en charge mon enfant	25,1%	18,4%	11,6%	5,8%	39,1%

2. Priorités recherchées par les parents :

Avant leur consultation aux urgences, la quasi-totalité des parents (98,1%) recherchaient avant tout un avis médical rapide et 85,5% d'entre eux souhaitaient être rassurés. La réalisation d'examens complémentaires a été mentionnée par 74,3% des participants.

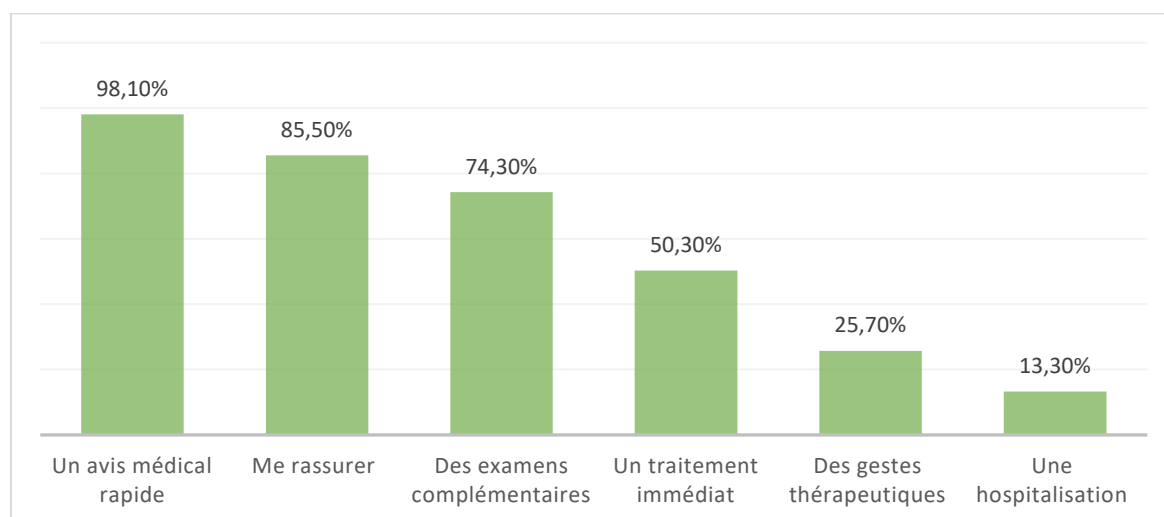


Figure 21: Priorités recherchées par les parents

3. Réponse aux attentes des parents :

Près de la moitié des parents (46,8%) estimaient que la consultation aux urgences a répondu à leurs attentes.

Tableau VIII : Réponse à la question « La consultation aux urgences a-t-elle répondu à vos attentes ? »

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui, tout à fait	242	46,8%
Plutôt oui	125	24,2%
En partie	55	10,6%
Plutôt non	55	10,6%
Non pas du tout	40	7,7%

4. Appréciation parentale du degré d'urgence :

Près de la moitié des parents de notre échantillon ont jugé la situation de leur enfant moyennement urgente.

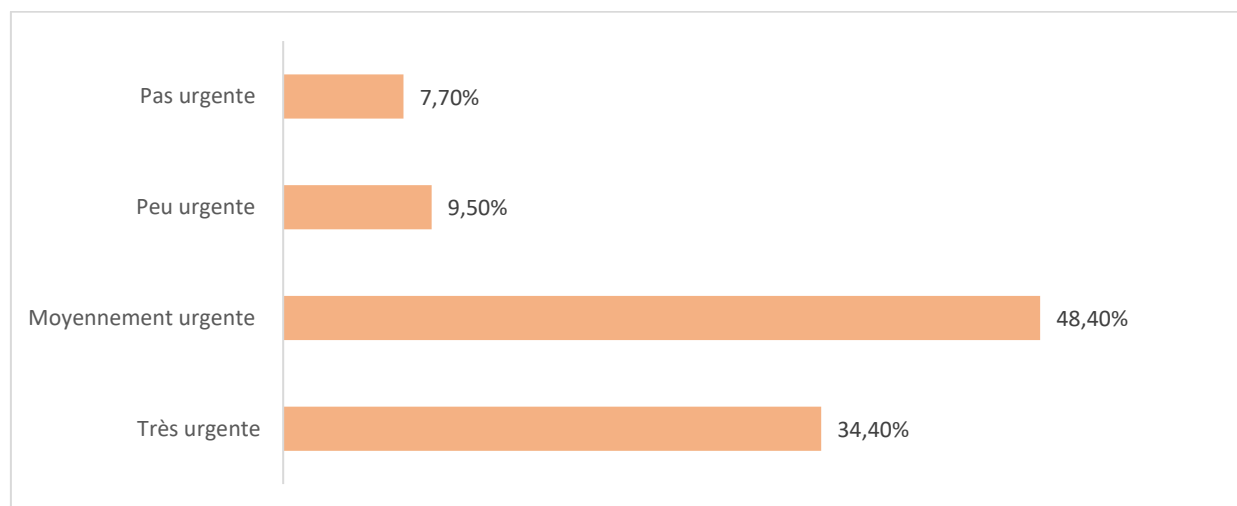


Figure 22 : Appréciation parentale du caractère urgent de la situation de l'enfant

5. Temps d'attente avant la consultation médicale :

Une proportion d'enfants ont été vus dès leur arrivée par un médecin (12%). Tandis que 35,8% ont attendu moins de 30 minutes pour être pris en charge.

La moyenne du temps d'attente observée était de 53 minutes.

Tableau IX : Temps d'attente avant la consultation médicale

Temps d'attente	Nombre de réponses	Pourcentage
Prise en charge immédiate	62	12%
Moins de 30min	185	35,8%
30min -1h	150	29%
1-2h	85	16,5%
Plus de 2h	35	6,7%

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

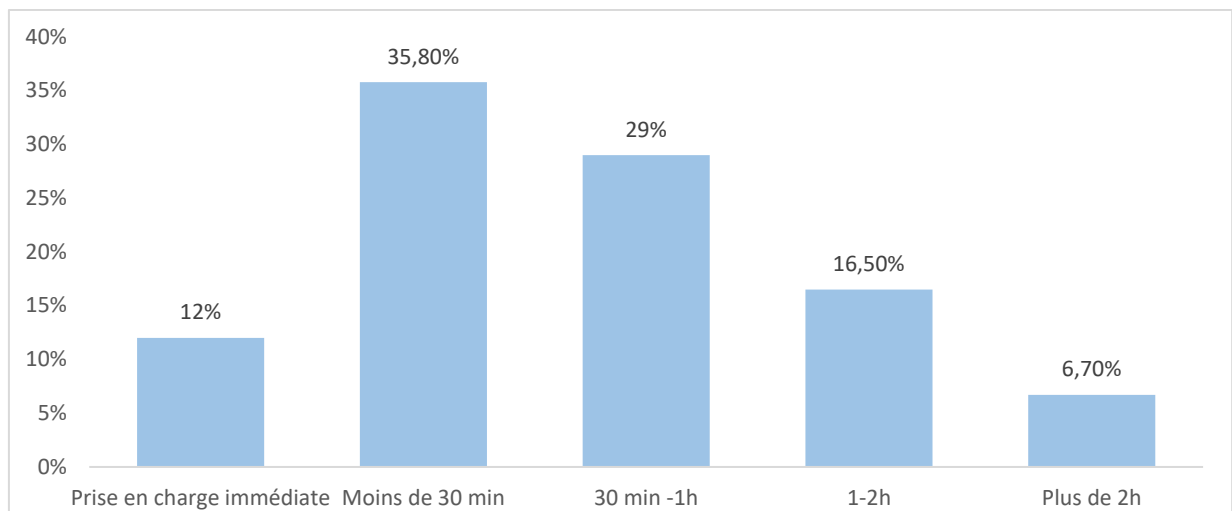


Figure 23 : Temps d'attente avant la consultation médicale

6. Concordance entre la gravité perçue par les parents et le délai d'attente :

Plus de la moitié des parents (55%) estimaient que la durée d'attente était adaptée à la gravité de la situation de leur enfant.

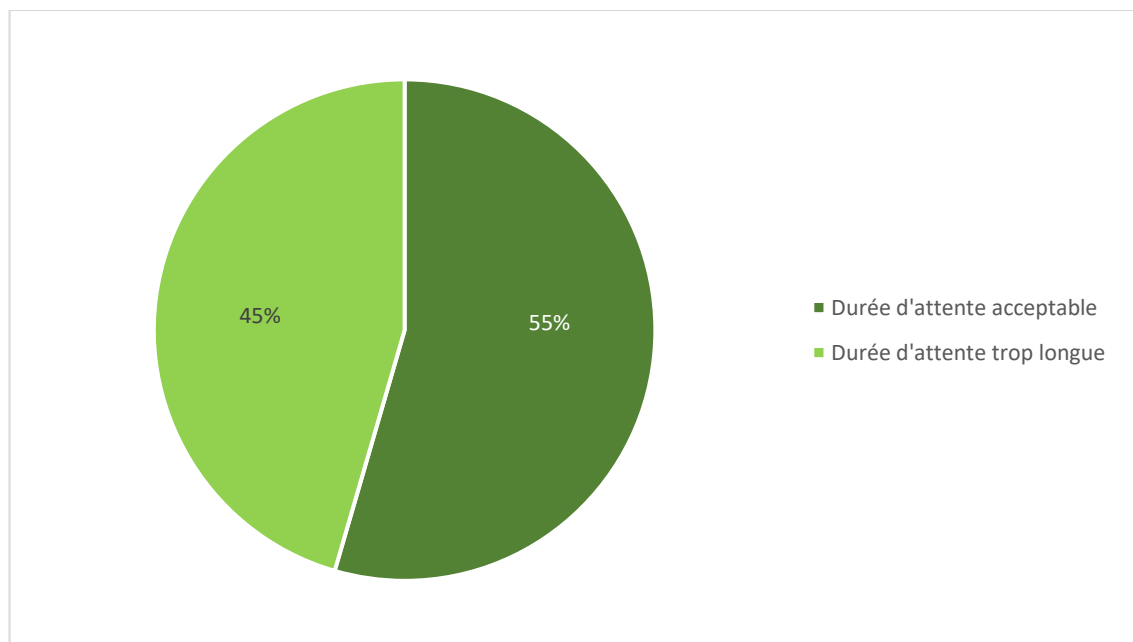


Figure 24 : Concordance entre la gravité perçue par les parents et le délai d'attente

7. Niveau de satisfaction parentale de la consultation actuelle aux urgences :

Environ un tiers des parents ont exprimé un niveau de satisfaction très élevé concernant leur passage aux urgences.

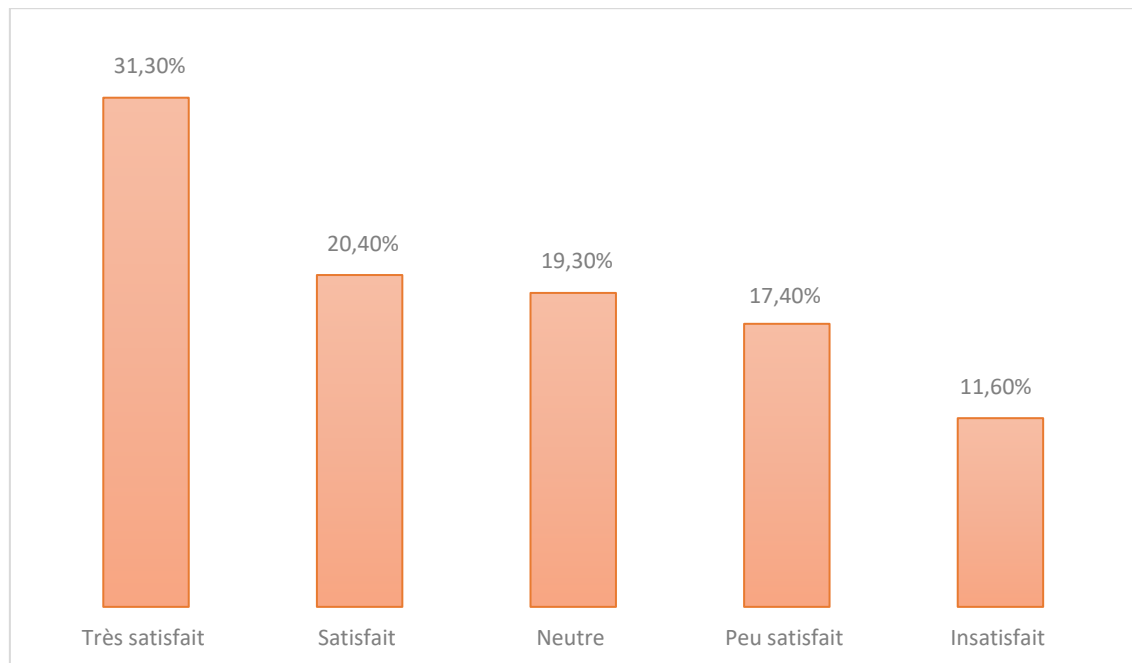


Figure 25 : Degré de satisfaction des parents

8. Motifs justifiant le recours direct aux urgences selon les parents :

La quasi-totalité des parents estimaient qu'il était justifié de consulter aux urgences en cas d'aggravation des symptômes ou d'absence d'amélioration de l'état de leur enfant. Par ailleurs, les trois quarts d'entre eux jugeaient légitime de se rendre directement aux urgences face à tout traumatisme.

Tableau X : Motifs justifiant le recours direct aux urgences

Motifs	Totalement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Totalement en désaccord
Devant l'apparition de tout symptôme inhabituel	20,1%	10,6%	17,4%	24,4%	27,5%
L'aggravation des symptômes	94,2%	4,8%	0%	0%	1%
La non amélioration de l'état de mon enfant	87,8%	10,6%	1,5%	0%	0%
Devant tout traumatisme	42,2%	32,9%	17,4%	6,6%	1%
Conseils de proches	17,2%	40,6%	19%	20,3%	2,9%
Inquiétude personnelle	30,9%	24,8%	17,2%	12,6%	14,5%

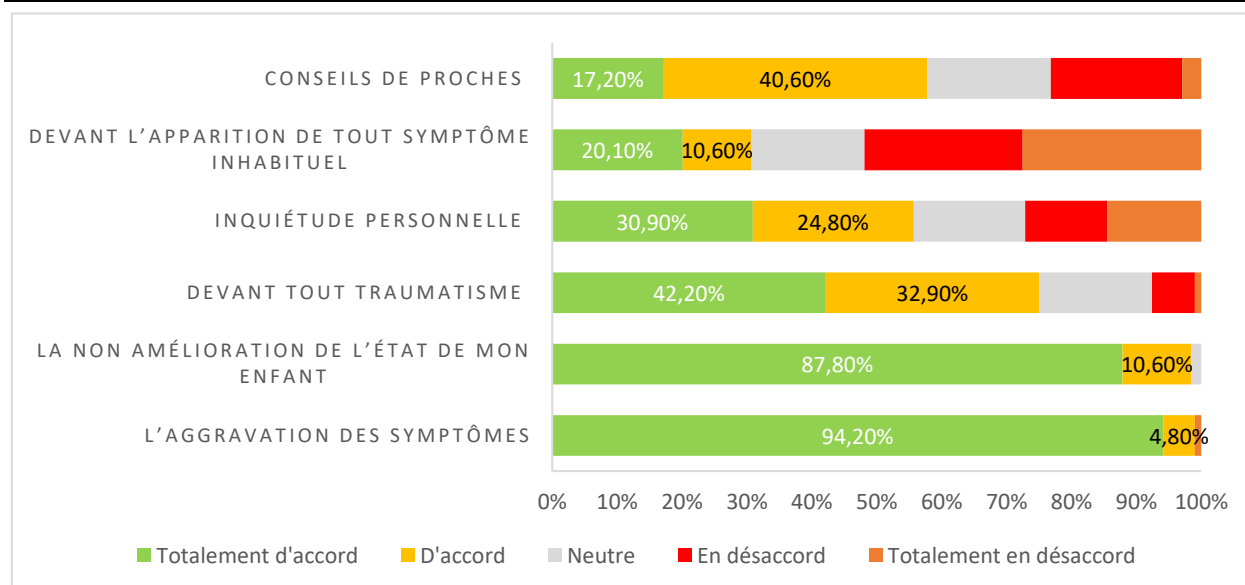


Figure 26: Motifs justifiant le recours direct aux urgences

9. Situations jugées prioritaires aux urgences par les parents :

Tableau XI : Situations considérées prioritaires aux urgences par les parents

Situation	Nombre de réponses	Pourcentage
Troubles de conscience	505	97,6%
Traumatismes graves	496	96%
Détresse respiratoire	492	95,1%
Douleur intense	489	94,6%
Hémorragies	460	89%
Fièvre très élevée, mal tolérée	429	83%
Nourrissons	408	79%
Enfants arrivés en ambulances	239	46,2%
Enfants référés par un médecin	223	43,1%
Convulsions	209	40,4%
Brûlures graves	185	35,8%
Enfants ayant des antécédents médicaux	11	2,1%

10. Intention future de recours aux urgences pédiatriques pour un problème similaire :

Environ la moitié des parents interrogés (48%) ont exprimé leur intention de se rendre aux urgences pour un problème similaire dans l'avenir.

