



HAL
open science

Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry

Guillaume Deschanel

► **To cite this version:**

Guillaume Deschanel. Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00628997

HAL Id: dumas-00628997

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628997>

Submitted on 4 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010

N° :

**SATISFACTION ET DEVENIR DES PATIENTS CONSULTANTS
AUX URGENCES DE CHAMBERY**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Guillaume DESCHANEL

Né le 6 mars 1980 à Clermont-Ferrand

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble le 11 janvier 2010.

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres : Monsieur le Professeur Vincent DANIEL

Monsieur le Professeur Jacques DEMONGEOT

Monsieur le Docteur Patrick LESAGE

REMERCIEMENTS :

A Madame le Professeur Françoise CARPENTIER,

De m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury,
De m'avoir permis de faire le DESC de médecine d'urgence.

A Monsieur le Professeur Vincent DANIEL,

De m'avoir fait l'honneur de participer au jury.

A Monsieur le Professeur Jacques DEMONGEOT,

De m'avoir fait l'honneur de participer au jury.

A Monsieur le Docteur Patrick LESAGE,

D'avoir accepté d'être mon directeur de thèse,
Pour son dynamisme et sa réactivité,
Premier projet mais j'espère, pas le dernier.

A Monsieur Yannick JARRET,

Pour sa précieuse aide informatique sans qui ce projet aurait été très laborieux.

A l'ensemble du service des urgences de Chambéry et du SAMU 73,

Merci de m'avoir accueilli,
C'est un plaisir quotidien de travailler avec vous,
Pour votre gentillesse, votre soutien,
Une certaine « force tranquille » qui permet de toujours faire au mieux pour les patients.

REMERCIEMENTS PERSONNELS :

A ma Mère, pour son soutien depuis toujours, ses précieux conseils et son écoute.

A mon Père, pour son pragmatisme. **A Françoise, Emmanuelle et Jérôme.**

A mon Frère, qui a toujours été un modèle pour moi. Bon courage pour finir toi aussi.
A Virginie.

A Ma famille, pour les difficultés qu'ils ont dû traverser et que certains traversent en ce moment.

A Julien, Magalie, Tiphaine, Jean-Sébastien, Lionel C, Caroline, Geoffroy, Olivier, Lionel U, Romain, Anne-Christine, Franck, Boris et Arnaud
Pour les bons moments passés et surtout ceux à venir.

RESUME

Cette étude observationnelle avait pour but d'estimer la satisfaction du patient en prenant en compte son devenir.

Les urgences de Chambéry sont médico-chirurgicales et comptent un peu plus de 40 000 passages par an.

La population étudiée représentait l'ensemble des patients sortis le jour même des urgences pendant une semaine.

Les appels téléphoniques ont eu lieu entre le 45 et le 75^{ème} jour suivant leur passage.

L'effectif était formé de 538 patients dont 338 ont pu donner leur opinion y compris les patients sortis sans soins.

La satisfaction globale était de 80,2 %.

La prise en charge médicale basée sur l'information du diagnostic a été estimée bonne dans 84,5 % des cas et ceux quel que soit l'intervenant junior ou sénior.

L'attente perçue était un facteur d'insatisfaction. Ils étaient 60 % à la juger courte ou raisonnable et 40 % à la juger longue. Mais lorsqu'elle était jugée longue, 75 % l'ont trouvée légitime.

La prise en charge de la douleur pendant l'attente, notamment les douleurs d'origine médicale, était très insuffisante avec 56 % des patients douloureux non traités.

Pourtant le fait de donner un traitement antalgique améliore considérablement la satisfaction.

Ce manque n'était pas lié à l'évaluation de la douleur mais à l'initiation du traitement.

Concernant le devenir, 41,7 % ont reconsulté comme prévu, c'est-à-dire avec un intervenant et un délai précis. 58,3 % n'ont pas été invités à reconsulter mais parmi eux 59 patients ont dû reconsulter soit 17,8 % des répondants avec un taux de satisfaction de 55 %, révélateur d'une moyenne ou mauvaise prise en charge médicale.

Dans cette catégorie des « reconsultant sans y être invité », ils n'étaient que 29,4 % à avoir reçu des consignes de surveillances justifiant un nouvel avis médical. L'élaboration de consignes de surveillance pré-écrites pourrait être une solution.

Enfin 70 % de ces patients reconsultaient hors de notre service d'urgence. D'où la nécessité d'inciter nos correspondants à nous tenir informés du devenir de nos patients afin d'améliorer notre pratique.

Mots clés : Urgences, satisfaction, attente, douleur, informations, qualité, devenir, patients

ABSTRACT

The aim of this study based on observation was to assess patients' satisfaction while considering their future as well.

The emergency service at the Chambéry hospital caters to both medical and surgery.

The population studied here represents all the patients who left the service on the same day of their visit during a given week.

The phone calls were made between the 45th and the 75th days following their admittance.

The study refers to 538 patients. 338 were able to give their opinions, including patients who left without any care.

The overall satisfaction is 80.2%.

The medical care based on the information given by the diagnosis was estimated as "good" in 84.5 % cases, regardless of the fact that the physician was a senior or a junior.

The perceived waiting-time was a factor for dissatisfaction. 60% of the patients considered it short or reasonable and 40% considered it long. But when it was considered long, 75% thought it was legitimate.

The treatment of pain while waiting, especially pains from medical origin, was quite insufficient as 56% of suffering patients received no pain-killer.

Yet, the fact of giving an analgesic treatment greatly improves patients' satisfaction.

The absence of the analgesic was not based on pain assessment but rather on a treatment being initiated.

As to the future, 41.7 % made another visit as expected, that is to say with a physician within precise date limits.

58.3 % were not invited for another visit but among them, 59 patients had to see a physician again. This number corresponds to 17.8% of those who answered with a satisfaction rate of 55 %, thus revealing an average or bad medical care.

In this category of those seeing a physician again "without being invited to", only 29.4 % had been given self-observation instructions requiring new medical advice. Advisory notes regarding self-observation to be given to the patients could be a solution.

Finally, 70% of those patients had other check-ups being made outside our emergency service. Hence, the necessity to incite our medical correspondent to update us on our patients' evolution so that we can improve our practise.

Key words: emergency, satisfaction, waiting-time, pain, information, quality, future

TABLE DES MATIERES :

ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODES	10
RESULTATS	
1. Le nombre de répondants	12
2. La satisfaction globale	13
3. Perception et légitimité de l'attente	14
4. La douleur pendant l'attente	15
5. La prise en charge de la douleur par l'IAO	18
6. La prise en charge médicale	19
7. Le devenir des patients	22
DISCUSSION	
1. La population étudiée	29
2. Le nombre de répondants	29
3. L'attente	30
4. La douleur pendant l'attente	32
5. Remarques	33
6. La prise en charge médicale	34
7. Le devenir des patients	35
8. Des exemples concrets	39
9. Les limites de l'étude	42
CONCLUSION	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES	
1. Questionnaire type	49
2. Interview type	50
3. Questionnaire prise en charge de la douleur IAO	51
SERMENT D'HIPPOCRATE	52

ABREVIATIONS :

IAO : infirmier d'accueil et d'orientation

VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SU : sénior urgentiste

SNU : sénior non urgentiste

IS : interne du service

IE : interne des étages

INTRODUCTION :

Aborder le sujet de la satisfaction en médecine peut paraître inapproprié. On voit plus souvent la satisfaction étudiée dans le domaine commercial. La vocation des urgences est de faire les bons diagnostics, de mettre en place les bonnes thérapeutiques et de bien orienter le patient ; ceci permettant d'améliorer le vécu du passage traumatisant aux urgences, le vécu de la maladie, la compliance aux traitements et le sentiment de sécurité en ayant confiance en son service d'urgence.

L'évaluation de la satisfaction aux urgences inclut de très nombreux paramètres. Il est difficile d'établir des critères objectifs pour pouvoir la quantifier. Les enquêtes déjà menées ont des critères de mesure très hétérogènes rendant difficile leurs comparaisons.

La majorité des études ont porté sur le jour même de la consultation aux urgences mais peu ont pris en compte le devenir. Ces dernières étudiaient le devenir des patients hospitalisés sur le critère de la pertinence diagnostique : à savoir la concordance entre le diagnostic des urgences et celui posé à la sortie de l'hôpital. Dans cette étude, la population ciblée est l'ensemble des patients non hospitalisés.

La satisfaction a été appréhendée autour de trois axes, l'attente, la prise en charge médicale et la reconsultation.

Les urgences de Chambéry sont médico-chirurgicales avec prise en charge également des déchoquages.

Elle compte un peu plus de 40 000 passages par an en 2008.

Le circuit habituel du patient comprend :

L'accueil mené conjointement par une secrétaire et une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) qui consigne le motif de recours et les paramètres (conscience, pouls, tension, saturation, température, douleur). Puis elle oriente le patient.

Dans les suites, quatre possibilités :

- le patient présente des critères de gravité, il est alors directement installé au déchoquage
- elle estime que le patient sera probablement hospitalisé, il suivra alors une filière pré-hospitalière
- elle estime que le cas est « moins complexe », le patient suivra alors une filière qualifiée de traumatologie
- il persiste un doute sur l'orientation du patient, elle sollicite alors l'avis du médecin superviseur

Un livret d'accueil expliquant le mode de fonctionnement des urgences est disponible mettant notamment l'accent sur le rôle du tri.

