HAL
open science

Évaluation du ressenti des proches de patients admis aux Urgences Adultes du CHU de Pointe-à-Pitre

Florian Duport

To cite this version:

Florian Duport. Évaluation du ressenti des proches de patients admis aux Urgences Adultes du CHU de Pointe-à-Pitre. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01697655

HAL Id: dumas-01697655

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01697655v1

Submitted on 31 Jan 2018

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.

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° **2017ANTI0195**

THÈSE

Évaluation du ressenti des proches de patients admis aux Urgences Adultes du CHU de Pointe-à-Pitre

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine des Antilles et de la Guyane et examinée par les enseignants de ladite Faculté

Jeudi 12 Octobre 2017

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

Par **Florian DUPORT**

Sous la direction des DocteursDelphine DELTA et Julie-Anne DUSACRE

Membres du Jury

Professeur Michel CARLES…….Président
Professeur Thierry DAVID……Membre
Professeur Annie LANNUZEL……Membre
Docteur Serge FERRACCI……..Membre

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS……...3

LISTE DES ABRÉVIATIONS…….. 4

RÉSUMÉ……..5

ABSTRACT……6

1. INTRODUCTION 7

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE 9

2.1. Le questionnaire 9
Indicateurs d'organisation **..... 9**
Indicateurs de procédure **..... 9**
Indicateurs de structure **..... 9**
2.2. Nombre de sujets nécessaires 10
2.3. Modalités du recueil de données 11
2.4. Analyse statistique 11

3. RÉSULTATS 12

3.1. Description de la population étudiée 12
3.2. Indicateurs d'organisation 14
3.3. Indicateurs de procédure 17
3.4. Indicateurs de structure 17

4. DISCUSSION 19

5. CONCLUSION 22

6. BIBLIOGRAPHIE 23

ANNEXES 26

REMERCIEMENTS

Au jury de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail :

- Monsieur le Professeur Michel Carles,
- Monsieur le Professeur Thierry David,
- Madame le Professeur Annie Lannuzel,
- Monsieur le Docteur Serge Ferracci,

À mes directrices de thèse qui m'ont guidé et conseillé tout au long de ce travail:

- Madame le Docteur Delphine Delta,
- Madame le Docteur Julie-Anne Dusacre,

À Madame Gaëlle Ramaye,

À Monsieur Mervyn Dennehy.

À Galadrielle Beltoise,

À mes Parents,

À ma Famille,

À mes Amis,

À Madame Françoise Doué,
À Madame Noëlle Penin,

À Monsieur le Professeur Jean-Luc Pellegrin,
À Monsieur le Professeur Philippe Pélissier,
À Madame le Docteur Estibaliz Lazaro,
À Monsieur le Professeur Olivier Brissaud,
À Monsieur le Docteur Alain Guillon,

À tous ceux qui m'ont fait progresser, et à tous ceux qui m'ont fait aimer la médecine.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP-HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
IC : Intervalle de Confiance
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

RÉSUMÉ

Introduction. Le ressenti de l'attente des proches de patients admis aux Urgences semble être méconnu du monde médical. L'objectif de cette étude est d'évaluer la satisfaction des proches de patients admis aux Urgences Adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre, et d'estimer leur point de vue sur l'instauration d'un médiateur, d'un soutien psychologique en cas de situation grave et d'une salle des familles afin d'améliorer la communication avec les équipes soignantes.

Matériel et méthode. Cette étude prospective, descriptive, monocentrique a été réalisée de janvier à avril 2017 aux Urgences Adultes de Pointe-à-Pitre. Un enquêteur unique a interrogé les proches en salle d'attente, au hasard, jusqu'à atteindre le nombre de sujets nécessaires. Le questionnaire utilisé était composé de vingt questions à choix unique et de deux questions ouvertes numériques.

Résultats. Nous avons inclus 403 questionnaires. Les proches n'étaient pas satisfaits de l'information sur le déroulement de la prise en charge (59% avec un intervalle de confiance à 95% de[54-64]) et sur l'état de santé du malade (34%[29-38]) avec 39% [35-44]sans opinion. Ils n'étaient pas satisfaits de la disponibilité du personnel médical (53% [48-58]), et paramédical (52%[47-57]). Ils étaient satisfaits de l'écoute du personnel médical(71% [67-76]) et paramédical(69% [64-73]). Ils estimaient utile l'instauration d'un médiateur en salle d'attente (91%[88-94]), d'une salle des familles (90%[87-93]) et d'un soutien psychologique en cas de pronostic défavorable ou de décès de leur proche (73%[68-77]).

Conclusion. Une meilleure délivrance de l'information, tant sur son organisation humaine que matérielle, pourrait améliorer le ressenti des proches de patients admis aux Urgences.

Mots-clés : urgence, attente, proches, information, médiateur

ABSTRACT

Introduction. The experience of patients' families in Emergency Rooms (ER) has been largely ignored by researchers. The objective of this study was to evaluate the satisfaction of patients' families at the Adult ER of the Pointe-à-Pitre University Hospital Center, and to solicit their point of view about the possibility of having a mediator, having psychological counseling in grave cases, and having a family waiting room to improve communication with caregivers.

Material and method. This prospective, descriptive, and monocentric study was conducted between January and April 2017 at the Adult ER of the Pointe-à-Pitre University Hospital Center. A single interviewer randomly met patients' families with a questionnaire containing twenty single-answer questions and two numerical open-ended questions, until a statistically useful number of subjects was attained.

*Results.*403 questionnaires were included. Patients' family members were not satisfied with the information about the patient intake process (59%[54-64]with a 95% confidence index), and with information about the patients' condition (34%[29-38]), while 39% [35-44] had no opinion. They were not satisfied with the availability of doctors (53%[48-58]) and paramedical staff (52%[47-57]). They were satisfied with the attention of medical (71% [67-76]) and paramedical staff (69%[64-73]). They found several proposals for the future to be useful: the presence of a mediator in the waiting room (91%[88-94]), a family waiting room (90%[87-93]), and psychological counseling in case of unfavorable prognosis or the decease of their loved one (73%[68-77]).

*Conclusion.*Better delivery of information in the waiting room can be achieved through changes in the organization of staff and facilities, and could thus significantly improve the experience of patients' families at the ER.

Keywords : emergency, waiting time, patients' family, information, mediator

1. INTRODUCTION

Le ressenti de l'attente des proches de patients admis dans un service d'Urgences Adultes semble être méconnu du monde médical. En France, plusieurs études ont été menées sur le vécu des proches de patients hospitalisés dans un service de réanimation où le contexte de gravité est manifeste[1-5].Elles font état des difficultés de communication avec les médecins [1,4], et de l'anxiété éprouvée par les familles de ces patients[5]. L'admission dans un Service d'Accueil des Urgences (SAU) est vectrice de stress et d'inquiétude, d'autant plus lorsqu'elle fait suite à une intervention extra hospitalière du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ou des pompiers. L'incertitude sur la gravité du diagnostic ajoutée au caractère inattendu de cette situation, et à la méconnaissance du fonctionnement d'un service d'Urgencesfont de cette attente un moment particulièrement difficile à appréhender.