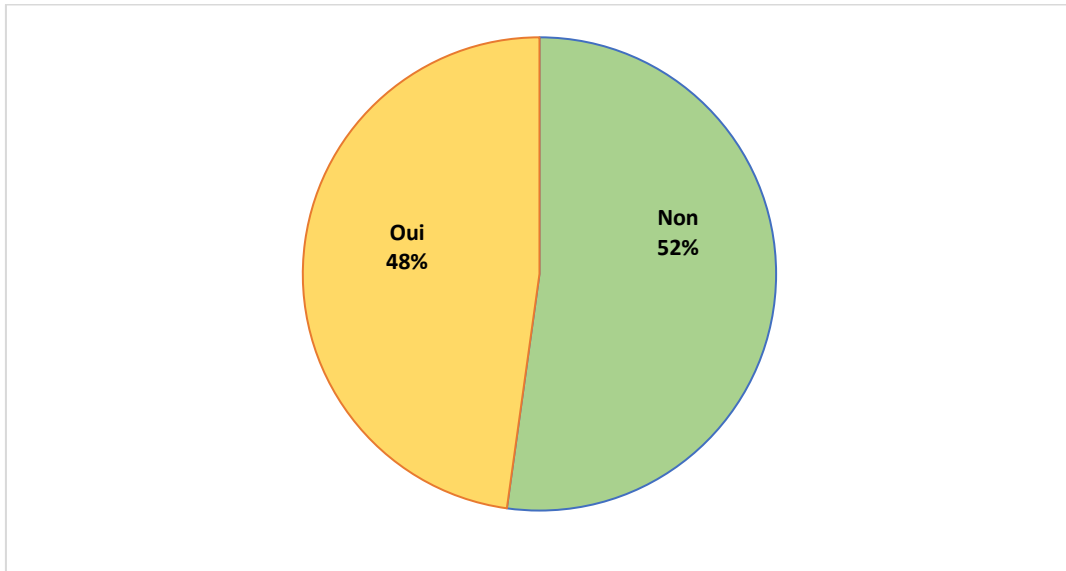


Figure 27 : Réponse à la question : « Reviendrez-vous aux urgences pédiatriques si votre enfant présente les mêmes problèmes de santé à l'avenir ? »

VI. Évaluation des urgences du point de vue du médecin :

Plus de la moitié des urgences reçues n'étaient pas considérées comme de véritables urgences par les médecins.

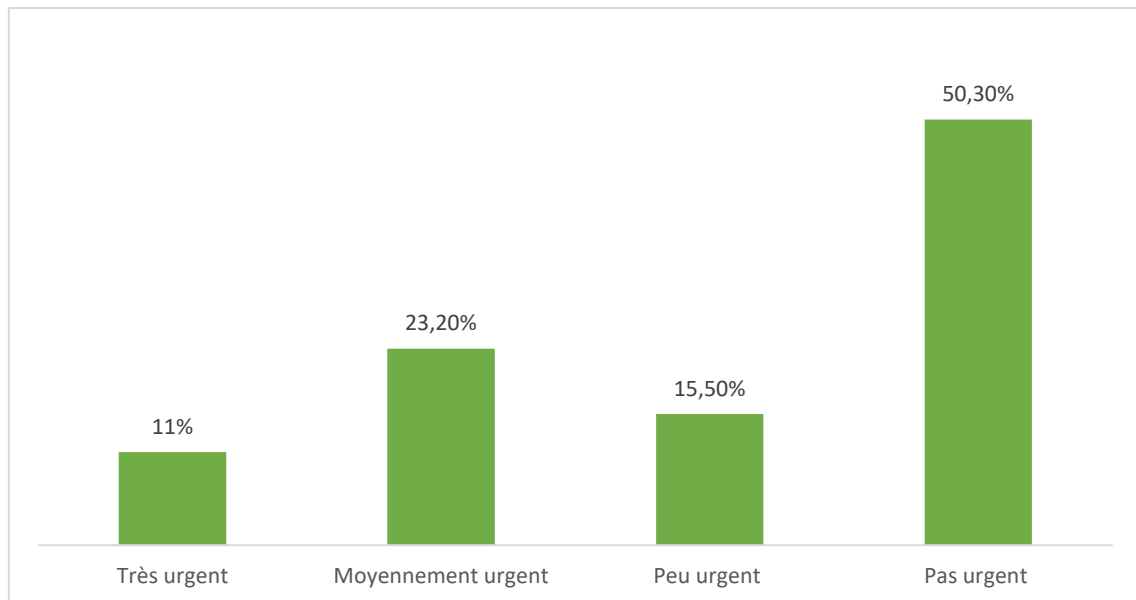


Figure 28 : Évaluation de l'urgence par le médecin

VII. Analyse bivariée :

1. Concordance entre la perception de l'urgence chez les parents et l'évaluation du médecin :

Parmi les situations perçues comme urgentes par les parents, seules 36,9% ont été considérées comme réellement urgentes par le médecin, tandis que 63,1% ont été jugées non urgentes.

À l'inverse, lorsque les parents ne percevaient pas l'état de leur enfant comme urgent, 21,3% ont été évalués comme urgents, et 78,7% comme non urgents par le médecin.

L'association entre la perception parentale de l'urgence et l'évaluation médicale était statistiquement significative ($p = 0,005$).

Le taux de concordance était faible à 44,1%, avec un coefficient Kappa de Cohen à 0,074, indiquant un accord très faible entre les deux évaluations.

Tableau XII : Concordance entre la perception parentale de l'urgence et l'évaluation du médecin

	Évaluation de l'urgence chez le médecin		p
	Urgence n(%)	Non urgence n(%)	
Perception de l'urgence chez les parents			0,005
– Oui	158(36,9)	270(63,1)	
– Non	19(21,3)	70(78,7)	

Taux de concordance : 44,10%

Coefficient Kappa de Cohen : 0,074

2. Facteurs associés à la perception de l'urgence chez les parents:

Concernant la perception de l'urgence chez les parents, plusieurs facteurs montraient une association significative :

- **L'âge du parent** : La moyenne d'âge chez les parents qui percevaient la situation de leur enfant urgente était de 36.67 ans , et de 43.27 ans pour ceux qui la percevaient non urgente ($p < 0,001$).
- **Le sexe du parent** : les mères percevaient la situation de leur enfant plus urgente (87%) que les pères (70,7%) ($p < 0,001$).
- **L'âge de l'enfant** : La moyenne d'âge chez les enfants dont les parents percevaient la situation urgente était de 4 ans et 6 mois et de 8 ans et 8 mois pour ceux qui la percevaient non urgente ($p < 0,001$).
- **La profession du parent** : les parents qui n'occupaient pas d'emploi percevaient la situation de leur enfant plus urgente (87,7%) que ceux occupant un emploi (73,8%) ($p < 0,001$).

3. Facteurs associés aux consultations non urgentes :

Concernant les consultations non urgentes, plusieurs facteurs montraient une association significative :

- **L'âge du parent** : les consultations non urgentes concernaient les parents plus jeunes (37.35 ± 8.582) que les plus âgés (38.67 ± 6.268) ($p = 0,045$)
- **Le sexe du parent** : Les consultations non urgentes sont plus fréquentes lorsque le parent accompagnant était la mère (72,9%) que lorsqu'il s'agissait du père (45,1%) ($p < 0,001$).
- **Le sexe de l'enfant** : les consultations non urgentes concernaient plus fréquemment les enfants de sexe féminin (72,9%) que masculin (45,1%) ($p < 0,001$).

- **Les antécédents médicaux chez l'enfant** : une proportion plus élevée de consultations non urgentes a été observée chez les enfants sans antécédents médicaux (73,3%) par rapport à ceux présentant des antécédents (31,9%) ($p < 0,001$).
- **Le mode d'acheminement de l'enfant** : les consultations non urgentes étaient majoritairement observées lorsque l'enfant était amené par ses parents (71,7%), que par un transport médicalisé (10%) ($p < 0,001$).
- **Niveau d'instruction** : les consultations non urgentes étaient plus fréquentes chez les parents non analphabètes (69,1%) que chez les parents analphabètes (60,6%) ($p < 0,001$).

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

Tableau XIII : Facteurs associés à la perception de l'urgence chez les parents et ceux associés à la consultation non urgente

	Perception de l'urgence chez les parents		p	Évaluation de l'urgence par le médecin		p
	Non n(%)	Oui n(%)		Non urgence n(%)	Urgence n(%)	
Age du parent			<0,001			0,045
	43.27 ± 8.179	36.67 ± 7.337		37.35 ± 8.582	38.67 ± 6.268	
Age de l'enfant			<0,001			0,603
	103.685393 ± 27.1509231	53.772777 ± 49.1856946		62.251029 ± 50.0495389	62.584172 ± 49.5573814	
Sexe du parent			<0,001			<0,001
– Féminin	50(13)	334(87)		280(72.9%)	104 (27,1%)	
– Masculin	39(29,3)	94(70,7)		60(45,1%)	73(54,9%)	
Sécurité sociale			0,209			
– Non	30(19,6)	123(80,4)		–	–	
– Oui	59(16,2)	305(83,8)		–	–	
Profession			<0,001			
– Non	41(12,3)	293(87,7)		–	–	
– Oui	48 (26,2)	135(73,8)		–	–	
Sexe de l'enfant			0,354			<0,001
– Féminin	46(18,9)	198(81,1)		172(70.5%)	72 (29,5%)	
– Masculin	43(15,8)	230(84,2)		168(61,5%)	105(38,5 %)	
Antécédents de l'enfant			0,239			<0,001
– Non	70(16,5)	353(83,5)		310 (73.3%)	113(26.7%)	
– Oui	19(20,2)	75(79,8)		30 (31.9%)	64 (68.1%)	
Parent analphabète			0,060			0.029
– Non	47(15)	267(85)		217(69.1%)	97(30.9%)	
– Oui	42(20,7)	161(79,3)		123(60.6%)	80(39.4%)	
Antériorités de l'enfant dans le service des urgences pédiatriques						0.366
– Non	–	–		235 (66.4%)	119(33.6%)	
– Oui	–	–		105 (64.4%)	58 (35.6%)	



Discussion



I. Définitions de l'urgence :

À la limite de notre recherche bibliographique, nous n'avons pas pu identifier une définition unique et officielle de l'urgence.

La définition médicale la plus fréquemment rencontrée est la suivante : « Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant » [19].

À côté de cette définition, d'autres définitions mettent davantage l'accent sur la perception du patient et de son entourage. C'est le cas de l'OMS, qui définit l'urgence comme «un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison– l'intéressé et/ou son entourage» [20].

En pédiatrie, les urgences désignent l'ensemble des maladies ou troubles susceptibles de mettre la vie d'un enfant en danger à court ou moyen terme, et qui requièrent une intervention rapide et appropriée [1,2].

Ces différentes visions expliquent pourquoi le terme « urgence » est utilisé pour des situations très variées. D'ailleurs, les véritables urgences vitales restent rares et ne représentent que 3 à 6% des interventions des services d'urgences suivies d'une hospitalisation [21].

Il existe quatre types d'urgences : [18]

- Urgence absolue ou vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence.
- Urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital.
- Urgence relative : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital.
- Urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai.

II. Surcharge des urgences : déterminants et impact :

La surpopulation des services des urgences est devenue un problème majeur pour les services de soins d'urgence dans le monde entier[22,23].

En France, on a observé une augmentation de plus de 20% du nombre de passages aux urgences pédiatriques, entre 2004 et 2010 [30].

En Angleterre, des auteurs rapportent une augmentation d'au moins 1,5% par an des consultations aux urgences pédiatriques (2007 – 2017) [24].

En Ontario au Canada, la proportion de consultations aux urgences pédiatriques concernant les enfants âgés de moins de 4 ans est passée de 43,2% en 2008 à plus de 55% en 2018 [35].

Le Maroc suit la même tendance, avec une hausse de plus de 20% du nombre des urgences pédiatriques au CHU Ibn Sina de Rabat entre 2014 et 2015. Au CHU Ibn Rochd à Casablanca, le nombre de visites aux urgences pédiatriques est passé de 40 786 en 2007 à 64 507 en 2016 [25,26]. Au CHU Mohammed VI de Marrakech, le nombre de passages aux urgences pédiatriques a connu une augmentation marquée entre 2011 et 2015, passant de 20 114 à 58 768 passages, soit une hausse relative de 192%.

Il est essentiel de rappeler que les services des urgences ont pour mission d'assurer 24 heures sur 24, des soins ininterrompus à tout patient ou personne blessée présentant une plainte ou une situation d'urgence. Fournir ce service le plus rapidement possible aux patients qui en ont besoin et donner la priorité aux cas les plus urgents est essentiel[3,9].

Cette pression structurelle croissante amène naturellement à s'interroger sur les mécanismes qui contribuent à la surcharge des services des urgences. Les principales causes de la surpopulation aux urgences ont été classées en facteurs dépendant du patient, du personnel et du système. Le facteur le plus fréquent semble être celui lié au système, entraînant un blocage

d'accès et aggravant les facteurs liés aux patients et au personnel. Plusieurs études ont conclu que les facteurs liés aux patients peuvent exercer une pression importante sur les ressources hospitalières, pression qui peut être atténuée par des solutions centrées sur le système. Cela correspond également aux recherches identifiant les pénuries de personnel comme à la fois une cause et une conséquence de la surpopulation[15,27–29].

Au-delà de ces dimensions structurelles, la pression exercée sur les services des urgences s'explique aussi par des déterminants plus individuels, notamment ceux liés l'«urgence ressentie» par les parents. En effet, la définition de l'urgence et de la gravité n'est pas la même du point de vue des professionnels de santé et du point de vue des parents. Pour l'équipe soignante, l'urgence est de repérer et de prendre en charge le plus rapidement possible les cas lourds afin d'améliorer leurs survies. La conception des parents est toute autre, leur simple inquiétude semble, à elle seule, justifier le caractère urgent d'une consultation avec un médecin disponible immédiatement [16,30].

Une littérature abondante décrit les effets négatifs de l'encombrement sur les patients ainsi que sur le personnel soignant. Parmi les conséquences de l'encombrement: [18, 31,32]

- Augmentation de l'anxiété et de l'insatisfaction des patients, liée à un temps d'attente jugé excessif.
- Épuisement et insatisfaction du personnel soignant, du fait de la surcharge de travail et des difficultés à gérer les flux.
- Augmentation des erreurs médicales, principalement des erreurs d'omission, en raison du nombre important de pseudo-urgences qui détournent l'attention du personnel. Des études américaines montrent que 50% des événements graves ou mortels surviennent aux urgences, dont près d'un tiers directement liés à l'encombrement[33].
- Hausse de la mortalité. Une étude a montré que chaque durée de 5 heures passées aux urgences augmentaient la probabilité de mortalité de plus de 50%[34].
- Utilisation accrue des ressources et des coûts de santé[33].

III. Évaluation et triage des urgences pédiatriques :

Avec l'augmentation de la demande de consultations pédiatriques entraînant une surcharge des services des urgences pédiatriques, l'application rationnelle des systèmes de pré-triage aux urgences permet d'identifier rapidement et efficacement les enfants en état critique et d'assurer une répartition adéquate des ressources médicales. Comparés aux services des urgences pour adultes, les urgences pédiatriques présentent des caractéristiques spécifiques : les jeunes patients sont souvent incapables de décrire leurs ressentis ou de contribuer à leur propre évaluation, car ils ne sont pas simplement des « mini-adultes ». Cependant, mettre en avant certaines similitudes peut simplifier les méthodes d'évaluation et faciliter la classification des maladies[37,38].

Au cours des dernières décennies, plusieurs systèmes de scores ont été utilisés pour identifier les adultes à risque de détérioration clinique. Plusieurs modifications et validations des systèmes de scores d'alerte précoce destinés aux adultes ont été publiées [39, 40], et un score d'alerte précoce modifié (MEWS), développé par Morgan et al. [41], est couramment utilisé aujourd'hui. Cependant, ce système et d'autres scores de sévérité similaires n'ont pas été validés chez l'enfant. Le premier article publié sur l'utilisation d'un score d'alerte précoce pédiatrique était un court rapport de Monaghan en 2005, décrivant un outil en trois items destiné à détecter une détérioration clinique chez l'enfant [42]. Ce système de score a ensuite été désigné sous le nom de Brighton Paediatric Early Warning Score (PEWS) et a été modifié en 2010 par Akre et al.[43,44].

