



HAL
open science

Impact d'une fiche informative sur la satisfaction des usagers du service des urgences adultes de Périgueux

Benjamin Salez

► **To cite this version:**

Benjamin Salez. Impact d'une fiche informative sur la satisfaction des usagers du service des urgences adultes de Périgueux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01657457

HAL Id: dumas-01657457

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01657457>

Submitted on 6 Dec 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 de Bordeaux

U. F. R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n° 206

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14/11/2017

Par **Benjamin SALEZ**

Née le 14/07/1988 à Tours (37)

Impact d'une fiche informative sur la satisfaction des usagers du service des urgences adultes de Périgueux

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Olivier ELY

Membres du Jury

Monsieur le Professeur François SZTARK.....Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERARapporteur
Monsieur le Professeur Mathieu Biais..... Jury
Monsieur le Docteur Olivier Ely..... Jury
Monsieur le Docteur Vincent Lacoste..... Jury

A Monsieur le Professeur François SZTARK.

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury. Merci de vous être rendu disponible pour présider cette thèse. Votre excellence professionnelle est un exemple que je tâcherai de suivre. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA.

Je suis honoré que vous ayez accepté la fonction de rapporteur de ce travail. Merci pour votre amabilité, votre disponibilité et pour la qualité des conseils que vous m'avez dispensés. Veuillez trouver l'expression de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Mathieu BIAIS.

Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici tous mes remerciements pour votre implication dans l'enseignement de la médecine d'urgence. Votre regard et vos sentiments sur ce travail me seront précieux. Soyez certain du respect que m'inspire la mission que vous assumez.

A Monsieur le Docteur Vincent LACOSTE.

Merci pour ton aide précieuse tout au long de ce travail. Merci de m'avoir ouvert les portes du service des urgences adultes de Périgueux pour réaliser ce travail de thèse. Trouve ici l'expression de mon estime et de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse, le Docteur Olivier ELY.

Merci de m'avoir accordé ta confiance en acceptant de m'encadrer sur ce travail. Tu as su me guider, me stimuler quand il le fallait, me conseiller de façon juste et pertinente. Tu t'es montré disponible malgré ton emploi du temps chargé. Travailler avec toi a été et sera un réel plaisir. Pour tout cela reçoit toute ma gratitude.

Merci également à mes parents sans qui je ne serai pas la personne que je suis actuellement. Vous m'avez apporté par votre éducation et les valeurs que vous m'avez transmises, les fondements de la personne que je suis aujourd'hui.

Merci à mon frère Julien, toi sans qui je ne serai sans doute pas médecin aujourd'hui car tu as toujours été le modèle à qui j'ai voulu ressembler au cours de ma jeunesse. Je souhaite que nous fassions tous deux une belle carrière dans ce si beau métier, tendrement.

A mes grands-parents vivants comme disparus, vous aussi vous êtes le ciment de ce que je suis aujourd'hui et je ne vous dirai jamais assez merci pour tout l'amour et les enseignements que vous m'avez apporté.

A mes oncles Jean-Charles et François (et leur famille) qui sont des personnes qui comptent également énormément pour moi.

A Anne-Elise, que j'aime profondément. Merci pour ton aide lors de la correction de mon orthographe irréprochable. Je souhaite que nous vivions encore beaucoup de belles choses ensemble.

A mes amis d'enfance, Jean Tin, Cous, Jean Ram, Jean Choub, Jean Tenrien, Jean teuf, Jean Baf, Maman, Kaka et pardon pour ceux que j'oublie, vous aussi faites partit de moi et je vous aime tous profondément.

A mes amis d'externat, Guiguich, Tantrice, Ketur, Duck, Nanus, Dada, merci pour votre soutien durant ces dures années et merci pour la stimulation que vous m'avez apporté.

Enfin à tous les copains de l'internat, Fanney, Coco, Gino, Grand-corps, François, Fabio, Guigui, Olivia, Caro, Elo, Thomas, Alex, Mezzo, Marie, Vinvin, Pedro, Amau, Mich, Martine, Doudou ... Je vous aime.

Sommaire

I-	<u>INTRODUCTION</u>	p.13
	<u>1.1 Etat des lieux des urgences en France</u>	p.13
	1.1.1 Temps d'attente aux urgences	p.13
	1.1.2 Provenance des patients	p.13
	1.1.3 Heures de passage	p.15
	1.1.4 Motifs de recours aux urgences	p.15
	1.1.5 Démographies et motifs de recours	p.17
	1.1.6 Mode de sortie des patients	p.18
	<u>1.2 La satisfaction des usages</u>	p.19
	1.2.1 Cadre légal	p.19
	1.2.2 Définition de la satisfaction en santé	p.20
	1.2.3 Évaluation de la satisfaction en santé	p.21
	<u>1.3 Satisfaction dans les services d'urgence : données actuelles de la science</u>	p.21
	1.3.1 Études princeps	p.22
	1.3.2 Études suivantes	p.22
	1.3.3 Thèses sur la satisfaction aux urgences	p.24
	1.3.4 Facteurs influençant la satisfaction dans la littérature	p.25
	<u>1.4 L'offre de soins en Dordogne</u>	p.25
	1.4.1 Contextes sociaux démographiques	p.25
	1.4.1.1 Géographie	p.25
	1.4.1.2 Densité	p.25
	1.4.1.3 Age de la population	p.26
	1.4.2 Situation sanitaire	p.26
	1.4.2.1 La densité médicale en Dordogne	p.26
	1.4.2.2 L'offre hospitalière en Dordogne	p.27
	1.4.2.3 Nombre de passages aux urgences en Dordogne	p.27
	<u>1.5 Présentation des urgences adultes de l'hôpital de Périgueux</u>	p.27
	1.5.1 Présentation des locaux	p.27
	1.5.2 Présentation du personnel	p.27
	<u>1.6 Rationnel de ce travail de thèse</u>	p.28
	1.6.1 Synthèse de nos recherches	p.28
	1.6.2 Idées de départ	p.29
	1.6.3. Question de recherche	p.30
	1.6.4. Hypothèses	p.30
	1.6.5. Objectifs	p.30

1.6.5.1. Objectif principal de l'étude	p.30
1.6.5.2. Objectifs secondaires	p.31
II- <u>MATERIEL ET METHODE</u>	p.32
<u>2.1 Population incluse dans l'étude</u>	p.32
2.1.1 Critères d'inclusion	p.32
2.1.2 Critères de non inclusion	p.32
2.1.3 Critères d'exclusion	p.32
<u>2.2 Méthodologie</u>	p.32
<u>2.3 Recueil des données</u>	p.32
<u>2.4 Réalisation du questionnaire</u>	p.33
<u>2.5 Réalisation de la fiche informative</u>	p.33
<u>2.6 Information du personnel</u>	p. 34
<u>2.7 Analyse statistique</u>	p.34
<u>2.8 Mesures éthiques et réglementaires</u>	p.34
III- <u>RESULTATS</u>	p.36
<u>3.1 Nombre de questionnaires distribués</u>	p.36
<u>3.2 Caractéristiques des populations incluses</u>	p.36
3.2.1 Sexe	p.36
3.2.2 L'âge	p.37
3.2.3 Niveau d'étude	p.38
3.2.4 Activité	p.39
3.2.5 Mode de venue à l'hôpital	p.40
3.2.6 Douleur à l'arrivée	p.41
3.2.7 Prise d'antalgique avant de venir	p.42
3.2.8 Avis médical avant de venir	p.43
3.2.9 Distance de l'hôpital	p.44
3.2.10 Durée d'attente	p.45
3.2.11 Jour de venue au SAU	p.46
3.2.12 Heure d'arrivée au SAU	p.47

<u>3.3 Résultats des questions posés</u>	p.47
3.3.1. Sur l'objectif principal	p.47
3.3.1.1. Résultats non ajustés	p.47
3.3.1.2. Résultats ajustés	p.49
3.3.2. Sur les objectifs secondaires	p.49
IV- <u>DISCUSSION</u>	p.50
<u>4.1 Limites de l'étude</u>	p.50
4.1.1 Les biais de l'étude	p.50
4.1.1.1 Biais de sélection	p.50
4.1.1.2 Biais de classement	p.51
4.1.1.3 Biais de confusion	p.51
4.1.1.4 Biais d'acquiescement	p.51
4.1.2 La taille de l'échantillon	p.52
<u>4.2. Critiques des résultats</u>	p.52
4.2.1. Sur l'objectif primaire	p.53
4.2.2. Sur les objectifs secondaires	p.53
4.3. <u>Perspectives d'avenir</u>	p.55
V- <u>CONCLUSION</u>	p.57
VI- <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.58
VII- <u>ANNEXES</u>	p.64

Sommaire des tableaux

1. Tableau 1 : Comparaisons sexes semaine 1 et 2	p.37
2. Tableau 2 : Comparaison du niveau d'activité semaine 1 et 2	p.39
3. Tableau 3 : Comparaison du niveau d'étude semaine 1 et 2	p.40
4. Tableau 4 : Comparaison mode de venue semaine 1 et 2	p.41
5. Tableau 5 : Comparaison prise d'antalgique avant SAU semaine 1 et 2	p.42
6. Tableau 6 : Comparaison prise d'un avis médical avant SAU semaine 1 et 2	p.44
7. Tableau 7 : Comparaison distance parcourue semaine 1 et 2	p.45
8. Tableau 8 : Comparaison satisfaction semaine 1 et 2	p.48

Sommaire des figures

1. Figure 1 : temps d'attente aux urgences	p.14
2. Figure 2 : provenance des patients	p.15
3. Figure 3 : Motivations des patients	p.17
4. Figure 4 : taux de recours selon le motif de recours et l'âge du patient	p.18
5. Figure 5 : mode de sortie des patients	p.20
6. Figure 6 : Sexes semaine 1 et 2	p.37
7. Figure 7 : Niveau d'étude semaine 1 et 2	p.38
8. Figure 8 : Activité semaine 1 et 2	p.39
9. Figure 9 : mode de venue au SAU semaine 1 et 2	p.41
10. Figure 10 : Prise d'antalgique avant SAU semaine 1 et 2	p.42
11. Figure 11 : Prise d'un avis médical avant SAU semaine 1 et 2	p.43
12. Figure 12 : Distance parcourue semaine 1 et 5	p.45
13. Figure 13 : Jour de venue semaine 1 et 2	p.46
14. Figure 14 : Heure de venue semaine 1 et 2	p.47
15. Figure 15 : Satisfaction semaine 1 et 2	p.48

Abréviations

SAU : Service d'accueil des urgences

IAO : infirmier d'accueil et d'orientation

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

HAS : Haute autorité de santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

CH : Centre hospitalier

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INVS : Institut national de veille sanitaire

SERMENT MEDICAL

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 leurs 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 sont 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.

Résumé

Introduction : Les services d'urgences sont confrontés à une hausse constante de leur fréquentation depuis vingt ans avec des perspectives qui sont encore à la hausse pour les années à venir. La mesure de la satisfaction est un marqueur de la qualité de la prise en charge hospitalière et une obligation fixée par loi. Il va donc falloir trouver de nouvelles perspectives pour améliorer la satisfaction des usagers des services d'urgences malgré une hausse de leur fréquentation et donc des durées d'attentes au sein de ces services.

Nous avons donc voulu tester l'impact d'une fiche informative sur la satisfaction des usagers des urgences adultes de l'hôpital de Périgueux.

Matériel et méthode : Le recrutement s'est déroulé au sein du service des urgences adultes de Périgueux entre le 17 et le 30 juillet 2017. Le questionnaire a été réalisé à partir de la méthode Delphi. La fiche informative a été réalisée par les investigateurs.

Résultats : 132 personnes ont reçus un questionnaire de satisfaction : 16 étaient inexploitable, 70 patients n'avaient pas reçu la fiche informative avant de répondre au questionnaire et 46 avaient reçu la fiche informative avant de répondre au questionnaire.

La distribution de la fiche informative a montré une tendance à une amélioration de la satisfaction des usagers des urgences sans différence significative ($p=0,15$). Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence d'autre facteur influençant la satisfaction des usagers. Notre étude montre également que 32% des patients n'avaient pas pris d'antalgiques et que 68% des patients n'avaient pas pris d'avis avant de se rendre aux urgences ce qui est en adéquation avec les résultats de la littérature.

Discussion : Une étude de plus grand ampleur serait donc nécessaire pour montrer une amélioration de la satisfaction des usagers avec une fiche informative sur le fonctionnement des urgences. D'autres axes de recherche sont à envisager pour améliorer la satisfaction des usagers et diminuer la fréquentation des services d'urgence en France.

Mots clefs : satisfaction, services des urgences

Abstract

Introduction : Emergency department are concerned by a constant progression of their attendance since twenty years and the perspectives are still rising for the future years. The measure of satisfaction is a marker of the hospital quality care and a legal obligation. We must find new perspectives to improve the satisfaction of emergency's department users in spite of an increase of frequentation and of waiting time in these structures.

Materials and methods : Recruitment took place in Périgueux adult emergency department between the 17th and the 30th of July 2017. The survey have been made according to Delphi's method. The informative note have been made by the investigators.

Résultats : 132 people have received the satisfaction survey : 16 were useless, 70 people have not received the informative note before answering it and 46 have received the informative note before answering it. The delivery of the informative note has shown a trend towards an improvement in users' satisfaction without significant difference ($p=0.15$). The study did not show any factor affecting the user' satisfaction. This study has also demonstrated that 32% of patients did not take any painkiller and that 68% of patients did not take medical advice before going to the emergency which is similar of the results of literature.

Conclusion : A bigger scale study should be necessary to show an improvement of users' satisfaction with an informative note which explains the way how emergency department works. Other angles of research are to be considered to improve user's satisfaction and decrease frequentation of emergency departments in France.

Key words : Satisfaction, Emergency department

I. INTRODUCTION

1.1 Etat des lieux des urgences en France

La DREES a réalisé une étude en 2013 pour étudier les caractéristiques démographiques et les motifs de recours au SAU en France. La DREES avait déjà réalisé une telle étude en 2002. Cette nouvelle étude a été réalisée, car de nouvelles dispositions réglementaires sont intervenues avec le décret « urgences » de 2006 et devant une augmentation des passages passant de 14 millions en 2002 à 18 millions en 2011 (1).

1.1.1 Temps d'attente aux urgences (figure 1)

Cette enquête a montré que les temps d'attente aux urgences étaient de :

- Première évaluation par l'IAO : médiane 4 minutes
- Premiers soins : médiane 30 minutes
- Temps passé au SAU :
 - Si pas d'hospitalisation : médiane 1h56
 - Si hospitalisation : médiane 4h40
- Temps sur un brancard : médiane 2h06

1.1.2 Provenance des patients (figure 2)

En 2014, le rapport de la DREES a rapporté 19.7 millions de passages soit une hausse de 4% par rapport à 2013. Cette augmentation est de 3% par an en moyenne depuis 1996 (2)(3).

