



HAL
open science

Colique néphrétique aux urgences du CH d’Arcachon : impact sur l’adhésion aux consignes de sortie, d’une information complémentaire sur la physiopathologie

Stephen Lemoine

► To cite this version:

Stephen Lemoine. Colique néphrétique aux urgences du CH d’Arcachon : impact sur l’adhésion aux consignes de sortie, d’une information complémentaire sur la physiopathologie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01237855

HAL Id: dumas-01237855

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237855>

Submitted on 3 Dec 2015

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse N°139

Thèse présentée pour l'obtention du
DIPLÔME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Stephen LEMOINE
Né le 11 février 1989 à Nancy

Le 28 octobre 2015

**Colique néphrétique aux urgences du CH d'Arcachon :
impact sur l'adhésion aux consignes de sortie, d'une
information complémentaire sur la physiopathologie.**

Directrice de thèse : Dr RUIZ Solène

Président du jury : Monsieur le Professeur MERCIE Patrick
Membres du jury : Monsieur le Professeur ROBERT Grégoire
Monsieur le Docteur CASTERA Philippe
Madame le Docteur RENAUD Aude
Madame le Docteur RUIZ Solène, directrice de thèse

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse N°139

Thèse présentée pour l'obtention du
DIPLÔME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Stephen LEMOINE
Né le 11 février 1989 à Nancy

Le 28 octobre 2015

**Colique néphrétique aux urgences du CH d'Arcachon :
impact sur l'adhésion aux consignes de sortie, d'une
information complémentaire sur la physiopathologie.**

Directrice de thèse : Dr Solène RUIZ

Président du jury : Monsieur le Professeur MERCIE Patrick
Membres du jury : Monsieur le Professeur ROBERT Grégoire
Monsieur le Docteur CASTERA Philippe
Madame le Docteur RENAUD Aude
Madame le Docteur RUIZ Solène, directrice de thèse

Table des matières

Table des matières	3
Remerciements	4
1. Introduction	5
2. Matériel et Méthodes	8
2.1. Recherche bibliographique	8
2.2. Type d'étude	8
2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	8
2.4. Cadre éthique et réglementaire	9
2.5. Matériel	9
2.6. Déroulement de l'étude	10
2.7. Critère de jugement principal	12
2.8. Critère de jugement secondaire	12
2.9. Recueil des données et analyse statistique	12
3. Résultats	14
3.1. Calcul du nombre de sujets nécessaires	14
3.2. Résultats de l'étude	15
3.2.1. Comparaison des populations	17
3.2.2. Analyse des fréquences	18
3.2.3. Analyse du critère de jugement principal	19
3.2.4. Analyse du critère de jugement secondaire	19
3.2.5. Analyse des sous-populations	20
4. Discussion	25
4.1. Justification de l'étude	25
4.2. Justification du choix du critère de jugement principal	27
4.3. Justificatif du choix du critère de jugement secondaire	27
4.4. Analyse des résultats	29
4.5. Forces de l'étude	31
4.6. Biais et limites de l'étude	32
4.6.1. Facteur de confusion	32
4.6.2. Biais de sélection	33
4.6.3. Biais de mesure	33
4.6.4. Limites de l'étude	34
5. Conclusion	39
Bibliographie	41
Annexes	45
1. Annexe 1 : Recommandations à remettre par écrit aux patients non hospitalisés, en les ayant expliquées. Conférence de consensus de 2008 de la SFMU sur la prise en charge des coliques néphrétiques aux urgences.	45
2. Annexe 2 : Recommandations remises aux patients avec volet relatif à la physiopathologie de la colique néphrétique	46
Résumé en français	48
Résumé en anglais	49
Serment d'Hippocrate	50

Remerciements

A travers ces quelques lignes, je souhaiterais remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné durant ces années.

Faire une liste exhaustive n'est pas envisageable et je m'excuse par avance auprès de celles et ceux que je ne citerai pas nominativement.

Merci à **mes parents**.

Vous êtes toujours là pour moi et vous m'avez soutenu avec tant d'amour pendant ces années.

Merci à **ma princesse, Anaïs**.

Qu'aurait été ce travail sans ton amour de la syntaxe ? Je t'aime.

Merci à **ma sœur, Valentine**.

Je suis fier que tu sois parvenue à faire ce qui te plaît.

Merci à **toute ma famille**, de Lorraine et d'Aix.

Loin des yeux mais si près du cœur...

Merci à **mes potes** de Nancy et d'ailleurs : Mitre, Blaise, Soso, Dédé, Nass, Thiboux, Taha, Marco, Yanis, Dom. On se retrouve à Venasque.

Merci à **Sophie** pour son aide avisée.

Merci à toute **l'équipe des urgences d'Arcachon** d'avoir participé à la réalisation de cette étude, en particulier **Solène**.

Merci au **Dr Ong** et au **Pr Salamon** pour leur expertise méthodologique.

Merci à tous les **internes et chefs** que j'ai pu rencontrer durant ces années et qui m'ont aidé à devenir le médecin que je suis.

1. Introduction

La communication est un fondement de la relation médecin-patient. Elle favorise la confiance réciproque entre ces deux acteurs. Les patients sont, en règle générale, demandeurs d'explications concernant leur état de santé et leur traitement (1). Paradoxalement, l'information qui leur est donnée par oral au cours d'une consultation est, la plupart du temps, rapidement oubliée : une étude a démontré que les patients oublient la moitié des informations données cinq minutes après la fin de la consultation, et qu'ils ne retiennent que 20% de ce qu'ils entendent. Le fait de les informer avec un document écrit permet par contre d'augmenter ce pourcentage à 50% (1).

Pour accroître l'intérêt du patient quant à sa pathologie, des Fiches d'Information Patient (FIP) ont été créées depuis plusieurs années.

Ces FIP ont pour objectif d'enrichir ou de rafraîchir les connaissances du patient dans un environnement moins stressant que celui de la consultation.

L'élaboration de ces fiches est codifiée par la Haute Autorité de Santé de telle sorte que soit mise à la disposition des patients, des usagers du système de santé et de leurs proches, une information écrite compréhensible et reposant sur des sources d'informations validées (2).

Ces supports, en complément de l'information orale, ont démontré leur intérêt en termes de connaissance de la maladie par le patient et de sa satisfaction (3-11).

La médecine générale ne fait pas exception en la matière. Ainsi, il a été prouvé dans plusieurs études que les patients ayant reçu une information écrite via une FIP avaient une meilleure compréhension de la maladie et un comportement plus adapté vis-à-vis de cette affection que les patients n'en recevant pas, notamment dans la prise en charge de pathologies très fréquentes en médecine générale, comme la gastro-entérite ou l'angine (12).

Au-delà de son information, l'adhésion du patient est un élément indispensable au succès de son projet de soins. L'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique n'est plus à démontrer dans le domaine des pathologies chroniques (diabète (13), asthme (14), Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (15)). Cette éducation

thérapeutique repose sur une connaissance minimale des mécanismes physiopathologiques de la maladie. La compréhension de ceux-ci est la condition synéquanone au succès des différents programmes d'éducation thérapeutique. Lorsque la physiopathologie est comprise, la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques et à la nécessité d'une bonne observance du traitement est plus aisée.

L'objectif des programmes d'éducation thérapeutique est de mettre le patient au centre de sa prise en charge, de telle sorte qu'il en soit acteur. Il a ainsi été prouvé qu'un patient se sentant concerné par sa pathologie, au moyen d'une éducation thérapeutique, présentait une meilleure adhésion au traitement préconisé (16).

La colique néphrétique est une pathologie fréquemment rencontrée dans les services d'urgence. Pour mémoire, il s'agit de l'occlusion brutale des voies urinaires par une lithiase, le plus souvent. D'après les études, elle représente environ 1 à 2 % des motifs de consultation (17, 18). Après une prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale aux urgences, environ 75% des patients poursuivront le traitement et le suivi en ambulatoire (19).

Ainsi, bien que la prise en charge initiale soit le plus souvent hospitalière, la continuité des soins et le suivi se feront dans la grande majorité des cas en ambulatoire auprès d'un spécialiste ou le plus souvent d'un généraliste.

Il apparaît donc primordial d'assurer une liaison entre l'hôpital et le milieu ambulatoire afin de garantir une prise en charge optimale pour le patient.

L'intérêt d'une consultation de suivi auprès d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste après un passage aux urgences est démontré dans plusieurs pathologies. Par exemple, dans la BPCO, la consultation de suivi dans les 30 jours est associée à une diminution significative de la mortalité (20).

Par analogie, une visite chez le spécialiste ou le généraliste pour un patient ayant consulté pour une décompensation cardiaque gauche est corrélée à une réduction significative du taux de décès à un an (21).

En ce qui concerne la colique néphrétique, les experts ont statué sur la nécessité d'une consultation de suivi trois à sept jours après le passage aux urgences pour les patients traités en ambulatoire (18). L'objectif de cette consultation est de confirmer le

diagnostic de colique néphrétique, de s'assurer de la bonne évolution et éventuellement de solliciter un avis spécialisé si nécessaire.

Mais encore faut-il que le patient se sente suffisamment concerné par sa pathologie pour qu'il programme cette consultation de suivi.

Au vu de ces différents éléments, a naturellement émergé la question suivante : « l'information du patient sur la physiopathologie de la colique néphrétique permet-elle d'obtenir une meilleure adhésion aux consignes données à la sortie du service des urgences ? » Nous avons souhaité élucider cette question dans le cadre du présent travail de recherche.

Pour y répondre, nous avons choisi de réaliser une étude prospective interventionnelle randomisée, menée dans le service des urgences du CH d'Arcachon.