L'utilisation de systèmes d'alerte précoce repose sur le constat que des signes de détérioration sont présents et détectables chez de nombreux patients plusieurs heures avant un événement grave mettant leur vie en danger [44].

Combinés à l'approche Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE), qui doit être appliquée dès qu'une maladie ou un traumatisme grave est suspecté, les scores d'alerte précoce peuvent nous aider à détecter et prévenir la détérioration de l'état d'un patient[44].

Au-delà de leur évolution historique et de leur intérêt dans la détection précoce des signes de détérioration clinique, ces systèmes d'alerte ont progressivement trouvé leur place dans les stratégies de tri pédiatrique. Les échelles reconnues internationalement aujourd'hui, telles que le Pediatric Early Warning Score (PEWS), l'Australian Triage Scale (ATS), l'Emergency Severity Index (ESI), le Manchester Triage System (MTS) et le Canadian Triage and Acuity Scale(paedCTAS), présentent une forte fiabilité et un degré de cohérence notable [45].

Le PEWS est le plus utilisé au niveau international pour le pré-triage pédiatrique. Des recherches ont toutefois montré que l'utilisation du PEWS manque de validation indépendante dans les urgences pédiatriques. Par exemple, l'utilisation de sa valeur seuil optimale pour prédire les admissions aux urgences pédiatriques entraîne une augmentation de deux à quatre fois du taux d'admission en unité de soins intensifs [44,46].

- **Le Pediatric Assessment Triangle (PAT) : [50]**

Le PAT (PediatricAssessment Triangle) est un outil d'évaluation rapide introduit par l'American Academy of Pediatrics en 2000, principalement destiné aux services pré-hospitaliers. Il est basé trois aspects : apparence, travail respiratoire et circulation. Le PAT n'est pas un outil diagnostique, son objectif est plutôt de permettre aux soignants de formuler une impression globale de l'enfant, de déterminer la gravité son état et d'identifier le type de l'intervention urgente [47]. Avec l'évolution de la formation pré-hospitalière en pédiatrie, le PAT est devenu un outil d'évaluation largement utilisé, ainsi qu'un support de formation dans les cours avancés de réanimation pédiatrique [51].

Fernández et al. [48] ont montré dans une étude prospective que l'évaluation initiale des enfants à haut risque pouvait être réalisée de manière fiable par les infirmières de pré-examen

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

utilisant la structure du PAT. Lorsque le PAT était utilisé par des infirmières formées, des anomalies étaient associées à l'hospitalisation ou à une admission en unité de soins intensifs pédiatrique. Gausche-Hill et al. [49] ont également indiqué que le PAT fournit une évaluation pré-hospitalière rapide, fiable et pratique.

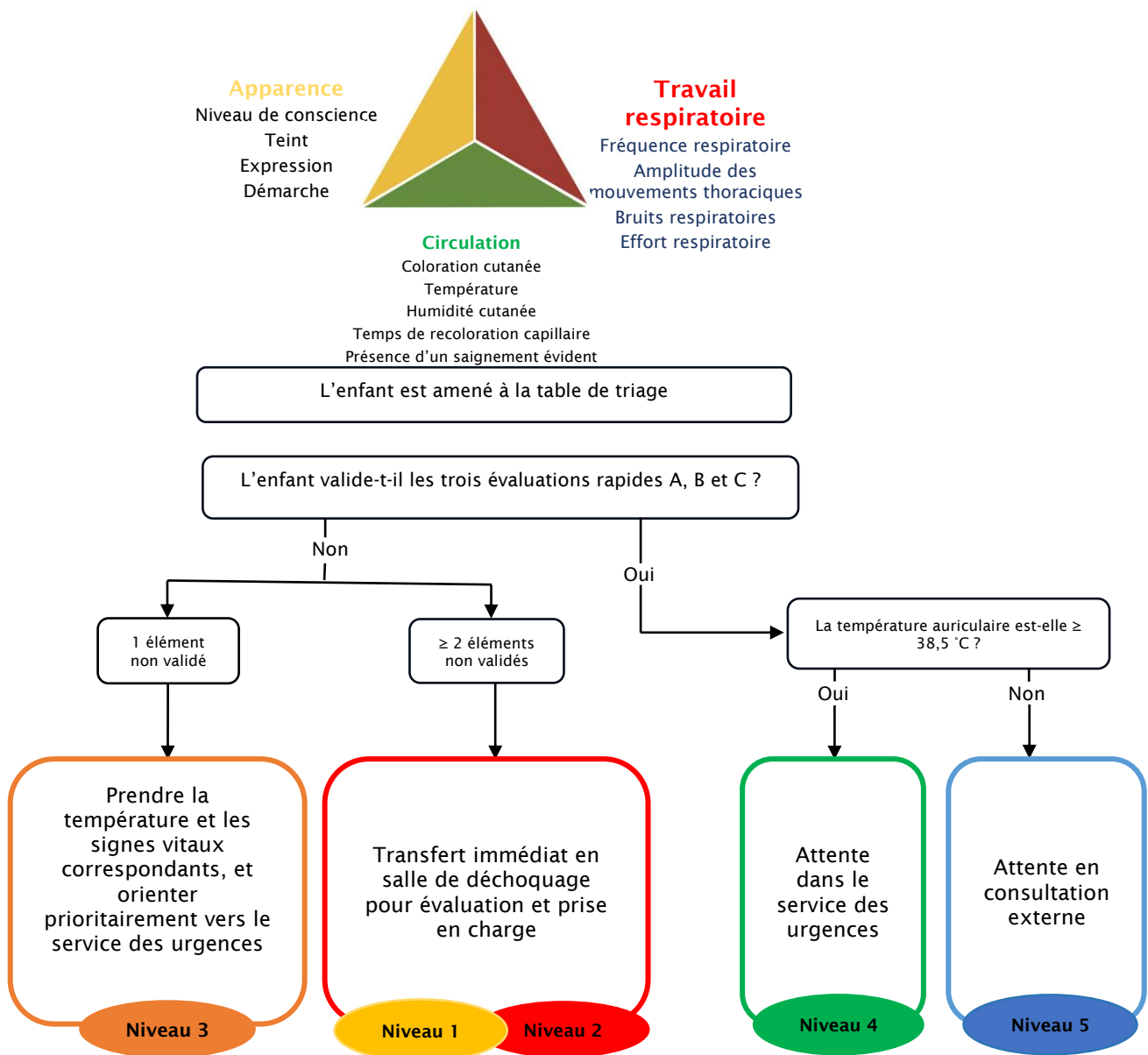


Figure 29 : Triage en cinq niveaux basé sur le Pediatric Assessment Triangle (PAT) [50].

Au service des urgences pédiatriques du CHU Mohammed VI, l'évaluation initiale des patients repose sur le Pediatric Assessment Triangle (PAT). Lorsque l'enfant ne présente aucune anomalie dans les trois composantes du PAT, les internes poursuivent alors le pré-triage à l'aide du score PEWS pour affiner l'évaluation de la gravité.

IV. Données épidémiologiques des parents :

Tableau XIV : Comparaison entre la population cible et de la taille de l'échantillon dans notre étude et celles de la littérature

Auteur	Pays	Année	Taille de l'échantillon	Population cible
Al Ghadeer et al. [52]	Arabie Saoudite	2024	776	Parents
Butun [53]	Turquie	2024	657	Parents
Benoughidane [54]	France	2016	275	Parents
Cheek et al. [55]	Australia	2017	476	Parents/Représentants légaux des patients
Burokienė et al. [56]	Lituanie	2017	381	Parents
Benahmed et al. [57]	Belgique	2012	3117	Parents
Kurt et al. [58]	Turquie	2020	1033	Parents
Bahadori et al. [59]	Iran	2019	1884	Parents
Costet Wong et al. [60]	France	2015	497	Parents
Akbayram et Coskun [70]	Turquie	2020	457	Parents
Notre étude	Maroc	2025	517	Parents

1. Age des parents :

En France, l'étude de Costet Wong et al. en 2015 a rapporté un âge moyen des mères de 34.60 ans, des pères de 37 ans [60].

En Turquie, l'étude de Butun en 2024 a montré que l'âge moyen des parents était de 31.99 ans [53].

En Iran, Bahadori et al. 2019 ont retrouvé un âge moyen parental de 44.1 ans [59].

Dans notre étude, l'âge moyen des parents était de 38 ans, une valeur située dans la tranche supérieure des moyennes rapportées, et plus proche de celle observée en France [60] que de celles décrites dans les autres études.

Tableau XV : Comparaison entre les moyennes d'âge des parents de notre étude et celles de la littérature.

Auteur	Pays	Age moyen des parents
Costet Wong et al. [60]	France	35,8 ans
Butun [53]	Turquie	31.99 ans
Bahadori et al. [59]	Iran	44.1 ans
Al Ghadeer et al. [52]	Arabie Saoudite	32.1 ans
Notre étude	Maroc	38 ans

2. Sexe des parents :

Dans notre étude, les mères représentaient 74% des participants, confirmant une implication maternelle majoritaire dans l'accompagnement de l'enfant aux urgences. Cette prédominance maternelle pourrait s'expliquer par un besoin plus important de recours aux services de santé face aux maladies courantes de l'enfant, en particulier chez les mères disposant d'un faible soutien social. Ainsi, il semble exister un degré d'anxiété plus élevé chez les mères par rapport aux pères, ce qui pourrait influencer leur comportement de recours aux soins [104,105].

Des tendances similaires ont été observées dans plusieurs pays. Au Nigeria, Osuorah et al. [61] rapportent une prédominance très marquée des mères (86,7%), tout comme aux États-Unis où Kalidindi et al. [62] décrivent une proportion encore plus élevée (92%). En Angleterre, Ogilvie et al. [64] retrouvent également une forte représentation maternelle, proche de nos résultats. Ces observations concordent avec les données de la littérature suggérant que le fait d'être mère augmente la probabilité de présenter de l'anxiété comparativement aux pères. En effet, une étude rapporte que les mères présentaient un niveau d'anxiété de trait significativement plus élevé que les pères. Cette anxiété accrue pourrait expliquer la fréquence plus élevée avec laquelle les mères accompagnent leurs enfants aux services des urgences, indépendamment du degré de gravité perçu [36,106].

À l'inverse, certains travaux montrent une participation paternelle plus importante. En Iran, Bahadori et al. [59] observent une proportion majoritaire de pères (55,1%), ce qui contraste nettement avec les tendances relevées dans la plupart des autres études.

Tableau XVI : Comparaison entre le sexe des parents de notre série et celui de la littérature.

Auteur	Pays	Pourcentage des mères	Pourcentage des pères
Osuorah et al. [61]	Nigeria	86.7%	13.3%
Kalidindi et al. [62]	États-Unis	92%	8%
Butun [53]	Turquie	60.7%	39.3%
Bahadori et al. [59]	Iran	44.9%	55.1%
Kua et al. [63]	Singapour	54%	46.0%
Ogilvie et al. [64]	Angleterre	79.5%	19.9%
Notre étude	Maroc	74%	26%

3. Niveau d'instruction des parents :

Dans les pays à faible revenu, les niveaux d'instruction rapportés sont plus élevés que dans notre contexte. En Tanzanie, Simbila et al. [66] rapportent un taux d'analphabétisme relativement faible (7,3%), avec une majorité de parents ayant atteint le niveau primaire (53,6%) et près d'un tiers le niveau secondaire (32%). De même, au Nigeria, aucun parent n'était analphabète et plus de la moitié avaient suivi un enseignement secondaire (50%), tandis que 37,3% avaient accédé à un niveau supérieur [61].

Dans les autres pays, les résultats montrent un niveau d'instruction encore plus élevé. En Lituanie[56], par exemple, la quasi-totalité des parents avaient atteint l'enseignement supérieur (90%), et aucun n'était analphabète. En Turquie, les données de Butun indiquent également un profil scolaire favorable, avec 39,6% de parents ayant un niveau supérieur et 37% un niveau secondaire, contre 0% d'analphabètes [53].

Dans notre étude, la situation apparaît nettement moins favorable. Une proportion élevée de parents était analphabète (39,3%), ce qui représente le taux le plus important parmi toutes les études comparées. Par ailleurs, seuls 5,6% avaient atteint l'enseignement supérieur, un pourcentage largement inférieur à ceux observés en Lituanie [56] (90%), en Turquie [53] (39,6%) ou au Nigeria [61] (37,3%). Ces résultats reflètent un niveau d'instruction globalement faible dans notre population, ce qui peut limiter la compréhension des situations de santé, retarder le recours aux services de soins, entraîner davantage d'hospitalisations, réduire la qualité de vie, et peser également sur le coût et l'organisation du système de santé [107].

Des études issues de Chine montrent que l'éducation exerce un impact significatif sur la santé et les inégalités sanitaires. Plus précisément, l'amélioration du niveau d'éducation est corrélée à de meilleurs indicateurs de santé subjective et objective, avec des effets particulièrement marqués chez les femmes et les populations à faibles revenus. Mécaniquement, l'éducation agit en modifiant les comportements en matière de santé, en renforçant les réseaux

sociaux et en influençant les facteurs socio-économiques, contribuant ainsi à réduire les inégalités de santé. De nombreuses études récentes confirment l'existence d'une association robuste entre le niveau d'instruction et les résultats de santé, suggérant que des niveaux d'éducation plus élevés favorisent le développement économique et l'amélioration des standards de santé publique. Ces constats soulignent l'importance des politiques publiques d'investissement dans l'éducation comme levier de progrès sanitaire et économique au sein des communautés [108,109].

Tableau XVII : Comparaison entre les niveaux d'études des parents de notre série et ceux de la littérature

Auteur	Simbila et al [66]	Osuorah et al [61]	Burokiene et al [56]	Butun [53]	Notre étude
Pays	Tanzanie	Nigeria	Lituanie	Turquie	Maroc
Analphabète	7,3%	0%	0%	0%	39,3%
Primaire	53,6%	13,3%	0%	23,4%	28,8%
Secondaire, lycée	32%	50%	10%	37%	26,3%
Supérieur	7%	37,3	90%	39,6%	5,6%

4. Niveau socio-économique :

Le niveau socioéconomique joue un rôle majeur dans les comportements de recours aux urgences pédiatriques des enfants et de leurs familles. L'utilisation plus fréquente des services des urgences par les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés peut refléter des obstacles liés à l'assurance maladie et à l'accès aux soins, qu'il s'agisse des soins primaires ou spécialisés, ainsi qu'un état de santé global plus fragile nécessitant davantage le recours aux urgences[65].

Dans des études réalisées au Nigéria [61] et en Tanzanie [66], on observe une proportion importante de familles issues de milieux à faible niveau socioéconomique, bien que les classes moyennes et élevées y soient également représentées de manière notable.

Dans des contextes à revenu plus élevé, comme la Lituanie [56] ou la Turquie [53], la distribution est plus équilibrée : les familles de niveau moyen prédominent nettement (54% et 65,2%), tandis que les milieux défavorisés et aisés apparaissent dans des proportions comparables mais plus faibles.

En revanche, notre étude se distingue nettement de ces tendances internationales. Les familles de niveau socioéconomique faible représentaient près des deux tiers des consultations pédiatriques aux urgences, soit une proportion largement supérieure à celles rapportées dans les autres séries. Les classes moyennes étaient moins représentées, et les familles à niveau élevé ne constituaient qu'une minorité.

Cette distribution suggère que, dans notre contexte, les urgences pédiatriques constituent un lieu de recours privilégié pour les populations les plus défavorisées, probablement en raison de difficultés d'accès aux soins de première ligne ou de limitations financières. Ceci rejoint les résultats de plusieurs études qui ont observé une association constante entre faible statut socio-économique et recours élevé aux urgences pédiatriques [110–112].

Cette situation souligne l'importance d'adopter une approche tenant compte des déterminants sociaux de la santé pour analyser l'utilisation des services de soins, y compris les urgences pédiatriques, afin d'identifier des axes d'intervention et d'évaluation susceptibles d'améliorer la prise en charge des groupes les plus vulnérables [65].

Tableau XVIII : Comparaison entre le niveau socioéconomique des familles de notre série et celles de la littérature.