Dans six cas sur dix, la venue aux urgences est à l'initiative du patient ou sur conseil d'un de ses proches. 65% des patients, viennent de leur domicile et ceux-ci se rendent majoritairement aux urgences par leurs propres moyens (70%). 11% sont amenés par les pompiers, 11% sont amenés par des taxis ou des ambulances. 1% sont amenés par les équipes de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

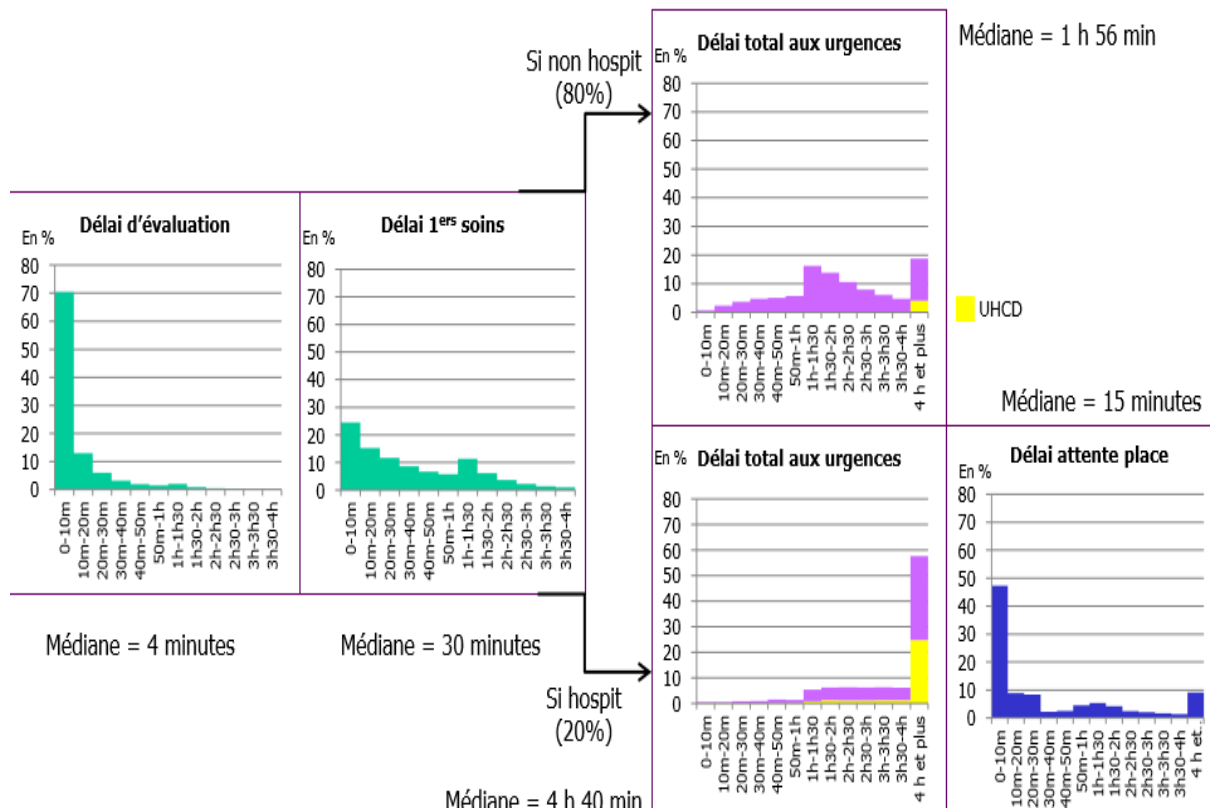


Figure 1 : temps d'attente aux urgences (1)

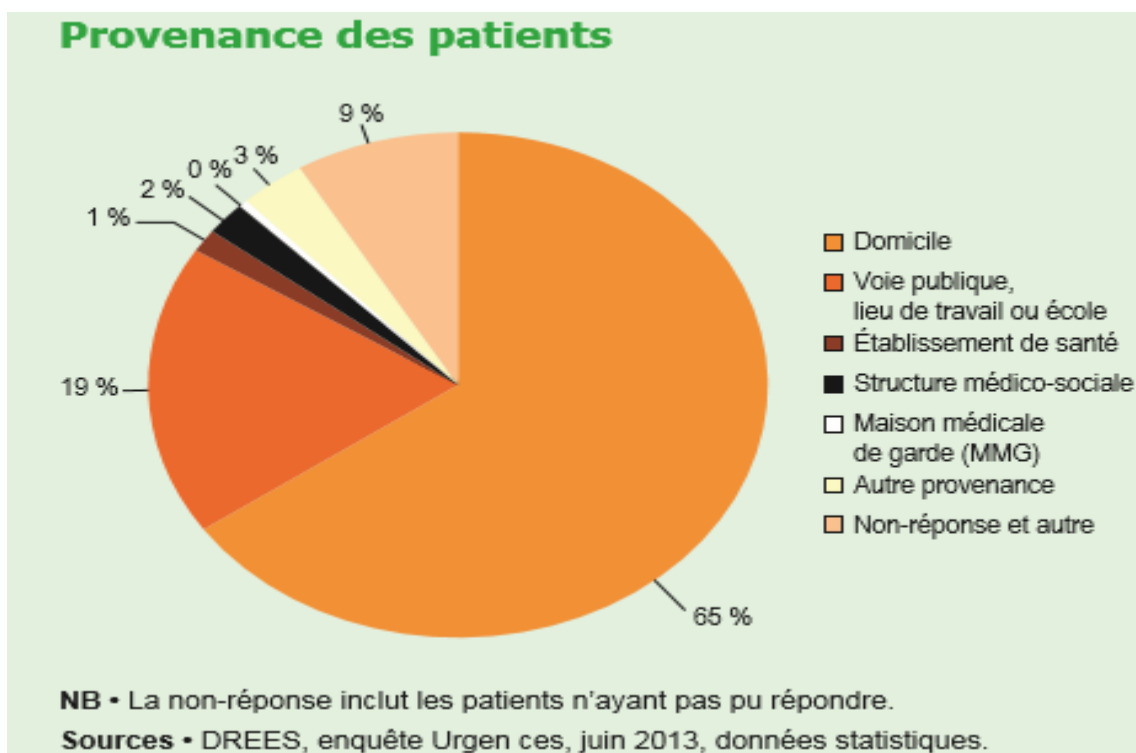


Figure 2 : provenance des patients (2)

1.1.3 Heures de passage

75% des passages avaient eu lieu entre 8h et 20h et 10% de passages entre minuit et 8h (3).

1.1.4 Motifs de recours aux urgences

La situation motivant la consultation aux urgences a débuté le jour même pour plus de 50% des patients, mais remonte à plusieurs jours pour près de 30% d'entre eux (3).

Un tiers des patients avait pris un avis médical dans les 24 heures précédant leur passage aux urgences. 75% de ces démarches avaient été faites auprès du médecin traitant ou d'un autre médecin, 11% auprès du SAMU, 11% auprès d'un proche et pour 8% il s'agissait d'un appel aux pompiers.

Parmi les deux tiers des patients qui n'ont pas pris d'avis médical dans les 24 heures précédant leur passage au SAU, 20% avaient pris un avis immédiatement avant de se rendre au SAU : 6% se sont rendus aux urgences sur conseil d'un médecin et 14% sur conseil du SAMU ou des pompiers.

Au total : 61% des patients viennent de leur propre initiative ou sur les conseils d'un proche, 24% viennent sur les conseils d'un médecin et 15% sur les conseils du SAMU ou des sapeurs-pompiers.

Les motifs de recours aux services d'urgences sont les suivants :

- Motif médical : 80% des cas
 - Accident : 30%
 - Conseil médical : 25%
 - Gravité présumée par le patient : 20%
 - Angoisse du patient : 10%
- Accessibilité aux soins :
 - Besoin d'un règlement rapide du problème : 27%
 - Possibilité de réaliser des examens complémentaires : 22%
 - Possibilité de consulter un médecin spécialiste : 12%
 - Prise en charge en dehors des heures ouvrables ou « gratuité » : respectivement 3% et 2%
- Recours habituel aux soins inaccessibles :
 - Absence du médecin traitant : 6%
 - Impossibilité de trouver un rendez-vous rapide pour des examens complémentaires : 5%
 - Patients amenés par les pompiers ou le SMUR : 10%

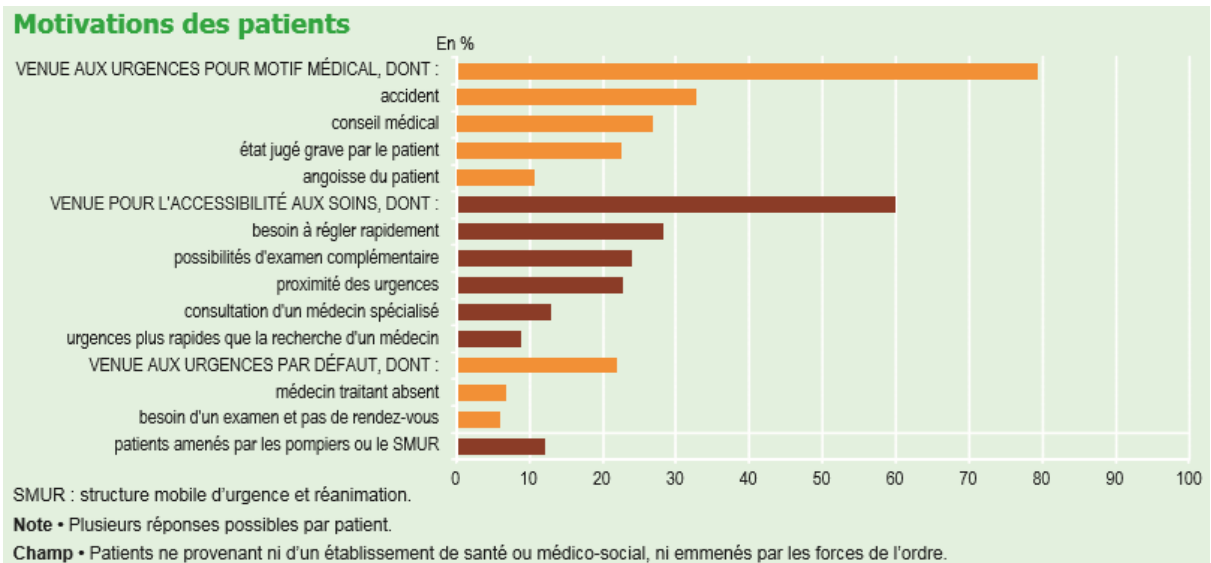


Figure 3 : Motivations des patients pour recourir aux urgences (2)

1.1.5 Démographie et motifs de recours

Les personnes âgées (85 et plus) et les nourrissons ont le plus recours aux services d'urgences : taux de 2/1000 pour les enfants de moins de 1 an et de 1.5/1000 pour les personnes âgées. La moyenne nationale est de 1/1000 (3).

Motifs de recours selon l'âge:

- Enfant de moins de 5 ans : motifs variés
- Entre 10 et 14 ans : principalement traumatologie
- Après 65 ans : 25% de traumatologie dont 18% de chutes, 17% de problèmes cardiovasculaires et le reste en motifs variés.

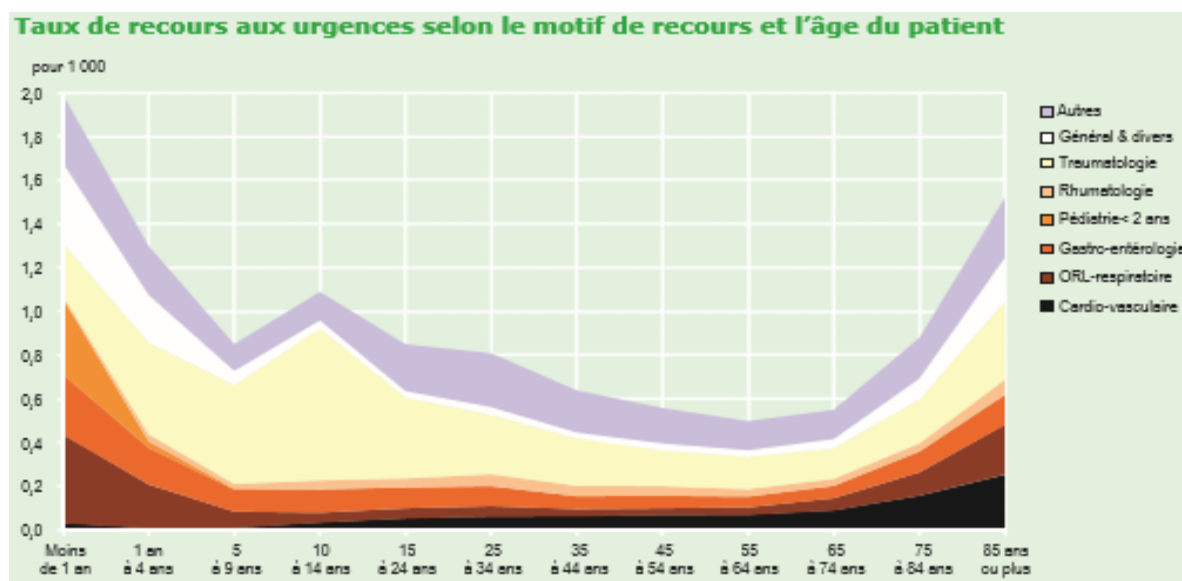


Figure 4 : taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient (2)

Les situations de détresses vitales dans les services d'urgences nécessitant des manœuvres de réanimation cardio-respiratoires correspondent à 5% des passages mais ce chiffre monte à 10% pour les patients âgés de 65 ou plus.

La réalisation d'actes diagnostiques ou de soins se retrouve dans 80% des passages : un acte de soin est réalisé pour 40% des passages, une imagerie pour 45% et la réalisation d'un bilan biologique pour 35% des passages.

Cette proportion augmente largement avec l'âge des patients.

1.1.6 Mode de sortie des patients

Sur l'ensemble des passages dans les services d'urgences, 76% des patients regagnent leur domicile, 20% sont hospitalisés, 2% quittent les urgences sans attendre et 0.5% sortent contre avis médical (3).

La part de patients hospitalisés est plus élevée pour les patients qui sont venus après avis d'un médecin, du SAMU ou des sapeurs-pompiers ; elle s'élève à 30% VS 10% pour les patients venus de leur propre chef.