L'objectif principal de l'étude est de mesurer l'impact de l'information délivrée aux patients au sujet de leur colique néphrétique, sur la fréquence de consultation de suivi dans la semaine suivant leur passage aux urgences. L'information est faite par le biais d'une FIP.

L'objectif secondaire de l'étude est de déterminer si cette information permet d'obtenir un meilleur respect des consignes données, en particulier le tamisage des urines.

2. Matériel et Méthodes

1. Recherche bibliographique

Avant d'initier notre étude, nous avons effectué une recherche bibliographique afin de réaliser un état des lieux des études évaluant les documents écrits remis au patient. Les mots clés de cette recherche furent : « information, leaflets, booklet, pamphlet, patient behavior ».

Nous avons également recueilli l'ensemble des informations relatives à la physiopathologie et à la prise en charge ambulatoire de la colique néphrétique. Les mots clés utilisés furent : « renal colic, kidney stone, urolithiasis, physiopathology, treatment ».

Enfin, nous nous sommes documentés sur des travaux évaluant le suivi des patients à la sortie du service des urgences. Cette fois-ci, les mots qui ressortirent furent : « follow up, aftercare, primary care, discharge instructions, emergency department ».

Les bases de données suivantes ont été consultées : Pub Med, Cismef, Pascal, Cochrane, Google.

2. Type d'étude

Nous avons mené une étude expérimentale interventionnelle analytique, comparative, unicentrique sur le centre hospitalier d'Arcachon, réalisée de février 2015 à août 2015.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les patients âgés d'au moins 18 ans ayant présenté une colique néphrétique répondant aux critères de traitement ambulatoire, admis au CH d'Arcachon durant la période de l'étude, ont été inclus.

Le diagnostic de colique néphrétique était établi par un médecin urgentiste ou un interne de médecine générale, soutenu par un sénior urgentiste.

Conformément aux recommandations de la conférence de consensus de la SFMU (18), les critères de prises en charge en ambulatoire étaient les suivants :

- absence de fièvre,
- absence d'oligo-anurie, c'est-à-dire une diurèse supérieure à 500mL par jour,
- absence de résistance à un traitement antalgique bien conduit,
- absence de terrain à risque : insuffisance rénale chronique, rein unique, transplanté rénal, grossesse,
- calcul ≤ 6 mm.

Les critères d'exclusion étaient donc les suivants : âge inférieur à 18 ans, colique néphrétique compliquée, terrain à risque, calcul supérieur à 6mm, reconsultation aux urgences dans un délai de 7 jours, analphabète, patient déficient ou privé de liberté pour raison administrative ou judiciaire.

4. Cadre éthique et réglementaire

Au préalable, il a fallu solliciter l'avis des autorités compétentes en matière d'éthique.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a donné son accord pour le recueil des données informatiques (*avis 1836781v0*).

Le présent sujet de thèse étant hors du champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants, le Comité de Protection des Personnes a lui aussi autorisé la réalisation de cette étude (*avis DC 2015/17*).

5. Matériel

Nous avons élaboré deux enveloppes différentes.

Une enveloppe numéro 1 contenait un document présentant les recommandations à remettre au patient telles qu'elles sont définies dans la conférence de consensus de la SFMU (18) (Annexe 1). Avant le début de l'étude, les médecins urgentistes du centre hospitalier d'Arcachon remettaient déjà ce support au patient ayant présenté une colique néphrétique lors de sa sortie.

Une enveloppe numéro 2 contenait une FIP associant les recommandations de la SFMU et un volet relatif à la physiopathologie de la colique néphrétique (Annexe 2).

Afin de rédiger la fiche d'information patient, nous nous sommes inspirés du guide méthodologique de l'HAS concernant l'élaboration d'un document écrit d'information à l'attention des patients et des usagers du système de santé (2) ainsi que des travaux réalisés sur ce sujet (1, 7, 22, 23, 24).

La lisibilité du document a été évaluée selon les recommandations par le test de Flesch (2, 22).

La pertinence de l'information délivrée a été validée par cinq médecins ainsi que par huit patients sélectionnés au hasard.

6. Déroulement de l'étude

L'objectif de cette étude était d'analyser si l'ajout aux consignes de la SFMU d'un paragraphe relatif aux mécanismes physiopathologiques de la colique, était associé à un meilleur respect des consignes données.

L'inclusion des patients se faisait à l'arrivée dans le service des urgences. L'infirmière d'accueil et d'orientation incluait le patient dans l'étude dès lors qu'il présentait une symptomatologie évocatrice de colique néphrétique : douleur lombo-abdominale ou pelvienne unilatérale.

Elle glissait alors dans le dossier du patient une des deux enveloppes de manière aléatoire.

Le principe de la randomisation était simple : au premier patient était attribuée l'enveloppe 1, au deuxième l'enveloppe 2, au troisième l'enveloppe 1, etc.

En parallèle, l'infirmière collait l'étiquette du patient dans un classeur qui regroupait le nom des patients inclus ainsi que le numéro de l'enveloppe reçue.

Les critères de prise en charge ambulatoire des coliques néphrétiques ont été rappelés aux médecins urgentistes ainsi qu'aux internes de médecine générale avant le début de l'étude.

Les médecins ont également été informés du fait qu'une étude sur le sujet était en cours. Afin de minimiser les biais, il leur a été demandé de ne pas modifier leur attitude vis-à-vis du patient.

Une fois le diagnostic de colique néphrétique établi par le médecin et après décision d'une prise en charge en ambulatoire, le médecin remettait au patient son enveloppe sans l'ouvrir, en lui donnant comme conseil de la lire avant de partir puis à son retour au domicile.

Les médecins participant à l'étude ne savaient pas quel document figurait dans les deux types d'enveloppes.

Les patients recevant l'enveloppe numéro 1 faisaient partie du groupe « contrôle ». Ceux recevant l'enveloppe numéro 2 faisaient partie, quant à eux, du groupe « intervention ».

Si le diagnostic de colique néphrétique était infirmé, le patient était retiré du schéma de l'étude et il ne recevait pas d'enveloppe lors de la sortie.

Les patients étaient interrogés par téléphone entre sept et dix jours après leur sortie du service des urgences.

Le recueil des consentements était réalisé lors de l'appel téléphonique. Le patient était informé de la possibilité de se rétracter à tout moment de l'étude.

Deux questions leur étaient posées :

- Avez-vous consulté votre médecin traitant depuis votre sortie d'hospitalisation ?
- Avez-vous essayé de récupérer votre calcul en tamisant les urines ?

Si un patient consultait à nouveau aux urgences dans l'intervalle, il était retiré de l'étude.

7. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la comparaison de la fréquence de consultation en ville entre le troisième et le septième jour dans le groupe « intervention » par rapport au groupe « contrôle ».

8. Critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire était la comparaison de la fréquence du tamisage des urines dans le groupe « intervention » par rapport au groupe « contrôle ».

9. Recueil des données et analyse statistique

Nous avons déterminé le nombre de patients nécessaires à l'étude en effectuant une étude rétrospective préalable.

Celle-ci évaluait la fréquence de consultation chez le médecin traitant avant le septième jour, en dehors de toute intervention.

Nous avons également déterminé la fréquence du tamisage des urines.

Pour cette étude rétrospective, nous avons constitué un fichier EXCEL reprenant l'identité du patient, la présence ou non d'une consultation avant le 7^{ème} jour chez le médecin traitant et la réalisation ou non du tamisage des urines. L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel EPI INFO (EPI INFO™ version 7, Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta GA 30333, USA), en utilisant la fonctionnalité « FREQUENCIES ».

Nous avons tablé sur une augmentation de 30% du critère de jugement principal, c'est-à-dire la fréquence de consultation chez le médecin traitant, dans le groupe d'intervention. Cette hypothèse associée aux résultats de l'étude préalable et en considérant le risque alpha à 5% et le risque beta à 20%, nous a permis de calculer l'effectif nécessaire.

Pour notre étude à proprement parler, les données étaient également recueillies dans un fichier EXCEL. On relevait :

- l'identité du patient.
- L'âge du patient (variable quantitative).
- La présence ou non d'antécédent personnel de colique néphrétique : Oui ou Non (variable qualitative).
- La présence d'une consultation avant le 7^{ème} jour chez le médecin traitant : Oui ou Non (variable qualitative).
- La réalisation du tamisage des urines après sa sortie des urgences : Oui ou Non (variable qualitative).

L'analyse statistique a été réalisée au moyen du logiciel EPI INFO.

Nous avons utilisé :

- la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives.
- Les nombres et les fréquences pour les variables qualitatives.

Les tests statistiques utilisés étaient le test du chi² pour les variables qualitatives.

Nous avons utilisé les fonctionnalités « FREQUENCIES », « MEANS » et « TABLES » afin d'étudier les critères qui nous intéressaient.

3. Résultats

1. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Nous avons contacté par téléphone 11 patients ayant présenté une colique néphrétique traitée en ambulatoire, au décours de leur passage aux urgences.

Nous avons constaté que 5 patients sur 11 avaient consulté leur médecin traitant dans les 7 jours suivants, soit 45,45%.

De plus, seulement 4 des 11 patients ont tamisé leurs urines afin de le récupérer, soit 36,36% (cf Tableau 1).

Tableau 1 : Tableau présentant les résultats de l'enquête rétrospective préalable.

	Consultation entre J3 - J7		Tamisage des urines	
Oui	5	45,45%	4	36,36%
Non	6	54,55%	7	63,64%
Total (n=11)	11	100%	11	100%

Les données de la littérature sont compatibles avec ces constatations. La fréquence d'une consultation de suivi dans le mois suivant un passage aux urgences varie selon les études entre 29 et 59% (25, 26, 27, 28, 29, 30).