Auteur	Pays	Bas niveau socioéconomique	Niveau socioéconomique moyen	Niveau socioéconomique élevé
Osuorah et al. [61]	Nigeria	32.5%	39.8%	27.7%
Simbila et al. [66]	Tanzanie	40,5%	20,9%	38,7%
Burokienė et al. [56]	Lituanie	17.8%	54%	28.3%
Butun [53]	Turquie	17.8%	65.2%	17%
Notre étude	Maroc	65,6%	30,7%	3,7%

5. Couverture sociale :

En Iran, Bahadori et al. [59] ont rapporté une couverture quasi universelle, avec 97,1% des enfants assurés. En France, l'étude de Costet Wong et al. [60] a montré une couverture intégrale (100%), ce qui reflète de l'efficacité des systèmes de protection sociale dans ces pays.

En Chine, Wu et al. [113] ont indiqué que 84,82% des enfants bénéficiaient d'une couverture sociale, tandis que 15,18% n'en disposaient pas.

Les résultats de notre étude sont presque identiques à ceux retrouvés au Liban [114] : près des trois quarts des enfants bénéficiaient d'une couverture sociale, tandis que 30% n'avaient aucune assurance, mettant en évidence une proportion non négligeable d'enfants non couverts dans notre contexte. Cette situation, bien que préoccupante, traduit néanmoins une évolution positive par rapport aux données rapportées par Ejlaoui en 2008 [33], où seulement 18,89% des enfants disposaient d'une couverture sociale, avant l'instauration du RAMED et avant la généralisation récente de la protection sociale à travers l'AMO-TADAMON. Cette comparaison illustre les progrès accomplis au Maroc au cours de la dernière décennie, tout en soulignant que des insuffisances persistent encore.

Comme dans de nombreux pays, le système de santé marocain fait face à des défis complexes. La persistance d'une part importante de la population sans couverture en est un indicateur, malgré les avancées récentes qui nourrissent l'espoir d'une amélioration progressive et orientent les priorités futures. Le remplacement du programme RAMED en 2023 par la généralisation de la couverture sociale, initiée le 29 juillet 2020 par le Roi Mohammed VI, s'inscrit dans cette dynamique de réforme profonde. Cette transformation vise à renforcer l'efficacité des programmes sociaux et à consolider les mécanismes de protection sanitaire [67].

Toutefois, la couverture médicale demeure insuffisante : 38% de la population reste sans assurance, et même les personnes couvertes peuvent être confrontées à d'importantes dépenses directes pour accéder aux soins [67].

Tableau XIX : Comparaison entre le taux d'enfants bénéficiant d'une couverture sociale dans notre étude et ceux de la littérature

Auteur	Pays	Sans couverture	Couverture
Bahadori et al. [59]	Iran	2.9%	97.1%
Ejlaidi [33]	Maroc	81,11%	18,89%
Wu et al [113]	Chine	15,18%	84,82%
El Zahrane et al [114]	Liban	30,9%	69.1%
Costet Wong et al. [60]	France	0%	100%
Notre étude	Maroc	30%	70%

V. Données épidémiologiques de l'enfant :

1. Age de l'enfant :

Les résultats de notre étude montrent un âge moyen de 5 ans parmi les enfants consultant aux urgences pédiatriques, ce qui s'inscrit dans une tendance observée dans plusieurs pays.

En France, Benoughidane [54] rapporte un âge similaire (5 ans), tout comme Zhu et al [50] en Chine (4,97 ans). En Australie, Williams et al. [68] retrouvent une moyenne proche de 5,5 ans.

En Turquie, Butun [53] observe un âge moyen légèrement plus bas (4,2 ans), presque identique à celui rapporté à Singapour [63] par Kua et al. (4.3 ans). En Lituanie, Burokienė et al.[56] présentent un âge encore inférieur, indiquant une fréquentation plus marquée des urgences chez les très jeunes enfants.

Un profil tout à fait différent apparaît en Tanzanie, où Simbila et al. rapportent un âge médian nettement plus bas (12 mois).

Tableau XX : Comparaison entre les moyennes d'âge d'enfants dans notre série et celles de la littérature

Auteur	Pays	Age
Benoughidane [54]	France	5 ans
Williams et al. [68]	Australie	5.5 ans
Butun [53]	Turquie	4.20 ans
Burokienė et al. [56]	Lituanie	3.6 ans
Kua et al. [63]	Singapour	4.3 ans
Costet Wong et al. [60]	France	6.6 ans
Simbila et al. [66]	Tanzanie	12 mois
Zhu et al [50]	Chine	4,97 ans
Notre étude	Maroc	5 ans

2. Sexe de l'enfant :

L'analyse comparative des études internationales montre une tendance largement constante : dans la plupart des pays, les garçons sont légèrement plus représentés que les filles parmi les enfants admis aux urgences pédiatriques. Cette prédominance masculine, généralement modérée, apparaît aussi bien dans des contextes européens, nord-américains, asiatiques, africains, qu'en Australie.

Dans notre série, menée au Maroc, la répartition s'inscrit clairement dans cette dynamique internationale.

Cette différence constante entre les sexes est probablement liée à des facteurs comportementaux, les garçons ayant tendance à pratiquer des activités physiques plus risquées, entraînant une incidence plus élevée de traumatismes nécessitant des soins d'urgence. Des études ont montré que les enfants de sexe masculin présentent généralement des taux plus élevés de traumatismes et de blessures, qui constituent des motifs fréquents de consultation aux urgences [115–117].

Tableau XXI : Comparaison entre le sexe des enfants dans notre série et celui de la littérature.

Auteur	Pays	Sexe féminin	Sexe masculin
Benahmed et al. [57]	Belgique	46,5%	53.5%
Ejlaidi[33]	Maroc	42,58%	57,42%
Burokienė et al. [56]	Lituanie	49.6%	50.4%
Williams et al. [68]	Australie	48%	52%
Demonchy[69]	France	46%	54,6%
Al Ghadeer et al. [52]	Arabie saoudite	55.4%	44,6%
Kalidindi et al. [62]	États-Unis	48%	52%
Kua et al. [63]	Singapour	47%	53%
Simbila et al. [66]	Tanzanie	36,1%	63.9%
Ogilvie et al. [64]	Angleterre	48.1%	50.7
Notre étude	Maroc	47,2%	52,8

3. Antécédents de l'enfant:

Dans plusieurs pays, notamment en Turquie [53] (25.6%) et en Corée [71](29,4%), une proportion relativement élevée d'enfants admis aux urgences présentaient des antécédents de maladies chroniques.

À l'inverse, des taux plus faibles sont observés dans certaines études européennes, comme en Angleterre (14,8%) [64].

Notre étude se situe dans une position proche de la majorité des études comparées, avec 18,2% d'enfants ayant des antécédents médicaux. Ce taux reflète une présence non négligeable d'enfants déjà suivis pour une condition médicale.

Dans notre série, les antécédents médicaux étaient dominés par l'asthme (34,1%). Dans l'étude de Ejlaïdi [33], l'asthme ressort également comme la pathologie chronique la plus fréquente, ce qui concorde avec nos résultats.

Tableau XXII : Comparaison entre les antécédents médicaux des enfants dans notre série et ceux de la littérature.

Auteur	Pays	Antécédents médicaux
Butun [53]	Turquie	25.6%
Ogilvie et al [64]	Angleterre	14.8%
Akbayram et Coskun[70]	Turquie	24,5%
Seo et al [71]	Corée	29,4%
Notre étude	Maroc	18,2%

VI. Contexte de la consultation :

1. Mode d'acheminement de l'enfant aux urgences :

D'après les résultats de notre étude, nous constatons que dans la grande majorité des cas (90,3%), ce sont les parents qui ont eux-mêmes acheminé leur enfant au service des urgences. Ce résultat est très proche de celui rapporté dans la thèse de Ejlaïdi [33], au Maroc également, où 90,74% des enfants étaient transportés par leurs parents.

Des taux similaires sont été observés dans plusieurs études. Au Royaume-Uni, Ogilvie et al. [64] ont rapporté que 97,63% des enfants arrivaient aux urgences amenés par leurs parents.

Aux États-Unis, Kalidindi et al. [62] ont retrouvé une proportion comparable de 94%. En Lituanie, Burokienė et al. [56] observent un pourcentage légèrement plus faible mais toujours majoritaire, avec 85,3% d'acheminement parental.

Tableau XXIII : Comparaison entre le mode d'acheminement des enfants dans notre série et celui de la littérature.

Auteur	Pays	Acheminement par les parents	Acheminement par transport médicalisé
Ogilvie et al. [64]	Angleterre	97,63%	2,37%
Kalidindi et al. [62]	États-Unis	94%	6%
Burokienė et al. [56]	Lituanie	85,3%	14,7%
Ejlaïdi [33]	Maroc	90,74%	6,1%
Notre étude	Maroc	90,3%	9,7%

2. Motif de consultation :

La fièvre représente le motif de consultation le plus fréquent aux urgences pédiatriques d'après les résultats de notre étude (41,2%), ce qui concorde avec plusieurs travaux menés dans différents contextes. Osuorah et al. [61] au Nigéria, rapportent une proportion très proche (48,2%), tout comme Al Ghadeer et al. [52], en Arabie Saoudite (50,5%) et Butun [53] en Turquie (32,1%).

Les troubles digestifs représentent 22,5% des consultations dans notre étude. Ces résultats sont comparables aux données d'Osuorah (19,3%) et Al Ghadeer (19%) et relativement proches de celles de Butun (17,1%)[52, 53,61].

Les traumatismes représentent aussi un motif fréquent dans notre étude (21%), ce qui rejoint en partie les résultats de Ejlaïdi (12%) [33] et ceux rapportés en Arabie Saoudite, où Al Ghadeer et al.(29,6%) retrouvent une proportion assez importante[52].

La détresse respiratoire occupe également une place notable dans notre série (12,6%), un résultat proche de ceux observés en Arabie Saoudite(13,1%) [52] et au Nigéria(15,7%)[61], mais supérieur aux proportions décrites en France [69] (7%) et en Turquie(5,9%)[53].

Ces résultats concordent également avec les observations de plusieurs études, une étude menée en Thaïlande par Pandee et al. [72] indique que les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées aux urgences étaient les infections aiguës des voies respiratoires, la fièvre et les gastro-entérites.

En Belgique, Benahmed et al. [57] retrouvent également que les principaux motifs de recours aux urgences pédiatriques étaient la fièvre (24%), les atteintes des voies respiratoires (22%) et les troubles gastro-intestinaux (19%).

Tableau XXIV : Comparaison entre les motifs de consultation des enfants dans notre série et ceux de la littérature.

Pays	Nigéria	Arabie Saoudite	France	Maroc	Turquie	Maroc
Auteur Motif	Osuorah et al [61]	Al Ghadeer et al [52]	Demonchy [69]	Ejlaidi [33]	Butun [53]	Notre étude
Fièvre	48,2%	50,5%	26%	21%	32,1%	41,2%
Traumatisme	–	29,6%	–	12%	–	21%
Diarrhée / vomissements	19,3%	39,9%	12%	6%	17,1%	22,5%
Douleur abdominale	–	–	6%	4%	–	11%
Détresse respiratoire	15,7%	13,1%	7%	7%	5,9%	12,6%
Atteinte cutanée	–	9,4%	8%	3%	–	2,1%
Signes urinaires	–	5,2%	3%	–	–	2,3%
Toux	–	–	12%	13%	2,7%	7,9%
Dysphagie	–	–	2%	–	2,7%	5%

3. Durée d'évolution des symptômes :

La majorité des enfants de notre série consultaient aux urgences dans un délai inférieur à 24 heures après l'apparition des premiers symptômes (62,2%).

Des proportions comparables de consultations précoces ont été retrouvées en Turquie (63,5%), en Iran(51%) et en Suède(57%) [59,70,73].

En Angleterre, Ogilvie et al. [64] rapportent une proportion encore plus élevée (80,8%), ceci pourrait s'expliquer par la vigilance élevée des parents face aux risques pour leur enfant, et leur préférence pour les urgences afin d'obtenir rapidement un avis médical jugé sûr.

La proportion d'enfants consultant entre 24 heures et une semaine après le début des symptômes varie également selon les études. Dans notre série, ce délai concerne 28,7% des patients, une proportion comparable à celle observée en Iran (39,6%) et en France (47%) [54, 59].

Enfin, les consultations tardives, survenant au-delà d'une semaine d'évolution, restent minoritaires dans l'ensemble des travaux. Elles représentent 9,1% des cas dans notre étude, un résultat proche de ceux rapportés en France (10,55%) et en Iran (9,3%) [54,59].

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette forte proportion de recours précoce. Bianco et al. [74] en Italie, ont montré que certains parents consultaient très rapidement après l'apparition des symptômes pour convaincre les professionnels de santé du caractère sérieux de la situation, traduisant une inquiétude importante dès le début. De leur côté, Hendry et al. [75] indiquent que lorsque l'urgence perçue est élevée et que la durée des symptômes est courte, les parents estiment plus volontiers que les urgences sont l'endroit le plus adapté pour obtenir une évaluation rapide, ce qui favorise un recours immédiat.

Tableau XXV : Comparaison entre la durée d'évolution des symptômes dans notre série et ceux de la littérature.

Auteur	Pays	Moins de 24 heures	24 heures – 1 semaine	>1 semaine
Ogilvie et al. [64]	Angleterre	80,8%	11%	6,8%
Williams et al. [68]	Australie	54,3%	30,7%	15%
Benoughidane [54]	France	42,55%	47%	10,55%
Bahadori et al. [59]	Iran	51%	39,6%	9,3%
Backman et al. [73]	Suède	57%	–	–
Akbayram et Coskun [70]	Turquie	63,5%	–	–
Notre étude	Maroc	62,2%	28,7%	9,1%

VII. Accès aux soins :

1. Recours préalable aux soins avant la consultation aux urgences :

Dans notre série, seuls 12,9% des enfants avaient consulté un médecin généraliste avant d'être amenés aux urgences. Cette proportion, faible, se rapproche de celle rapportée en Turquie par Akbayram et Coskun. [70], qui ont retrouvé 12,5% de consultations préalables. Cette tendance faible se retrouve également dans d'autres contextes. Smith et al. [76] ont montré que, bien que la majorité des patients disposaient d'un médecin traitant, moins de la moitié avaient contacté ce dernier avant de se rendre aux urgences pédiatriques. Butun [53], en Turquie, souligne que certains parents ne consultaient pas leur médecin traitant même lorsque l'état de leur enfant n'était pas jugé urgent.

Selon Ogilvie et al [64], beaucoup de parents n'utilisent pas les soins primaires car, selon eux, « le médecin généraliste leur dirait de venir aux urgences de toute façon ». Ellbrant et al. soulignent également que le recours direct aux services des urgences pédiatriques peut découler de la sensibilisation insuffisante des parents à l'existence et aux avantages des soins primaires, ainsi que de l'accès limité à des alternatives médicales, notamment en termes de disponibilité horaire, proximité géographique et coût [77].

Dans notre étude, nous avons constaté que 45% des parents étaient venus aux urgences alors que le centre de santé était fermé. Parmi eux, 25,7% auraient consulté leur médecin généraliste si le centre avait été ouvert. Ces observations sont cohérentes avec les données d'Akbayram et Coskun [70], qui rapportent qu'un tiers des parents (33,7%) se présentaient aux urgences parce que leur médecin de famille et d'autres médecins n'étaient pas disponibles à ce moment-là. Ces chiffres suggèrent que l'accessibilité limitée aux soins primaires contribue significativement au recours aux urgences.

À l'inverse, dans plusieurs pays à revenu élevé, les chiffres montrent un recours nettement plus fréquent aux consultations préalables de médecin généraliste. En France, la moitié des enfants avaient été vus par un médecin avant leur arrivée aux urgences [60].

Ce recours était encore plus marqué en Angleterre [64], où il atteignait 59,6% et particulièrement élevé en Suède [77], avec 79% d'enfants ayant consulté un médecin généraliste avant de se présenter aux urgences.

Dans une étude faite en Australie, Cheek et al. avancent que la grande majorité des parents se rendent aux urgences parce qu'ils estiment que ce service est le plus apte à soigner leur enfant, et non uniquement en raison de difficultés d'accès au médecin généraliste. Parmi eux, 59% ont déclaré être venus parce que « leur enfant est malade et doit aller à l'hôpital/aux urgences », et 37% pour obtenir un second avis. Ces données traduisent un comportement de recherche de soins spécifique, basé sur l'inquiétude face à l'état de l'enfant et la croyance que les urgences constituent le lieu le plus approprié pour recevoir des soins. Cheek et al. soulignent également le rôle du médecin généraliste comme « gardien » de l'accès à l'hôpital, jouant un rôle crucial dans l'orientation des patients vers le service le plus approprié. En effet, lorsque les parents se rendaient directement aux urgences, les cliniciens estimaient que seulement 49% des consultations étaient appropriées. Ce taux augmentait à 73,9% lorsque l'enfant avait d'abord été vu et évalué par un médecin généraliste, soulignant que l'orientation préalable contribue à mieux cibler les vraies urgences et à rationaliser le recours aux services hospitaliers [55].