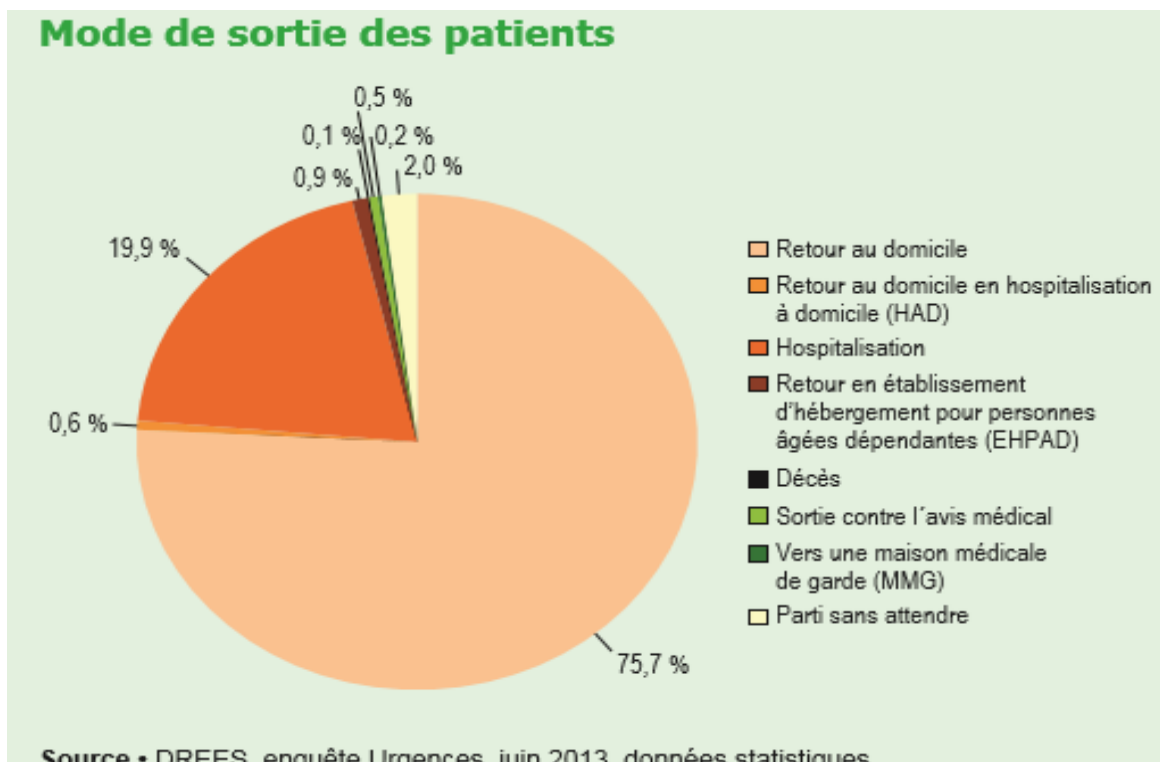


Figure 5 : mode de sortie des patients (2)

1.2 La satisfaction des usagers

1.2.1 Cadre légal

La mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans un contexte global de prise en compte de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé. Cette évolution de la place de l'utilisateur s'est traduite par deux textes de loi :

- L'ordonnance du 24 avril 1996, article 1^{er} (4) :
 - Art. L 710-1-1 : elle ordonne à tout établissement de santé de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des usagers, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte pour les accréditations des établissements de santé.
 - Art L 710-1-2 : Dans chaque établissement de santé est institué une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne

qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.

- La loi du 4 mars 2002 article 16, deuxième alinéa de l'article L 1112-3 (5):
Création d'une commission des relations avec les usagers et de qualité de la prise en charge. Celle-ci doit veiller au respect des droits des usagers et contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement ; entendre des explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Ainsi la satisfaction des usagers est donc devenue au cours des années 1990 un critère de bonne prise en charge des patients. Cette modification de nos pratiques a conduit à inscrire dans la loi l'évaluation de la satisfaction pour évaluer les établissements de santé et leur accorder les accréditations de fonctionnement.

1.2.2 Définition de la satisfaction en santé.

Le terme de satisfaction est utilisé de façon large dans plusieurs domaines, y compris en santé. Nous en avons tous une vision à peu près identique, mais il s'agit ici de déterminer scientifiquement ce terme (6-9).

L'analyse de la littérature permet de retenir une définition claire grâce à des notions issues du domaine cognitif et à des notions issues du domaine affectif relatives au vécu du patient au cours des soins.

La définition que nous proposons tire son origine de la « théorie des attentes » qui la décrit comme résultant de l'expérience de l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est perçu par le patient.

Ainsi les enquêtes de satisfaction doivent avoir pour objectif de rendre compte de cet écart.

Dans la logique économique, l'utilisateur cherche un comportement rationnel guidé par la recherche d'un maximum de satisfaction.

Dans le domaine de la santé, plusieurs facteurs vont modifier ce comportement rationnel : le patient est le plus souvent ignorant quant à la nature du service dont il a besoin et de la compétence réelle du professionnel qu'il a en face de lui. Il ne sait pas forcément évaluer la nécessité, pour lui, de recourir aux soins.

Ainsi dans une démarche d'évaluation d'un système de santé, il faudra distinguer :

- La mesure de l'efficacité diagnostique et thérapeutique qui représente l'aspect le plus technique de la prestation fournie au patient, ou encore la mesure de la notion de sécurité.
- Mais aussi différentes dimensions qui renvoient à la mesure des attentes, des besoins, des perceptions, des expériences, des opinions et des attitudes des patients. Ces dimensions renvoient à la principale caractéristique de la satisfaction, sa subjectivité.

1.2.3 Évaluation de la satisfaction en santé

Trois types d'enquêtes pour évaluer la subjectivité ont été retrouvés dans la littérature (10) :

- **Les études exploratoires** : elles permettent de déterminer ce que souhaitent les patients ou ce qu'ils considèrent comme important.
- **Les études de corrélation** : elles sont conduites pour mesurer les éventuelles relations entre variables. Ces relations sont généralement des hypothèses formulées a priori qu'on désire confirmer ou infirmer.
- **Les analyses de causalités** : ce sont des études de type avant/après qui ont pour objectif de rechercher un lien de causalité.

1.3. Satisfaction dans les services d'urgence: données actuelles de la science

Les premières études s'intéressant à la satisfaction dans les services d'urgences sont apparues dans les années 1990. Comme nous l'avons vu précédemment c'est à cette période que la satisfaction est devenue un critère de qualité dans la prise en charge des patients. Les chercheurs ont cherché à rationaliser scientifiquement les composantes influençant cette satisfaction pour pouvoir améliorer celle-ci.

Nous allons donc faire une revue des différentes études portant sur le sujet.

1.3.1 Études princeps

Les premières études sur le sujet datent de 1992 :

- L'étude de Booth et al au Royaume-Uni (11) nous rapporte que la satisfaction des usagers est améliorée par un temps d'attente faible, l'attitude du personnel, le traitement mis en œuvre ainsi que les conditions d'accueil des usagers.
- L'étude de Hansagi et al en Suède (12) nous rapporte que l'âge jeune et un triage efficace sont en lien avec la satisfaction.
- L'étude de Lewis et al au Canada (13) nous rapporte que le triage est fortement corrélé à la satisfaction.
- L'étude de Maitra et al au Royaume-Uni (14) nous rapporte que la satisfaction est corrélée au temps d'attente pour voir un médecin, les explications du médecin et le temps total passé dans la structure.

1.3.2 Études suivantes

A partir de ces études princeps, de nombreuses études vont suivre :

- L'étude de Bursch et al aux États-Unis en 1993 (15) va identifier 14 facteurs en lien avec la satisfaction. Les 5 premiers sont le temps d'attente, les soins infirmiers, l'organisation de l'équipe, l'intérêt du médecin et l'information délivrée.
- L'étude de Britten et al en 1994 au Royaume-Uni (16) a identifiée comme facteurs importants l'information, le temps d'attente, le traitement rapide de la douleur, l'intérêt pour les circonstances personnelles, l'examen ou l'interrogatoire excessif et le bon environnement.
- L'étude de Thomson et al aux États-Unis en 1995 (17) associe le temps d'attente perçu à la satisfaction.
- L'étude de Thomson et al aux États-Unis en 1996 (18) montre que l'information délivrée au patient et le temps d'attente sont corrélés à la satisfaction.

- L'étude Hall et al aux États-Unis en 1996 (19) montre que la satisfaction est corrélée aux attitudes des médecins et des infirmières, au temps d'attente mais qu'il n'y a pas de corrélation avec les facteurs démographiques.
- L'étude de Rhee et al aux États-Unis en 1996 (20) montre que la satisfaction est corrélée aux compétences techniques du personnel médical et au temps d'attente.
- L'étude de Bruce et al en 1998 au Royaume-Uni (21) montre que le facteur principal de la satisfaction est le temps d'attente.
- L'étude de Yarnold et al aux États-Unis en 1998 (22) montre que l'aptitude de l'équipe soignante et la satisfaction globale sont superposables.
- L'étude de Bourdreau et al aux États-Unis en 2000 (23) montre qu'un personnel attentionné, une sensation de sécurité, les compétences techniques et le temps d'attente prévu sont en lien avec la satisfaction globale. Les facteurs prédictifs de satisfaction identifiés dans cette étude sont différents des recommandations qui étaient en place dans cet établissement.
- L'étude de Morgan et al en 2000 au Royaume-Uni (24) montre que la satisfaction est corrélée au comportement des médecins et au temps d'attente.
- L'étude de Sun et al en 2000 aux États-Unis (25) a identifié neuf facteurs sociodémographiques, 15 pathologies et 5 facteurs de service qui montrent une meilleure satisfaction : par exemple les patients jeunes ou de race noire ont une meilleure satisfaction. De même les douleurs thoraciques ont une meilleure satisfaction que les douleurs abdominales ... Du côté du service, on retrouve la courtoisie, les compétences médicales, les explications, le temps d'attente et les instructions à la sortie.
- L'étude de Brown et al aux États-Unis en 2005 (26) a montré que le temps perçu pour recevoir le traitement, la politesse de l'équipe soignante, la politesse et les compétences des médecins étaient reliés à la satisfaction globale du patient.

- L'étude de Cooke et al au Canada en 2006 (27) a montré que la communication et le délai d'attente sont les éléments les plus importants pour influencer la satisfaction des usagers.
- L'étude de Downton et al en 2010 aux États-Unis (28) a montré qu'une bonne communication entre médecins et patients était en lien avec la satisfaction des patients.
- L'étude de Dinh et al en Australie en 2013 (29) a montré que la durée d'attente, une consultation initiale par une infirmière et le fait de parler la même langue que les soignants étaient en lien avec la satisfaction.
- L'étude de Parker et al en Espagne, en 2014 (30), a montré que les patients sous-estimaient leur temps de passage aux urgences de 7 minutes en moyenne.
- L'étude de Silva et al en 2016 au Portugal (31) a montré que la satisfaction est améliorée par la durée d'attente, l'environnement (confort, hygiène..), les informations médicales reçues, l'humanisation (respect, politesse...).
- L'étude de Davenport et al en 2017 aux États-Unis en 2017 (32) montre que l'insatisfaction des patients est liée à l'augmentation du temps d'attente.

Les études ainsi publiées sont essentiellement issues des États-Unis ou des Pays anglo-saxons. Pas d'études françaises publiées sur la satisfaction aux urgences.

1.3.3 Thèses sur la satisfaction aux urgences

Quelques thèses sur le sujet ont été réalisées en France :

- La thèse de David Hugla en 2014 à Angers (33) qui a montré que les délais d'attente envisagés, acceptables, réels et ressentis étaient respectivement de 63, 62, 74 et 86 minutes. 67% des patients auraient mieux vécu leur attente si on leur avait donné un délai prévisionnel de prise en charge médicale à l'arrivée aux urgences. Seulement 10% des patients avaient estimé correctement leur délai de prise en charge médicale.
- La thèse de Leslie Meunier en 2011 à Saint-Étienne (34) qui a montré que la satisfaction des patients était corrélée à la durée d'attente.

- La thèse de Jean Gales en 2015 à Grenoble (35) qui a montré qu'il existe un lien statistique entre la satisfaction et l'adhérence globale et la communication médecin-malade.

1.3.4 Facteurs influençant la satisfaction dans la littérature

A la lecture de cette littérature on peut donc retenir comme principaux paramètres influençant la satisfaction des patients aux urgences :

- **Le temps d'attente.**
- **La prise en charge de la douleur.**
- **La communication soignant-malade.**

Nous voyons également qu'à la lecture de cette littérature, de nombreuses études se sont intéressées à identifier les facteurs influençant la satisfaction, **mais nous n'avons pas trouvé d'étude aux urgences cherchant à développer et évaluer des outils pour améliorer cette satisfaction.**

1.4. L'offre de soins en Dordogne

1.4.1 Contextes sociodémographiques

1.4.1.1 Géographie

La Dordogne est le 3ème plus grand département de France après la Gironde et les Landes, avec 9060 km². Ceci induit parfois de longs trajets pour se rendre à l'hôpital.

1.4.1.2 Densité

La Dordogne comptait 418 200 habitants lors du dernier recensement en 2015 avec une densité de la population de 46 habitants/km² ce qui très en dessous de la moyenne nationale (98,8 habitants/km²) (36).

Seuls six habitants sur dix vivent dans une zone urbaine.

1.4.1.3 Age de la population

La Dordogne possède une population âgée avec une moyenne d'âge de 45,9 ans contre 41,2 ans pour la moyenne nationale. Les personnes de 60 ans ou plus représentent plus d'un tiers de la population (37).

La Dordogne est donc un département vaste avec une population âgée. Ceci induit que des patients devront faire de longs trajets pour se rendre aux urgences et que sa population est plus vulnérable que la moyenne nationale.

1.4.2 Situation sanitaire

1.4.2.1 La densité médicale en Dordogne

La Dordogne comptait 527 médecins généralistes au dernier recensement du conseil de l'ordre avec une tendance à la baisse (499 attendus en 2018) (38). La densité médicale est de 125,2 médecins pour 100 000 habitants ce qui est proche de la moyenne nationale qui est de 131 médecins pour 100 000 habitants.

Elle comptait 373 médecins spécialistes en 2013 avec une tendance stable (372 attendus en 2018). La densité de médecins spécialistes est de 88,6 médecins pour 100 000 habitants contre 134,4 pour la moyenne nationale.

La Dordogne est donc un département d'une densité moyenne en médecins généralistes mais est bien en dessous de la moyenne nationale pour ce qui est des médecins spécialistes.

1.4.2.2 L'offre hospitalière en Dordogne

La Dordogne compte 295 lits pour 100 000 habitants ce qui en fait **le 89ème département sur 100 au classement.**

La plupart des lits sont répartis entre trois hôpitaux : l'hôpital de Périgueux qui compte 1273 lits, l'hôpital de Bergerac qui compte 436 lits et l'hôpital de Sarlat qui compte 287 lits.

Quelques hôpitaux locaux possèdent quelques dizaines de places.