La plupart des patients arrivent aux Urgences accompagnés d'un proche[6], et cette présence paraît être une source de réconfort et d'amélioration de la compréhension des patients sur leur état de santé [7]. L'attente des proches est parfois longue et plusieurs paramètres peuvent influer son vécu. La communication avec l'équipe soignante paraît être un élément essentiel à prendre en considération, notamment l'information sur la gravité, le diagnostic, le pronostic et l'orientation de la personne malade[8,9]. Une enquête menée sur la population française montre qu'en cas d'hospitalisation en réanimation, la plupart des proches souhaitent une information médicale délivrée par le médecin, dans un langage simple et bref [1]. D'autres paramètres s'avèrent importants comme le délai de prise en charge, le soutien psychologique apporté à la famille, le manque de soutien matériel, le délai d'attente avant le rendu des examens complémentaires [2].

Face aux difficultés médicales, sociales et affectives des proches en salle d'attente, certains SAU mettent en place un médiateur. Il a pour mission le maintien du lien entre la salle d'attente et l'intérieur des Urgences par la transmission de l'information aux proches, l'anticipation et la résolution de malentendus. Deux études soulignent son importance aussi bien chez les accompagnants que chez le personnel soignant [10,11].

En France, le recours aux structures d'Urgences est en constante augmentation avec un nombre de passages augmenté de 3,5% par an en moyenne depuis 1996 [12]. Le service des Urgences Adultes du CHU de Pointe-à-Pitre ne déroge pas à la règle[1], et cette augmentation entraîne inévitablement un délai d'attente plus long générateur d'insatisfaction chez les usagers [9].Un médiateur salarié à temps complet y est d'ailleurs mis en place les jours ouvrés depuis février 2017.

Dans ce contexte, il nous est apparu opportun de nous interroger sur le ressenti de l'attente des proches aux Urgences. L'objectif de cette étude était d'évaluer les éléments de satisfaction et d'insatisfaction de l'attente des proches de patients admis au SAU du CHU de Pointe-à-Pitre, avec pour objectif secondaire de connaître leur point de vue sur la présence d'un médiateur, d'un soutien psychologique en cas de situation grave et d'une salle des familles en vue d'améliorer la communication avec les équipes soignantes.

[1]Selon les chiffres officiels du service des Urgences du CHU de Pointe-à-Pitre, le nombre de passages aux Urgences en 2015 et 2016 était respectivement de 73443 et 75571 patients.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive, monocentrique au SAU du CHU de Pointe-à-Pitre de janvier à avril 2017.

2.1. Le questionnaire

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire comprenant vingt-deux items. Plusieurs axes d'intérêt ont été choisis et regroupés en indicateurs d'organisation, de procédure et de structure.

Indicateurs d'organisation

- Accueil administratif
- Information sur le déroulement de la prise en charge
- Délai constaté avant premier contact avec personnel soignant
- Délai présumé d'une attente trop longue sans information
- Disponibilité du personnel soignant et des médecins

Indicateurs de procédure

- Interlocuteur et langage souhaité pour la communication des résultats
- Écoute du personnel soignant et des médecins
- Type d'information souhaitée en cas de situation grave supposée

Indicateurs de structure

- Utilité présumée d'un médiateur, d'une salle des familles, d'un soutien psychologique en cas de pronostic défavorable
- Confort de la salle d'attente

Un pré-questionnaire a été initialement développé et utilisé lors d'une phase de test comprenant trois sessions de recueil en salle d'attente aux Urgences du CHU de Pointe-à-Pitre, avec un total de trente-quatre personnes interrogées. À la suite de cette phase de test, nous avons retenu vingt-deux items, et deux versions du questionnaire - française et créole - ont été élaborées. Chacune comportait vingt questions à choix unique, couvrant les différents indicateurs précédemment cités, ainsi que deux questions ouvertes numériques. Le reste des items était relatif à la caractérisation des proches interrogés (âge, sexe, lien de parenté avec le patient),età la précision du moment d'arrivée et du temps d'attente au SAU.(Cf. questionnaire en annexe)

2.2. Nombre de sujets nécessaires

Le nombre minimal de sujets à inclure avait été calculé avant le début du recueil de données, à l'aide des formules suivantes :

$$n = \frac{t^2 \times p\,(1 - p)}{e^2}$$

n = nombre de sujets minimal nécessaire
t=niveau de confiance déduit du taux de confiance fixé à 95% selon la loi normale centrée réduite
p=proportion estimative à 0,5
e=marge d'erreur fixée à 5%

$$n_{aj} = \frac{n}{1 + (\frac{n-1}{P})}$$

n_{aj} = nombre de sujets minimal nécessaire ajusté à la population guadeloupéenne
P = population guadeloupéenne, fixée à 402119 selon l'INSEE au 1er janvier 2013 [13].

Ceci donnait un nombre de sujets minimal nécessaire ajusté de 383,79 arrondi à 384.

2.3. Modalités du recueil de données

Un seul enquêteur a recueilli l'ensemble des données. Vêtu d'une blouse blanche, il se présentait à chaque adulte présent au SAU de Pointe-à-Pitre en tant qu'interne effectuant une étude sur le ressenti des proches de patients aux Urgences. Le recueil de données était effectué par séance de durée variable corrélée à l'affluence du moment. Les dates de recueil étaient retenues selon la disponibilité de l'enquêteur et plusieurs séances pouvaient être accomplies un même jour. Aucun recueil n'a été effectué lors des jours de présence du médiateur. Un échantillonnage non probabiliste de commodité était réalisé : l'ensemble des adultes présents au SAU étaient abordés lors de chaque séance. Les patients, les personnes ne souhaitant pas répondre aux questions et les mineurs étaient exclus. Les autres personnes étaient considérées comme des proches et incluses dans l'étude.

La première séance de recueil a eu lieu le 17 janvier 2017 à 18 heures, et autant de séances de recueil nécessaires à l'obtention d'un total minimal de 384 personnes interrogées ont été réalisées. La dernière séance de recueil a eu lieu le 16 avril 2017. Les questions étaient posées lors d'un entretien anonyme en face à face avec la personne interrogée en salle d'attente. Plusieurs personnes pouvaient être interrogées pour un même patient, mais chaque proche avait son propre entretien. La version créole du questionnaire était utilisée avec les personnes créolophones. Les données étaient saisies sur un tableur après une codification par une variable chiffrée correspondant au rang de la réponse proposée.