Puis schématiquement deux attentes distinctes qui sont regroupées : la filière pré-hospitalière, le plus souvent sur des brancards visibles depuis le bureau de l'IAO et la filière traumatologie avec une salle d'attente assise.

Ensuite les patients sont installés par ordre de priorité dans les box (5 côté pré-hospitalier, 5 côté traumatologie).

Le patient est ensuite examiné, soigné, des éventuels examens complémentaires sont demandés nécessitant alors une nouvelle attente.

Pour finir le patient est soit hospitalisé, soit « apte à la rue ».

C'est donc cette dernière catégorie de patients qui a été prise en compte dans cette étude.

MATERIEL ET METHODES :

Cette enquête a étudié l'ensemble des patients enregistrés administrativement au service d'urgences de Chambéry et ressortis le jour même, du lundi 29 juin 2009 8 h 00 au lundi 6 juillet 2009 8 h 00. Les patients « sortis sans soins » ont donc été inclus. Par contre ont été exclus les patients s'étant présentés à l'IAO mais réorientés directement vers une consultation spécialisée.

Les appels téléphoniques des patients ont eu lieu entre le 45 et le 75^{ème} jour suivant la consultation aux urgences. Ce délai permet de conserver un souvenir non altéré du passage et d'avoir un recul suffisant pour l'évolution de la majorité des pathologies rencontrées. Les patients ont été joints par une seule et même personne en qualité d'interne en médecine générale. Il n'a pas été fixé de limite de temps aux conversations téléphoniques. Tous les appels étaient conduits de la même façon (cf. appel type en annexe)

Préalablement à l'appel, le dossier médical informatisé sur le logiciel Urqual[®] était relu. Le but étant de saisir principalement le diagnostic retenu et les orientations éventuelles.

Afin d'augmenter le nombre de répondants, 3 tentatives d'appel ont été faites.

Les 3 principaux points étudiés étaient l'attente, la prise en charge médicale et la reconsultation.

L'ensemble des données ont été saisies sur le logiciel Access[®]. (cf. questionnaire type en annexe)

Les statistiques descriptives ont été établies à l'aide de requêtes sur ce même logiciel. L'analyse comparative a été effectuée avec des tests statistiques de comparaison de pourcentage en utilisant le logiciel SPSS :

Le test du Chi2 si les effectifs théoriques étaient suffisants (>5) sinon par un test de substitution en utilisant le test exact de Fisher. (Au préalable regroupement de plusieurs modalités de réponses lorsqu'il y avait plus de 2 modalités par variable)

Dans un second temps, afin d'évaluer la prise en charge de la douleur à l'IAO, un questionnaire a été distribué aux infirmières et aux infirmiers du service.

RESULTATS :

1. Le nombre de « répondants » :

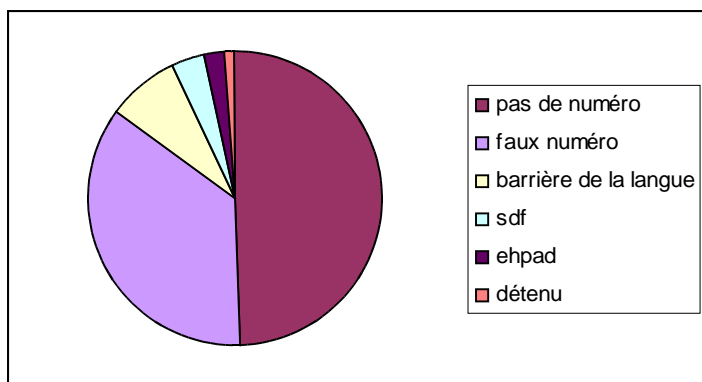
11 patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion car ils avaient été réorientés directement après leur accueil vers un spécialiste pour 7 d'entre eux (psychiatrie, gynécologie) ou vers le CAPS pour 4 autres d'entre eux (consultation de médecine générale de garde).

Parmi les patients répondant aux critères d'inclusion, 30 d'entre eux ont consulté plus d'une fois. L'ensemble des consultations pour un même patient n'a constitué qu'une seule opinion.

Au total 538 patients ont été inclus et répondaient donc à la définition « enregistré administrativement au service d'urgence et ressorti le jour même ».

Parmi ces 538 patients, 87 ne pouvaient pas être joints soit 16,2 % de la population.

- 43 : Pas de numéro dans le dossier administratif
- 31 : Faux numéro
- 7 : Barrière de la langue, interview impossible
- 3 : SDF
- 2 : Vivant en EHPAD
- 1 : Détenu



Répartition des patients non joignables

Sur les 450 patients potentiellement joignables, 338 ont pu être joints (soit 74,9 %) :

- 206 patients ont été joints au 1^{er} appel
- 84 patients l'ont été au 2^{ème} appel
- et 48 au 3^{ème} appel.

Parmi eux, 5 ont refusé de répondre aux questionnaires

Au total, 333 patients ont accepté de répondre au questionnaire, les réponses étant données dans 67 % des cas par le patient lui-même, et par l'entourage dans les autres cas. Celui-ci était présent lors de la consultation dans la majorité des cas.

2. La satisfaction :

271 patients estimaient être satisfaits de leur passage aux urgences soit **80,2 %** des répondants et 270 recommandent les urgences à un ami.

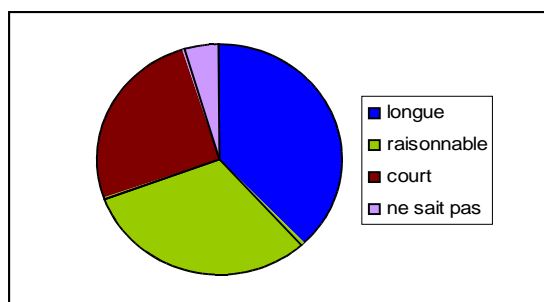
Les 5 refus de répondre ont été considérés comme non satisfaits.

Si on retire les refus de répondre, la satisfaction est de 81,4 %.

3. Perception et légitimité de l'attente :

Parmi les patients interrogés :

- 60 % la trouve courte ou raisonnable (190 patients)
- 40 % l'ont estimée longue (127 patients) cependant, 94 l'ont jugée légitime (74,8 %) et 32 non légitime (25,2 %)
- 15 ne savaient pas.



Perception de l'attente

L'étude de la satisfaction en fonction de l'attente montre que :

Lorsqu'elle est courte les patients sont satisfaits dans 92 % des cas.

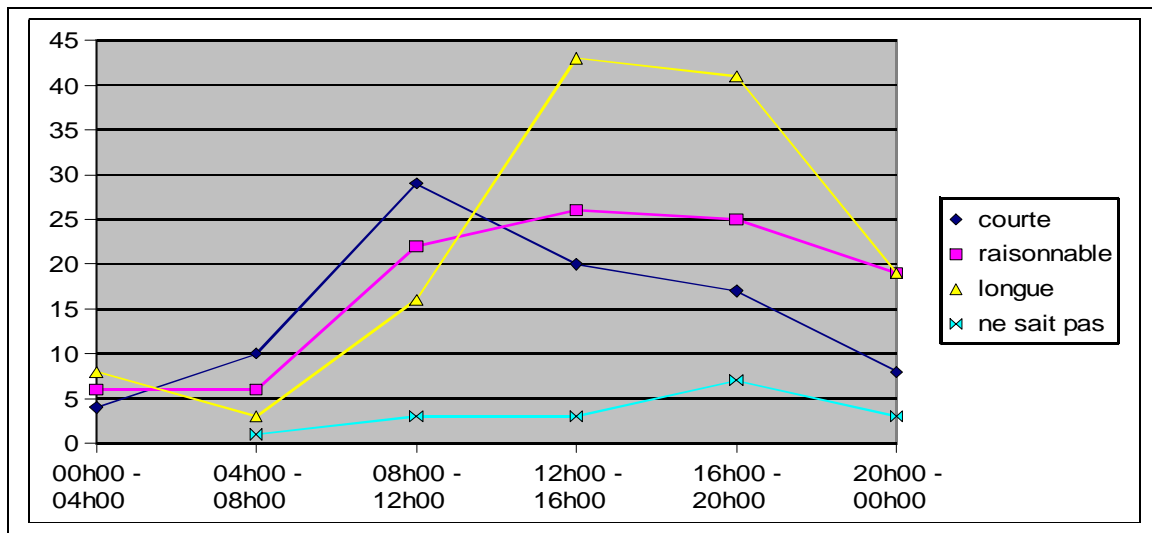
Si elle est raisonnable, la satisfaction est de 90,3 %.

Enfin si elle est longue, la satisfaction est de 68,5 %.

Lorsque le patient a attendu longtemps, l'étude de la satisfaction en fonction du caractère légitime de l'attente montre que :

Sur les 94 patients qui ont trouvé l'attente légitime, 78 sont satisfaits soit 83 %.

Sur les 32 qui l'ont trouvée non légitime, 9 sont satisfaits soit 28,1 %.

