

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

David HUGLA

Né le 13 juin 1985 à ANGERS

Présentée et soutenue publiquement le : 1^{er} Avril 2014

TEMPS ET SATISFACTION AUX URGENCES

Président : Monsieur le Professeur Pierre-Marie ROY

Directeur : Madame le Docteur Aurore Armand-Perroux

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM.	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM.	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie

	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
	ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM.	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

mai 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre-Marie ROY

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aurore Armand-Perroux

Membres du jury :

Dr Armand-Perroux, Urgentiste CHU Angers, AuArmand@chu-angers.fr
Pr Azzouzi Abdel Rahmene, Urologue CHU Angers, AZZOAB@chu-angers.fr
Dr Caillez Eric, MCU Médecine générale CHU Angers, eric.cailliez@wanadoo.fr
Pr. Patrick Saulnier, PU-PH CHU Angers, patrick.saulnier@univ-angers.fr
Dr Schotté Thibault, Urgentiste CHU Angers, pilouschotte@hotmail.fr

Remerciements

A Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie,
vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse, et êtes à l'origine de son sujet.
Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.
Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur ARMAND-PERROUX Aurore,
je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.
Merci pour ton aide et ton soutien tout au long de ma thèse, pour tes corrections et pour les reformulations de mes phrases probablement un peu alambiquées par moment...

Aux autres membres du jury, les docteurs Caillez et Schotté ainsi que les professeurs Saulnier et Azzouzi, que je remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci au professeur Saulnier pour son aide concernant la partie statistique de ce travail. Merci au professeur Azzouzi avec qui j'ai pris plaisir à travailler lors de mon externat.

A Madame Padellec pour son aide pour le recueil des données URQUAL.

A l'équipe des Urgences du CHU d'ANGERS pour leur coopération durant ma semaine à plein-temps de recueil de données... Et désolé d'avoir un peu parasité le parcours habituel du patient...

A mes parents Philippe et Cécile que j'aime très fort, qui m'ont toujours soutenu, encouragé et aidé durant ces nombreuses années. Merci pour m'avoir toujours fait confiance dans tout ce que j'entreprenais : mes études, mais aussi mes loisirs parfois très chronophages. Merci pour leur relecture de ce travail à la recherche des coquilles.

Restez comme vous êtes, vous êtes les meilleurs parents du monde.

A mon frère Guillaume et à ma sœur Claire que j'aime aussi très fort. Avec eux, j'ai pu passer de très bons moments d'évasion ultra nécessaires durant mes longues années d'études : parties de playstation endiablées, parcours de golf, matchs de tennis avec Ninôme et entraînements aux triatlons avec Clairon qui était bien difficile à suivre. Merci à Guillaume pour ses conseils, corrections et avis argumentés pour ce travail.

A Noémie ma chérie avec qui je partage ma vie depuis la D1, soit maintenant plus de 7 ans.
Pour ton aide et ton soutien immenses tout au long de ces années, pour ton amour tout aussi grand, pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour et pour tout ce qui n'appartient qu'à nous.
Je t'aime et t'aimerai encore plus fort.

Sommaire

Abréviations et définitions	p.08
Résumé	p.10
<u>Introduction</u>	p.13
<u>Patients et Méthodes</u>	p.16
<u>Résultats</u>	p.19
-Diagramme de flux	p.20
-I) L'attente aux urgences	p.22
-II) L'information	p.25
-III) La satisfaction	p.27
-IV) Ressenti et réalité	p.33
-V) L'impact des examens et des avis spécialisés	p.35
<u>Limites de l'étude</u>	p.38
<u>Discussion</u>	p.39
<u>Conclusion</u>	p.47
<u>Bibliographie</u>	p.49
<u>Table des Matières</u>	p.53
<u>Annexes</u>	p.55
<u>Permis d'imprimer</u>	p.67

Abréviation et définitions

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Délai de prise en charge médicale (DPCM) : Délai entre l'entrée administrative aux urgences et la consultation médicale (interne ou médecin sénior).

Durée de prise en charge (DPC) : Durée entre l'entrée administrative aux urgences et la sortie des urgences.

Durée de prise en charge médicale (DuPCM) : Durée entre la consultation médicale et la sortie des urgences.

Délai ou durée envisagé : Temps que le patient pense passer aux urgences avant sa prise en charge médicale ou avant sa sortie sans qu'il ne connaisse l'affluence du service.

Délai ou durée acceptable : Temps d'attente acceptable propre à la situation du patient avant sa prise en charge médicale ou avant sa sortie sans qu'il ne connaisse l'affluence du service.

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

Patients considérés comme hospitalisés à l'Uhd : Patient n'étant pas physiquement dans le service d'Uhd mais se trouvant dans le service des urgences du fait de l'absence de place à l'Uhd ou du fait d'une durée de prise en charge dépassant 3 heures nécessitant une surveillance ou des soins.

IDE : Infirmière diplômée d'état

IOA : Infirmière d'accueil et d'orientation

MRC : Médecin régulateur et coordinateur

NR : Non renseigné

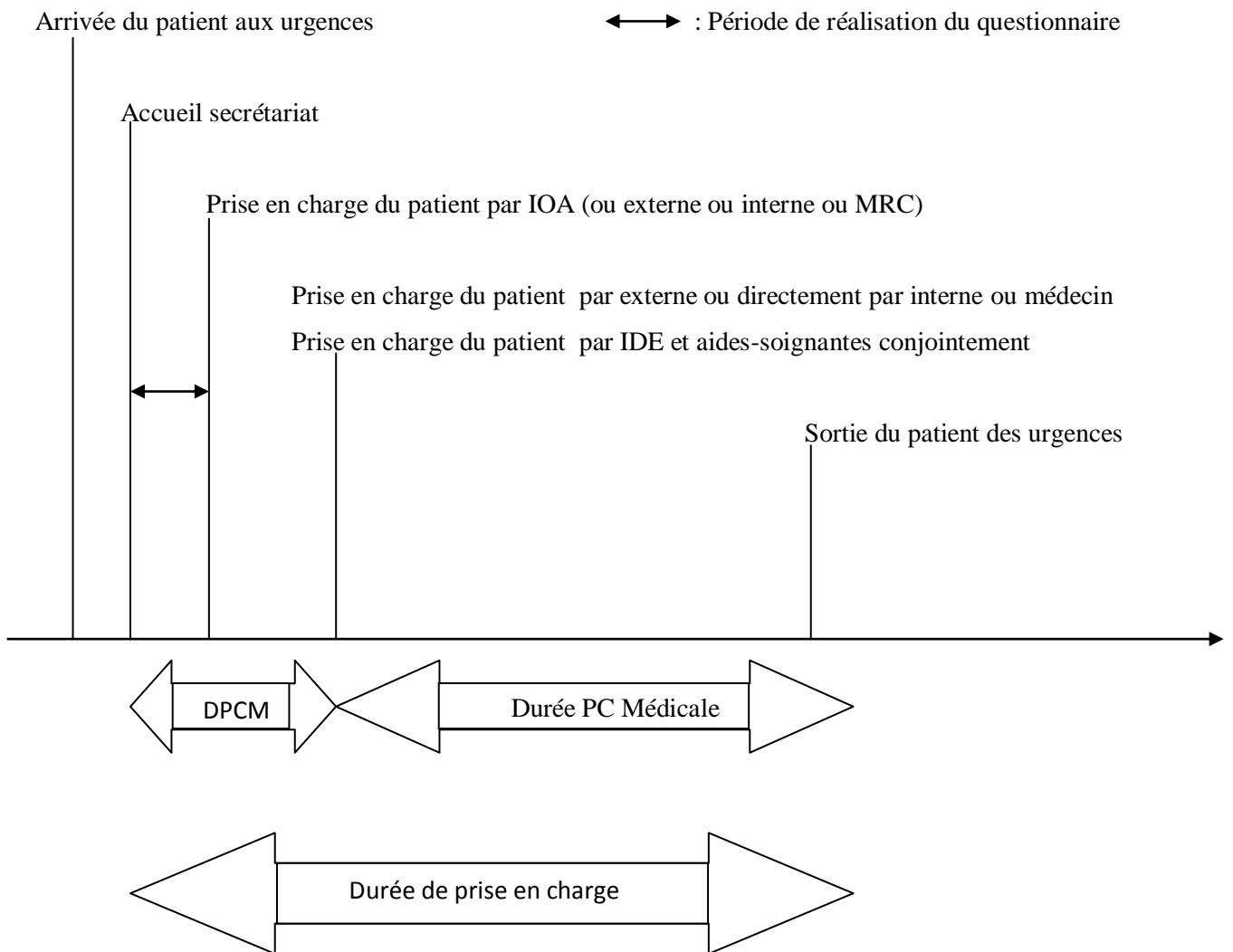
R: La mesure de la corrélation linéaire se fait par le calcul du coefficient de corrélation linéaire. Ce coefficient est égal au rapport de leur covariance et du produit non nul de leurs écarts types. Le coefficient de corrélation est compris entre -1 et 1.

R²: Une propriété fondamentale du coefficient de corrélation (R) est que, lorsqu'il est mis au carré (R²), il donne une mesure de la proportion des variations de la variable Y qui sont «expliquées» par la variable X. Le reste (1- R²) étant «inexpliqué». Exemple si R²=0,90, cela signifie que 90 % des valeurs sont expliquées.

TRI IOA : Le patient est trié par l'IOA en fonction de différents paramètres à son admission. Plus le chiffre est petit (entre 1 et 5), plus le patient doit bénéficier d'une prise en charge médicale rapide du fait de sa gravité. Un patient tri 1 doit être vu immédiatement, un patient tri 2 doit être vu dans les 20 minutes, un patient tri 3 dans les 40 minutes, un patient tri 4 dans l'heure et un patient tri 5 dans les 2 heures.

Uhd : Unité d'hospitalisation de courte durée. Le patient peut se trouver physiquement à l'Uhd ou être considéré à l'Uhd.

Parcours Patient :



Résumé

Introduction

Les enquêtes de satisfaction auprès des patients sont des indicateurs des bonnes pratiques. Peu d'études traitent spécifiquement du temps d'attente aux urgences. Dans une démarche d'amélioration des soins, les urgences du CHU d'Angers restructurent leurs locaux depuis 2013. L'un des objectifs de cette restructuration est de proposer une fluidification des prises en charge des patients, à travers des zones d'orientations ciblées sur des délais prévisibles de prises en charge (circuit valide et circuit couché). Dans ce contexte, nous nous proposons de mener une enquête de satisfaction afin d'évaluer en objectif principal la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale. Les objectifs secondaires étudient la satisfaction concernant la durée globale de prise en charge, comparent les temps d'attente réels et ressentis, évaluent l'impact des examens complémentaires et des avis spécialisés sur la durée de prise en charge et estiment quels sont les éléments de satisfaction les plus importants.

Patients et Méthodes

293 patients des Urgences du CHU d'Angers ont été inclus du 18 au 24 novembre 2013 après avoir répondu à un premier questionnaire avant de voir un médecin. La période d'inclusion se déroulait sur 10 heures consécutives en journée. Un deuxième questionnaire était complété par téléphone à J+7 de la sortie des urgences par le même Interne. En cas de non réponse, deux nouveaux appels au maximum étaient réalisés à J+8 et J+9. 181 patients ont répondu au deuxième questionnaire. Le critère de jugement principal a été évalué sur la notation (de 0 à 10) de la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale. Les critères de jugements secondaires ont été évalués sur la notation (de 0 à 10) concernant les autres éléments de satisfaction, sur la différence exprimée en minutes entre les temps d'attente ressentis et réels, et sur la différence exprimée en minutes en cas d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés. Le logiciel biostatgv a été utilisé pour les statistiques.

Résultats

Les satisfactions moyennes concernant le délai de prise en charge médicale et la durée de prise en charge sont respectivement de 6,77 et 6,08 /10. Les délais de prise en charge moyens envisagés, acceptable, réel et ressenti étaient respectivement de 63, 62, 74 et 86 minutes. Pour 67 % des patients l'attente aurait été mieux vécue si on leur avait annoncé le délai prévisionnel de prise en charge médicale dès l'arrivée aux Urgences. Seuls 10 % des patients interrogés ont correctement estimé leurs délais de prise en charge médicale au quart d'heure près. Le délai moyen de prise en charge médicale acceptable donné par le patient est très bien corrélé avec le TRI de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IOA) avec un coefficient de corrélation de Pearson $R^2=0,9863$. Lorsque le patient est vu par le médecin dans un délai plus court que le délai acceptable selon lui, sa satisfaction pour le délai de prise en charge médicale augmente de manière significative.

En cas de demande d'avis spécialisés, la durée de prise en charge est significativement allongée passant de 249 à 347 minutes ($p=8,889.10^{-5}$) soit 40% de temps en plus. Les examens biologiques allongent la durée de prise en charge de manière significative la faisant passer de 235 à 506 minutes ($p=5,18.10^{-9}$). Chez les patients non considérés comme hospitalisés à l'Uhd, la durée de prise en charge est allongée en cas de réalisation de scanner passant de 245 à 418 minutes ($p=8.586.10^{-5}$) soit 70% de temps en plus.

En revanche la réalisation de radiographies n'a pas de conséquence significative sur la durée de prise en charge. Le meilleur élément de satisfaction est celui concernant les relations avec les infirmières avec une note de 8,34 / 10. Les deux moins bons éléments de satisfaction sont la durée de prise en charge et la nourriture avec des notes respectives de 6,08/10 et 6,2/10.

Conclusion

La satisfaction du patient dépend de plusieurs paramètres. Nous avons pu identifier que le déficit d'information concernant le délai de prise en charge médical avait une place importante. Pour améliorer la satisfaction des patients aux urgences, se pose le problème du développement d'outils et de support de communication différents. L'obtention de l'information concernant le délai de prise en charge médicale après évaluation par l'IOA pourrait être un de ses outils. Nous pourrions aussi suggérer que le patient soit tenu au courant de son degré de priorité dès son admission par l'IOA et ce que cela signifie concernant le délai de prise en charge médicale. Ainsi seraient-ils peut être plus compréhensifs vis-à-vis de l'attente. Une meilleure identification du personnel et la mise en place d'une signalétique expliquant le « parcours-patient » avec des fiches explicatives sur le déroulement du séjour pourraient aussi être proposés. De même une information en temps réel sur l'activité en cours pourrait être une piste pour améliorer le ressenti de l'attente et diminuer l'angoisse.

La mise en place d'un circuit ultra-court sans orientation vers un box de soin ou une meilleure formation des jeunes urgentistes aux prises de décisions rapides sans multiplier des examens complémentaires inutiles pourraient aussi contribuer potentiellement à l'amélioration de la satisfaction des patients

Résumés Courts (Français et Anglais)

Introduction

Peu d'études traitent spécifiquement du temps d'attente aux urgences. L'objectif principal de l'étude a consisté en l'évaluation de la satisfaction du délai de prise en charge médicale.

Patients et Méthodes

293 patients des Urgences du CHU d'Angers ont été inclus du 18 au 24 novembre 2013 après avoir répondu à un premier questionnaire avant de voir un médecin. Un deuxième questionnaire était complété par téléphone à J+7 de la sortie des urgences par le même Interne. 181 patients ont répondu au deuxième questionnaire. Le critère de jugement principal a été évalué sur la notation (de 0 à 10) de la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale.

Résultats

Les satisfactions moyennes concernant le délai de prise en charge médicale et la durée de prise en charge sont respectivement de 6,77 et 6,08/10. Les délais de prise en charge moyens envisagé, acceptable, réel et ressenti étaient respectivement de 63, 62, 74 et 86 minutes. 67 % des patients auraient mieux vécu leur attente si on leur avait annoncé le délai prévisionnel de prise en charge médicale dès l'arrivée aux Urgences. Seulement 10 % des patients interrogés ont correctement estimé leurs délais de prise en charge médicale. Les examens biologiques, la réalisation de scanners ou la demande d'avis spécialisés allongent la durée de prise en charge de manière significative.

Conclusion

L'obtention de l'information concernant le délai de prise en charge médicale prévisionnel après évaluation par l'infirmière d'accueil pourrait être un moyen d'améliorer la satisfaction.

Introduction

Only few studies deal specifically with waiting time in emergencies departments. The main objective of the study consisted in evaluating the physician waiting time satisfaction.

Patients and Methods

We conducted this study from November 18th to 24th at Angers university hospital center. 293 Emergency department patients were included. They answered a first questionnaire from an Intern before seeing a doctor. The second questionnaire was completed by the same Intern on the phone seven days after the patient went out from the Emergency department. 181 patients answered the second questionnaire. The main assessment criterion was the rating (from 0 to 10) of the physician waiting time satisfaction

Results

The average satisfactions concerning the physician waiting time and total waiting time are respectively 6,77 and 6,08/10. The average physician waiting time imagined, acceptable, real and felt were respectively 63, 62, 74 and 86 minutes.

Were they announced the projected waiting time at the moment of admission, 67 % of the patients would have had a better experience of their hospitalization.

Only 10 % of the patients estimated correctly their physician waiting time. The biological examinations, the realization of scanner or the specialized requests lengthen significantly the duration of Emergency total waiting time.

Conclusion

The obtaining of the information concerning the physician waiting time after evaluation by the nurse could be a way to improve patient satisfaction.

Introduction

La médecine factuelle associe aux progrès techniques une nécessaire prise en compte de la dimension humaine du patient dans le soin. Dans une idée de satisfaction globale des usagers, les hôpitaux proposent des enquêtes pour améliorer les prises en charge. La part subjective de la satisfaction basée sur les attentes, la perception, les attitudes, les croyances, le vécu et l'histoire antérieure du patient est difficile à évaluer. Cependant cette évaluation est considérée comme un indicateur de la qualité des soins et de bonne pratique médicale et paramédicale et est utilisée dans les démarches d'accréditation [1-2].

Bien qu'elle fasse partie des éléments permettant d'apprécier la qualité des soins, et quoique la législation ait rendu obligatoire son évaluation depuis 1996 [3], la satisfaction des patients reste souvent sous-évaluée dans les services d'urgences, l'absence de continuité de soins et le contact épisodique avec le patient peuvent compliquer les enquêtes. L'accroissement de la satisfaction des patients est corrélé à une diminution du nombre de plaintes [4] et présuppose un comportement plus respectueux vis-à-vis des soignants. Cet élément induit une ambiance de travail positive au sein de l'équipe. Dans douze des treize études citées dans le travail de Perruche [5], le facteur de satisfaction le plus souvent retrouvé est la relation et l'interaction avec le personnel médical et /ou paramédical. Dans la plupart de ces études ce facteur est le plus prédictif de la satisfaction du patient.

La satisfaction des patients aux urgences fait l'objet de nombreux travaux. Cependant la définition de la satisfaction est difficile à appréhender. Dans une revue de la littérature, Trout et al [6] relèvent qu'il existe plusieurs définitions en fonction des auteurs. Pour Rhee et Bird [1], elle se définit par la confiance, le fait d'envisager une consultation future dans le même établissement et la recommandation de l'hôpital à un proche. Pour Thompson et Yarnold [2], la satisfaction est obtenue si l'équipe soignante répond aux attentes du patient. Hostutler et al [7] mettent en avant une relation entre la satisfaction et les attentes, les besoins et la perception du patient. Baker et al [8] mesurent la satisfaction par des questions autour du respect, de la gentillesse et du temps passé avec le patient. Bjorvell et Stieg [9] ainsi que Carrasquillo et al [10] évaluent comme facteur de satisfaction les impressions après la consultation aux urgences et l'hypothétique nouvelle consultation en cas de nécessité. D'autres études comme celles de Krishel et Baraff [11], de Lewis et Woodside [12] et celle de Yarnold [3] mesurent la satisfaction globale. Au final Trout et al [6] recommandent d'évaluer la satisfaction en fonction de la réalisation des traitements et des soins souhaités par le patient.

La satisfaction est très souvent mesurée par simple question [2, 9, 13, 14,]. D'autres études ciblent divers paramètres comme le bien être du patient, le respect, le confort, l'intimité [8], l'information,

l'écoute [1, 8, 15] et les capacités techniques du personnel [1]. Les temps d'attente réels et perçus sont aussi étudiés dans le cadre du contentement du patient [15].