2.4. Analyse statistique

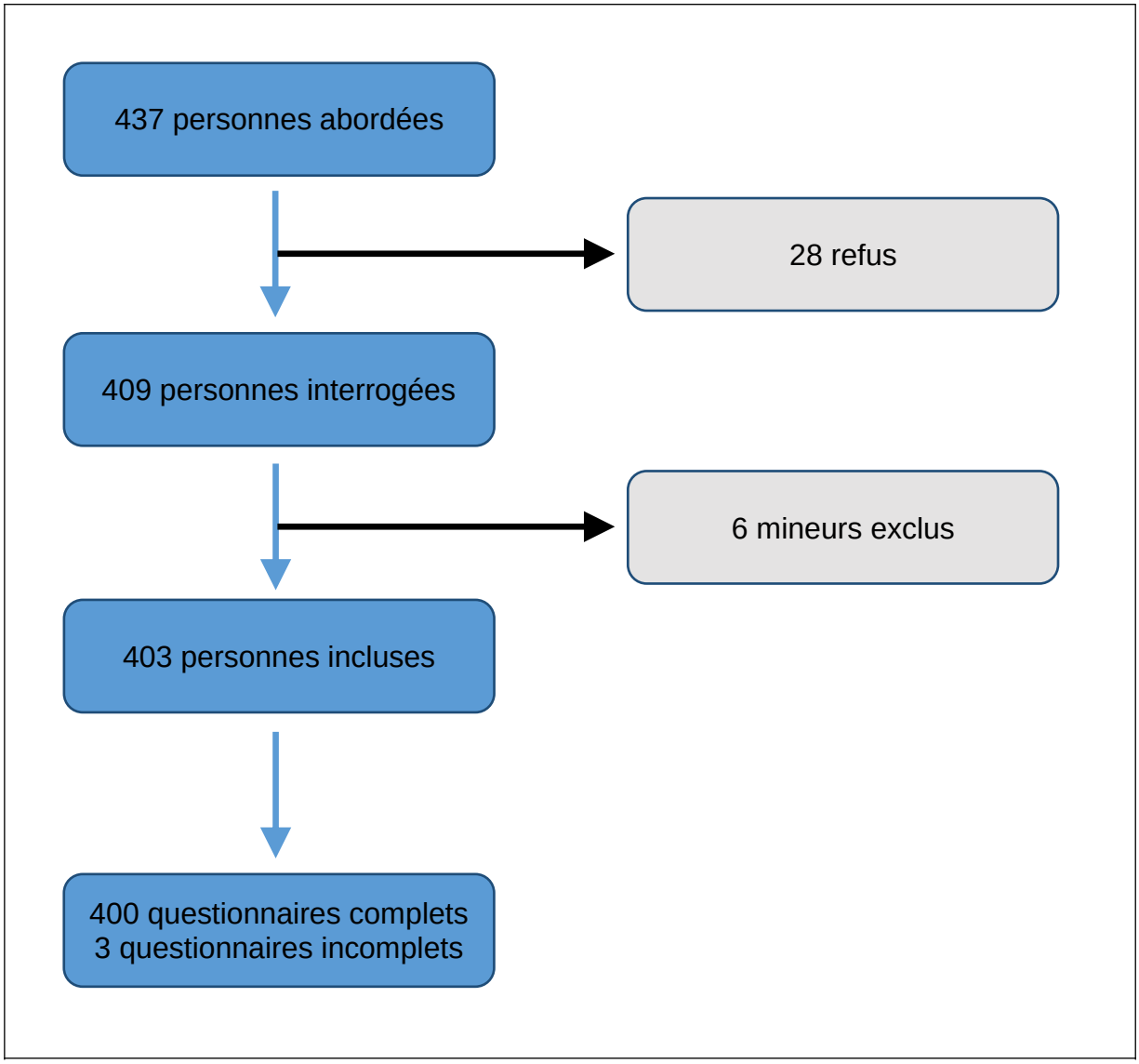
L'analyse statistique de l'ensemble des données collectées était réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel® par la réalisation de tableaux croisés dynamiques.

3. RÉSULTATS

3.1. Description de la population étudiée

Durant les 25 séances de recueil de données, 409 personnes ont été interrogées sur une période allant de janvier à avril 2017. Nous avons inclus 403 questionnaires, dont trois questionnaires incomplets à cause d'une interruption de l'entretien par une cause externe. Vingt-huit personnes ont refusé d'être interrogées (**Figure 1**).

Figure 1 : Diagramme des flux.

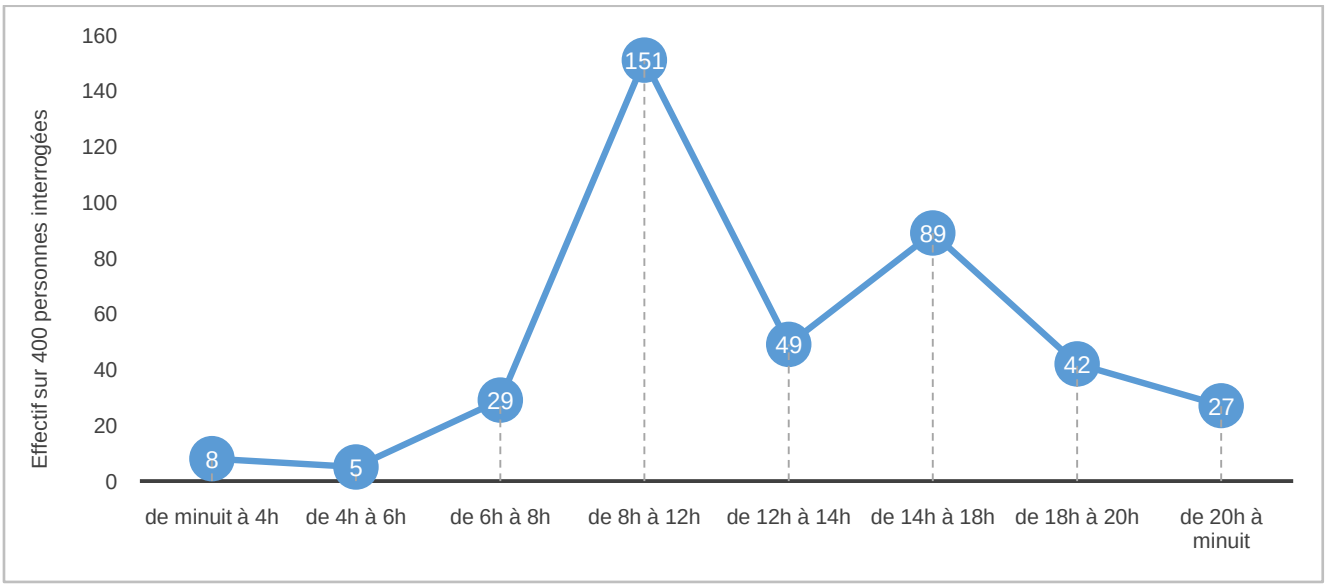


Le sexe-ratio homme/femme des personnes interrogées était de 0,49. L'âge moyen était de 47,9 ans(écart-type de 15,2) avec des extrêmes de 18 et91 ans.

Les proches interrogés appartenaient à la même fratrie ou étaient apparentés au premier degré avec le malade dans 54%des cas avec un intervalle de confiance (IC) à 95% de [49-59]. Les conjoints du patient représentaient 22% [18-25] et ses amis 12% [8-15] des personnes questionnées.

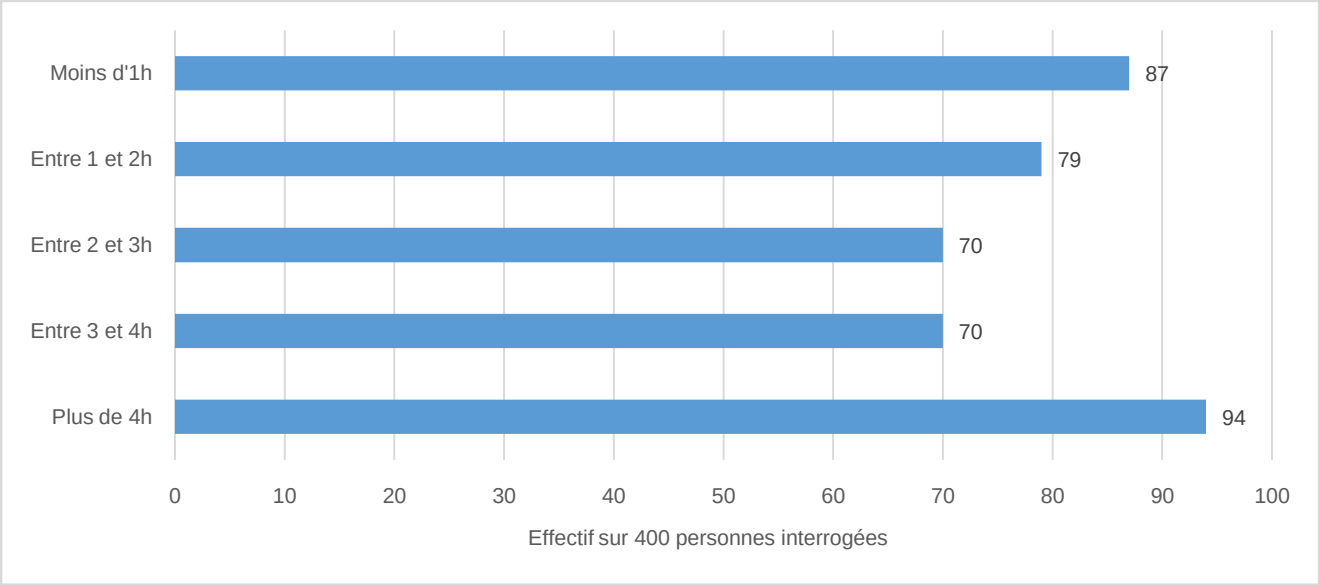
Les proches étaient abordés un jour de semaine dans 47%[42-52] des cas et 53%[48-58] lors d'un week-end ou jour férié, 45%[40-50]étaient arrivés aux Urgences le matin (de six heures à midi), 35%[30-39] l'après-midi (de douze heures à dix-huit heures) et 21%[17-24] sur la période dix-huit heures – six heures du matin (**Figure 2**).[2]Ils patientaient depuis moins de deux heures dans 41% [37-46] des cas, et 24%[19-28]attendaient depuis plus de quatre heures (**Figure 3**).