1.4.2.3 Nombre de passages aux urgences en Dordogne

La Dordogne compte 4 services d'urgences : l'hôpital de Périgueux, la clinique Francheville à Périgueux, l'hôpital de Bergerac et l'hôpital de Sarlat.

En 2007, on comptait 73 464 passages par an en Dordogne dans les différents services d'urgences, 34,3% de ces passages étaient suivis d'une hospitalisation.

En 2016, on a compté 43 905 passages aux urgences de l'hôpital de Périgueux.

1.5. Présentation des urgences adultes de l'hôpital de Périgueux

1.5.1 Présentation des locaux

Le service des urgences comporte deux salles d'attente : une salle pour les patients valides et une pour les patients nécessitant d'être alités.

L'activité est ensuite divisée en deux :

- Un espace qui accueille les patients triés par l'IAO en classe CIMU 4 et 5. Cette filière de consultation est aussi appelé circuit léger et reçoit les patients de traumatologie ou de consultations médicales ne nécessitant a priori pas de recours à un plateau technique lourd. Cet espace contient 4 salles de consultations.
- Un autre espace accueille les patients triés par l'IAO en classe CIMU 1 à 3. Cet espace appelé circuit lourd contient 10 box de consultations dont deux de SAUV.
- Enfin il existe un secteur d'hospitalisation de courte durée qui contient 15 chambres.

1.5.2 Présentation du Personnel du service des urgences de l'hôpital de Périgueux

En journée le service compte :

- 3 médecins séniors
- 4 internes dont 1 décalé de 12h à 22h.
- 5 infirmiers et 1 IAO
- 4 aides-soignants

La nuit :

- 2 médecins séniors
- 1 interne qui travaille la nuit complète et 1 qui travaille jusqu'à minuit.
- 3 Infirmiers et 1 IAO
- 2 Aides-soignants

1.6. Rationnel de ce travail de thèse

1.6.1 Synthèse de nos recherches

Nous avons donc vu que la fréquentation des urgences est en constante augmentation depuis plusieurs années. Cette augmentation du nombre de consultations dans les services d'urgences engendre une augmentation de la durée d'attente des patients avant leur prise en charge et au cours de leur prise en charge.

Nous avons également noté que la satisfaction des usagers (y compris ceux des urgences) est devenue depuis les années 90 un marqueur de la qualité de la prise en charge des patients. Cette mesure de la satisfaction est une obligation pour les établissements de santé.

Nous avons également pu voir que la satisfaction des patients était principalement influencée par l'attente des patients, la qualité de la communication soignant-malade et la prise en charge de la douleur.

Nous avons également pu observer que le département de la Dordogne est un département vaste, relativement bien pourvu en médecine générale mais était pauvrement fourni en médecins spécialistes. De plus, le département compte peu de lits d'hospitalisation par rapport à la moyenne française. L'insuffisance de médecins spécialistes et la perspective de la raréfaction de l'offre médicale en médecine générale vont donc être deux facteurs

supplémentaires qui vont induire une augmentation des consultations dans les différents services d'urgences du département de la Dordogne.

1.6.2 Idées de départ

L'idée de départ de ce travail de thèse nous est venue d'un fait divers intervenu à Tourcoing au CH de DRON en Octobre 2016 où deux urgentistes se sont faits agresser par la famille d'un patient car celle-ci jugeait que leur parent attendait trop longtemps avant d'être pris en charge.

Dans ce contexte d'allongement de l'attente dans les différents services d'urgence de France et dans la perspective d'une augmentation du nombre de consultations dans ces services, il semble important de réfléchir à des moyens d'améliorer la satisfaction des patients quant à leur prise en charge et surtout quant au ressenti de leur attente.

La solution qui nous semblait la plus adaptée était de trouver des moyens pédagogiques pour que les patients comprennent comment fonctionnent les services d'urgence. Il semble en effet important d'éduquer les patients pour qu'ils apprécient mieux les motifs et les symptômes qui doivent les conduire à venir consulter dans ces services tout en gardant à l'esprit que les salles d'attente des médecins généralistes sont déjà pleines et que la période de 2020 à 2030 risque de voir le nombre des médecins généralistes diminué avec une raréfaction de l'offre de médecine ambulatoire.

Une fois ces patients présents dans ces services d'urgence, il va falloir trouver des outils pédagogiques pour éduquer les patients au fonctionnement de ces services pour que ceux-ci puissent comprendre les raisons de leur attente avant d'être pris en charge.

Il va également falloir faire un effort chez nous médecins, pour tenter de communiquer de manière la plus courtoise et compréhensible possible pour améliorer la satisfaction des patients, malgré un rythme de travail parfois difficile à gérer.

Enfin, dans un contexte où les budgets tendent à diminuer pour contribuer à l'effort de comblement du fameux « trou de la sécu », les services d'urgence vont également devoir

adapter leurs locaux pour accueillir les patients dans les meilleures conditions afin que ceux-ci aient un meilleur vécu de leur passage aux urgences.

Ces différents éléments nous ont conduits à réfléchir à un moyen d'améliorer la satisfaction de nos patients au sein du service des urgences adultes de l'hôpital de Périgueux. Nous avons ainsi imaginé une fiche qui explique de manière succincte le fonctionnement du service avec les contraintes auxquelles il est confronté. Le but est d'informer les patients sur le fonctionnement d'un service d'urgence afin qu'ils puissent mieux comprendre la manière dont ils sont pris en charge au sein du service.

Nous espérons, par ce document pédagogique, améliorer la satisfaction des patients. Nous espérons également lancer des pistes pour mener de nouvelles recherches dans le cadre de la satisfaction des patients.

1.6.3. Question de recherche

Notre question de recherche est donc : La distribution d'une fiche informative tend elle à améliorer la satisfaction des usagers du service des urgences adultes de l'hôpital de Périgueux ?

1.6.4. Hypothèses

Hypothèse nulle : La fiche informative améliore la satisfaction des usagers du service des urgences adultes de l'hôpital de Périgueux.

1.6.5. Objectifs

1.6.5.1. Objectif principal de l'étude

Évaluer si une fiche informant sur le fonctionnement du service des urgences de Périgueux améliore la satisfaction des usagers.

Cet objectif principal de mesure de la satisfaction a été pondéré par les principaux facteurs influençant la satisfaction retrouvés dans la littérature : la douleur, l'attente et la communication soignant-malade.

1.6.5.2. Objectifs secondaires

Identifier d'autres facteurs pouvant influencer la satisfaction des usagers : le mode de transport utilisé pour venir au SAU, la distance parcourue pour se rendre au SAU, le niveau d'étude et si les patients étaient actifs ou non.

Évaluer la prise d'antalgiques avant de venir au SAU.

Évaluer l'existence d'un avis médical avant de se rendre au SAU.

II- MATERIEL ET METHODE

2.1. Population incluse dans l'étude

2.1.1 Critères d'inclusion

- Patient âgé d'au moins 18 ans,
- Consultant en filière courte (classement CIMU 4 ou 5, voir annexe 3) par l'IAO,
- Parlant français.

2.1.2 Critères de non inclusion

- Patient présentant des troubles cognitifs,

2.1.3. Critères d'exclusion

- Patient n'ayant pas répondu à la question de l'objectif principal de l'étude sur le questionnaire (question 6).
- Patient n'ayant pas répondu aux questions sur l'âge et le sexe (question n°1 et 2).
- Patients n'ayant pas répondu à plus de deux questions du questionnaire.

2.2. Méthodologie

Il s'agit **d'une enquête de satisfaction prospective transversale sur deux cohortes de patients ayant bénéficié ou pas d'une fiche d'information**, réalisée au sein du SAU adulte de l'hôpital de Périgueux. Les accueils de gynécologie-obstétrique et de cardiologie sont distincts de ce site même si certaines personnes passent par les urgences générales.

2.3. Recueil des données

Les patients ont été inclus dans le service des urgences de l'hôpital de Périgueux du 17/07/2017 au 30/07/2017 compris, de jour comme de nuit.

Les patients étaient inclus par l'IAO qui distribuait les questionnaires seuls la première semaine et les questionnaires accompagnés de la fiche informative du fonctionnement des urgences la deuxième semaine.

Les questionnaires étaient ensuite remplis par les patients eux-mêmes à la fin de leur prise en charge, l'équipe infirmière étant à leur disposition en cas de difficulté.

Puis les questionnaires étaient récupérés par l'infirmier du circuit court.

Les médecins étaient chargés enfin de remplir les heures de passages des patients : temps avant de voir l'IAO, temps avant de voir l'infirmière du service qui place le patient dans la salle de consultation et qui l'accueille, temps avant de voir un médecin et enfin heure de sortie du patient. Si ces données étaient manquantes, l'investigateur de l'étude les a récupérées à l'aide du logiciel de l'hôpital et du numéro d'admission du patient.

2.4. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire (voir annexe 2) a été réalisé selon la méthode Delphi (40), avec la participation des urgentistes (3) et des internes de santé publique (2) de l'hôpital de Périgueux, des urgentistes de l'hôpital de Dax (2) et des réanimateurs de l'hôpital de Dax (2). 5 tours ont été nécessaires pour arriver à un consensus (80% de consensus).

Le questionnaire a ensuite subi une période de test pendant la première quinzaine de juillet 2017 au sein du service des urgences de l'hôpital de Périgueux pour avoir les retours des patients. Il a alors bénéficié de très légères modifications (formulation des questions et rajout de cases pour les commentaires libres).

2.5. Réalisation de la fiche d'information

La fiche d'information sur le fonctionnement des urgences (voir annexe 3), a été réalisée à partir d'un document préexistant qui était distribué aux usagers du service des urgences de l'hôpital de Périgueux. Les informations contenues dans ce document ont été complétées avec les données qui nous semblaient pertinentes pour que les patients puissent comprendre le fonctionnement du service des urgences et les contraintes auxquelles il est soumis.

2.6. Information du personnel

L'information du personnel soignant soignant qui a participé à la réalisation de l'étude et en particulier les infirmières et les médecins qui étaient impliqués dans la distribution et le recueil des données a été réalisé de manière orale, écrite par l'intermédiaire de panneaux d'informations placardés dans les différents espaces de travail du service des urgences, ainsi que par mail qui a été envoyé à l'ensemble du personnel médical et paramédical.

2.7. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Epiinfo V 7.2.1.0. Nous avons utilisé les tests du Xhi-2 et du test exact de Fischer (pour les variables qualitatives) et les test t de student et le test t de Satterthwaite (pour les variables quantitatives) pour réaliser l'analyse statistique des données. Le seuil significatif retenu pour l'ensemble des tests a été fixé à 5%. Les moyennes sont exprimées avec +/- l'écart type.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide de monsieur Boutreux Sébastien, statisticien au CH de Périgueux.

Les résultats de l'objectif principal ont ensuite été analysés statistiquement par une étude spécifique par groupe en prenant en compte les facteurs de confusions retrouvés dans la littérature et exposés précédemment (analyse ajustée par taux spécifiques).

2.8. Mesures éthiques et réglementaires

L'accord du CPP n'est pas nécessaire l'article R 1121-1 du Code de la santé publique, modifié par le décret du 9 mai 2017, mentionne que n'est pas une recherche impliquant la personne humaine "toute... enquête de satisfaction auprès des patients". L'étude n'entre donc pas dans le domaine de la loi Jardé.

L'accord de la CNIL n'est lui pas aussi nécessaire car les questionnaires sont anonymisés.

III- RESULTATS

3.1. Nombres de questionnaires distribués

Nous avons imprimé 300 questionnaires.

Nous avons distribué au total 132 questionnaires durant la période de recrutement.

77 questionnaires ont été distribués la première semaine : 70 étaient exploitables et 7 questionnaires ont été exclus car il manquait des données ou les patients n'avaient pas rempli le questionnaire de manière adéquate comme indiqué dans le chapitre matériel et méthode.

55 questionnaires ont été distribués la deuxième semaine : 46 étaient exploitables et 9 ne l'étaient pas pour les raisons indiquées dans le paragraphe précédent.

116 questionnaires étaient exploitables : 70 la première semaine et 46 la deuxième.
--

3.2. Caractéristiques des populations incluses

3.2.1 Sexe (tableau 1)

La première semaine, 40 hommes et 30 femmes ont été inclus.

La deuxième semaine, 20 hommes et 26 femmes ont été inclus.

Un total de 60 hommes et 56 femmes ont été inclus.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras pour ce qui est du sexe (Test Chi 2: $p=0.15$).

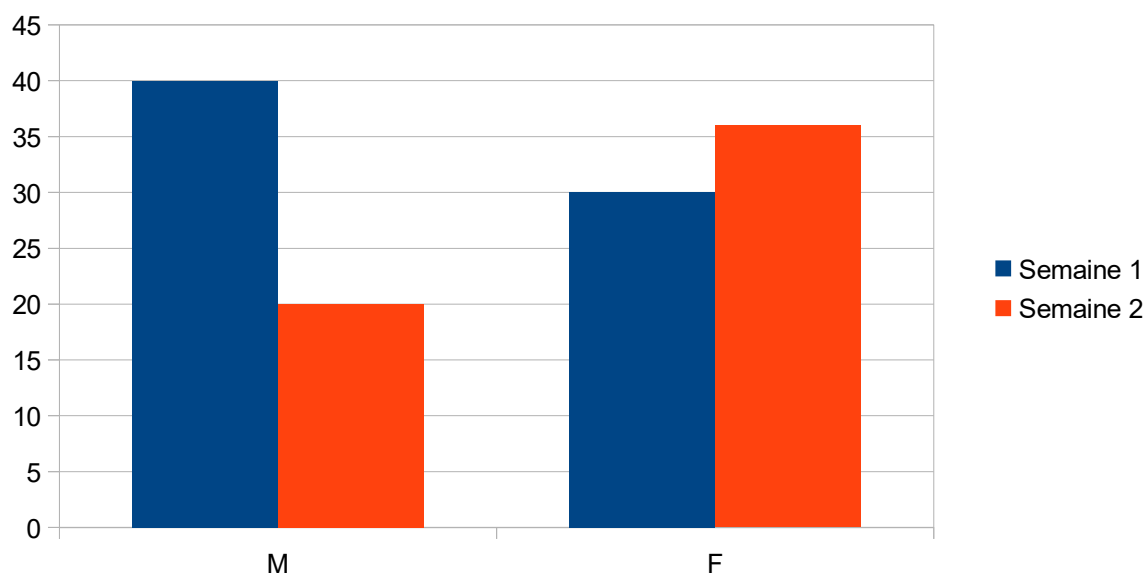


Figure 6 : comparaison sexe semaine 1 et 2

SEXE	Semaine		Total
	1	2	
M	40	20	60
	57,14%	43,48%	51,72%
F	30	26	56
	42,86%	56,52%	48,28%
TOTAL	70	46	116
	60,34%	39,66%	100,00%

Tableau I : Sexes semaine 1 et 2

3.2.2 L'âge

Semaine 1 : l'âge moyen est de 43.8+-18.3 ans.