Nous avons estimé que cette intervention sur le protocole de sortie des urgences était intéressante à instaurer dès lors que l'on constatait une amélioration de 30% de la fréquence des consultations.

Cette hypothèse de la différence attendue nous a permis de calculer le nombre de sujets nécessaires. Avec un risque alpha à 5% et une puissance de 80%, 78 patients au minimum sont nécessaires.

2. Résultats de l'étude

Au total, 78 patients ont été inclus dans cette étude.

L'âge moyen est de 47,68 ans (cf Tableau 2).

Tableau 2 : Tableau présentant les caractéristiques de la population au regard de l'âge.

Moyenne	Ecart-type	Médiane	Quartile 25%	Quartile 75%	Min	Max
47,68	15,16	48,5	36	60,5	18	76

On compte 25 femmes, soit 32.05% et 53 hommes, soit 67.95% (cf Graphique 1 et Tableau 3).

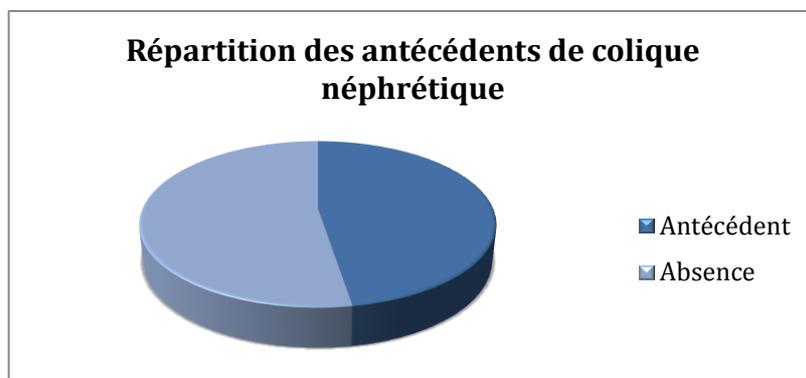


Graphique 1 : Graphique présentant la répartition des sexes

Tableau 3 : Tableau présentant la répartition de la population au regard du sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	25	32.05%
H	53	67.95%
Total	78	100%

Parmi ces 78 patients, 37 avaient un antécédent de colique néphrétique, soit 47,44% (cf Graphique 2 et Tableau 4).



Graphique 2 : Graphique présentant la répartition des antécédents de colique néphrétique

Tableau 4 : Tableau présentant la fréquence des antécédents de colique néphrétique dans l'ensemble de la population.

Antécédent de colique néphrétique	Fréquence	Pourcentage
Oui	37	47,44%
Non	41	52,56%
Total	78	100%

1. Comparaison des populations

Etant donné que la randomisation a été faite par répartition aléatoire, nous avons souhaité nous assurer de la comparabilité des deux groupes.

Les deux groupes, « contrôle » et « intervention », étaient comparables au regard du sexe, de l'âge et de l'antécédent de colique néphrétique (cf Tableau 5).

Tableau 5 : Tableau présentant les caractéristiques de la population selon la fiche reçue. Nombre (%) ou moyenne (écart-type).

Fiche reçue	1	2	Total	P value
Nombre de patients	41 (52,56%)	37 (47,44%)	78	
Hommes	26 (49,06%)	27 (50,94%)	53	0,369
Âge (années)	48,97 (15,41)	46,24 (14,97)	47,68 (15,16)	0,430
Antécédent de CN	17 (45,95%)	24 (54,05%)	41	0,269

Par ailleurs, la comparaison des populations de l'étude rétrospective et de cette étude montre que les populations étaient bien comparables au regard de l'âge, du sexe et de l'antécédent de colique néphrétique (cf Tableau 6).

Tableau 6 : Tableau présentant les caractéristiques des populations de l'étude rétrospective et actuelle. Nombre (%) ou moyenne (écart-type).

Etude	Rétrospective	Actuelle	P value
Hommes	6 (54,55%)	53 (67,95%)	0,381
Âge (années)	46 (19,18)	47,68 (15,16)	0,783
Antécédent de CN	4 (36,36%)	37 (47,44%)	0,492

2. Analyse des fréquences

Parmi ces 78 patients, 41 patients ont reçu l'information standardisée dépourvue du volet physiopathologie, soit 52,56% ; et 37 patients ont reçu l'information contenant ce volet, soit 47,44% (cf Tableau 7).

Tableau 7 : Tableau présentant la répartition entre les différentes fiches.

Fiche reçue	Fréquence	Pourcentage
1	41	52,56%
2	37	47,44%
Total	78	100%

Parmi ces 78 patients, 44 patients ont consulté leur médecin traitant avant le septième jour, soit 56,41% (cf Tableau 8).

Tableau 8 : Tableau présentant la fréquence de consultation chez le médecin traitant avant le septième jour dans l'ensemble de la population.

Consultation MT	Fréquence	Pourcentage
Oui	44	56,41%
Non	34	43,59%
Total	78	100%

De même, 43 patients ont tamisé leurs urines à la recherche du calcul, soit 55,12% (cf Tableau 9).

Tableau 9 : Tableau présentant la fréquence du tamisage des urines dans l'ensemble de la population.

Tamisage des urines	Fréquence	Pourcentage
Oui	43	55,12%
Non	35	44,87%
Total	78	100%

3. Analyse du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la fréquence de consultation chez le médecin traitant entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jour après la sortie des urgences.

Les patients du groupe contrôle consultent moins leur médecin traitant que les patients du groupe d'intervention (56,1% versus 56,41%).

Cette différence observée n'est pas significative sur le plan statistique (P value 0,953) (cf Tableau 10).

Tableau 10 : Tableau présentant l'analyse du critère de jugement principal

	Consultation chez le médecin traitant			
Fiche reçue	Oui		Non	
1	23	56,10%	18	43,90%
2	21	56,76%	16	43,24%
	P value selon khi 2 : 0.953			

4. Analyse du critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire était la fréquence du tamisage des urines à la sortie des urgences.

Les patients du groupe d'intervention réalisent plus souvent le tamisage des urines que les patients du groupe contrôle (67,57% versus 43,9%).

Cette différence est significative d'un point de vue statistique avec P value 0,037 (cf Tableau 11).

Tableau 11 : Tableau présentant l'analyse du critère de jugement secondaire

	Tamisage des urines			
Fiche reçue	Oui		Non	
1	18	43,90%	23	56,10%
2	25	67,57%	12	32,43%
	P value selon khi 2 : 0.037			

5. Analyse des sous-populations

Il n'est pas mis non plus en évidence de différence significative dans le comportement des patients selon leur sexe (cf Tableau 12) :

1. 64% des femmes consultent leur médecin traitant alors que 52,83% des hommes le font avec P value 0,356.
2. 44% des femmes tamisent leurs urines alors que 60,38% des hommes le font avec P value 0,177.

Tableau 12 : Tableau présentant l'attitude des patients selon leur sexe

Sexe	Consultation chez le MT				Tamissage des urines			
	Oui		Non		Oui		Non	
F	16	64,00%	9	36,00%	11	44,00%	14	56,00%
H	28	52,83%	25	47,17%	32	60,38%	21	39,62%
	Avec P value 0,356				Avec P value : 0,177			

Lorsqu'une femme reçoit une information sur la physiopathologie de la colique néphrétique, elle ne consulte pas plus son médecin traitant et ne réalise pas plus souvent le tamissage des urines (cf Tableau 13).

Tableau 13 : Tableau présentant l'attitude des femmes selon la fiche d'information reçue.

Femme	Consultation chez le MT				Tamissage des urines			
	Oui		Non		Oui		Non	
1	9	60%	6	40%	5	33,33%	10	66,67%
2	7	70%	3	30%	6	60%	4	40%
	Avec P value 0,617				Avec P value : 0,188			

Ce constat est le même chez les hommes (cf Tableau 14)

Tableau 14 : Tableau présentant l'attitude des hommes selon fiche d'information reçue.

Homme	Consultation chez le MT				Tamisage des urines			
Fiche reçue	Oui		Non		Oui		Non	
1	14	53,85%	12	46,15%	13	50%	13	50%
2	14	51,85%	13	48,15%	19	70,37%	8	29,63%
	Avec P value 0,885				Avec P value : 0,133			

Il n'est pas mis en évidence de différence significative dans le comportement des patients selon leurs âges (cf Tableau 15). En considérant les patients jeunes (âgés de moins de 49 ans), ce qui correspond à la moyenne d'âge de l'échantillon, et les patients âgés (âgés de 49 ans ou plus), on obtient les résultats suivants :

- 58.97% des patients jeunes consultent leur médecin traitant alors que 53,85% des patients âgés le font, avec P value 0,650.
- 61.54% des patients jeunes tamisent leurs urines alors que 48,72% des patients âgés le font, avec P value 0,258.

Tableau 15 : Tableau présentant l'attitude des patients selon leur âge

	Consultation chez le MT				Tamisage des urines			
Âge	Oui		Non		Oui		Non	
<49	23	58,97%	16	41,03%	24	61,54%	15	38,46%
≥49	21	53,85%	18	46,15%	19	48,72%	20	51,28%
	Avec P value : 0.650				Avec P value : 0.258			

En revanche, lorsque l'on analyse l'attitude des patients jeunes selon la fiche d'information qu'ils reçoivent, on s'aperçoit qu'ils tamisent plus fréquemment leurs urines lorsqu'ils sont informés sur la physiopathologie de leur maladie. Ce n'est pas le cas pour la consultation de suivi (cf Tableau 16).