Figure 2 : Tranche horaire d'arrivée des personnes interrogées au service d'accueil des Urgences.



[2]La somme de ces pourcentages arrondis aboutit à un chiffre total de 101%, les chiffres exacts sont : 45%, pour les proches patientant depuis le matin, 34,5% pour l'après-midi, 20,5% pour la période 18 heures – 6 heures.

Figure 3 : Temps d'attente, au moment de l'entretien, des personnes interrogées au service d'accueil des Urgences.



3.2. Indicateurs d'organisation

L'accueil par le service administratif était très satisfaisant ou assez satisfaisant pour 72%[68-77] des personnes interrogées, et 59%[54-64]étaient peu satisfaits ou insatisfaits de l'information donnée concernant le déroulement de la prise en charge.
Les proches jugeaient l'information sur l'état de santé du patient peu satisfaisante ou insatisfaisante dans 34%[29-38] des cas ; 39%[35-44] se disaient sans opinion (**Tableau 1**).
Les proches ont attendu moins d'une heure avant d'avoir un premier contact avec un membre du personnel soignant dans 56%[51-61] des cas, et 23%[19-27] n'avaient pas eu de contact (**Figure 4**).

Tableau1 : Ressenti des personnes interrogées sur l'accueil au service administratif, l'information sur le déroulement de la prise en charge et sur l'état de santé du patient.

Accueil au service administratif

	Trèssatisfait	Assezsatisfait	Peusatisfait	Insatisfait	Sansopinion	Totalgénéral
Effectif	67	222	65	23	26	403
Pourcentage [Intervalle de confiance 95%]	17[13-20]	55 [50-60]	16 [13-20]	5 [3-8]	6 [4-9]	100

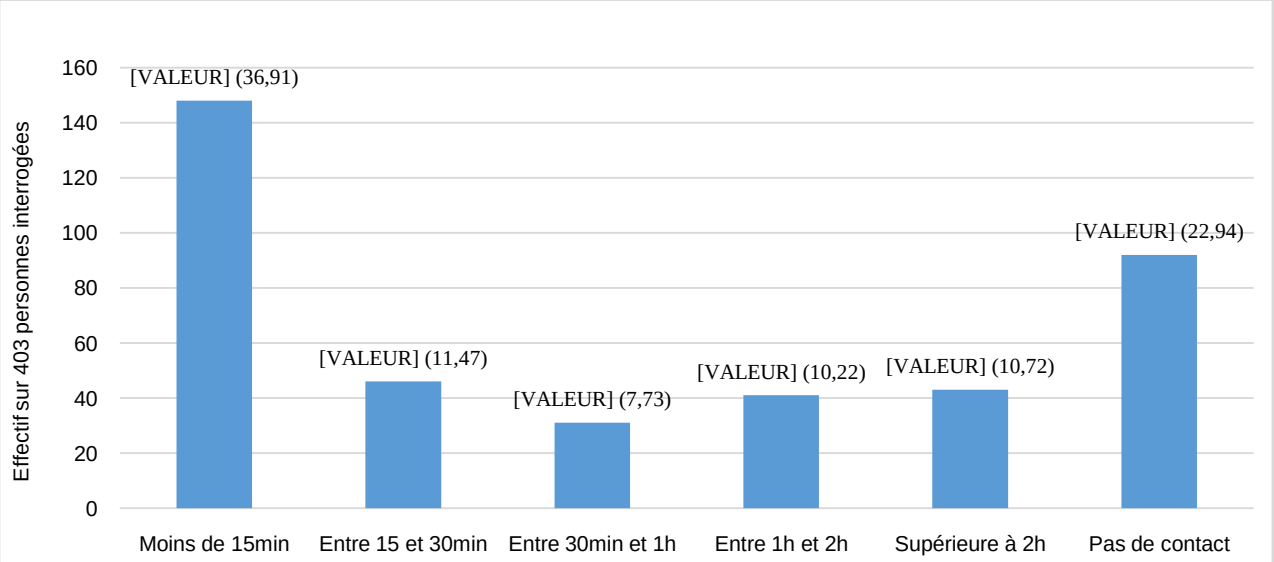
Information sur le déroulement de la prise en charge

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total général
Effectif	18	97	78	160	50	403
Pourcentage[Intervalle de confiance 95%]	4,47[2-6]	24,07[20-28]	19,35[15-23]	39,70[35-44]	12,41[9-16]	100

Information sur l'état de santé du patient

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total général
Effectif	19	90	38	97	159	403
Pourcentage[Intervalle de confiance95%]	4,71[3-7]	22,33[18-26]	9,43[7-12]	24,07[20-28]	39,45[35-44]	100

Figure 4 : Estimation par les personnes interrogées du délai avant un premier contact avec le personnel soignant au service d'accueil des Urgences.



Note : pourcentage associé entre parenthèses en haut de chaque colonne

Le délai à partir duquel l'attente d'une information sur l'état de santé du proche est considérée trop longue était en moyenne de 77,3 minutes avec un écart type de 68,5. La disponibilité des médecins et du personnel paramédical était jugée peu satisfaisante ou insatisfaisante par respectivement 53% [48-58] et 52% [47-57] des personnes interrogées (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Ressenti des personnes interrogées sur les acteurs médicaux et paramédicaux au service d'accueil des Urgences.

