



HAL
open science

Évaluation d'une fiche de recueil des informations du dossier médical remplie par les patients à leur admission dans un service d'urgence

Marie Larpin

► To cite this version:

Marie Larpin. Évaluation d'une fiche de recueil des informations du dossier médical remplie par les patients à leur admission dans un service d'urgence . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01626775

HAL Id: dumas-01626775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01626775>

Submitted on 31 Oct 2017

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 Bordeaux 2 – Victor Segalen
Année 2017
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 octobre 2017

par Marie LARPIN

Née le 25 Avril 1988 à Montpellier

**Evaluation d'une fiche de recueil des informations
du dossier médical remplie par les patients à leur
admission dans un service d'urgence.**

Directeur

Monsieur le Docteur Arthur Lehel

Jury

Monsieur le Professeur Matthieu Biais	Président
Monsieur le Professeur Michel Galinski	Juge
Monsieur le Docteur Laurent Magot	Rapporteur
Monsieur le Docteur Christophe Adam	Juge
Monsieur le Docteur Pierre Chanseau	Juge
Monsieur le Docteur Arthur Lehel	Juge

Remerciements

Au jury

A monsieur le Professeur Matthieu Biais,

Vous m'avez fait un très grand honneur en acceptant de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail et de votre confiance. Merci également d'avoir accepté mon intégration au sein du DESC de Médecine d'urgence me permettant de faire de cette discipline mon exercice futur. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A monsieur le Professeur Michel Galinski,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci également de m'avoir apporté votre aide pour l'analyse statistique de ce travail. Je vous prie de croire en mon plus profond respect.

A monsieur le Docteur Laurent Magot,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Des séances d'aide à la thèse à l'acheminement de ce travail, vous avez contribué par vos remarques et suggestions à améliorer la qualité de ce travail, et je vous en suis très reconnaissante. Soyez assuré de mon grand respect et de ma profonde gratitude.

A monsieur le Docteur Christophe Adam,

Je suis heureuse et honorée de vous compter parmi les membres de mon jury. Ce fut un plaisir de suivre votre enseignement au cours du troisième cycle de mes études. Je vous prie de croire en mon plus profond respect et ma grande considération.

A monsieur le Docteur Pierre Chanseau,

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de participer à ce jury. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoigné et de votre soutien au cours de ma formation initiale d'urgentiste. C'est avec un grand plaisir que je rejoins l'équipe médicale des urgences de Pau. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de toute ma reconnaissance.

A monsieur le Docteur Arthur Lehel,

Merci Arthur d'avoir dirigé ce travail de thèse et de ton implication tout au long de ce projet. Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et ton soutien. J'ai beaucoup appris à tes côtés aux urgences et c'est un réel plaisir que de rejoindre bientôt l'équipe. Je te prie de croire en mon plus profond respect.

A l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail, notamment les agents d'accueil du service des urgences de Pau.

Aux médecins que j'ai rencontré

Au Docteur Burugorri,

Merci pour ce stage Cathy, j'ai beaucoup appris à tes côtés. Merci de m'avoir fait partager de si bons moments.

Au Docteur Courtault,

Pour son enseignement et son soutien au cours de mon premier semestre.

A ma famille

A mes parents,

Merci de m'avoir supporté toutes ces années. De la P1 au Serment d'Hippocrate vous m'avez soutenu et fait confiance. Je vous dois énormément. (sauf en ce qui concerne les conseils

médicaux basés sur l'utilisation d'huiles essentielles et le goût des geste invasifs)

A mes frères,

Qui m'ont toujours soutenu dans mon parcours et souvent témoigné leur admiration...

A ma grand mère,

Merci pour tout, tes conseils, ta simplicité, ton caractère bien trempé dont on a peut être bien hérité et ta manie de faire absolument tout ce que ton médecin te déconseille de faire.

A Jacques, Viviane, Laure-Anne, Flore,

A tout ces bons moments avec vous, sur des thèmes davantage gastronomiques que médicaux mais tout de même !

A mes proches

A Quentin,

Merci de m'avoir supporté ces longs mois (bien que je pense mériter des fleurs aussi).

Merci pour tes conseils dans les moments de doute. Une nouvelle étape en prévision, mais je crois qu'on commence à être rodés.

A la Dream-team: Clochou, Cam-Cam Dadou et Vicou,

Merci pour tout les moments qu'on a partagé, les voyages à l'étranger à dormir par terre, les séances de massage apocalyptiques, les fiestas, la semaine sacrée, Clochou et son cubis Kiki et ses culs secs, les vies inventées au comptoir, la wingmanerie, les danses de genoux, les footing potins. Merci d'être là.

A Claudus, Valou, Malek et Latif,

Pour m'avoir toujours accueilli chaleureusement et fait partager de très bon moments.

A Fleury Michon et la troupe lozérienne

Tout a commencé par des coeurs de palmier...Une belle amitié depuis.

Aux copains médecine,

A Robin et Gabelou pour leurs gestes affectueux, à Bapt l'homme des bois, à Juju le fou et ses stylos alignés, à Paulo et Youssef.

A Ana,

Merci pour ton amitié, l'histoire médecine commence avec toi « 68! Marie », merci pour la relecture de mon travail, merci à tes parents d'avoir été de si bons coachs.

A Ninis et Mado,

Pour leur soutien sans faille même avec un pot de crayon dans les cheveux.

A Lulu,

Ma co-interne attirée ! Merci Lulu d'avoir collaboré aux recommandations « Larpin-Dechansiaud ». Merci de ta joie de vivre, de nos fous rires, de nos voyages et escapades, de ton caractère de cochon parfois, des pâtés de mamie Janine.

Aux filles de Bordeaux,

A mes copines de Mont-de-Marsan : Aurore, Jojo et Nanus: Y'a eu Londres, Copenhague mais surtout le Grand Moun...

Aux filles de Pau: Pinguette la néo triathlonaïse, Hélène Noel toujours partante pour absolument tout et... ophtalmologue. A Lacharmette et son champagne, merci pour tes conseils. A Marion et V dit le couple parfait. A Mazu.

Aux copains du DESC,

Au vieux Benou amateur de notre canapé bordelais et professionnel de l'empathie

A Alice et sa jolie robe malheureusement trop peu portée et Cécile (« toi aussi tu galères là?! »)

Aux collocs,

A Mezzo le bon vivant, Alex le petit oiseau sorti du nid, Amaury dit superman, Mich le compagnon de sport et d'escapade basquaise, toujours prêt à venir taper à la porte...

Table des matières

Abréviations

1. Introduction

1. Une fréquentation des services d'urgence en augmentation
2. Des auto-questionnaires d'anamnèse pouvant optimiser le recueil d'informations
3. Une évaluation limitée des auto-questionnaires dans le contexte des urgences
4. Question de recherche, hypothèse et objectifs

2. Matériel et Méthodes

1. Type d'étude
2. Consentement des patients et déclaration à la CNIL
3. Population source
 1. Critères d'inclusion
 2. Critères d'exclusion
4. Critères de jugement
 1. Critère de jugement principal
 2. Critères de jugement secondaires
5. Déroulement de l'étude
6. Mode de traitement des données

3. Résultats

1. Participation et diagramme de flux
2. Description de l'échantillon
3. Taux de remplissage des auto-questionnaires
 1. Remplissage global
 2. Remplissage par item
4. Évaluation de la satisfaction et de la compréhension des patients
5. Comparaison des items de l'auto-questionnaire à l'anamnèse du médecin

1. Antécédents médicaux
2. Antécédents chirurgicaux
3. Traitement habituel
4. Facteurs de risques cardio-vasculaires
5. Vaccination DTP
6. Allergies
7. Spécialiste et lieu de suivi
8. Fragilités et dépendances

4. Discussion

1. Discussion de la méthode
 1. Une étude originale sur un sujet peu exploré en France
 2. Elaboration de l'auto-questionnaire
 1. Méthode d'élaboration
 2. Modifications apportées après la phase de pré-test
 3. Choix de la période et des horaires
 4. Forces de l'étude
 5. Limites de l'étude
 6. Biais de l'étude
2. Discussion des résultats
 1. Taux de participation à l'étude
 2. Taux de remplissage des questionnaires
 3. Compréhension et satisfaction des patients
 4. Comparaison des items de l'auto-questionnaire à l'anamnèse du médecin
3. Propositions de modifications de l'auto-questionnaires
 1. Des modifications qui pourraient déjà être effectuées
 2. Des études complémentaires à réaliser
 1. Des études auprès des médecins urgentistes pour établir un cahier des charges du contenu des auto-questionnaires
 2. Des études sur la compréhension des items par les patients
4. Perspectives et travaux à venir

1. Étudier l'utilité de l'auto-questionnaire pour le médecin
2. Possibilité d'évolution de l'auto-questionnaire vers les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

5. Conclusion

6. Bibliographie

7. Annexes

1. Annexe 1 : Version définitive du QAA utilisé pour l'étude
2. Annexe 2 : Première version test de l'auto-questionnaire
3. Annexe 3 : Questionnaire issu de l'étude « Controlled trial of a patient-completed history questionnaire »
4. Annexe 4 : Questionnaire utilisé par le MAIA
5. Annexe 5 : Observation médicale papier utilisée dans le service d'urgence du Centre Hospitalier de Pau

Serment d'Hippocrate

Résumé

Abréviations

ANSP : Agence Nationale de Santé Publique

AVC : Accident vasculaire cérébral

CH: Centre Hospitalier

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTP: Diphtérie-tétanos-poliomyélite

HTA: Hypertension artérielle

IDM: Infarctus du myocarde

IOA: Infirmière organisatrice de l'accueil

MAIA: Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

QAA: Questionnaire auto-administré

1. Introduction

1.1. Une fréquentation des services d'urgence en augmentation

La fréquentation des services d'urgences est en constante augmentation.

Un rapport de la Sécurité sociale de 2014 sur les urgences hospitalières montre qu'après avoir doublé de 1990 à 2001, passant de 7 à 14 millions de passages, la fréquentation des urgences hospitalières s'est encore accrue de près de 30 % en 10 ans avec en 2012 plus de 18 millions de passages dans l'année (1).

L'augmentation de fréquentation des urgences depuis une dizaine d'années peut être en partie expliquée par la croissance démographique (+7% de 2001 à 2012) et par un vieillissement de la population, avec notamment, des consultations répétées aux urgences des personnes âgées (2).

La surcharge des services d'urgence entraîne une augmentation du délai de prise en charge et de la morbi-mortalité (3). On constate dans ces services un recueil des informations médicales souvent incomplet du fait du manque de temps imparti aux médecins. Certaines informations manquantes peuvent alors nuire à la qualité de la prise en charge globale des patients.

Une étude américaine s'est ainsi intéressée aux difficultés rencontrées par le personnel soignant lors du recueil des traitements habituels des patients admis aux urgences. Le temps consacré à récupérer ces informations pouvait être important et nécessiter l'intervention de plusieurs interlocuteurs (proche du patient, médecin traitant, pharmacien...). Parmi les 209 patients inclus, 180 nécessitaient l'intervention de plusieurs membres de l'équipe médicale pour collecter les informations nécessaires (4).

Concernant les délais de prise en charge aux urgences, une étude a montré que la perception du délai d'attente par les patients était majorée en cas d'anxiété, d'incertitude et de temps d'attente inoccupé (5). Il semble que les patients soient parfois amenés à patienter plusieurs heures en salle d'attente sans que ce temps soit mis à profit par les équipes des urgences.

1.2. Des auto-questionnaires d'anamnèse pouvant optimiser le recueil d'informations.

Dans ce contexte, nous avons cherché à améliorer les prises en charge de notre structure d'urgence en essayant de trouver un moyen d'optimiser le temps passé par les patients en salle d'attente. Nous avons souhaité faire participer les patients à leur propre prise en charge en leur soumettant un questionnaire en salle d'attente, comportant les informations médicales les concernant.

Nous avons fait des recherches bibliographiques relatives aux auto-questionnaires utilisés en pratique courante et à l'étude. Ces outils, couramment employés en odontologie, anesthésie et addictologie, ont fait l'objet de plusieurs travaux, notamment en France, où ils ont été étudiés au sein des cabinets de médecine générale (6-10). Un travail de thèse réalisé en 2012 à Bordeaux a ainsi montré que les questionnaires auto-administrés en médecine générale pouvaient faciliter les premières consultations des patients en cabinet (10).