Peu d'études de satisfaction traitent spécifiquement du temps d'attente aux urgences [15-16], cependant le personnel médical et paramédical rapporte que ce dernier serait une préoccupation majeure pour le patient [17]. Les urgences dont les vocations premières sont l'enquête étiologique, la prise en charge thérapeutique et l'orientation se doivent d'intégrer ce critère de temps dans l'évaluation de la satisfaction des usagers.

Le temps d'attente aux urgences est considéré comme un élément majeur en ce qui concerne la satisfaction du patient [18], satisfaction qui augmente quand le délai objectif de prise en charge médicale diminue [15].

De même, un temps d'attente ressenti comme court par le patient aux urgences (en opposition au temps réellement passé) est un bon facteur de satisfaction [19-20]. En 2012, une étude américaine montre que 50% des patients acceptent d'attendre jusqu'à 2 heures avant d'être vu, 17% prolongent cette attente entre 2 et 8 heures et pour 32%, l'attente pour être vu avant de quitter les urgences est sans limite. Chaque patient a donc un temps d'attente acceptable qui lui est propre [21]. Par ailleurs, il a été mis en évidence que parmi 40% de patients qui jugent une attente trop longue, 75% la comprennent [22].

Concernant le temps d'attente aux urgences, Bursch et al [14] montrent que c'est le facteur le plus prédictif de satisfaction. Plusieurs travaux montrent que si le temps d'attente perçu est plus long que le temps estimé raisonnable, et quel que soit le temps d'attente réel, le patient sera plus mécontent. [8, 9, 13-16, 23].

Il a été montré par Vega [24] que pour les patients considérés comme les moins graves, que la satisfaction était très bonne s'ils étaient pris en charge dans les 90 minutes. Thompson [15] démontre par ailleurs que plus de 50% des patients surestiment le temps d'attente réel et que seulement 30% évaluent correctement le temps d'attente. Maister [25] montre en 1985 que l'anxiété augmente la perception du temps d'attente, que le temps inoccupé paraît plus long qu'en cas d'activité, que l'attente semble plus longue en l'absence de renseignements et d'explications, que d'attendre seul augmente la perception du temps par rapport à l'attente en groupe et enfin que l'incertitude du fait de l'absence d'information majeure l'évaluation du temps d'attente.

Dans son travail, Boudreaux [26], montre que le temps d'attente perçu est plus prédictif d'insatisfaction que le temps d'attente réelle [14, 16, 27-30].

Le ressenti de l'attente est différent dès lors que les premiers soins ont été donnés, que le patient a été rassuré et examiné [31].

L'information donnée aux patients est un autre élément interrogé dans les enquêtes de satisfaction. Une étude réalisée dans une unité d'urgences chirurgicales conclut à un déficit d'information concernant l'attente et les motifs de celle-ci avec 62.5% de patients non informés [31].

Sun et al [27] montrent que l'information fournie au patient à une place très importante car il est montré que la mauvaise explication du problème, l'absence d'information sur la durée de la maladie, l'absence d'explication sur le résultat des examens et l'absence d'information sur les consignes de nouvelle consultation aux urgences sont des facteurs prédictifs d'insatisfaction.

Les méthodologies des études de satisfaction diffèrent (échelles de mesures, recueil des informations, durée du recueil) ; un grand nombre d'entre elles utilisent l'échelle de Likert pour évaluer la satisfaction (définissant le degré d'accord) [1, 2, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 32-34], l'échelle visuelle analogique [9] ou les questions ouvertes [8, 14, 15, 32, 33, 35]. Seule une étude parue en 1995 utilise une échelle numérique à 10 points. [36]

Au sein des urgences du CHU d'Angers, nous nous proposons d'effectuer une enquête de satisfaction dans une démarche d'amélioration des pratiques. Ce travail s'intègre dans un contexte de restructuration récente des locaux et de l'organisation du soin. Dans notre étude, contrairement aux études précédemment citées, il est demandé spécifiquement aux patients dès leur arrivée, les délais de prise en charge médicale et les durées de prise en charge envisagés et acceptables. L'évaluation de la satisfaction est quantifiée à partir d'échelles numériques. (De zéro pour une insatisfaction totale à 10/10 pour une satisfaction totale)

Les Urgences du CHU d'Angers sont médico-chirurgicales. Il y avait 39978 passages en 2000. Ce chiffre ne cesse de croître depuis 2008 pour atteindre 49484 passages en 2013 soit environ 135 passages par jour.

L'objectif primaire de l'étude est d'évaluer la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale des patients consultant aux Urgences du CHU d'Angers.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer la satisfaction concernant la durée de prise en charge,
- Comparer les temps d'attente réels et ressentis,
- Evaluer l'impact des examens complémentaires et des avis spécialisés sur la durée de prise en charge,
- Evaluer quels sont les éléments de satisfaction les plus importants.

Patients et Méthodes

Tous les patients de plus de 18 ans ayant effectué une entrée aux urgences adultes du CHU d'Angers, sélectionnés sur 10 heures consécutives en journée, du 18 au 24 novembre 2013 et ayant pu répondre au premier questionnaire avant d'être vu par un médecin (interne ou sénior) ont été inclus, y compris les patients reconvoqués et ceux ayant quitté prématurément le service.

Les Patients étaient informés de l'étude par deux affiches, l'une au niveau du secrétariat d'accueil des patients ambulatoires et la seconde au niveau de l'admission des patients allongés, afin de prévenir toute personne admise aux urgences du CHU sur la période de l'étude. Leurs accords verbaux pour participer à l'étude étaient obtenus dès le début du questionnaire.

Les patient exclus étaient les prisonniers, les patients conduits aux urgences avec les forces de l'ordre, les patients avec barrière de langue, les majeurs incapables, les patients souffrant de troubles cognitifs sévères aigus ou chroniques (ivresse, drogue, démence, confusion), les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, les patients victimes d'abus sexuels, les patients ne passant pas par l'infirmière d'accueil et d'orientation, les patients ne pouvant pas être recontactés par téléphone (surdité, trouble neurologique, absence de téléphone).

Le premier questionnaire était complété par un seul intervenant (un interne), face à face avec le patient, dès son entrée aux urgences, après l'entrée administrative et avant que ce dernier soit vu par un médecin. Si le patient était « valide », le questionnaire était complété en face à face dans un bureau. S'il était couché l'intervenant complétait le questionnaire dans le box d'accueil au lit du malade ou dans le box de soin avant qu'il ne voit le médecin. L'interne se présentait comme un membre de l'équipe des urgences sans donner sa qualification sauf si elle lui était explicitement demand e.

Le premier questionnaire  tudait l'estimation de la gravité de la situation ressentie par le patient, la raison principale de la sollicitation des urgences, le type d'urgence, le délai de prise en charge médicale envisagé et acceptable (délai d'attente de l'admission à la consultation médicale), la durée de prise en charge envisagée et acceptable (temps entre l'admission et la sortie des urgences), la préférence pour la connaissance du délai de prise en charge médicale ou de la durée de prise en charge dès l'admission, la réaction possible du patient en cas d'annonce d'un délai d'attente prévisionnel supérieur à celui envisagé, l'intérêt de ce genre d'enquête, l'acceptation d'être recontacté par téléphone à J7 et à quel moment de la journée préférentiellement.

Une explication courte sur le 2eme questionnaire était donnée oralement à la fin du premier recueil de données.

Le deuxième questionnaire était complété par téléphone par le même intervenant à J7 après la sortie du patient des urgences. Le questionnaire  tudait la satisfaction par évaluation numérique (de 0 à 10 ou

« non concerné, ou, ne sait pas ») concernant la satisfaction globale, l'attente (délai de prise en charge médicale, durée de prise en charge, l'acceptabilité de l'attente, la justification de l'attente), la prise en charge (prise en charge médicale, relation avec les médecins, disponibilité des médecins, informations données par les médecins, relation avec les infirmières, disponibilité du personnel soignant, informations données par le personnel soignant), le confort (confort, attention portée à la famille ou l'accompagnant, le respect de l'intimité, la prise en charge de la douleur, la nourriture, les locaux, l'organisation du service).

L'information était évaluée par la présence ou l'absence d'information concernant le délai de prise en charge médicale, la durée de prise en charge, l'état de santé, le traitement, les examens réalisés et sur le devenir après le passage aux urgences. Il a été demandé au patient d'estimer le délai de prise en charge médicale et la durée de prise en charge ressentis a posteriori en minutes. Il leur a été aussi demandé s'ils auraient mieux vécu l'attente si on leur avait annoncé dès leur entrée le délai de prise en charge médicale prévisible et si a posteriori ils préféreraient connaître le délai de prise en charge médicale ou la durée de prise en charge prévisionnel. Ils ont pu dire grâce à une question ouverte quel serait pour eux le premier paramètre à améliorer, s'ils conseilleraient à un proche les urgences du CHU d'Angers et si avec du recul quelle aurait pu être leur attitude vis-à-vis d'une nouvelle consultation aux urgences dans les mêmes conditions.

En cas de non réponse au premier appel, 2 nouveaux essais ont été réalisés à J8 puis J9 à un moment souhaité par le patient.

Les données personnelles du patient étaient également analysées (âge, sexe, motif d'entrée (Traumatologique, Médical ou psychiatrique), mode d'arrivée (propres moyens ou non), triage IOA (1,2,3,4,5)), réalisation ou non d'examens radiologiques et biologiques, demande d'avis spécialisé grâce au dossier médical et au logiciel Urqual des urgences.

Le critère de jugement principal était le niveau de satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale.

Les critères de jugements secondaires étaient

- Le niveau de satisfaction global concernant le passage aux urgences.
- La différence entre les temps d'attente ressentis et les temps d'attente réels.
- La différence de durée de prise en charge en cas d'examens complémentaires et d'avis spécialisés.

Les logiciels BIOSTATGV et EXCEL ont été utilisés. Les analyses ont été réalisées avec le test de Student pour les données quantitatives, avec le Chi2 pour les données qualitatives et avec la mesure du

coefficient de corrélation de Pearson. Nous avons considéré que 2 groupes étaient statistiquement différents lorsque $p < 0,05$.

Les intervalles de confiance n'ont pas été indiqués étant donné le nombre d'items comparés.

Le comité d'éthique du CHU d'Angers a donné son accord pour la réalisation de l'étude.

La déclaration au registre CNIL a été réalisée.

Résultats

Durant la période de l'étude du 18 novembre au 24 novembre 2013, 612 patients ont été admis au service des urgences.

448 patients ont pu être vus par l'interne (73,2%).

293 patients ont pu être interrogés dès leur arrivée aux Urgences (47,9%).

Parmi les 319 patients non interrogés, et parmi les patients vus par l'interne dès l'entrée, 19 ont refusé de participer à l'étude, 15 présentaient une barrière de la langue, 33 présentaient des troubles mnésiques, 33 ne pouvaient s'exprimer, 19 étaient non interrogeables pour raison psychiatrique, 4 étaient sourds, 5 étaient sous tutelle, 12 étaient ivres, 14 ne pouvaient pas être recontactés par téléphone, 1 n'est pas passé par L'IOA. (=155patients).

Parmi les 164 patients non vus par l'interne, 42 étaient mineurs, 5 sont venus accompagnés des forces de l'ordre, 3 par le Samu, 114 (18,6%) ont été transférés en box de soin avant que l'interrogatoire n'ait pu avoir lieu.

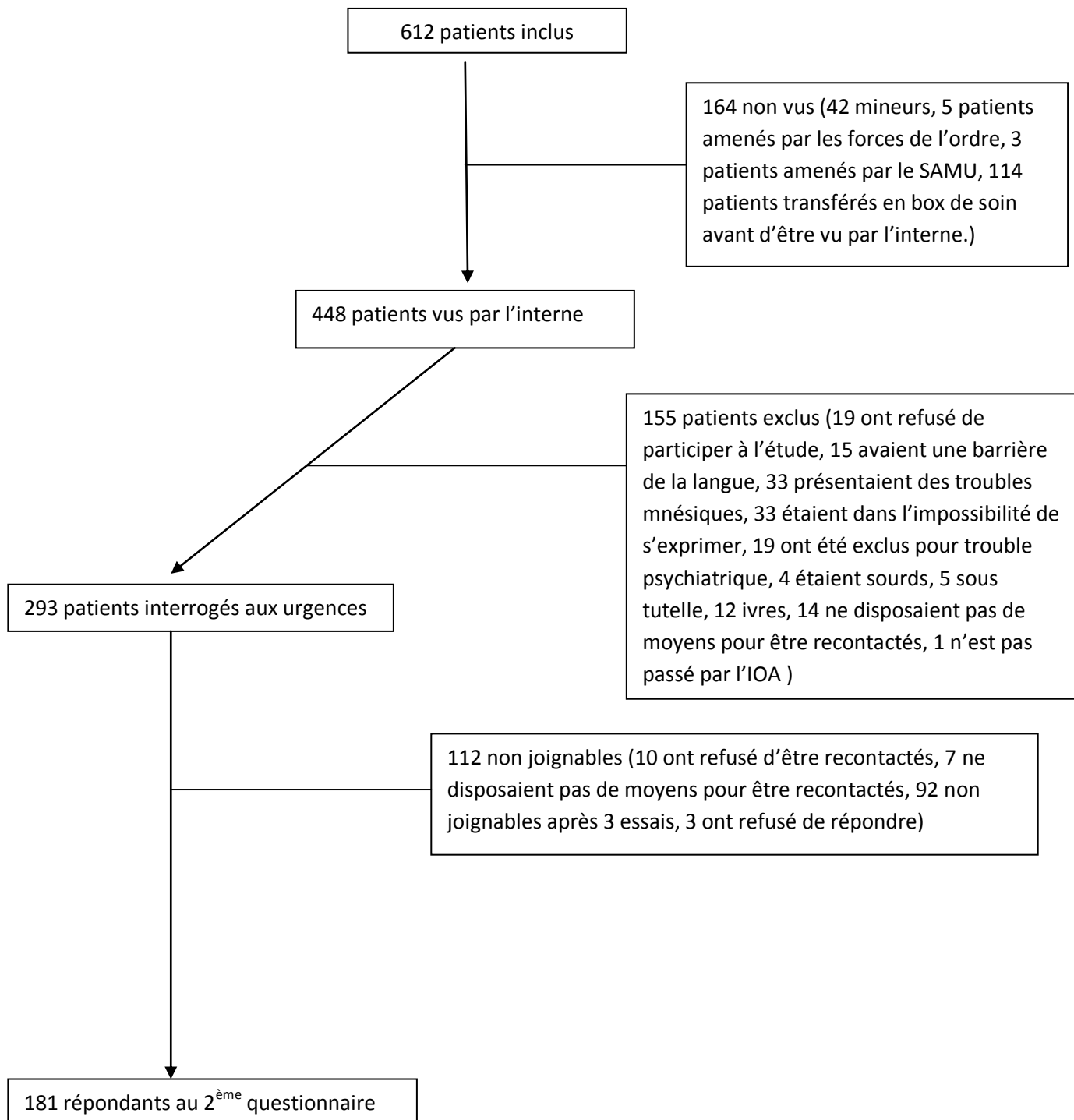
205 patients étaient donc exclus (les 155 patients exclus par l'interne, les 42 mineurs, les 5 patients accompagnés par les forces de l'ordre et les 3 patients amenés par le SAMU).

Sur les 293 patients inclus, 10 ont refusé d'être recontactés par téléphone secondairement après avoir répondu au premier questionnaire, 7 ne disposaient pas de moyens pour être recontactés, 92 n'ont pas pu être joignables par téléphone après les 3 essais et 3 ont refusé de répondre lors de la communication téléphonique.

181 patients ont répondu au 2^{ème} questionnaire soient 29,6% des patients entrés sur la période d'étude, soient 44,3% des patients potentiellement incluables et vus par l'interne (408 patients), soient 61,7% des patients ayant répondu au premier questionnaire.

38 patients ont été hospitalisés à l'Uhd ou considérés comme hospitalisés à l'Uhd sur les 293 patients inclus.

Diagramme de flux (Figure A)



Les 114 patients non inclus sont significativement plus gravement malades (tri IOA). Ils viennent aux urgences préférentiellement en ambulance ou avec les pompiers. Le délai de prise en charge médicale est significativement plus court chez les patients non inclus. La durée de prise en charge médicale est significativement plus longue chez les patients non inclus. En revanche les motifs d'entrée et l'âge moyen sont comparables dans les deux groupes. (Tableau I)

Tableau (I) comparant les patients inclus et non inclus

	Patients inclus	Patients non inclus	p
Age moyen / (variance)	46,8 (530)	45,1 (581)	0.269
Tri moyen / (variance)	3,64 (1 NR) (0,31)	3,37 (12 NR) (0,62)	0.002
<u>Transport %</u> Propre moyen Ambulance ou pompier NR	. 62,5 31,3 6,1	. 42,5 47,4 10,5	0.0005
<u>Motif %</u> Médical Traumatologie Psychiatrique NR	. 58,7 36,5 2,7 2,0	. 52,6 30,7 7 9,6	0.088
Sexe Masculin %	54,9	52,6	
Délai de prise en charge médicale en minutes moyen (variance)	74,86 (4 NR) (2175)	60,2 (6 NR) (3197)	0.018
Durée de prise en charge en minutes moyenne (variance)	365 (4 NR) (131871)	476 (1 NR) (222096)	0.0255

La répartition des patients en fonction du tri IOA reste comparable lors des deux questionnaires réalisés à l'admission et à J+7 de la sortie des urgences. Il y a 2% de « tri 2 » et 3% de « tri 5 » lors des deux recueils de données. A J+7, 60% des patients interrogés sont « tri4 » alors qu'ils représentaient 59% des patients lors du premier recueil de données. Les patients « tri 3 » représentaient 36% des patients lors du premier recueil de données puis 35% à J+7.

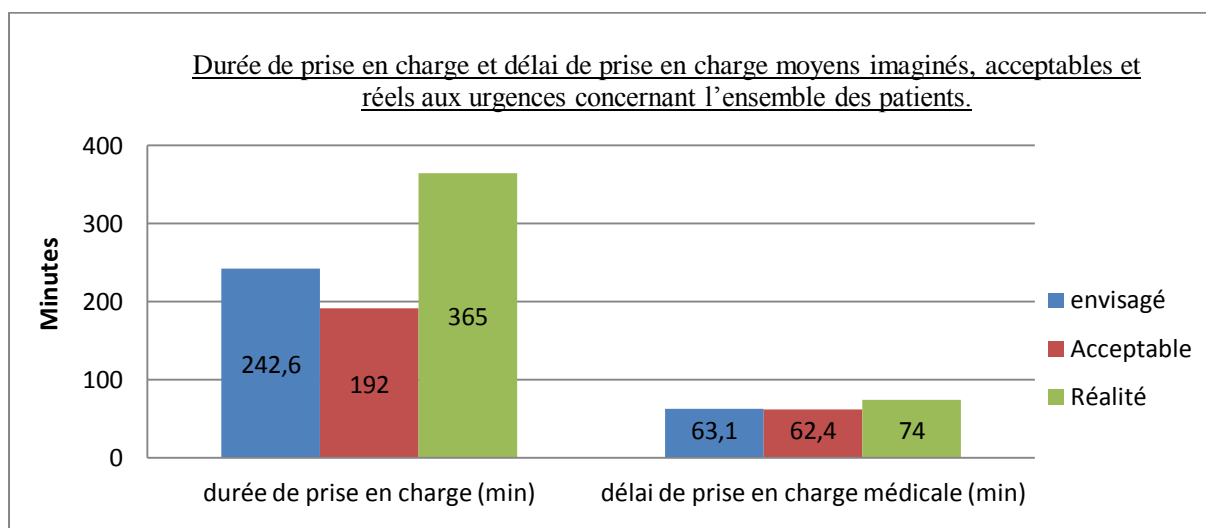
I) L'attente aux urgences.