Disponibilité du personnel soignant (hors médecins)

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total général
Effectif	26	146	142	66	21	401
Pourcentage[Intervalle de confiance 95%]	6,48[4-9]	36,41 (32-41)	35,41 (31-40)	16,46 (13-20)	5,24 (3-7)	100

Écoute du personnel soignant (hors médecins)

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total général
Effectif	54	221	66	24	36	401
Pourcentage[Intrvalle de confiance 95%]	13,47[10-17]	55,11[50-60]	16,46[13-20]	5,99[4-8]	8,98[6-12]	100

Disponibilité des médecins

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total général
Effectif	22	126	139	74	40	401
Pourcentage[Intervalle de confiance 95%]	5,49[3-8]	31,42[27-36]	34,66[30-39]	18,45[15-22]	9,98[7-13]	100

Écoute des médecins

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total général
Effectif	80	206	30	22	63	401
Pourcentage[Intervalle de confiance 95%]	19,95[16-24]	51,37[46-56]	7,48[5-10]	5,49[3-8]	15,71[12-19]	100

3.3. Indicateurs de procédure

Les proches estimaient très satisfaisante ou assez satisfaisante l'écoute des médecins 71% [67-76] et du personnel paramédical 69% [64-73](**Tableau 2**).Une personne sur deux (50%, [45-55]) se disait indifférente au statut du membre du personnel soignant délivrant l'information sur l'état de santé de leur proche, 46%[41-51]préféraient que cela soit le médecin. Les personnes interrogées souhaitaient un langage détaillé de la part de leur interlocuteur (68%, [63-72]).En cas d'état de santé du patient jugé préoccupant, 57%[52-62] des proches préféraient être avertis après les premiers résultats disponibles, avec une information détaillée et fiable.

3.4. Indicateurs de structure

Le confort de la salle d'attente était jugé très satisfaisant ou assez satisfaisant par 42%[37-46] des proches, avec 23% [19-28] sans opinion (**Figure 5**).

Neuf personnes sur dix (90%,[87-93]) auraient jugé très utile ou assez utile l'existence d'une salle dédiée à l'information des proches, tout comme la présence d'un membre du personnel soignant affecté en salle d'attente pour délivrer des informations aux proches (91%,[88-94]).

En cas de pronostic défavorable ou décès de leur proche, 73% [68-77] des personnes interrogées auraient souhaité un soutien psychologique (**Figure 6**).

Figure 5 :Ressentidu confortdela salle d'attente par les personnes interrogées.

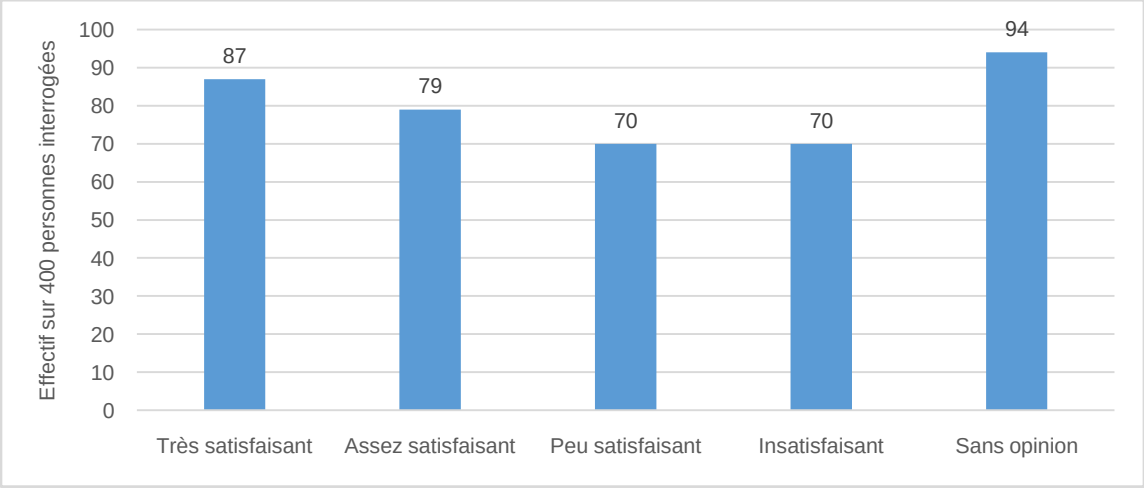
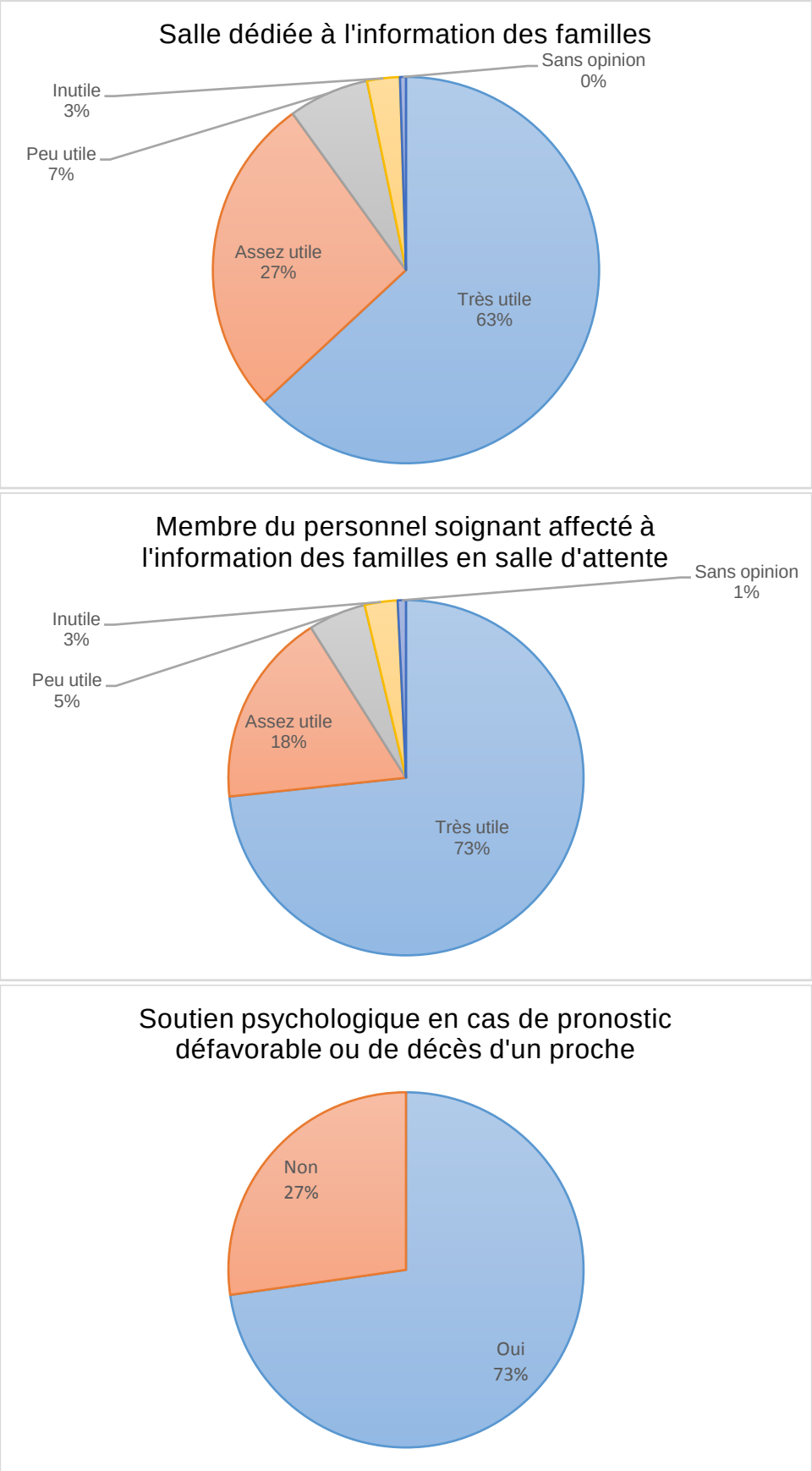


Figure 6 : Estimation par les personnes interrogées de l'utilité de la mise en place d'une salle des familles, d'un médiateur et d'un soutien psychologiqueau service d'accueil des Urgences.