Ces outils semblent présenter de nombreux avantages, parmi lesquels :

- Un recueil d'informations plus exhaustif, avec près de 100% des informations contre 66% recueillies au mieux à l'aide d'un interrogatoire sans support pré-établi (10).
- Un gain de temps important avec une plus grande exhaustivité dans un laps de temps réduit (11).
- Une qualité de l'information recueillie indépendante de l'état d'esprit du médecin et de son état de fatigue.
- Une harmonisation des pratiques des médecins grâce à l'utilisation d'une trame pré-établie.
- Le faible coût et le peu de ressources humaines nécessaires à la mise en place de ce type d'outil.

Par ailleurs, l'une des préoccupations récurrentes des enquêteurs est l'impact supposément néfaste de ces outils sur la relation médecin-malade. Ceci a donc été évalué et, force est de

constater, qu'il ne semble pas y avoir de conséquence négative identifiées (10,12).

Reste que, les auto-questionnaires, malgré leurs nombreux avantages, demeurent des outils d'aide à la consultation. Ils ne peuvent en aucun cas se substituer à l'interrogatoire du malade par le médecin (13).

1.3. Une évaluation limitée des auto-questionnaires dans le contexte des urgences

Concernant l'application des QAA au sein des services d'urgence, la pauvreté bibliographique en langue française contraste avec les nombreuses études anglophones disponibles sur les bases de données automatisées. Les études disponibles portent sur l'apport des QAA en pratique d'urgence. Elles évaluent les capacités du patient à remplir le questionnaire, le gain de temps apporté par ces outils, la quantité et la qualité des informations recueillies et, enfin, le ressenti des médecins et patients. Certaines études s'intéressent également à l'implantation d'ordinateurs en salle d'accueil des urgences dotés de programmes informatiques permettant au patient de remplir sa propre anamnèse.

Dans le cadre de l'utilisation en pratique des auto-questionnaires il demeure cependant des zones d'incertitude:

- Concernant l'application des auto-questionnaires dans le domaine de l'urgence il n'existe pas de modèle validé adapté à un service d'urgence français.
- La capacité des patients à renseigner les informations médicales les concernant dans le contexte d'une consultation non préparée aux urgences, bien qu'ayant déjà été analysée aux Etats-Unis (16), n'a pas encore été étudiée en France.
- Même si les études réalisées ne semblent pas relater de nuisances ressenties par le patient, l'évaluation par ces derniers des auto-questionnaires n'a pas, non plus, fait l'objet d'un nombre suffisant d'études et doit encore être documentée.

1.4. Question de recherche, hypothèse et objectifs

La question que nous nous sommes posée est: quelle est la faisabilité et l'utilité du remplissage par le patient d'une fiche de recueil comprenant les antécédents, les traitements, les allergies, les vaccinations et le mode de vie, avant une consultation dans un service d'urgence ?

L'hypothèse que nous avons émise est que la mise en place d'une fiche de recueil comprenant les antécédents, les traitements, les allergies, les vaccinations et le mode de vie est réalisable et permet de recueillir des informations potentiellement utiles au médecin urgentiste.

Afin d'être en mesure de répondre à cette question et de vérifier notre hypothèse nous avons défini les objectifs suivants :

Objectif principal :

- Etudier la faisabilité de l'utilisation d'une fiche permettant de recueillir les antécédents, traitements, allergies, vaccination et mode de vie dans un service d'urgence.

Objectifs secondaires:

- Déterminer les items pour lesquels l'auto-questionnaire représente un apport comparé à l'interrogatoire du médecin urgentiste.
- Evaluer la compréhension et la satisfaction des patients concernant la fiche de recueil.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche nous avons mené une étude quantitative transversale auprès de patients consultant dans le service d'urgence de l'hôpital de Pau.

2.2. Consentement des patients et déclaration à la CNIL

Le consentement des patients a été obtenu après leurs avoir délivré une information éclairée concernant le déroulement de l'étude et ses fins.

La demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été réalisée.

2.3. Population source

2.3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les patients majeurs sans limite supérieure d'âge qui s'étaient présentés aux urgences du Centre Hospitalier de Pau entre 8h et 20h pendant 4 jours consécutifs. Les patients étaient inclus indépendamment de leur degré de validité et de leur filière d'orientation.

2.3.2. Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude les patients :

- Agés de moins de 18 ans
- En incapacité de lire l'auto-questionnaire (déficit sensoriel, patients illettrés et barrière de langue)
- Refus de participation et absence d'identité indiquée sur l'auto-questionnaire
- Atteints de troubles cognitifs, de la conscience ou du comportement important objectivés au cours d'un entretien rapide avec eux en salle d'attente.

- Nécessitant l'administration d'un traitement en urgence : urgence code orange ou rouge. - à savoir principalement les suspicions d'accidents vasculaires cérébraux, de syndromes coronariens aigus et les patients hyper-algiques.

Ces critères d'exclusion ont été pris en compte en l'absence d'un accompagnant en mesure de délivrer les informations requises.

2.4. Critères de jugement

2.4.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le taux de remplissage de chaque question de la fiche de recueil permettant ainsi d'évaluer les éventuelles difficultés rencontrées par les patients.

2.4.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient le nombre d'items pour lesquels l'auto-questionnaire représentait un apport comparé à l'interrogatoire du médecin urgentiste.

Enfin la dernière partie du questionnaire s'attachait à évaluer la satisfaction et la compréhension des patients confrontés aux auto-questionnaires.

2.5. Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée aux Urgences Adultes du Centre Hospitalier de Pau, hôpital périphérique de la région Aquitaine.

Nous avons conçu un auto-questionnaire qui se présentait sur deux feuilles, recto-verso, format A4 et comprenant les items suivants :

- Partie administrative avec nom, prénom, date de naissance
- Poids
- Heure du dernier repas
- Profession
- Antécédents médicaux
- Suivi pluridisciplinaire: spécialiste et lieu de suivi
- Antécédents chirurgicaux

- Traitement habituel et récent
- Facteurs de risque cardio-vasculaires
- Allergies
- Vaccination antitétanique.

Une partie était dédiée aux aides techniques et humaines pour les personnes présentant des fragilités.

Enfin les deux dernières questions de l'auto-questionnaire portaient sur la compréhension et la satisfaction des patients. (Cf annexe n°1).

Recueil des données :

Postée aux cotés des agents d'accueil, j'ai distribué l'auto-questionnaire à tous les patients se présentant aux urgences en l'absence de critères d'exclusion identifiables.

Le questionnaire était destiné à être rempli dans la salle d'attente puis déposé aux agents d'accueil du service afin de ne pas être lu par le médecin qui recevait ensuite le patient.

De son côté, le médecin remplissait la feuille d'observation classique des urgences sans avoir connaissance du contenu de l'auto-questionnaire en ayant pour directive de remplir les observations médicales comme d'habitude.

Les informations issues de l'observation médicale étaient ensuite extraites et consignées lorsque les patients sortaient du service.

La comparaison entre les informations issues de l'auto-questionnaire et celles tirées de l'observation médicale était donc réalisée une fois le passage aux urgences terminé.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un test de faisabilité à l'aide d'une pré-étude réalisée entre le neuf et le onze avril 2016. Celui-ci a permis une mise à l'essai de notre auto-questionnaire et son amélioration avec l'élaboration d'une seconde version (Cf annexe n°1).

2.6. Mode de traitement des données

Afin de pouvoir renseigner notre critère de jugement principal, à savoir le taux de remplissage de l'auto-questionnaire, nous avons d'abord considéré les items du questionnaire séparément en déterminant si le patient avait rempli ou non ces derniers.

Nous avons ensuite réalisé une analyse du taux de remplissage en fonction des filières d'orientation du patient. La filière hospitalisation incluait les patients évalués par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) susceptibles de nécessiter une hospitalisation. La filière ambulatoire incluait les patients pour lesquels la prise en charge suivant le passage aux urgences pouvait être réalisée en externe.

Nous avons également analysé les taux de remplissage en fonction de l'âge des patients en constituant deux groupes : patients âgés de 75ans ou plus et patients âgés de moins de 75ans.

Les patients qui indiquaient sur le questionnaire ne pas connaître la réponse ou ayant entouré la case « Je ne sais pas » étaient considérés comme ayant rempli l'item. Cette situation a été rencontrée pour les questions vaccinations et allergies.

Afin de déterminer les items pour lesquels l'auto-questionnaire représentait un apport comparé à l'interrogatoire du médecin urgentiste nous avons classé les informations émanant du QAA et de l'observation médicale en 5 catégories :

- Catégorie 1 : ni l'auto-questionnaire ni l'observation médicale n'ont été remplis, les recueils sont donc tout deux incomplets.
- Catégorie 2 : l'auto-questionnaire apporte des éléments différents de l'observation médicale. On considère donc comme incomplets les deux recueils.
- Catégorie 3 : l'auto-questionnaire et l'observation médicale ont apporté la même information ; le nombre d'information est considéré comme maximal pour les deux recueils. Ont été inclus dans cette catégorie les patients sans antécédent ou sans traitement retrouvés via les deux recueils.
- Catégorie 4 : l'observation médicale a permis de récolter davantage d'informations que l'auto-questionnaire. L'information émanant de l'observation médicale est considérée comme maximale, celle de l'auto-questionnaire est incomplète. Cette catégorie inclue les patients n'ayant pas rempli l'auto-questionnaire.
- Catégorie 5 : L'auto-questionnaire contient plus d'informations que l'observation médicale. L'information émanant de l'auto-questionnaire est considérée comme

maximale, celle de l'observation médicale est incomplète. Cette catégorie inclue les médecins n'ayant pas rempli l'observation médicale.

La concordance des informations recueillies via l'auto-questionnaire et l'observation médicale a été évaluée en utilisant le test du Kappa de Cohen. Celui-ci permet d'évaluer l'accord entre observateurs en éliminant les effets dus au hasard.

Pour évaluer la force de l'accord traduit par le Kappa de Cohen, nous avons utilisé l'échelle de Landis et Koch décrite par Eli C. et Colombet I. dans l'article « Méthode d'estimation de la reproductibilité ». (Echelle de Landis et Koch: < 0 : Pas d'accord, 0 - 0.2 : très faible, 0.2 - 0.4 : faible, 0.4 - 0.6 : modéré, 0.6 - 0.8 : fort, 0.8 – 1 : presque parfait).

Dans le cas où le patient mentionnait un médicament sur le QAA pour lequel la pathologie sous-jacente pouvait être déduite du traitement, nous avons fait le choix de ne pas comptabiliser la pathologie parmi les antécédents du patient. (Exemple : patient n'ayant pas indiqué qu'il était diabétique mais ayant mentionné que son traitement habituel comportait de la Metformine.).

Concernant les items traitement habituel et récent, nous avons autorisé les patients ou leurs proches à recopier les ordonnances s'ils les avaient apportées.

Outils d'analyse statistique

J'ai effectué le traitement des données avec le logiciel Excel, avec pour chaque item, une première colonne comportant les informations médicales issues de l'auto-questionnaire et une seconde avec celles tirées de l'observation médicale.

Pour l'analyses statistique des données j'ai utilisé le logiciel XL STAT.

Concernant le taux de remplissage, nous avons comparé les patients selon leur filière d'orientation et leur âge en utilisant le test du khi 2 ou le test de Fisher lorsque les effectifs comparés étaient en nombre limité. Nous avons défini un seuil de signification statistique à 5%.

3. Résultats

3.1. Participation et diagramme de flux

La période de recueil de notre étude s'est étendue du treize au seize août 2016 inclus ; pendant les périodes de la journée où l'affluence était maximale soit entre 8h00 et 20h00.

Sur les 286 patients s'étant présentés, 109 patients ont été exclus soit 38 % des patients.

Parmi les 177 patients restant, 6 patients supplémentaires ont été exclus : 3 patients ayant refusé de participer et 3 patients n'ayant pas renseigné leur identité. 171 patients au total ont donc été inclus pour l'analyse du remplissage des auto-questionnaires. Parmi ceux-ci nous avons pu comparer les deux méthodes de recueil pour 161 patients. En effet, deux observations médicales n'ont pu être retrouvées et 8 patients inclus initialement sont partis sans soins (donc sans que l'observation médicale ait pu être remplie).