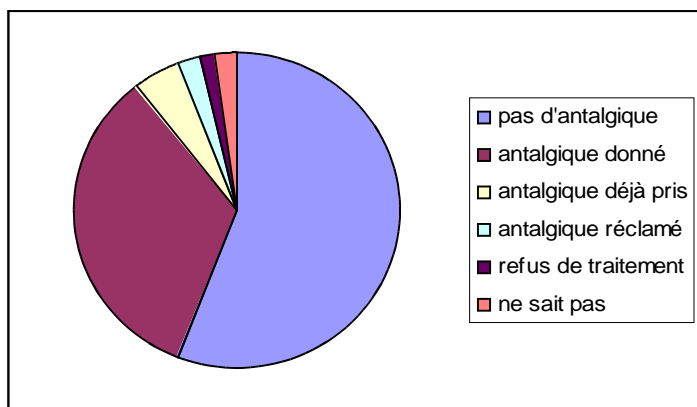


L'attente perçue en fonction de l'heure de venue

4. La douleur pendant l'attente :

Cette question était posée lorsque l'attente était raisonnable ou longue. Soit un effectif de 245 patients. (Les répondants qui ne connaissaient pas la perception de l'attente ont pu répondre à cette question)

- 146 patients estimaient avoir une douleur supportable ou pas de douleur soit 59,6 %.
- 86 patients estimaient avoir eu mal pendant l'attente soit 35,1 %. 48 n'ont pas eu de traitement antalgique (55,8 %), 29 ont eu un traitement (33,7 %), 4 avaient déjà pris un antalgique, 2 ont réclamé, 2 ne savaient pas si un traitement avait été donné, enfin un a refusé le traitement proposé.



La prise en charge de la douleur

Selon la douleur, la perception de l'attente est jugée :

- raisonnable à 37,8 % (31 patients) et longue à 62,2 % (51 patients) par les patients douloureux

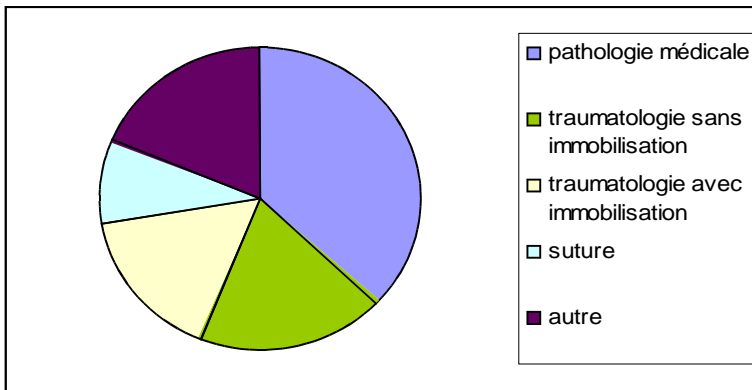
- raisonnable à 49,6 % (71 patients) et longue à 50,4 % (72 patients) par les patients non douloureux

De la même façon, en fonction de la prise en charge de la douleur, l'attente est perçue :

- raisonnable à 51,5 % et longue à 48,5 % par les patients ayant eu un traitement antalgique

- raisonnable à 23,9 % et longue à 76,1 % par les patients n'ayant pas eu de traitement

On constate que 36,8 % des patients douloureux consultaient pour une pathologie médicale, 22 % pour de la traumatologie sans immobilisation, 16,1 % pour de la traumatologie avec immobilisation, 9,1 % pour des sutures.



Répartition des 86 patients douloureux selon le type de pathologie

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, on constate que 20 patients consultant pour une pathologie médicale n'étaient pas traités soit 23,3 % et que seulement 11 avaient eu un traitement antalgique soit 12,8 %.

Concernant la traumatologie, 16 n'ont pas eu de traitement soit 18,6 % et 21 ont eu un traitement antalgique soit 24,3 %.

La satisfaction en fonction de la prise en charge de la douleur met en évidence que :

30 patients qui n'ont pas eu d'antalgique sont satisfaits soit 34,9 %.

34 patients qui ont eu un antalgique sont satisfaits soit 39,5 %.

5. Résultat de l'enquête sur la prise en charge de la douleur par l'IAO :

29 répondants sur les 55 qui composent cette équipe

-23 évaluent systématiquement la douleur

6 non

-22 se réfèrent au protocole antalgie à l'accueil

7 non

-Pour la plupart ils estiment moyennement le maîtriser

-A partir de quel seuil de la douleur donnent t-ils un antalgique :

4 pour une EVA entre 2 et 3

16 pour une EVA entre 4 et 5

7 pour une EVA supérieure ou égale à 6

2 quand faciès algique

-Concernant le réflexe antalgie par rapport aux pathologies médicales et la traumatologie :

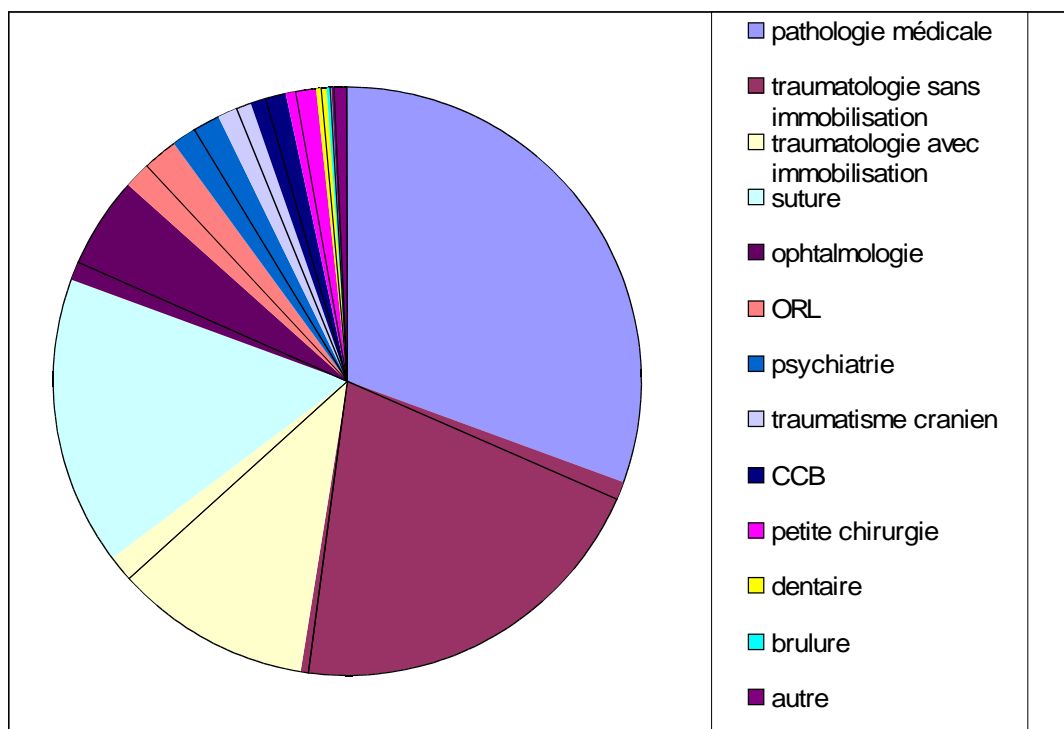
9 ne font pas de différence

20 estiment être moins systématiques pour les douleurs médicales

6. La prise en charge médicale :

Les grands types de pathologie rencontrés étaient : (538 moins les 33 patients sortis sans soins)

154 pour pathologie médicale, 111 pour traumatisme sans immobilisation, 80 pour suture, 61 pour traumatisme avec immobilisation, 31 pour ophtalmologie, 17 pour ORL, 13 pour psychiatrie, 11 pour traumatisme crânien, 9 pour certificat de coups et blessures, 8 pour petite chirurgie, 3 pour problème dentaire, 2 pour brûlure, 4 autres.



Répartition des pathologies

Sur les 338 répondants, 321 ont pu répondre à cette question. (12 patients qui ont répondu sont sortis sans soins et 5 ont refusé de répondre)

271, soit 84,5 % l'ont jugée bonne

24, soit 7,5 % l'ont jugée mauvaise

22, soit 6,8 % l'ont jugée moyenne

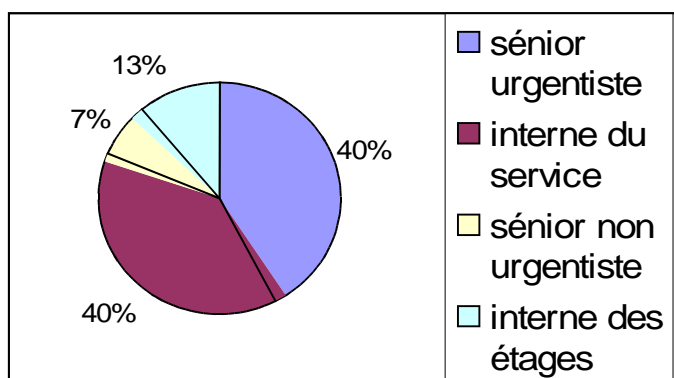
4 ne savaient pas soit 1,2 %

L'étude de la qualité de la prise en charge médicale en fonction des types de pathologie est résumée dans le tableau ci-dessous :

	bonne	moyenne	mauvaise
traumatologie sans immobilisation (62 patients)	90,3 %	6,5 %	3,2 %
traumatologie avec immobilisation (40 patients)	82,5 %	5 %	10 %
suture (60 patients)	86,8 %	6,1 %	6,1 %
pathologie médicale (101 patients)	80 %	9 %	9 %