Tableau XXVI : Comparaison entre le recours préalable aux soins avant la consultation aux urgences dans notre série et ceux de la littérature.

Auteur	Pays	Consultation préalable d'un médecin généraliste
Ogilvie et al. [64]	Angleterre	59.6%
Akbayram et Coskun. [70]	Turquie	12,5%
Costet Wong et al. [60]	France	50%
Ellbrant et al. [77]	Suède	79%
Williams et al. [68]	Australie	66%
Notre étude	Maroc	12,9%

2. Antériorités dans le service des urgences pédiatriques :

Les données de la littérature montrent une variabilité importante du recours parental aux urgences pédiatriques au cours des 12 derniers mois. Les études faites en Turquie [53,70] rapportent une proportion très élevée de consultations répétées, suggérant un recours quasi systématique aux urgences. À l'inverse, les études réalisés en Iran [59], en Lituanie [56] ou en Arabie Saoudite [52] montrent qu'environ 40% des parents n'ont pas eu de consultation aux urgences sur l'année, traduisant une utilisation moins régulière des urgences.

Dans notre étude, près d'un tiers des parents (30,5%) n'avaient pas consulté aux urgences dans les 12 derniers mois. Ces résultats, proches de ceux rapportés en France [60] et en Lituanie [56], indiquent un recours modéré aux urgences pédiatriques.

Tableau XXVII : Comparaison entre les consultations antérieures aux urgences dans notre série et celles de la littérature.

Auteur	Pays	Pas de consultations antérieures	1 à 3 consultations durant les 12 derniers mois	Plus de 3 consultations durant les 12 derniers mois
Benoughidane [54]	France	30%	28%	
Butun [53]	Turquie	0%	28,5%	71,5%
Bahadori et al. [59]	Iran	41,6%	58,4%	
Burokienė et al. [56]	Lituanie	42,1%	45,5%	12,4%
Al Ghadeer et al. [52]	Arabie Saoudite	38,7%	61,3%	
Akbayram et Coskun [70]	Turquie	0%	84,2%	17,2%
Costet Wong et al.[60]	France	33%	59%	8%
Notre étude	Maroc	30,5%	58,7%	10,8%

VIII. Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques :

1. Motivations parentales justifiant le recours aux urgences :

Nous avons évalué les principales motivations des parents ayant consulté les urgences pédiatriques alors même que la situation de leur enfant a été jugée non urgente par les médecins.

Les motivations invoquées par les parents étaient similaires à celles retrouvées dans la littérature. Nous pouvons les résumer en 3 catégories : [54]

- Le sentiment d'inquiétude (gravité de l'état de santé, pas d'amélioration des symptômes..).
- La recherche d'un accès rapide à un avis médical.
- L'aspect financier.

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

Tableau XXVIII : Comparaison entre les motivations des parents d'enfants dont la situation est jugée non urgente par les médecins dans notre série et celles de la littérature.

Motivations des parents	Étude, pays	Benoughidane [54]	Bahadori [59]	Akbayram et Coskun [70]	Al Ghadeer et al [52]	Ganapathy et al [98]	Kurt et al [58]	Notre étude
	France	Iran	Turquie	Arabie Saoudite	Singapour	Turquie	Maroc	
Je pensais que c'était grave	34,55%	5%	17.3	-	46,2%	-	72,1%	
L'état de mon enfant ne s'améliorait pas, au contraire ça s'aggravait	57,45%	-	-	1%	44,6%	-	80,9%	
J'avais peur que son état s'aggrave encore	-	-	42.5	-	-	87,3%	92,6%	
Je pensais qu'il avait besoin d'examens complémentaires	27,27%	-	-	8,9%	79,7%	35,1%	88,2%	
Les soins offerts par l'hôpital sont moins chers / gratuits	4,73%	35,9%	-	-	16,7%	16,2%	91,2%	
Je viens aux urgences parce qu'on peut venir sans rendez-vous	-	-	-	14%	14,3%	-	95,6%	
Je savais qu'aux urgences il serait pris en charge plus rapidement	-	36,6%	19.9	21,2%	81,7%	31,1%	91,2%	
Mon entourage m'a conseillé de venir aux urgences	-	-	-	15,3%	18,9%	-	58,8%	
Il n'y avait pas d'autre solution de consultation / centre de santé fermé	-	71%	20.4%	-	65,8%	84%	47,1%	
Je fais confiance aux médecins des urgences, leur compétence me rassure	-	-	-	-	62,8%	57,2%	77,9%	

1.1. Gravité perçue :

Au Singapour [98], 46,2% des parents pensaient que l'état de leur enfant était grave. Ce sentiment de gravité est exprimé par 17% et 34% des parents en Turquie [70] et en France [54] respectivement. Nos résultats ont révélé une proportion encore plus élevée (72,1%), suggérant que l'inquiétude parentale pourrait être particulièrement marquée dans notre contexte. Cette tendance rejoint les observations de plusieurs études internationales [75, 96, 99,100]. En effet,Fieldston et al. mettent en évidence que les parents perçoivent souvent les symptômes comme un signe potentiel de maladie grave et considèrent qu'il est essentiel de consulter rapidement un médecin [96].

1.2. Peur de l'aggravation :

Dans notre étude, plus de neuf parents sur dix craignaient une aggravation de l'état de leur enfant. De tels résultats se confirment dans la littérature, où la peur de l'aggravation ou encore la perception que l'état de l'enfant ne s'améliorait pas motive 42,5 à 87% des parents en Turquie [58 – 70], et plus de 57% des parents au Singapour [98]. Ces données montrent que l'inquiétude parentale constitue un moteur puissant de consultation aux urgences, indépendamment de la sévérité réelle de la condition médicale.

1.3. Recherche d'examens complémentaires :

Une autre motivation importante dans le recours inapproprié aux urgences est la conviction parentale que des examens complémentaires sont nécessaires pour évaluer correctement l'état de l'enfant. Selon les études disponibles, cette attente varie considérablement : elle concerne 27,3% des parents dans la série de Benoughidane [54], 35,1% dans l'étude de Kurt et al. [58], mais seulement 8,9% chez Al Ghadeer et al. [52]. Au Singapour, Ganapathy et al.[98] rapportent une proportion élevée (79,7%), traduisant une forte valorisation des examens complémentaires.

Dans notre étude, 88,2% des parents sont motivés par la disponibilité des examens complémentaires. Ce pourcentage élevé s'explique en grande partie par les contraintes du système de soins primaires : lorsqu'un médecin de centre de santé prescrit des examens, les

familles doivent souvent se tourner vers des laboratoires ou des centres de radiologie privés, dont les coûts ne sont pas accessibles à tous. Quant au secteur public, l'accès à des examens gratuits ou peu coûteux nécessite généralement des rendez-vous très éloignés, lorsqu'ils sont disponibles. Dans ces conditions, beaucoup de parents considèrent les urgences comme le seul endroit où ils peuvent obtenir rapidement les examens nécessaires, sans délais trop longs ni frais élevés. Le service des urgences semble donc être victime de sa grande disponibilité et sa haute technicité [101].

Cependant, la demande parentale d'examens complémentaires n'est pas toujours justifiée médicalement. Chaque examen a des indications précises et doit être prescrit en fonction de la situation clinique de l'enfant. Un recours systématique aux examens sans critères définis peut non seulement surcharger le service des urgences, mais également exposer l'enfant à des investigations inutiles et coûteuses. Pour résoudre ce problème, il est essentiel de renforcer l'offre de soins primaires, notamment en mettant à disposition des moyens techniques de base dans les centres de santé et dispensaires, permettant la réalisation d'examens complémentaires courants, comme des radiographies simples ou des bilans biologiques de première intention. Cette approche permettrait de rationaliser la prescription des examens, d'améliorer la pertinence des consultations et de réduire le recours inapproprié aux urgences.

1.4. Recherche de rapidité de la prise en charge :

Le comportement des parents est de plus en plus consumériste, recherchant technicité, rapidité et efficacité dans l'accès aux services médicaux [54]. Dans notre étude, la proportion de parents qui déclarent choisir les urgences parce que leur enfant sera pris en charge plus rapidement est élevée (91,2%), un taux comparable à celui rapporté par Ganapathy et al. [98] au Singapour (81,7%) mais largement supérieur à ceux retrouvés dans les autres études comparées. Il est à noter que plusieurs études ont mis en évidence que les parents justifiaient souvent leur recours aux urgences par la recherche d'une solution rapide et pratique à un problème de santé [75, 102, 96,99].

1.5. Gratuité ou faible coût des soins :

Le coût des soins influence fortement le recours aux urgences, mais de manière variable selon les pays. Dans notre étude, 91,2 % des parents ont indiqué que le fait que les soins soient gratuits ou peu chers les motivaient à se rendre aux urgences. Cette tendance est renforcée par le profil socioéconomique des familles : 65,6 % des consultations proviennent de familles à faible niveau socioéconomique, et 41 % des familles ont un revenu inférieur au SMIG. Dans d'autres pays, cette motivation est beaucoup moins marquée, comme en Iran (35,9 %) ou en Royaume-Uni (4,7 %), ce qui montre à quel point le contexte économique et l'accès inégal aux soins influencent le recours aux urgences [54,59]. Dans les pays où les soins primaires sont difficiles d'accès, les urgences sont perçues comme une solution rapide et abordable. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les services de soins primaires publics et d'améliorer l'accès équitable aux examens et consultations.

1.6. Non disponibilité des soins primaires :

Les facteurs structurels jouent également un rôle essentiel. Une des motivations les plus importantes citée par près de la moitié de notre échantillon est la non disponibilité du médecin généraliste. Ceci montre que le recours aux urgences n'est pas seulement lié à la perception de gravité, mais aussi à des limitations d'accessibilité et d'organisation dans les soins primaires, perçus comme moins disponibles ou moins adaptés : 44,1 % estimaient d'ailleurs que ces services n'étaient pas suffisamment développés. Les raisons expliquant le recours des parents aux urgences pédiatriques incluent la facilité d'accès, la perception d'y recevoir des soins de meilleure qualité, la commodité du service ainsi que sa disponibilité 24h/24 [95,97].

1.7. Qualité perçue des soins :

Par ailleurs, la confiance accordée aux médecins des urgences constitue un autre facteur clé : dans notre étude, 77,9 % des parents ont indiqué que la compétence de ces médecins les rassurait, un motif également retrouvé dans d'autres contextes notamment au Singapour (62,8 %) et en Turquie (57,2 %). Cela souligne que la qualité perçue des soins offerts aux urgences

influence fortement la décision parentale de se rendre à ce service [60]. En soutien à ces observations, Willson et Lim ont rapporté un manque d'équipements et la perception que le médecin généraliste ne pouvait pas gérer certaines situations faute de compétences ou de ressources. Cette étude suggère qu'améliorer la disponibilité des outils diagnostiques et des ressources thérapeutiques dans les centres de santé pourrait renforcer la perception de ces centres en tant que fournisseurs de soins compétents et complets. Un tel investissement permettrait de pallier les pénuries d'équipements et d'élargir les capacités d'intervention des médecins généralistes, réduisant ainsi le besoin perçu de recourir aux urgences [103].

Une étude menée à Toulouse en 2015 s'est penchée sur les raisons qui poussaient les parents à consulter aux urgences pédiatriques. Les auteurs y ont identifié six grands profils de motivations, classés selon leur fréquence : [54,60]

- a) La recherche d'un diagnostic et d'une prise en charge rapides associés à un besoin de réassurance.
- b) La perception des urgences comme le lieu le plus adapté pour obtenir les meilleurs soins
- c) La réaction face à la souffrance de l'enfant.
- d) Le désir d'être perçus comme des parents attentifs et responsables.
- e) L'indisponibilité du médecin traitant ou des difficultés financières.
- f) L'insatisfaction vis-à-vis de précédentes consultations.

2. Appréciation parentale du degré d'urgence :

Bien que les services des urgences soient conçus pour répondre à des situations immédiates et potentiellement graves, la perception de ce qu'est une "urgence" diffère nettement entre les professionnels de santé et les parents [91,92].

Pour les soignants, l'urgence renvoie avant tout à la nécessité de sauver des vies, de prendre en charge les cas les plus sévères et de prioriser les patients selon la gravité de leur état. Leur objectif est d'intervenir rapidement sur les situations critiques afin d'en améliorer le pronostic [30].

Du côté des parents, la vision est très différente : leur inquiétude, à elle seule, est souvent perçue comme une raison suffisante pour considérer la situation comme urgente et nécessitant une consultation immédiate. En effet, l'évolution des mœurs est telle que la maladie, même bénigne, est de moins en moins tolérable [30,69].

Tableau XXIX : Comparaison entre les perceptions parentales du degré d'urgence dans notre série et ceux de la littérature.

Auteur	Pays	Urgent / Très urgent	Moyennement urgent	Pas urgent
Ogilvie et al. [64]	Angleterre	43%	52.8%	2%
Butun [53]	Turquie	8.8%	54.5%	4.9%
Al ghadeer et al. [52]	Arabie Saoudite	30,2%	20%	48,5%
Burokienė et al. [56]	Lituanie	32%	44,1%	4,7%
Williams et al. [68]	Australie	11%	57%	15%
Notre étude	Maroc	19,4%	60%	20,6%

Dans notre étude, parmi les enfants classés « non urgents » par les médecins, plus de 19% des parents jugeaient pourtant la situation très urgente, près des deux tiers la considéraient moyennement urgente, et 20,6% ne la voyaient pas comme urgente.

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

Ces proportions rejoignent globalement celles observées dans plusieurs pays. En Turquie, Butun [53] note une proportion très faible de cas perçus comme urgents (8,8%), la majorité étant considérée comme moyennement urgente. En Australie, Williams et al. [68] décrivent également une perception modérée de la gravité, avec seulement 11% des parents estimant la situation urgente.

En revanche, d'autres contextes montrent des perceptions différentes.

Au Royaume-Uni, Ogilvie et al. [64] rapportent 43% de situations perçues comme urgentes, une majorité classée comme moyennement urgente (52,8%) et une part très faible jugée non urgente (2%). Des résultats similaires ont également été retrouvés en Lituanie, où Burokienė et al. [56] observent 32% de cas considérés comme urgents et 44,1% comme moyennement urgents.

À l'opposé, l'étude de Al Ghadeer [52] en Arabie Saoudite met en évidence un profil particulier par rapport aux autres pays : près de la moitié des parents jugeaient que la situation n'était pas urgente, ce qui laisse penser que les parents évaluent la situation de manière moins alarmante que dans d'autres pays.

Tableau XXX : Discordance entre la perception parentale de l'urgence et l'évaluation du médecin:

test de McNemar

	Perception de l'urgence chez le médecin		p
	Oui n(%)	Non n(%)	
Perception de l'urgence chez les parents			< 0.001
– Oui	158(36,9)	270(63,1)	
– Non	19(21,3)	70(78,7)	

Les résultats de notre étude mettent en évidence un décalage important entre l'appréciation des parents et celle du médecin. Parmi les parents qui estimaient que la situation de leur enfant relevait d'une urgence, seuls un peu plus d'un tiers ont vu cette perception confirmée par le médecin, tandis que 63,1% des cas ont finalement été jugés non urgents par les professionnels de santé.

À l'inverse, lorsque les parents ne considéraient pas l'état de leur enfant comme urgent, la majorité des consultations ont été évaluées comme non urgentes, bien qu'un cinquième aient tout de même été reclassées comme urgentes par le médecin.

L'association entre ces deux variables est hautement significative ($p < 0,001$), ce qui confirme que la perception des parents n'est pas toujours alignée avec l'appréciation clinique, et que cette divergence va majoritairement dans le sens d'une surestimation parentale du degré d'urgence.

Ces observations rejoignent les observations rapportées dans plusieurs études internationales. Akbayram et Coskun [70] ont montré que les préoccupations des parents et leur perception de l'urgence diffèrent souvent de l'évaluation des cliniciens : dans leur étude, 24,3% des parents considéraient que l'état d'urgence de leur enfant était « moins urgent », tandis que la majorité le jugeait « modérément urgent » ou « très urgent ».

Kalidindi et al. [62] ont également constaté que 94% des parents percevaient leur visite comme urgente, même si 27% de ces consultations jugées « urgentes » par les parents étaient évaluées comme non urgentes par les médecins. Parmi les patients dont les parents percevaient la maladie comme non urgente, 31% ont néanmoins été évalués par les médecins comme nécessitant une attention urgente.

D'autres auteurs rapportent des tendances similaires. Butun [53] a observé que 54,5% des parents considéraient l'état de leur enfant comme « urgent » et 8,8% comme « très urgent ». De même, Kubicek et al. [93] ont constaté que 63% des parents amenant leur enfant pour des

motifs jugés non urgents percevaient la visite comme « très » ou « extrêmement » urgente, ce qui reflète une tendance générale à surévaluer le degré d'urgence.