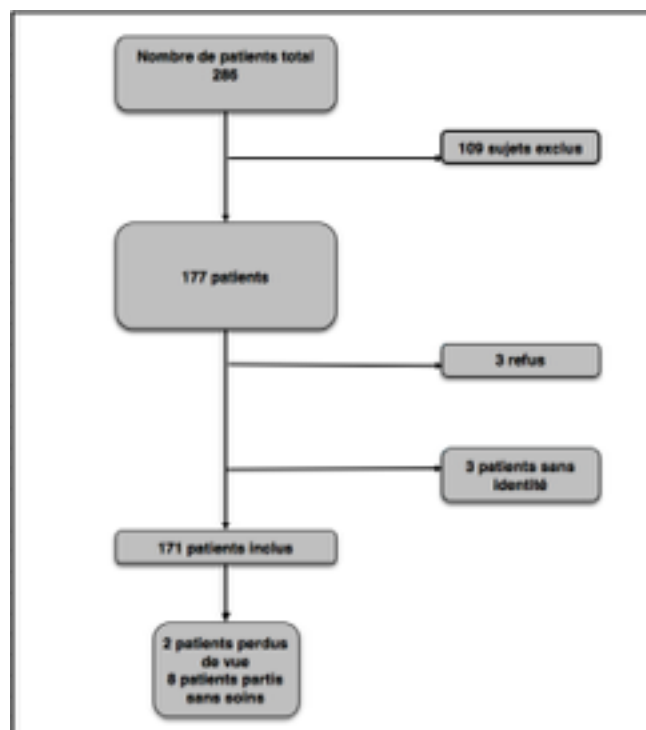


Figure 1 : Diagramme de flux

Concernant les refus de participation :

3 personnes se sont opposées au remplissage du questionnaire, dont 1 personne qui l'a estimé « trop long et compliqué ». Les 2 autres individus, quant à eux, n'ont pas indiqué la raison de leur refus.

3.2. Description de l'échantillon

L'échantillon incluait 86 femmes et 85 hommes.

Les patients étaient âgés de 18 à 98 ans avec une médiane d'âge à 44 ans. La répartition des patients ne suivait pas une loi normale. 31 sujets étaient âgés de moins de 25 ans, 62 entre 25 et 49 ans, 55 entre 50 et 74 ans enfin 23 sujets avaient 75 ans ou plus.

66 patients ont été orientés en filière hospitalisation et 105 en filière ambulatoire.

153 patients ont rempli le questionnaire eux-mêmes, 18 questionnaires ont été remplis par un proche du patient.

119 patients valides, ont rempli le QAA assis en salle d'attente. 52 sujets non valides ont rempli le QAA alors qu'ils étaient en position semi-assise sur des brancards.

Pendant la période d'inclusion étaient postés 13 médecins urgentistes et 14 internes de médecine générale.

Les motifs de consultation aux urgences sont illustrés dans le tableau 1.

Motif de consultation	Nombre de patient
Cardio-vasculaire	3
Pneumologie	10
Rhumatologie / Orthopédie	50
Infectieux	2
Neurologie / Confusion	13
Altération état général	1
Malaise	8
Gastro-enterrologie	16
Urologie	3
Psychiatrie	0
Chute	6
Plaie	20
ORL / Ophtalmologie	25
Autre	4
Données manquantes	5
Plusieurs motifs	5

Tableau 1 : Motif de consultation des 171 patients inclus

Les 5 patients admis pour plusieurs motifs consultaient pour : confusion et chute (n=2), malaise et confusion (n=1) malaise et symptômes digestifs (n=1), fracture et plaie(n=1).

3.3. Taux de remplissage des auto-questionnaires

3.3.1. Remplissage global

Nous avons considéré pour chaque patient, le nombre d'item qui avait été rempli sur le QAA. La médiane du taux de remplissage des QAA était de 79% (1er quartile = 74, 2ème quartile = 79, 3ème quartile = 84). Lorsque les items spécialiste, suivi et dépendance n'étaient pas pris en compte, la médiane atteignait alors 94% (1er quartile = 81, 2ème quartile = 94, 3ème quartile = 100).

3.3.2. Remplissage par item

Pour chaque item nous avons établi un taux de remplissage déterminé par le nombre de patients ayant répondu à la question, quelle qu'ait été la réponse délivrée.

	population	H (%)	A (%)	p	≥ 75ans (%)	< 75ans (%)	p
Taux de remplissage total du QAA	77	78	77	0,865	82	76	0,297
Taux de remplissage total du QAA (*)	86	85	88	0,535	86	86	0
Poids	87	85	89	0,479	78	88	0,183
Heure repas	86	83	89	0,328	83	87	0,519
Profession	84	83	85	0,803	78	85	0,37
ATCD med	95	97	94	0,712	100	95	0,599
ATCD chir	98	98	97	1	100	97	1
Traitement habituel	96	94	97	0,431	91	97	0,239
Traitement récent	68	70	68	<0,01	74	67	0,542
HTA	88	83	90	0,165	83	88	0,491
Diabète	92	89	93	0,36	87	93	0,407
Cholestérol	89	85	92	0,118	78	91	0,072
Tabac	92	92	91	0,817	96	91	0,696
ATCD Familiaux	86	86	86	0,905	83	86	0,536
Allergie	88	80	93	<0,01	91	88	1
DTP	58	58	59	0,849	61	58	0,802
Compréhension	88	86	89	0,668	96	86	0,31
Insatisfaction	88	88	89	0,891	96	87	0,482
Spécialiste	29	51	14	<0,01	70	22	<0,01
Lieu de suivi	24	39	14	<0,01	48	20	<0,01
Fragilité et dépendance	33	38	29	0,257	65	28	<0,01

Tableau 2 : Taux de remplissage de chaque item du QAA par les patients selon les filières et l'âge.

(Chiffres exprimés en pourcentage, population : ensemble des patients, H : filière hospitalisation, A : filière ambulatoire, taux de remplissage global du QAA (*): taux de remplissage global sans les 3 items : spécialiste, lieu de suivi et dépendance, p : p-value de la différence observée entre les patients en fonction du type de filière et de l'âge des sujets.)

Concernant la partie fragilité et dépendance, le taux de remplissage global des 6 items inclus dans cette sous partie était de 91%.

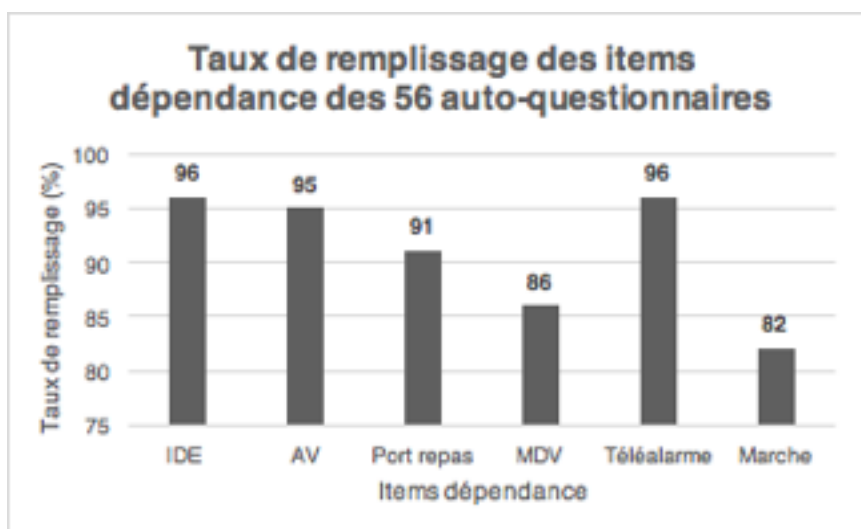


Figure 3 : Taux de remplissage de chaque item composant la partie dépendance

Parmi les 23 patients de la filière gériatrique (patients âgés ≥ 75 ans), 15 auto-questionnaires (65%) comportant les items dépendance remplis ont été relevés. 13 d'entre eux avaient été remplis par les proches des patients.

3.4. Évaluation de la satisfaction et de la compréhension des patients

Les items compréhension et satisfaction du patient ont été remplis tout deux dans 88% des cas. 143 des 150 patients ayant répondu à la question (95%) ont estimé que le questionnaire était clair et compréhensible. 3 patients ont témoigné de difficultés à comprendre les questions, notamment pour 2 d'entre eux concernant la première question.

A la question : « Cela vous a-t-il dérangé de remplir ce questionnaire ? » 145 des 151 patients ayant répondu au questionnaire (96%) ne s'estimaient pas dérangés. Parmi les patients

insatisfaits, deux d'entre eux évoquaient des difficultés pour écrire, 1 patient se sentait « trop fatigué », un autre gêné de devoir répéter à nouveau au médecin les informations notées. Un proche de patient ayant renseigné le QAA pour sa mère était dérangé par le fait de ne pas être en capacité de renseigner tous les items du QAA.

Enfin, un patient déclarait de manière spontanée avoir apprécié remplir le questionnaire pour occuper son temps d'attente.

3.5. Comparaison des items de l'auto-questionnaire à l'anamnèse du médecin

3.5.1. Antécédents médicaux

Les observations médicales établies par les médecins urgentistes comportaient les antécédents médicaux dans 138 cas soit un taux de remplissage de 86%. Lorsque les antécédents médicaux n'avaient pas été renseignés sur l'observation médicale, on incluait ces patients dans la catégorie « médecin incomplet » (Cf partie méthodologie p 16-17)

Parmi les 17 cas où l'information récoltée via les deux méthodes de recueil était considérée comme incomplète, 14 comportaient des informations médicales différentes.

Le faible coefficient de Kappa (-0,07) indiquait un désaccord entre les données renseignées par le patient sur l'auto-questionnaire et les données renseignées par le médecin dans l'observation médicale. L'apport du QAA apparaissait pertinent dans ce domaine.

ATCD Médicaux 2 filières	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	17	42	-0,07
Patient maximum	37	65	
Hospitalisation	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	14	25	-0,03
Patient maximum	7	15	
Ambulatoire	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	3	17	0
Patient maximum	30	50	

Tableau 3 : Antécédents médicaux renseignés sur la QAA ou l'observation médicale.

Tableaux 3, 4 et 5 :

Evaluation de la quantité d'information recueillie à l'aide du QAA ou de l'observation médicale après répartition des patients selon 5 catégories énoncées (Cf méthode p16-17).

. Case patient incomplet/ médecin incomplet : catégories 1,2

. Case patient maximum/ médecin maximum : catégorie 3

. Case patient incomplet/ médecin maximum : catégorie 4

. Case patient maximum/ médecin incomplet : catégorie 5

3.5.2. Antécédents chirurgicaux

Les observations médicales comportaient les antécédents chirurgicaux dans 122 cas soit un taux de remplissage de 76%. Parmi les 39 observations pour lesquels l'information n'était pas consignée, 35 dossiers appartenait à des patients de filière ambulatoire.

Les cas où l'auto-questionnaire comportait un nombre supérieur d'information médicale à l'observation médicale étaient plus nombreux ($p < 0,01$).

Parmi les 10 cas où l'information récoltée via les deux méthodes de recueil était considérée comme incomplète, 7 comportaient des informations médicales différentes.

Le faible coefficient de Kappa (0,03) indique un accord très faible entre les données renseignées par le patient sur l'auto-questionnaire et les données renseignées par le médecin dans l'observation médicale. L'apport du QAA apparaissait pertinent dans ce domaine.

ATCD Chirurgicaux 2 filières	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	10	10	0,03
Patient maximum	61	80	
Hospitalisation	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	7	7	0,15
Patient maximum	15	32	
Ambulatoire	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	3	3	0
Patient maximum	46	48	

Tableau 4 : Antécédents chirurgicaux renseignés sur le QAA ou l'observation médicale.

3.5.3. Traitement habituel

Les observations médicales comportaient les traitements habituels dans 142 cas soit un taux de remplissage de 88%.

Les cas où l'auto-questionnaire comportait un nombre supérieur d'informations médicales à l'observation médicale étaient plus nombreux sans différence significative ($p = 0,24$).

1 seul cas se présentait pour lequel les informations contenues sur l'auto-questionnaire étaient différentes de celles de l'observation médicale.

Le faible coefficient de Kappa (-0,06) indique un désaccord entre les données renseignées par le patient sur l'auto-questionnaire et les données renseignées par le médecin dans l'observation médicale. L'apport du QAA apparaissait pertinent dans ce domaine.

Traitement habituel 2 filières	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	5	24	-0,06
Patient maximum	32	100	
Hospitalisation	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	2	20	-0,2
Patient maximum	7	32	
Ambulatoire	Médecin incomplet	Médecin maximum	Coefficient Kappa
Patient incomplet	3	4	-0,1
Patient maximum	25	68	

Tableau 5 : Traitement habituel renseigné via le QAA ou l'observation médicale.