Tableau 16: Tableau présentant l'attitude des patients de moins de 49 ans selon l'information reçue.

Âge<49	Consultation chez le MT				Tamisage des urines			
Fiche reçue	Oui		Non		Oui		Non	
1	8	44,44%	18	55,56%	8	44,44%	10	55,56%
2	13	61,9%	8	38,1%	16	76,19%	5	23,81%
	Avec P value 0,691				Avec P value : 0,042			

Par opposition, l'attitude des patients âgés ne semble pas être influencée par les caractéristiques de l'information reçue (cf Tableau 17).

Tableau 17: Tableau présentant l'attitude des patients de 49 ans ou plus selon l'information reçue.

Âge≥49	Consultation chez le MT				Tamisage des urines			
Fiche reçue	Oui		Non		Oui		Non	
1	13	56,52%	10	43,48%	10	43,48%	13	56,52%
2	8	50%	8	50%	9	56,25%	7	43,75%
	Avec P value 0,691				Avec P value : 0,432			

Il n'est pas mis en évidence de différence significative dans le comportement des patients selon la présence ou non dans leurs antécédents d'épisodes de colique néphrétique (cf Tableau 18) :

- 62,16% des patients ayant des antécédents de colique néphrétique consultent leur médecin traitant, alors que 51,22% de ceux n'en n'ayant pas eu consultent, avec P value 0,333.
- 54,05% des patients ayant des antécédents de colique néphrétique tamisent leurs urines, alors que 56,10% de ceux n'en n'ayant pas eu les tamisent, avec P value 0,857.

Tableau 18 : Tableau présentant l'attitude des patients selon la présence ou non dans leurs antécédents d'épisode de colique néphrétique.

	Consultation chez le MT				Tamisage des urines			
ATCD de CN	Oui		Non		Oui		Non	
Oui	23	62,16%	14	37,84%	20	54,05%	17	45,95%
Non	21	51,22%	20	48,78%	23	56,10%	18	43,90%
	Avec P value : 0,333				Avec P value : 0,857			

On constate également que chez les patients ayant un antécédent de colique néphrétique, leur attitude n'est pas modifiée selon l'information qu'ils reçoivent. Le constat est le même parmi les patients n'ayant pas d'antécédent (Cf Tableau 19 et 20).

Tableau 19 : Tableau présentant l'attitude des patients ayant un antécédent de colique néphrétique selon l'information reçue.

ATCD de CN	Consultation chez le MT				Tamisage des urines			
Fiche reçue	Oui		Non		Oui		Non	
1	10	58,82%	7	41,18%	7	41,18%	10	55,56%
2	13	65%	7	35%	13	65%	7	35%
	Avec P value 0,703				Avec P value : 0,147			

Tableau 20 : Tableau présentant l'attitude des patients sans antécédent de colique néphrétique selon l'information reçue.

Pas d'ATCD	Consultation chez le MT				Tamisage des urines			
Fiche reçue	Oui		Non		Oui		Non	
1	13	54,17%	11	45,83%	11	45,83%	13	54,17%
2	8	47,06%	9	52,94%	12	70,59%	5	29,41%
	Avec P value 0,657				Avec P value : 0,115			

4. Discussion

1. Justification de l'étude

L'objectif de cette étude était de démontrer que l'information du patient sur la physiopathologie de la colique néphrétique permettait d'obtenir une meilleure adhésion aux consignes données à la sortie du service des urgences.

Ce travail est né de notre conviction profonde que l'information du patient est la condition synéquanon au succès de la prise en charge thérapeutique qu'on lui propose. Notre code de déontologie précise d'ailleurs la place centrale de cette information : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » (31).

Que ce soit dans un cabinet ou dans le cadre d'une hospitalisation, cette information est le plus souvent donnée par oral. Seules certaines procédures font l'objet d'une information écrite, comme par exemple les examens d'endoscopie ou les procédures anesthésiques.

L'efficacité de l'information du patient par l'intermédiaire de documents écrits a été démontrée à plusieurs reprises. Un travail conséquent a été produit sur le sujet pour évaluer l'impact des FIP sur le comportement et la compréhension des patients en médecine générale. Cette étude a démontré que les patients recevant une FIP avaient un meilleur score de compréhension et un comportement plus adapté que ceux n'en recevant pas (12).

Nous avons jugé pertinent d'évaluer l'impact de ces documents écrits sur le comportement des patients après un passage dans un service d'urgences.

En effet, la prise en charge d'une pathologie aux urgences ne doit être que le point de départ d'une prise en charge globale, en partenariat avec le médecin traitant et éventuellement le spécialiste.

Plusieurs études ont été réalisées afin de rechercher un moyen d'augmenter les fréquences de consultation de suivi chez le généraliste et le spécialiste. Baren and al ont démontré que le fait d'aider les patients à prendre rendez-vous chez leur généraliste permettait d'améliorer significativement les résultats (29). Biese and al ont quant à eux démontré qu'un appel téléphonique par un personnel paramédical 1 à 3 jours après leur passage aux urgences permettait d'obtenir de meilleurs résultats (32).

Notre sentiment était que l'information écrite du patient sur la physiopathologie de son affection pouvait obtenir des résultats probants.

Pour ce travail, nous nous sommes intéressés à une pathologie suffisamment fréquente, pouvant être prise en charge en ambulatoire après un diagnostic hospitalier et se prêtant à une information écrite sur les mécanismes physiopathologiques.

La colique néphrétique remplissait tous ces critères. Elle représente un motif fréquent de consultation aux urgences, soit environ 1 à 2% en France et touche entre 10 et 15% de la population (17, 18).

Par ailleurs, le choix de cette pathologie est venu de notre impression que la prise en charge faite aux urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon n'était pas optimale, et en particulier que les consignes données à la sortie des urgences étaient insuffisantes (cf Annexe 1).

2. Justification du choix du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était axé sur la fréquence d'une consultation de suivi chez le médecin traitant entre le troisième et le septième jour.

L'information donnée au patient dans ce travail insiste sur la place prépondérante d'une consultation de suivi chez le médecin traitant entre le troisième et le septième jour pour s'assurer de la bonne évolution de l'épisode, s'assurer que l'analyse du calcul a été faite, demander un avis au spécialiste et mettre en place des règles diététiques si besoin.

Un des intérêts de cette étude était donc d'essayer de renforcer le lien entre l'hôpital et la médecine de ville. L'organisation actuelle du système de santé définit le médecin traitant comme la pierre angulaire de la prise en charge du malade. Il est donc indispensable que celui-ci ait connaissance de cet épisode, afin qu'il puisse diriger le patient vers une filière de soins spécifiques en cas de nécessité.

Il a donc été choisi d'apporter une attention toute particulière à ce critère car il nous a paru être central dans la prise en charge de la pathologie lithiasique.

3. Justification du choix du critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire était axé sur la fréquence du tamisage des urines.

En se basant sur la conférence de consensus de la SFMU (18), nous aurions pu choisir d'autres critères secondaires comme par exemple la fréquence de mesure de la température ou l'observance ou non du traitement médicamenteux pendant la durée prescrite.

Le choix du critère de la fréquence du tamisage des urines a été fait selon notre conviction qu'il s'agissait de l'élément le plus pertinent et surtout celui sur lequel il était possible d'agir afin d'éviter la récurrence.

Les études montrent que le risque de récurrence est entre 35% et 50% dans les 5 ans, entre 50% et 70% à 10 ans, et 75% à 20 ans (17, 18, 19, 33, 34, 35). En ce sens, elle représente un danger pour l'état de santé du patient : risque d'infection urinaire, risque d'insuffisance rénale, risque anesthésique et opératoire en cas de nécessité d'intervention. Elle représente également un certain coût pour le système de santé. Par exemple, en Turquie, dans un pays où le recours à l'échographie est plus fréquent que le

recours au scanner, le coût estimé d'une colique néphrétique est de 55,77 euros (34). En France, et à Arcachon notamment, où l'accessibilité à l'uro-TDM est de plus en plus aisée, ce coût pourrait être revu à la hausse. Le prix d'un uro-TDM est estimé entre 90 et 100 euros.

La prévention de la récurrence est donc primordiale au regard de ces éléments.

Une lithiase est avant tout le symptôme et la conséquence de pathologies cristallogènes ou de déséquilibres urinaires d'origine nutritionnelle. La majorité des calculs relève de mauvaises habitudes alimentaires et certains sont la conséquence de maladies métaboliques génétiques ou acquises. Contrairement à l'idée reçue, ces maladies génétiques ou acquises lithogènes ne se révèlent pas nécessairement dans l'enfance ou l'adolescence par un tableau caricatural, mais au contraire souvent par un simple épisode lithiasique, qui récidivera dans les mois à venir ou alors évoluera seulement sous la forme d'une cristallisation silencieuse détruisant progressivement les néphrons et aboutissant à l'insuffisance rénale terminale (36).

La prévention de la récurrence et le dépistage de ces maladies passe par l'analyse du calcul au laboratoire.

Le patient doit donc être encouragé à filtrer ses urines. Si le calcul est repéré, il doit être apporté au laboratoire, conservé au sec, pour être analysé. Cette analyse est simple et rapide. Elle se fait par spectrophotométrie infra-rouge associée à d'autres techniques (36).

Une fois la nature du calcul identifiée, on aura recours à des explorations métaboliques si nécessaire ou on donnera des règles hygiéno-diététiques pour éviter la récurrence (18).

C'est pour ces raisons que nous avons choisi le tamisage des urines comme critère secondaire.