Semaine 2 : l'âge moyen est de 49.4+-19.5 ans.

Il n'y a pas de différence significative pour ce qui est de l'âge dans les deux bras (Test t Student: $p=0.1275$).

3.2.3 Niveau d'études

Semaine 1 : 6 personnes n'avaient aucun diplôme, 34 un CAP ou un BEP, 17 le Baccalauréat et 12 avaient fait des études supérieures.

Semaine 2 : 2 personnes n'avaient aucun diplôme, 19 un CAP ou un BEP, 8 le Baccalauréat et 6 avaient fait des études supérieures.

Il n'y a pas de différences significatives entre les deux bras (Test exact de Fisher, $p=0.20$).

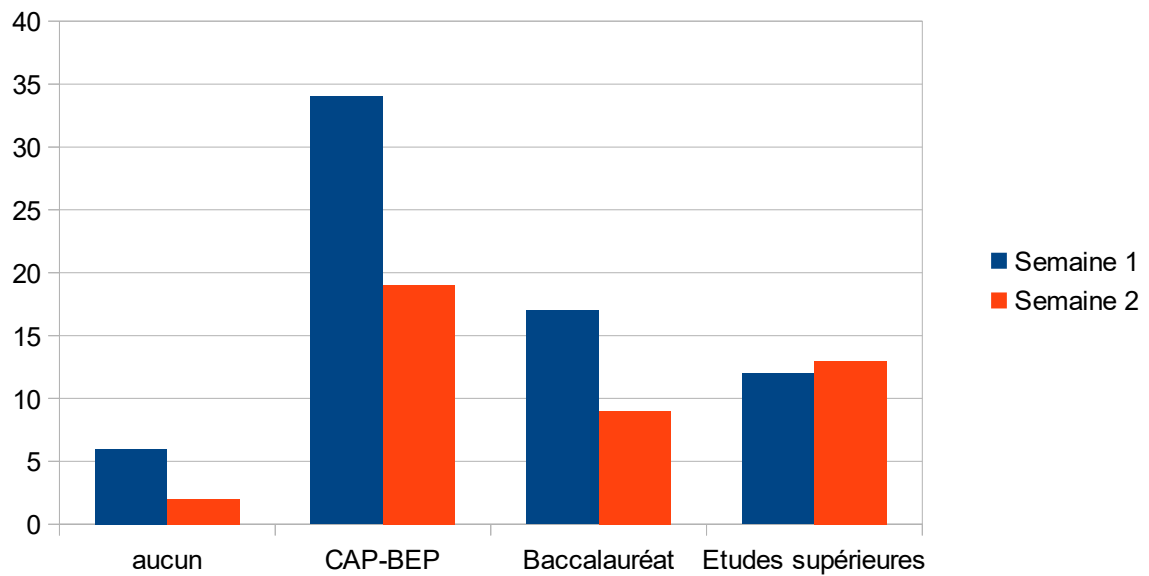


Figure 7: Niveau d'étude semaine 1 et 2

- ETUDES	Semaine		Total
	1	2	
Aucun	6	2	8
	8,70%	4,44%	7,02%
CAP-BEP	34	19	53
	49,28%	42,22%	46,49%
Baccalaureat	17	9	26
	24,64%	20,00%	22,81%
Etudes supérieures	12	13	25
	17,39%	28,89%	21,93%
Non renseigné	0	2	2
	0,00%	4,44%	1,75%
TOTAL	69	45	114
	60,53%	39,47%	100,00%

Tableau II : Comparaison activité semaine 1 et 2

3.2.4 Activité

Semaine 1 : 44 personnes actives, 4 au chômage, 14 retraitées et 6 étudiantes.

Semaine 2 : 25 personnes actives, 2 au chômage, 17 retraitées et 2 étudiantes.

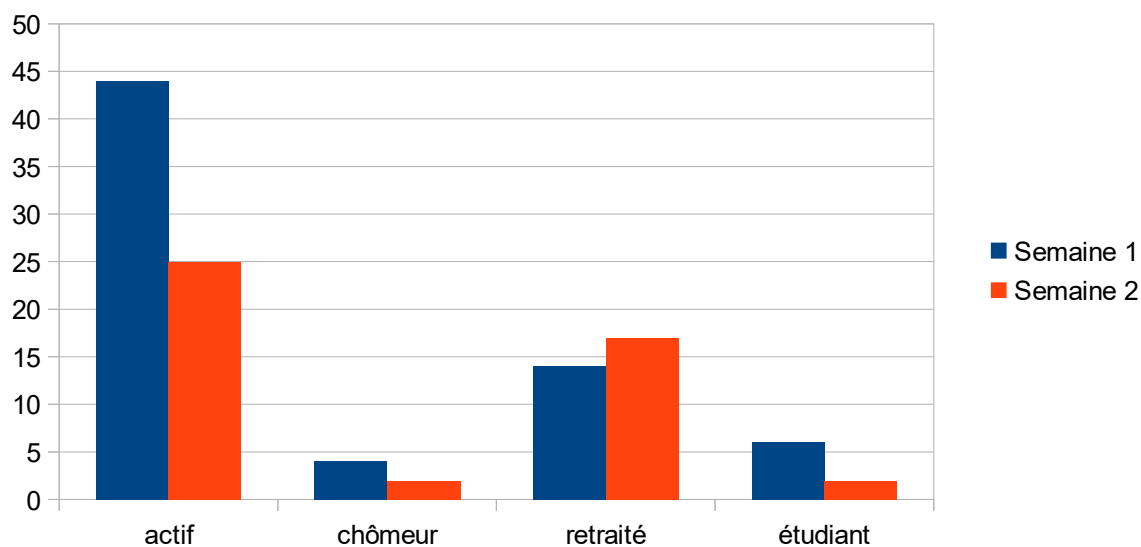


Figure 8 : Comparaison activité semaine 1 et 2

ACTIVITÉ	Semaine		Total
	1	2	
Actif	44	25	69
	62,86%	54,35%	59,48%
Chômeur	4	2	6
	5,71%	4,35%	5,17%
Retraité	14	17	31
	20,00%	36,96%	26,72%
Etudiant	6	2	8
	8,57%	4,35%	6,90%
TOTAL	70	46	116
	60,34%	39,66%	100,00%

Tableau III : Comparaison du niveau d'étude semaine 1 et 2

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (Test exact de Fischer - $p = 0.24$).

3.2.5 Mode de venue à l'hôpital

Semaine 1 : 62 personnes avec leur véhicule personnel, 0 avec les transports en commun, 3 en taxi ou en ambulance, 5 avec les pompiers et 0 avec le SMUR.

Semaine 2 : 40 personnes avec leur véhicule personnel, 0 avec les transports en commun, 0 en taxi ou ambulance, 6 avec les pompiers et 0 avec le SMUR.

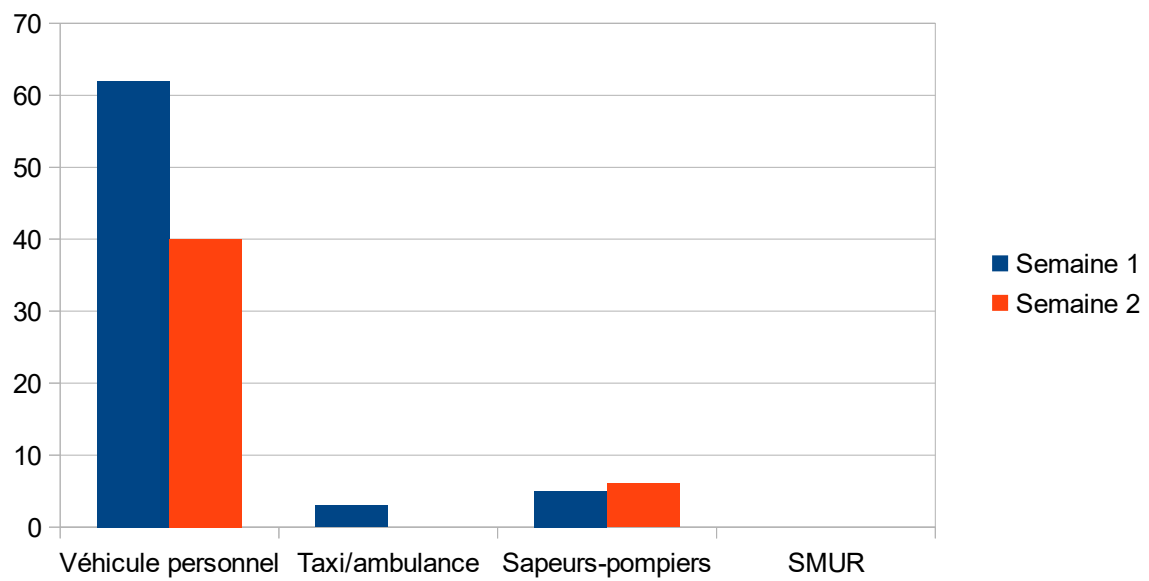


Figure 9 : mode de venue au SAU semaine 1 et 2

TRAJET ARRIVÉE	Semaine		Total
	1	2	
Véhicule personnel	62	40	102
	88,57%	86,96%	87,93%
Taxi/ambulance	3	0	3
	4,29%	0,00%	2,59%
Sapeurs pompiers	5	6	11
	7,14%	13,04%	9,48%
TOTAL	70	46	116
	60,34%	39,66%	100,00%

Tableau IV : Comparaison mode de venue semaine 1 et 2

Il n'y a pas de différence entre les 2 bras (Test exact de Fischer, $p=0.22$)

3.2.6 Douleur à l'arrivée

Semaine 1 : 4.8 +/- 2.2

Semaine 2 : 4.7 +/- 2.3

Pas de différence significative entre les deux groupes (Test t de Satterthwaite, $p=0.79$).

3.2.7 Prise d'antalgiques avant de venir

Semaine 1 : 25 personnes sur 70 avaient pris des antalgiques avant de venir au SAU.

Semaine 2 : 12 personnes sur 46 avaient pris des antalgiques avant de venir au SAU.

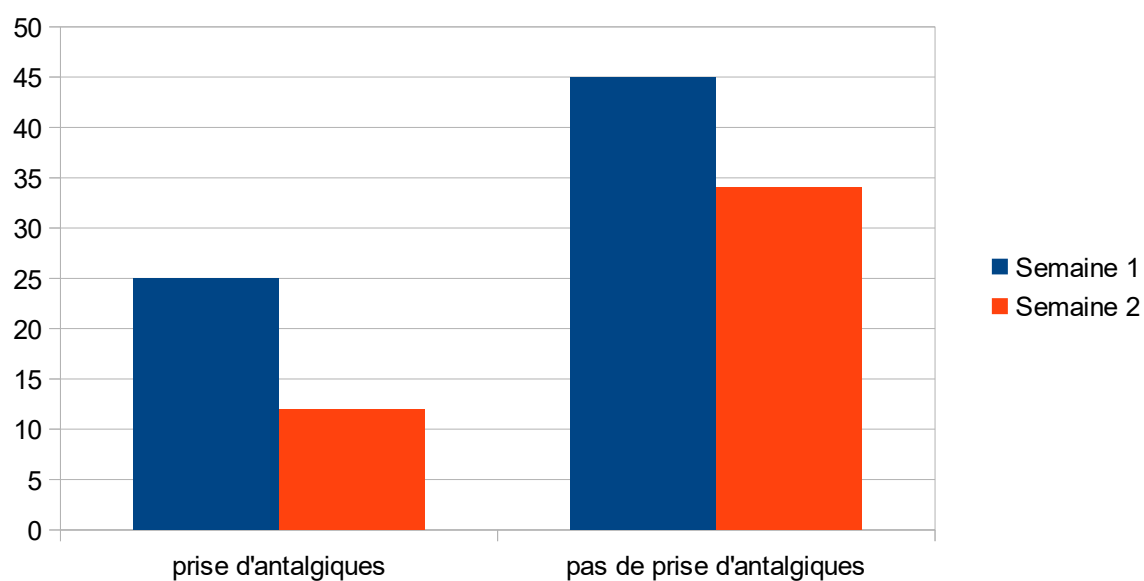


Figure 10 : Prise d'antalgiques avant SAU semaine 1 et 2

ANTALGIQUES	Semaine		Total
	1	2	
Oui	26	12	38
	37,14%	26,09%	32,76%
Non	44	34	78
	62,86%	73,91%	67,24%
TOTAL	70	46	116
	60,34%	39,66%	100,00%

Tableau V : Comparaison prise d'antalgiques avant SAU semaine 1 et 2

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.23$).

3.2.8 Avis médical avant de venir

Semaine 1 : 11 patients ont pris l'avis de leur médecin traitant, 5 auprès d'un autre médecin, 2 auprès de leur pharmacien, 0 auprès du SAMU, 3 auprès des pompiers et 44 n'ont pas pris d'avis.

Semaine 2 : 4 patients ont pris l'avis de leur médecin traitant, 5 auprès d'un autre médecin, 2 auprès de leur pharmacien, 1 auprès du SAMU, 3 auprès des pompiers et 44 n'ont pas pris d'avis.

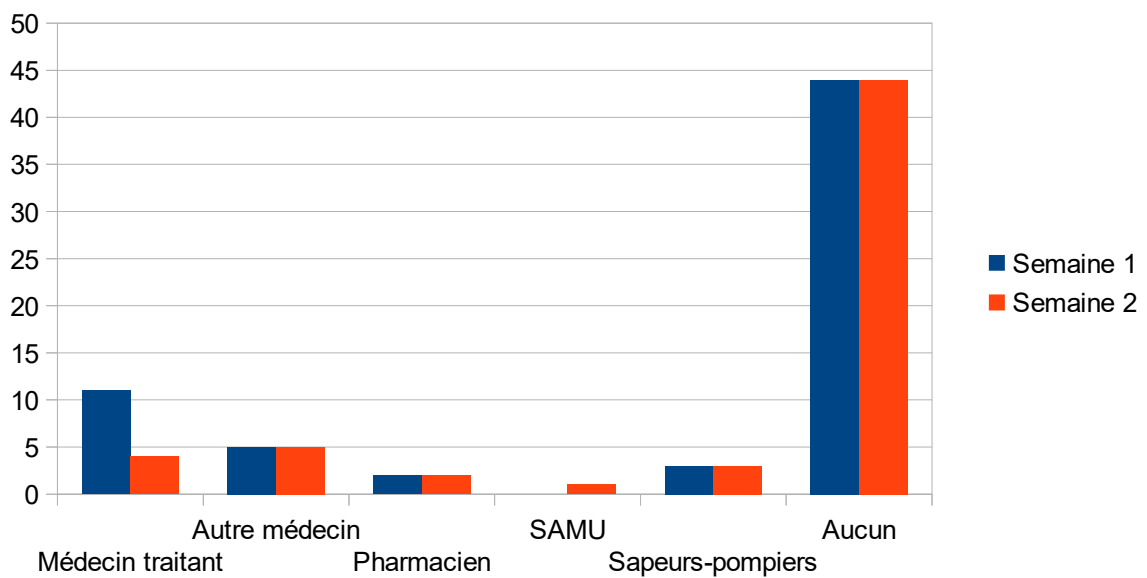


Figure 11 : Comparaison prise d'un avis médical avant SAU semaine 1 et 2

AVIS	Semaine		Total
	1	2	
Médecin traitant	11	4	15
	15,71%	8,89%	13,04%
Autre médecin	5	5	10
	7,14%	11,11%	8,70%
Pharmacien	2	2	4
	2,86%	4,44%	3,48%
SAMU	0	1	1
	0,00%	2,22%	0,87%
Sapeurs pompiers	4	3	7
	57,14%	42,86%	100,00%
Aucun	48	30	78
	68,57%	66,67%	67,83%
TOTAL	70	45	115
	60,87%	39,13%	100,00%

Tableau VI : Comparaison prise d'un avis médical avant SAU semaine 1 et 2

Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras (Test exact de Fisher, $p=0.66$).