3.5.4. Facteurs de risques cardio-vasculaires

Nous avons comparé combien de patients avaient déclaré sur l'auto-questionnaire présenter des facteurs de risques cardio-vasculaires avec le nombre d'observations médicales dans lesquelles le médecin avait noté la présence de ces dernières. La différence était statistiquement significative pour les items cholestérol, tabagisme et antécédent familial d'infarctus (IDM).

	nombre de QAA	nombre d'observation médicale	p (Khi 2 test)
HTA	24	22	0,751
Diabète	11	6	0,213
Cholesterol	18	8	0,041
Tabagisme actif	38	8	< 0,01
ATCD familial IDM	37	0	< 0,01

Tableau 6 : Nombre de QAA ou d'observation médicale indiquant la présence d'un facteur de risque cardio-vasculaire.

3.5.5. Vaccination DTP

Au total, 100 patients ont renseigné l'item de la vaccination antitétanique (58%), dont 34 qui ont affirmé méconnaître leur statut vaccinal.

Nous avons considéré les 22 patients admis aux urgences pour plaie : 13 d'entre eux avaient renseigné leur statut vaccinal sur l'auto-questionnaire (59%), dont 3 patients incertains.

L'observation médicale indiquait le statut vaccinal pour seulement 6 de ces 22 patients. La comparaison des deux moyens de recueil retrouvait une différence statistiquement significative ($p= 0,033$).

3.5.6. Allergies

La présence ou l'absence d'allergie apparaissait dans 60 observations médicales.

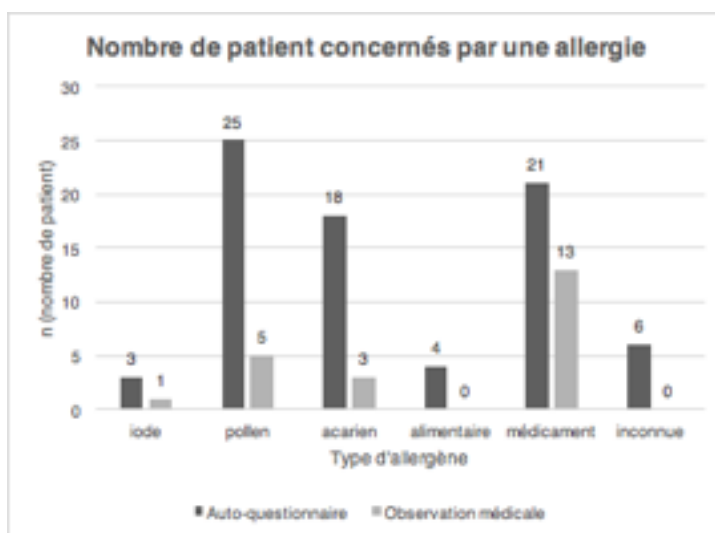


Figure 2 : Nombre d'allergies déclarées dans le QAA ou l'observation médicale.

Allergies médicamenteuses

21 patients ont indiqué sur le QAA qu'ils présentaient une allergie médicamenteuse contre 13 patients retrouvés sur les observations médicales. La force de l'accord était considérée comme faible (Kappa de Cohen = 0,5) entre les deux méthodes de recueil de l'information. L'apport de l'auto-questionnaire apparaissait pertinent dans ce domaine.

3.5.7. Spécialiste et lieu de suivi

L'item spécialiste avait été renseigné à 49 reprises sur l'auto-questionnaire contre 12 fois dans l'observation médicale ($p < 0,01$). L'item lieu de suivi avait été renseigné 41 fois sur la fiche de recueil contre 9 fois sur l'observation ($p < 0,01$).

3.5.8. Fragilités et dépendances

Sur les 56 patients ayant renseigné cette partie de l'auto-questionnaire, on retrouvait 15 personnes pour lesquelles la lecture du QAA révélait une dépendance dans les actes de la vie quotidienne avec des aides techniques ou humaines à domicile. Les observations médicales correspondant à ces 15 patients ont alors été analysées. Elles comportaient dans seulement 8 cas des éléments sur le mode de vie. La différence du nombre d'informations recueillies était significative ($p < 0,01$).

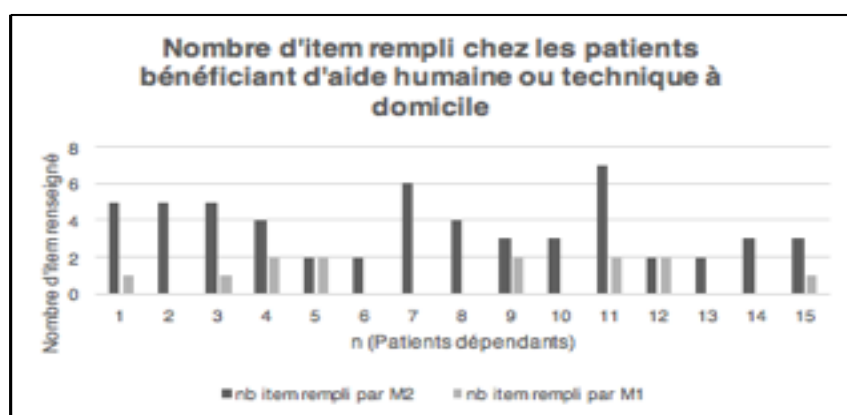


Figure 4 : Nombre d'informations recueillies concernant le mode de vie pour les 15 patients dépendants. Comparaison entre auto-questionnaire et observation médicale.

4. Discussion

4.1. Discussion de la méthode

4.1.1. Une étude originale sur un sujet peu exploré en France

La création et la mise en application d'un QAA destiné à recueillir les informations médicales concernant les patients consultants aux urgences n'avait à ma connaissance jamais été réalisées jusqu'alors en France.

Lors des recherches bibliographiques en langue française sur les bases de données informatisées on constate que dans le MeSH il n'y a aucun descripteur correspondant exactement aux questionnaires auto-administrés ayant pour objectif la collecte de données médicales. Lorsque « questionnaire » est renseigné, cela renvoie à 3 mots clefs MeSH ne comprenant pas les QAA.

La recherche bibliographique a été réalisée en collaboration avec les bibliothécaires du CH de Pau. Elle a été faite en français et en anglais, dans les bases de données automatisées type Pubmed, John Libbey Eurotext et Sciences direct.

Les mots clefs suivants ont été utilisés sous plusieurs combinaisons :

Questionnaire auto-administré / Auto-questionnaire / participation du patient / réduction temps d'attente. Emergency service/ Hospital organization and administration self-report/ medical history taking/ patient participation / crowding / time to treatment/ self-administered questionnaire.

Pour compléter notre recherche, nous avons également consulté les sites de la DRESS, de l'ANSP et les sites dédiés aux travaux de thèse.

Malgré une recherche bibliographique approfondie, nous avons pu constater un nombre limité d'études portant sur les QAA dans la littérature française ce qui contraste avec la littérature anglo-saxonne (11).

On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles ce type d'étude n'a pas été préalablement réalisé :

- L'absence de modèle validé d'auto-questionnaire au sein d'un service d'urgence français peut représenter un frein aux études envisagées sur le sujet.
- La peur de perturber le parcours habituel du patient et la crainte d'une éventuelle perte de temps liée à l'utilisation d'un nouvel outil par les médecins urgentistes.
- Le doute d'une acceptabilité de l'outil par les patients adressés aux urgences pour un motif de consultation particulier sans nécessité d'aborder l'intégralité des informations médicales les concernant.
- Enfin, les services d'urgence sont pour la plupart dotés de logiciels capables d'enregistrer l'historique des passages aux urgences ce qui peut limiter l'intérêt de l'implantation des QAA . Ces bases de données peuvent néanmoins être incomplètes ou non à jour ce qui peut induire des erreurs de prise en charge. En effet, les médecins par manque de temps peuvent être amenés à se fonder sur les données enregistrées lors des précédents passages sans considérer les changements éventuels (18).

4.1.2. Elaboration de l'auto-questionnaire

4.1.2.1. Méthode d'élaboration

Pour élaborer notre QAA nous avons analysé de nombreux questionnaires afin d'en extraire les items potentiellement utilisables dans le cadre d'une consultation dans un service d'urgence.

Nous nous sommes inspirés essentiellement de deux sources qui mettaient à l'étude des auto-questionnaires en soin primaire. La première était un questionnaire destiné à faciliter les premières consultations des patients en médecine générale établi en 2012 dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale (10). La seconde source utilisée était une étude américaine menée dans un service d'urgence, portant sur l'utilisation d'auto-questionnaires médicaux comportant les informations médicales standards, le motif de consultation et l'histoire de la maladie (12) (Cf annexe 3).

Nous avons sélectionné les critères nous semblant les plus pertinents pour notre activité : identification patient, poids, heure du dernier repas, profession, suivi spécialisé, antécédents médicaux et chirurgicaux, traitement habituel et récent, facteurs de risque cardio-vasculaires, allergies, vaccinations anti-tétanique.

Nous nous sommes concertés avec mon directeur de thèse pour intégrer trois parties supplémentaires au QAA :

- Le lieu du suivi (public/privé) nous semblait une information importante à recueillir compte tenu du retentissement de cet élément sur l'orientation des patients. Les patients bénéficiant d'un suivi dans un établissement pouvaient être identifiés ce qui nous permettait d'assurer une meilleure continuité des soins notamment dans les domaines de l'urologie et la cardiologie sur le territoire Béarn, Soule.
- La seconde concernait le plan d'aide à domicile des personnes dépendantes. Ces informations nous paraissaient capitales chez le sujet fragile, susceptible de se mettre en danger à la suite d'un retour à domicile fait dans de mauvaises conditions. J'ai pu m'inspirer du projet issu de la collaboration entre l'assistante sociale des Urgences de Pau Mme Chabat et la MAIA pour faire diffuser une fiche questionnaire comportant les aides à domicile pour les sujets âgés (cf. annexe 4). J'ai également travaillé aux côtés des médecins de l'unité post urgence gériatrique (UPUG) et de l'unité mobile de gériatrie (EMOG) pour sélectionner les éléments les plus pertinents à recueillir. Nous avons ainsi retenu : passage infirmier, auxiliaire de vie, portage des repas, mode de vie/ entourage, téléalarme et aide technique à la marche.
- Le dernier élément que nous voulions évaluer portait sur la compréhension du questionnaire et la satisfaction des patients.

4.1.2.2. Modifications apportées après la phase de pré-test

Une pré-étude réalisée entre le 9 et le 11 avril 2016 a permis une mise à l'essai de notre fiche de recueil (Cf. annexe 2). Elle s'est déroulée avec l'aide des agents d'accueil du service des urgences qui avaient été prévenus par e-mail du déroulé de l'étude par la cadre du service.

Cela m'a permis d'évaluer les difficultés rencontrées par les patients et le ressenti de l'équipe quant à la distribution du QAA.

D'un point de vue logistique :

Le manque de matériel (stylos, supports) a imposé le prêt de matériel par les agents d'accueil. Cela a entraîné des problèmes de confidentialité liés à la nécessité pour les patients de remplir les questionnaires au niveau de la vitre d'admission pour éviter les oublis et les vols de matériel. Le bureau d'admission étant alors surchargé, les questionnaires étaient distribués de manière éparse par les agents souhaitant éviter une attente trop longue à l'accueil.

Nous avons donc mis à disposition des stylos et supports en demandant aux agents d'accueil d'encourager les patients à remplir le questionnaire une fois assis dans la salle d'attente.

Concernant le contenu et la forme du questionnaire :

- Suite à des remarques de plusieurs patients ayant souligné la longueur du QAA, j'ai supprimé l'item « Avez-vous apporté des examens complémentaires ? » qui me paraissait peu contributif.
- La question portant sur un éventuel suivi spécialisé a été complétée par le type de spécialité et le lieu du suivi.
- Après concertation avec mon directeur de thèse nous avons retiré l'item portant sur la consommation d'alcool par peur de rompre l'adhésion au questionnaire de patients se sentant stigmatisés, bien que ceci n'ait pas été retrouvé dans une étude (12).
- Les questions suivantes ont été ajoutées car omises sur la première version : « Avez-vous trouvé le questionnaire clair/compréhensible ? Si non, pourquoi ? » et « Cela vous a-t-il dérangé de remplir le questionnaire ? Si oui pourquoi ? »
- La mise en forme a également été changée : les items traitement habituel et les facteurs de risque cardio-vasculaires ont été réunis au verso espérant ainsi que l'évocation directe de ces pathologies entraînerait davantage de réponse à l'item traitement habituel (bon nombre de patients oublient qu'ils prennent des traitements jusqu'à ce qu'on les questionne directement sur la présence d'HTA, diabète).