4. DISCUSSION

Notre étude met en lumière la non-satisfaction des proches concernant l'information donnée en salle d'attente, tant sur le déroulement de la prise en charge que sur l'état de santé du patient. Si l'information du patient est une obligation légale et déontologique[14],chaque patient peut désigner une personne de confiance qui a pour vocation de l'accompagner dans ses démarches liées à sa propre santé[15].Cet interlocuteur privilégié doit être intégré dans la prise en charge et faire le relais des informations médicales aux autres proches, dans le respect des désidérata du patient.Il constitue une aide décisionnelle sur le plan médical. Si le patient ne peut exprimer sa volonté, la loi exige du médecin d'informer les proches, sauf urgence ou impossibilité [16]. Il est donc important de faire un effort sur cette démarche d'information.Le délai au-delà duquel l'attente des proches sans information est trop longue est très fluctuant, comme en témoigne la dispersion statistique importante de sa moyenne (écart-type de 68,5 pour une moyenne de 77,3). L'influence du motif pour lequel le patient a été amené aux Urgences pourrait expliquer sa grande variabilité.

Notre étude révèle une disponibilité des médecins et du personnel soignant insuffisante selon les proches. Nous pouvons penser que cela génère un mauvais vécu de l'attente par les proches, accentué par la méconnaissance de l'organisation des soins. Une étude menée au service des Urgences du CHR de Metz a révélé que la diffusion d'un film en salle d'attente, montrant les différents acteurs et temps de prise en charge, permettait de patienter en s'informant et de mieux comprendre le fonctionnement d'un service d'Urgences[17]. La mise en place de ce type de dispositif pourrait constituer un premier élément d'amélioration du ressenti de l'attente. Certains Centres Hospitaliers délivrent un livret d'accueil aux patients ainsi qu'à leurs proches expliquant les différentes étapes d'une prise en charge dans le service d'Urgences[18]. Une première information sur l'organisation des soins pourrait être délivrée dès l'accueil au service administratif, qui par ailleurs est une source de satisfaction pour les proches interrogés.

Selon le psychiatre Docteur Elchardus, les Urgences semblent « *offrir une illusion de présence et de disponibilité permanentes, contrastant avec la discontinuité vécue par chacun, risquant de donner à l'absence même momentanée du soignant un caractère définitif* » [19]. L'attente sans information ou sans interlocuteur paraît renforcer le sentiment d'abandon et de non prise en compte de son propre cas. Dans notre étude, la mise en place d'une personne affectée en salle d'attente pour relayer les informations serait utile selon les proches, d'autant plus que la moitié se dit indifférent au statut de l'interlocuteur délivrant l'information sur l'état de santé. Ce dispositif de médiateur a déjà été intégré au SAU de Pointe-à-Pitre. Des études réalisées dans d'autres services d'Urgences ont révélé une diminution des conflits en salle d'attente en améliorant notamment le temps d'attente et l'écoute des accompagnants. Des bénéfices ont également été constatés chez le personnel soignant et sur l'image du service concerné[11].

Notre étude montre la satisfaction des proches concernant l'écoute des médecins et du personnel soignant. Le corps médical semble répondre aux attentes des proches lors des entretiens. Les travaux du Docteur Garrigue Huet sur la communication aux Urgences présentent la famille en tant que « *continuité du patient, instaurant une globalité de prise en charge* ». La qualité de la communication entre soignants et famille du patient est fondamentale aux soins et à l'intérêt du patient[20]. Notre étude montre la préférence des familles pour une information détaillée, ce qui implique pour les équipes médicales d'attacher une attention particulière à la compréhension des termes employés. Le jargon technique inaccessible aux familles està proscrire. Le vocabulaire utilisé ainsi que le comportement du soignant doivent être adaptés à la famille tout comme l'environnement dans lequel la conversation s'effectue.

Dans notre étude, la majorité des personnes interrogées juge utile la mise en place d'une salle dédiée à l'information des proches. Elle pourrait améliorer le cadre de la communication et faciliter l'échange tout en préservant sa confidentialité. La possibilité d'une prise en charge psychologique en cas de décès ou de pronostic défavorable est majoritairement souhaitée par les proches. Au même titre que le dispositif d'annonce du Plan Cancer, un psychologue pourrait, en cas de besoin, proposer une aide immédiate ou future pour le patient et ses proches[21]. Cela

permettrait d'assurer le suivi de l'annonce et de prolonger la communication avec les proches afin de répondre au mieux à leurs besoins [22].

Notre étude présente plusieurs limites. La méthode d'échantillonnage retenue entraîne une perte de représentativité de la population. Les personnes incluses étaient majoritairement de sexe féminin, et interrogées pendant la journée. Même si l'activité nocturne du service d'Urgences est moins importante[3], la population patientant la nuit est probablement sous représentée induisant un biais de sélection.Les personnes de confiance n'ont pas été distinguées des autres proches, alors que leur statut légal suggère un traitement différent sur l'information apportée.Le délai avant un premier contact avec le personnel soignant est difficilement interprétable car dépendant de nombreux facteurs. Nous pouvons présumer que certains proches ont accompagné le patient aux Urgences, alors que d'autres sont arrivés plus tard. Et parmi ces derniers, certains ont pu avoir des informations par d'autres proches déjà présents sans échange avec un soignant. La proportion élevée de proches sans opinion sur l'information concernant l'état de santé laisse supposer que certains n'avaient pas eu d'information : cette réponse supplémentaire aurait pu être proposée dans le questionnaire. Enfin, nous pouvons préjuger que le statut de l'enquêteur, membre du personnel médical, ait pu entraîner un biais d'information en altérant l'objectivité de certaines réponses.

[3]Selon les chiffres officiels du service des Urgences du CHU de Pointe-à-Pitre, le nombre de passages nocturnes/diurnes aux Urgences en 2015 et 2016 était respectivement de 30602/42841 et 31782/43789 patients.

5. CONCLUSION

Cette étude met en exergue la non-satisfaction des proches concernant le relais des informations médicales et organisationnelles en salle d'attente ainsi qu'un sentiment d'indisponibilité des soignants. Pour autant, l'écoute de ces derniers est considérée comme satisfaisante, et une préférence se démarque pour une information détaillée sur l'état de santé du patient. La mise en place d'une salle des familles, d'un médiateur et d'un soutien psychologique en cas de besoin est plébiscitée par les proches et pourrait améliorer leur(s) attente(s).Un effort sur la communication de l'information, tant sur son organisation humaine que matérielle, pourrait améliorer le ressenti des proches de patients admis aux Urgences, et participer à l'amélioration de la prise en charge globale du patient.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Jouffroy R, Lamhaut L, Cremniter D, An K, Carli P, Vivien B. Enquête sur les attentes de la famille et/ou des proches d'un patient hospitalisé en réanimation après prise en charge extrahospitalière par une équipe du samu. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. févr 2013;32(2):94-7.

2. Soumagne N, Levrat Q, Frasca D, Dahyot C, Pinsard M, Debaene B, et al. Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. déc 2011;30(12):894-8.

3. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. Am J Respir Crit Care Med. janv 2001;163(1):135-9.

4. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med. août 2000;28(8):3044-9.

5. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med. oct 2001;29(10):1893-7.

6. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation - Paavilainen - 2009 - Journal of Clinical Nursing - Wiley Online Library [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02574.x/full

7. Challan-Belval A, Floccard B, Pereira S, Allaouchiche B. Ouverture 24 h/24 d'un service de réanimation aux visites : enquête de satisfaction des familles, des patients et de l'équipe paramédicale. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. févr 2013;32(2):123-4.