4. Analyse des résultats

Dans notre étude rétrospective préalable, nous avons obtenu une fréquence de consultations de 45,45% dans les 7 jours suivant le passage aux urgences.

Comparativement à d'autres études, cette fréquence apparaît très satisfaisante. En effet, Weiner and al ont constaté une fréquence de consultations à 5 semaines de 41% (25), Biese and al ont retrouvé quant à eux une fréquence de consultations de 43% à 1 mois (32), tandis que Fidahussein and al ont recensé une fréquence de consultations à 70% à 1 mois (20).

On peut donc constater que la fréquence de consultations avant le début de notre étude est déjà élevée, ce qui signifie que la prise en charge antérieure était assez satisfaisante.

Nous avons inclus 78 patients, ce qui correspond à l'effectif requis pour notre objectif de départ qui était une augmentation de 30% de la fréquence de consultation avec un risque alpha à 5% et un risque beta à 20%.

L'âge moyen était de 47,68 ans. Cette moyenne est légèrement au-delà de celles constatées dans d'autres travaux : 40 ans pour Turkcuier and al (34), 43 ans pour la SFMU (18).

Dans notre échantillon, on recense presque 68% d'hommes. Cette proportion est comparable aux autres études (18, 34).

Nous avons inclus 37 patients avec un antécédent de colique néphrétique, soit un pourcentage de 47,44%. Celui-ci est légèrement inférieur à celui constaté par la SFMU (51,2%) (18).

Nous avons obtenu une fréquence de consultation chez le médecin traitant avant le septième jour, tous groupes confondus, de 56,41%. Ce résultat est bien au-delà des constatations faites dans les précédents travaux (20, 25, 32).

En ce qui concerne l'analyse du critère de jugement principal, les résultats de cette étude ne démontrent pas l'intérêt d'une information écrite relative à la physiopathologie de la colique néphrétique sur l'adhésion du patient aux consignes données à sa sortie des urgences.

En effet, l'analyse du critère de jugement principal montre que les patients recevant l'enveloppe contenant le volet physiopathologique ne consultent pas plus leur médecin traitant avant le septième jour (56,41% versus 56,1%), la différence n'étant pas significative.

Ce constat peut être expliqué par différents éléments sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Toutefois, cette étude démontre l'intérêt de cette information du patient sur le critère de jugement secondaire : les patients du groupe d'intervention réalisent plus souvent le tamisage des urines en vue de récupérer le calcul que le groupe contrôle (67,57% versus 43,90%).

Cette différence est significative sur le plan statistique avec P value 0,037.

Ces résultats comportent certaines limites que nous discuterons ultérieurement.

Nous avons également souhaité étudier si l'attitude du patient était différente selon son âge, son sexe et ses antécédents ou non de colique néphrétique.

Les femmes semblent consulter plus souvent leur médecin traitant que les hommes mais elles ont moins tendance à tamiser leurs urines. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives. La moindre fréquence du tamisage des urines s'explique probablement par les contraintes techniques.

Les patients jeunes consultent plus leur médecin traitant et tamisent plus souvent leurs urines que les patients âgés. Cela laisse penser que les patients jeunes sont plus concernés par leur état de santé et par la prévention de la récurrence. Cette différence n'est pas pour autant significative.

Enfin, les patients sans antécédent de colique néphrétique consultent moins leur médecin traitant mais tamisent plus les urines. Cette observation n'est pas significative.

L'analyse des sous-populations montre que les patients jeunes ont tendance à tamiser plus souvent leurs urines lorsqu'ils reçoivent une information sur la physiopathologie. Ce résultat est statistiquement significatif.

En revanche, l'analyse des autres sous-populations ne permet pas de mettre en évidence de différence significative en faveur d'une information sur la physiopathologie.

Cela est probablement lié au fait que cette analyse en sous-groupe a été faite avec des effectifs restreints. Il conviendrait d'avoir une population bien plus importante pour pouvoir mettre en évidence des éléments significatifs sur le plan statistique.

5. Forces de l'étude

A défaut de mettre en évidence une différence significative dans l'analyse du critère de jugement principal, cette étude présente plusieurs forces.

Elle respectait les obligations éthiques et réglementaires. Le consentement du patient était recueilli lors des appels téléphoniques et le patient pouvait se rétracter à tout moment.

La méthodologie de l'étude est solide. Il s'agit d'une étude randomisée prospective bien menée.

Le schéma de l'étude a été défini avec l'aide du Professeur Salamon, directeur de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux.

La randomisation obéissait à une règle simple et reproductible.

L'objectif de cette étude était d'obtenir un double aveugle : le médecin qui remettait l'enveloppe au patient ne connaissait pas la nature de l'information donnée, le patient lorsqu'il recevait l'enveloppe ne savait pas qu'il était inclus dans une étude.

L'information délivrée aux patients était simple et compréhensible. La lisibilité du document a été évaluée par le Gold Standard en la matière, le test de Flesch ; et sa pertinence a été validée par des patients et des professionnels de santé.

6. Biais et limites de l'étude

1. Facteur de confusion

Il existe indéniablement un facteur de confusion non négligeable dans cette étude : le médecin.

En effet l'information qui était donnée par écrit au patient était connue : en fonction de l'enveloppe reçue, l'investigateur sait quelle information le patient reçoit.

A contrario, l'information donnée par oral n'était pas contrôlée par l'investigateur. Ce qui implique que chaque médecin donnait à son patient les explications qu'il souhaitait.

Pourtant, il avait été donné comme consigne aux médecins et aux internes de ne pas changer leur attitude et de simplement remettre l'enveloppe à la fin de la prise en charge. Mais le fait de savoir qu'un travail était en cours a pu inconsciemment changer l'attitude du praticien : il a peut-être donné une information orale plus précise qu'en temps normal, puisqu'il savait qu'une évaluation des pratiques était en cours.

Cette hypothèse est renforcée par l'analyse comparative des fréquences de consultations chez le médecin traitant avant le début de l'étude, c'est-à-dire lors de l'enquête rétrospective, et durant l'étude chez les patients recevant l'information standard. Dans l'étude rétrospective, 45,45% des patients ont consulté leur médecin traitant avant le septième jour, alors que dans notre travail, environ 56% des patients l'ont fait. Ce qui représente une augmentation de 11%.

Cela va donc dans le sens de l'existence d'un facteur de confusion majeur dans ce travail : le changement d'attitude du médecin. Ayant bénéficié d'un rappel sur la prise en charge de la colique néphrétique et d'une sensibilisation à l'importance de la consultation de suivi dans un délai rapproché, le médecin a pu modifier son comportement.

Ce constat est dommageable en ce qui concerne notre travail de thèse, car il ne permet pas de mettre en évidence une amélioration significative de la fréquence de la consultation de suivi.

Toutefois, on suppose que l'information donnée par oral au patient par le médecin a été plus précise et plus pertinente depuis l'instauration de cette étude. Cela laisse à penser que le fait de mettre les praticiens dans une dynamique de formation ou d'analyse des pratiques permet d'améliorer la prise en charge. On peut donc être tout de même satisfait que ce travail ait eu un impact positif localement.

2. Biais de sélection

On peut, dans cette étude, relever un biais de sélection, lié au fait que certains médecins et certaines infirmières se sont plus investis que d'autres.

Pour rappel, l'inclusion était faite dès l'arrivée aux urgences par l'infirmière d'accueil et d'orientation. En analysant les données informatiques du logiciel du service des urgences, j'ai pu constater que plusieurs tableaux cliniques évocateurs de colique néphrétique n'avaient pas été inclus lors de leur entretien avec l'infirmière d'accueil.

Cela peut s'expliquer par le fait que l'infirmière en charge de l'accueil des urgences n'a ni la qualification ni les compétences pour poser un diagnostic. Ainsi, une douleur lombaire peut être étiquetée comme une pathologie traumatologique et passer à travers le filtre de notre étude.

De même, certains médecins n'ont pas remis l'enveloppe qui figurait dans le dossier du patient.

Cela entraîne inévitablement un biais de sélection. Ceci peut être expliqué par le fonctionnement et l'activité du service des urgences, et ce d'autant plus que l'étude a été réalisée en période estivale et donc de forte affluence : par manque de temps ou par excès de sollicitations, le médecin ou l'infirmière n'ont pas pu respecter scrupuleusement le protocole.

3. Biais de mesure

On peut par ailleurs relever un biais de mesure puisque l'investigateur de l'étude n'était pas en aveugle au moment des entretiens téléphoniques : il savait quel type d'information le patient avait reçu, et il s'agissait donc d'une étude ouverte. Cependant

ce biais est limité par le fait que les questions posées par l'investigateur ne donnaient pas lieu à interprétation car il s'agissait de questions fermées.

De plus, les réponses données par les patients sont également soumises à un biais de mesure puisqu'ils ont pu donner une réponse qu'ils présumaient bonne afin de faire bonne impression auprès de l'investigateur, et ce même s'ils n'avaient pas consulté leur médecin ou tamisé leurs urines.

4. Limites de l'étude

Différents éléments peuvent être évoqués pour expliquer l'absence de significativité de la différence observée en ce qui concerne l'analyse du critère de jugement principal.

On peut notamment remettre en cause la qualité de la fiche d'information remise au patient.

Notre document écrit peut présenter l'inconvénient d'être assez complexe. Le test de lisibilité de Flesch le place en niveau de lecture acceptable. Nous avons pourtant essayé de respecter au mieux les conseils de rédaction de l'HAS et des professionnels ayant travaillé sur le sujet (2, 24). Nous avons utilisé des mots brefs et des phrases courtes, nous avons fait relire les fiches par des patients et des professionnels de santé, nous avons utilisé des schémas.