Cette perception élevée de l'urgence s'explique en partie par des inquiétudes concernant la santé de l'enfant, la lenteur de l'amélioration clinique ou la crainte de complications, mais aussi par des émotions telles que la peur, l'anxiété, la frustration, ou encore par un niveau élevé de stress parental. Plusieurs travaux soulignent d'ailleurs que cette perception subjective de l'urgence peut pousser les parents à privilégier les urgences pédiatriques plutôt que les soins primaires [94-97].

3. Temps d'attente avant la consultation aux urgences :

Les recherches internationales portant sur les temps d'attente sont encore limitées. La majorité des études disponibles sont réalisées en Chine, où la forte population et la demande élevée de soins attirent l'attention sur ce sujet. La question de réduire les temps d'attente pour garantir un accès rapide aux soins pour les enfants en état critique est donc cruciale. Hing et al. ont montré qu'aux États-Unis, entre 2002 et 2009, le temps d'attente moyen aux urgences est passé de 46,5 à 58,1 minutes, soit une augmentation de 25%. Au Canada, Drouin et al ont rapporté un délai d'attente encore plus long, de 101 min [50, 88,89].

Dans ce contexte, les résultats de notre étude ont montré que les enfants attendaient en moyenne 53 minutes, un délai supérieur à celui rapporté en Chine [50] mais inférieur à celui observé au Canada. Bien que ce délai puisse être considéré comme correct par rapport aux données de la littérature, près de la moitié des parents dans notre étude estimaient que la durée d'attente n'était pas adaptée à la gravité de la situation de leur enfant. Cette perception souligne la nécessité d'améliorer encore la rapidité de prise en charge, notamment en optimisant les procédures de triage.

En Allemagne, Weissenstein et al. [90] ont rapporté un délai d'attente moyen de 13,74min, soit le délai le plus court de toutes les études comparées.

Ces différences pourraient s'expliquer par la charge des urgences, le nombre de médecins disponibles, l'organisation du triage, et la prévalence des visites non urgentes dans chaque pays.

Tableau XXXI: Comparaison entre le délai d'attente avant la consultation aux urgences dans notre série et celui de la littérature.

Auteur	Pays	Délai d'attente en minutes
Drouin et al. [89]	Canada	101
Zhu et al. [50]	Chine	39,75
Guoet al [119]	Chine	27,53
Weissenstein et al. [90]	Allemagne	13,74
Notre étude	Maroc	53

4. Niveau de satisfaction parentale :

L'analyse des données de la littérature montre une variabilité importante selon les pays. Les taux de satisfaction les plus élevés sont observés en Grèce, où 80,2% des parents se déclaraient satisfaits [78], suivis de l'Allemagne avec 68,3% [79]. À l'inverse, la Corée enregistre l'un des taux de satisfaction les plus faibles, avec seulement 40,2% de parents satisfaits [80].

Dans notre étude, 51,7% des parents interrogés se déclarent globalement satisfaits, un pourcentage similaire à celui rapporté par Butun en Turquie (52,7%)[53]et par Demisse et Tefera en Éthiopie(52,9%)[81].

Tableau XXXII : Comparaison entre le niveau de satisfaction des parents de la consultation aux urgences dans notre série et celui de la littérature.

Auteur	Pays	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Butun [53]	Turquie	52,7%	34,1%	13,2%
Jang et al [80]	Corée	40,2	27,5%	32,3%
Demisse et Tefera [81]	Éthiopie	52,9%	–	47,1%
Xenodoxidou et al [78]	Grèce	80,2%	–	19,8%
Weissenstein et al [79]	Allemagne	68,3%	28,3%	3,3%
Notre étude	Maroc	51,7%	36,7%	11,6%

Au-delà de ces disparités entre pays, plusieurs travaux permettent de comprendre les déterminants majeurs de la satisfaction parentale aux urgences. Byczkowski et al. soulignent que la satisfaction est principalement prédite par la qualité de la collaboration entre médecins et infirmiers, suivie du temps d'attente et de la gestion de la douleur. Les parents évoquent fréquemment des difficultés liées à la rapidité de la prise en charge, à la qualité perçue des soins et à la communication [82].

Welch et al. identifient d'ailleurs cinq éléments prioritaires aux yeux des parents : la rapidité des soins, l'empathie, la compétence technique, la transmission d'informations et la prise en charge de la douleur [83].

Ces résultats sont cohérents avec une vaste étude canadienne menée auprès d'environ 20000 participants dans 123 services d'urgence, qui met en évidence quatre prédicteurs majeurs [84]:

- Le temps d'attente perçu.
- La courtoisie du personnel infirmier.
- La courtoisie des médecins.

- Le degré de minutie de l'examen médical.

De même, Magaret et al. rapportent que, dans les services des urgences pédiatriques, la satisfaction parentale dépend essentiellement de l'interaction avec le personnel, de la qualité des informations reçues et du délai avant la première rencontre médicale [85].

D'autres travaux confirment l'importance cruciale de la communication. En Europe, Cinar et al. montrent que la formation des médecins résidents aux compétences communicationnelles améliore significativement la satisfaction des patients [86]. Locke et al., quant à eux, concluent que les éléments déterminants de la satisfaction et de l'intention de revenir aux urgences pédiatriques sont : l'évaluation globale du médecin, l'attention portée par l'infirmier(ère), le contrôle de la douleur ainsi que l'information sur les délais d'attente. Ainsi, une communication adaptée et rassurante, expliquant de manière claire et compréhensible l'état clinique de l'enfant, le niveau d'urgence attribué lors du triage et les raisons justifiant un éventuel temps d'attente, apparaît comme un levier essentiel d'acceptation de la prise en charge proposée. Cette approche favorise la compréhension du processus de triage, réduit l'anxiété parentale et améliore la perception globale de la qualité des soins, y compris lorsque l'attente est prolongée chez les enfants ne présentant pas de signes de gravité [87].

IX. Recommandations :

- Renforcer la littératie en santé des parents, en les sensibilisant aux maladies infantiles courantes, aux signes de gravité et aux situations nécessitant réellement une consultation en urgence.
- Sensibiliser les parents à l'organisation du système de santé et à l'importance de respecter l'intégralité de la structure sanitaire, en privilégiant les soins primaires en dehors des situations urgentes.
- Développer la pédiatrie au sein des différentes structures de santé, notamment dans les centres de santé primaires et les hôpitaux régionaux, afin d'assurer une prise en charge adaptée de l'enfant à chaque niveau.
- Renforcer et valoriser les soins de santé primaires, en améliorant leur disponibilité et leurs horaires de consultation.
- Améliorer l'orientation et le triage des patients aux urgences pédiatriques, par la formation continue du personnel soignant et le développement de dispositifs d'orientation pré-hospitalière.
- Optimiser l'organisation de la filière de soins, notamment par l'élaboration d'organigrammes régionaux et une meilleure gestion des contre-références au sein des CHU.
- Améliorer l'accès aux consultations spécialisées et aux examens complémentaires, en réduisant les délais et en renforçant les plateaux techniques au niveau régional.
- Renforcer la communication entre les professionnels de santé et les parents, en adoptant une information claire, rassurante et adaptée au niveau de compréhension des familles.

- Augmenter les ressources humaines dans les services des urgences pédiatriques, afin d'assurer une prise en charge efficiente des urgences réelles et une orientation appropriée des cas non urgents.
- Aménager des espaces dédiés et adaptés aux enfants au sein des services des urgences pédiatriques (aires de jeux, activités ludiques et éducatives), afin d'améliorer leur confort, de réduire l'anxiété liée à l'attente et de favoriser une expérience de soins plus adaptée à l'enfant.

X. Limites de l'étude :

Comme toute recherche, cette étude présente certaines limites qu'il est important de souligner afin de nuancer l'interprétation des résultats et de préciser le cadre de leur applicabilité:

- La méthode d'échantillonnage : notre enquête a inclus un échantillon non probabiliste de convenance de parents, ce qui limite la représentativité des résultats.
- La taille de l'échantillon : compte tenu du nombre relativement limité de participants par rapport au volume global de fréquentation des urgences pédiatriques, l'échantillon pourrait ne pas refléter l'ensemble de la population concernée.
- Le cadre de l'étude : l'étude a été menée dans un seul établissement, ce qui peut limiter la généralisabilité des résultats.
- Les biais liés à la collecte des données : le questionnaire a été administré en face à face par l'étudiant, impliquant une interaction directe avec les parents, ce qui pourrait avoir influencé certaines réponses. Comme dans toute recherche qualitative, des biais d'interaction, de courtoisie et d'induction ne peuvent être exclus.

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

- Des données non explorées : les informations concernant le devenir des patients, la prescription et la réalisation d'examens complémentaires sont des aspects qui n'ont pas été explorés.
- La barrière linguistique : les parents ne comprenant pas le dialecte marocain n'ont pas été inclus, privant l'étude de l'analyse des données issues de cette population.
- Applicabilité des résultats : les résultats pourraient ne pas être applicables à d'autres pays ou contextes disposant de systèmes de santé ou de profils démographiques différents.



Conclusion



Les urgences pédiatriques sont destinées aux situations menaçant à plus ou moins court terme la vie d'un enfant. Dans la réalité quotidienne, toutes les consultations ne relèvent pas de cette définition. Le recours aux urgences dépasse souvent la seule condition médicale de l'enfant, et s'inscrit dans un ensemble complexe de perceptions, d'inquiétudes et de contraintes vécues par les parents.

Notre étude a révélé que plus de la moitié des consultations n'étaient pas considérées comme de véritables urgences par les médecins, alors que la majorité des parents percevaient la situation de leur enfant comme urgente. Cette discordance illustre la subjectivité de la notion d'urgence en pédiatrie, fortement influencée par l'anxiété parentale, la peur de l'aggravation ainsi que par des facteurs sociodémographiques et organisationnels.

Notre étude met également en évidence que l'accessibilité limitée aux soins de première ligne, la gratuité relative des soins hospitaliers et la recherche d'une prise en charge rapide et rassurante constituent des motivations centrales du recours aux urgences pédiatriques. Ces constats reflètent des insuffisances du système de soins primaires, un déficit d'information des parents sur les signes de gravité réels, ainsi qu'un besoin accru de réassurance médicale.

Ainsi, l'amélioration de la pertinence du recours aux urgences pédiatriques passe par une approche globale intégrant le renforcement des structures de soins primaires, l'amélioration de leur disponibilité, le développement de programmes d'éducation sanitaire destinés aux parents, et l'optimisation des systèmes de triage et d'orientation.



Résumés



Résumé

Dans de nombreux pays, les services des urgences pédiatriques font face à une surcharge croissante, alimentée en partie par l'afflux de consultations non urgentes. Cette situation est désormais considérée comme un véritable problème de santé publique : elle entraîne non seulement un allongement des temps d'attente et une diminution de la qualité des soins pour les enfants réellement en détresse, mais elle pèse aussi lourdement sur les équipes soignantes, déjà confrontées à des conditions de travail exigeantes.

Or, cette surutilisation des urgences ne peut être comprise sans s'intéresser aux déterminants qui orientent la décision parentale de s'y rendre. Amener un enfant aux urgences est souvent une démarche qui dépasse le cadre strictement médical : elle résulte d'un ensemble de perceptions, de peurs, d'expériences antérieures et de contraintes d'accès aux soins, qui façonnent la manière dont les parents évaluent l'urgence de la situation et choisissent où consulter.

Afin d'évaluer les perceptions et les motivations des parents à la consultation aux urgences pédiatriques, nous avons mené une étude transversale et analytique auprès des parents d'enfants consultant aux urgences pédiatriques du CHU Mohamed VI de Marrakech. Cette enquête s'est étendue sur une période de six mois, allant du 5 mai au 5 novembre 2025.

La moyenne d'âge des parents interrogés était de 38 ans, avec une nette prédominance féminine (74%). Leur niveau d'instruction était majoritairement faible, 39% d'entre eux étant analphabètes.

L'étude a mis en évidence une surestimation parentale du degré d'urgence. La grande majorité des parents (83%) percevaient la situation de leur enfant comme urgente alors que seulement 34% étaient considérés comme des urgences réelles par les médecins.

Au-delà de l'inquiétude face à la gravité de l'état de l'enfant, notre étude a identifié d'autres motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques, parmi lesquelles figuraient principalement la recherche d'une prise en charge rapide (74,9%) et peu coûteuse (65,8%), l'accès aux examens complémentaires (65,8%), ainsi que la confiance accordée aux médecins des urgences (59,4%).

Cette enquête a révélé également un faible recours aux soins primaires: seuls 13% des enfants ont été vus par un médecin généraliste avant leur passage aux urgences, reflétant à la fois les difficultés d'accès à ces structures et une sensibilisation insuffisante à leur rôle.

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer l'éducation des parents afin de leur permettre de distinguer les situations urgentes des situations non urgentes, d'améliorer l'accès et la qualité des soins primaires, ainsi que de développer des stratégies de régulation et d'orientation des consultations pédiatriques.

Abstract

In many countries, pediatric emergency departments are facing increasing overcrowding, partly driven by a high volume of non-urgent consultations. This situation is now recognized as a major public health issue: it not only leads to prolonged waiting times and a decline in the quality of care for children in genuine medical distress, but also places a substantial burden on healthcare professionals who already work under demanding conditions.

However, this overuse of emergency services cannot be fully understood without examining the determinants that influence parental decision-making. Bringing a child to the emergency department often goes beyond strictly medical considerations: it results from a complex interplay of perceptions, fears, previous experiences, and barriers to accessing healthcare. These factors shape how parents assess the urgency of their child's condition and decide where to seek care.

To assess parental perceptions and motivations for consulting pediatric emergency departments, we conducted a cross-sectional analytical study among parents of children presenting to the pediatric emergency department of Mohammed VI University Hospital of Marrakech. The study was carried out over a six-month period, from May 5 to November 5, 2025.

The mean age of the participating parents was 38 years, with a clear female predominance (74%). The overall level of education was low, with 39% of parents being illiterate.

The study highlighted a parental overestimation of the degree of urgency. While the vast majority of parents (83%) perceived their child's condition as urgent, only 34% of cases were classified as true emergencies by physicians.

Beyond concerns about the severity of the child's condition, our study identified additional motivations for consulting pediatric emergency services, mainly the search for rapid

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

care (74.9%) and low-cost services (65.8%), access to diagnostic investigations (65.8%), and trust in emergency department physicians (59.4%).

This survey also revealed limited use of primary healthcare services: only 13% of children had been seen by a general practitioner prior to their emergency department visit, reflecting both difficulties in accessing primary care and insufficient awareness of its role.

These findings underscore the importance of strengthening parental education to enable better differentiation between urgent and non-urgent situations, improving access to and the quality of primary healthcare, and developing effective strategies to regulate and appropriately direct pediatric consultations.

ملخص

في العديد من البلدان، تواجه أقسام المستعجلات للأطفال ضغطًا متزايدًا، ويرجع ذلك جزئيًا إلى تدفق الاستشارات غير المستعجلة. وتُعد هذه الظاهرة اليوم مشكلة صحية عامة حقيقية، إذ تؤدي إلى زيادة أوقات الانتظار وتراجع جودة الرعاية للأطفال المحتاجين فعليًا إلى التدخل المستعجل، كما تُثقل كاهل الفرق الطبية التي تعمل في ظروف عمل صعبة.

لا يمكن فهم هذا الإفراط في استخدام مصالح المستعجلات دون دراسة العوامل التي تؤثر على قرار الوالدين بالتوجه إليها. إذ غالبًا ما يتجاوز إحضار الطفل إلى قسم المستعجلات الإطار الطبي البحت، وينتج عن مزيج من التصورات والمخاوف والتجارب السابقة وصعوبات الوصول إلى الرعاية، التي تشكل تقييم الوالدين لدرجة الطوارئ واختيارهم لمكان الاستشارة.

بهدف تقييم تصورات ودوافع الوالدين تجاه مراجعة أقسام المستعجلات للأطفال، أجرينا دراسة مقطعية تحليلية شملت آباء الأطفال في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش، وقد امتدت هذه الدراسة على مدى ستة أشهر من 5 ماي إلى 5 نونبر 2025.

بلغ متوسط عمر الوالدين 38 عامًا، مع غلبة واضحة للعنصر النسوي (74%). كما تبين أن المستوى التعليمي كان منخفضًا لدى معظمهم، إذ كان 39% منهم أميين.

وسلطت الدراسة الضوء على مبالغة الآباء في تقدير درجة خطورة حالة الطفل. حيث اعتبرت الغالبية العظمى من الآباء (83%) أن حالة أطفالهم عاجلة بينما اعتبر الأطباء 34% فقط حالات مستعجلة حقيقية.