Qualité de la prise en charge médicale selon les pathologies

Le graphique suivant montre la répartition des intervenants qui se sont occupés des patients :



Répartition des intervenants qui ont examiné les patients

L'étude de la qualité de la prise en charge médicale en fonction des intervenants est résumée dans le tableau ci-dessous :

	bonne	moyenne	mauvaise
sénior urgentiste (136 patients)	86 %	7,3 %	6,6 %
interne du service (127 patient)	82,7 %	6,3 %	7,9 %
sénior non urgentiste (19 patients)	89,5 %	0	10,5 %
interne des étages (39 patients)	82,1 %	10,2 %	7,7 %

Qualité de la prise en charge médicale selon l'intervenant

La satisfaction en fonction de la qualité de la prise en charge retrouve :

- Un taux de satisfaction de 91,6 % lorsque la prise en charge médicale était estimée bonne (248 patients sur 271)

- Un taux de satisfaction de 68,2 % lorsque la prise en charge médicale était estimée moyenne
(15 patients sur 22)

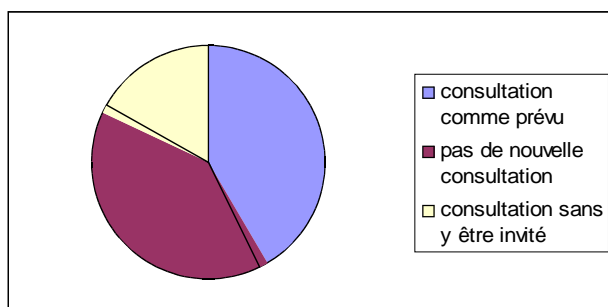
- Un taux de satisfaction de 12,4 % lorsque la prise en charge médicale était estimée mauvaise
(3 patients sur 24)

7. Le devenir des patients :

- 139 ont reconsulté comme prévu, soit 41,7 %. Il était précisé dans le dossier médical qui il devait consulter et dans quel délais.

- 135 n'ont pas reconsulté soit 40,5 %

- 59 ont reconsulté « sans y être invités », soit 17,8 % (dont 9 sorties sans soins)

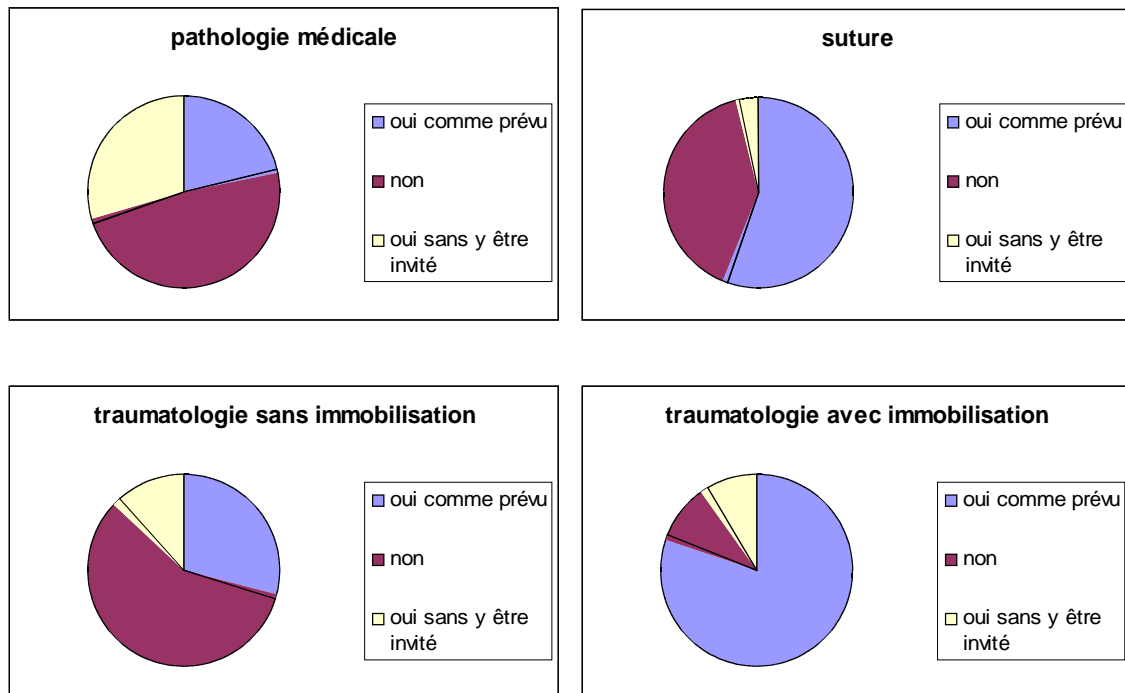


Répartition du devenir des patients

Le taux de reconsultation suivant les pathologies retrouve :

- 105 pathologie médicale : 48,8 % pas de reconsultation, 21,7 % oui comme prévu,
29,5 % oui.

- 62 traumatologie sans immobilisation : 58 % non, 29 % oui comme prévu, 13 % oui.
- 40 traumatologie avec immobilisation : 10 % non, 80 % oui comme prévu, 10 % oui.
- 60 suture : 40 % non, 56 % oui comme prévu, 4% oui.



Le devenir suivant les pathologies

1/ Chez les patients reconsultant comme prévu, la satisfaction est de 87,1% (139 patients)

134 diagnostics étaient estimés concordants, 4 approximatifs, 1 erreur diagnostic.

137 patients estimaient avoir été orientés vers le bon spécialiste.

- pour la traumatologie sans immobilisation, 17 ont reconsulté, 16 sont satisfaits soit 94,1 %
- pour la traumatologie avec immobilisation, 32 ont reconsulté, 30 sont satisfaits soit 93,7 %
- pour la suture : 34 ont reconsulté, 27 sont satisfaits soit 79,3 %
- pour la pathologie médicale : 23 ont reconsulté, 19 sont satisfaits soit 82,6 %

2/ Chez les patients n'ayant pas reconsulté, la satisfaction est de 87,4 % (135 patients)

- pour la traumatologie sans immobilisation, 30 sont satisfaits soit 88,3 %
- pour la traumatologie avec immobilisation, 2 sont satisfaits soit 50 %
- pour la suture, 23 sont satisfaits soit 95,9 %
- pour la pathologie médicale, 46 sont satisfaits soit 88,2 %

3/Chez les patients ayant reconsulté « sans y être invités », la satisfaction est de 55 %

(59 patients)

A savoir que si l'on retranche les 9 sorties sans soins (qui sont tous insatisfait), le taux de satisfaction passe alors à 64,7 %.

La prise en charge médicale de ces patients était jugée :

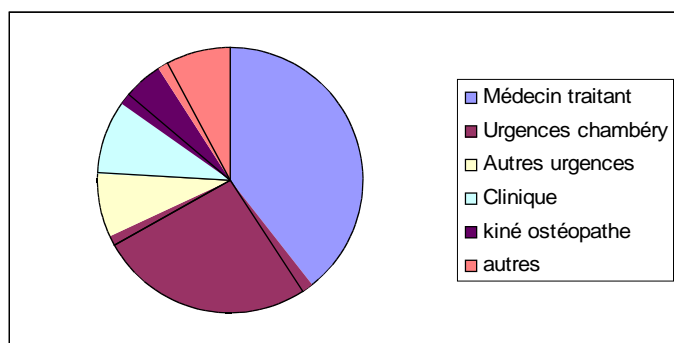
- bonne dans 56 % des cas (28 patients)
- moyenne dans 18 % des cas (9 patients)
- mauvaise dans 26 % des cas (13 patients)

Chez ces patients, l'attente était perçue :

- courte dans 18 % des cas (9 patients)
- raisonnable dans 34 % des cas (17 patients)
- longue dans 42 % des cas (21 patients)

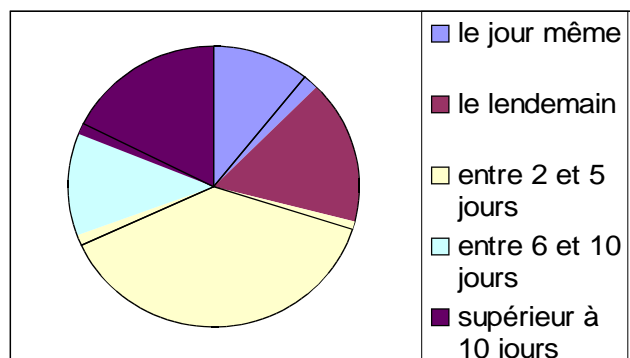
Les patients reconsultaient dans 75,8 % des cas pour une persistance de la symptomatologie et dans 15,2 % des cas suite à l'apparition d'un nouveau symptôme.

Ils reconsultaient dans 38,8 % des cas leur médecin traitant, dans 28,8 % des cas les urgences de Chambéry, dans 8,9 % des cas une clinique, dans 7,5 % des cas un autre service d'urgence et dans 6 % des cas un ostéopathe.



Répartition des nouveaux intervenants

38,8 % des patients reconsultaient entre 2 et 5 j, 16,4 % le lendemain, 14,9 % le jour même, 11,9 % entre 6 et 10 j et 18 % supérieur à 10 j.



Les délais avant la reconsultation

L'information sur les consignes de surveillance a été donnée par l'urgentiste dans 29,4 % des cas selon le patient.