Cependant, nous n'avons pas fait valider le document par un professionnel de la communication et notre document ne tenait pas sur une seule page, ce qui imposait au patient de tourner la page pour avoir accès à l'ensemble des informations. On peut donc se demander si tous les patients ont bien effectué cette opération.

Dans leurs travaux sur la relation médecin-malade en soins primaires Dedienne and al démontrent que le patient attend des explications sur l'examen physique, le traitement et les résultats d'analyse (37). Autrement dit, le patient attend une information personnalisée sur son état de santé. Le fait de recevoir une information standardisée, non individualisée, ne suscite donc pas un intérêt majeur chez le patient. Peut-être que si nous avons personnalisé la fiche d'information, ne serait-ce qu'en mentionnant le

nom du patient, l'absence de signes de gravité clinique ou biologique, celle-ci aurait eu un écho plus important.

Dans ce même ordre d'idée, Kenny and al expliquent que l'information donnée au patient est d'autant plus efficace qu'elle est délivrée par le médecin traitant (1). En effet, on peut tout à fait imaginer que l'information reçue d'un professionnel de santé que le patient ne connaît pas, qu'il ne reverra sans doute jamais, n'a pas le même impact que celle donnée par le médecin généraliste qui le connaît bien, qu'il connaît et qui va être en charge du suivi.

Par ailleurs, une explication a été fréquemment donnée par téléphone pour justifier l'absence de consultation avant le septième jour : il s'agit du délai pour obtenir un rendez-vous chez leur praticien. Pour rappel, l'âge moyen de la colique néphrétique selon les études est de 43 ans (18, 34). Autrement dit, il s'agit de patients faisant parti de la population active, ayant le plus souvent un travail, des enfants, et donc un emploi du temps ne leur permettant pas de prendre un rendez-vous dans un délai proche. Pour certains patients, il était impossible d'obtenir un rendez-vous à un horaire compatible avec leur emploi du temps. Et ce d'autant plus que le planning de consultations du médecin traitant est souvent saturé, il est donc difficile d'obtenir un rendez-vous dans le délai préconisé.

Eu égard aux caractéristiques de la population, la fréquence de consultation retrouvée dans cette étude apparaît comme un résultat satisfaisant (56%). On peut même se demander si ce pourcentage ne constitue pas le plafond de ce que l'on peut obtenir en termes de fréquence de consultation pour ce type de population.

De surcroît, la prise en charge en ambulatoire pour cette pathologie sous-tend un contrôle optimal de la douleur à la sortie du service des urgences.

L'histoire naturelle de la colique néphrétique est assez typique. Le patient présente un accès brutal très douloureux. Rapidement, on pose le diagnostic de crise de colique néphrétique, et on entreprend un traitement antalgique pour le soulager. La symptomatologie est le plus souvent bien jugulée et la douleur facilement contrôlée, ce qui autorise un retour à domicile en absence d'autres critères de gravité. La douleur soulagée, le patient ne ressent pas la nécessité de prendre un rendez-vous dans le délai

conseillé et se laisse peut-être un peu plus de temps pour consulter, et ce, en dépit des consignes qui lui sont délivrées.

C'est là où se situe la difficulté de compréhension de la psychologie du patient en médecine. Le patient se présente aux urgences, hyperalgique, demandeur d'une prise en charge diagnostique et surtout antalgique ; et à partir du moment où cette demande est exaucée et qu'il n'a plus mal, il est difficile d'obtenir de lui qu'il se rende à une consultation rapprochée chez son médecin.

Cette réflexion signifierait que ce pourcentage de patients d'approximativement 40% n'ayant pas consulté avant le septième jour est incompressible et donc que la complexité de la psychologie du patient en médecine ne permet pas d'avoir une meilleure adhésion.

Par ailleurs, on peut remettre en cause la puissance statistique de cette étude. Les effectifs nécessaires ont été calculés pour mettre en évidence une augmentation de 30% de la fréquence de consultation dans le groupe « intervention ». A posteriori, on peut se demander si cette hypothèse de départ n'était pas un peu trop présomptueuse quand on considère la complexité de la psychologie du patient et sa difficulté à prendre rendez-vous chez son médecin généraliste. Si nous avions considéré une hypothèse de départ à la baisse, peut-être qu'une différence significative aurait pu être relevée, mais cela aurait impliqué un nombre plus élevé de patients à inclure.

Ainsi, l'information du patient sur la physiopathologie de la colique néphrétique n'a pas permis une augmentation significative de la fréquence de consultation chez le médecin traitant.

L'échec d'une telle procédure d'information écrite n'est pas isolé. Watkins and al, par exemple, ne mettent pas en évidence de différence significative dans la mesure de la pression artérielle diastolique ou systolique entre un groupe de patient informé sur l'histoire naturelle de la maladie et un autre groupe témoin (5).

De même, Johnson and al ne mettent pas en évidence une meilleure observance du traitement de sortie chez les patients recevant une information orale et écrite à la sortie des urgences, versus une information orale seule, toute pathologie confondue (10).

A contrario, l'analyse du critère secondaire met en évidence une différence statistiquement significative en faveur du groupe d'intervention. C'est-à-dire que le fait d'informer le patient sur la physiopathologie de la colique néphrétique a permis une prise de conscience de sa part sur le mécanisme de sa maladie et sur le fait qu'il peut agir pour éviter la récurrence.

La réserve que l'on peut émettre est que nous avons évalué la fréquence du tamisage des urines et non la fréquence de récupération et d'analyse du calcul. L'objectif était de susciter une modification de l'attitude du patient et non pas la réussite du tamisage.

En réalité, très peu de patients ont récupéré le calcul.

Le retour d'expérience décrit par les patients lors de nos appels téléphoniques fait état de difficultés techniques pour le filtrage des urines, rendant sa réalisation difficile sur leur lieu de travail ou de loisirs.

Il serait donc intéressant pour les différents acteurs de la filière de soins de la colique néphrétique (urgentiste, généraliste, urologue, pharmacien) de réfléchir à un dispositif permettant une facilitation de ce tamisage et donc une amélioration des résultats en termes de fréquence de récupération du calcul.

Les recommandations concernant le bilan métabolique chez les patients lithiasiques ont évolué ces dernières années. Ainsi, dans la conférence de consensus de la SFMU, il est spécifié que le bilan métabolique à visée étiologique ne doit être réalisé que dans certaines situations (18). Depuis peu, les experts recommandent la réalisation de ce bilan dès le premier épisode (38, 39). Dans tous les cas, l'analyse du calcul tient une place centrale dans l'enquête étiologique.

Il est donc primordial que le patient soit sensibilisé à l'importance du tamisage et surtout que des solutions soient trouvées afin de le faciliter.

Cette étude montre ainsi que l'information écrite sur la physiopathologie de la colique néphrétique a permis aux patients de mieux comprendre le mécanisme de leur maladie, et ils ont ainsi saisi l'importance de l'analyse du calcul pour éviter la récurrence.

La FIP que nous avons rédigée pour ce travail démontre son efficacité dans le changement de comportement du patient à sa sortie d'un service des urgences.

Ce résultat vient corroborer les résultats d'études antérieures. Ces FIP apparaissent comme des outils intéressants à utiliser à la sortie d'un service d'urgences ou en soins primaires.

Kenny and al ont démontré qu'en médecine générale, le médecin se sent souvent obligé de prescrire un médicament au terme de la consultation médicale. Le fait de donner une FIP peut être une alternative à cette prescription systématique, comme par exemple donner un document sur la dépression avant d'instaurer un traitement. Cela peut alors aider le patient à poser des questions appropriées (1, 24).

Mais leur utilisation reste trop rare : 97% l'utiliserait, 34% quotidiennement, 47% une fois par semaine et 20% moins d'une fois par semaine (1).

Toutefois, certains points négatifs ont été relevés dans d'autres travaux.

Il semblerait que seulement 80% des patients lisent cette fiche (1). Ce document serait susceptible de majorer l'anxiété du patient relative à sa maladie ou son traitement et de majorer la survenue d'effets indésirables (1).

Il est par ailleurs évident que ces fiches ne doivent pas se substituer à une information donnée par oral par le médecin (1). Il est vrai que l'information donnée par oral est le plus souvent oubliée par les patients (1) mais son impact reste indéniable, comme le démontre le facteur de confusion que nous avons mis en évidence dans notre étude.

L'information écrite doit être un outil pour améliorer la compréhension du patient et son adhésion au traitement.

En outre, malgré de bons résultats en termes de compréhension chez les patients interrogés, ces FIP restent non accessibles aux patients aveugles ou malvoyants, illettrés, et ne parlant pas ou peu français (12). D'autres fiches devront être élaborées pour ce type de population.

5. Conclusion

Cette étude nous livre deux résultats intéressants.

En dépit d'une information sur la physiopathologie de la maladie, nous n'avons pas pu mettre en évidence une augmentation significative de la fréquence de consultation chez le médecin traitant au décours d'un passage aux urgences. Cela peut s'expliquer par la difficulté pour prendre rendez-vous dans un délai relativement court et par la particularité de la séméiologie de la colique néphrétique qui se manifeste par une douleur brutale rapidement réversible et donc n'incitant pas à une consultation rapprochée.

Cependant, cette information aura tout de même permis de susciter chez les patients une modification de leur attitude vis-à-vis du tamisage des urines, puisque nous avons mis en évidence une différence significative en faveur du groupe d'intervention. Le mécanisme de cette maladie étant assez facile à comprendre, les patients ont probablement perçu l'importance de l'analyse du calcul.