Une deuxième version de l'auto-questionnaire a donc été conçue (Cf. annexe 1).

4.1.3. Choix de la période et des horaires

En 2015 les services d'urgences adultes et pédiatriques du Centre Hospitalier de Pau enregistraient au total 61511 passages, soit une moyenne quotidienne de 169 passages. L'affluence était majoritairement diurne avec 71% des passages survenant entre 8h00 et 20h00 (29% entre 20h00 et 8h00 dont 11% entre 00h00 et 08H00) (19).

Nous avons donc décidé de réaliser l'étude sur les plages horaires où le nombre de passage était le plus élevé.

La période d'inclusion a été arrêtée au week-end du 15 août 2016 afin de me permettre d'être sur place pour le recrutement des patients.

4.1.4. Forces de l'étude

Nous avons procédé à une analyse détaillée de la quantité et la qualité des informations recueillies en fonction de multiples critères parmi lesquels figuraient l'âge des patients, la filière d'orientation, leur motif d'admission et leur vulnérabilité.

Dans cette étude, ont été prises en considération de nombreuses informations médicales concernant les patients(cf annexe 1). Certaines données ont été recueillies, codées et intégrées à des tableaux mais non exposées dans le travail de thèse (classification de chaque thérapeutiques recensée et de chaque pathologie citée dans les parties antécédents médicaux et chirurgicaux). Cette base d'information pourrait servir à établir des listes limitées de questions basées sur les pathologies ou médicaments les plus fréquemment rencontrées, permettant ainsi de diminuer les omissions des patients interrogés aux urgences (20).

L'évaluation par les patients de l'utilisation des auto-questionnaires a pu être réalisée sur un échantillon important d'individus. Une évaluation de la compréhension et de la gêne occasionnée par le QAA avait été réalisée dans l'étude portant sur l'application des QAA aux premières consultations en médecine générale (10). Il s'agissait, comme dans notre travail, d'une méthode quantitative basée sur une fiche de recueil intégrant les éléments suivants :

« La formulation des questions est-elle claire et compréhensible ? Trouvez-vous ce questionnaire trop intrusif, trop indiscret ? Cela vous dérange-t-il de remplir ce questionnaire alors que vous ne connaissez pas ou peu votre médecin ? » ; et une question ouverte : « notez ci-dessous SVP les questions ou mots que vous ne comprenez pas. ». Notre questionnaire était construit de la même sorte puisque nous demandions aux patients de nous indiquer les raisons de leur insatisfaction ou leur incompréhension. La démarche avait été réalisée auprès de 8 patients contre 171 dans notre étude.

4.1.5. Limites de l'étude

De nombreux patients de l'étude étaient jeunes et en bonne santé donc sans ou avec peu d'antécédents et traitements. Il aurait été intéressant d'avoir davantage de sujets orientés en filière hospitalisation atteints de comorbidités et ayant un traitement au long cours. Le nombre d'informations à recueillir aurait été plus élevé ce qui aurait permis de mieux apprécier la capacité des patients à renseigner ces informations sur le QAA.

Les motifs d'exclusion des patients s'étant présentés durant la période d'inclusion n'ont pas été identifiés de manière individuelle. Devant le fort taux d'exclusion (38%) il aurait été intéressant de connaître le pourcentage d'individus pour chaque motif d'exclusion.

Le remplissage du questionnaire par un proche du patient était déduit des indications figurant sur la fiche ou bien par l'observation directe du proche remplissant le questionnaire.

Le nombre de questionnaires remplis par un proche a pu donc être sous-évalué.

A partir des données issues de l'étude, il était possible de souligner d'éventuels risques d'effets secondaires corrélés aux informations médicales manquantes sans pouvoir prédire avec certitude la survenue de ces effets. Exemple du patient se présentant pour plaie pour lequel le statut vaccinal n'apparaît pas sur l'observation médicale et qui affirme dans l'auto-questionnaire ne pas être à jour de son vaccin DTP. Le risque infectieux est présent sans pour autant pouvoir prédire avec certitude la survenue d'une infection à tétanos.

4.1.6. Biais de l'étude

Nous avons basé notre étude sur l'appréciation de l'information médicale recueillie par le médecin. Or, il existait un biais de mesure important. Seuls étaient pris en considération les éléments qui étaient notés sur l'observation médicale. Il n'était pas possible de savoir si les informations manquantes étaient dues au fait que le médecin n'avait pas interrogé le patient à ce sujet ou bien si les informations avaient été délivrées par le patient, mais non consignées par le médecin car jugées non pertinentes au vu du motif de consultation.

Afin de minimiser ce biais il aurait été possible de faire évaluer l'anamnèse du médecin par un observateur assistant à la consultation. L'évaluation de la différence d'information entre l'auto-questionnaire et l'entretien médical aurait été sans doute plus juste. Cependant ce type de recueil entraîne lui-même un biais car le médecin se sachant observé par un « évaluateur » a tendance à améliorer sa performance. D'un point de vue pragmatique on peut minimiser l'importance de ce biais lié à la présence de l'observateur dans la mesure ou il tend à améliorer la qualité des soins, ce qui devrait être l'objectif ultime de toute étude sur l'organisation et les procédures de soins.

La majorité des patients était jeune, orientée en filière ambulatoire et avait peu d'antécédents et de traitements ce qui a pu conduire à une diminution du nombre informations consignées par les médecins car jugées peu pertinentes au vu du motif de consultation.

Concernant l'évaluation de la compréhension et de la satisfaction des patients il existait un biais potentiel de désidérabilité sociale lié à la méthode d'évaluation que nous avons employé. Le patient qui souhaitait se présenter sous son meilleur jour, affirmait (bien que cela ne soit peut-être pas le cas) avoir compris les questions qui lui avaient été posées. De même, le patient anxieux de sa visite aux urgences et soucieux d'être pris en charge de manière optimale pouvait ne pas oser mentionner qu'il était dérangé de remplir le QAA.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Taux de participation à l'étude

Pendant la période d'inclusion 38% des patients ont dû être exclus ce qui représente une proportion importante d'individus en incapacité de remplir l'auto-questionnaire. 3 patients seulement ont refusé de participer. Les résultats de notre étude coïncidaient avec ceux d'une étude américaine ayant évalué les auto-questionnaires dans un service d'urgence (4). Dans cette dernière, 249 des 405 patients (61%) s'étant présentés pendant la période d'inclusion avaient été en capacité de remplir l'auto-questionnaire.

Concernant l'échantillon des patients, il est difficile d'extrapoler les résultats obtenus pour les sujets âgés de plus de 74 ans à la population gériatrique, dans la mesure où le nombre de sujet âgé inclus était restreint.

Le questionnaire a uniquement été évalué pendant des horaires diurnes. Le nombre de patients exclus aurait pu être majoré du fait des motifs de consultation dont la fréquence augmente la nuit (intoxications alcooliques aiguës, troubles du comportement...).

L'intérêt de mettre à l'essai les auto-questionnaires sur les horaires nocturnes pourrait néanmoins être de taille. En effet, il pourrait permettre d'uniformiser les pratiques en constituant une trame pour l'interrogatoire du patient en étant indépendant de l'état de fatigue du médecin urgentiste.

4.2.2. Taux de remplissage des questionnaires

En considérant l'ensemble des items, le taux de remplissage global de l'auto-questionnaire était de 77%.

Ce taux a fait l'objet d'une modification post-recueil de données car les items spécialiste, lieu de suivi et dépendance n'ont pas été précédés de questions fermées (Cf annexe 1). Les patients ne se sentant pas concernés par ces questions n'ont donc pas répondu, ce qui a induit une diminution du taux de remplissage. L'ajout de questions fermées : « Etes-vous suivi par un médecin spécialiste ? » ainsi que « Nécessitez-vous des aides humaines et techniques à

domicile ? » aurait pu permettre d'avoir une analyse plus fine du pourcentage de patients concernés par ces items. En l'absence de ces 3 items, le taux de remplissage global du questionnaire était alors de 86% sans qu'il soit noté de différence entre les filières d'orientation ou l'âge élevé des patients.

Modification du questionnaire en cours de recueil

Au cours du recueil des fiches le deuxième jour, j'ai réalisé que plusieurs patients avaient omis de remplir le verso de l'auto-questionnaire. Les patients étaient donc avertis oralement de la présence d'un verso et une annotation à la main « Tournez s'il vous plait » située en bas du recto a été rajoutée pour les questionnaires restants.

Informations délivrées par les patients non retenues pour l'analyse statistique:

Nous avons choisi de ne pas retenir un certain nombre d'informations renseignées par les patients sur les QAA.

L'exclusion des informations apportées par les patients n'ayant pas d'impact sur le raisonnement clinique (exemple : compléments alimentaires, homéopathie) nous a permis de réduire le nombre d'information recueillie et donc de limiter le bruit généré par l'auto-questionnaire.

Nous avons également choisi de retirer les moyens de contraception (pilule, stérilet) lorsque ceux-ci étaient rapportés dans le QAA ou l'observation médicale. Bien que capitales dans certaines situations cliniques, ils demeurent spécifiques à certains motifs de consultation et dans la majorité des cas n'auraient pas été rapportés par le médecin. Cela aurait conduit dans la plupart des cas à une majoration du nombre d'informations recueillies sur le QAA sans que cela présente un intérêt.

Aussi, pour les antécédents médicaux : n'ont pas été prises en considération les maladies virales bénignes sans rapport avec le motif de consultation (exemple : antécédent de rhume).

Pour les antécédents chirurgicaux : l'extraction des dents de sagesse, végétations, amygdales et les césariennes.

Pour les traitements habituels : les compléments alimentaires, l'homéopathie, le paracétamol, les antitussifs, les antispasmodiques.

4.2.3. Compréhension et satisfaction des patients

L'évaluation de la compréhension et de la satisfaction des patients confrontés à ce nouveau type de recueil a permis de constater que l'auto-questionnaire avait été très bien accepté et compris par les patients.

Nos résultats semblent compatibles avec les études préalables dans lesquelles les patients confrontés aux auto-questionnaires se prononçaient en faveur de la généralisation de cet outil. Ainsi, dans une étude américaine, 100% des patients ayant utilisé le questionnaire ressentaient que la totalité des problématiques les concernant avaient été abordées contre 83% dans le groupe contrôle (12). Ce résultat vient illustrer les dires de certains auteurs selon lesquels la satisfaction peut être obtenue lorsque les services correspondent aux attentes, aux besoins et à la perception du patient (21).

Concernant les éléments intervenant dans la satisfaction des patients, on peut mentionner la fonction des proches qui peuvent jouer un rôle dans l'interaction soignant-patient (21).

L'intégration des proches dans la relation soignant-malade, notamment en leur permettant d'apporter leur aide en remplissant le questionnaire, pourrait améliorer la communication.

4.2.4. Comparaison des items du QAA à l'anamnèse du médecin

Nous avons comparé le nombre d'auto-questionnaire et d'observation médicale pour lesquels les items antécédents médicaux, antécédents chirurgicaux et traitement habituel avaient été remplis . On retrouvait un taux de remplissage plus élevé de ces 3 catégories via les auto-questionnaires ($p < 0, 01$).

Dans l'hypothèse où le taux de remplissage pouvait être un mauvais indicateur de la capacité des patients à remplir un QAA, nous avons comparé le contenu des informations issues des QAA et de l'observation médicale.

On notait une mauvaise corrélation entre les informations apportées par l'auto-questionnaire et celles issues de l'observation médicale avec un certain nombre d'items pour lesquels le contenu de l'information était différent.

L'accès aux réponses du patient aurait donc pu permettre au médecin d'avoir un recueil d'informations plus exhaustif.

Lorsque l'on compare nos résultats à ceux de l'étude américaine : « Emergency, we are not prepared » (16) les résultats diffèrent. Dans cette étude 33% des patients étaient capables de renseigner l'intégralité de leurs antécédents médicaux contre 38% dans notre étude. De même, les antécédents chirurgicaux étaient considérés comme complets dans 77% des cas contre 47% dans notre étude. Ce dernier écart pouvait être expliqué par le fait que les informations issues de l'auto-questionnaire ne pouvaient être considérées comme complètes compte tenu du fait que l'observation médicale n'avait pas été remplie (24% des observations médicales établies par les médecins urgentistes ne comportaient pas les antécédents chirurgicaux).