Cette constatation a été faite uniquement sur 50 patients. (59 moins les 9 patients sortis sans soins)

Lorsque l'information est donnée (15 patients), la satisfaction est de 86,7 %, lorsqu'elle est absente (35 patients), la satisfaction est de 57,1 %.

	Satisfaction	Insatisfaction
15 patients sans consignes	13	2
35 patients sans consignes	20	15

La satisfaction en fonction des consignes de surveillance

- Dans le cas des reconsultants « sans y être invités » et lorsque la prise en charge médicale est jugée bonne, l'impact des consignes de surveillance sur la satisfaction est la suivante :

	Satisfaction	Insatisfaction
17 patients sans consigne	14	3
12 patients avec consignes	11	1

Impact des consignes de surveillance lorsque la prise en charge médicale est jugée bonne

-Dans le cas où la prise en charge médicale est jugée moyenne ou mauvaise :

	Satisfaction	Insatisfaction
19 patients sans consigne	6	13
3 patients avec consignes	2	1

Impact des consignes de surveillance lorsque la prise en charge médicale est jugée moyenne ou mauvaise

DISCUSSION :

1. Concernant la population étudiée :

Cette étude concerne les patients sortant le jour même des urgences. Le but était non seulement de connaître leur ressenti sur leur prise en charge aux urgences mais aussi de connaître la suite de leur parcours médicale à la sortie.

Ces patients n'avaient apparemment pas de critère de gravité justifiant une prise en charge hospitalière.

Le service compte en moyenne 110 passages par jour dont environ 29 % sont hospitalisés. Certains patients consultent plusieurs fois sur une courte période. Ce qui était le cas pour 30 d'entre eux. L'ensemble de leurs passages n'a donc constitué qu'une seule opinion. Un effectif de 538 patients paraît donc représentatif de l'activité habituelle du service.

2. Concernant le nombre de répondants :

Le pourcentage de non joignables représente 16,5 % de l'effectif.

Il tient au fait que les numéros de téléphone sont non saisis ou mal saisis, beaucoup probablement du fait du patient.

Il est pourtant très important de pouvoir les joindre à nouveau par exemple suite à des résultats biologiques tardifs.

D'où l'intérêt de demander de façon insistante au patient un numéro où ils peuvent être joignables.

Le taux de répondants chez les patients joignables est de 75 % après trois appels, soit 338 patients.

Il n'y a eu que 5 refus de répondre au questionnaire.

Enfin dans les 2/3 des cas la réponse étaient donnée par le patient lui-même sinon par l'entourage qui était présent dans la majorité des cas.

3. Concernant l'attente :

Comme le souligne plusieurs études [3] [4] [21] [28], il est préférable de prendre en compte l'attente perçue et non pas l'attente réelle. 60 % des patients estimaient avoir une attente courte ou raisonnable. Elle est d'ailleurs directement liée à la satisfaction globale qui avoisine

alors les 90 %. Le taux de satisfaction est significativement meilleur quand l'attente est courte ou raisonnable que lorsque l'attente est longue ($p < 0,001$).

Mais il est probable qu'un patient satisfait de sa prise en charge et avec une évolution favorable aura tendance à être plus « clément » envers l'attente.

Il aurait été intéressant de pouvoir comparer l'attente réelle et l'attente perçue. Mais ceci n'a pas pu être réalisé compte tenu de la mauvaise utilisation du logiciel Urqual. En effet certains dossiers étaient remplis bien après avoir vu le patient. C'est-à-dire que l'heure du premier examen consigné sur le dossier informatisé ne correspondait pas à l'heure réelle de la prise en charge médicale. Ce qui avait tendance à augmenter le temps d'attente. Les médecins n'étaient pas encore tout à fait familiarisés avec le logiciel étant donné qu'il avait été mis en place 15 jours auparavant.

L'attente était plus souvent perçue comme longue à partir du début d'après midi jusqu'en fin de soirée, période où le taux d'occupation dans le service est le plus élevé.

Les patients « comprenaient » l'attente, à savoir que lorsqu'elle était longue, 75 % des patients l'ont jugée légitime. Le taux de satisfaction est significativement meilleur lorsque l'attente est jugée légitime ($p < 0,001$).

Les patients ont donc tendance à « relativiser » leur mal en fonction du nombre de consultants mais surtout de la gravité perçue des autres patients : on voit parfaitement de la salle d'attente l'arrivée des patients que ce soit par les VSAV, SMUR ou par leur propre moyen.

Concernant ce taux de légitimité, un chiffre à peu près comparable a été retrouvé dans une étude canadienne avec 2/3 des patients qui estimaient que le patient « le plus grave » devait être vu en premier.[5]

Essayer de diminuer l'attente réelle est nécessaire mais elle paraît peu compressible. En effet la plupart des soins prennent du temps. Par contre améliorer l'attente perçue est beaucoup plus facile à concevoir.

Beaucoup d'études soulignent l'importance d'informer sur les délais d'attente [7] [15] [18] [20] [25] voire de donner des délais « surestimés » [24]

Il est également nécessaire de rassurer et de soulager le patient. Bien que le livret d'accueil disponible au bureau de l'IAO soit très explicite sur le rôle du tri et des priorités pour examiner les patients. La présence permanente d'un médecin à l'accueil ne pourrait être que bénéfique à la fois sur l'attente réelle et l'attente perçue. Selon une étude de décembre 2006, [28], placer un médecin à l'accueil permet de réduire l'attente au niveau de la filière « traumatologie » et permet aux autres médecins de travailler plus sereinement.

Les patients « routiniers et impatientes » consultant fréquemment aux urgences semblent difficiles à satisfaire comme le met en évidence une étude de 2004 [3]. C'est une impression qui ressort à la suite des appels.

4. Concernant la douleur pendant l'attente :

Sur les 245 patients qui ont attendu raisonnablement ou longtemps, 35 % estimaient être douloureux. (les douleurs considérées comme supportables n'étaient pas prises en compte). Ce taux de patients douloureux est inférieur à ceux retrouvés dans la littérature qui est d'environ 70 % [10]. Mais dans l'étude n'étaient pas pris en compte les patients avec une attente courte et ceux qui ont été hospitalisés.

55,8 % de ces patients n'ont pas eu de traitement antalgique, malgré l'existence d'un protocole antalgie pour l'IAO.

Pourtant la douleur est presque systématiquement évaluée par l'infirmière d'accueil. Mais il s'est avéré dans la pratique que la réponse « antalgique » n'était pas systématique ou pour des EVA supérieures ou égales à 4.

Il est très probable que les patients sous estiment initialement leur douleur pensant être pris en charge rapidement mais lorsque l'attente s'allonge, elle apparaît alors au premier plan et devient un motif d'insatisfaction.

Les patients non douloureux ont tendance à trouver l'attente plus raisonnable ($p=0,086$).

Donner un antalgique modifie significativement la perception de l'attente en la trouvant plus raisonnable ($p=0,011$). Traiter la douleur permet également d'améliorer significativement la satisfaction ($p<0,001$).

La douleur des patients consultant pour des motifs médicaux est moins bien prise en compte : en comparant la pathologie médicale et la traumatologie globale (traumatologie avec et sans immobilisation et la suture), on constate que la douleur des pathologies médicales tend à être moins bien traitée ($p=0,080$). En effet 60 % des patients consultant pour ce motif n'ont pas eu de traitement antalgique. La traumatologie avec immobilisation est mieux prise en compte avec 57 % de traitement donné.

Cette différence s'explique peut-être par des idées anciennes bien ancrées, selon lesquelles, soulager un patient risquerait d'altérer le diagnostic.

Il a été prouvé que soulager une douleur abdominale, même par morphinique, ne modifie pas l'efficacité diagnostique. [19]

On peut imaginer qu'un patient à qui l'on donne un traitement pour le soulager se sent tout de suite pris en charge sur le plan médical et que ses plaintes ont été entendues.

En résumé, un antalgique à l'accueil même pour des douleurs qui paraissent modestes certes soulage le patient mais améliore également sa satisfaction.

Sur le plan pratique, tous les patients doivent être évalués à l'accueil. Un projet « d'EVA bloquante » sur le logiciel avec l'affichage du protocole est en cours. Il faut également simplifier l'accès aux morphiniques qui est beaucoup trop contraignant actuellement. Schématiquement, un palier 1 doit être proposé pour des EVA entre 1 et 3, un palier 2 pour des EVA entre 4 et 5 et un palier 3 pour des EVA supérieures ou égales à 6. [10] Des études signalent l'importance de réévaluer la douleur, ce serait l'idéal, mais dans un premier temps, donner un antalgique adapté à l'arrivée paraît déjà un bon objectif.

5. Remarques :

Aucun patient ne s'est plaint de l'oisiveté du personnel médical.

10 patients ont clairement exprimé dans leurs remarques le problème du secret médical qui n'est pas préservé à l'accueil. Effectivement l'accueil administratif et l'accueil par l'IAO est regroupé. Une solution pour répondre à ce problème est en projet.

6. Concernant la prise en charge médicale :

Pour certains patients le diagnostic final correspondait à plusieurs grands types de pathologie par exemple un traumatisé crânien avec une plaie du cuir chevelu.

Etait alors choisi celui qui paraissait le plus en avant au vu du dossier médical.