3.2.9 Distance de l'hôpital

Semaine 1 : 12 patients habitaient à moins de 5 kms, 9 entre 5 et 10 kms, 13 entre 11 et 25 kms et 30 à plus de 25 kms.

Semaine 2 : 6 patients habitaient à moins de 5 kms, 4 patients entre 5 et 10 kms, 14 entre 11 et 25 kms et 21 à plus de 25 kms.

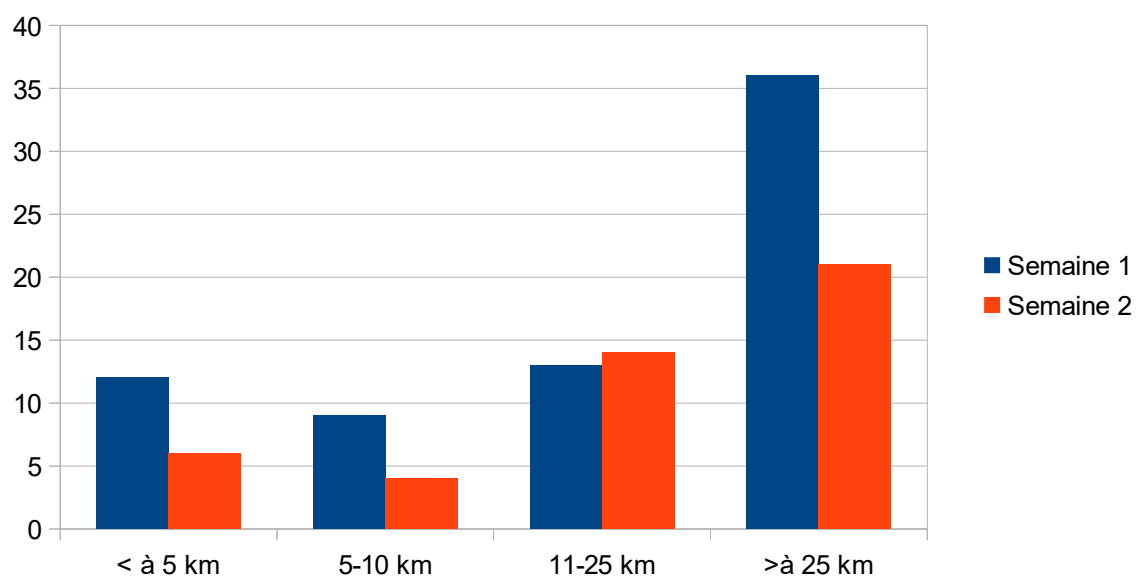


Figure 12 : Comparaison distance parcourue semaine 1 et 2

DISTANCE DOMICILE-HOPITAL	Semaine		Total
	1	2	
< 5 Km	12	6	18
	17,14%	13,33%	15,65%
5 à 10 Km	9	4	13
	12,86%	8,89%	11,30%
11 à 25 Km	13	14	27
	18,57%	31,11%	23,48%
> 25 km	36	21	57
	51,43%	46,67%	49,57%
TOTAL	70	45	115

Tableau VII: Comparaison distance parcourue semaine 1 et 2

Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras ($p=0.46$).

3.2.10 Durée d'attente

Semaine 1 : le délai d'attente moyen est de 162.7 +83.8 min (minimum 36 min, maximum 464 min).

Semaine 2 : le délai d'attente moyen est de 154.7+-102.2 mn (minimum 36 min, maximum 466 min).

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 bras (Test t de Satterthwaitte : p =0.66).

3.2.11 Jours de venue au SAU

Semaine 1 : 16 patients ont consulté le lundi, 10 le mardi, 6 le mercredi, 7 le jeudi, 15 le vendredi, 9 le samedi et 7 le dimanche.

Semaine 2 : 12 personnes ont consulté le lundi, 6 le mardi, 8 le mercredi, 9 le jeudi, 3 le vendredi, 2 le samedi et 5 le dimanche.

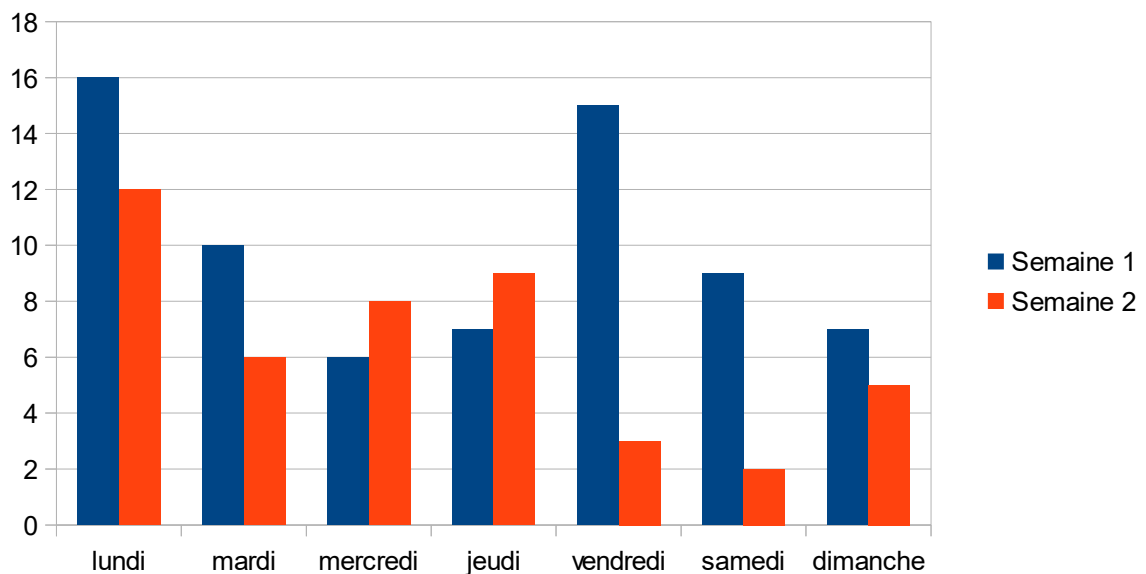


Figure 13 : Comparaison Jour de venue semaine 1 et 2

3.2.12 Heure d'arrivée au SAU

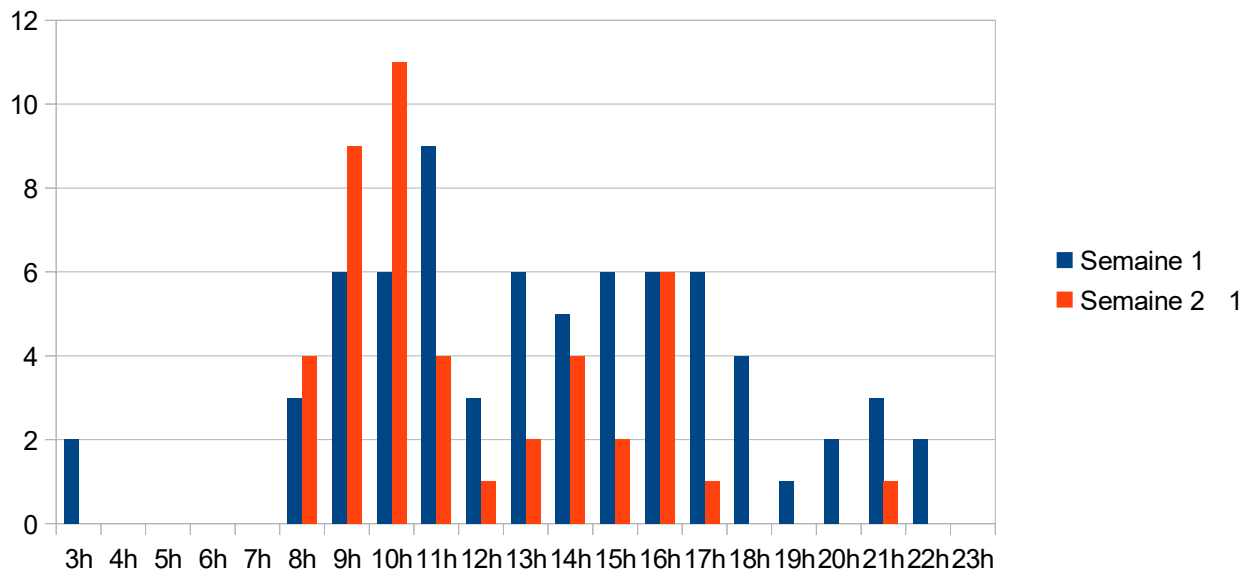


Figure 14 : Comparaison heure de venue au SAU semaine 1 et 2

3.3. Résultats aux objectifs

3.3.1 Sur l'objectif principal

3.3.1.1 Résultats non ajustés

Semaine 1 : 3 patients n'ont pas été satisfaits du tout de leur passage au SAU, 9 n'ont pas été satisfaits, 38 ont été satisfaits et 20 ont été très satisfaits.

Semaine 2 : 0 patients n'ont pas été satisfaits du tout de leur passage au SAU, 3 n'ont pas été satisfaits, 29 ont été satisfaits et 14 ont été très satisfaits.

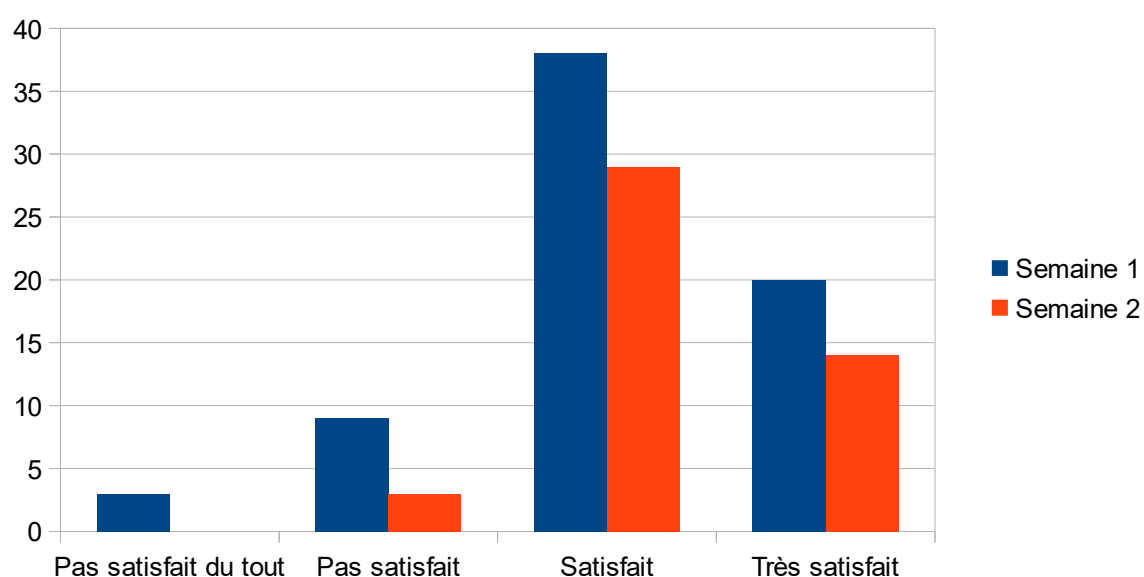


Figure 15 : Comparaison satisfaction semaine 1 et 2

SATISFACTION PASSAGE URGENCES	Semaine		Total
	1	2	
Pas satisfaits du tout	3	0	3
	4,29%	0,00%	2,59%
Pas Satisfaits	9	3	12
	12,86%	6,52%	10,34%
Satisfaits	38	29	67
	54,29%	63,04%	57,76%
Très Satisfaits	20	14	34
	28,57%	30,43%	29,31%
TOTAL	70	46	116
	60,34%	39,66%	100,00%

Tableau VIII : Comparaison satisfaction semaine 1 et 2

Pour effectuer l'analyse statistique, nous avons regroupé les personnes insatisfaites et satisfaites en deux groupes.

Les 2 bras ne diffèrent pas par le test exact de Fisher ($p=0.15$). **La distribution de la fiche explicative tend à améliorer la satisfaction de façon non significative.**

3.3.1.2 Résultats ajustés

Les résultats ajustés sur la communication médecin-malade ne sont pas significatifs (Test exact de Fisher, $p=0.4$) mais la distribution de la fiche permet d'influencer positivement le jugement sur la prise en charge globale chez les patients satisfaits des explications du médecin.

Les résultats ajustés à la durée d'attente ne sont pas significatifs statistiquement (Test exact de Fisher, $p=0.06$). La fiche tend à influencer négativement le jugement sur la prise en charge globale des patients mécontents du délai d'attente du médecin.

Elle influe peu chez les patients satisfaits du délai d'attente médecin.

Les résultats ajustés sur la douleur ne sont pas significatifs statistiquement (Test exact de Fisher, $p=0.49$). La fiche tend à influencer positivement sur la prise en charge globale chez les satisfaits ou non de la prise en charge de la douleur.

3.3.2 Sur les objectifs secondaires.

Les résultats n'ont pas montré de différence significative pour l'ajustement de la satisfaction à la distance parcourue pour venir au SAU (test exact de Fisher chez les non-satisfaits, $p=0.51$, $p=0.57$ chez les satisfaits).

Les résultats n'ont pas montré de différence significative pour l'ajustement de la satisfaction au mode de transport utilisé pour venir à l'hôpital (Test exact de Fisher, $p = 1$ pour les non satisfaits, $p=0.49$ chez les satisfaits).

Les résultats n'ont pas montré de différence significative pour l'ajustement de la satisfaction au niveau d'étude (Test exact de Fisher, $p=0.27$ pour les satisfaits, non applicable pour les non satisfaits). On peut toutefois noter un résultat significatif pour les patients ayant un CAP ou un BEP (test exact de Fisher $p=0.018$).