La capacité des patients à remplir un auto-questionnaire au sujet de leurs traitements, au sein d'une unité d'urgence a fait l'objet de plusieurs études avec des résultats qui divergent.

Une étude américaine en 2013 montrait que 70% des sujets étaient capables de remplir un QAA portant sur leurs traitements habituels (4). Une autre source estimait à 48% le nombre de patients se présentant aux urgences, capables de retranscrire la liste de leur traitement en totalité (22). Enfin une thèse française estimait à 12% le taux de patients inclus bénéficiant d'une prise en charge aux urgences sans que l'on connaisse leur traitement habituel (23). Les critères de connaissance du traitement variait d'une étude à l'autre ce qui peut expliquer la différence observée entre les résultats obtenus. Nous avons constaté dans notre étude que pour 100 patients (62%) l'information contenue dans le QAA était similaire à celle obtenue par le médecin et retranscrite sur l'observation médicale.

Concernant les patients consultant pour plaie, il est intéressant de noter que le statut vaccinal a été renseigné par le patient sur l'auto-questionnaire dans 59% des cas alors que l'observation médicale rapportait cette information dans seulement 27% des cas.

Il faut néanmoins considérer le fait que de nombreux patients sont incertains quant à leur statut vaccinal et que selon les études réalisées précédemment, il existe une mauvaise corrélation entre les dires des patients et le statut tétanique (24).

Un grand nombre d'allergies (de type allergie au pollen ou aux acariens) n'apparaissait pas sur l'observation médicale car probablement jugée non pertinente par le médecin urgentiste

au vu du motif de consultation.

En revanche, l'annotation des allergies médicamenteuses dans le dossier médical est essentielle pour éviter les erreurs thérapeutiques et a une valeur médico-légale très importante. De ce fait nous avons procédé à une comparaison entre le QAA et l'observation médicale pour ce type d'allergie seulement. On retrouvait une différence significative entre le nombre d'allergies médicamenteuses noté par les patients sur le QAA et celles renseignées sur l'observation médicale (21 cas contre 13). L'usage du QAA pour diagnostiquer d'éventuelles allergies médicamenteuses semblait donc contributif.

La partie dépendance a été davantage remplie chez les sujets âgés de plus de 74 ans (15 patients sur 23 soit 65%, contre 28% chez les sujets de moins de 75ans). Le nombre d'informations relatives au mode de vie était plus important via le QAA. Cela pouvait en partie être dû au fait que pour 13 QAA sur 15 les parties dépendances avaient été rempli par des proches des patients (proches qui n'étaient peut-être plus présents lors du passage du patient en box).

Concernant les facteurs de risque cardio-vasculaires, le nombre d'informations recueillies était plus important grâce au QAA. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'interrogatoire du médecin urgentiste est adapté au motif de consultation des patients. Les urgentistes sont amenés à rechercher d'éventuels facteurs de risques cardio-vasculaires lorsqu'ils prennent en charge des syndromes coronariens aigus ou des AVC. Ces patients ayant été exclus de l'étude (code orange ou rouge) la supériorité observée du QAA a donc pu être majorée. Le recueil systématique de ses informations peut néanmoins demeurer pertinent et permettre d'orienter certains diagnostics (exemple de la douleur abdominale révélant un IDM inférieur ou de la désorientation spatio-temporelle secondaire à un AVC).

Concernant le tabac, la recherche systématique d'un tabagisme actif peut être l'occasion de faire de la prévention et de délivrer un conseil minimal au patient.

4.3.1. Des modifications qui pourraient déjà être effectuées

Le questionnaire pourrait être amélioré en procédant aux modifications suivantes :

- La première question portant sur les antécédents médicaux devrait être reformulée afin de gagner en clarté. Une liste limitée de pathologies incluant les facteurs de risque cardiovasculaire pourrait par exemple être proposée.
- Ajout de la mention « Tournez svp » en bas du *recto*.
- La question portant sur le tabac pourrait être reformulée : « Si vous fumez : quelle quantité par jour ? Depuis combien de temps ? Si vous avez arrêté de fumer : depuis combien de temps ? ».
- Ajout des antécédents familiaux de mort subite, de maladie veineuse thromboembolique et de thrombophilie.
- Ajout d'une partie destinée à rechercher une dépendance à l'alcool, de type questionnaire CAGE, DETA ou AUDIT (25).
- Précéder les items spécialiste, lieu de suivi et dépendance par des questions fermées.
- Au vu des difficultés éprouvées par les patients à se souvenir de leur traitement, il pourrait être envisagé d'intégrer au questionnaire une liste limitée de médicaments et de demander aux patients d'entourer les médicaments pris habituellement. Ceci, afin de diminuer les omissions de médicaments (20).
- La case « Ne sait pas » devrait être ajoutée aux cases « oui » et « non » pour les différents items.
- Pour les antécédents médicaux et chirurgicaux nous avons classé les pathologies dans des catégories selon une étude réalisée dans des conditions similaires (12). Il en a été de même pour les traitements habituels des patients. Nous n'avons pas utilisé ces données finalement mais les informations recueillies pourraient permettre d'établir des listes limitées de traitements, antécédents médicaux et chirurgicaux à entourer par les patients.

4.3.2. Des études complémentaires à réaliser

4.3.2.1. Des études auprès des médecins urgentistes pour établir un cahier des charges du contenu des auto-questionnaires

Les médecins urgentistes doivent être interrogés sur les items qui leur semblent les plus pertinents. Pour cela, plusieurs méthodes d'évaluation peuvent être employées :

- Le groupe nominal : le principe est celui de la réflexion en silence sur des problématiques, besoins ou recommandations pour générer des idées et pouvoir, en interagissant avec le groupe, établir des priorités.
- La méthode Delphi consiste à interroger de façon répétée les médecins urgentistes sans qu'ils puissent interagir entre eux. A chaque nouveau tour de participant, des questions ou propositions émanent à partir de ce qui a été dit précédemment. Le processus cesse lorsque le groupe partage un avis unique et convergent (26).

Une étude a suggéré que les patients qui avaient répondu à l'auto-questionnaire, avaient eu le temps de se préparer à l'interrogatoire du médecin et étaient donc davantage en mesure de délivrer les informations qui leurs étaient demandées (15). L'utilisation des QAA pourrait permettre d'optimiser de cette façon le recueil d'informations fait par le médecin. Cette notion doit faire l'objet d'études supplémentaires.

Une autre dimension à explorer est la satisfaction des praticiens à utiliser le QAA. Il est important de déterminer si le questionnaire apporte selon eux une plus-value ou s'ils le juge inutile. La question de l'impact des auto-questionnaires au sein de la relation médecin-malade a été abordée dans une étude américaine datant de 2002 (12). On notait une satisfaction manifeste des praticiens avec 87% de l'équipe médicale se prononçant en faveur de l'établissement du questionnaire à tous les nouveaux patients.

Enfin la mise en application du QAA pourrait faire l'objet d'études concernant le gain de temps potentiel pour le médecin urgentiste.

4.3.2.2. Des études sur la compréhension des items par les patients

La communication médecin patient peut être altérée du fait d'une littératie médicale souvent manquante chez le malade. Le langage médical utilisé dans les questionnaires auto-administrés se doit d'être accessible au plus grand nombre de patient. Il est important de trouver le juste milieu entre des questions pouvant entraîner un manque de sensibilité (exemple : souffrez-vous de la maladie de Parkinson ?) ou de spécificité (exemple : souffrez-vous de tremblement ?)

Pour évaluer la compréhension du questionnaire par les patients, plusieurs outils sont possibles: utilisation de réponses binaires, échelles visuelles analogiques, échelles de Likert ou questions ouvertes.

La méthode de recueil peut aussi varier : questionnaires ou entretiens aux urgences, entretiens téléphoniques, courriers électroniques.

Un autre moyen d'évaluer la compréhension des patients est d'organiser des focus groupes ou entretiens individuels. Les focus groupes ou entretiens collectifs utilisent le débat entre les personnes interrogées pour recueillir leur point de vue en encourageant l'échange des participants quant à leur expérience. L'entretien est mené avec une trame préétablie de type semi-structuré (26).

Le délai entre le passage aux urgences et l'évaluation est également important. En effet, le recul par rapport aux prises en charge permettrait d'atténuer certaines craintes à exprimer une insatisfaction et laisserait le temps à l'individu d'élaborer son opinion (27).

Dans une étude américaine, l'évaluation de la satisfaction des patients vis-à-vis de leur passage aux urgences était réalisée à l'aide d'un entretien téléphonique dans le mois suivant celui-ci (28). L'évaluation était basée sur une échelle de satisfaction de 1 à 5. Le taux de réponse obtenu de cette manière était de 46%. Dans notre étude, le taux de remplissage concernant la satisfaction et la compréhension des patients était plus élevé (88% pour les deux items) mais du fait d'une évaluation lors du passage aux urgences il existait un biais de désirabilité.

4.4. Perspectives et travaux à venir

4.4.1. Étudier l'utilité de l'auto-questionnaire pour le médecin

Même si les informations recueillies ne sont pas toutes utiles et pertinentes au regard du motif de consultation du patient, elles peuvent le devenir si le patient consulte pour un autre motif et n'est pas en capacité de s'exprimer.

L'intérêt pour le médecin, bien que non évalué dans notre étude semble tout de même bien présent :

- Au même titre que le développement de l'accueil et l'orientation ou la mise en place de gestionnaire de lit, l'utilisation d'auto-questionnaire pourrait être la source d'un gain de temps important pour les médecins urgentistes. Il serait intéressant d'évaluer cette dimension au cours d'une prochaine étude.
- L'utilisation des auto-questionnaires en complément de l'interrogatoire patient permettrait de diminuer les pertes d'informations. Cela d'autant plus que les patients seraient mieux préparés à répondre aux questions du médecin après avoir rempli un auto-questionnaire (15).
- Cela permettrait de renforcer la vision holistique de l'individu avec une prise en charge des patients dans leur globalité.
- Sur le plan médicolégal : l'absence d'information annotée sur le dossier médical peut être considérée comme une faute. Le médecin se doit de répertorier un maximum d'informations concernant le patient. L'utilisation d'auto-questionnaire pourrait ainsi se révéler une aide précieuse afin de ne porter préjudice au patient en omettant certains éléments de l'anamnèse.

4.4.2. Possibilité d'évolution du QAA vers les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

La mise en place des auto-questionnaires dans les services d'urgence en France pourrait permettre une amélioration des pratiques à travers une approche accessible et à faible coût.

Certains points doivent néanmoins faire l'objet d'études supplémentaires : optimisation du contenu du questionnaire, évaluation du gain de temps pour le médecin urgentiste, mise en application sur des horaires nocturnes.

Certaines mesures destinées à améliorer le recueil des informations médicales aux urgences pourraient être adoptées :

- Une mesure simple pourrait consister à inciter les équipes médicales et paramédicales à sensibiliser les patients aux problématiques inhérentes à la récupération des informations médicales. Les patients pourraient être encouragés lors de leurs passages à se préparer davantage à une potentielle future consultation aux urgences.
- L'accès au Dossier Médical Partagé permettant aux médecins généralistes de partager les données médicales, traitement et soins, compte rendu d'examen avec les services hospitaliers devrait être optimisé afin de renforcer l'accessibilité des données.
- De nombreux supports pourraient être utilisés pour recueillir les informations médicales des patients. L'implantation de tablettes électroniques fixes à l'entrée des urgences dans le respect des conditions de confidentialité a fait la preuve de son efficacité aux Etats-Unis (14-15) et pourrait faire l'objet d'étude en France.
- L'accès des patients à leur dossier médical pourrait être envisagé via l'utilisation d'applications santé sur smartphones. Ces dernières déclinées sous plusieurs formes (podomètre, enregistrement sportif, suivi de grossesse, suivi alimentaire...) semblent de plus en plus appréciées des Français (29). Par exemple l'application « my medical » qui permet d'enregistrer sur leurs téléphones personnels les informations médicales des patients ou de leurs proches (utile pour les personnes dépendantes). On retrouve ainsi les

informations générales, contacts d'urgence, médicaments, examens biologiques, allergies, vaccinations, interventions chirurgicales, examens d'imagerie. Ces applications smartphone n'ont cependant pas fait l'objet d'étude scientifique ce jour. L'Ordre des médecins a publié en 2015 un livre blanc « De la e-santé à la santé connectée » qui préconise une labellisation des dispositifs de santé connectée. Dans ce dernier était proposé de confier aux sociétés savantes, aux conseils professionnels et aux associations de patients la confection d'une application qui pourrait ensuite être labellisée (30).