Le nombre de patients par subdivision pourrait être discuté, car certains cas sont frontières mais globalement il donne un bon aperçu.

Enfin la catégorie pathologie médicale regroupe aussi les diagnostics chirurgicaux.

La base principale de cette évaluation était la qualité de l'information sur le ou les diagnostics suspectés et le but des éventuels examens complémentaires.

Se greffaient d'autres questions suivant la pathologie, à savoir : la qualité perçue du geste et de l'analgésie (notamment suture, réduction) et la qualité d'écoute notamment pour la psychiatrie.

La prise en charge était jugée bonne dans 80 à 90 % des cas suivant les pathologies.

En regroupant la traumatologie globale (traumatologie avec et sans immobilisation et la suture), il n'y a pas de différence significative de prise en charge médicale par rapport à la pathologie médicale ($p=0,190$). De même il n'y a pas de différence significative sur la satisfaction en fonction des types de pathologie ($p=0,983$).

En comparant les moyennes et mauvaises prises en charge par rapport aux bonnes prises en charge, l'intervenant sénior ou junior n'a pas d'influence sur cette appréciation ($p=0,634$).

Des études ont déjà mis en évidence l'importance de l'information sur le diagnostic pour améliorer la satisfaction. [5] [9] [20] [21]

La qualité relationnelle entre le médecin et le patient est même le plus important. [4] [28]

Certaines études vont même plus loin en ayant proposé aux praticiens et aux infirmières des formations de communication. [13] [21] [22]

Sans aller dans cet extrême d'une relation commerciale, il est nécessaire d'être à l'écoute, de se mettre à la portée du patient.

En poussant ce raisonnement, on pourrait penser que l'entente entre le praticien et le patient prime sur la qualité diagnostic et thérapeutique mais c'est un ensemble. Un patient « en détresse » bien pris en considération, en installant une relation « chaleureuse », aura un bien meilleur souvenir de son passage aux urgences et un meilleur vécu de sa maladie.

7. Concernant le devenir des patients :

Tout d'abord, 139 patients ont reconsulté comme prévu soit 41,7 % de l'effectif. (Il était consigné dans le dossier médical qui ils devaient consulter et dans quel délai) Les traumatismes avec immobilisation représentent la catégorie la plus revue (80 %) essentiellement orientés vers les chirurgiens orthopédiques de l'hôpital. Vient ensuite la suture (56 %) notamment les grosses plaies orientées vers le médecin généraliste pour l'ablation des fils, la traumatologie sans immobilisation avec 29 %, enfin la pathologie médicale avec 21,7 % de reconsultation prévue.

137 patients estimaient avoir été bien orientés, 134 diagnostics étaient jugés concordants (96,4 %). (Il était demandé si les conclusions de l'urgentiste correspondaient à celle du spécialiste) 4 l'ont jugé approximatif et un patient l'a jugé non concordant.

La satisfaction globale dans ce groupe est de 87,1 %.

Il est important de souligner la bonne collaboration des orthopédistes.

D'autre part, 194 patients n'ont pas été invités à reconsulter soit 58,3 % de l'effectif. Ce qui laisse sous entendre que la pathologie était cernée et ne nécessitait pas de nouvelle consultation.

Effectivement parmi eux 135 ne reconsultent pas (69,6 %) avec une satisfaction globale de 87,4 %.

Dont 3 sorties sans soins...

Mais 59 reconsultent (30,4 %) soit 17,8 % de l'effectif avec une satisfaction de 55 %.

Ce n'est pas l'attente qui a influencé la satisfaction : en comparant les patients ayant reconsulté « sans y être invités » avec les 2 autres groupes, il n'existe pas de différence

significative ($p=0,283$), mais la qualité de la prise en charge médicale qui était plus souvent jugée moyenne ou mauvaise ($p<0,001$).

Dans les $\frac{3}{4}$ des cas les patients reconsultaient pour la persistance de leurs symptômes et 15 % des cas suite à l'apparition d'un nouveau symptôme.

Ils allaient plus souvent chez leur médecin généraliste, viennent ensuite les urgences de Chambéry, les cliniques, d'autres services d'urgence et enfin les ostéopathes.

Ils reconsultaient dans 70 % des cas dans un délai de 0 à 5 j, avec une prédominance entre 2 et 5 jours.

L'expression «consultez à nouveau dans 48 h si ça ne va pas mieux » trouve tout son sens.

Dans ce groupe de 59 patients ayant reconsulté sans y être invités, 9 sont sortis sans soins. Ils n'ont donc pas pu recevoir de consigne de surveillance.

Pour les 50 patients restant, il était demandé si le praticien leur avait donné des consignes de surveillance justifiant un nouvel avis médical.

15 patients soit 29,4 % estimaient les avoir reçus. Le taux de satisfaction est significativement plus important lorsque les consignes de surveillance sont données ($p=0,043$) : 86,7 % contre 57,1 %.

Mais chez ces 15 patients informés des consignes de surveillance, ils étaient 13 à estimer la prise en charge médicale bonne, alors que chez les 35 patients non informés, ils étaient seulement 16 à l'estimer bonne. Trop peu de patients estimaient avoir reçu des consignes de surveillance pour mettre en évidence l'intérêt de celle-ci. C'est-à-dire si le fait de remettre des consignes claires aux patients auraient permis de compenser, sur le plan de la satisfaction, une prise en charge médicale qui aurait été jugée insuffisante.

Une étude regroupant 220 patients interrogés à leur sortie des urgences chirurgicales d'un CHU retrouve un taux de 93 % de consignes de surveillance données [7]. Mais il est probable qu'à distance et si l'évolution de la maladie est défavorable, cet excellent taux d'information soit un peu plus bas.

Il est donc important d'évaluer la durée des symptômes et de baliser l'évolution de sa maladie. Donc de ne pas laisser les patients dans « l'errance ».

En cas de diagnostic incertain, on peut schématiquement distinguer deux conceptions : celle d'avoir un diagnostic systématique, certes qui « rassure » le patient, mais qui en cas d'erreur se retournera contre le médecin. La deuxième consiste à exprimer ses hypothèses, certes moins satisfaisant pour le patient car un doute plane. Si les choses évoluent bien, il sera satisfait, Si les choses évoluent défavorablement, il en aura été informé et une conduite à tenir lui aura été proposée.

Ce point de vue est partagé par tous et enfonce une porte ouverte mais par manque de temps, il est souvent difficile d'établir une interaction suffisante avec le patient. Des consignes de surveillance « prête à l'emploi » sont déjà disponibles notamment pour les traumatismes crâniens, les porteurs de plâtre et les anticoagulants. Pourquoi ne pas les élargir aux douleurs abdominales notamment.

Le but évidemment n'est pas d'entraîner des consultations « à outrance », les critères de surveillance déjà en place sur les traumatisés crâniens ne semblent pas provoquer de consultations « abusives ».

On pourrait être tenté de ré adresser tous les patients mais il n'existe pas de différence significative sur la satisfaction entre les patients ayant reconsulté comme prévu et ceux qui n'ont pas été invité à reconsulter ($p=0,157$)

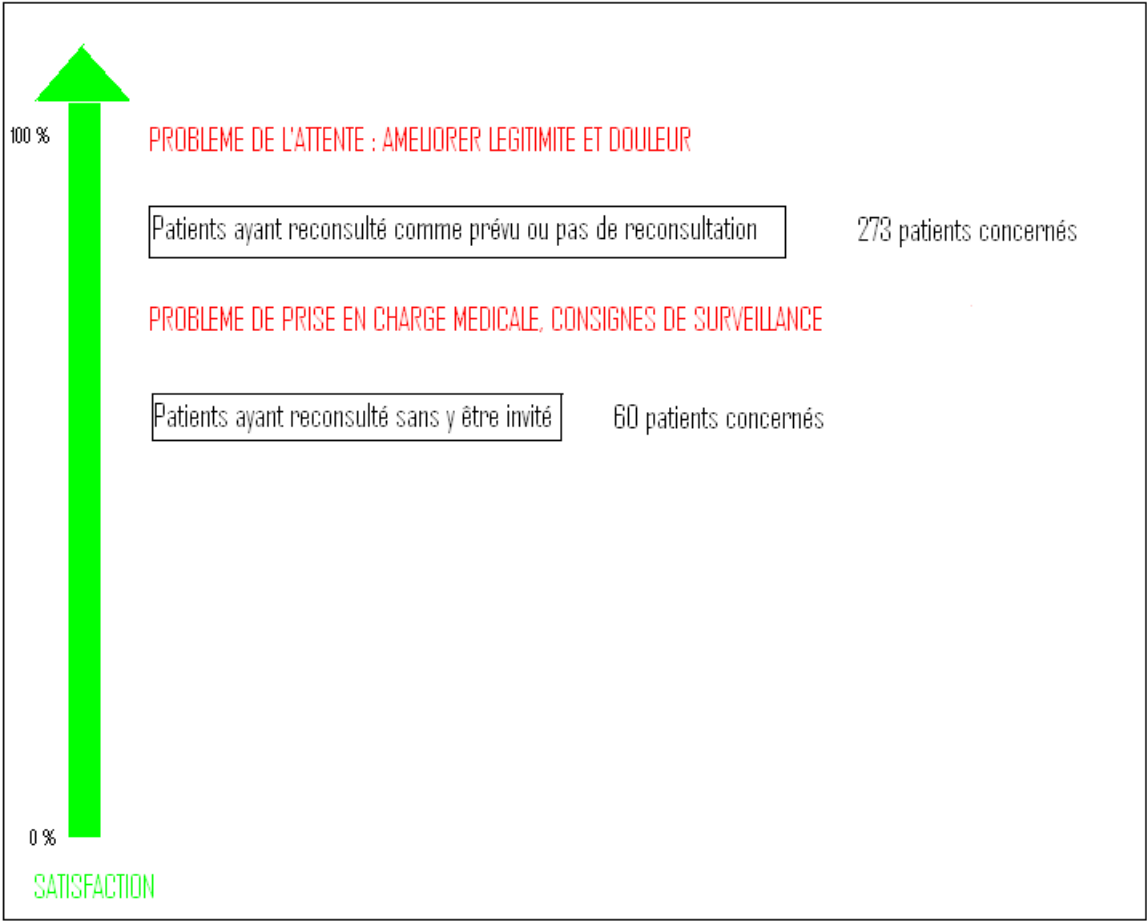


Schéma récapitulatif sur la satisfaction

8. Quelques exemples concrets marquant chez les patients ayant reconsulté sans y être invités :

Tout d'abord chez les patients répondants :