Mais l'intérêt de l'étude ne se limite pas seulement à ces objectifs. Elle aura permis notamment à l'ensemble du personnel médical (médecin sénior et interne) d'adopter une conduite à tenir diagnostique et thérapeutique consensuelle, basée sur la conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence. Le fait d'avoir mis en place ce travail a incité chacun à respecter les critères d'hospitalisation ou de traitement en ambulatoire.

Cela aura aussi permis au personnel médical d'attirer une attention plus grande aux consignes données par oral à la sortie du patient des urgences.

Le regret qui demeure présent au terme de ce travail est de ne pas avoir pu augmenter la fréquence de consultations de suivi chez le médecin généraliste après le passage aux urgences. Or, quand on connaît l'impact d'une telle consultation en termes de morbi-mortalité, on peut se demander s'il n'y a pas d'autres moyens à mettre en œuvre pour remplir cet objectif.

Qureshi and al ont étudié les facteurs associés à un échec de suivi chez le généraliste. On retrouve l'absence de médecin généraliste régulier, l'absence de couverture maladie et

l'absence d'informations sur le motif de leur reconsultation. La raison la plus souvent évoquée par le patient est qu'il ne jugeait pas celle-ci nécessaire (26).

Plusieurs travaux ont été menés dans l'objectif d'améliorer la fréquence de consultations au décours d'un passage aux urgences. Biese and al ont ainsi démontré qu'un appel téléphonique effectué par une infirmière un à trois jours après la sortie des urgences permettait de les rendre plus enclin à consulter un professionnel de santé dans les 5 jours suivants (32). Barlas and al ont mis en évidence que les patients qui étaient redirigés vers une consultation dans un service d'urgences avaient un meilleur taux de suivi que ceux qui étaient redirigé vers un médecin généraliste ou une clinique (40). Baren and al ont, quant à eux, constaté que le fait qu'un professionnel de santé prenne rendez-vous directement pour le patient permettait d'améliorer significativement les résultats (29).

Il incombe donc à chaque service d'urgences de mettre en oeuvre les moyens à sa disposition pour augmenter cette fréquence de consultation de suivi. Cela est primordial pour la continuité des soins mais aussi pour éviter les reconsultations aux urgences pour un même motif (1).

Bibliographie

- (1) Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J, Newton LD, Newton DP and al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Family Practice*. 1998 ; 15 :471-9.
- (2) HAS. Guide méthodologique: Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Service des recommandations professionnelles. Juin 2008.
- (3) Coudeyre E, Poiraudreau S, Revel M, Kahan A, Drape JL, Ravaud P. Beneficial effects of information leaflets before spinal steroid injection. *Joint Bone Spine*. 2002; 69(6):597-603.
- (4) Petrie KJ, Perry K, Broadbent E, Weinman J. A text message programme designed to modify patients' illness and treatment beliefs improves self-reported adherence to asthma preventer medication. *The British Journal of Health Psychology*. 2012; 17:74-84
- (5) Watkins CJ, Papacosta AO, Chinn S, Martin J. A randomized controlled trial of an information booklet for hypertensive patients in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1987; 37(305):548-50.
- (6) Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J and al. The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit. *Ann Readapt Med Phys*. 2006; 49(8):600-8.
- (7) Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ*. 1998; 316(7149):1948-52.
- (8) Carre PC, Roche N, Neukirch F, Radeau T, Perez T, Terrioux P, and al. The effect of an information leaflet upon knowledge and awareness of COPD in potential sufferers. A randomized controlled study. *Respiration*. 2008; 76(1):53-60.
- (9) Adepu R, Swamy MK. Development and Evaluation of Patient Information Leaflets (PIL) Usefulness. *Indian J Pharm Sci*. 2012; 74(2):174-8.
- (10) Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patient being discharged from acute hospital settings to home (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2008.
- (11) Sandler DA, Mitchell JRA, Fellows A, Garner ST. Is an information booklet for patient leaving hospital helpful and useful. *BMJ*. 1989; 298:870-4.
- (12) Jeannet E, Cozon-Rein L. Evaluation de l'impact des fiches d'information patient sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine

générale. (Thèse de doctorat d'université). Grenoble : Université Pierre Fourier Faculté de médecine ; 2011.

- (13) Stoven J, Benhamou PY, De Gaudemaris R, Zaoui P. Efficacité bioclinique de l'éducation thérapeutique des diabétiques de type 2 au centre d'éducation diabétique et diététique de Nouvelle-Calédonie. (Thèse de doctorat d'université). Grenoble : Université Joseph Fourier Faculté de médecine ; 2013.
- (14) Gauron A, Pison C, Jouk PS, Llerena C. Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique des enfants asthmatiques au sein d'une école de l'asthme : les jeux de l'air. (Thèse de doctorat d'université). Grenoble : Université Joseph Fourier Faculté de médecine, 2010.
- (15) Person M. Education thérapeutique et BPCO. Comment évaluer l'intégration des connaissances chez des patients BPCO : utilisation des cartes conceptuelles. Mémoire pour l'obtention du diplôme de l'IFPEK Rennes. 2011.
- (16) Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Revue médicale suisse. 2009 ; 196 :688-690.
- (17) Carpentier X, Traxer O, Lechevallier E, Saussine C. Physiopathologie de la colique néphrétique. Progrès en urologie. 2008 ;18 :844-8.
- (18) El Khebir M, Fougeras O, Le Gall C, Santin A, Perrier C, Sureau C and al. Actualisation 2008 de la 8ème conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences = Updating 2008 of 8th Conference of consensus of the French Society of medical emergencies of 1999. The treatment of adult renal colic by the emergency services and in ER. 2008.
- (19) Kraemer M,. Evaluation de la prise en charge des coliques néphrétiques aux urgences de Grenoble sur l'année 2010, par rapport à la conférence de consensus de 2008. (Thèse de doctorat d'université). Grenoble : Université Joseph Fourier faculté de médecine ; 2011.
- (20) Fidahussein SS, Croghan IT, Cha, Stephen S, Klocke DL. Post hospital follow up visits and 30-day readmission rates in COPD. Risk management and healthcare policy. 2014;7:105-12.
- (21) Schull MJ. Making aftercare more than an afterthought : patient follow-up after emergency department discharge in Ontario. Helathcare Quaterly. 2014;17(2):11- 3.
- (22) Sustersic M, Meneau A, Dremont R, Bosson JL. Fiches d'information patient: quelle méthodologie? La revue du praticien Médecine générale. 2007;790:1167-8.
- (23) Mansoor LE, Dowse R. Medicines information and adherence in HIV/AIDS patients. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2006 ; 31 : 7-15.

- (24) Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient pas la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. (Thèse de doctorat d'université). Grenoble: Université Joseph Fourier, faculté de médecine; 2007.
- (25) Weiner JB, Nagurney TJ, Brown DFM, Sane S, Wang CA. Duration of symptoms and follow-up patterns of patients discharged from the emergency department after presenting with abdominal or flank pain. *Family Practice*. 2004, 21(3):314-6.
- (26) Qureshi R, Asha SE, Zahra M, Howell S. Factors associated with failure to follow up with a general practitioner after discharge from the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2012; 24:604-9.
- (27) Bazarian J, Hartman M, Delahunta E. Minor head injury : predicting follow-up after discharge from the Emergency Department. *Brain Injury*. 2000;14(3):285-94.
- (28) Vinker S, Kitai E, Or Y, Nakar S. Primary care follow up of patients discharged from the emergency department : a retrospective study. *BMC Family Practice*. 2004;5(16):1-6.
- (29) Baren JM, Boudreaux ED, Brenner BE. Randomized controlled trial of emergency department interventions to improve primary care follow-up for patient with acute asthma. *Chest*, 2006, 129 (2), 257 - 265.
- (30) Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *J. Gen. Intern. Med*. 2008; 23: 1228-33.
- (31) Code de déontologie médicale. Titre 2 : Devoirs envers les patients. Article 35. 2004
- (32) Biese K, LaMantia M, Shofer F, McCall B, Roberts E, Stearns SC, Principe S, Kizer JS, Cairns CB, Busby-Whitehead J. A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. *The Society for Academic Emergency Medicine*. 2014; 21(2):188-195.
- (33) Daudon M. Epidemiology of nephrolithiasis in France. *Ann Urol (Paris)*, 2005; 39(6): 209-231.
- (34) Turkcuier I, Serinken M, Karcioğlu O, Zncir M, Keysan MK. Hospital cost analysis of management of patients with renal colic in the emergency department. *Urol Res*, 2010; 38: 29-33
- (35) Macneil F, Bariol S. Urinary stone disease – Assesment and mangement. *Australian Family Physician*, 2011 ; 40 : 772-775
- (36) Daudon M. Pourquoi et comment analyser un calcul urinaire ? *Progrès en urologie FMC*, 2007; 17:2-6.

- (37)Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? Investigation par la méthode qualitative des focus groups. La revue du praticien Médecine générale. 2003;17 (612):653-6.
- (38)Traxer O, Lechevallier E, Saussine C. Bilan métabolique d'un patient lithiasique. Le rôle de l'urologue. Progrès en urologie, 2008 ; 18(12) :849-856.
- (39)Turk C, Chair V, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C. Guidelines on urolithiasis. European association of urology. 2014.
- (40)Barlas D, Homan, CS, Rakowski J, Houck M, Thode HC. How well do patients obtaine short-term follow-up after discharge from the emergency department ? Annals of Emergency Medicine, 1999 ; 34(5) : 610-614.

Annexes

1. Annexe 1 : Recommandations à remettre par écrit aux patients non hospitalisés, en les ayant expliquées. Conférence de consensus de 2008 de la SFMU sur la prise en charge des coliques néphrétiques aux urgences.