5. Conclusion

Nous avons réalisé une étude transversale quantitative, pour évaluer la faisabilité et l'utilité d'un auto-questionnaire remis aux patients des urgences, comprenant les informations médicales les concernant.

Nous avons élaboré notre questionnaire à partir de questionnaires existants dans d'autres domaines et évalué le taux de remplissage. 59% des patients s'étant présentés pendant la période d'inclusion ont renseigné le questionnaire avec un taux de remplissage global de l'auto-questionnaire de 77%.

Les informations médicales recueillies ont été comparées à celles figurant sur l'observation médicale établie par le médecin urgentiste et nous avons pu constater que l'auto-questionnaire apportait des informations complémentaires, potentiellement utiles pour le médecin.

Dans leur majorité, les patients ont trouvé le questionnaire compréhensible (95 %) et n'ont pas semblé être dérangé par ce dernier (96%). La mise en application du questionnaire a permis de montrer la possible implication des patients dans leur prise en charge à travers la saisie d'informations médicales les concernant.

Cet outil doit cependant faire l'objet d'études complémentaires, notamment en soumettant l'auto-questionnaire aux médecins urgentistes pour recueillir leurs avis et ainsi pouvoir envisager sa généralisation dans les services d'urgence.

6. Bibliographie

- (1) Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. In La sécurité sociale Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. 2014 :350-77 [Consulté le 17/08/2017]. Disponible à l'adresse : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140917_rapport_securite_sociale_2014.pdf
- (2) Vuagnat A. « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? » Le panorama des établissements de santé. DRESS. 2013;11-28.
- (3) Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. Crit Care. 2005;9(3):291-5.
- (4) Witting MD, Hayes BD, Schenkel SM, Drucker CB, DeWane MP, Lantry JH, et al. Emergency department medication history taking: current inefficiency and potential for a self-administered form. J Emerg Med. 2013;45(1):105-10.
- (5) Mowen JC, Licata JW, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. Journal of Health Care Marketing. 1993:26-33
- (6) Besancon F. Valeur du questionnaire de santé en médecine de famille et en consultation hospitalière. La Semaine des Hôpitaux de Paris. 1984;60(9):608-614.
- (7) Pothin O. Elaboration d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil de données médicales chez les femmes enceintes : évaluation de la pertinence de l'outil par un échantillon de médecins généralistes réunionnais. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.
- (8) Laclergue N. Evaluation d'une fiche standardisée de recueil de données pour la première consultation d'adulte chez le médecin généraliste. Thèse de médecine générale, Toulouse: Université de Toulouse III; 2004.
- (9) Pesquidous JC. Le dépistage chez les adolescents en médecine générale. Elaboration et évaluation d'un auto-questionnaire de dépistage chez l'adolescent. Thèse de médecine générale, Paris: Université de Paris Diderot; 2013.

- (10) Ducos G, Afonso M, Guiresse M, Kinouani S, Pétrègne F, Gay B. Faciliter la première consultation d'un nouveau patient en médecine générale. Première partie: conception et élaboration d'un auto-questionnaire. *Médecine*. 2014 ;10(1):38-41.
- (11) Leveque M, Drahi E, Le Noc Y. Auto-questionnaires médicaux, une piste d'amélioration des soins ? *La revue du praticien. Médecine Générale*. 2008;806.
- (12) Hershey CO, Grant BJB. Controlled trial of a patient-completed history questionnaire: effects on quality of documentation and patient and physician satisfaction. *Am J Med Qual*. 2002;17(4):126-35.
- (13) Audran F. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale. *Revue de littérature. Thèse pour le doctorat en médecine*. Angers ; 2016.
- (14) Herrick DB, Nakhasi A, Nelson B, Rice S, Abbott PA, Saber Tehrani AS, et al. Usability characteristics of self-administered computer-assisted interviewing in the emergency department: factors affecting ease of use, efficiency, and entry error. *Appl Clin Inform*. 2013;4(2):276-92.
- (15) Benaroya M, Elinson R, Zarnke K. Patient-directed intelligent and interactive computer medical history-gathering systems: a utility and feasibility study in the emergency department. *Int J Med Inform*. 2007;76(4):283-8.
- (16) Davis CP. Emergency department visits: we are not prepared. *Am J Emerg Med*. 2012;30(8):1364-70.
- (17) Elie C, Colombet I. Méthodes d'estimation de la reproductibilité. *Sang Thrombose Vaisseaux*. 2011; 23 (3):138-45
- (18) Mazer M, DeRoos F, Hollander JE, McCusker C, Peacock N, Perrone J. Medication History Taking in Emergency Department Triage Is Inaccurate and Incomplete. *Academic Emergency Medicine*. 2011;18(1):102-4.
- (19) Observatoire Régional des Urgences. *Activité des structures d'urgences 2015. Panorama de la région Aquitaine, Limousin Poitou-Charentes [Internet].2015.[Consulté le 17/08/2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.esante-poitou-charentes.fr/portail/espace-communication/actualités,55,18.html>.*

- (20) De Winter S, Vanbrabant P, Spriet I, Desruelles D, Indevuyst C, Knockaert D, et al. A simple tool to improve medication reconciliation at the emergency department. *Eur J Intern Med.* 2011;22(4):382-5.
- (21) Perruche F, Pourriat J-L, Claessens Y-E. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. *Journal Européen des Urgences.* Mars 2008 ;21(1) :14-21.
- (22) Vilke GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. *J Emerg Med.*2000;19(4):327-30.
- (23) Traoré A. Connaissance des patients sur leur traitement : impact sur le travail aux urgences. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris Diderot Paris 7. 2011.
- (24) Nicolaï D, Farcet A, Molines C, Delalande G, Retornaz F. Evaluation du risque tétanique chez les sujets âgés en médecine ambulatoire : intérêt du « tétanos Quick stick » ? *Rev Med Interne.* 2015 ;36(5) :307-311.
- (25) Richoux C, Lejoyeux M. Repérage des conduites alcooliques aux urgences. *Rev Prat.* 2011 ;61:369-372.
- (26) Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine: GM Santé; CNGE;2011.
- (27) Gerbaud L, Mascart M, Belgacem B, Lejeune ML, Lacombe C, Prunayre M et al. Développement d'un auto-questionnaire évaluant la satisfaction des femmes à l'égard des maternités. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32:139-156.
- (28) Rhee KJ, Bird J. Perceptions and satisfaction with emergency department care. *J Emerg Med.* 1996; 14(6):679-83.
- (29) Desgrées du Loû G. e-santé et m-santé : le patient- acteur du système de soins. *Le concours medical.* 2013 ; 135(5):349
- (30) Dorey E. Santé connectée : le bon usage des données. 2016 ;138(2):101.

7. Annexes

6. Annexe 1 : Version définitive de l'auto-questionnaire utilisée pour l'étude
7. Annexe 2 : Première version test de l'auto-questionnaire
8. Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour l'étude
9. Annexe 4 : Questionnaire utilisé par la MAIA
10. Annexe 5 : Observation médicale papier utilisée dans le service d'urgence du CH de Pau

Annexe 1: Auto-questionnaire utilisé au cours du recueil en août 2016 (1)

NOM:
PRENOM:
SEXE: F / M
DATE DE NAISSANCE:
POIDS:
Heure de votre dernier repas et/ou collation:
Profession :

ANTECEDENTS MEDICAUX

Vous avez déjà été malade? OUI / NON

De quoi?

Etes vous suivi par un médecin spécialiste? OUI / NON

Lequel? Cardiologue / Urologue / Pneumologue / Autre:

A quel endroit?

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Vous avez déjà été opéré? OUI / NON

De quoi?

Facteurs de risque cardio-vasculaires:

Hypertension artérielle: OUI / NON

Diabète: OUI / NON

Cholestérol: OUI / NON

Tabagisme : OUI / NON , si OUI : occasionnel / quotidien

Antécédent familial d'Accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'infarctus: OUI / NON

TRAITEMENT

Prenez vous des médicaments? OUI / NON

Si OUI : lesquels?

Un médicament a-t-il été introduit récemment dans votre traitement? OUI / NON

Si OUI: Le(s)quel(s)?

Auto-questionnaire utilisé au cours du recueil en août 2016 (2)

ALLERGIES: OUI / NON

Iode / Pollen / Acariens / Alimentaire / Médicaments: lesquels?

VACCINATION ANTITETANIQUE:

Avez vous fait le rappel pour le vaccin anti-tétanos (= DTP -)?

OUI / NON / JE NE SAIS PAS

POUR LES PERSONNES DEPENDANTES: Bénéficiez vous des aides suivantes?

Passage infirmier? OUI / NON

Si oui combien de fois pas jour?

Auxiliaires de vie? OUI / NON

Si oui combien de fois par jour?

Portage des repas? OUI / NON

Mode de vie? SEUL AU DOMICILE / EPOUX PRESENT / ENFANTS A PROXIMITE

Téléalarme? OUI / NON

Marche? SEUL(E) / CANNE / DEAMBULATEUR / FAUTEUIL / ALIEMENT

A PROPOS DU QUESTIONNAIRE :

Avez vous trouvé le questionnaire clair/compréhensible: OUI / NON

Si non, pourquoi?

Cela vous a t-il dérangé de remplir le questionnaire ? OUI / NON

Si oui, pourquoi?

Annexe 2: Premier questionnaire mis à l'essai en avril 2016 (1)

NOM:
PRENOM:
SEXE: F / M
DATE DE NAISSANCE:
POIDS:
Heure de votre dernier repas et/ou collation:
Profession :

ANTECEDENTS MEDICAUX

Vous avez déjà été malade? OUI / NON
De quoi?

Etes vous suivi par un médecin spécialiste? OUI / NON

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Vous avez déjà été opéré? OUI / NON
De quoi?

TRAITEMENT

Prenez vous des médicaments? OUI / NON
Si OUI : lesquels?

Un médicament a-t-il été introduit récemment dans votre traitement? OUI / NON
Si OUI: Le(s)quel(s)?

Premier questionnaire mis à l'essai en avril 2016 (2)

FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRES:

- HTA
- Diabète
- Cholestérol
- Tabagisme : occasionnel / quotidien
- Alcool: occasionnel / quotidien

ALLERGIES:

Pollen / Acariens / Alimentaire / Médicaments , si oui lesquels?

VACCINATION ANTITÉTANIQUE:

Avez vous fait le rappel pour le vaccin anti-tétanos (= DTP -)? OUI / NON
En quelle année?

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES:

Des examens complémentaires en rapport avec votre motif de consultation ont-ils déjà été réalisés?

Radiographies / Analyses biologiques / Lettre de médecin

Les avez-vous apportés? OUI / NON

POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES: Bénéficiez vous des aides suivantes?

Passage infirmier? OUI / NON
Si oui combien de fois pas jour?

Auxiliaires de vie? OUI / NON
Si oui combien de fois par jour?

Portage des repas? OUI / NON

Famille proche? OUI / NON

Téléalarme? OUI / NON

Marche? SEUL(E) / CANNE / DEAMBULATEUR / FAUTEUIL / ALIEMENT

Annexe 3 QAA issu de l'article : Controlled trial of a patient-completed history questionnaire : effects on quality of documentation and patient and physician satisfaction(1)

• 134 Hershey and Grant AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL QUALITY

APPENDIX 1
History Questionnaire

NAME: _____ DATE: _____

DATE OF BIRTH: _____

WHAT WOULD YOU LIKE TO TALK TO THE DOCTOR ABOUT?

LIST BELOW ANY ILLNESSES AND OPERATIONS YOU HAVE HAD (with dates if possible):

Are you allergic to any drugs? Yes No

If yes, which ones? _____

	(X one)
Have you received an influenza immunization within the past 12 months?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Have you received an immunization against pneumonia within the past 5 years?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Have you received a tetanus immunization within the past 10 years?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
If you use inhalers, have you received instruction in their use in the past 2 years?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Did you or do you smoke? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Do you drink alcohol? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
How many packs? _____ per day	If yes:
For how long? _____ years	Have you ever felt the need to cut down? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
If you quit, when? _____ years ago	Have you ever had an eye opener? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
If no, would you like to stop? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Have people annoyed you with criticism of your drinking? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Have you ever felt guilty about your drinking? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

PAST OCCUPATIONS WITH YEARS INVOLVED: _____

CURRENT OCCUPATION WITH STARTING DATE: _____

Were you ever exposed to industrial toxins (eg, asbestos, lead, others)? Yes No

If yes, which ones and for how long? _____

Did you use any protective devices (eg, goggles or masks)? Yes No

Downloaded from ascelibrary.org by Carleton University on 08/04/15. Copyright ASCE. For all rights reserved. No reuse allowed without permission.