- Un homme de 62 ans ayant consulté pour une douleur thoracique atypique, l'attente est courte, la prise en charge médicale est jugée mauvaise par le patient mais à la relecture du dossier médical, elle semble irréprochable avec examens cliniques et complémentaires adaptés et répétés, le seul problème est qu'il ressort à domicile avec cette douleur, qu'on lui dit qu'il n'y a pas de gravité. Trois jours après, devant la persistance de la symptomatologie, il consulte son médecin traitant qui réalise un nouvel ECG et le transfère en clinique pour infarctus du myocarde confirmé à la coronarographie.

- Une femme de 26 ans ayant consulté pour une douleur abdominale aiguë à type de spasme, l'attente est courte, la prise en charge médicale est jugée mauvaise, la patiente est pressée de partir, après informations sur les consignes de surveillance, elle quitte le SAU. 48h après elle consulte à nouveau aux urgences gynécologiques pour nouvelle crise douloureuse, elle est alors hospitalisée puis opérée d'une torsion de kyste de l'ovaire.

- Une femme de 19 ans, ayant consulté pour une douleur abdominale aiguë, l'attente est jugée longue, elle n'a pas reçu de traitement antalgique. Elle décide donc d'aller en clinique où le diagnostic d'appendicite est fait.

- Une femme de 18 ans ayant consulté pour une douleur abdominale aiguë quant à elle très satisfaite, l'attente lui paraît longue, elle a reçu un traitement antalgique, la prise en charge médicale est jugée moyenne surtout en raison de la multiplicité des avis médicaux. Elle est ressortie avec des consignes de surveillance qui ont été claires. Elle consulte en clinique 6 jours après où le diagnostic d'appendicite est fait.

- Un homme de 40 ans ayant consulté pour une plaie de doigt, l'attente est longue, il est non algique, la prise en charge médicale est jugée mauvaise, il consulte 3 jours après aux urgences de Chambéry pour un déficit de l'extension, les extrémités tendineuses sont retrouvées et suturées, aucune séquelle. Il reste néanmoins insatisfait.

Chez les non répondants (donc le devenir a été établi uniquement à partir du dossier médical informatisé) :

- Une femme de 22 ans ayant consulté pour une douleur abdominale aiguë, l'appendicite est suspectée, elle est ressortie le jour même avec des consignes de surveillance très claires au vu du dossier. Elle est revenue le lendemain pour une aggravation des douleurs. L'appendicite est confirmée à l'imagerie.

- Une femme de 47 ans ayant consulté pour un trouble ophtalmologique difficile à définir en raison de lourds antécédents psychiatriques. Elle a reconsulté trois jours après pour une persistance de la symptomatologie avec mise en évidence clinique d'une paralysie de la 6^{ème} paire crânienne, l'IRM est obtenue le jour même qui met en évidence de multiples tumeurs d'allure secondaires avec effet de masse.

- Un homme de 54 ans ayant consulté pour une demande de sevrage, ressorti le jour même. Il est pris en charge par le SMUR huit jours après pour un état de mal épileptique.

Ces exemples soulèvent un problème, celui du retour et qui a motivé pour beaucoup cette étude :

Nous ne sommes pas informés du devenir des patients car ces derniers consultaient dans 70 % des cas hors des urgences.

Afin d'améliorer notre pratique, un courrier devrait être systématiquement fait au praticien.

Ce problème pourra en partie être résolu grâce à l'informatisation : En effet malgré tous les inconvénients de saisie qu'elle nécessite, elle permet de réaliser rapidement une lettre claire sur ce qui a été fait aux urgences. Un courrier « retour » sera expédié plus facilement.

Il faudrait d'ailleurs étendre le «courrier systématique » à l'ensemble de l'hôpital. Un courrier est bien fait pour le médecin traitant, pourquoi pas un double pour l'urgentiste qui a vu initialement le malade. Il est trop contraignant de reprendre le dossier informatique pour voir le devenir.

Ces exemples soulèvent également le cas des douleurs abdominales aiguës, une étude menée à Clermont-Ferrand [16] retrouve 10 erreurs diagnostics sur un effectif de 199 patients. Les présentations cliniques atypiques ainsi que les malades consultant précocement sont des sources d'erreur.

Cela conforte le principe des consignes de surveillance pré-écrites.

9. Les limites de cette étude :

Il s'agit d'une étude monocentrique. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer plusieurs services d'urgence.

Mener conjointement satisfaction et devenir, deux études en une, on fait que chaque thème n'est pas pleinement exploité.

On peut regretter que plusieurs composantes de l'attente n'aient pas été évaluées. Seule l'attente avant de voir un praticien a été évaluée et pas les autres tel que l'attente des examens complémentaires comme l'imagerie ou la biologie. Ce qui a probablement influencé les réponses sur la perception de l'attente. Ne pas avoir mis en évidence ce différentiel ne pourra pas permettre d'intervenir pour s'améliorer.

La composante « anxiété » face à la maladie n'a pas été abordée. Est-ce que l'accueil unique par une infirmière d'orientation est suffisant. Permet-il aux patients de bien comprendre le tri et les priorités ? D'autant plus que ce sujet est peu abordé dans la littérature. Ceci aurait probablement pu renforcer la présence permanente d'un médecin à l'accueil pour « dégrossir », rassurer et expliquer pourquoi le patient peut attendre.

La prise en charge de la douleur avec la réévaluation n'a pas été étudiée mais l'étude a permis de soulever le côté très insuffisant de l'initiation du traitement.

On peut critiquer que seulement 50 % des infirmiers ont été interrogés sur la prise en charge de la douleur, sachant qu'il aurait été largement possible d'avoir l'ensemble.

Les patients hospitalisés n'ont pas été pris en compte rendant difficile la comparaison avec les autres études notamment sur l'attente et la prise en charge de la douleur.

Pour pouvoir évaluer notre pertinence diagnostique, il aurait été préférable de repérer les patients à risque, connaître au préalable les patients sortant avec un diagnostic incertain.

N'étudier que ces patients aurait été mieux. Sur le plan technique, il aurait fallu demander au praticien de consigner ce type de dossier puis les rappeler à 1 mois. Ainsi l'importance de donner des consignes de surveillance et de baliser la suite du parcours médical aurait peut être été plus concluant. Mais c'est toujours cette idée de globalité qui a prédominé le long de cette étude.

THESE SOUTENUE PAR GUILLAUME DESCHANEL.

TITRE : SATISFACTION ET DEVENIR DES PATIENTS CONSULTANTS AUX URGENCES DE CHAMBERY.

CONCLUSION :

Cette étude, observationnelle, a permis de connaître la satisfaction et le devenir des patients sortants le jour même de leur consultation aux urgences.

La semaine de l'enquête, 538 patients ont consulté. Parmi eux, 333 ont pu être joints par téléphone et donner leur opinion y compris les sortants sans soins.

Le taux de satisfaction globale est de 80,2 %.

La prise en charge médicale, fondée sur l'information du diagnostic, a été estimée bonne dans 84,5 % des cas et ce quelque soit l'intervenant médical

Parmi les facteurs d'insatisfaction :

- l'attente, cependant elle n'est jugée longue et illégitime que dans 10 % des cas,
- la prise en charge de la douleur à l'accueil, notamment les douleurs d'origine médicale. Un antalgique dès l'accueil améliore considérablement la satisfaction et la perception de l'attente,
- la reconsultation « sans y avoir été invité » reflet d'une prise en charge jugée moyenne ou mauvaise,
- l'absence d'information sur le diagnostic et sur les consignes de surveillance.

Plusieurs axes de travail sont proposés :

- l'amélioration de l'attente perçue en annonçant le délai approximatif de prise en charge,
- une évaluation systématique de la douleur à l'accueil. Le respect du protocole « antalgie à l'accueil » ainsi qu'un accès simplifié aux morphiniques sont indispensables,
- l'élaboration de consignes de surveillance à domicile « pré-écrite »,
- inviter nos correspondants à nous informer de l'évolution des patients reconsultants.