إضافة إلى القلق بشأن خطورة حالة الطفل، كشفت الدراسة عن دوافع أخرى للوالدين للجوء إلى المستعجلات، أبرزها البحث عن رعاية سريعة (74.9%) ومنخفضة التكلفة (65.8%)، الوصول إلى فحوصات تكميلية (65.8%)، فضلًا عن الثقة في أطباء المستعجلات (59.4%).

كما أظهرت الدراسة ضعف اللجوء إلى الرعاية الأولية، إذ لم يعرض سوى 13% من الأطفال على طبيب عام قبل مراجعة المستعجلات، مما يعكس صعوبات الوصول إلى هذه الخدمات ونقص الوعي بدورها.

وتسلط هذه النتائج الضوء على أهمية تعزيز التنقيف الأسري لتمكين الوالدين من التمييز بين الحالات المستعجلة وغير المستعجلة، وتحسين الوصول إلى الرعاية الأولية وجودتها، وتطوير استراتيجيات فعالة لتنظيم وتوجيه الاستشارات للأطفال.



Annexes



Questionnaire

I. Données sociodémographiques des parents :

1. Age du parent :

2. Sexe du parent :

☐ Féminin.

☐ Masculin.

3. Niveau d'instruction :

☐ Analphabète.

☐ Primaire.

☐ Secondaire.

☐ Lycée.

☐ Études supérieures.

4. Milieu de résidence :

☐ Urbain.

☐ Rural.

☐ Semi-urbain.

5. Région :

6. Profession :

☐ Oui.

☐ Non.

7. Revenu mensuel :

☐ Inférieur au SMIG.

☐ SMIG.

☐ 3000–6000 Dhs.

☐ 6000–10000 Dhs.

☐ Plus de 10000 Dhs.

8. Sécurité sociale :

☐ Oui.

☐ Non.

9. Type de couverture :

☐ AMO TADAMON.

☐ CNSS.

☐ CNOPS.

☐ FAR.

☐ Assurances privées.

10. Nombre d'enfants :

II. Données épidémiologiques des enfants :

11. Age de l'enfant :

12. Sexe de l'enfant :

☐ Masculin.

☐ Féminin.

13. Rang dans la fratrie :

14. Est-ce que votre enfant présente des antécédents médicaux :

☐ Oui.

☐ Non.

15. Si oui, préciser :

☐ Asthme.

☐ Cardiopathies.

☐ Épilepsie.

☐ Diabète.

☐ Insuffisance rénale.

☐ Autre.

16.Si oui, préciser l'établissement /médecin assurant le suivi :

- ☐ Médecin généraliste.
- ☐ Pédiatre libéral.
- ☐ CHU.
- ☐ Non suivi.
- ☐ Autre.

III. Contexte de la consultation :

17.L'enfant a été ramené :

- ☐ Par ses parents.
- ☐ Transport médicalisé.

18.Jour de consultation :

- ☐ Jours de semaine.
- ☐ Weekend.
- ☐ Jour férié.

19.Heure de consultation :

20.Motif de consultation :

- ☐ Fièvre.
- ☐ Toux.
- ☐ Diarrhée.
- ☐ Vomissements.

Urgence ou non urgence ?

Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences pédiatriques

- ☐ Douleur abdominale.
- ☐ Dyspnée.
- ☐ Traumatisme.
- ☐ Convulsion.
- ☐ Atteinte cutanée.
- ☐ Signes urinaires.
- ☐ Autre.

21. Depuis combien de temps les symptômes sont-ils apparus :

- ☐ Moins de 24 heures .
- ☐ Entre 24h et 1 semaine.
- ☐ Plus d'une semaine.

22. Avez-vous consulté un médecin généraliste avant de venir aux urgences :

- ☐ Oui.
- ☐ Non.

23. Si oui quelle a été la réponse ou conseil reçu :

- ☐ Le médecin m'a prescrit un traitement que j'ai donné à mon enfant , mais son état ne s'est pas amélioré.
- ☐ Le médecin m'a dit de simplement attendre et surveiller l'évolution.
- ☐ Le médecin m'a demandé d'hospitaliser mon enfant , mais je n'ai pas pu payer les frais d'hospitalisation.
- ☐ Le médecin m'a donné une ordonnance ,mais je n'étais pas convaincu de la prise en charge.
- ☐ Le médecin m'a conseillé de venir aux urgences.

☐ Autre.

24. Le centre de santé était-il disponible au moment où vous avez décidé de vous rendre aux urgences :

☐ Oui.

☐ Non.

25. Si non, auriez-vous consulté un médecin généraliste si il avait été disponible :

☐ Oui.

☐ Non, l'état de mon enfant justifie une consultation immédiate aux urgences.

26. Est-ce qu'il s'agit de votre première consultation aux urgences pédiatriques au cours de ces 12 derniers mois :

☐ Oui.

☐ Non.

27. Si non, combien de fois aviez-vous amené votre enfant aux urgences pédiatriques :

28. Est-ce que vous étiez satisfaits de votre consultation :

☐ Satisfait.

☐ Moyennement satisfait.

☐ Insatisfait.

IV. Perceptions et motivations parentales à la consultation aux urgences :

29. Qu'est-ce qui vous a motivé à consulter aux urgences :(plusieurs réponses possibles)

(Utiliser une échelle de Likert (totalement d'accord, d'accord, neutre, en désaccord, totalement en désaccord) :

- ☐ Je pensais que c'était grave.
- ☐ Je pensais que mon enfant avait besoin d'être hospitalisé.
- ☐ L'état de mon enfant ne s'améliorait pas, au contraire ça s'aggravait.
- ☐ J'avais peur que son état s'aggrave encore.
- ☐ J'étais très angoissé, je ne savais pas où aller d'autre.
- ☐ Je pensais qu'il avait besoin d'examens complémentaires.
- ☐ Les soins offerts par l'hôpital sont moins chers / gratuits.
- ☐ Je viens aux urgences parce qu'on peut venir sans rendez-vous.
- ☐ Je savais qu'aux urgences il serait pris en charge plus rapidement.
- ☐ J'ai l'habitude de venir directement ici, parce que mon enfant y est toujours bien pris en charge.
- ☐ Mon entourage m'a conseillé de venir aux urgences.
- ☐ Il n'y avait pas d'autre solution de consultation.
- ☐ Je fais confiance aux médecins des urgences, leur compétence me rassure.
- ☐ Autre.

30. Que venez-vous chercher en priorité aux urgences :(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Un avis médical rapide.
- ☐ Me rassurer.
- ☐ Des examens complémentaires.
- ☐ Un traitement immédiat.
- ☐ Autre.

31. Est-ce que vous pensez que la consultation aux urgences a répondu à vos attentes :

- ☐ Oui, tout à fait.
- ☐ Plutôt oui.
- ☐ En partie.
- ☐ Plutôt non.
- ☐ Non pas du tout .

32. Selon vous la situation de votre enfant est :

- ☐ Très urgente.
- ☐ Moyennement urgente.
- ☐ Peu urgente.
- ☐ Pas urgente.

33. Combien de temps avez-vous attendu aux urgences avant que votre enfant soit vu par le médecin :

34. Pensez-vous que le temps d'attente était adapté à la gravité de la situation de votre enfant :

- ☐ Oui.
- ☐ Non.

35. Comment évalueriez-vous votre consultation :

- ☐ Très satisfaisante.
- ☐ Satisfaisante.
- ☐ Moyennement satisfaisante.
- ☐ Peu satisfaisante.
- ☐ Insatisfaisante.

36. Selon vous, dans quel cas est-il justifié de consulter directement aux urgences :

(Utiliser une échelle de Likert (totalement d'accord, d'accord, neutre, en désaccord, totalement en désaccord) :

- ☐ Devant l'apparition de tout symptôme inhabituel.
- ☐ L'aggravation des symptômes.
- ☐ La non amélioration de l'état de mon enfant.
- ☐ Conseils de proches.
- ☐ Inquiétude personnelle.
- ☐ Autre.

37. Selon vous, quelles situations devraient être traitées en priorité aux urgences ?

38. Reviendrez-vous aux urgences pédiatriques si votre enfant présente les mêmes problèmes de santé à l'avenir :

☐ Oui.

☐ Non.

39. Avez-vous des commentaires, suggestions.

V. Partie à remplir par le personnel médical :

40. En tant que médecin, comment évaluez-vous la situation de l'enfant :

☐ Très urgente.

☐ Moyennement urgente.

☐ Peu urgente.

☐ Pas urgente.



Bibliographie



1. **Jbari S, Lahmini W, Eddabbah M, Boussaa S, Bourrous M.**
The characterization of a hospitalized population at the pediatric emergency service of Mother and Child Hospital, Marrakech, Morocco.
The Pan African Medical Journal [Internet]. 14 nov 2022 [cité 5 déc 2025];43(138).
Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/43/138/full>
2. **Atanda HL, Porte J, Bon J C, Force-Barge P, Rodier J.**
Place des urgences médicales pédiatriques dans un service médical à Pointe-Noire.
Médecine d'Afrique Noire. 1994;41(1):17-20.
3. **Butun A, Kafdag EE, Gunduz H, Zincir V, Batibay M, Ciftci K, et al.**
Emergency department overcrowding: causes and solutions.
Emergency and Critical Care Medicine. déc 2023;3(4):171.
4. **Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al.**
International perspectives on emergency department crowding.
AcadEmerg Med. déc 2011;18(12):1358-70.
5. **Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S.**
Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments.
Cochrane Database Syst Rev. 14 nov 2012;11:CD002097.
6. **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. 1 mars 2023;1-22.
7. **Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al.**
Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors.
Biomed Res Int. 2019;2019:6462472.

8. **Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al.**
Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality.
Emerg Med J. mars 2022;39(3):168–73.

9. **Sultanoğlu H, Gamsızkan Z, CangürŞ.**
Investigation and Solution Proposals of Repeating Applications in Patients Admitted to the Emergency in a Year.
Journal of Duzce University Health Sciences Institute [Internet]. [cité 5 déc 2025];11(1). Disponible sur: <https://journals.indexcopernicus.com/publication/2750843/Hasan-Sultanoğlu-Investigation-and-Solution>

10. **Bozdağ Z.**
Operational Recommendations for Using Out of Purpose Emergency Services and Reducing Out-of-purpose Use: The Case of Çorum Province [master's thesis].
Corum, Turkey: Hitit University, 2019.

11. **Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, King R, Bair A, Nick TG.**
Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED.
Am J Emerg Med. mai 2005;23(3):288–94.

12. **Rondeau KV, Francescutti LH.**
Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction.
J HealthcManag. 2005;50(5):327–40; discussion 341–342.

13. **Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS.**
The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture.
J Am Geriatr Soc. févr 2006;54(2):270–5.

14. **Payza U, Karakaya Z, Topal F.**
An Unsolvable Public Health Problem; Improper Use of Emergency Services and Patients' Views.
In 2020 [cité 6 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/An-Unsolvable-Public-Health-Problem%3B-Improper-Use-Payza-Karakaya/77f057fa9c13b4faac126e2f02f61ce6a1b19202>

15. **Eriksson CO, Stoner RC, Eden KB, Newgard CD, Guise JM.**
The Association Between Hospital Capacity Strain and Inpatient Outcomes in Highly Developed Countries: A Systematic Review.
J Gen Intern Med. juin 2017;32(6):686–96.

16. **Cresson G.**
Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant.

17. **Arakhsis H.**
CHU Marrakech. 2023.
Dossier presse. Disponible sur: <https://172.20.1.2/index.php/le-chu/chu-marrakech>

18. **Liamine A.**
Consultations spontanées aux urgences du Centre Hospitalier de Givors. Etude monocentrique, observationnelle, du 1er au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux: Analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service.
2014;

19. **Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY**
Sénateurs rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières N° 685,
Sénat session extraordinaire de 2016–2017 Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 juillet 2017

20. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet].
Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
21. **Potel G, Nantes S.**
L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions.
Mai 2005
22. **Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al.**
International perspectives on emergency department crowding.
Acad Emerg Med. déc 2011;18(12):1358-70.
23. **Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S.**
Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments.
Cochrane Database Syst Rev. 14 nov 2012;11:CD002097.
24. **Ruzangi J, Blair M, Cecil E, Greenfield G, Bottle A, Hargreaves DS, et al.**
Trends in healthcare use in children aged less than 15 years: a population-based cohort study in England from 2007 to 2017.
BMJ Open. 5 mai 2020;10(5):e033761.
25. Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina. Rapports d'activité.
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina. 2012.
26. **Gueddari W.**
L'accueil des urgences pédiatriques: qu'en est-il au Maroc?
Revue Marocaine de Santé Publique. 6 mars 2017;4(6)
27. **McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ.** Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures.
Clin Exp Emerg Med. sept 2019;6(3):189-95.
28. **Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L.**
Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions.
PLoS One. 2018;13(8):e0203316.

29. **McDermid F, Judy Mannix null, Peters K.**
Factors contributing to high turnover rates of emergency nurses: A review of the literature.
Aust Crit Care. juill 2020;33(4):390–6.
30. **BelhadiDaouzli B.**
Les urgences pédiatriques en urgence ou dans l'urgence ?
Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 1 août 2012;24(2):67–71.
31. **Weber EJ, Hirst E, Marsh M.**
The patient's dilemma: attending the emergency department with a minor illness.
BMJ. 27 avr 2017;357:j1941.
32. **Pergeline J, Lesuffleur T, Fresson J, Vilain A, Rachas A, Tuppin P.**
One-year emergency department visits for children <18 years of age, associated factors and frequency of primary general practitioner or pediatrician visits before: a French observational study (2018–19).
BMC Prim Care. 13 mars 2024;25(1):83.
33. **Ejlaidi A, Bouskraoui M.**
Enquête multicentrique sur les urgences pédiatriques.
Thèse de Doctorat en médecine, Marrakech. 2010;
34. **Plunkett PK, Byrne DG, Breslin T, Bennett K, Silke B.**
Increasing wait times predict increasing mortality for emergency medical admissions.
Eur J Emerg Med. août 2011;18(4):192–6.
35. **To T, Terebessy E, Zhu J, Fong I, Liang J, Zhang K, et al.**
Did Emergency Department Visits in Infants and Young Children Increase in the Last Decade?: An Ontario, Canada Study.
PediatrEmerg Care. 1 avr 2022;38(4):e1173–8.
36. **Montoro-Pérez N, Rodríguez-Herrera MÁ, Solaz-García Á, Aranda-Colomar R, Arrué-Zarzo MA, Montejano-Lozoya R.**
Ansiedad parental y factores asociados en Urgencias pediátricas hospitalarias, un estudio descriptivo transversal.
Rev Esp Salud Publica. 94:e202009103.

37. **Czaja AS.**
Children Are Not Just Little Adults....
Pediatr Crit Care Med. févr 2016;17(2):178–80.
38. **Walker A, Hanna A.**
Kids Really Are Just Small Adults: Utilizing the Pediatric Triangle with the Classic ABCD Approach to Assess Pediatric Patients.
Cureus. 26 mars 2020;12(3):e7424.
39. **Subbe CP, Slater A, Menon D, Gemmell L.**
Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department.
Emerg Med J. nov 2006;23(11):841–5.
40. **Gardner–Thorpe J, Love N, Wrightson J, Walsh S, Keeling N.**
The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in–patients: a prospective observational study.
Ann R Coll Surg Engl. oct 2006;88(6):571–5.
41. **Morgan RJM, Williams F, Wright MM.**
An early warning scoring system for detecting developing critical illness. *Clin Intensive Care. 1997;8:96–8.*
42. **Monaghan A.**
Detecting and managing deterioration in children.
Paediatr Nurs. 2005;17(1):32–5.
43. **Akre M, Finkelstein M, Erickson M, Liu M, Vanderbilt L, Billman G.**
Sensitivity of the pediatric early warning score to identify patient deterioration.
Pediatrics. avr 2010;125(4):e763–769.
44. **Solevåg AL, Eggen EH, Schröder J, Nakstad B.**
Use of a modified pediatric early warning score in a department of pediatric and adolescent medicine.
PLoS One. 2013;8(8):e72534.
-

45. **Ebrahimi M, Mirhaghi A, Najafi Z, Shafaei H, HamechizfahmRoudi M.**
Are Pediatric Triage Systems Reliable in the Emergency Department?
Emerg Med Int. 2020;2020:9825730.

46. **Gold DL, Mihalov LK, Cohen DM.**
Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) system for admitted patients in the pediatric emergency department.
AcadEmerg Med. nov 2014;21(11):1249–56.