Auto-questionnaire issu de l'article : Controlled trial of a patient-completed history questionnaire : effects on quality of documentation and patient and physician satisfaction(2)

APPENDIX 1
Continued

FAMILY HISTORY	IF ALIVE		IF DEAD	
	Age	State of health	Age at death	Cause of death
Father				
Mother				
Brothers & sisters				
Children				

SOCIOECONOMIC:

Are you single/married/divorced/widow(er)?

Where do you live?

Do you do your own cooking, cleaning, and shopping, or do you need to get help?

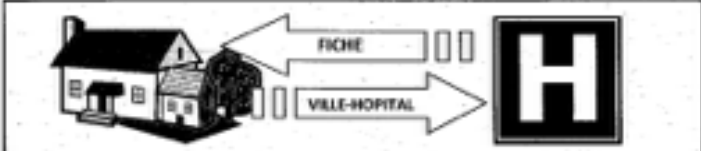
Education level (circle one): Some grade school/Some high school/High school graduate/Some college/ College graduate.

HAVE YOU NOTICED ANY OF THE FOLLOWING?

CIRCLE ANSWER IF IT HAS OCCURRED DURING THE PAST 3 MONTHS.

1. Change in weight	Yes	No	18. Change in sex life	Yes	No
2. Sweats, fever, chills	Yes	No	19. Shortness of breath	Yes	No
3. Lumps anywhere	Yes	No	20. Troublesome coughing	Yes	No
4. Bruise or bleed easily	Yes	No	21. Any blood in sputum	Yes	No
5. Skin problem	Yes	No	22. Wheezing	Yes	No
6. Unusual thirst	Yes	No	23. Pain in the legs	Yes	No
7. Pain in your joints	Yes	No	24. Palpitation of the heart	Yes	No
8. Loss of appetite	Yes	No	25. Dizziness	Yes	No
9. Abdominal pain	Yes	No	26. Headaches	Yes	No
10. Heartburn	Yes	No	27. Trouble with eyesight	Yes	No
11. Nausea or vomiting	Yes	No	28. Trouble with hearing	Yes	No
12. Indigestion	Yes	No	29. Numbness or tingling in hands or feet	Yes	No
13. Constipation or diarrhea	Yes	No	30. Depression or irritability	Yes	No
14. Pain on swallowing	Yes	No	31. Difficulty concentrating	Yes	No
15. Change in appearance of urine	Yes	No	32. Forgetfulness	Yes	No
16. Trouble with monthly periods	Yes	No	33. Fatigue or tiredness	Yes	No
17. Pain in the chest	Yes	No	34. Sleep problems	Yes	No

Annexe 4: QAA utilisé par la MAIA à destination des sujets âgés (1)



**Ce document est à remettre en cas d'hospitalisation
aux infirmières du service ou lors d'un retour à
domicile**

Identité du professionnel qui remplit

Structure concernée :

Tel Fax

Mise à jour des informations le :

<p>VOS COORDONNEES :</p> <p>NOM : _____</p> <p>NOM de jeune fille : _____</p> <p>PRENOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>ADRESSE : _____</p> <p>N° de TEL : _____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _1111111111111111_</p> <p>Caisse d'assurance maladie : Mutuelle : n° d'adhérent : _____</p>	<p>VOTRE SITUATION FAMILIALE :</p> <p><input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Vie maritale</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> PACS</p> <hr/> <p>PERSONNE A PREVENIR :</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRENOM : _____</p> <p>N° de téléphone : _____</p> <p>Lien de parenté : _____</p>
--	---

Fiche complétée après avoir recueilli l'accord ou l'assentiment de la personne et/ou de sa famille et/ou de son représentant légal

> DONNEES MEDICALES

Antécédents :
Traitement en cours	VOIR ORDONNANCES OU COPIE ORDONNANCES CI JOINTES

1

QAA utilisé par la MAIA à destination des sujets âgés (2)

		Date	Date	Date				
Autonomie à domicile	GIR : (Si connu)	COHERENCE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
		ORIENTATION						
		COMMUNIQUER						
	HYGIENE CORPORELLE	AUTONOMIE						
		AIDE PARTIELLE POUR UNE PARTIE DU CORPS						
		AIDE POUR PLUSIEURS PARTIES DU CORPS OU TOILETTE IMPOSSIBLE						
	HABILLAGE	AUTONOMIE POUR LE CHOIX ET L'HABILLAGE						
		S'HABILLE, MAIS BESOIN D'AIDE POUR SE CHAUSSER						
		BESOIN D'AIDE POUR CHOISIR SES VETEMENTS, POUR S'HABILLER OU RESTE PARTIELLEMENT OU COMPLETEMENT DESHABILLE						
	ALLER AUX TOILETTES	AUTONOME						
		DOIT ETRE ACCOMPAGNE, BESOIN D'AIDE						
	LOCOMOTION	NE VA PAS AUX WC, N'UTILISE PAS LE BASSIN, L'URINOIR						
		AUTONOME						
		BESOIN D'AIDE						
		GRABATAIRE						
		TRANSFERTS						
	CONTINENCE	DEPLACEMENT EXTERIEUR						
		CONTINENT						
		INCONTINENCE OCCASIONNELLE						
	REPAS	INCONTINENCE PERMANENTE						
		AUTONOME						
		AIDE POUR COUPER LA VIANDE OU PELER LES FRUITS						
	AUTRES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE	AIDE COMPLETE OU ALIMENTATION ARTIFICIELLE						
		UTILISER LE TELEPHONE						
		FAIRE LES COURSES						
		PREPARER LES REPAS						
		ENTREtenir LE DOMICILE						
		FAIRE LA LESSIVE						
		UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT						
		PRENDRE LES MEDICAMENTS						
GERER SON BUDGET								

QAA utilisé par la MAIA à destination des sujets âgés (3)

RÉGIME ALIMENTAIRE :	TEXTURE ALIMENTAIRE :		
TYPE DE BOISSON : <input type="checkbox"/> Eau plate <input type="checkbox"/> Eau Gélifiée <input type="checkbox"/> Eau gazeuse			
APPAREILLAGE : <input type="checkbox"/> AUDITIF <input type="checkbox"/> OCCULAIRE <input type="checkbox"/> DENTAIRE <input type="checkbox"/> AUTRES			

> VOTRE CADRE DE VIE

Seul à domicile A domicile avec votre conjoint A domicile avec un parent
 Chez les enfants Famille d'accueil Etablissement
 Autres :

> VOTRE ENTOURAGE/ VOS PROCHES (famille, voisins)

NOM, Prénom	Lien avec vous	Adresse	Téléphone

Personnes à prévenir si besoin de s'occuper d'un conjoint/enfant du domicile, linge, courrier, animaux...

> ORIGINE DE VOS RESSOURCES

• Retraite : CARSAT RSA RSI Pension de réversion Autres :
 • Prestations sociales : APA AAH PCH AL Autres :

> VOTRE LOGEMENT

- Votre habitation comporte-t-elle : - des escaliers ? oui non
 - un ascenseur ? oui non

- Disposez-vous ? une baignoire une douche

-Aides Techniques : (noter les détails des aides techniques : lit médicalisé, déambulateur ...)

.....

- Accessibilité des pièces à vivre:

.....

> PROFESSIONNELS INTERVENANTS À VOTRE DOMICILE

PROFESSIONNELS / ORGANISMES	NOM PRÉNOM	TÉLÉPHONE
Médecin Généraliste		
Médecin Spécialiste		
Kinésithérapeute		
Infirmier(e)libéral(e)		
Assistante Sociale C.L.I.C. / M.S.D. / C.C.A.S. / Autres...		
Aide à domicile <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Aide-ménagère		
Partage de repas		

3

QAA utilisé par la MAIA à destination des sujets âgés partie 4

Téléphone		
Tuteur		
SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)		
MAIA		
Pharmacies		
Autres		

↳ VOS REMARQUES / PRECONSEILS / POINTS DE VIGILANCE

COMMENTAIRES LIBRES

Annexe 5: Exemple d'une observation médicale utilisée dans le service des urgences adultes du CH de Pau

Date de prise en charge médicale : : :	<h2 style="margin: 0;">DOSSIER MÉDICAL</h2>	Nom IDE : Nom A.S. : Médecin B.U. : Interne : Amb. SMUR :
Date :		
PRÉCÉDENTS : Médecin Chirurgien Allergie Tabac Alcool	TRAITEMENTS :	
IT	TA	FR
		SPC ₁
		EVA
		DEP
INTERROGATOIRE : 		
EXAMEN CLINIQUE : 		

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.

Abstract

Context: The frequentation of the emergency units constantly increases. The overload of these services involves an incomplete medical information collection because of the lack of time assigned to emergency physician. We created a self-administered form intended for the emergency patients allowing to raise the completeness of medical information collected by the medical team.

Objective: It mainly aimed at studying the feasibility of the use of a self-administered form filled out by the patient himself before an emergency visit. The secondary objectives were to determine which parts of the self-administered form were likely to provide additional information and finally to assess patient's comprehension and satisfaction.

Method: For this cross-sectional and quantitative study, we included patients visiting emergency room between 8:00 AM and 8:00 PM during 4 consecutive days. We created a self-administered form including antecedents, treatments, allergies, vaccinations and lifestyle intended to be filled as soon as they entered the emergency room. Then we compared informations collected thanks to this form to those of the medical observations established by emergency physician.

Results: Among the 286 patients who visited emergency room during inclusion period, 171 patients (59%) filled the questionnaire. We noticed that, thanks to the form, informations concerning the elderly, physically and mentally frail living conditions persons, drug allergies, cardiovascular risk factors and vaccination status provided exhaustive informations. 143 patients (95%) estimated that the questionnaire was comprehensible and 145 patients (96%) had not been disturbed filling out the questionnaire.

Conclusion: More than 59% of the patients were able to fill out the self-administered form. The use of this tool could help to obtain additional medical informations. Most of the patients found the questionnaire comprehensible and seemed at ease to deal with it.

Key words : medical history taking, data collection, emergency service

Résumé

La fréquentation des services d'urgence est en constante augmentation. La surcharge de ces services entraîne un recueil des informations médicales souvent incomplètes du fait du manque de temps imparti aux médecins urgentistes. Nous avons créé un auto-questionnaire destiné aux patients des urgences permettant de majorer l'exhaustivité des informations médicales recueillies par l'équipe. L'objectif principal était d'étudier la faisabilité de l'utilisation de l'auto-questionnaire rempli par le patient lors de son admission aux urgences. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les items pour lesquels l'auto-questionnaire représentait un apport comparé à l'interrogatoire du médecin urgentiste et d'évaluer la compréhension et la satisfaction des patients. Pour cette étude quantitative transversale, nous avons inclus les patients consultant aux urgences adultes entre 8h00 et 20h00 pendant 4 jours consécutifs. Nous avons créé un questionnaire qui incluait les antécédents, traitements, allergies, vaccinations et modes de vie. Nous avons ensuite comparé les informations récoltées grâce à l'auto-questionnaire avec celles de l'observation médicale établie par le médecin urgentiste. Parmi les 286 patients s'étant présentés pendant la période d'inclusion, 171 patients (59%) ont complété le questionnaire. Le taux de remplissage global du questionnaire était de 77%. On notait un gain d'informations grâce à l'auto-questionnaire concernant les conditions de vie à domicile des personnes dépendantes ou des sujets âgés, les allergies médicamenteuses, les facteurs de risque cardio-vasculaires ou encore la vaccination contre le DTP. Les patients ont trouvé le questionnaire compréhensible et n'ont pas semblé être dérangés par ce dernier. L'utilisation de cet outil a permis d'obtenir des informations complémentaires, potentiellement utiles au médecin urgentiste.

TITRE EN ANGLAIS: Evaluation of a self-administered form including medical information filled out by patient upon admission to an emergency department.

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE - SPECIALITE MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : Collecte données, anamnèse, service hospitalier des urgences

UFR des Sciences Médicales, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33000 Bordeaux Cedex