8. Hugla D. Temps et satisfaction aux urgences [Thèse d'exercice]. [Angers, France]: faculté de médecine; 2014.

9. Meunier L. Urgence ressentie et durée d'attente [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2012.

10. 30 mesures pour garantir la sécurité des personnels de l'AP-HM [Internet]. http://fr.ap-hm.fr/. 2013 [citéle 11 Décembre 2016]. Disponible sur: http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/aphm_plan_de_prevention_de_la_violence_09092013.pdf

11. Seitz C. Médiateur en salle d'attente : le point un an après sa mise en place - Collège PACA de Médecine d'Urgence [Internet]. Copacamu.org. 2017 [cité le 13 juin 2017]. Disponible sur: http://www.copacamu.org/spip.php?article1043

12. Les établissements de santé - Édition 2017 - Panoramas de la DREES - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017;:10.

13. Insee Antilles-Guyane. Recensement de la population en Guadeloupe au 1er janvier 2013. 2015

14. Article R.4127-35 du Code de la Santé PubliqueArticle R. 4127-35 du Code de la Santé publique–Ministère de la Santé. 2006

15. Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - article 9

16. Article 36 du Code de Déontologie Médicale. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le Code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République française 8 septembre 1995: 13305–10

17. Gandar J, Borer A, Ferry A, Kimenau J, Holtz C, Autori J et al. Intérêt de la diffusion d'un film en salle d'attente aux urgences. Journal Européen des Urgences. 2007;20(1):208.

18. Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences Retours d'expériences. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. 2008;Tome 3 – Partie 1:80-82.

19. Elchardus J, Gansel Y, Grison-Curinier J. Violence et urgence. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2005;163(8):664-667.

20. Garrigue Huet D, Rosenstrauch C, Carlier D. Communication avec les soignants et les familles. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2016

21. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut National du Cancer. 2006

22. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Service évaluation des pratiques. Février 2008

ANNEXES

Questionnaire attente aux Urgences (version langue française)

Bonjour/Bonsoir, je suis Florian Duport, interne en médecine générale.
Ce questionnaire vous est proposé dans le but d'évaluer votre ressenti de l'attente aux Urgences du CHU de Pointe-à-Pitre. Vos réponses permettront de réaliser une étude afin d'améliorer ce temps d'attente pour le bien de tous.
Je vous remercie de votre participation.

1- Etes-vous satisfait de l'accueil au service administratif :

☐Très satisfaisait - ☐Assez Satisfait - ☐Peu Satisfait - ☐Insatisfait - ☐Sans Opinion

2- Que pensez-vous de l'information sur le déroulement de la prise en charge de votre proche aux Urgences :

☐Très Satisfaisante - ☐Assez Satisfaisante - ☐Peu Satisfaisante - ☐Insatisfaisante - ☐Sans Opinion

3- Que pensez-vous de l'information que l'on vous a donné sur l'état de santé de votre proche :

☐Très Satisfaisante - ☐Assez Satisfaisante - ☐Peu Satisfaisante - ☐Insatisfaisante - ☐Sans Opinion

4- Combien de temps avez-vous attendu avant un premier contact avec le personnel soignant :

☐moins de 15 minutes - ☐entre 15 et 30 minutes - ☐Entre 30 minutes et 1 heure -
☐entre 1 heure et 2 heure - ☐supérieure à 2 heures - ☐pas de contact

5- A partir de quel délai considérez-vous que l'attente d'une information sur l'état de santé de votre proche est trop longue

☐ minutes

6- Par qui souhaitez-vous être informé (une seule réponse) :

☐Médecin - ☐Infirmier - ☐Aide-soignant - ☐Agent Administratif - ☐Peu importe

7 - Préférez-vous que le langage utilisé soit (une seule réponse) :

☐Simple et bref - ☐Détaillé - ☐ Sans Opinion

8- Si l'état de santé de votre proche semblait être préoccupant, préféreriez-vous être (une seule réponse) :

☐Averti tout de suite avant même les premiers examens -
☐Averti plus tard quand les premiers résultats sont disponibles, avec une information plus détaillée et fiable

9- Que pensez-vous de la disponibilité du personnel soignant (hors médecins) :

☐Très Satisfaisante - ☐Assez Satisfaisante - ☐Peu Satisfaisante - ☐Insatisfaisante - ☐Sans Opinion

10- Que pensez-vous de l'écoute du personnel soignant (hors médecins) :

☐ Très Satisfaisante - ☐ Assez Satisfaisante - ☐ Peu Satisfaisante - ☐ Insatisfaisante - ☐ Sans Opinion

11- Que pensez-vous de la disponibilité des médecins :

☐Très Satisfaisante - ☐Assez Satisfaisante - ☐Peu Satisfaisante - ☐Insatisfaisante - ☐Sans Opinion

12- Que pensez-vous de l'écoute des médecins :

☐Très Satisfaisante - ☐Assez Satisfaisante - ☐Peu Satisfaisante - ☐Insatisfaisante - ☐Sans Opinion

13- Une salle dédiée à l'information des proches serait pour vous :

☐Très Utile - ☐Assez Utile - ☐Peu Utile - ☐Inutile - ☐Sans Opinion

14 - Pensez-vous que la présence d'un membre du personnel soignant affecté aux informations des proches en salle d'attente serait :

☐Très utile - ☐Assez Utile - ☐Peu Utile - ☐Inutile - ☐Sans Opinion

15- Souhaiteriez-vous un soutien psychologique en cas de décès/pronostic défavorable :

☐Oui - ☐Non - ☐Sans Opinion

16- Quel est le jour de votre arrivée aux Urgences :

☐En semaine (du lundi au vendredi) - ☐Week-end et jours fériés

17- Quelle est la tranche horaire de votre arrivée aux Urgences :

☐de minuit à 4h - ☐de 4h à 6h - ☐de 6h à 8h - ☐de 8h à 12h - ☐de 12h à 14h -
☐de 14h à 18h - ☐de 18h à 20h - ☐de 20h à minuit

18- Depuis combien de temps attendez-vous en salle d'attente :

☐moins de 1 heure - ☐entre 1 heure et 2 heures -
☐entre 2 heures et 3 heures - ☐entre 3 heures et 4 heures – ☐plus de 4 heures

19- Le confort de la salle d'attente est-il :

☐Très Satisfaisant - ☐Assez Satisfaisant - ☐Peu Satisfaisant - ☐Insatisfaisant - ☐Sans Opinion

20-Quel est votre âge :ans ☐

21- Quel est Votre sexe : ☐Masculin - ☐Féminin

22- Votre lien de parenté avec le patient :

☐Conjoint - ☐Famille proche (parents, enfant, frères et soeur) - ☐Amis - ☐Voisin - ☐Autre

Merci de votre participation

Kestyonè « Atannozirjans » (vèsyon kréyòl)

Byen Bonjou/Bonswa, an sé Florian Duport, étidyan mèdsin, entèwn an mèdsin jénéral.
An ka ba zot kestyonè la sa, pou sav an ki jan zot ka risanti tan la zot ka atann la o zirjans a lopital jénéral La Pwent.
Répons a zot ké pé rédé mwen fè on létid pou vwè an ki mannyè nou pé rivé ranjé tan la sa, pou byen a tout moun.
Mèsi an pil pou tan a zot, épi répons a zot.