47. **Dieckmann RA, Fuchs S, Gausche–Hill M.**
The Pediatric Education for Prehospital Professionals Course and the Pediatric Assessment Triangle: A 25–Year Retrospective.
PrehospEmerg Care. 2023;27(5):539–43.

48. **Fernández A, Ares MI, Garcia S, Martinez–Indart L, Mintegi S, Benito J.**
The Validity of the Pediatric Assessment Triangle as the First Step in the Triage Process in a Pediatric Emergency Department.
PediatrEmerg Care. avr 2017;33(4):234–8.

49. **Gausche–Hill M, Eckstein M, Horeczko T, McGrath N, Kurobe A, Ullum L, et al.**
Paramedics accurately apply the pediatric assessment triangle to drive management.
PrehospEmerg Care. 2014;18(4):520–30.

50. **Zhu S, Wu Y, Yu B, Shen B, Fang L, Li B, et al.**
Clinical validity of the Pediatric Assessment Triangle in a pediatric emergency department.
Front Pediatr. 13 mai2025;13:1435604.

51. **Dieckmann RA, Fuchs S, Gausche–Hill M.**
The Pediatric Education for Prehospital Professionals Course and the Pediatric Assessment Triangle: A 25–Year Retrospective.
PrehospEmerg Care. 2023;27(5):539–43.

52. **Al Ghadeer HA, Aldandan JK, Alnajjar JS, Alamer MH, Almusallam SA, Alneamah AA, et al.**
Factors Influencing Visits to the Pediatric Emergency Department.
Cureus. janv 2024;16(1):e51995.
53. **Butun A.**
The role of family health centres in preventing paediatric emergency department usage of parents of children with non-urgent conditions.
BMC Prim Care. 19 déc 2024;25(1):420.
54. **Benoughidane B.**
Consultations inappropriées aux urgences pédiatriques: enquête au sein des urgences pédiatriques de l'hôpital intercommunal de Créteil.
55. **Cheek JA, Braitberg G, Craig S, West A.**
Why do children present to emergency departments? Exploring motivators and measures of presentation appropriateness for children presenting to a paediatric emergency department.
J Paediatr Child Health. mai 2017;53(5):451-7.
56. **Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Čerkauskienė R, Usonis V.**
Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness.
Med Sci Monit. 28 août 2017;23:4141-8.
57. **Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, Verhaeghe N, Trybou J, Cohen L, et al.**
Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium.
Eur J Pediatr. déc 2012;171(12):1829-37.
58. **Kurt F, Beğde F, Oğuz S, Tekin D, Suskan E.**
How Important Are Parental Age and Educational Level in Nonurgent Admissions to the Pediatric Emergency Department?
Pediatr Emer Care. sept 2020;36(9):414-8.

59. **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.
60. **Costet Wong A, Claudet I, Sorum P, Mullet E.**
Why Do Parents Bring Their Children to the Emergency Department? A Systematic Inventory of Motives.
Int J Family Med. 2015;2015:978412.
61. **OsuorahCDi, Ndu IK, Amadi OF, Ekwochi U, Nduagubam OC, Ozoemena OV, et al.**
Assessment of the perception of service recipients about the quality of work in health care professionals in the Children Emergency Room of a Tertiary Hospital in Nigeria.
Pyramid J Med [Internet]. 12 déc 2018;1(1).
62. **Kalidindi S, Mahajan P, Thomas R, Sethuraman U.**
Parental perception of urgency of illness.
PediatrEmerg Care. août 2010;26(8):549–53.
63. **Kua PHJ, Wu L, Ong ELT, Lim ZY, Yiew JL, Thia XHM, et al.**
Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives.
Singapore Med J. juin 2016;57(6):314–9.
64. **Ogilvie S, Hopgood K, Higginson I, Ives A, Smith JE.**
Why do parents use the emergency department for minor injury and illness? A cross-sectional questionnaire.
JRSM Open. mars 2016;7(3):2054270415623695.
65. **Amjad S, Tromburg C, Adesunkanmi M, Mawa J, Mahbub N, Campbell S, et al.**
Social Determinants of Health and Pediatric Emergency Department Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies.
Ann Emerg Med. avr 2024;83(4):291–313.

66. **Simbila AN, Kilindimo SS, Sawe HR, Kalezi ZE, Yussuf AO, Manji HK, et al.**
Predictors and outcome of time to presentation among critically ill paediatric patients at Emergency Department of Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania.
BMC Pediatr. 22 juill2022;22:441.
67. **Mahdaoui M, Kissani N.**
Morocco's Healthcare System: Achievements, Challenges, and Perspectives.
Cureus. 15(6):e41143.
68. **Williams A, O'Rourke P, Keogh S.**
Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care.
Arch Dis Child. oct 2009;94(10):817-20.
69. **Demonchy D.**
Impact des consultations délocalisées aux urgences des hôpitaux pédiatriques de Nice
CHU-Lenval.
70. **Akbayram HT, Coskun E.**
Paediatric emergency department visits for non-urgent conditions: Can family medicine prevent this?
Eur J GenPract. déc 2020;26(1):134-9.
71. **Seo DH, Kim MJ, Kim KH, Park J, Shin DW, Kim H, et al.**
The characteristics of pediatric emergency department visits in Korea: An observational study analyzing Korea Health Panel data.
PLoS One. 2018;13(5):e0197929.
72. **Pandee U, Vallipakorn SA ong, Plitponkarnpim A.**
The Profile of Pediatric Patients Visit Emergency Department at Urban University Hospital in Thailand.
J Med Assoc Thai. août 2015;98(8):761-7.

73. **Backman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-holm E, Adami J.**
Characteristics of non-urgent patients.
Scand J Prim Health Care. 2008;26(3):181-7.
74. **Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF.**
Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy.
Public Health. juill 2003;117(4):250-5.
75. **Hendry SJ, Beattie TF, Heaney D.**
Minor illness and injury: factors influencing attendance at a paediatric accident and emergency department.
Arch Dis Child. juin 2005;90(6):629-33.
76. **Smith V, Mustafa M, Grafstein E, Doan Q.**
Factors Influencing the Decision to Attend a Pediatric Emergency Department for Nonemergent Complaints.
PediatrEmerg Care. sept 2015;31(9):640-4.
77. **Ellbrant JA, Åkeson SJ, KarlslandÅkeson PM.**
Influence of awareness and availability of medical alternatives on parents seeking paediatric emergency care.
Scand J Public Health. juin 2018;46(4):456-62.
78. **Xenodoxidou E, Theodorou P, Karagianni R, Intas G, Platis C.**
Factors that determine parents' satisfaction with the care given to their children in two Greek public hospitals.
Health & Research Journal. 1 avr 2022;8(2):97-110.
79. **Weissenstein A, Straeter A, Villalon G, Luchter E, Bittmann S.**
Parent satisfaction with a pediatric practice in Germany: A questionnaire-based study.
Italian Journal of Pediatrics. 5 juill 2011;37(1):31.
80. **Jang HY, Kwak YH, Park JO, Kim DK, Lee JH.**
Parental satisfaction with pediatric emergency care: a nationwide, cross-sectional survey in Korea.
Korean J Pediatr. déc 2015;58(12):466-71.

81. **Demisse M, Tefera M.**
Parental Satisfaction and Factors Affecting Parental Satisfaction at Pediatric Emergency Unit, TikurAnbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study.
82. **Byczkowski TL, Fitzgerald M, Kennebeck S, Vaughn L, Myers K, Kachelmeyer A, et al.**
A Comprehensive View of Parental Satisfaction With Pediatric Emergency Department Visits.
Annals of Emergency Medicine. 1 oct 2013;62(4):340–50.
83. **Welch SJ.**
Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review.
Am J Med Qual. 2010;25(1):64–72.
84. **Brown AD, Sandoval GA, Levinton C, Blackstien-Hirsch P.**
Developing an efficient model to select emergency department patient satisfaction improvement strategies.
Ann Emerg Med. juill 2005;46(1):3–10.
85. **Magaret ND, Clark TA, Warden CR, Magnusson AR, Hedges JR.**
Patient satisfaction in the emergency department--a survey of pediatric patients and their parents.
AcadEmerg Med. déc 2002;9(12):1379–88
86. **Cinar O, Ak M, Sutçigil L, Congologlu ED, Canbaz H, Kilic E, et al.**
Communication skills training for emergency medicine residents.
Eur J Emerg Med. févr 2012;19(1):9–13.
87. **Locke R, Stefano M, Koster A, Taylor B, Greenspan J.**
Optimizing patient/caregiver satisfaction through quality of communication in the pediatric emergency department.
PediatrEmerg Care. nov 2011;27(11):1016–21.

88. **Hing E, Bhuiya F.**
Wait time for treatment in hospital emergency departments: 2009.
NCHS Data Brief. août 2012;(102):1–8.8
89. **Drouin O, D'Angelo A, Gravel J.**
Impact of wait time during a first pediatric emergency room visit on likelihood of revisit in the next year.
Am J Emerg Med. mai 2020;38(5):890–4.
90. **Weissenstein A, Straeter A, Villalon G, Luchter E, Bittmann S.**
Parent satisfaction with a pediatric practice in Germany: A questionnaire-based study.
Italian Journal of Pediatrics. 5 juill 2011;37(1):31.
91. **Claudet I, Joly–Pedespan L.**
Routine consultations in emergency departments: deal or fight?.
Arch Pediatr. déc 2008;15(12):1733–8.
92. **Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G.**
Acute paediatric care and unplanned consultations – a survey in health care facilities in the « Grand Lyon » area.
Arch Pediatr. févr 2004;11(2):108–14.
93. **Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J, Weiss G, Lu Y, et al.**
A profile of nonurgent emergency department use in an urban pediatric hospital.
PediatrEmerg Care. oct 2012;28(10):977–84.
94. **Butun A, Hemingway P.**
A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness.
Int EmergNurs. janv2018;36:56–62.
95. **Montoro–Pérez N, Montejano–Lozoya R, Escribano S, Oliver–Roig A, Juliá–Sanchis R, Richart–Martínez M.**
Development and validation of a parental competence questionnaire in the paediatric hospital emergency setting (ECP–U).
Journal of Pediatric Nursing. 1 nov 2023;73:e54–64.

96. **Fieldston ES, Alpern ER, Nadel FM, Shea JA, Alessandrini EA.**
A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: parent and health professional opinions.
PediatrEmerg Care. mars 2012;28(3):220-5.
97. **Butun A, Linden M, Lynn F, McGaughey J.**
Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: a mixed methods systematic review.
Emerg Med J. janv 2019;36(1):39-46.
98. **Ganapathy S, Lim SY, Kua JP, Ng KC.**
Non-Urgent Paediatric Emergency Department Visits: Why Are They So Common? A Singapore Perspective.
Ann Acad Med Singap. juill 2015;44(7):269-71.
99. **Salami O, Salvador J, Vega R.**
Reasons for nonurgent pediatric emergency department visits: perceptions of health care providers and caregivers.
PediatrEmerg Care. janv 2012;28(1):43-6.
100. **Haltiwanger KA, Pines JM, Martin ML.**
The pediatric emergency department: a substitute for primary care? Cal J
Emerg Med. 2006;7(2):26-30.
101. **Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al.**
Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie.
Santé Publique. 2004;16(1):63-74.
102. **Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G.**
Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study.
AmbulPediatr. 2008;8(6):360-7.

103. **Willson KA, Lim D, Toloo GS, FitzGerald G, Kinnear FB, Morel DG.**
Potential role of general practice in reducing emergency department demand: A qualitative study.
Emerg Med Australas. oct 2022;34(5):717–24.
104. **Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D.**
Influence of maternal anxiety on the frequency of paediatric primary care visits.
Aten Primaria. 30 juin 2005;36(2):64–8.
105. **Igual Rosado R, Castro Nicolau E, Alonso Martínez I, TerradasCorominas M, de Frutos Gallego E, Cebrià Andreu J.**
Hyperfrequent consultations: is there a relationship with the mother's personality?.
AnPediatr (Barc). janv 2003;58(1):29–33.
106. **Yeşil A, Butun A.**
Investigation of state anxiety levels of parents admitted to the paediatric emergency department.
BMC Pediatr. 20 août 2025;25(1):634.
107. **van der Vlegel M, Spronk I, Oude Groeniger J, Toet H, Panneman MJM, Polinder S, et al.**
Health care utilization and health-related quality of life of injury patients: comparison of educational groups.
BMC Health Serv Res. 19 sept 2021;21(1):988.
108. **Chen J, Wei L, Manzoor F.**
Bridging the gap: how education transforms health outcomes and influences health inequality in rural China.
Front Public Health. 30 oct 2024;12:1437630.
109. **Guo Y zhi, Zhou Y, Liu Y sui.**
The inequality of educational resources and its countermeasures for rural revitalization in southwest China.
J Mt Sci. 1 févr 2020;17(2):304–15.

110. **Filc D, Davidovich N, Novack L, Balicer RD.**
Is socioeconomic status associated with utilization of health care services in a single-payer universal health care system?
Int J Equity Health. 2014;13(1).
111. **Tipirneni R, Levy HG, Langa KM, McCammon RJ, Zivin K, Luster J, et al.**
Changes in Health Care Access and Utilization for Low-SES Adults Aged 51–64 Years after Medicaid Expansion.
J GerontolSer B PsycholSci Soc Sci. 2021;76(6):1218–30.
112. **McMaughan DJ, Oloruntoba O, Smith ML.**
Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging.
Front Public Health. 2020;8.
113. **Wu X, Song C, Hu C, Liu Q, Chen J, Luo S, et al.**
Coverage rate and impact factors of children’s medical insurance in Chongqing.
Health Policy and Technology. 1 juin 2025;14(3):101033.
114. **El Zahran T, El Warea M, Bachir R, Hitti E.**
The Pediatric Disease Spectrum in an Emergency Department at a Tertiary Care Center in Beirut, Lebanon.
Pediatr Emer Care. déc 2021;37(12):e915–21.
115. **O. Omar ZT, Anyakorah CC, Okobi OE, Okereke KC, Abubakar HT, Ahumaraeze OO, et al.**
Characteristics of Pediatric Emergency Department Visits in the Past 22 Years in the United States (1997–2019).
Cureus. 17(5):e83310.
116. **Alpern ER, Clark AE, Alessandrini EA, Gorelick MH, Kittick M, Stanley RM, et al.**
Recurrent and high-frequency use of the emergency department by pediatric patients.
AcadEmerg Med. avr 2014;21(4):365–73.

117. **Morrongiello BA, McArthur BA, Spence JR.**
Understanding gender differences in childhood injuries: Examining longitudinal relations between parental reactions and boys' versus girls' injury-risk behaviors.
Health Psychol. juin 2016;35(6):523-30.
118. **Ndu IK, I. Osuorah CD, Amadi OF, Ekwochi U, Ekeh BC, Nduagubam OC, et al.**
Evaluation of Wait Time in the Children's Emergency and Outpatient Units of a Tertiary Hospital in Southeast Nigeria.
J Emerg Trauma Shock. 2020;13(1):78-83.
119. **Guo LL, Guo LY, Li J, Gu YW, Wang JY, Cui Y, et al.**
Characteristics and Admission Preferences of Pediatric Emergency Patients and Their Waiting Time Prediction Using Electronic Medical Record Data: Retrospective Comparative Analysis.
J Med Internet Res. 1 nov 2023;25:e49605.
120. **Et Tallab C.**
La mortalité aux urgences pédiatriques du CHU Mohammed VI de Marrakech
Thèse Marrakech (Maroc) : Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad ; 2024.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك، والمرض،
والألم، والقلق.

و أن أحفظ للناس كرامتهم و أستر عورتهم و أكرم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، مسخرة كل
رعايتي

الطبية للقريب و البعيد، للصالح و الطالح، و الصديق و
العدو.

و أن أثابر على طلب العلم و أسخره لنفع الإنسان لا لأداه.

وأن أوقر من علمني وأعلم من يصغرنى وأن أكون أخذا
لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر و التقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري و علانيتي،
نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد.

أطروحة رقم 14

سنة 2026

حالة مستعجلة أم غير مستعجلة؟ تصورات ودوافع الوالدين للجوء إلى مصلحة مستعجلات الأطفال

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2026/01/08
من طرف

الآنسة سامية الجيراري

المزداة في 18 مارس 2001 ببني ملال
نيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

مستعجلات الأطفال - استطلاع - آباء
تصورات - دوافع

اللجنة

الرئيس	هـ. نجمي	السيد
المشرف	أستاذ في طب التخدير والإنعاش م. بوالروس	السيد
الحكام	أستاذ في طب الأطفال ل. أدرموش	السيدة
	أستاذة في الطب الاجتماعي و. لحميني	السيدة
	أستاذة في طب الأطفال س. الموساوي	السيد
عضو مشارك	أستاذ محاضر في طب الأطفال	