Enfin, bien que sous estimée par les soignants, le taux de satisfaction des patients retrouvé dans cette étude est gratifiant pour l'équipe et l'incite à poursuivre ses démarches d'amélioration.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble le : 21/12/2008

LE DOYEN




LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR F. Garpenke



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. V.Aquilina, C.Gricourt, I.Guéry-kaliszczak, L.-M Joly, E.Leroy
Plaintes et réclamations adressées au service d'accueil des urgences de Rouen de janvier 2004 à mai 2008. Analyse et propositions de mesures correctives

2. Bourdreaux ED, Ary R, Mandry C
Emergency department personnel accuracy at estimating patient satisfaction
J Emerg Med, août 2000

3. Edwin D.Bourdreaux, Jason Friedman, Michael E Chansky, Brigitte M.Baumann
Emergency department patient satisfaction : Examining the role of acuity
Academic emergency medicine, février 2004

4. Bourdreaux ED, O'Heal EL
Patient satisfaction in the emergency department : a review of the literature and implication for practice
J Emerg Med, janvier 2004

5. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H
Patient expectations of emergency department care
CJEM, mai 2006

6. Jean-Louis Ducassé
La douleur à l'accueil des urgences

7. Franck-Soltysiak M, Court C
Waiting time and satisfaction of patients attending the emergency surgery unit of a university hospital center
Presse med, novembre 2002

8. M Galinski, F Adnet
Prise en charge de la douleur aigue en médecine d'urgence
Réanimation, Novembre 2007

9. Gentile S, Ledoray V, Blandinière D, Antoniotti S, Sambuc R
La satisfaction des patients au sortir des urgences : Etude multicentrique de la région PACA
Réanimation urgences, 1999, Vol 8 n°1

10. S Guéant, A Taleb, M Cauterman
Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences
MeaH, novembre 2008

11. Guly HR
Diagnostic errors in an accident and emergency department
Emerg Med J, juillet 2002

12. Jacquier D, Dumas F, Kierzek G, Ginsburg C, Pourriat J-L
Caractéristiques des réclamations aux urgences
Journal européen des urgences, juin 2009, Vol 22

13. Mayer TA, Cates RJ, Mastorovich MJ, Royalty DL
Emergency department patient satisfaction : customer service training improves patient satisfaction and ratings of physicians and nurse skill
J Health Manag, septembre 1998

14. K Milojevic, J.P Cantineau , L Simon , S Bataille, R Ruiz , B Coudert, N Simon, Y Lambert
Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace.
Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, novembre 2001

15. Mowen JC, Licata JW, McPhail J
Waiting in the emergency room : how to improve satisfaction
J Health Care Mark, été 1993

16. C Perrier, S Peyrat, L Gopauloo, D Jury, J Schmidt
Evaluation des patients sortant après admission pour douleur abdominale non traumatique
Journal Européen des urgences, mars 2008

17. F Perruche, J-L Pourriat, Y-E Claessens
Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point
Journal européen des urgences, mars 2008, Vol 21

18. Pitrou I, Lecourt AC, Bailly L, Brousse B, Dauchet L, Ladner J
Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department : a prospective cohort study, France.
Eur J Emerg Med, août 2009-12-07

19. N Schreyer, A D'Ambrogio, N Demartines
Le syndrome douloureux abdominal aux urgences, quelle analgésie
La revue médicale suisse, juin 2007
20. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR
Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care
Ann Emerg Med, mai 2000
21. Taylor C, Bengler JR
Patient satisfaction in emergency medicine
Emerg Med J, septembre 2004, Vol 21
22. Taylor D, Kennedy MP, Virtue E, McDonald G
A multifaceted intervention improves patient satisfaction and perceptions of emergency department care
Int J Qual Health Care, juin 2006
23. Thomas M, Mackay-Jones K
Incidence and cause of critical incidents in emergency department
Emerg Med J, juin 2008
24. Thompson DA, Yarnold PR
Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations : the disconfirmation paradigm
Acad Emerg Med, décembre 1995
25. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL
Effect of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department
Ann Emerg Med, décembre 1996
26. Tran TP, Schutte WP, Muelleman RL, Wadman MC
Provision of clinically based information improves patients' perceived length of stay and satisfaction with EP
Am J Emerg Med, octobre 2002
27. Travers JP, Lee FC
Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department : is there a role for the senior emergency physician in triage
Eur J Emerg Med, décembre 2006

28. Andrew Trout, A Roy Magnusson, Jerry R.Hedges
Patient insatisfaction investigation and the emergency department : What does the literature say
Academic emergency medicine, juin 2000, Vol 7

29. Actualisation 2007 de la III^e Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence

ANNEXES :

1. Questionnaire type :

The screenshot shows a Microsoft Access form titled "Form_questionnaire" with the following fields and options:

- Date venue:** 29/06/2009
- Heure venue:** 13:22
- NOM:** [Text field]
- PRENOM:** [Text field]
- SEXE:** [Text field]
- DATENAISS:** [Text field]
- AGE:** [Text field]
- Adresse:** [Text field]
- TEL:** [Text field]
- Non joignable:** [Dropdown menu]
- consult apres venue ?** oui [Dropdown menu]
- 1er_appel:** **2eme_appel:** **3eme_appel:**
- accep_appel:**
- Reponse par:** patient [Dropdown menu] **si entourage:** présent [Dropdown menu]
- si oui prévu:** [Dropdown menu]
- bonne orientation:**
- Attente:** longue [Dropdown menu] **Legitime att:** oui [Dropdown menu]
- Douleur pot attente:** oui [Dropdown menu] **si douleur:** oui [Dropdown menu]
- si oui mais non prévu:**
 - Pourquoi:** Symptome persistant [Dropdown menu]
 - Qui:** clinique [Dropdown menu]
 - Delais:** entre 2 et 5 j [Dropdown menu]
 - Information urgentiste:**
- mott_venue:** Traumatologie [Dropdown menu]
- Etat:** Vu [Dropdown menu]
- Vu par:** interne du service [Dropdown menu]
- Diagnostic:** [Text field]
- Qualite de l'information diagnostic:** [Dropdown menu] (options: bonne, moyen, mauvaise, ne sait pas)
- Satisfaction globale:**
- Recommandation:**
- remarque:** [Text field]
- Avis spé:** **Bilan bio:** **Radio:**

At the bottom, the status bar shows "Enr : 539 sur 539" and "Mode Formulaire". The Windows taskbar at the bottom includes the Start button, taskbar icons for "thèse gd", "thèse mise en p...", "QUESTIONNAIR...", and "Form_questonn...", and the system clock showing "00:49".

2. Interview type :

Présentation avec Nom, Prénom, en qualité d'interne en médecine aux urgences de Chambéry.

Motif de l'appel : Questionnaire de satisfaction sur les urgences ayant pour but d'améliorer la prise en charge des patients.

Demande de consentement pour répondre aux questionnaires.

Rappel de la consultation en précisant le motif et la date.

1 ère question, l'attente perçue : Longue-raisonnable-court.

2 ème question : (Pour les patients ayant attendu longtemps) Vous a-t-elle paru légitime ? Si difficulté pour répondre à cette question, était alors précisé en prenant en compte le nombre de patients consultants.

3 ème question : (Pour les patients dont l'attente a été raisonnable ou longue) Avez-vous eu mal pendant l'attente et était-elle supportable ? Si oui un traitement vous a-t-il été donné ?

4 ème question : Comment avez-vous jugé la prise en charge par le médecin, les informations sur le diagnostic vous ont-elles paru claires, l'intérêt des examens complémentaires aussi ? Concernant les gestes de suture et de réduction, avez-vous eu mal ? Vous ont-ils paru bien réalisés ?

5 ème question : Avez-vous reconsulté ?

- Oui comme prévu : - Estimez-vous avoir été orienté vers le bon spécialiste ?
- Le diagnostic est-il concordant entre les conclusions du spécialiste et celle de l'urgentiste ?

- Non

- Oui : - Pourquoi ? Persistance de la symptomatologie, apparition d'un nouveau symptôme, Pas satisfait de la consultation aux urgences, Complications, prolongation d'un arrêt ou accident du travail, autre.

- Dans quel délai ? Le jour même, le lendemain, entre 2 et 5 j, entre 6 et 10 jours, entre 11 et 20 jours, supérieur à 20 jours.

- Qui ? Urgences de Chambéry, médecin traitant, clinique, autres urgences, kinésithérapeute/ostéopathe, autre.

- L'urgentiste vous avait t-il informé de cette éventualité ?

6 ème question : Globalement, êtes-vous satisfait des urgences de Chambéry ?

7 ème question : Recommanderiez-vous ces urgences à un ami ?

8 ème question : remarques

3. Questionnaire IAO pour la prise en charge de la douleur à l'accueil :

1/ Évaluez-vous systématiquement la douleur à l'accueil ?

Oui non

2/ Consultez-vous le protocole antalgique ? Oui non

Vous estimez bien le maîtriser moyennement peu

3/ À partir de quel niveau de douleur donnez-vous un antalgique ?

Quand faciès algique, à partir d'une EVA 2-3, à partir d'une EVA 4-5, à partir d'une EVA supérieure à 6

4/ Avez-vous le même réflexe antalgique pour les pathologies médicales que pour la traumatologie

Oui non

H I P P O C R A T E S . 9 .



Qui diis memorem laudes, repetamque fideles
Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