COLIQUES NEPHRETIQUES

Recommandations au patient non hospitalisé

- 1 Poursuivez le traitement comme prescrit
Ne modifiez pas les doses sans avis médical

- 2 Tamisez les urines au travers d'un grand filtre à café et conservez tous les calculs expulsés que vous apporterez lors de la consultation prévue.

- 3 Buvez normalement en répartissant bien les prises au cours de la journée.
Manger normalement.

- 4 Mesurez votre température tous les matins.

Consultez en *urgence* en cas de :

- fièvre vérifiée, à 38° ou plus,
 - frissons,
 - vomissements,
- 5 - réapparition ou modification de la douleur,
- malaise,
- urines rouges,
- si vous n'urinez pas pendant 24 heures.
- 6 Faites faire les examens éventuellement prescrits, comme prévu, et apportez les résultats à la consultation.

Attention : la disparition de la douleur ne signifie pas que vous soyez guéri.

Il faut faire les examens et consulter comme prévu, dans tous les cas.

Centre Hospitalier d'Arcachon - 5, allée de l'Hôpital - BP 40140 - 33164 LA TESTE DE BUCH CEDEX
Tél. 05 57 52 90 00
www.ch-arcachon.fr - adresses e-mail : prenom.nom@ch-arcachon.fr

2. Annexe 2 : Recommandations remises aux patients avec volet relatif à la physiopathologie de la colique néphrétique

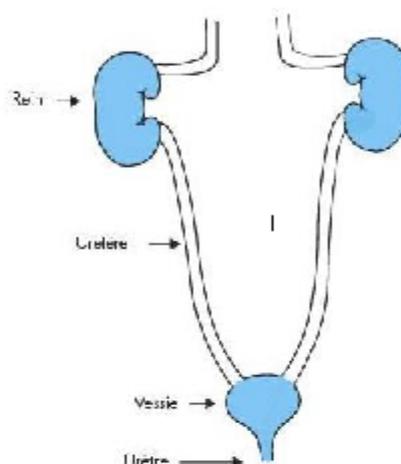
Vous avez été hospitalisé(e) dans le service des urgences pour une colique néphrétique.

Qu'est-ce qu'une colique néphrétique ?

C'est le blocage brutal des voies urinaires par un calcul, c'est-à-dire, un petit caillou.

Les voies urinaires comprennent :

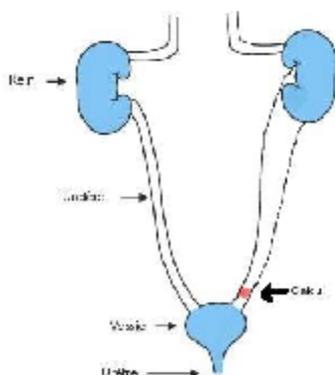
- Les reins : ils sont deux, et sont responsables de la production de l'urine.
- Les uretères : un à droite, un à gauche, ils acheminent l'urine du rein à la vessie.
- La vessie.



Le calcul se forme dans les reins.

La formation du calcul peut être la conséquence de deux choses :

- Soit d'une maladie dont la conséquence est la formation d'un calcul.
- Soit d'erreurs alimentaires : manque de calcium, excès de protéines animales, manque d'hydratation.



Une fois formé, il passe dans l'uretère et se bloque à l'endroit où le diamètre est le plus petit.

Ce blocage brutal entraîne une accumulation d'urine au dessus du calcul. Cela crée une dilatation des voies urinaires, responsable d'une douleur intense.

Le traitement prescrit par le médecin va permettre de faciliter l'élimination du calcul par les voies naturelles.

Pour ne pas passer à côté d'une éventuelle maladie et pour éviter une récurrence, il est impératif que vous suiviez les conseils suivants :

- **Prendre le traitement pendant la durée prescrite par le médecin, sans modifier la dose.**
- **Tamiser vos urines à l'aide d'un filtre à café pour récupérer le calcul.**
- **Déposer votre calcul au laboratoire :** l'analyse de sa composition permettra à votre médecin traitant de déterminer la cause de sa formation.
- **Récupérer le compte-rendu de votre scanner au plus tôt.**
- **Surveiller votre température deux fois par jour.**
- **Consulter votre médecin traitant dans 3 à 7 jours avec votre courrier médical et votre scanner.** Cette consultation est indispensable afin de :
 - o S'assurer de la bonne évolution de l'épisode.
 - o S'assurer que l'analyse du calcul a bien été faite.
 - o Demander un avis auprès d'un spécialiste selon la composition du calcul ou le caractère récidivant des crises.
 - o Mettre en place des règles diététiques en vue d'éviter la récurrence.
- **Consulter en urgence si :**
 - o Fièvre, frissons.
 - o Vomissements.
 - o Absence d'élimination d'urine pendant 24 heures.
 - o Sang dans les urines.
 - o Malaise.
 - o Réapparition ou modification de la douleur.

*Centre Hospitalier d'Arcachon, Avenue Jean Hameau 33260 La-Teste-De-Buch
Tel : 05.57.52.90.00*

Résumé en français

Introduction :

La communication est le fondement de la relation médecin-malade. Elle peut être renforcée par l'utilisation de documents écrits, en complément de l'information orale. En médecine générale, plusieurs travaux ont démontré l'intérêt des FIP sur la modification du comportement du patient. La sensibilisation du patient aux bases physiopathologiques de son affection est le pilier des programmes d'éducation thérapeutique.

La prise en charge dans un service d'urgences doit être le point de départ d'une prise en charge globale, dont le médecin généraliste reste l'acteur central. Il a été prouvé qu'une consultation de suivi chez un médecin généraliste au décours d'un passage aux urgences était associée à une réduction de la morbi-mortalité dans certaines pathologies.

La colique néphrétique, lorsqu'elle est traitée en ambulatoire, est un exemple de pathologie pour laquelle une consultation de suivi est indispensable pour s'assurer de la bonne évolution et initier un suivi.

Matériel et Méthodes :

Etude expérimentale, randomisée, analytique, comparative, unicentrique, aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon, réalisée de février 2015 à août 2015.

Deux documents ont été rédigés. Le premier présentant les consignes de surveillance à domicile de la colique néphrétique préconisées par la SFMU. Le second contenant ces mêmes consignes, associées à un volet relatif à la physiopathologie de la colique néphrétique.

Tous les patients consultant pour une colique néphrétique et traités en ambulatoire étaient inclus. Ils recevaient aléatoirement l'un des deux documents.

Deux questions étaient posées par téléphone au patient 7 à 10 jours après son passage : avez-vous consulté votre médecin traitant ? Avez-vous tamisé vos urines ?

Résultats :

78 patients ont été inclus dans cette étude.

Les patients ayant reçu une information sur la physiopathologie de la colique néphrétique n'ont pas présenté une fréquence de consultation supérieure chez leur médecin traitant par rapport au groupe contrôle (56,76% vs 56,10% avec p 0.953).

Les patients ayant reçu une information sur la physiopathologie de la colique néphrétique ont plus souvent tamisé leurs urines que les patients du groupe contrôle (67,57% vs 43,9% avec p 0.037).

Conclusion :

L'utilisation de FIP ne permet donc pas à elle seule d'obtenir un meilleur taux de consultation de suivi chez le généraliste après un passage aux urgences. Cependant, le tamisage des urines, point clé de la prévention de la récurrence, a été plus souvent réalisé chez les patients informés.

Il incombe dorénavant à chaque service d'urgences de mettre en œuvre les moyens à sa disposition pour augmenter la fréquence de consultation de suivi.

Mots clés : Brochure pédagogique pour les patients, colique néphrétique, continuité des soins, service hospitalier d'urgences, information en santé des consommateurs, médecine générale

Résumé en anglais

Introduction :

Communication is the foundation of the doctor-patient relationship. This communication can be reinforced by using leaflets, as a supplement to oral information. Several studies have shown the interest of such pamphlets in primary care: it was associated with a change in patients' behavior. An information about his illness's physiopathology is at the root of the therapeutic education programs.

Care realised in Emergency Department should be the starting point of a global care led by the primary care physician. It has been proved that a primary-care follow-up was associated with a reduction of morbi-mortality in several pathologies.

Renal colic can be managed in out-of-hospital care. A follow-up is essential to ensure that the evolution is satisfactory and to start a long-term follow-up.

Methods :

Randomized, double-blinded, comparative and unicentric study, led in Arcachon' Hospital, from february 2015 to august 2015.

Two pamphlets were written. One of them explained the instructions that the patient had to respect after his discharge from the Emergency Department, while the other one explained these instructions and the physiopathology of renal colic.

Every patient who presented a renal colic which could be managed out-of-hospital were included. And they randomly received one of the documents.

Through a phone call, two questions were asked to the patient between day 7 and day 10 : have you consulted your primary care physician since the day you have been discharged from the Emergency Department? Have you sifted your urine?

Results :

78 patients have been included.

Patients who received an information about physiopathology of renal colic didn't present a higher rate of consultation at the primary-care doctors' practice (56,76% vs 56,10% with p 0.953).

By opposition, patients who received an information about physiopathology present a higher rate of urine sifting than patients who received the instructions alone (67,57% vs 43,9% avec p 0.037).

Conclusion :

Using pamphlets doesn't improve primary care follow-up after a discharge from Emergency Departments, but it has engendered a modification in patient behavior since they have more frequently realised urine sifting.

Emergency Departments must think of other ways to improve the rate of primary-care follow up after a discharge.

Key words: Patient education handout, renal colic, continuity of patient care, emergency department, consumer health information, general practice.

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.