Les résultats n'ont pas montré de différence significative pour l'ajustement de la satisfaction à l'activité professionnelle (Test exact de Fisher, $p=0.30$).

IV. DISCUSSION

4.1. Limites de l'étude

4.1.1 Les biais de l'étude

4.1.1.1 Biais de sélection

Cette étude présente plusieurs biais de sélection :

Nous avons tout d'abord sélectionné des patients consultants en filière de triage de moindre gravité pour gagner en homogénéité de la population. Ceci a eu pour conséquence d'exclure les autres patients, c'est à dire ceux qui de par leur triage requièrent plus d'exams complémentaires et un plateau technique plus lourd. Ces derniers ont un taux d'hospitalisation plus élevé et donc attendent plus longtemps sur des brancards pour obtenir une place dans les différents services de l'hôpital.

Ce choix de la filière courte peut avoir pour effet inverse des temps d'attente plus long car les motifs de consultations étant classés comme les moins graves, ce sont donc les patients qui attendent le plus avant de rencontrer un soignant.

Nous avons également décidé d'exclure les enfants de cette étude car il nous semblait que la satisfaction serait celle des parents et serait donc perturbée par l'affect. Cependant on peut légitimement penser que des parents angoissés seraient moins enclin à supporter d'attendre quand leur enfant souffre.

Nous avons également choisi de sélectionner des patients parlant français pour simplifier les démarches d'investigation et de reproduction des questionnaires. On peut la aussi penser légitimement que la barrière de la langue et l'incompréhension avec les soignants peut être un motif de mécontentement pour les usagers.

Cette étude s'est également déroulée sur une période courte, en été. Nous avons donc probablement un biais de sélection quant aux pathologies présentées par les patients. En effet, nous nous trouvons hors d'une période épidémique et il est probable qu'une même

étude réalisée durant la période hivernale aurait montrée des taux de satisfaction moins élevés du fait de temps d'attente plus important.

Il existe également un biais de volontariat puisque les patients inclus ont accepté de participer à cette étude.

Il existe un biais du fait que cette étude soit monocentrique et donc ne prend en compte que la population des alentours de Périgueux.

Il existe également un biais de comparabilité puisque nos deux groupes, mêmes s'ils ont été formés de manière aléatoire, ne sont pas strictement comparables.

Enfin, sans doute que le biais de sélection le plus important est lié aux modalités de recrutement, ce biais étant analysé plus loin.

4.1.1.2 Biais de classement

Le principal biais de classement de cette étude est qu'elle repose sur un questionnaire et donc ne repose pas sur la mesure d'une variable aux qualités métrologiques constantes. Ainsi nous mesurons une variable subjective qui n'a pas la même valeur d'un sujet à l'autre.

4.1.1.3 Biais de confusion :

Il existe également des biais de confusion.

Notre étude ne comporte pas de randomisation, il n'y a pas eu d'appariement sur les facteurs de confusion tels que la douleur ou la durée d'attente.

Nous avons cependant réalisé un ajustement sur les facteurs de confusion issus de la littérature, lors de l'analyse statistique, pour essayer d'en mesurer l'influence.

4.1.1.4 Biais d'acquiescement

Le biais d'acquiescement semble être un des biais majeurs dans les études de satisfaction entraînant une surestimation de la satisfaction des usagers. Une méta-analyse a d'ailleurs trouvé à partir de 200 études des taux moyens de satisfaction de 75 à 95% (6).

Cette surestimation s'explique principalement par le fait que les patients sont dans une situation de demande de soins et dans une position de dépendance vis-à-vis des soignants et de la structure des urgences.

4.1.2 La taille de l'échantillon

Cette étude comporte un nombre de patients relativement peu important pour établir un lien de cause à effet entre le fiche d'information et la satisfaction des usagers.

On peut en effet regretter que sur les 300 questionnaires imprimés, il n'y ait eu que 132 de distribués et que sur ces 132, 16 aient été inexploitable.

On peut expliquer ce faible taux de recrutement par l'absence d'un investigateur sur place. En effet, l'inclusion des patients a été réalisée par les IAO : nous pouvons donc expliquer le faible taux de recrutement par deux facteurs : le manque d'information et la charge de travail de l'IAO.

L'information du personnel a été réalisée par mail qui a été transmis à l'ensemble de l'équipe soignante et par fiches d'information placardées dans les différents postes de travail du service des urgences. On peut néanmoins penser que cette information a été insuffisante. La charge de travail est probablement l'autre facteur qui a limité le recrutement des patients. En effet, le retour des équipes soignantes a été que lors de l'arrivée massive de patients, il leur était difficile de passer quelques minutes pour inclure les patients dans le travail de recherche.

On peut également regretter le faible nombre de patients qui ont été inclus la nuit au cours des deux semaines (8 patients). On peut expliquer ce faible recrutement nocturne par deux facteurs : le manque d'information du personnel soignant de nuit pour les mêmes raisons que nous avons exposés précédemment et la diminution du flux de patients en circuit court car il y a moins de traumatismes en nuit profonde et les situations médicales incluses dans le circuit court étant relativement bénignes, les patients ont tendance à consulter le jour plutôt que la nuit. L'organisation du service comporte également moins de personnel soignant et donc une charge de travail plus importante, ce qui a pu limiter les inclusions des patients durant la nuit.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1 Sur l'objectif principal

Les résultats de la satisfaction dans cette étude sont cohérents avec les résultats retrouvés dans la littérature avec une moyenne de 87% sur les deux semaines, la méta-analyse de Lewis J-R. En 1994 (6), qui a analysée environ 200 études a retrouvé des taux de satisfaction allant de 75 à 95%. Les enquêtes de satisfaction réalisées dernièrement en France dans les services d'urgences retrouvent des taux similaires : 88,9% au CH de Saint-Germain-en-Lay en 2012 (41), 80,5% lors de la thèse menée aux urgences de Chambéry en 2008-2009 (42). Ces résultats de satisfaction sont donc déjà élevés dans la littérature et également dans le bras non interventionnel de notre étude.

Toutefois notre étude montre qu'il y a une tendance à l'amélioration de la satisfaction des usagers lorsqu'une fiche informative sur le fonctionnement du service des urgences est remise.

On peut regretter qu'il n'y ait pas eu plus de patients inclus pour mettre en évidence une différence significative entre les deux semaines. Toutefois, la faiblesse de la distribution de la fiche montre la limite de la faisabilité de cette pratique, selon l'organisation actuelle.

Les résultats ajustés sur la douleur et la communication médecin-malade montrent une même tendance d'amélioration de la satisfaction des usagers.

On peut toutefois être surpris par les résultats de la satisfaction ajustés sur le temps d'attente avant de voir un médecin où la fiche tend à influencer négativement les patients sur leur satisfaction, alors que l'objectif de cette fiche est au contraire d'améliorer leur ressenti de l'attente en leur expliquant les raisons de cette attente. Cependant, la fiche tend à améliorer la satisfaction des patients qui attendent peu avant de voir le médecin. Il est donc difficile de tirer des conclusions de ces résultats et là encore, la faible taille de notre échantillon a pu induire un biais important en sélectionnant une population non représentative.

4.2.2 Sur les objectifs secondaires

Les résultats n'ont pas permis de supposer un lien entre la satisfaction et la distance parcourue pour se rendre à l'hôpital, la prise d'un avis médical avant de se présenter au SAU, le niveau d'étude et si les patients étaient actifs.

Ceci peut être lié au manque de puissance de l'étude. Il serait donc souhaitable de réaliser des études de plus grande ampleur pour tenter de mettre en évidence une relation entre ces facteurs et la satisfaction des patients.

Nous avons également vu que peu de patients prennent des antalgiques avant de se présenter au SAU (33%), alors que la quasi-totalité des patients étaient algiques à l'arrivée. Ces résultats sont en adéquation avec les résultats de la littérature qui retrouvaient un taux de 38% des patients qui avaient reçus des antalgiques lors de leur prise en charge au SAU (42).

Ceci pose question sur l'éducation des patients, car nous avons vu que la douleur était l'un des facteurs majeurs qui influencent la satisfaction des patients. Même si une partie des patients est amenée par les services de secours et que ceux-ci ne sont pas tous habilités à donner des antalgiques, la plupart des patients viennent aux urgences par leur propre moyens depuis leur domicile.

Il serait donc intéressant de mener des campagnes éducatives pour que les patients prennent des antalgiques au domicile et qu'ils attendent de voir leur efficacité sur leurs symptômes. Ceci pourrait ainsi diminuer le nombre de passages aux urgences.

Nous avons également vu que peu de patients prenaient un avis médical avant de se rendre au SAU : 67% des patients n'ont pas pris d'avis médical. Là encore ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux de la littérature : en effet la grande étude de la DREES de 2013 (3) montrait que seulement 32% des patients prenaient un avis (dans les 24 heures précédent leur passage au SAU). Lorsqu'ils demandaient un avis, 76% le prenaient auprès de leur médecin traitant, 10,5% auprès du SAMU, 7,9% auprès des pompiers et 10,8% auprès d'un proche . On peut donc penser qu'il y a de vastes perspectives du côté de l'éducation des patients pour que ceux-ci apprennent à évaluer leur état de santé auprès d'un professionnel de santé pour limiter les passages non justifiés au sein des services d'urgences.

4.3. Perspectives d'avenir

Nous avons vu que la satisfaction est un marqueur essentiel de l'activité des services hospitaliers et que sa mesure est inscrite dans la loi. Notre étude montre que la satisfaction est déjà élevée chez les usagers des services d'urgences. Toutefois les perspectives tendent à montrer que la fréquentation des services d'urgences va encore augmenter dans les années à venir, les files d'attente devraient donc encore s'allonger au sein de ces services. Il faudra donc trouver des moyens pour préserver la satisfaction de nos patients voir de l'améliorer.

Notre étude montre une tendance à l'amélioration de la satisfaction des usagers du service des urgences de l'hôpital de Périgueux suite à la remise d'une fiche pédagogique qui explique le fonctionnement du SAU adulte. Nos résultats ne montrent cependant pas de différence significative, le manque de puissance pouvant en être la raison. Une étude de plus grande ampleur et limitant les biais serait donc intéressante pour voir si cette tendance peut se confirmer, notamment avec un calcul de la puissance en pré-test pour évaluer l'influence d'une telle fiche.

Si jamais une étude montrait des résultats significatifs à l'aide d'une telle fiche, il nous semble alors qu'un tel outil est simple, en théorie, à mettre en place au sein d'un service d'urgence pour améliorer la satisfaction des usagers ou du moins diminuer les tensions au sein de ces services. Toutefois, un accompagnement des professionnels sera nécessaire pour que cette fiche soit effectivement remise, comme le montre la faible faisabilité dans le cadre de l'étude.

Une autre étude s'intéressant aux patients qui consultent au sein de la filière médicale serait elle aussi intéressante car les problématiques de ces patients ne sont pas les mêmes avec plus de bilans biologiques et d'examen d'imagerie et des temps d'attente au sein des services d'urgences plus importants.

D'autre part, pour évaluer d'autres facteurs influençant la satisfaction des usagers, des études de plus grande ampleur avec des objectifs principaux centrés sur ces facteurs seraient nécessaires.

Nous avons également vu que peu de patients prenaient des antalgiques avant de venir au SAU alors que la plupart des patients, au moins en filière courte, sont douloureux à leur arrivée. Il nous paraît donc qu'il existe des idées de démarches éducatives pour que nos patients prennent en charge leur douleur dès le domicile et apprennent à se laisser du recul avant de venir consulter au sein des services d'urgences.

De la même manière, nous avons vu que peu de patients prenaient un avis médical avant de consulter au sein du SAU. Il semble exister ici aussi un axe de recherche intéressant pour favoriser cet avis avant la venue aux urgences.

V. CONCLUSION

Nous avons vu grâce à cette étude que la satisfaction des usagers est un marqueur de qualité dont la mesure est nécessaire et réglementaire au sein des hôpitaux.

La tendance future est toujours à une augmentation des flux de patients au sein des services d'urgences du fait de la diminution de médecins ambulatoires, généralistes comme spécialistes. Les files d'attente devraient donc encore s'allonger au sein de ces services et nous avons vu que l'attente est un marqueur majeur de la satisfaction des patients.

Notre étude tend donc à montrer qu'une fiche éducative sur le fonctionnement des urgences tend à améliorer la satisfaction des usagers du service des urgences de Périgueux.

Notre étude n'a pas permis d'identifier d'autres facteurs influençant la satisfaction des usagers.

Nous avons également vu que peu de patients prenaient des antalgiques avant de se présenter au SAU malgré leur douleur et que peu de patients prenaient un avis médical pour savoir si leur venue au SAU était justifiée.

Nous voyons donc qu'il existe des axes d'études pour améliorer la satisfaction des usagers dans le futur, malgré une attente qui pourrait s'allonger.

Il existe également des axes de recherche pour l'information à réaliser auprès des patients pour qu'ils gèrent mieux les conditions dans lesquelles ils se présentent au SAU et pour prévenir des consultations non justifiées au sein de ces structures.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- 1 Site internet de la DREES, « Délais et parcours aux urgences selon l'enquête. », 2014 novembre [consulté en mai 2017], [en ligne], http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/session_2_-_delais.pdf
- 2 Site interne de la DREES, « Les établissements de santé », 2016, [consulté en mai 2017], [en ligne], <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
- 3 Site internet de la DREES, « Urgences : la moitié des restent moins de deux heures, hormis ceux en observations. », 2014 juillet, [consulté en mai 2017], [en ligne], <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
- 4 Site Légifrance « Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique. », 2016 avril, [consulté en mai 2017], [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032402159&dateTexte=&categorieLien=id>
- 5 Site Legifrance, « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », 2002 mars, [consulté en mai 2017], [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- 6 Lewis JR., « Patient view on quality care in general practice : literature review », Soc Sci Med 1994 ; 39 : 665-70.
- 7 Weiss B.D., Seuf J.H. « Patient satisfaction survey instrument for use in health maintenance organisations », Med. Care 1990 ; 28 : 434-45.
- 8 Williams B., « Patient satisfaction : a valid concept ? », Soc Sci Med 1994 ; 38 : 509-16.

9 Llorca G., « L'opinion des maladies : éléments de satisfaction d'un service médical », *Gestions Hosp.* 1994 ; 336 : 372-6.

10 Browsers M.R., Swan J.E., « What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery ? », *Health Care Manage Revue* 1994 ; 19 : 49-53.

11 Booth AJ, Harrison CJ, Gardener GJ, Gray AJ. « Waiting times and patients satisfaction in the accident and emergency department », *Arch Emerg Med.* 1992 Jun ; 9(2) : 162-8.

12 Hansagi H, Carisson B, Brismar B, « The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. » *Health Care Manage Rev.* 1992 ; 17(2):71-5.