Dès son arrivée aux urgences, le patient envisage passer en moyenne 242,6 minutes aux urgences. La durée de prise en charge acceptable serait de 192 minutes.

Le patient envisage qu'il verra le médecin au bout de 63,1 minutes. Le délai de prise en charge médicale acceptable serait de 62,4 minutes.

Les temps d'attente acceptables sont toujours inférieurs aux temps d'attente envisagés.

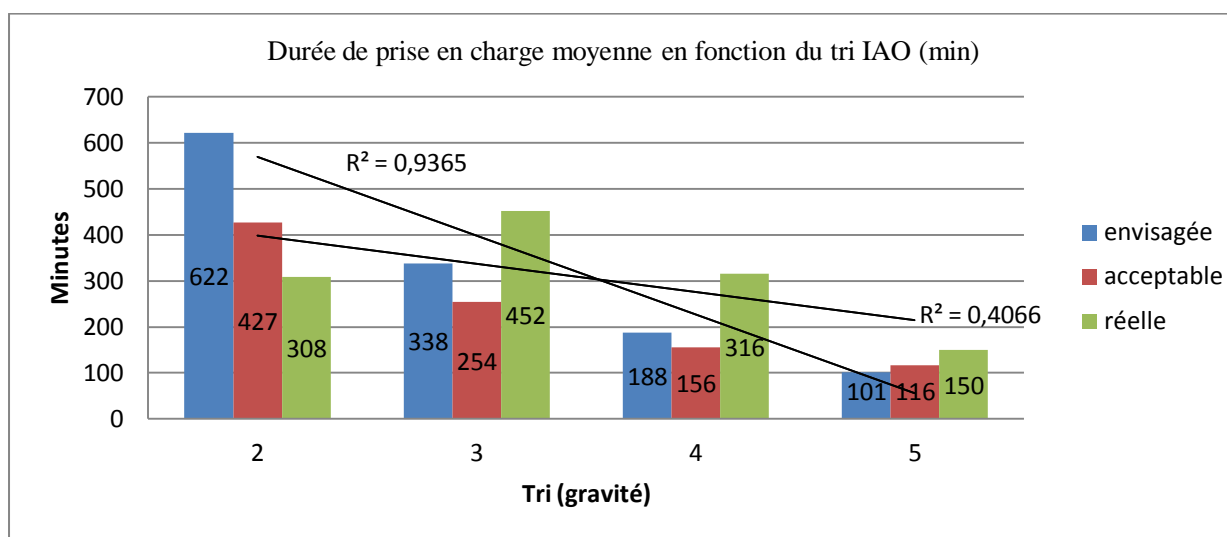
Durée de prise en charge et délai de prise en charge moyens imaginés, acceptables et réels aux urgences concernant l'ensemble des patients (min) (graphique 1)



Pour les patients non considérés hospitalisés à l'Uhd les durées envisagée, acceptable et réelle sont respectivement de 226, 178 et 265 minutes. La différence reste stable à 48 minutes entre la durée de prise en charge envisagée et acceptable. Le patient attendra en réalité seulement 17 % de temps en plus par rapport à la durée de prise en charge envisagée en comparaison aux 51% chez l'ensemble des patients.

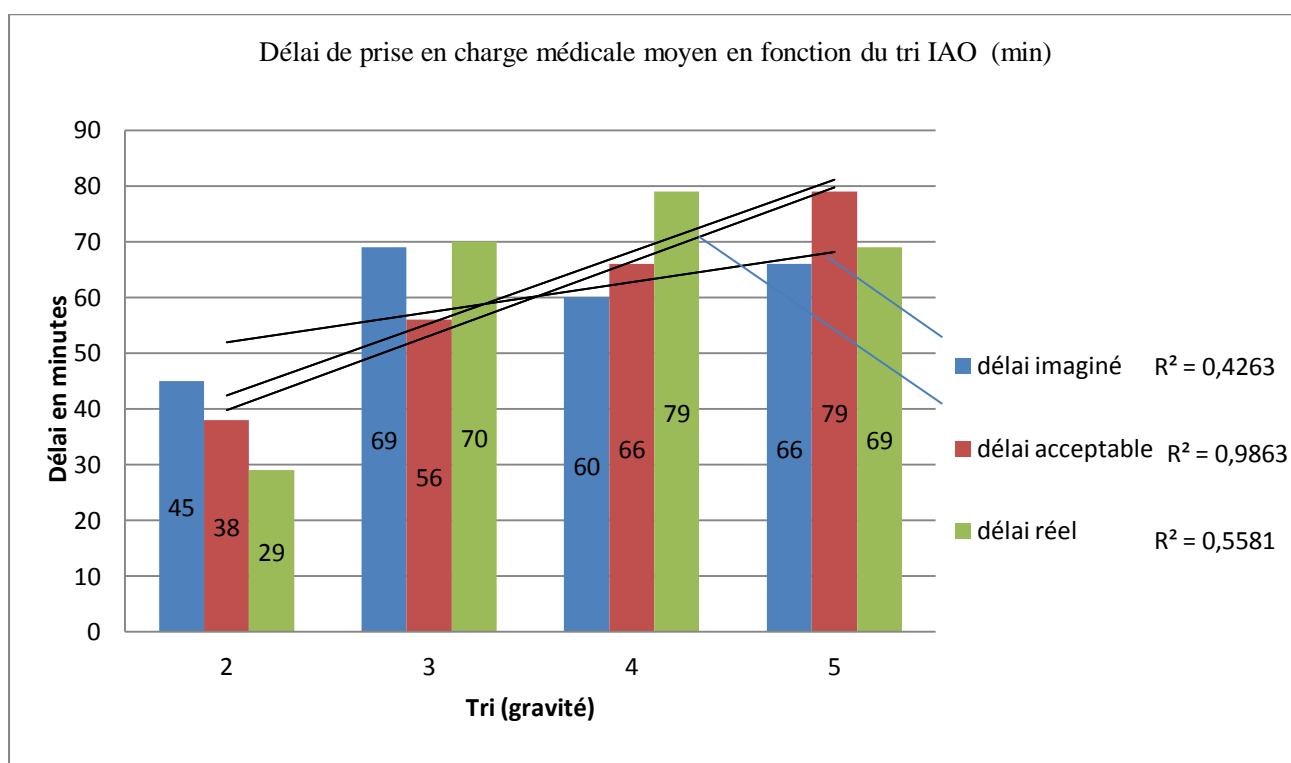
Sur les 293 patients interrogés dès leur admission à l'accueil et sans qu'ils n'aient pu se rendre compte de l'affluence réelle dans le secteur de soins, le délai envisagé moyen est de 63 minutes, le délai moyen acceptable est de 62 minutes, le délai réel de 74 minutes et le délai ressenti de 86 minutes (171 ont pu donner le délai ressenti). Le patient attend en moyenne 11 minutes de plus par rapport au délai envisagé (17 % de temps en plus). (Graphique 1)

Durée de prise en charge moyenne en fonction du tri IOA (min) (graphique 2)



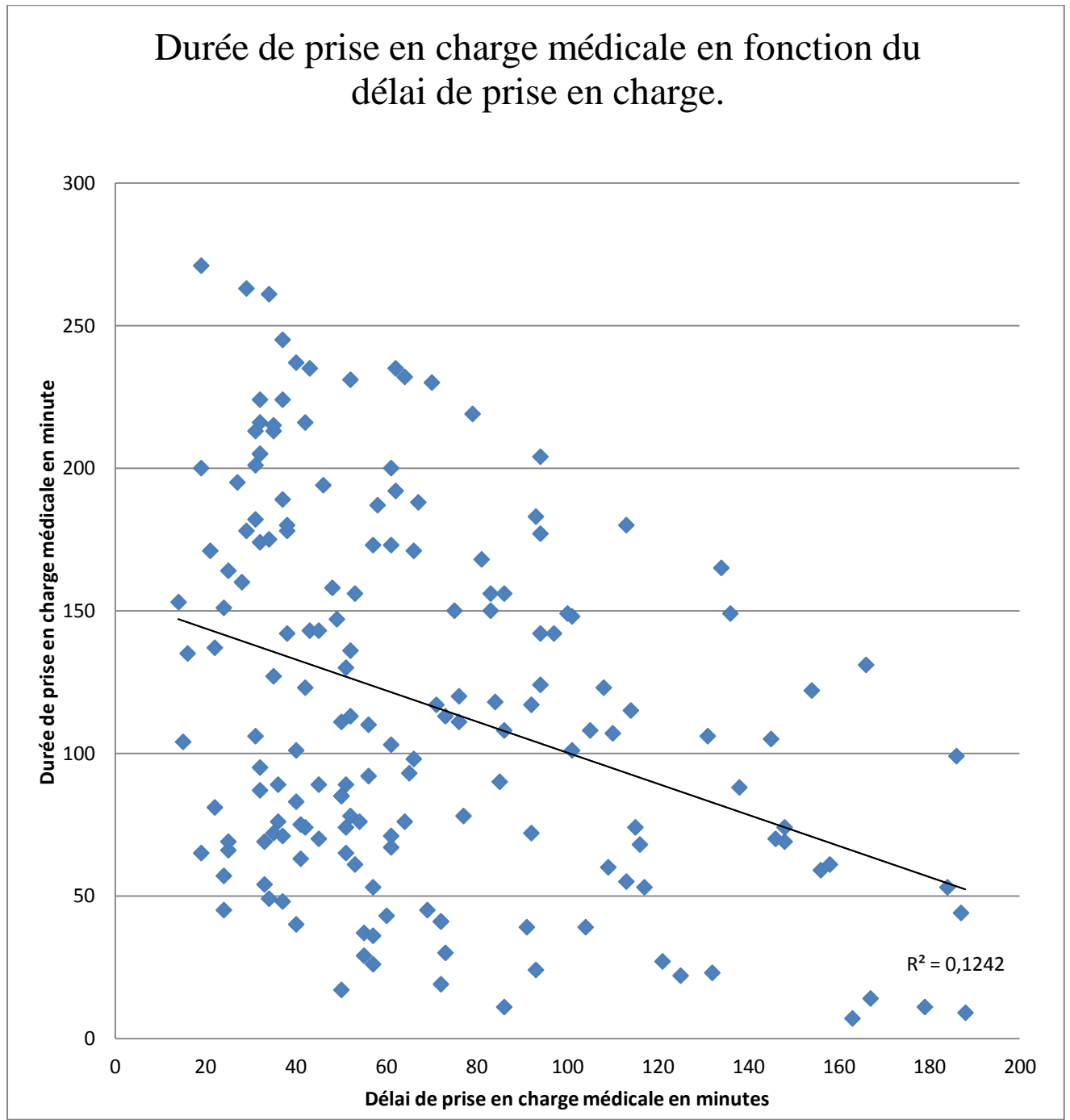
La durée de prise en charge envisagée par le patient est la durée ayant la plus forte corrélation avec le tri IOA ($R^2 = 0,9365$). La durée de prise en charge acceptable ayant un $R^2 = 0,921$. (Graphique 2)

Délai de prise en charge médicale moyen en fonction du tri IOA (graphique 3)



Le délai de prise en charge acceptable par le patient est le délai ayant la plus forte corrélation avec le tri IOA. Pour les patients « tri 3 et 4 » qui représentent plus de 90% de la cohorte le délai de prise en charge réel est en moyenne toujours supérieur aux délais imaginés et acceptables. Pour les patients « tri 2 » le délai réel de prise en charge est inférieur aux délais imaginés et acceptables donnés par le patient. (Graphique 3)

Durée de prise en charge médicale (si durée de prise en charge - de 300 minutes) en fonction du délai de prise en charge (graphique 4)

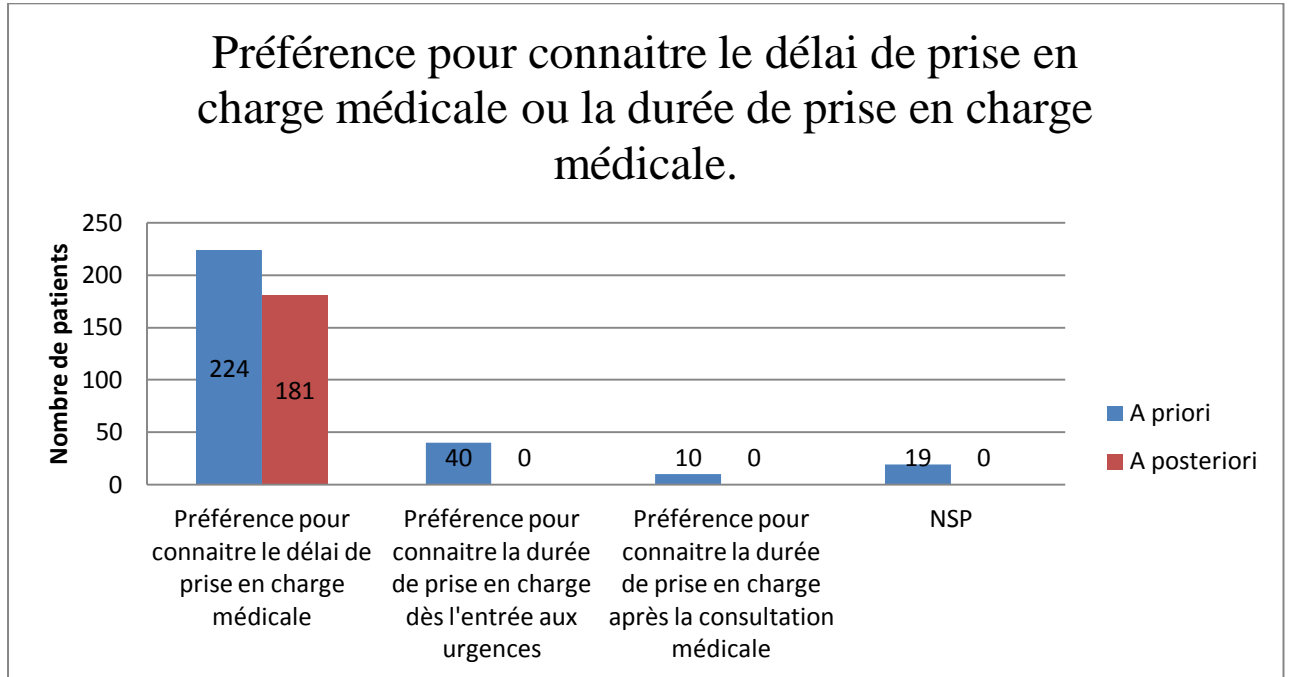


Chez les patients dont la durée de prise en charge est inférieure à 300 minutes, la durée de prise en charge médicale diminue quand le délai de prise en charge médicale augmente ($R^2 = 0,1242$).

(Graphique 4)

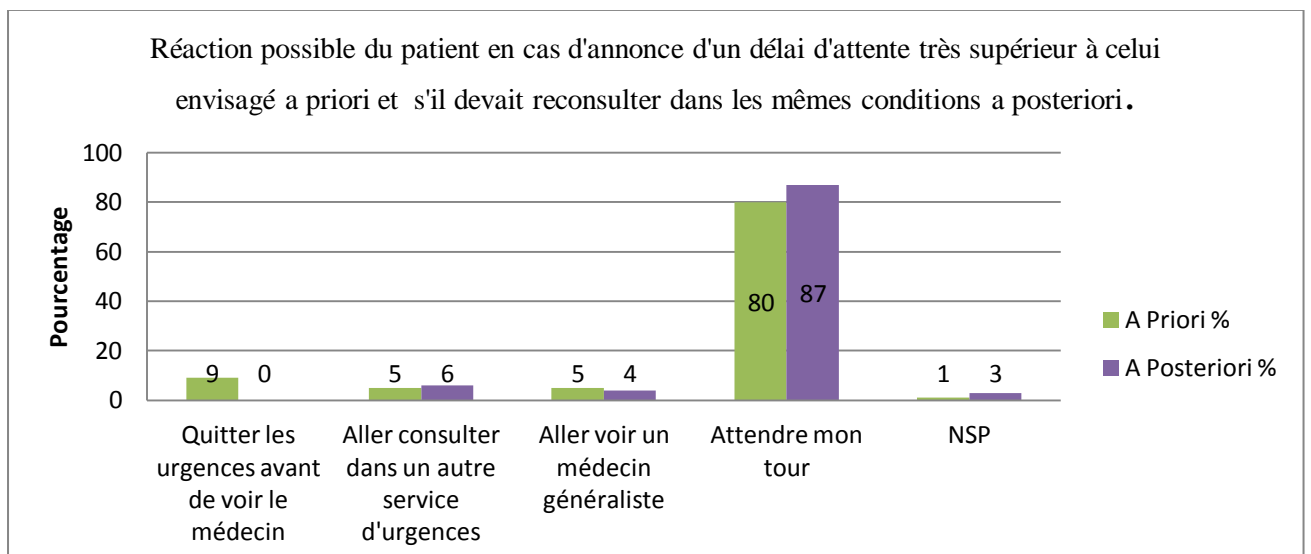
II) L'Information

Préférence pour connaître le délai de prise en charge médicale ou la durée de prise en charge médicale. (Graphique 5).



Lors du deuxième questionnaire effectué par téléphone, 100% des patients souhaiteraient préférentiellement connaître le délai de prise en charge médicale plutôt que la durée de prise en charge. (Graphique 5)

Réaction possible du patient en cas d'annonce d'un délai d'attente très supérieur à celui envisagé (graphique 6).



Après l'expérience du passage aux urgences, aucun patient ne quitterait les urgences en cas d'annonce d'un délai d'attente très supérieur à celui envisagé alors qu'ils étaient initialement 9% à prédire leur départ prématuré du service. Le taux de patient enclin à attendre son tour en cas d'annonce d'un délai d'attente très supérieur à celui envisagé est donc plus important a posteriori. Ce graphique montre qu'en cas d'annonce d'un délai d'attente très supérieur à celui envisagé 9% des patients pourraient quitter les urgences sans aucune consultation médicale. Parmi ces 26 patients (9%), 4 ont au final été hospitalisés (1,4 %).

24 % des patients ont eu une information sur le délai de prise en charge médicale. 21 % des patients ont eu une information sur la durée de prise en charge. 74 % des patients ont eu une information sur leur état de santé. 80 % des patients ont eu une information sur le traitement, les examens, l'opération... 76 % des patients ont eu une information sur la suite après le passage aux urgences.

67% des patients auraient mieux vécu l'attente en cas d'annonce préalable du délai de prise en charge médicale. Les délais et durées de prises en charge n'étaient pas statistiquement différents entre les deux groupes. (Tableau II)

Amélioration potentielle du vécu de l'attente en cas d'annonce préalable du délai de prise en charge médicale a posteriori (tableau II).

	OUI	NON	P (Student)
Meilleur vécu	121 (67%)	60 (33%)	
Délai de prise en charge médicale moyen en minutes	79	68	0,094
Durée de prise en charge en minutes	356	315	0,361

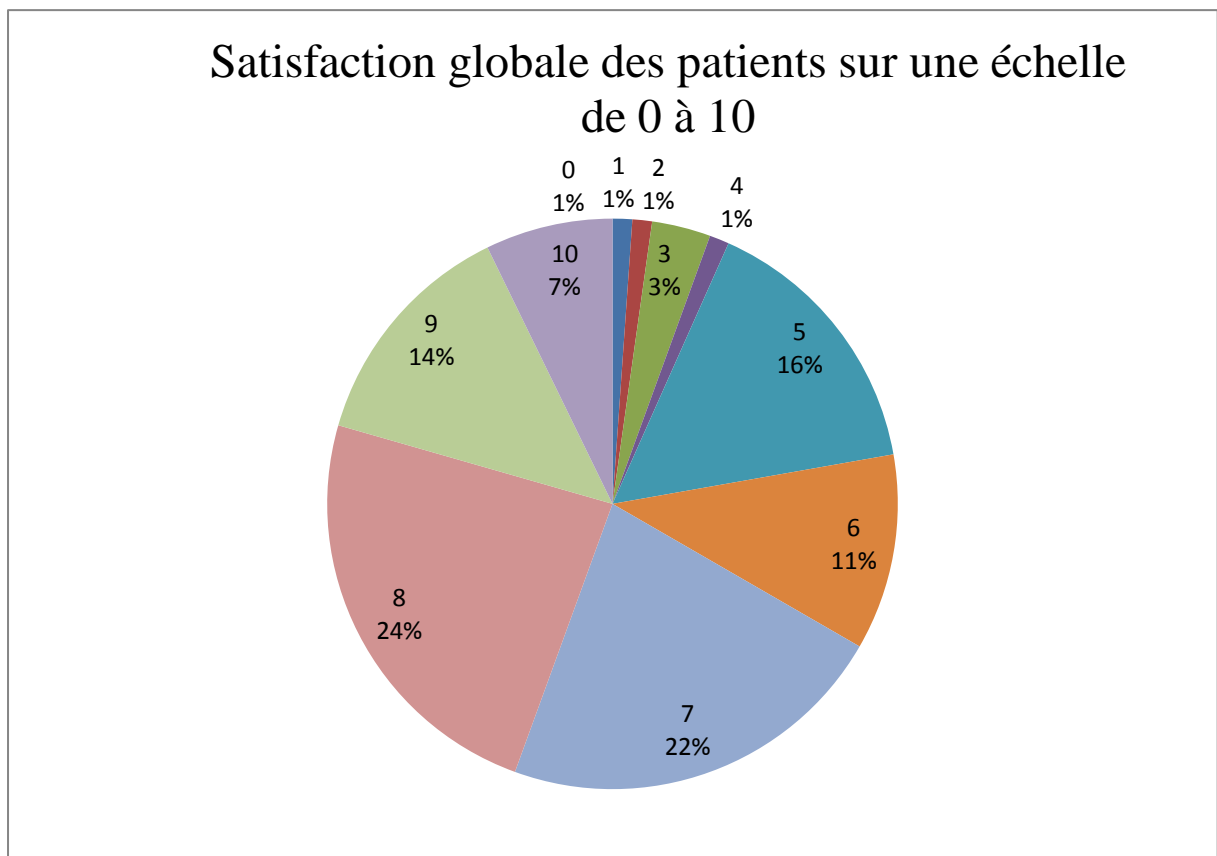
III) La satisfaction

A) Satisfaction globale

La satisfaction globale concernant le passage aux urgences des 181 répondants est de 6,95/10.

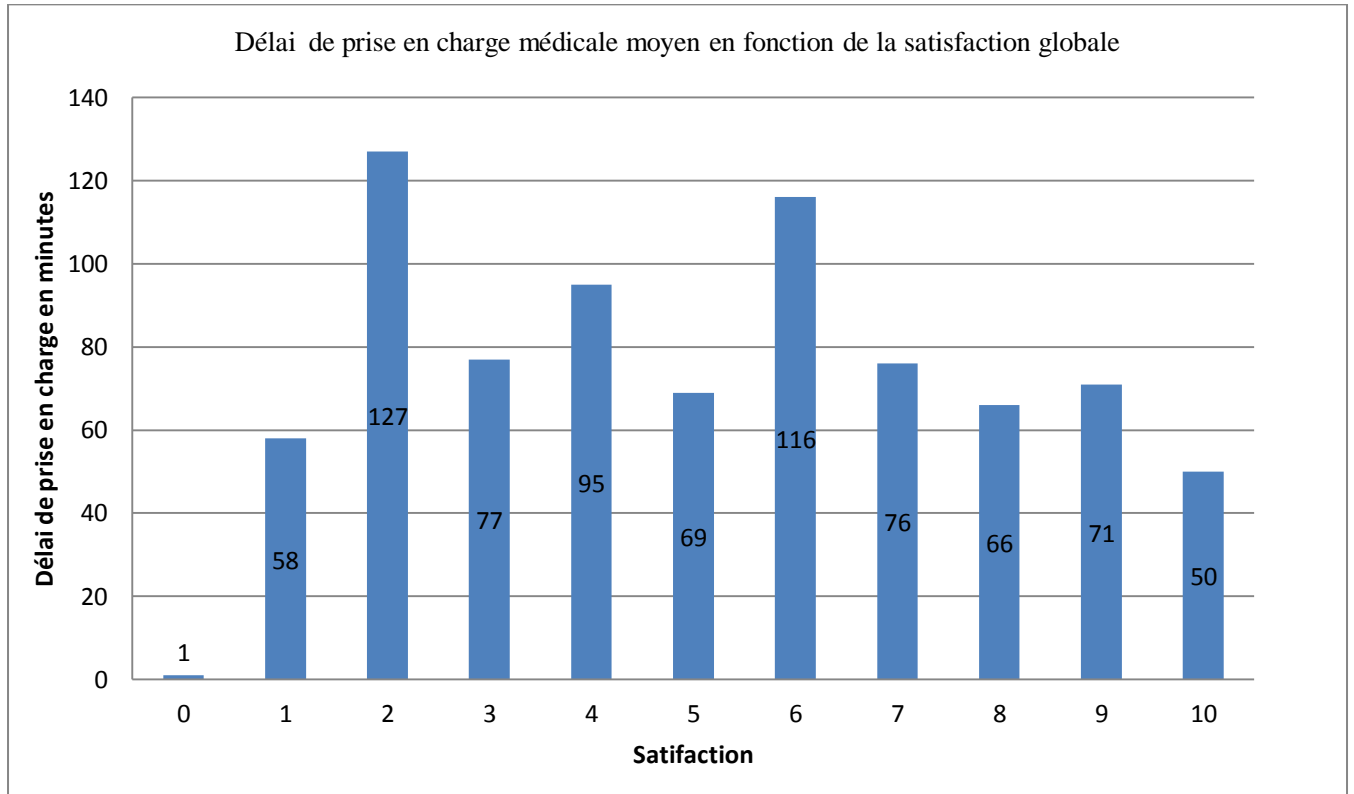
24% des patients interrogés ont une satisfaction globale à 8/10, 22% à 7/10 (graphique 7).

Satisfaction globale des patients sur une échelle de 0 à 10 (graphique 7)



B) Satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale

Délai de prise en charge médicale moyen en fonction de la satisfaction globale de 0 à 10 (graphique 8)



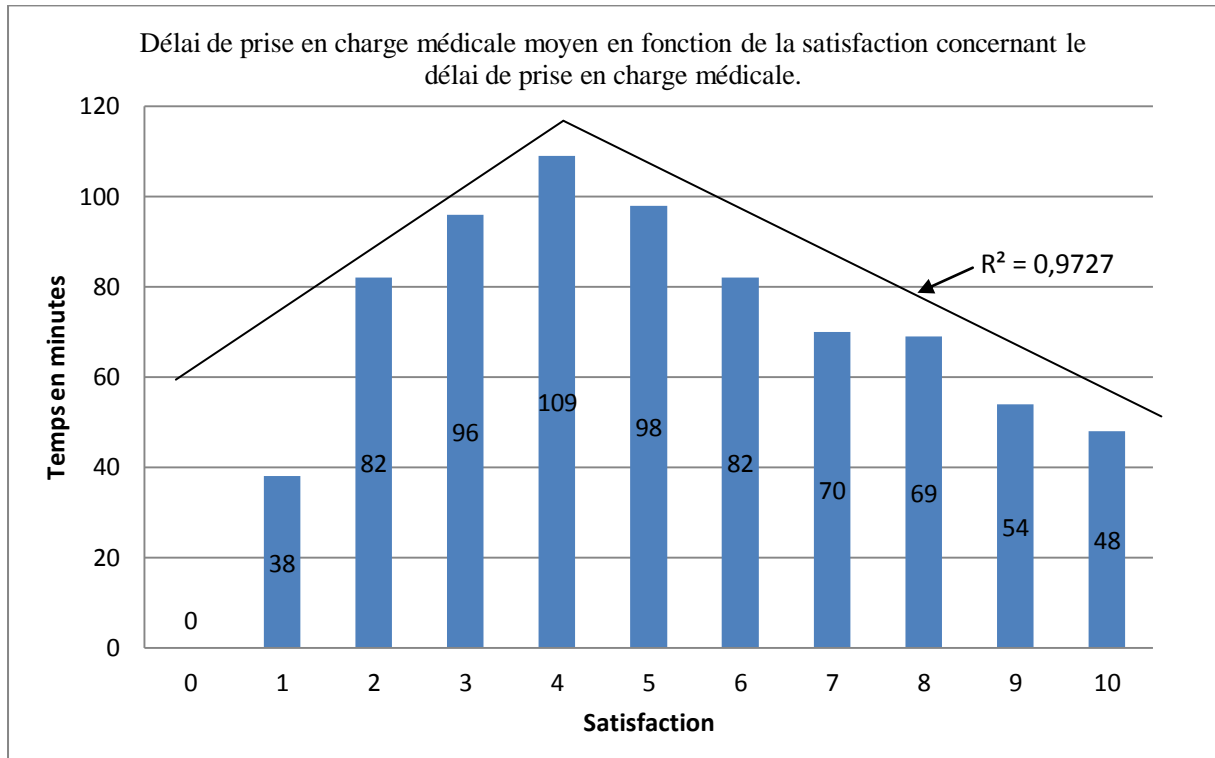
Les patients ayant donné la note maximale concernant la satisfaction globale sont ceux qui ont été vus par un médecin le plus rapidement. Le seul patient ayant donné la note minimale a quitté les urgences avant de voir un médecin, raison pour laquelle le rapport de corrélation n'est pas significatif.

(Graphique 8). Plus le délai de prise en charge médicale est important, plus la satisfaction globale moyenne du patient tend à diminuer ($R^2 = 0,3377$). (Annexe 1).

La satisfaction moyenne concernant le délai de prise en charge médicale est de 6,77 / 10. Un quart des patients interrogés ont une satisfaction de 8/10 concernant le délai de prise en charge médicale, et cela peu importe la durée de celui-ci. (Annexe 2)

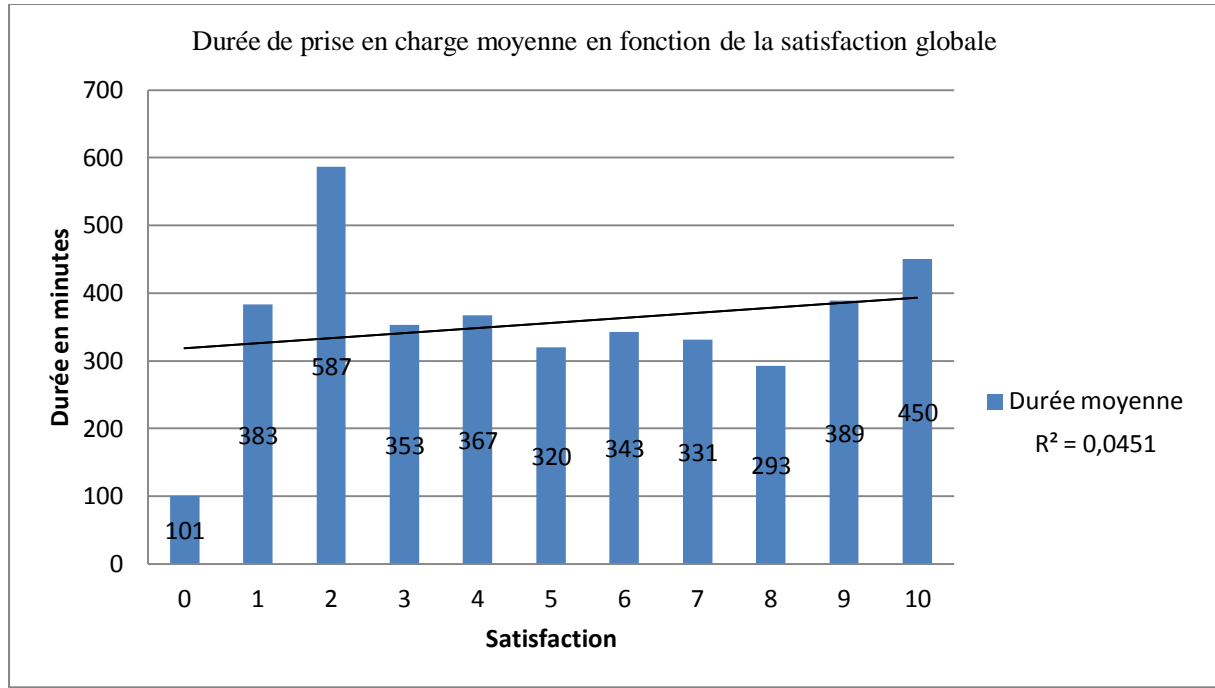
14 patients ont noté le délai de prise en charge médicale entre zéro et trois sur dix. Ils sont 167 à l'avoir évalué entre 4 et 10/10. La corrélation entre délai de prise en charge médicale et la satisfaction concernant celui-ci est très bonne à partir de la note de 4/10 avec un $R^2 = 0,9727$. (Graphique 9)

Délai de prise en charge médicale moyen en fonction de la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale (graphique 9)



C) Satisfaction concernant la durée de prise en charge.

Durée de prise en charge moyenne en fonction de la satisfaction globale de 0 à 10 (graphique 10)



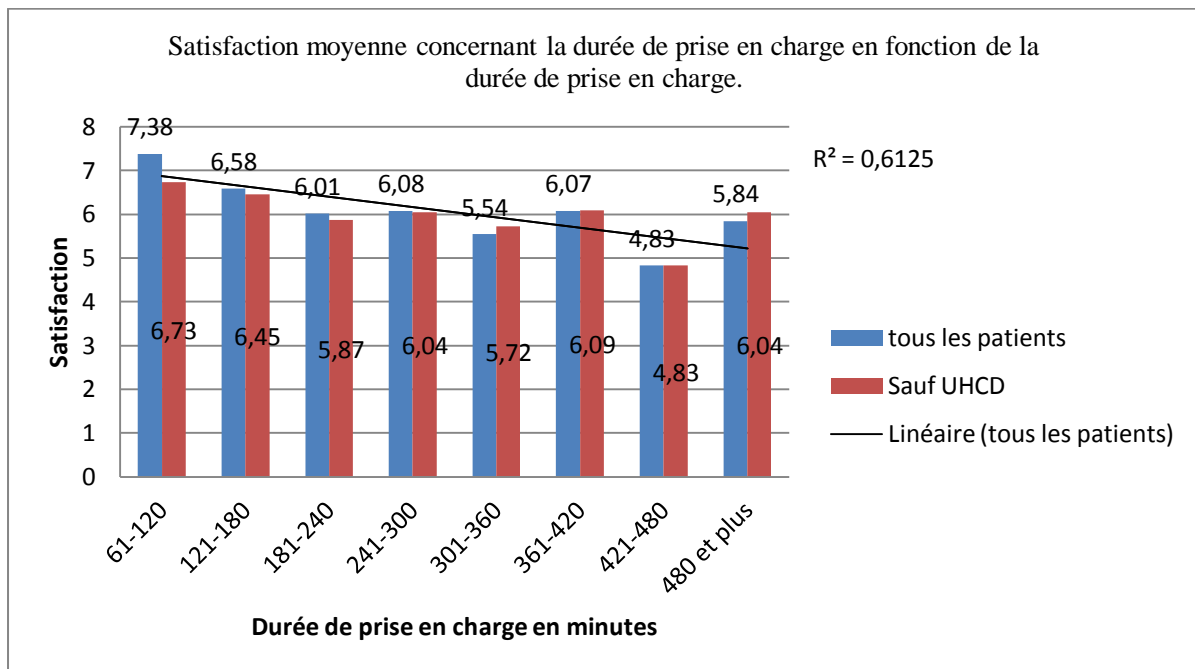
Il n'y a pas de corrélation entre satisfaction globale et durée de prise en charge (graphique 10).

La satisfaction globale moyenne tend à diminuer plus la durée de prise en charge est importante ($R^2 = 0,1853$). (Annexe 3)

La satisfaction moyenne concernant la durée de prise en charge est de 6,08 / 10. Vingt pour cent des patients interrogés ont une satisfaction de 7/10 concernant la durée de prise en charge, et cela peu importe la durée de celle-ci. (Annexe 2)

La satisfaction concernant la durée de prise en charge diminue lorsque la durée de prise en charge augmente ($R^2 = 0,6125$) (graphique 11)

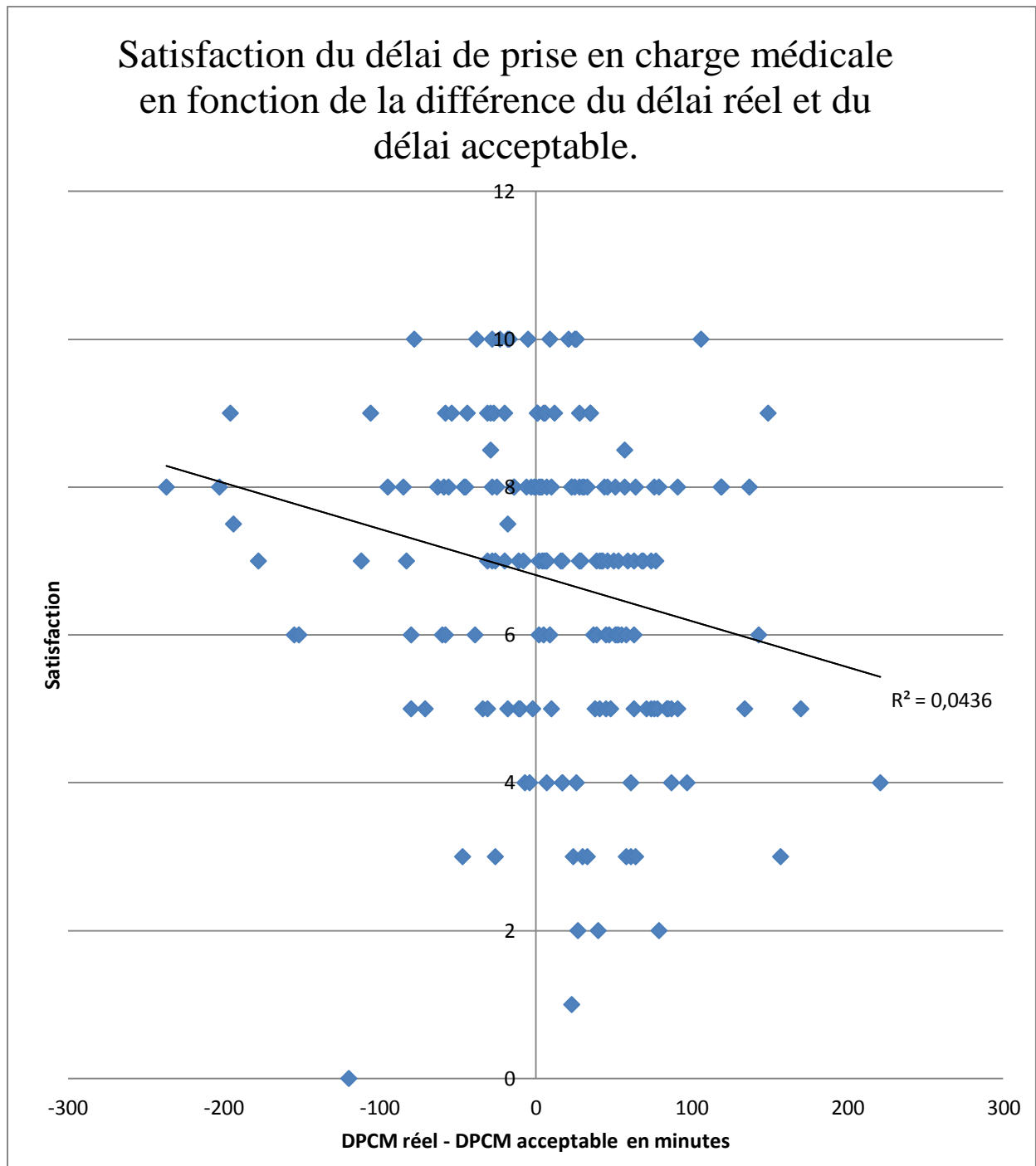
Satisfaction concernant la durée de prise en charge en fonction de la durée de prise en charge (graphique 11)



D) Satisfaction en fonction de l'âge.

La durée de prise en charge augmente en fonction de l'âge de manière mieux corrélée que le délai de prise en charge médicale. Plus l'âge augmente et plus le patient est satisfait concernant son passage aux urgences, concernant son délai de prise en charge médicale et sa durée de prise en charge médicale. La satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale augmente quand l'âge du patient augmente avec un $R^2 = 0,8644$ alors que le délai de prise en charge médicale aurait plutôt tendance à augmenter en fonction de l'âge avec un $R^2 = 0,0111$ (Annexe 4 et 5).

Satisfaction du délai de prise en charge médicale en fonction de la différence du délai réel et du délai acceptable. (Graphique 12)

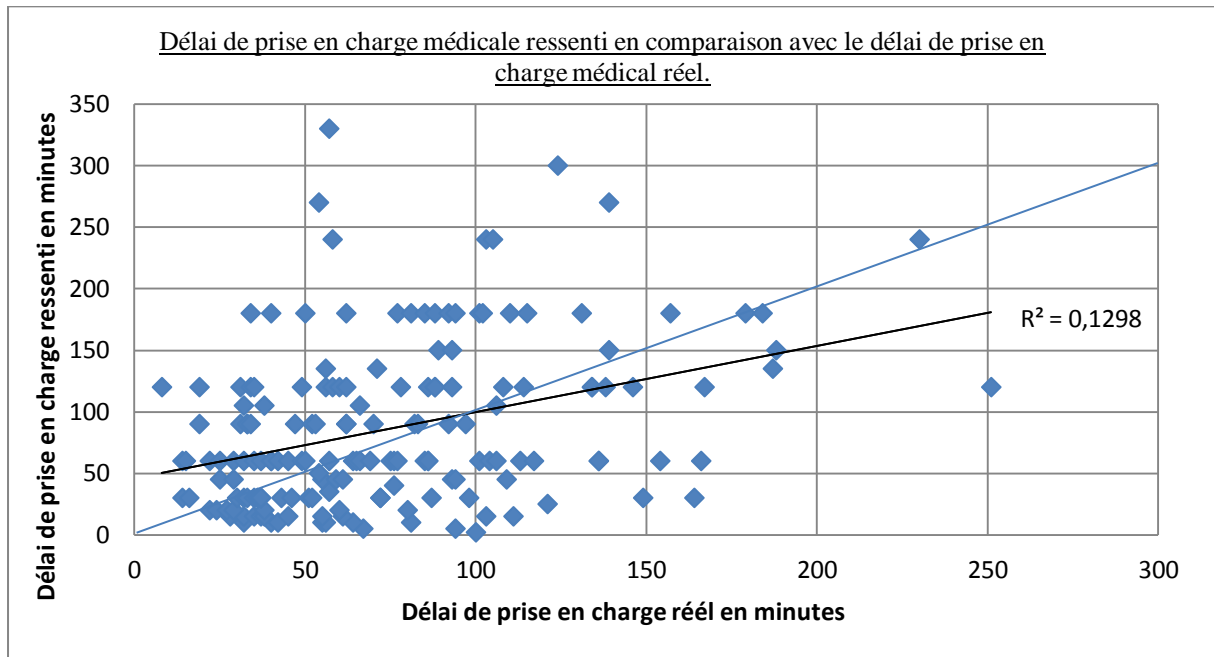


175 données-patients ont pu être analysées.

64 patients ont été pris en charge par un médecin plus rapidement que le délai acceptable selon eux et la satisfaction moyenne de ces patients concernant le délai de prise en charge médicale est de 7,24/10 contre 6,44/10 pour les 111 autres patients ($p=0,0125$).

IV) Ressenti et Réalité

Délai de prise en charge médicale ressenti en comparaison avec le délai de prise en charge médical réel (graphique 13 et annexe 6).



Sur les 181 patients,

-19 patients (10,5%) estiment correctement le délai de prise en charge médicale (dans le quart d'heure)

-79 patients (43,6 %) le sous-estiment (26 entre 1 et 15 minutes, 18 entre 16 et 31 minutes, 14 entre 32 et 47 minutes, 6 entre 48 et 63 minutes, 6 entre 64 et 79 minutes, 6 entre 80 et 95 minutes, 2 entre 96 et 111 minutes, 1 entre 112 et 127 minutes)

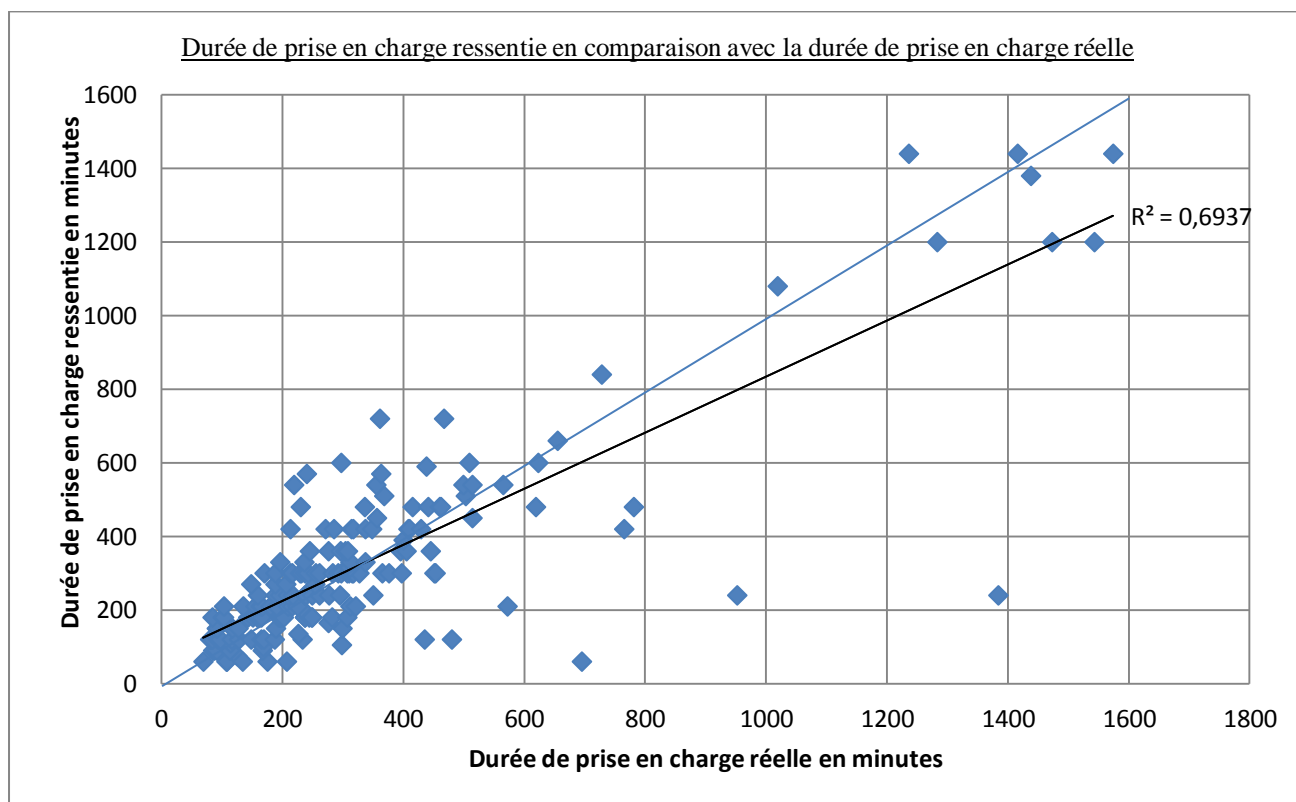
-73 patients (40,3 %) le surestiment (14 entre 1 et 15 minutes, 13 entre 16 et 31 minutes, 8 entre 32 et 47 minutes, 13 entre 48 et 63 minutes, 7 entre 64 et 79 minutes, 9 entre 80 et 95 minutes, 1 entre 96 et 111 minutes, 2 entre 112 et 127 minutes, 6 entre 127 et 142 minutes)

-9 (5%) n'ont pu l'estimer.

-1 non-renseigné.

- Chez ces 181 patients les délais de prises en charges médicale moyens ressentis et réels étaient respectivement de 86 et 75 minutes. Le délai de prise en charge médicale envisagé était de 60 minutes.

Durée de prise en charge ressentie en comparaison avec la durée de prise en charge réelle (graphique 14 et annexe 7).



Sur les 181 patients,

-57 patients estiment correctement la durée de prise en charge (dans l'heure).

- 65 patients sous estiment la durée de prise en charge. (32 entre 1 et 60 minutes, 17 entre 61 et 120 minutes, 6 entre 121 et 180 minutes, 5 entre 301 et 360 minutes). 2 patients avec une durée de prise en charge comprise entre 841 et 1440 minutes sous-estiment leurs durées de prise en charge à 240 minutes. 3 patients avec une durée de prise en charge supérieure à 1440 minutes sous-estiment leurs durées de prise en charge entre 841 et 1440 minutes.

- 50 patients la surestiment (30 entre 1 et 60 minutes, 11 entre 61 et 120 minutes, 3 entre 121 et 180 minutes, 2 entre 181 et 240 minutes, 3 entre 241 et 300 minutes 1 entre 301 et 360 minutes).

-8 n'ont pu l'estimer.

-1 non-renseigné.

- Chez ces 181 patients les durées de prises en charges moyennes ressenties et réelles étaient respectivement de 328 et 342 minutes. La durée de prise en charge médicale envisagée moyenne était de 224 minutes.

V) L'impact des avis spécialisés et des examens complémentaires.

Chez l'ensemble des patients inclus, l'avis d'un spécialiste n'allonge pas de manière significative la durée de prise en charge, cette dernière passant de 348 minutes à 442 minutes en cas de demande d'avis spécialisé ($P=0,05097$). En revanche, si les patients considérés comme hospitalisés à l'Uhd sont exclus, la durée de prise en charge est significativement allongée passant 249 à 347 minutes ($p=8,889.10^{-5}$). (Annexe 8 et 9)

Les examens biologiques allongent la durée de prise en charge de manière significative chez l'ensemble des patients ($n=293$) passant de 235 à 506 minutes ($p=5,18.10^{-9}$). Il en est de même chez les patients non considérés hospitalisés à l'Uhd avec une durée passant de 362 à 217 minutes ($p=1,26.10^{-11}$). (Annexe 10 et 11)

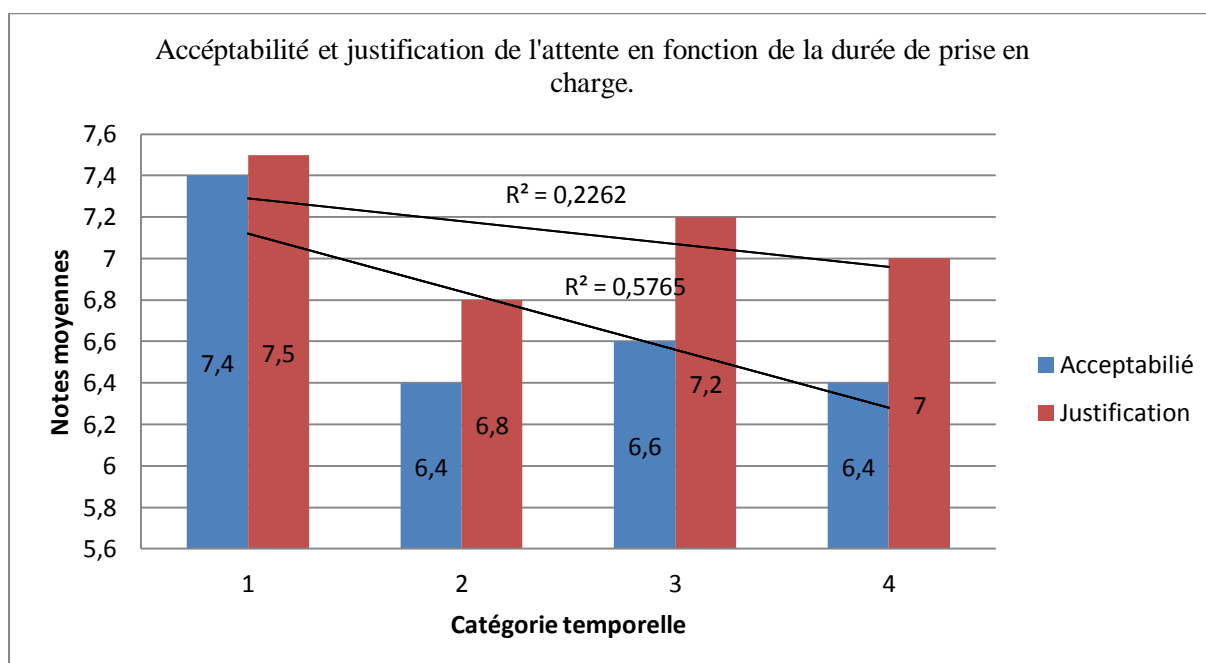
Chez les patients non considérés comme hospitalisés à l'Uhd, la durée de prise en charge est allongée en cas de réalisation de radiographie standard passant de 258 à 273 minutes mais pas de manière significative ($p=0,453$). (Annexe 12)

Chez les patients non considérés comme hospitalisés à l'Uhd, la durée de prise en charge est allongée en cas de réalisation de scanner passant de 245 à 418 minutes ($p=8.586.10^{-7}$). (Annexe 13)

VI) Questions diverses

Justification et acceptabilité de l'attente en fonction de la durée de prise en charge. (Tableau III et graphique 15)

	Catégorie	Durée en minutes	n	acceptabilité	justification
0-175	1	122	45	7,4	7,5
180-249	2	219	46	6,4	6,8
254-386	3	313	45	6,6	7,2
386-1574	4	710	45	6,4	7



Plus la durée de prise en charge est longue, moins l'attente est acceptable. Cependant la note concernant la justification de l'attente est toujours supérieure à celle concernant l'acceptabilité et cela peu importe la durée de prise en charge ce qui indique une certaine compréhension du patient.

Autres éléments de satisfaction.

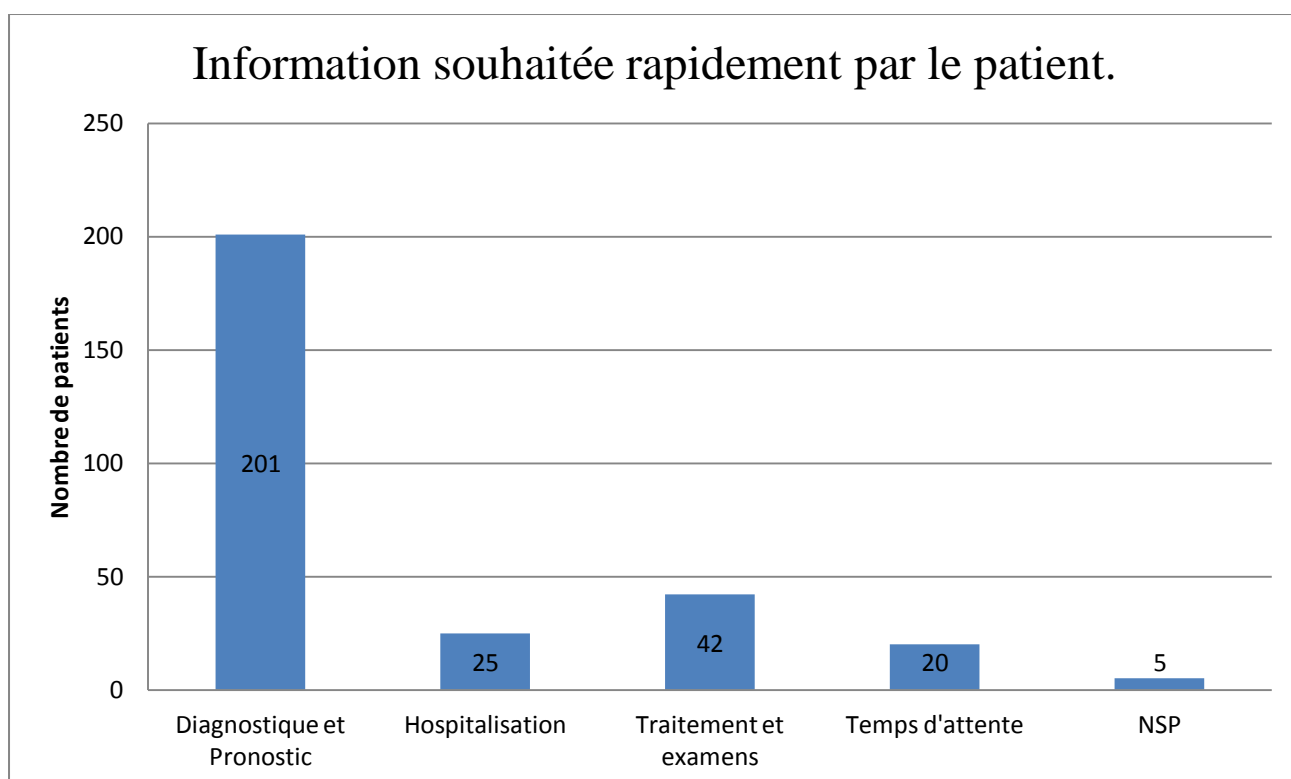
85% des patients interrogés conseilleraient les urgences du CHU à un de leur proche en cas de besoin. Plus la satisfaction globale est importante pour le patient, plus celui-ci conseilleraient les Urgences à un proche en cas de besoin. (Annexe 14)

La satisfaction moyenne concernant la prise en charge médicale est de 7,5 / 10 avec 29 % des patients l'évaluant à 8/10. (Annexe 15). La satisfaction moyenne concernant les relations avec les médecins est de 8,1/10 avec 34% des patients l'évaluant à 8/10. (Annexe 16). Celle avec les infirmières est de 8,34/10 sans qu'il n'y ait de différence significative sur la satisfaction concernant les relations IDE-Patient ou IDE-Médecin ($p=0,107$). Les patients sont plus satisfaits quant à la disponibilité des infirmières (8,2 /10) en comparaison à celle des médecins (7,48/10). (Annexe 17). 33 patients sur les 181 interrogés auraient pu accéder à l'alimentation durant leur séjour aux urgences. 42 patients (soient 23%) auraient aimé manger. Les 33 patients ayant pu s'alimenter sont restés en moyenne 476 minutes contre 325 minutes pour les 42 autres ($p= 0.036$).

Eléments à améliorer aux urgences du CHU d'Angers selon les patients.

Sur les 181 patients interrogés, 138 ont pu proposer un élément à améliorer aux Urgences du CHU d'Angers. Quatre proposent une amélioration sur le fléchage afin de mieux se repérer, 7 relatent des défaillances administratives, 69 souhaiteraient une amélioration du confort. Pour 30 patients l'amélioration à prévoir concernerait le personnel. Quatre patients souhaiteraient une amélioration des locaux. (Annexe 18).

Information souhaitée rapidement par le patient (graphique 16)



Pour 68% des patients, le diagnostic et le pronostic sont les informations souhaitées le plus rapidement.

Limites de l'étude

Du fait de l'exclusion à la participation à l'étude de patients trop gravement malades, nos résultats ne peuvent pas être valides pour ce groupe. D'autre part dans notre étude, 114 patients (16 %) ont été installés dans un box avant d'avoir pu être interrogé ou alors n'ont pas pu être vu du fait de périodes de grande activité ne permettant pas d'interroger tous les patients admis sur un laps de temps court. Pour des raisons éthiques, il n'était pas recevable de retarder la prise en charge de patients instables ou présentant des critères de gravité. On pourrait penser que la satisfaction pourrait être plus importante dans ce groupe de patients du fait d'une prise en charge médicale ultra courte directement par un médecin. Cependant le très faible effectif de patients « tri 2 » réellement inclus ne permet pas de répondre formellement à cette question.

La satisfaction des patients avec l'impossibilité de s'exprimer n'a pas pu être évaluée. Cette catégorie de patients pourrait peut-être avoir une satisfaction moins bonne que les autres patients mais l'absence d'outils d'évaluation permettant une réponse sur une échelle de satisfaction verbale ne permet pas de conclure.

Les différents éléments de satisfaction peuvent différer en fonction des expériences antérieures dans une structure d'urgences ou du fait même du motif d'admission. Un patient qui présente un motif de consultation classé « tri 5 » par l'IOA comme une coupure par exemple, considérera probablement le délai de prise en charge médicale différemment par rapport à un patient classé « tri 2 » avec une douleur abdominale aiguë.

Seulement 61 % des patients inclus ont répondu au deuxième questionnaire malgré les 3 appels à J7, J8 et J9.

Discussion

Satisfaction concernant le délai de prise en charge médical.

Dans notre étude, le délai de prise en charge réel était de 74 minutes. Une étude américaine multicentrique [15] avec 1631 patients inclus indiquait un délai de prise en charge moyen de 38 minutes. Dans une récente étude menée par la DREES auprès de 3004 personnes ayant fréquenté les services d'urgence hospitaliers français, près d'un quart des patients a attendu plus d'une heure avant de voir un médecin, et 9% ont attendu plus de deux heures [37]. Aucune réglementation n'oblige à la mesure des délais d'attente dans les services d'accueil et de traitement des urgences même si des incitations existent, à travers le manuel d'accréditation de l'ANAES [38], la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), la mise en place du plan Hôpital en 2007 [39], et la circulaire ministérielle du 16 avril 2003 (création dans chaque établissement d'une commission des admissions et des consultations non programmées) [40]. La situation est rendue plus difficile encore par l'augmentation constante du nombre de passages dans les services d'accueil et de traitement des urgences en France : 43% entre 1990 et 1998 et plus de 60% entre 1990 et 2001 [40]. Si les délais d'attente dans le service d'accueil et de traitement des urgences peuvent être très variables d'un établissement à l'autre (en fonction de la spécificité éventuelle du service, de l'organisation du service, des ressources humaines disponibles, du nombre de passages) [41], la plupart des études publiées font état d'un délai d'attente médian avant la consultation médicale de 30 à 60 minutes ; au total, près de 25 à 50% des patients attendent plus d'une heure avant d'être examinés par un médecin [42-46]. L'étude menée en 2004 auprès de huit établissements par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers faisait état d'une durée d'attente d'environ une heure avant la consultation médicale [47]. Selon une étude menée auprès de directeurs de services d'urgence aux Etats-Unis, une attente de plus d'une heure dans un service d'urgences pouvait être considérée comme un effet indésirable [46]. Par ailleurs, de longs délais d'attente peuvent entraîner un départ anticipé des patients : une étude de Khanna et al. a montré que plus de 3% des patients admis aux urgences quittaient le service avant d'avoir été vus par un médecin, dans la très grande majorité des cas en raison d'une attente jugée trop longue [48]. De plus, selon Liew et coll., une durée d'attente importante aux urgences est associée à une durée d'hospitalisation plus longue et une morbidité plus élevée [49].

La satisfaction moyenne concernant le délai de prise en charge médicale dans notre étude est de 6,77/10.

Pour 25 % des patients interrogés la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale est évaluée à 8/10. Le niveau de satisfaction dépasse 8/10 pour un délai de prise en charge médicale inférieur à 15 minutes. Ces chiffres sont corrélés aux travaux antérieurs qui font un lien direct entre un bon niveau de satisfaction des patients et un délai de prise en charge médical raccourci [1, 4, 31].

Les patients donnant la note maximale concernant la satisfaction du délai de prise en charge médicale lors du questionnaire ont un délai de prise en charge médicale réel moyen de 48 minutes.

Le délai de prise en charge médicale permettant d'obtenir la meilleure note moyenne de 8/10 est lorsque le délai de prise en charge médicale est inférieur à 15 minutes. Cependant la satisfaction moyenne reste proche de 8/10 jusqu'à 69 minutes.

Comme nous pouvions l'imaginer la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale diminue quand ce dernier augmente ($R^2 = 0,5536$). L'augmentation de la satisfaction entre 150-165 minutes et 165-180 minutes par rapport à l'intervalle de temps précédent est probablement due au faible effectif de ces 2 derniers groupes.

La satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale augmente plus le patient est âgé avec un $R^2 = 0,8644$ alors que le délai de prise en charge médicale aurait plutôt tendance à augmenter en fonction de l'âge avec un $R^2 = 0,0111$. Plus le patient est âgé, plus celui-ci semblerait tolérant vis à vis du délai de prise en charge médicale.

67 % des patients auraient mieux vécu leur attente si on leur avait annoncé le délai prévisionnel de prise en charge médicale dès l'arrivée aux Urgences ce qui confirmerait la valeur de l'information dans la satisfaction des soins prodigués aux urgences.

Satisfaction concernant la durée prise en charge.

La durée de prise en charge moyenne du patient est de 365 minutes.

La satisfaction moyenne concernant la durée prise en charge est de 6,08/10

20 % des patients interrogés ont une satisfaction évaluée à 7/10 concernant la durée de prise en charge médicale.

La meilleure note moyenne de 7,38/10 est obtenue lorsque la durée de prise en charge est inférieure à 120 minutes. Plus le temps total est court, plus la satisfaction est grande ($R^2=0,625$).

Les patients donnant la note maximale de 10/10 concernant la satisfaction de la durée de prise en charge lors du questionnaire ont une durée de prise en charge moyenne réelle de 340 minutes.

La satisfaction concernant la durée de prise en charge médicale augmente avec l'âge avec un $R^2= 0,8312$ alors que la durée de prise en charge augmente avec l'âge avec un $R^2 = 0,8428$. Cet élément pourrait s'expliquer par une augmentation de la tolérance et l'acquisition d'expériences des services médicaux en vieillissant.

Pour Bursch [14], le temps d'attente aux urgences est le facteur le plus prédictif de la satisfaction, plus que la relation avec le personnel soignant. Dans notre étude, le meilleur élément de satisfaction concernait les relations avec les infirmières est de 8,34 / 10. La qualité de la relation avec le

personnel para médical serait ressentie comme supérieure à celle avec le personnel médical et donc plus satisfaisante.

Dans les études qui ont incluent le temps d'attente réel et le temps d'attente ressenti par le patient, c'est le temps d'attente ressenti qui est le plus pertinent pour prédire la satisfaction. Si le temps d'attente ressenti est plus long que le temps que le patient estime raisonnable, et quel que soit le temps d'attente réel, le patient sera plus insatisfait. [5, 8, 9, 13, 16, 36, 50]

Il n'y pas de grande différence de satisfaction entre la durée totale de prise en charge et le délai de prise en charge médicale. Il ressort cependant que le délai de prise en charge médicale serait un peu plus important pour le patient que la durée de passage. La prise en charge médicale précoce satisfait le patient, diminue son anxiété et permet une meilleure acceptation de l'attente.

Concernant les temps d'attente envisagés, acceptables, ressentis et réels.

1) Durée de prise en charge

Sur les 293 patients interrogés dès leur admission à l'accueil et sans qu'ils n'aient pu se rendre compte de l'affluence réelle dans le secteur de soins, la durée de prise en charge envisagée moyenne est de 242 minutes et la durée acceptable moyenne est de 192 minutes. Cette différence de 50 minutes pourrait être due aux expériences antérieures du patient ou à une mauvaise image des urgences. Dans la réalité, la durée de prise en charge moyenne du patient est de 365 minutes, soient 123 minutes de plus par rapport à ce que le patient imagine (51 % de temps supplémentaire).

Pour les patients non considérés hospitalisés à l'Uhd les durées envisagée, acceptable et réelle sont respectivement de 226, 178 et 265 minutes. La différence reste stable à 48 minutes entre la durée de prise en charge envisagée et acceptable. Le patient attendra en réalité seulement 17 % de temps en plus par rapport à la durée de prise en charge envisagée.

En fonction du Tri IOA, la durée envisagée par le patient évolue avec un $R^2=0,9365$; plus le niveau de gravité estimé par IOA est faible, moins le patient envisage d'attendre. La durée acceptable d'attente est très souvent inférieure à la durée envisagée sauf chez les patient « tri5 ». On peut remarquer que seuls les patients « priorité 2 » ont une durée de prise en charge réelle inférieure aux durées envisagée et acceptable. La durée réelle est deux fois moins importante que la durée envisagée. Cependant, le faible effectif de « priorités 2 » inclus rend cette interprétation difficile. Les patients « priorité 3 » attendent en moyenne 114 minutes de plus que leur estimation initiale, soit 33% de temps en plus. Les patients « priorités 4 et 5 » attendent respectivement 128 minutes (68%) et 44 minutes (41%) de plus en comparaison avec l'attente envisagée. Les patients « priorité 4 » sont donc ceux qui évaluent le moins bien leur durée de prise en charge.

Une autre étude a montré que le triage était corrélé à la satisfaction globale bien que ceci puisse être vu comme indicateur du temps d'attente [27].

Nous avons pu constater que 31 % estimaient une durée de prise en charge ressentie comparable à une durée de prise en charge réelle. 36 % la sous-estimaient, 28 % la surestimaient. L'erreur d'estimation est probablement aussi multifactorielle. Maister [30] a déjà écrit qu'un temps d'attente inoccupé semblait plus long qu'un temps occupé, que l'anxiété et le fait d'attendre seul augmentaient le ressenti de l'attente. D'autre part il existe très probablement des erreurs de saisies lors de la sortie des patients sur le logiciel Urqual non négligeables et ce d'autant plus que l'effectif de patients interrogés est relativement faible. (La sortie informatisée n'étant pas enregistrée alors que le patient a déjà quitté les urgences).

2) Délai de prise en charge médicale

Sur les 293 patients interrogés dès leur admission à l'accueil et sans qu'ils n'aient pu se rendre compte de l'affluence réelle dans le secteur de soins, le délai envisagé moyen est de 63 minutes, le délai moyen acceptable est de 62 minutes, le délai réel de 74 minutes et le délai ressenti de 86 minutes (171 ont pu donner le délai ressenti). Le patient attend en moyenne 11 minutes de plus par rapport au délai envisagé (17 % de temps en plus).

Une prise en charge médicale plus rapide pourrait certainement atténuer les différences de perception temporelles en réduisant la part subjective.

Le délai moyen ressenti est systématiquement plus important quel que soit le TRI IOA par rapport à la réalité. Le délai acceptable moyen de prise en charge médicale est très bien corrélé avec le TRI IOA avec un $R^2=0,9863$. Les patients « priorités 2, 3, 4, 5 » accepteraient d'attendre respectivement 38, 56, 66 et 79 minutes avant de voir le médecin. Seuls les patients « priorité 2 et 5 » ont un délai de prise en charge médicale réelle inférieur au délai acceptable.

Il n'y a pas de différence cliniquement significative entre les délais envisagés des patients « priorité 3, 4 et 5 » avec des délais envisagés de 69, 60 et 66 minutes. En revanche le patient « priorité 2 » imagine patienter 45 minutes en moyenne.

Nous avons pu constater que seulement 10 % estimaient un délai de prise en charge médicale ressentie comparable au délai réel ce qui est très peu. De façon quasiment égale, 43,6 % le sous-estimaient, 40,3 % le surestimaient. Dans l'étude de Thompson [50] près de 50 % des patients surestiment ce temps. Cependant les intervalles choisis étaient différents. L'erreur d'estimation du temps par le patient est probablement multifactorielle. La sous-estimation pourrait venir du fait, comme 4 patients le suggèrent, de l'identification du personnel. Il est compréhensible qu'en cas de non présentation de son statut au patient, que ce dernier ignore qui est le médecin. En effet entre un étudiant de dernière année de médecine, un interne et un jeune sénior il peut n'y avoir que 4 ans d'écart. D'autre part peut-être que pour le patient l'interne n'est pas considéré comme un médecin en formation et que ce dernier

s'attend à voir systématiquement un médecin avec plus d'expérience. Le patient ignore probablement qu'un interne doit être séniorisé lors des décisions thérapeutiques. L'infirmier(e) qui intervient la plupart du temps plus rapidement que le médecin peut aussi être confondu par le patient avec ce dernier.

Gentile [51] a trouvé dans son étude sur dix centres d'urgences que l'identification du personnel jouait un rôle positif dans la satisfaction. Pour l'auteur, le fait de connaître son interlocuteur humanise une prise en charge perçue comme anonyme et trop technique.

Le fait qu'il ne soit pas marqué spécifiquement « MEDECIN » sur la blouse des médecins pourrait induire le patient en erreur. En effet au CHU d'Angers il est inscrit sur les blouses des Médecins « Praticien-Hospitalier » ou « Assistant-Hospitalier » et les tenues des IDE et des aides-soignantes sont depuis quelques temps identiques.

La non-compréhension de la question pourrait aussi être une cause d'erreur c'est-à-dire que le patient estimerait en fait le délai de prise en charge médicale à partir de son installation en box et non à partir de l'admission. L'absence d'horloge visible dans chaque pièce des urgences pourrait être une raison de surestimation du délai de prise en charge médicale. Le fait que l'interrogatoire ait été mené à J7 de la sortie du patient peut aussi biaiser une bonne évaluation du temps, le patient ayant probablement tendance à oublier à mesure. Cependant un intervalle d'une semaine semble adapté en comparaison à l'étude de Thompson [50] où l'intervalle était compris entre 2 et 4 semaines. Le découpage du temps en périodes de 15 minutes pour l'étude du ressenti concernant le DPCM pourrait aussi avoir un effet sur les résultats de l'étude. En effet plus la période est grande, moins le risque d'erreur dans un sens comme dans l'autre est important. Dans cette même étude, les périodes étaient découpées différemment ; de 0 à 4 minutes, de 5 à 14 minutes, puis par périodes de 15 minutes jusqu'à 1 heure, puis une période de 60 à 120 minutes puis une période de plus de 2 heures.

Les patients pris en charge par le médecin plus rapidement qu'ils l'imaginaient ont une satisfaction plus importante concernant le délai de prise en charge mais la différence n'est pas significative.

En revanche les patients pris en charge par le médecin plus rapidement que le délai acceptable selon eux, ont une satisfaction plus importante concernant le délai de prise en charge statistiquement significative passant de 6,44 à 7,24/10.

Ces éléments pourraient nous encourager à développer un moyen d'informer les patients du délai de prise en charge médicale prévisionnel le plus rapidement possible dès leur arrivée aux urgences d'autant plus que nous avons pu montrer que 76% a priori et que 100% a posteriori des patients préféreraient connaître ce temps d'attente plutôt que la durée de prise en charge. Cependant nous pourrions nous demander si le fait d'annoncer un délai très supérieur à celui attendu par le patient ne risquerait pas d'entraîner un départ prématuré des urgences alors que son état de santé ne le permettrait pas. Ceci dit, en ce qui concerne la durée de prise en charge, moins la gravité (tri IOA) est forte moins les patients sont prêts à attendre aux urgences avant de pouvoir les quitter. Ce qui à l'inverse n'est pas

le cas concernant le délai de prise en charge médicale ou plus la gravité est importante, plus le délai acceptable de prise en charge médicale est réduit.

Lors du premier questionnaire, ils étaient 9% à dire qu'ils préféreraient quitter les urgences avant de voir le médecin sans consulter un autre médecin en cas d'annonce d'un délai d'attente très supérieur à celui envisagé. Lors du deuxième questionnaire, donc a posteriori, aucun patient n'aurait quitté les urgences sans voir de médecin ultérieurement, que ce dernier soit généraliste ou fasse partie d'un autre service d'urgences. Parmi les 26 patients (9%), 4 ont réellement été hospitalisés (1,4 %).

Un seul patient a quitté les urgences avant la fin des soins soit 0,5 %, ce qui est inférieur aux 2% retrouvés dans une étude réalisée dans le même centre en 2012 [52].

L'impact des avis spécialisés et des examens complémentaires sur la durée de prise en charge

Chez l'ensemble des patients inclus, l'avis d'un spécialiste n'allonge pas de manière significative la durée de prise en charge, cette dernière passant de 348 minutes à 442 minutes en cas de demande d'avis spécialisé ($P=0,05097$). En revanche, si les patients considérés comme hospitalisés à l'Uhd sont exclus, la durée de prise en charge est significativement allongée passant 249 à 347 minutes soit 98 minutes ($p=8,889.10^{-5}$). Une étude française [53] a montré un allongement de la durée de prise en charge en cas d'avis spécialisé de 45 minutes. Une étude faite en Angleterre [54], a trouvé que 25% des patients qui ont passé plus de 4 heures aux urgences ont eu un ou plusieurs avis spécialisés.

Du fait d'un allongement significatif de la durée de prise en charge en cas de demande d'avis spécialisé, la disponibilité des spécialistes au CHU ne devrait pas être une règle d'accès pour les consultations non urgentes.

Les examens biologiques allongent la durée de prise en charge de manière significative chez l'ensemble des patients passant de 235 à 506 minutes ($p=5,18.10^{-9}$). Chez les patients non considérés comme hospitalisés à l'Uhd, la durée de prise en charge est allongée en cas de réalisation de radiographie standard passant de 258 à 273 minutes mais pas de manière significative ($p=0,453$). Chez les patients non considérés comme hospitalisés à l'Uhd, la durée de prise en charge est allongée en cas de réalisation de scanner (passant de 245 à 418 minutes ($p=8.586.10^{-7}$)).

Plusieurs études ont aussi montré que la demande des examens complémentaires augmentait la durée de séjour du patient. C'est le cas d'une étude américaine [55] qui a trouvé que la durée de prise en charge médicale du malade, associée à la demande d'un ou de plusieurs examens complémentaires (radiologique ou biologique) était en moyenne de 174 minutes contre 91 minutes s'il s'agissait d'une simple visite. Dans d'autres études françaises ces examens augmentaient la durée de séjour de 1 à 2h en moyenne [56]. Cependant une enquête nationale réalisée en 2003 [57] avait montré une hausse

significative de la satisfaction des patients lorsque des actes diagnostiques et thérapeutiques étaient réalisés.

La place croissante du scanner et le recul net des radios conventionnelles entraîne la multiplication des demandes. Certes, une admission aux urgences peut permettre un accès meilleur à un examen spécifique à tous, mais dans quel délai ?

Concernant la satisfaction globale.

La satisfaction moyenne globale est de 6,95/10. Un délai de prise en charge médicale court permettrait une meilleure satisfaction en comparaison avec une durée de prise en charge courte. L'examen clinique, l'information donnée par le médecin sur l'état de santé et la rassurance pourraient être des éléments permettant de diminuer l'anxiété et le stress rapidement entraînant l'augmentation de la satisfaction globale du passage aux urgences.

Plus le patient est âgé, meilleure est sa satisfaction globale moyenne ($R^2=0,9007$), contrairement à ce que montre Claessens mais chez des patients hospitalisés à l'Uhd uniquement [58]. Sur cet item encore, l'exigence semblerait diminuer plus le patient est âgé.

Les autres éléments de satisfaction.

85 % des patients interrogés conseillent les urgences du CHU à Angers à un proche, ce qui d'après de nombreuses études [1, 14, 59, 60] est un bon marqueur de satisfaction.

Une étude parue en 2007 [61] a montré que parmi les grands domaines de satisfaction figuraient le respect du secret médical, le respect de l'intimité, la clarté des informations, la courtoisie des rapports avec le personnel. Les sujets d'insatisfaction étaient les délais d'attente et la qualité des locaux. Dans notre étude ces deux derniers items faisaient aussi partie des moins bons éléments de satisfaction.

Le meilleur élément de satisfaction concernait la relation avec les infirmières. Une étude parue en 1996 [1] a mis en évidence que la satisfaction du comportement des infirmières vis-à-vis du malade était supérieure à celle des médecins bien que la différence ne soit pas non plus significative.

Dans notre étude nous pouvons remarquer que parmi les meilleurs éléments de satisfaction se trouvent les relations soignants-malades ce qui témoigne d'une certaine humanité des Urgences du CHU d'Angers. La prise en charge médicale reste considérée comme bonne par le patient, évaluée à 7,5/10. La disponibilité des médecins et la prise en charge de la douleur sont moins bien évaluées sur le plan de la satisfaction à respectivement 7,48 et 7/10. La nourriture qui peut être en lien avec le confort

arrive en avant dernière position concernant les éléments de satisfaction avec une note moyenne de 6,2/10.

L'information

La satisfaction moyenne concernant les informations données par les médecins est de 7,5 / 10

Les informations les moins données aux patients concernent le délai de prise en charge médicale avec 76% de patients non informés et la durée de prise en charge avec près de 80% de patients non informés. En revanche les informations concernant directement l'état de santé sont plus souvent fournies aux patients avec 80% de patients informés sur leur prise en charge médicale ce qui est un bon point car on sait que l'absence d'explication sur les résultats des examens peut générer l'insatisfaction [50]. 76% des patients ont été informés sur la conduite à tenir après leur passage aux urgences.

Dans les éléments d'amélioration, l'information pourrait porter également sur l'évaluation de la gravité sur un plan médical et sur l'estimation médicale de l'urgence aux soins et à la prise en charge.

Conclusion

Les satisfactions moyennes concernant le délai de prise en charge médicale et la durée de prise en charge sont respectivement de 6,77 et 6,08/10. La satisfaction concernant la durée de prise en charge est l'élément de satisfaction le moins bien noté par les patients. Bien qu'il fasse partie des trois éléments de satisfaction les moins bien notés il n'y a pas de mise en évidence d'une insatisfaction nette sur le délai de prise en charge médicale

En cas de demande d'avis spécialisé, de scanner ou d'examens biologiques la durée de prise en charge est significativement allongée. En revanche la réalisation de radiographies standards n'allonge pas de manière significative la durée de prise en charge. En l'absence d'urgence vitale, une demande d'avis spécialisé ou d'examen complémentaire biologique ou radiologique ne devraient pas être des motifs d'admission dans un service d'urgences.

Concernant le ressenti du délai de prise en charge médicale, 10 % des patients estiment leur délai de prise en charge médicale ressenti comparable au délai réel. 43,6 % le sous-estiment, 40,3 % le surestiment. Il est à noter que de manière générale l'évaluation de la durée de prise en charge avec 31% de bonnes estimations est plus aisée que l'estimation du délai de prise en charge médicale.

L'affluence croissante de patients aux urgences est pour part responsable d'un temps de contact auprès des patients et de ses proches toujours plus restreint. Pour améliorer la satisfaction des patients aux urgences, se pose le problème du développement d'outils et de support de communication différents. Nous pourrions suggérer que le patient soit tenu au courant de son degré de priorité dès son admission par l'IOA et ce que cela signifie concernant le délai de prise en charge médicale. L'idée d'une identification visuelle avec des tenues de couleurs différentes en fonction du tri IOA pourrait aussi être séduisante. Ainsi seraient-ils peut être plus compréhensifs vis-à-vis de l'attente, cependant cette attitude serait discutable d'un point de vue éthique et le secret médical ne pourrait le permettre. Cette étude a permis de montrer que les patients sont globalement satisfaits du service rendu, mais aussi de relever certains problèmes organisationnels. Les données recueillies n'ont pas montré de réels dysfonctionnement mais plutôt des points d'informations à améliorer. Un service d'Urgences qui ne pourrait pas réduire les durées d'attentes devrait s'efforcer d'améliorer le confort du patient. Ce travail montre un déficit concernant l'information de l'attente avec seulement 24% de patients informés sur le délai de prise en charge médicale et seulement 21% sur la durée de prise en charge.

Des informations données régulièrement aux patients concernant l'attente, les résultats et leur destinée future pourraient être des éléments clé pour améliorer la satisfaction. Une meilleure identification du personnel et la mise en place d'une signalétique expliquant le « parcours-patient » avec des fiches explicatives sur le déroulement du séjour pourraient aussi être proposés. De même une information en temps réel sur l'activité en cours pourrait être une piste pour améliorer le ressenti de l'attente et diminuer l'angoisse.

Un travail ultérieur pourrait avoir pour objectif de créer un outil permettant d'informer le patient dès son entrée de son délai de prise en charge médicale prévisible et ce d'autant plus que nous avons montré que 67 % des patients « vivaient » mieux l'attente en cas d'information préalable. Une étude réévaluant à nouveau la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale pourrait alors être réalisée.

Bibliographie

- [1] Rhee K, Bird J. Perceptions and satisfactions with emergency department care. *J Emerg Med* 1996;14:679-83
- [2] Yarnold PR, Michelson EA. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. *J Behav Med* 1998;21:545-63
- [3] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 art 1^{er}, art.L.710-1-1 Code de santé publique
- [4] Worthington K. Customer satisfaction in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2004 ;22 :87-102
- [5] Perruche. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. *JEUR* 2008;21:14-21
- [6] Trout et al. Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say? *Acad Emerg Med*. 2000; 7: 695-709
- [7] Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the emergency department: nurses' and patients' perceptions. *J Nurs Adm* 199;29:43-50
- [8] Baker DW, Hayers R, Fortier JP. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care Spanish-speaking patients. *Med care* 1998;36:1461-70.
- [9] Bjorvell H, Stieg J. Patient's perceptions of the health care received in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1991;20:734-8
- [10] Carasquillo O, Oray J. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *J Gen Intern Med* 1999;14:82-7
- [11] Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993;22:568-72
- [12] Lewis KE, Woodside RE. Patient satisfaction with care in the emergency department. *J adv nurs* 1992;17:959-64
- [13] Maitra A. Patient satisfaction in an urban accident and emergency department. *Br J Clin Pract* 1992;46:182-4
- [14] Bursch B. Emergency department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med* 1993;22:586-91
- [15] Thompson DA, Yarnold PR. Effects of actual waiting time perceived waiting time information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;28:657-65
- [16] Thompson DA, Yarnold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perception and expectations: the disconfirmation paradigm. *Acad Emerg Med* 1993;22:586-91
- [17] C Nackab. Le temps: un symptôme aux urgences ? *Jeur*.2009.03.194 .
- [18] Mowen JC, Licata JW: Waiting in the Emergency room: How to improve patient satisfaction. *J Health Care marketing*, 1993;13:26-33
- [19] Hedges JR, Trout A, Satisfied Patients Exiting the Emergency Department study. *Acad Emerg Med*. 2002;9; 15-21,

- [20] Taylor C, Benger JR, Patient satisfaction in emergency medicine, *Emerg Med J* 2004;21:528-532.
- [21] Sanober, How long are patients willing to wait in the emergency department before leaving without being seen. *Western journal of emergency medicine* 2012;13; 463-467
- [22] Deschanel Guillaume, Thèse de médecine 2010, Satisfaction et devenir des patients consultant aux urgences de Chamberry. Université Robert Fourier, Grenoble
- [23] Anderson FD. A descriptive correlation study of patient satisfaction provider satisfaction and provider satisfaction and provider workkload at an army medical center. *Mil Med* 1998;163:90-4
- [24] Vega V. Speeding up the emergency department: the RADIT emergency program at St Joseph Hospital of Orange. *Hosp Top* 2007;85:17-24
- [25] Maister DH: The psychology of waiting lines, in Czepiel JA. *The Service Encounter*. Lexington, Massachussets: DC Hearth, 1985: 113-123
- [26] Boudreaux. Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med* 2003;26:13-26
- [27] Sun BC. Determinants of patient satisfaction ans willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med* 2001;38:527-32
- [28] Hedges JR. Satisfied patients exiting the emergency department study. *Acad Emerg Med* 2002;9:15-21
- [29] Bourdreaux ED. Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED: the role of demographics variables visit characteristics and patients perceptions. *Am J Emerg Med* 2000;18:394-400
- [30] Mowen JC. Waitin in the emergency room: how to improve patient satisfaction. *J Health care Mark* 1993;13:26-33
- [31] Marie Franck Soltysiak, Délais d'attente et satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre universitaire *Press med*, nov 2002 1690-1695
- [32] Hall MF. Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facilitu study. *Hosp Health Serv Admin* 1996;41:515-32
- [33] Hansagi H. The Emergency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. *Health care manage rev* 1992;17(2):71-5
- [34] McMillan. Satisfaction with hospital emergency department as function of patient triage. *Health Care Manage rev* 1986;11(3):21-7
- [35] Watson WT. Elderly patient's perceptions of care in the emergency department. *J Emerg Nurs* 1999;25:88-92
- [36] Mack JL. The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health care manage rev* 1995;20(2):7-15
- [37]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats* N°72, juillet 2000.

- [38] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation - Version expérimentale. Paris, ANAES, novembre 2003.
- [39] Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Plan Hôpital 2007. Site web : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/meah.pdf>, dernier accès le 11/09/2003.
- [40] Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- [41] Southall AC, Harris VV. Patient ED turnaround times: a comparative review. *Am J Emerg Med* 1999;17:151-3.
- [42] Breslow R, Klinger B, Erickson R. Time study of psychiatric emergency service evaluations. *General Hospital Psychiatry* 1997;19:1-4.
- [43] Anderson K, Allan D, Finucane P. Complaints concerning the hospital care of elderly patients: a 12-month study of one hospital's experience. *Age Ageing* 2000;29:409-12.
- [44] Frank-Soltysiak M, Court C. Délais d'attente et satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre universitaire. *Presse Med* 2002;31:1690-5.
- [45] Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in emergency department. *Can J Emerg Med* 2003;5:155-61.
- [46] Lambe S, Washington DL, Fink A, Laouri M, Liu H, Scura Fosse J, et al. Waiting times in California's emergency departments. *Ann Emerg Med* 2003;41:35-44.
- [47] Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Rapport de synthèse portant sur le relevé et le calcul des temps d'attente aux Urgences (phase 1). Site web : http://www.meah.sante.gouv.fr/Documents/rapport_etape_tps.pdf, dernier accès le 27/09/2004. .
- [48] Khanna R, Chaudhry MA, Prescott M. Emergency department patients who leave the department without being seen by a doctor. *Eur J Emerg Med* 1999;6:233-5.
- [49] Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2003 Nov 17;179:524-6.
- [50] Thompson. How accurate are waitint time perceptions of patients in the emergency department ? *Ann Emerg Med* 1996;28:652-65
- [51] Gentile. La satisfaction des patients à la sortie des services des urgences. *Reanim Urg* 1999 ;8 :27-32
- [52] Guillot A. Thèse de médecine. Réflexion sur les sorties prématurées et refus de soins) partir d'un travail observationnel au sein d'un service d'urgences. Proposition d'un état de slieux, d'une caractérisation des acteurs et discussion sur une démarche de sensibilisation à la prise en charge des patients. Université d'Angers 09/2012 .
- [53] Bazin A. Etude sur l'analyse des flux aux urgences, contexte, méthode et résultats. *Urg.* 2001 ;18 :162-172.
- [54] Bourn J. Improving emergency care in England. http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03-04/03041075.pdf (consulté en 12/2013)
- [55] Hoffenberg S. Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department ? *Ann. Emerg Med.* Nov 2001;38:533-540
- [56] Le Spégnage. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers , Temps d'attente et de passage aux urgences, juillet 2003-mars 2005 <http://www.meah.sante.gouv.fr/> (consulté en 12/2013)
- [57] Carrasco S. Enquête nationale sur les usagers des urgences : motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières DREES études et résultats : sup215 janvier 2003

[58] Claessens YE. Evaluation, satisfaction : compréhension du diagnostic, du pronostic, et du traitement, prévalence symptômes d'anxiété et de dépression chez des patients hospitalisés en Uhd. JEUR 2006 ;19 :S54-6

[59] Damghi N. La satisfaction des patients consultant aux urgences dans un hôpital universitaire marocain. JEUR 2009 ; 03.278

[60] Edwin D. Predictors of Emergency Department Patient Satisfaction: Stability over 17 Months. Acad Emerg Med. 01-2004 Vol 11 n°1

[61] Attard N. Enquête de satisfaction des usagers d'un SAU adulte. Intérêts et limites d'une étude prospective. Jeur 10.1016 2007.03.397

Table des matières

Abréviations et définitions	p.08
Résumé	p.10
<u>Introduction</u>	p.13
<u>Patients et Méthodes</u>	p.16
<u>Résultats</u>	p.19
-Flow chart	p.20
-Tableau comparant les populations	p.21
-Répartition de la cohorte en fonction du tri IOA	p.21
<u>-L'attente aux urgences</u>	p.22
-Durée de prise en charge et délai de prise en charge médicale envisagés, acceptables et réels aux urgences concernant l'ensemble des patients (n= 293)	p.22
-Durée de prise en charge moyenne, envisagée, acceptable et réelle en fonction du tri IOA concernant l'ensemble des patients	p.23
-Délai de prise en charge médicale moyen, envisagé, acceptable, réel et ressenti en fonction du tri IOA	p.23
-Durée de prise en charge en fonction du délai de prise en charge médicale	p.24
<u>-L'information</u>	p.25
- Préférence pour connaître le délai de prise en charge médicale ou la durée de prise en charge médical	p.25
- Réaction possible du patient en cas d'annonce d'un délai d'attente très supérieur à celui envisagé	p.25
- Amélioration potentielle du vécu de l'attente en cas d'annonce préalable du délai de prise en charge médicale a posteriori	p.26
<u>-La satisfaction</u>	p.27
-Satisfaction globale des patients sur une échelle de 0 à 10	p.27
-Délai de prise en charge médicale moyen en fonction de la satisfaction globale	p.28
-Délai de prise en charge médicale moyen en fonction de la satisfaction concernant le délai de prise en charge médicale	p.29
-Durée de prise en charge moyenne en fonction de la satisfaction globale	p.30
-Satisfaction concernant la durée de prise en charge en fonction de la durée de prise en charge	p.31
-Satisfaction en fonction de l'âge	p.31
-Satisfaction du délai de prise en charge médicale en fonction de la différence du délai de prise en charge médicale réel et du délai acceptable	p.32
<u>-Ressenti et réalité</u>	p.33
-Délai de prise en charge médicale ressenti en comparaison avec le délai de prise en charge médical réel	p.33

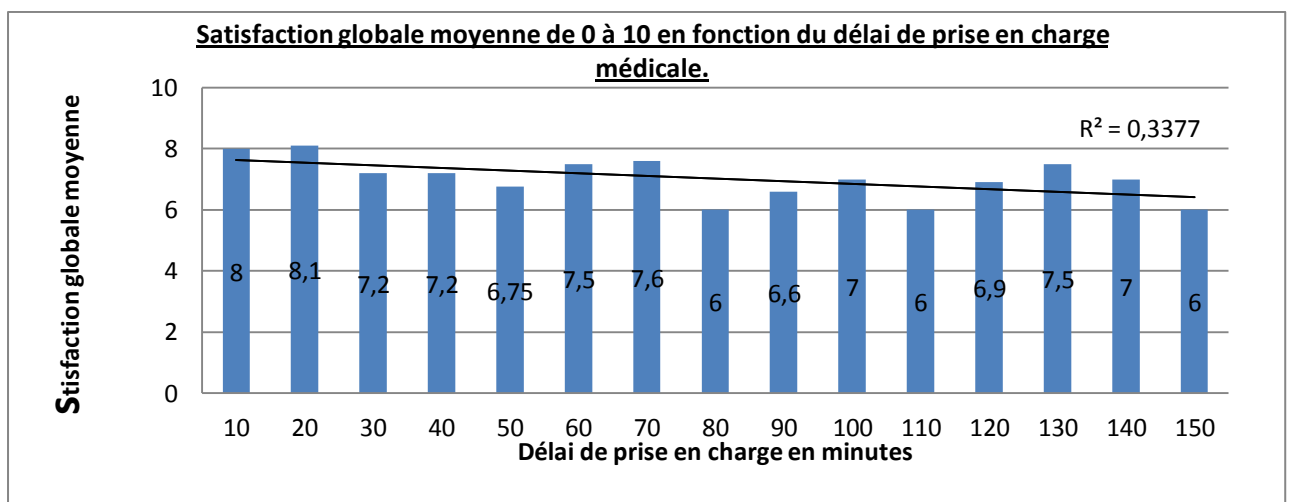
-Durée de prise en charge ressentie en comparaison avec la durée de prise en charge réelle.	p.34
<u>-L'impact des examens et des avis spécialisés</u>	p. 35
<u>-Questions diverses</u>	p. 36
- Justification et acceptabilité de l'attente en fonction de la durée de prise en charge.	p.36
- Autres éléments de satisfaction.....	p.36
- Eléments à améliorer aux urgences du CHU d'Angers selon les patients.....	p.37
- Information souhaitée rapidement par le patient.....	p.37
Limites de l'étude.....	p.38
<u>Discussion</u>	p.39
<u>Conclusion</u>	p.47

ANNEXES

1

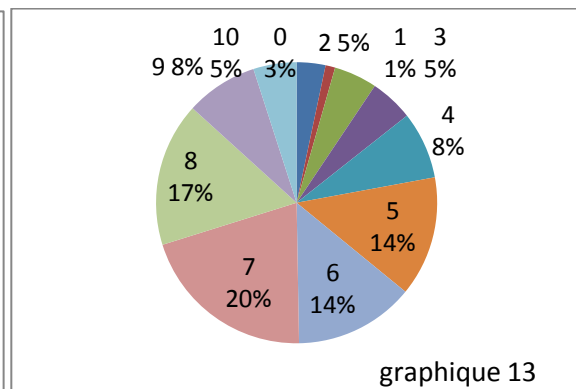
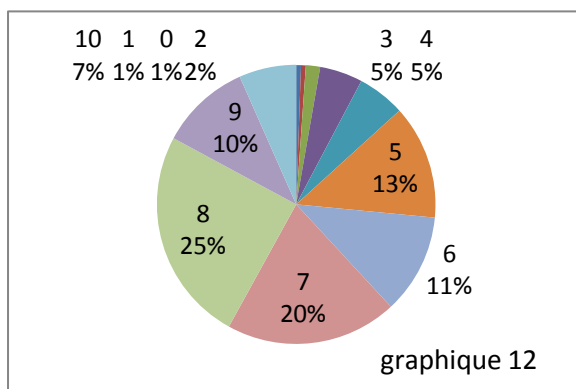
Satisfaction globale moyenne de 0 à 10 en fonction du délai de prise en charge médicale en minutes.

	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	140 et +
satisfaction	8	8,1	7,2	7,2	6,75	7,5	7,6	6	6,6	7	6	6,9	7,5	7	6
n (2 NR)	1	7	12	32	12	20	15	10	14	11	12	6	2	8	17



2

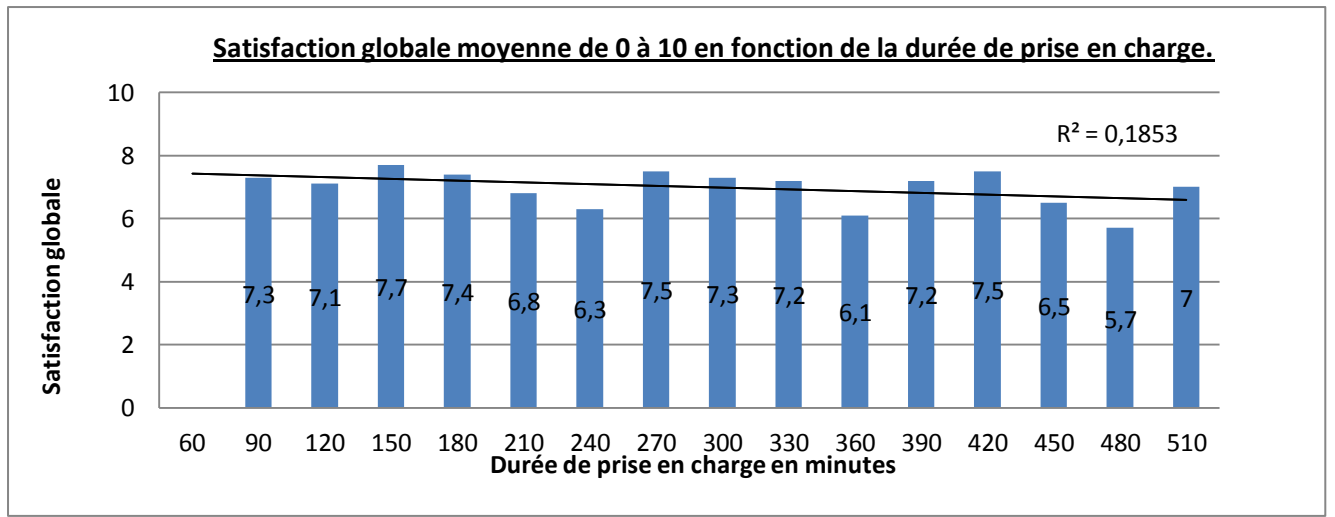
Satisfaction moyenne de 0 à 10 concernant le délai de prise en charge médicale et la durée de prise en charge en minutes (graphiques 12 et 13)



3

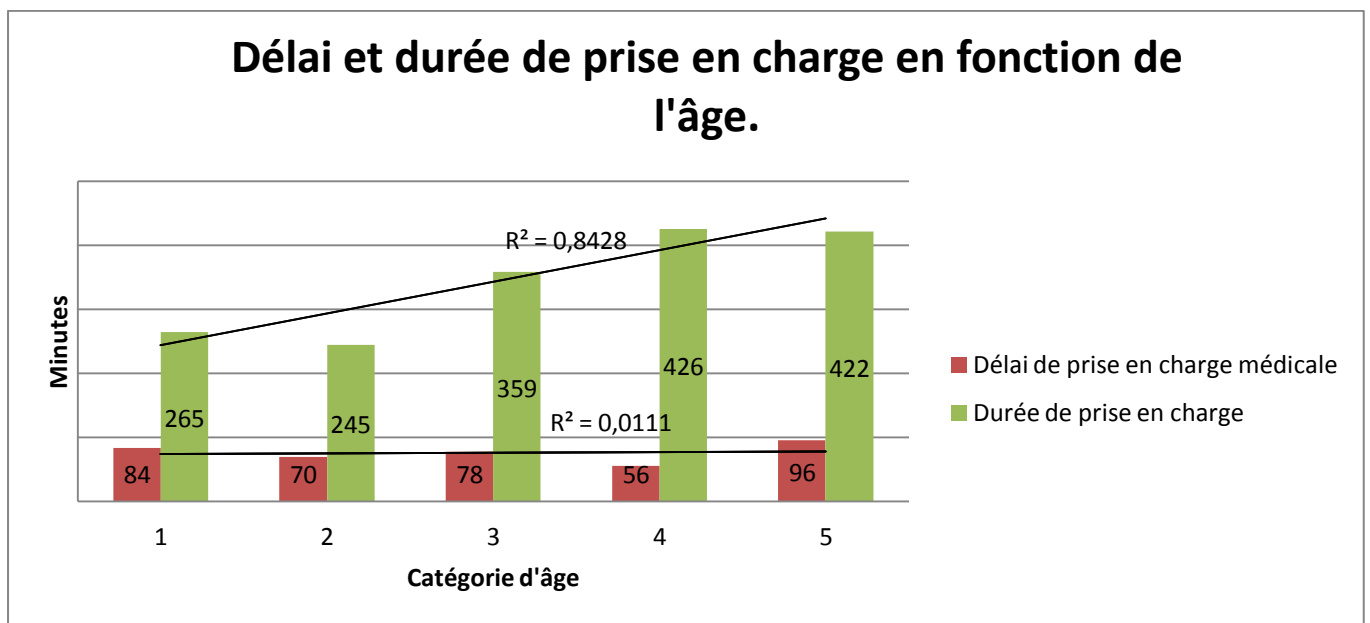
Satisfaction globale moyenne de 0 à 10 en fonction de la durée de prise en charge.

	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360	390	420	450	480	+ 480
satisfaction		7,3	7,1	7,7	7,4	6,8	6,3	7,5	7,3	7,2	6,1	7,2	7,5	6,5	5,7	7
n (1 NR)	0	8	14	8	15	16	22	11	14	14	7	6	8	6	6	25



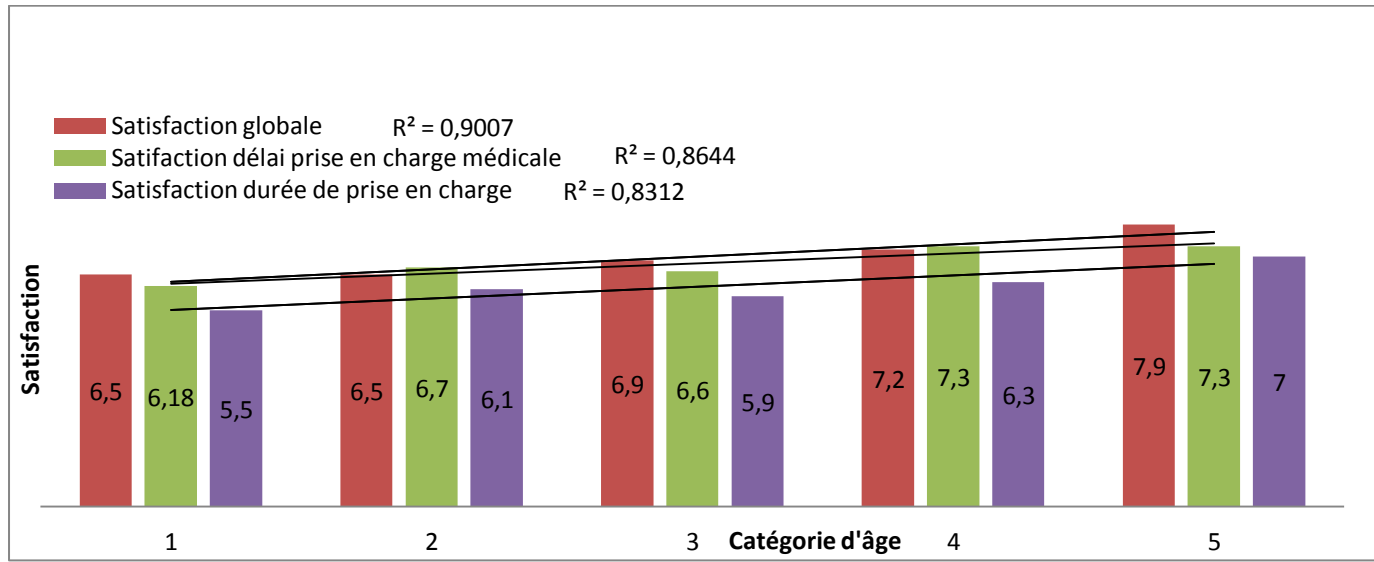
4

Délai de prise en charge médicale, durée de prise en charge , satisfaction globale, satisfaction du délai de prise en charge médicale et satisfaction de la durée de prise en charge, en fonction de l'âge (1 : 18-25 (n=44) ; 2 : 25-35 (n=32) ; 3 : 35-50 (n=38) ; 4 : 50-75 (n=43) ; 5 : > 75 ans (n=24)).



5

Satisfaction globale, satisfaction du délai de prise en charge médicale et satisfaction de la durée de prise en charge en fonction de la catégorie d'âge.



6

Attentes ressentie et réelle concernant le délai de prise en charge médicale

réel \ Ressenti	-15	16-31	32-47	48-63	64-79	80-95	96-111	112-127	127-142	142-157	157-172	172-187	188 et +
	-15		1	8	4	1	2	3					
16-31	1	5	10	3	2	2	1	1		1	1		
32-47		2		4	1	2	1						
48-63	2	3	7	4	7	5	3	2	2	1	1		
64-79					1								
80-95		2	4	4	1	3	1						1
96-111			2		1		1						
112-127		2	2	5	1	4	1	1	3	1	1		1
127-142				1	1				1			1	
142-157	1					2			1				1
157-172													
172-187			2	2	1	5	3	1	1	1	1	2	
188 et +				3			2	1					1
	4	15 2 nsp	35 1 nsp	30	17 1 nsp	25	16	6 1 nsp	8	4 1 nsp	4 2 nsp	3	4 1 nsp

7

Attentes ressentie et réelle concernant la durée de prise en charge.

Reel Ressenti \	-60	61-120	121-180	181-240	241-300	301-360	361-420	421-480	481-540	540-600	601-661	661-720	721-780	781-840	841-1440	1440 et plus
-60	0	3	2	1												
61-120		12	7	2	1			2								
121-180		6	6	7	6	1										
181-240		1	6	12	4	3				1					2	
241-300			2	8	7	5	3	2								
301-360				2	3	5	2	1								
361-420				1	2	4	3	1					1			
421-480				1		2	1	3	1		1			1		
481-540				1		1	1		3	1						
540-600				1	1		1	1	1		1					
601-660											1					
661-720							1	1								
721-780																
781-840													1			
841-1440															5	3
1440 et plus																
	1 NR	1 NSP		1 NSP	1 NSP		2 NSP									
																1 nsp

8

Impact des avis spécialisés demandés sur la durée de prise en charge sur l'ensemble des patients.

51 patients ont bénéficié d'un avis spécialisé.

	n	Moyenne (min)	Médiane (min)
Avis spécialisés	51	442	365
Pas d'avis spécialisé (4 NR)	242	348	232

p-value: 0.0509

9

Impact des avis spécialisés demandés sur la durée de prise en charge des patients non considérés UHCD (n=293-37=256).

	n	moyenne	médiane
Avis spécialisés	41	347	321
Pas d'avis spécialisé (4 NR)	215	249	216

p-value moyenne : $8.889 \cdot 10^{-5}$

10

Impact des examens biologiques réalisés sur la durée de prise en charge (n=293).

	Durée moyenne	Durée médiane
58 NR (1 NR)	360	192
113 avec examens biologiques, (1 NR)	506	366
122 sans examen biologique, (2 NR)	235	190

p-value : $5.185119347876 \cdot 10^{-9}$

11

Impact des examens biologiques réalisés sur la durée de prise en charge des patients non considérés UHCD (n=293-37=256).

	Durée moyenne	Durée médiane
47 NR (1 NR)	197	173
90 avec examens biologique (1 NR)	362	334
119 sans examen biologique, (2 NR)	217	189

p-value: $1.263 \cdot 10^{-11}$

12

Impact des radiographies standards demandées sur la durée de prise en charge des patients non considérés comme UHCD (n=256).

	n	moyenne	médiane
Radio (2 NR)	116	273	226
Pas de radio (2 NR)	140	258	234

p-value : 0.453

13

Impact des scanners demandés sur la durée de prise en charge des patients non considérés comme UHCD (n=256).

	n	Moyenne	Médiane
Scanner	29	418	416
Pas de scanner (4 NR)	227	245	219

p-value : $8.586 \cdot 10^{-7}$

14

Urgences conseillées à un proche

	n	Satisfaction globale moyenne
Conseillées	154	7,4
Non conseillées	19	4,1
NSP	8	5,4

En fonction de la satisfaction globale :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conseillées				3		16	17	40	45	19	13
Non conseillées	1	2	2	3	1	7	2	1	1		
NSP					1	5	1		1		
n	1	2	2	6	2	28	20	41	47	19	13

15

Répartition des notes concernant la satisfaction de la prise en charge médicale.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
1	1	3	2	9	8	15	27	53	42	18	2

16

Répartition des notes concernant la satisfaction des relations avec les médecins.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
1	0	3	3	2	6	4	24	61	44	32	1

17

Satisfaction concernant la disponibilité du personnel.

La satisfaction moyenne concernant la disponibilité des médecins est de 7,48 / 10 (3 NSP)

Répartition des notes concernant la disponibilité des médecins

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
1	0	6	1	9	11	9	29	56	41	15	3

La satisfaction moyenne concernant la disponibilité du personnel soignant est de 8,2 / 10
(15 NC, 1 NSP)

p-value : 0.0004 (Personnel soignant/MEDECIN)

Il existe une différence significative sur la satisfaction concernant les disponibilités IDE-Patient ou IDE-Médecin en faveur de la disponibilité des IDE.

18

Orientation (4)

2 accès et fléchage pour piétons en venant de l'extérieur, 2 Repérage intérieur des urgences

Accueil (3)

3 Accueil en général

Administratif (4)

4 Administratif (papiers de sortie, secrétariat)

Confort (69)

16 Attente générale, 12 Délai de prise en charge médicale ,6 Durée de prise en charge

9 Salle d'attente trop petite, 2 Attente avant transfert ,2 Télévision salle d'attente

2 Douleur, 1 Ne pas renvoyer à domicile un patient qui ne le souhaite pas

1 Visualisation du sang des autres dans la salle d'attente, 1 Sonnette, 1 Ecoute du patient

1 Oreiller, 1 Pouvoir sortir quand on le souhaite, 1 Musique salle d'attente, 1 Fumoir

1 Confort en général, 1 Confort du brancard, 1 Chaise pour les accompagnants

1 Chemisette non tolérable en salle d'attente, 1 Disponibilité de l'urinal, 1 Bruit la nuit

1 Douleur avant prise en charge médicale, 1 Alimentation si durée de prise en charge longue.

1 Attente avis spécialiste, 1 Inutilité de la back-strap quand on arrive en marchant aux urgences

Personnel (30)

10 Augmenter effectif, 6 Augmenter effectif médical, 3 Communication, 2 Trop d'intervenants

2 Amabilité personnel, 1 voir un médecin et non un interne, 1 Plus de joie, 1 Trop d'étudiants

1 Amabilité médecin, 1 Augmenter effectif des infirmières, 1 Augmenter effectif le WE

1 Ne pas abandonner le patient

Locaux (4)

2 Augmenter taille des urgences

1 Taille des boxes

1 Locaux

Information (24)

9 Information générale

4 Attente

4 Identification personnel

3 résultats biologiques

2 Gravité des autres patients, code couleur ?

1 Gravité personnelle

1 Raison de l'attente

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer les prestations qui vous sont proposées, nous souhaitons connaître l'appréciation que vous portez sur le service des urgences.

Questionnaire d'entrée

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez vous la gravité de votre maladie ?

(0 étant une maladie pas grave, 10 étant une maladie extrêmement grave), nsp

Pourquoi sollicitez vous les Urgences ? (plusieurs réponses possibles)

- Absence de médecin traitant disponible rapidement.
- Absence de RDV avec spécialiste.
- Pas de médecin traitant.
- Pathologie aiguë (c'est-à-dire une maladie apparue brutalement).
- Pour la rapidité de prise en charge
- C'est votre médecin qui vous adresse.
- Pour la gratuité des soins.
- NSP

L'urgence est selon vous ?

- Vitale (Risque mortel)
- Fonctionnelle (c'est-à-dire non vitale mais qui nécessite une intervention médicale ou chirurgicale rapide, afin de préserver l'intégrité d'une fonction ou d'un organe (fracture, plaie, occlusion intestinale...))
- Une douleur nécessitant un traitement spécifique.
- Anxiété, impatience
- NSP

Combien de temps pensez-vous passer aux urgences (avant sortie ou hospitalisation) ?

.....

Quelle serait la durée de prise en charge aux urgences acceptable selon vous avant votre sortie ou hospitalisation ?

.....

Combien de temps pensez-vous attendre aux urgences avant de voir un médecin?

.....

Quel serait le délai de prise en charge médical aux urgences acceptable selon vous ?

.....

Préférez-vous connaître le délai de prise en charge médicale ou la durée de prise en charge ?

(C'est-à-dire le temps d'attente avant de voir le médecin ou le temps d'attente avant de sortir des urgences ou d'être hospitalisé.)

- Durée de prise en charge.
- Délai de prise en charge médicale.
- NSP

Si durée de prise en charge choisie, souhaiteriez-vous en être informé dès votre entrée (estimation superficielle) ou après la consultation médicale (estimation plus précise) ?

- Dès votre entrée
- Après la consultation médicale
- NSP

En cas d'annonce d'un délai d'attente très supérieur à celui que vous imaginiez, quelle pourrait être votre réaction ? (Une seule réponse possible)

- Quitter les urgences avant de voir le médecin.
- Aller consulter dans un autre service d'urgences.
- Aller voir un médecin généraliste (médecin traitant ou maison médicale de garde).
- Attendre mon tour.
- NSP

Quelle information souhaiteriez-vous recevoir le plus rapidement possible en entrant aux urgences ? (Une seule réponse possible)

- Diagnostic/Pronostic de ma maladie
- Hospitalisation ou sortie à domicile
- Quel traitement et quels examens vont être réalisés
- Temps d'attente
- NSP

Pensez vous que ce genre de questionnaire peut permettre d'améliorer la prise en charge aux urgences ?

- Oui.
- Non.
- NSP

Acceptez-vous d'être recontacté par téléphone d'ici 15 jours afin d'évaluer votre satisfaction après passage aux Urgences ?

- Oui.
- Non.

Jour et heures pour recontacter.....

Questionnaire par téléphone

Sur une échelle de 0 à 10 quelle a été votre satisfaction globale concernant votre passage aux urgences ? (0 étant une insatisfaction totale, 10 étant une très grande satisfaction)

.....

L'attente:

<u>Sur une échelle de 0 à 10 quelle a été votre satisfaction concernant</u> (0 = insatisfaction totale, 10 = très grande satisfaction)	Chiffre entre 0 à 10
Le délai de prise en charge médical ? (temps avant de voir le médecin)	
La durée de prise en charge ? (temps avant de sortir des urgences)	
L'acceptabilité de l'attente ?	
La justification de l'attente ? (de 0 = non justifiée à 10 totalement justifiée)	

A combien estimez vous votre durée prise en charge aux Urgences ?

(C'est-à-dire le temps entre l'admission et la sortie des urgences).

.....

A combien estimez vous votre délai de prise en charge médicale aux Urgences ?

(C'est-à-dire le temps entre l'admission et la consultation d'un médecin).

.....

Auriez-vous mieux vécu votre attente aux urgences si on vous avait annoncé le délai de prise en charge médicale dès votre arrivée aux urgences ? (Temps avant de voir le médecin)

- Oui
 Non

Préféreriez-vous connaître le délai de prise en charge médicale ou la durée de prise en charge ?

- Délai de prise en charge médical (temps avant de voir le médecin)
 Durée de prise en charge (temps entre l'admission et la sortie des urgences)

Avec du recul, si vous reconsultiez dans les mêmes conditions, quelle aurait pu être votre attitude ? (Une réponse possible)

- Sortir des urgences avant d'avoir vu le médecin
 Aller consulter dans un autre service d'urgences
 Aller voir un médecin généraliste (médecin traitant ou maison médicale de garde)
 Attendre mon tour
 NSP

Conseilleriez-vous à un proche, les urgences du CHU d'Angers ?

- Oui
 Non
 NSP

Quel serait le premier paramètre à améliorer ?

.....

Ma prise en charge:

Sur une échelle de 0 à 10 quelle a été votre satisfaction concernant (0 étant une insatisfaction totale, 10 étant une très grande satisfaction)	Chiffre de 0 à 10	Non concerné	NSP
Votre prise en charge médicale? (diagnostique, traitement)			
Vos relations avec les médecins?			
La disponibilité du personnel médical ?			
Les informations données par le personnel médical ?			
Vos relations avec les infirmières?			
La disponibilité du personnel soignant ?			
Les informations données par le personnel soignant ?			

Le confort:

Sur une échelle de 0 à 10 quelle a été votre satisfaction concernant (0 étant une insatisfaction totale, 10 étant une très grande satisfaction)	Chiffre entre 0 et 10	Non concerné
Votre confort ? (C'est-à-dire la propreté, les nuisances sonores, la qualité du lit ou brancard...)		
L'attention portée à ma famille ?		
Le respect de votre intimité ?		
La prise en charge de la douleur ?		
La nourriture ?		
Les locaux ?		
L'organisation du service des Urgences ?		

L'information

Avez-vous été informé sur	Oui ou non
Votre délai de prise en charge médicale ? (temps avant de voir le médecin)	
Votre durée de prise en charge (temps avant de sortir des urgences)?	
Votre état de santé	
Votre traitement, les examens, l'opération...	
Sur la suite après votre venue aux urgences.	