1- Es zot kontan/satisfè jan yo akéyi zot owa sé sèkrétèz la (akèy pou papyé) :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐ Kontan/satisfè san plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè - ☐ Pa kontan/satisfè menm - ☐ Pa ka pansé ayen

2- Ka zot ka pansé dè sa yo di zot asi mannyè yo kay swangné fanmi oben zanmi a zot o zirjans :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐ Kontan/satisfè san plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè - ☐ Pa kontan/satisfè menm - ☐ Pa ka pansé ayen

3- Ka zot ka pansé dè sa yo di zotasi létad santé a fanmi oben zanmi a zot :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐ Kontan/satisfè san plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè - ☐ Pa kontan/satisfè menm - ☐ Pa ka pansé ayen

4- Konmen tan zot atann avan on moun lopital, on swagnan, vini vwè zot pou prèmié fwa :
☐Mwens ki 15 minit - ☐Ant 15 épi 30 minit - ☐Ant 30 minit épi Inè - ☐Ant Inè épi Dézè - ☐Plis ki Dézè - ☐Pon moun lopital pa vini vwè zot

5- Pou zot, o bou dè konmen tan atann on nouvèl asi létad santé a fanmi oben zanmi a zot two long :

☐ minit

6- Ki moun zot pisimé ba zot nouvèl (on sèl répons) :
☐Dòktè la - ☐Enfimiez la - ☐Ed-swagnan la - ☐On sèkrétèz/on moun a biro akèy la -☐Nenpòt ki moun lopital

7 – Zot pisimé yo palé ba zot épi on langaj (on sèl répons) :
☐Senp épi kout - ☐Détayé - ☐Pa ka pansé ayen

8- Si létad santé a fanmi oben zanmi a zot ka sanm sa ki grav oben entjétan, zot té ké pisimé (on sèl répons) :
☐Yo di zot sa on fwa on fwa, avan menm yo koumansé fè pon legzamen -
☐Yo di zot sa pli ta, la yo ké trapé sé prèmié rézilta la, épi on nouvèl pli détayé, pli sèten é asiré

9- Ka zot ka pansé dè tan pewsonèl swagnan (pa dòktè) la ka ba zot :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐ Kontan/satisfè san plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè - ☐ Pa kontan/satisfè menm - ☐ Pa ka pansé ayen

10- Ka zot ka pansé dè lékout a pewsonèl swagnan (pa dòktè) la :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐ Kontan/satisfè san plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè - ☐ Pa kontan/satisfè menm - ☐ Pa ka pansé ayen

11- Ka zot ka pansé dè tan dòktè la ka ba zot :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐ Kontan/satisfè san plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè - ☐ Pa kontan/satisfè menm - ☐ Pa ka pansé ayen

12- Ka zot ka pansé dè lékout a dòktè la :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐Kontan/satisfèsan plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè -☐ Pa kontan/satisfè menm - ☐ Pa ka pansé ayen

13- Pou zot, on sal espésialman pou ba zot nouvèl a fanmi oben zanmi a zot, té ké :
☐On bon biten toubòlman - ☐ On bon biten san plis - ☐ Pa tèlman on bon biten - ☐ Sa pa sèvi ayen - ☐ Pa ka pansé ayen

14 - Pou zot, on moun lopital espésialman la pou ba zot nouvèl a fanmi oben zanmi a zot andidan sal pou atann la, té ké :
☐On bon biten toubòlman - ☐ On bon biten san plis -☐ Pa tèlman on bon biten - ☐ Sa pa sèvi ayen - ☐ Pa ka pansé ayen

15- Zot té ké enmé ni on soutyen a sikòlog, si an ka ni lanmòoben on mové pwonostik :
☐Wi - ☐Awa - ☐ Pa ka pansé ayen

16- Ki jou zot rivé o zirjans :
☐La simenn (dè lendi a vandrèdi) - ☐Lè wikennépi jou férié

17- Dan lé ki lè zot rivé o zirjans :
☐Dè Minui a Katrè - ☐Ant Katrè épi Sizè - ☐Ant Sizè épi Uitè- ☐Ant Uitè épi Midi - ☐Ant Midi épi Dézè laprémidi– ☐Ant Dézè laprémidi épi Sizèd swa - ☐Ant Sizèd swa épi Uitèd swa - ☐ Dè Uitèd swa a Minui

18- Dèpi konmen tan zot ka atann andidan sal pou atann la :
☐Mwens ki Inè - ☐Ant Inè épi Dézè - ☐Ant Dézè épi Twazè -☐Ant Twazè épi Katrè - ☐Plis ki Katrè

19- Ki jan zot twouvé konfò a sal pou atann la :
☐Kontan/satisfè onlo - ☐Kontan/satisfèsan plis (ti tak) - ☐ Pa telman kontan/satisfè -☐ Pa kontan/satisfèmenm- ☐ Pa ka pansé ayen

20-Ki laj a zot ☐ **:**lanné

21- Ki seks a zot :☐Nonm/Boug - ☐Fanm

22- Ki moun zot yé pa rapôt a malad/pasyan la :
☐ Mari, Fanm, konkiben, konkibin, konpagnon, konpagn - ☐Fanmi pré (manman, papa, ti moun, frè épi sè) – ☐Zanmi - ☐Vwazen - ☐ Pon yonn adan tou sa

Mèsi an pil pou tan a zot, épi répons a zot.

UFR SCIENCES MÉDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs 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 dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.
Reçu 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, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne 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 et méprisé si j'y manque.

DUPORT Florian

Évaluation du ressenti des proches de patients admis aux Urgences Adultes du CHU de Pointe-à-Pitre

Médecine Générale
2017

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2017ANTI0195

MOTS-CLÉS : urgence, attente, proches, information, médiateur

---

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction. Le ressenti de l'attente des proches de patients admis aux Urgences semble être méconnu du monde médical. L'objectif de cette étude est d'évaluer la satisfaction des proches de patients admis aux Urgences Adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre, et d'estimer leur point de vue sur l'instauration d'un médiateur, d'un soutien psychologique en cas de situation grave et d'une salle des familles afin d'améliorer la communication avec les équipes soignantes.

Matériel et méthode. Cette étude prospective, descriptive, monocentrique a été réalisée de janvier à avril 2017 aux Urgences Adultes de Pointe-à-Pitre. Un enquêteur unique a interrogé les proches en salle d'attente, au hasard, jusqu'à atteindre le nombre de sujets nécessaires. Le questionnaire utilisé était composé de vingt questions à choix unique et de deux questions ouvertes numériques.

Résultats. Nous avons inclus 403 questionnaires. Les proches n'étaient pas satisfaits de l'information sur le déroulement de la prise en charge (59% avec un intervalle de confiance à 95% de [54-64]) et sur l'état de santé du malade (34% [29-38]) avec 39% [35-44] sans opinion. Ils n'étaient pas satisfaits de la disponibilité du personnel médical (53% [48-58]), et paramédical (52% [47-57]). Ils étaient satisfaits de l'écoute du personnel médical (71% [67-76]) et paramédical (69% [64-73]). Ils estimaient utile l'instauration d'un médiateur en salle d'attente (91% [88-94]), d'une salle des familles (90% [87-93]) et d'un soutien psychologique en cas de pronostic défavorable ou de décès de leur proche (73% [68-77]).

Conclusion. Une meilleure délivrance de l'information, tant sur son organisation humaine que matérielle, pourrait améliorer le ressenti des proches de patients admis aux Urgences.

Président du jury: Monsieur le Professeur CARLES Michel
Membres du jury : Monsieur le Professeur DAVID Thierry
Madame le Professeur LANNUZEL Annie
Monsieur le Docteur FERRACCI Serge
Directrices de thèse :Madame le Docteur DELTA Delphine
Madame le Docteur DUSACRE Julie-Anne