13 Lewis Ke, Woodside RE, « Patient satisfaction with care in the emergency department. » *J Adv Nurs.* 1992 Aug ; 17(8) : 959-64.

14 Maitra A, Chikhani C, « Patient satisfaction in an urban accident and emergency department. » *Br J Clinical Pract.* 1992 ; 46(1) : 3-10.

15 Bursch, B., J. Beezy, et R. Shaw. « Emergency Department Satisfaction: What Matters Most? » *Annals of Emergency Medicine* 22, no 3 (mars 1993): 586-91.

16 Britten N, Shaw A, « Patient's experience of emergency admission : how relevant is the British government's Patients Charter ? » *J Adv Nurs.* 1994 Jun ;19(6) : 1212-20

17 Thompson, D. A., et P. R. Yarnold. « Relating Patient Satisfaction to Waiting Time Perceptions and Expectations: The Disconfirmation Paradigm ». *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 2, no 12 (décembre 1995): 1057-62.

18 Thompson, D. A., P. R. Yarnold, D. R. Williams, et S. L. Adams. « Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department ». *Annals of Emergency Medicine* 28, n° 6 (décembre 1996): 657-65.

19 Hall, M. F., et I. Press. « Keys to Patient Satisfaction in the Emergency Department: Results of a Multiple Facility Study ». *Hospital & Health Services Administration* 41, n° 4 (1996): 515-32.

20 Rhee, K. J., et J. Bird. « Perceptions and Satisfaction with Emergency Department Care ». *The Journal of Emergency Medicine* 14, n° 6 (décembre 1996): 679-83.

21 Bruce, T. A., J. M. Bowman, et S. T. Brown. « Factors That Influence Patient Satisfaction in the Emergency Department ». *Journal of Nursing Care Quality* 13, n° 2 (décembre 1998): 31-37.

22 Yarnold, P. R., E. A. Michelson, D. A. Thompson, et S. L. Adams. « Predicting Patient Satisfaction: A Study of Two Emergency Departments ». *Journal of Behavioral Medicine* 21, n° 6 (décembre 1998): 545-63.

23 Boudreaux, E. D., R. D. Ary, C. V. Mandry, et B. McCabe. « Determinants of Patient Satisfaction in a Large, Municipal ED: The Role of Demographic Variables, Visit Characteristics, and Patient Perceptions ». *The American Journal of Emergency Medicine* 18, n° 4 (juillet 2000): 394-400. doi:10.1053/ajem.2000.7316.

24 Morgan, Anne, Phil Shackley, Mark Pickin, et John Brazier. « Quantifying Patient Preferences for Out-of-Hours Primary Care ». *Journal of Health Services Research & Policy* 5, n° 4 (1 octobre 2000): 214-18. doi:10.1177/135581960000500405.

- 25 Sun, B. C., J. Adams, E. J. Orav, D. W. Rucker, T. A. Brennan, et H. R. Burstin.
« Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care ». *Annals of Emergency Medicine* 35, n° 5 (mai 2000): 426-34.
- 26 Brown, Adalsteinn D., Guillermo A. Sandoval, Carey Levinton, et Paula Blackstien-Hirsch.
« Developing an Efficient Model to Select Emergency Department Patient Satisfaction Improvement Strategies ». *Annals of Emergency Medicine* 46, n° 1 (juillet 2005): 3-10.
doi:10.1016/j.annemergmed.2004.11.023.
- 27 Cooke, Timothy, Denise Watt, William Wertzler, et Hude Quan. « Patient Expectations of Emergency Department Care: Phase II--a Cross-Sectional Survey ». *CJEM* 8, n° 3 (mai 2006): 148-57.
- 28 Downey, La Vonne A., et Leslie S. Zun. « The Correlation between Patient Comprehension of Their Reason for Hospital Admission and Overall Patient Satisfaction in the Emergency Department ». *Journal of the National Medical Association* 102, n° 7 (juillet 2010): 637-43.
- 29 Dinh, Michael M., Nicholas Enright, Andrew Walker, Ahilan Parameswaran, et Matthew Chu. « Determinants of Patient Satisfaction in an Australian Emergency Department Fast-Track Setting ». *Emergency Medicine Journal: EMJ* 30, n° 10 (octobre 2013): 824-27.
doi:10.1136/emered-2012-201711.
- 30 Parker, Brendan T., et Catherine Marco. « Emergency Department Length of Stay: Accuracy of Patient Estimates ». *The Western Journal of Emergency Medicine* 15, n° 2 (mars 2014): 170-75. doi:10.5811/westjem.2013.9.15816.
- 31 Silva, Pollyane Liliane, Luciana Paiva, Veridiana Bernardes Faria, Rosali Isabel Barduchi Ohl, et Suzel Regina Ribeiro Chavaglia. « Triage in an Adult Emergency Service: Patient

Satisfaction ». *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P 50*, n° 3 (juin 2016): 427-33.
doi:10.1590/S0080-623420160000400008.

32 Davenport, Polly J., Stephen J. O'Connor, Jeffery M. Szychowski, Amy Y. Landry, et S. Robert Hernandez. « The Relationship between Emergency Department Wait Times and Inpatient Satisfaction ». *Health Marketing Quarterly* 34, n° 2 (juin 2017): 97-112.
doi:10.1080/07359683.2017.1307066.

33 Hugla, David. « Temps et satisfaction aux urgences ». Thèse d'exercice, Université d'Angers, 2014.

34 Meunier, Leslie. « Urgence ressentie et durée d'attente ». Thèse d'exercice, faculté de médecine, 2011.

35 Galès, Jean. « Évaluation de la satisfaction des usagers des urgences de la clinique mutualiste et du centre hospitalier de Chambéry: élaboration d'un score de satisfaction : validation du score et étude de ses déterminants ». Thèse d'exercice, Université Joseph Fourier, 2015.

36 Site de l'INSEE, « Département de la Dordogne », mis à jour en août 2018, [consulté en juillet 2017], [en ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-24>

37 Site de l'INSEE, « La Dordogne à grand traits », avril 2016, [consulté en juillet 2017], [en ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908478>

38 Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « La démographie médicale en Aquitaine, Situation en 2013 », 2013, [consulté en juin 2017], [en ligne], https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf

39 Site de l'INVS, « Système de surveillance de l'activité hospitalière en Aquitaine, Bilan des données sanitaires de 2007 », 2007, [consulté en juin 2017], [en ligne], http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=635

40 Site de l'HAS, « Recommandation par consensus formalisé », 2010 décembre, [consulté en février 2017], [en ligne], https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf

41. Site du CH intercommunal de Saint-Germain-En-Lay, « Résultats de l'enquête de satisfaction réalisée aux urgences le 05/12/2012 », décembre 2012, [consulté en juin 2017], [en ligne], http://www.chi-poissy-st-germain.fr/medias/fichiers/2013_enquete_de_satisfaction_des_urgences_du_5_dec.pdf

42. Deschanel, Guillaume, et Patrick Lesage. *Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry*. Grenoble, France: Université Joseph Fourier, 2011.

43. Site de l'ICTA, « Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010 », 2011 septembre, [consulté en juin 2017], [en ligne], http://www.icta.fr/media/14109/ICTA_2011_AFMU_Publication_PALIERS.pdf

VII. ANNEXES

Annexe1 : questionnaire

Q1 : Sexe : M F

Q2 : Age :

Q3 : Quel est votre niveau de diplôme ?

Aucun CAP-BEP Baccalauréat Etudes supérieures

Q4 : Quelle est votre activité ?

Actif Chômeur Retraité Etudiant

Q5 : Comment vous êtes-vous rendu à l'hôpital ?

Véhicule personnel Transport en commun Taxi/ambulance Sapeurs-pompiers SAMU

Q6 : Avez-vous été satisfaits de votre passage aux urgences ?

Pas satisfait du tout Pas satisfait Satisfait Très satisfait

Q7 : Comment jugez-vous votre attente avant de voir une infirmière ?

Pas satisfait du tout Pas satisfait Satisfait Très satisfait

Q8 : Comment jugez-vous votre attente avant de voir un médecin ?

Pas satisfait du tout Pas satisfait Satisfait Très satisfait

Q9 : Comment jugez-vous la durée totale de votre passage aux urgences ?

Pas satisfait du tout Pas satisfait Satisfait Très satisfait

Q10 : A Combien estimez-vous la durée de votre passage dans le service des urgences (de l'admission à la sortie)?

< à 30 min < à 1 h 1 à 2 h > à 2h

Q11 : Trouvez-vous la durée totale de votre passage aux urgences justifiée ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

.....

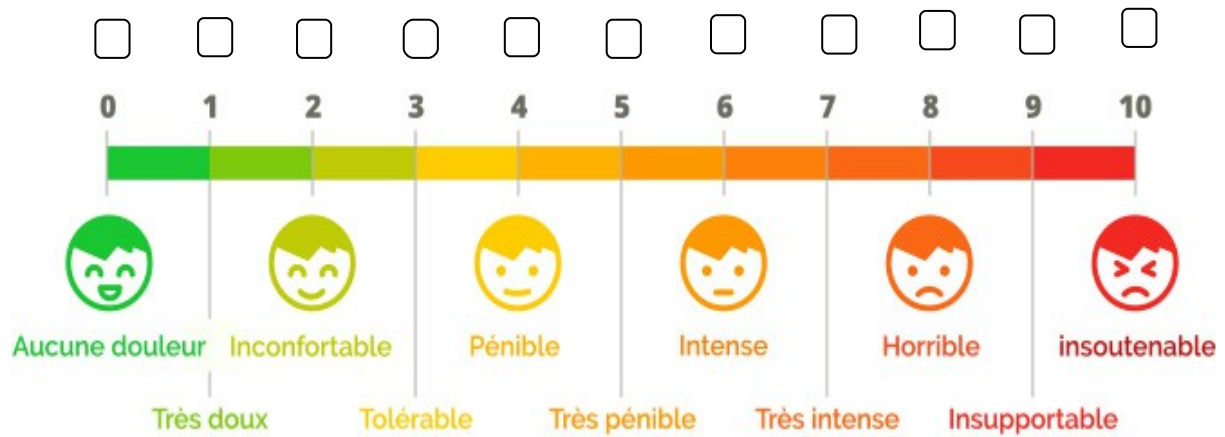
.....

.....

.....

.....

Q12 : Etiez-vous douloureux à votre arrivée aux urgences ?



Q13 : Aviez-vous pris des antalgiques (paracétamol, ibuprofène, ...) avant de venir ?

Oui

Non

Q14 : A-t-on bien pris en charge votre douleur aux urgences ?

Oui

Non

Q15 : Comment jugez-vous la clarté des informations que vous avez reçu sur votre état de santé par le médecin ?

Pas satisfait du tout

Pas satisfait

Satisfait

Très satisfait

Q16 : Avez-vous pris un avis médical dans les 24 heures avant de venir aux urgences ?

Médecin traitant

Autre médecin

Pharmacien

SAMU

Sapeurs-pompiers

Non

Q17 : A quelle distance de l'hôpital habitez-vous ?

< à 5 km

5-10 km

10-25 km

> à 25 km

Observation libre :

annexe 2 : fiche explicative

Fiche explicative du fonctionnement des urgences

Mesdames, messieurs

Nous vous présentons une fiche explicative du fonctionnement du service des urgences adultes de Périgueux. Cette fiche a pour but de vous expliquer le déroulé de la prise en charge d'un patient aux urgences et ainsi que vous compreniez mieux la durée d'attente à laquelle vous allez être confrontée.

Tout d'abord, sachez que tous les patients lors de l'enregistrement dans le service des urgences sont triés selon le degré d'urgence par un infirmier diplômé d'état appelé IAO (infirmier d'accueil et d'orientation). Ce tri est basé sur une évaluation rapide de votre état de santé par l'infirmier sur des critères validés au niveau national et repose sur une échelle classant les patients en 5 niveaux de risque allant de l'urgence vitale absolue à l'absence d'urgence. Ainsi les patients les plus graves sont priorités par rapport aux patients « stables ».

Une fois ce tri effectué, selon votre niveau d'urgence, vous allez patienter jusqu'à votre prise en charge. Une fois votre tour arrivé, vous serez installé dans une salle de soins appelée « box ». Vous serez ensuite examiné par un médecin du service des urgences (interne ou sénior) qui évaluera votre état de santé et jugera de la nécessité de recourir ou non à des examens complémentaires (prise de sang, radiologie ...).

Une fois cette évaluation faite, si des examens complémentaires sont nécessaires, il y a alors un délai pour réaliser ces examens puis pour avoir les résultats.

Pour information :

- Une prise de sang prescrite par le médecin est réalisée 15 à 30 minutes en moyenne après sa prescription. Il faut ensuite en moyenne 1 à 2 heures au laboratoire pour nous fournir les résultats.
- Une radiographie est réalisée en moyenne 1 heure après sa prescription.
- Un scanner est réalisé en moyenne 1 à 2 heures après sa prescription.

Une fois les résultats en main, le médecin va alors décider s'il est capable de vous prendre en charge ou s'il faut recourir à un médecin spécialisé (orthopédiste, gastro-entérologue...) pour que celui-ci donne un avis sur la prise en charge à apporter à votre pathologie, cet avis impose donc un nouveau délai car ces médecins spécialistes sont occupés avec leur propre activité au sein de l'hôpital. De plus, le médecin qui vous prendra en charge gère plusieurs patients à la fois ce qui implique qu'il peut être occupé par les autres patients dans le service avant de revenir vers vous.

Une fois la prise en charge définie, si vous nécessitez une hospitalisation, il nous faut vous trouver un lit dans un service adapté à votre pathologie au sein de l'hôpital. L'hôpital étant une structure fonctionnant à flux tendu, il faut attendre qu'un lit se libère pour que vous y soyez installé.

Nous espérons qu'avec cette fiche vous comprendrez mieux les problématiques de notre service et la prise en charge qui en résulte.

Le personnel des urgences.

Annexe 3 : tri CIMU

CIMU
Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation

Mise à jour avril 2011 – Pierre Taboulet

TRI	SITUATION	RISQUE D'AGRAVATION	PERTE DE CHANCE EN CAS D'ATTENTE	CONSOMMATION DES RESSOURCES HOSPITALIERES†	ACTIONS	DELAIS D'INTERVENTION	INSTALLATION
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	+++	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	Déchoquage (SAUV‡)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	++	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchoquage (SAUV‡)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	+	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

NB : une étoile (*) peut compléter un tri 4 ou 3 pour déclencher une INSTALLATION en box et DEBUTER UNE ACTION SPECIFIQUE nécessaire dans les 20 minutes maximum pour faire régresser un symptôme intense (action indépendante du pronostic)
†RESSOURCES HOSPITALIERES : prélèvement sanguin, perfusion, injection, ECG, oxygène, aérosols, suture, radiographie, avis spécialiste...
‡SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales