UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Description de la satisfaction des accompagnants des patients de la structure d'urgences d'un centre hospitalier général

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2014 à 16h00
Au Pôle Formation

Par DUWELTZ Marie-Odile

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Wiel
Assesseurs :
Monsieur le Professeur Glantenet
Monsieur le Docteur Tournel
Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Vaniet

Liste des abréviations

OMG : Organisation Mondiale de la Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CHV : Centre Hospitalier de Valenciennes

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgences

Table des matières

Résumé **1**

Introduction **2**
I. La satisfaction et la qualité des soins 2
A. Définition 2
B. Qualité des soins 2
C. Facteurs prédictifs connus de satisfaction et d'insatisfaction 3
II. L'accompagnant 4
A. Cadre légal 4
B. Son Rôle 4
III. Le contexte actuel et axe d'amélioration dans un centre hospitalier général 5
A. Les réclamations 5
B. Les axes d'amélioration 5
C. Objectifs de ce travail 6

Matériels et méthodes **7**
I. Type d'étude 7
A. Description 7
C. Critères de jugement 7
1. Critère principal 7
2. Critères de jugements secondaires 7
II. La population 8
A. Critères d'inclusions 8
B. Critères d'exclusions 8
III. Déroulement de l'étude 9
A. Validation de l'étude 9
B. Construction du questionnaire 9
1. Objectifs 9
2. Le questionnaire (Annexe1) 9
3. Méthode de mesure 10
D. Le recueil des données 10
IV. Analyses statistiques 11

Résultats **12**
I. Description de la population 12
A. Le sexe 12
B. L'âge 12
C. Lien accompagnant-patient 12
D. Heure d'arrivée 13
II. Statistiques descriptives 13
A. Résultat principal 13
B. Résultats secondaires 15
1. L'ambiance de la salle d'attente 15
2. L'affichage de la salle d'attente 16
3. La capacité d'écoute du personnel médical 17
4. La capacité d'écoute du personnel paramédical 18

5. La capacité d'écoute du personnel administratif 19
C. Facteurs prédictifs connus de la satisfaction 21
1. Le temps d'attente 21
2. La relation accompagnant et personnel paramédical 22
3. La relation accompagnant et personnel médical 22
III. Statistiques bivariées (pour aller plus loin) 22
A. Relation entre l'ambiance de la salle d'attente et la satisfaction des accompagnants 24
B. Relation entre l'affichage de la salle d'attente et la satisfaction des accompagnants 25
C. Relation entre la capacité d'écoute du personnel médical et la satisfaction des accompagnants 25
D. Relation entre la capacité d'écoute du personnel paramédical et la satisfaction des accompagnants 26
E. Relation entre la capacité d'écoute du personnel administratif et la satisfaction des accompagnants 27
F. Relation entre la satisfaction et les facteurs prédictifs connus de la satisfaction des accompagnants. 27
1. Satisfaction et impact de la durée d'attente 27
2. Satisfaction et impact du relationnel paramédical 28
3. Satisfaction et impact du relationnel médical 28

Discussion 29
I. Les principaux résultats 29
A. Dans notre étude 29
1. Objectif principal 29
2. Objectifs secondaires 29
a) Ambiance de la salle d'attente 29
b) Affichage de la salle d'attente 29
c) Capacité d'écoute du personnel médical, paramédical et administratif 30
B. Que dit la littérature ? 30
1. Satisfaction et accompagnant 30
2. Quelle place pour l'évaluation de l'ambiance de la salle d'attente 31
3. Utilité de l'affichage en salle d'attente 32
4. L'écoute des familles 33
a) Commentaires de résultats 33
b) Quelques références qui vont à l'encontre de nos résultats 34
II. Les limites de l'étude 35
A. Les limites méthodologiques 35
1. Faible échantillon 35
2. Le type d'étude 36
3. Le questionnaire 37
4. Un investigateur unique 37
B. Les limites des résultats, une discordance avec la littérature 37
1. Le temps d'attente dans les structures d'urgences 37
2. Problème de communication dans la relation patient-soignant 38
III. Les points positifs de l'étude 41
A. Le sujet : prise en compte de l'accompagnant 41
B. Le questionnaire et description du temps d'attente perçu 41
D. Le personnel administratif 42
IV. Axes d'amélioration 42
A. Vers de nouvelles études 42

B. Au Centre Hospitalier de Valenciennes 43
1. Mise en place d'un protocole d'information 43
2. Affichage de la salle d'attente 43
3. Amélioration de l'ambiance en salle d'attente 43

Conclusion 44

Références bibliographiques 45

Annexes 48
Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction des accompagnants 48
Annexe 2 : Salle d'attente et d'accueil du Centre Hospitalier de Valenciennes 51
Annexe 3 : exemple de salle d'attente dans une structure d'urgences d'un hôpital de Chicago au Etats-Unis (deux photographies) 52
Annexe 4 : fiche de poste de l'infirmier coordinateur. 53

RESUME

Contexte : La satisfaction des patients aux urgences est un sujet repris largement dans la littérature. De plus l'évaluation de la satisfaction est un objectif de la certification des hôpitaux. Parmi les facteurs explicatifs de la satisfaction on retrouve l'information donnée aux proches mais il existe peu de données dans la littérature. Ainsi l'objectif est de décrire la satisfaction des accompagnants des patients dans une structure d'urgences, puis de décrire les facteurs pouvant influencer la satisfaction.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive mono centrique, réalisée sur un échantillon de 350 accompagnants du 13 janvier au 9 février 2014. Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire proposé à J 7 du passage aux urgences par entretien téléphonique. Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme de pourcentage ou d'effectif, les analyses bivariées on été analysées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fischer.

Résultats : Sur les 350 accompagnants inclus, seul 198 répondants sont analysés. 49% IC 95% (41,87-56,15) des accompagnants sont satisfaits de leur passage aux urgences, 36% IC 95% sont tout à fait satisfaits et 1% IC 95%(0,01-2,78) n'est pas du tout satisfait. Les analyses pour les objectifs secondaires réalisées retrouvent : 33% IC 95% (26,43-39,9) des accompagnants estiment la salle d'attente accueillante, 40% IC 95% (33,57-47,61) des accompagnants n'estiment pas du tout utile l'affichage en salle d'attente, 49 % IC (41,87-56,15) d'entre eux estiment que le personnel médical n'est pas du tout à leur écoute, 36% IC 95% (29,74-43,52) estiment que le personnel paramédical est à leur écoute et enfin 60% IC 95% (52,9-66,91) estiment que le personnel administratif est à leur écoute.

Conclusion : Le résultat principal est satisfaisant, cependant des actions sont à mener face aux résultats secondaires. La réorganisation de l'espace d'attente et d'accueil est à envisager d'une part, d'autre part il est nécessaire de sensibiliser les équipes soignantes face à la prise en charge des proches.

INTRODUCTION

I. La satisfaction et la qualité des soins

La notion de satisfaction dans le système de soin a été introduite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1982 [1] : « *l'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour* ***sa plus grande satisfaction*** *en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins… ».*

A. Définition

La définition de la satisfaction dans le dictionnaire Larousse 2013 est la suivante [2] : « *n.f. action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance. Contentement pour un résultat en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait. Ce qui satisfait répond à la demande de quelqu'un. »*

La satisfaction est une notion subjective. Dans la revue de littérature de Trout et al [3] on remarque qu'il existe plusieurs définitions de la satisfaction en fonction des auteurs. Devant ce manque d'uniformité je reprends celle de Thompson et Yarnold [4] où la satisfaction est la réponse de l'équipe soignante à une attente du patient, cette définition s'applique pour le mieux à la politique de l'hôpital public.

B. Qualité des soins

Le terme de qualité des soins est introduit par Avodis Donabedian [5] en 1988 qui part de la satisfaction pour définir le terme de « qualité des soins » afin

d'améliorer les systèmes de soins. Il rend nécessaire l'évaluation de la satisfaction comme élément entrant en compte dans la mesure de la qualité des soins.

L'évaluation de la qualité des soins [6] a été introduite dans le système français depuis 1996 par l'Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation de la Santé (ANAES) devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005, entrant dans la certification des hôpitaux (privés et publics). La certification a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

L'évaluation de la satisfaction des patients des établissements de santé est d'ailleurs devenue une priorité depuis les ordonnances d'avril 1996 [7].

C. Facteurs prédictifs connus de satisfaction et d'insatisfaction

Il existe des **facteurs prédictifs de satisfaction** déjà connus chez les patients [8] :

- la perception du temps d'attente ;
- la qualité technique des soins ;
- la qualité de prise en charge paramédicale et médicale ;
- la qualité d'information reçue.

La mise en évidence de **facteurs prédictifs d'insatisfaction** [9] a également été démontrée :

- La mauvaise explication des problèmes ;
- Absence d'information donnée sur la durée de la maladie ;
- Absence d'information donnée sur les résultats d'examens ;
- Absence de consigne de consultation aux urgences.

Une étude datant de 2000 [10] démontre que l'**absence d'information à la famille** est également un facteur d'insatisfaction.

II. L'accompagnant

A. Cadre légal

Depuis la loi du 4 mars 2002 [11] le patient peut désigner une **personne de confiance.**

Elle est nommée par écrit, et peut être révoquée à tout moment. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

B. Son Rôle

La personne de confiance est là pour accompagner [12] le patient dans son parcours de soins. Elle s'exprime au nom du patient. Si le patient n'est pas capable d'exprimer sa volonté aucune intervention ne peut être effectuée sans son accord (sauf urgence vitale).

Le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance qui n'a pas accès au dossier médical.

Ainsi la personne de confiance et les proches font partie intégrante du projet de soins des patients tant sur le plan légal que sur le plan éthique. Leur intégration dans nos prises en charge devrait ainsi être codifiée et systématique. Je n'ai pas retrouvé dans la littérature d'étude évaluant la place de l'accompagnant ou de la personne de confiance, la possibilité d'entreprendre des travaux sur ce sujet est large.

III. Contexte actuel et axe d'amélioration dans un centre hospitalier général

A. Les réclamations

Au sein de la structure d'urgences du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV) on recense 33 réclamations soit 0,01% en proportion du nombre d'entrées sur les premiers semestres 2012 et 2013 les chiffres sont donc superposables sur ces deux années.

J'ai choisi d'entreprendre un travail dans ce centre puisque sa politique d'accueil est un « grand chantier » ouvert aux axes d'améliorations pour tous les services.

Cette proportion de réclamations peut paraître négligeable mais en terme de santé les pourcentages ne peuvent être négligés puisqu'ils se rapportent à des patients, des personnes.

Les motifs de réclamations portent sur le manque d'information reçue, le manque d'explication reçue par les proches après le décès d'un patient, et sur les difficultés de suivi médical au décours d'une consultation aux urgences.

Aussi les proches sont à l'initiative d'un tiers des réclamations.

B. Les axes d'amélioration

Un comité de pilotage axé sur la qualité des soins aux urgences existe depuis 2010 au CHV.

En 2013 j'ai pu intégrer ce groupe qui avait pour objectifs d'entreprendre des actions centrées sur les motifs de réclamations.

Ainsi les axes de travail en 2013 étaient :

- Mise à jour de la fiche de poste de l'infirmier coordinateur, en le plaçant en véritable relais d'information famille-médecins-paramédicaux ;
- Améliorer la signalétique au service d'accueil des urgences ;
- Créer un espace de rencontre soignants-familles ;
- Créer un espace d'attente convivial ;
- Permettre aux patients et accompagnants d'identifier simplement les différents personnels (administratifs, paramédicaux et médicaux) à l'aide d'un dress-code ;
- Permettre aux accompagnants d'identifier le parcours de soins du patient en respectant le secret médical à l'aide d'un écran actualisé en temps réel.

C. Objectifs de ce travail

Ainsi nous avons conduit une étude prospective à l'accueil des urgences du CHV avec pour objectif principal de **décrire la satisfaction des accompagnants des usagers de la structure d'urgences d'un centre hospitalier général**.

Les objectifs secondaires étaient de décrire l'ambiance dans la salle d'attente, l'utilité de l'affichage de la salle d'attente, la qualité d'écoute du personnel médical, paramédical (notamment de l'infirmier coordinateur) et administratif tout ceci par les accompagnants.

L'infirmier coordinateur est un poste apparu récemment [13] dans les structures d'urgences, il a des missions de régulateur, modérateur et organisationnel, il est donc le plus formé à la prise en charge des accompagnants lors de leur passage aux urgences.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

A. Description

Il s'agit d'une étude descriptive, qui a été mise en place au service d'accueil des urgences adultes du centre hospitalier de Valenciennes, mono centrique.

Cette étude s'est déroulée du 13 janvier au 9 février 2014, comprenant les week-ends, 24 heures sur 24, sur un échantillon de 350 accompagnants.

Le recueil de données a été fait à l'aide d'un questionnaire validé (inspiré des critères validés dans la littérature,par le groupe qualité du CHV et par le département de bio statistique de Lille).

C. Critères de jugement

1. Critère principal

Le critère de jugement principal était la satisfaction globale des accompagnants des patients des urgences.

La satisfaction a été évaluée à l'aide d'une question à choix multiples. Les propositions de réponses étant une graduation d'accord selon une échelle de Likert.

2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation de l'affichage en salle d'attente par les accompagnants, l'évaluation de l'ambiance dans la salle d'attente

par les accompagnants et enfin la capacité d'écoute du personnel administratif, paramédical et médical selon les accompagnants.

II. La population

L'étude a inclus 350 accompagnants

A. Critères d'inclusions

- Les accompagnants de plus de 16 ans ayant signé un consentement éclairé (signature du tuteur légal pour les mineurs) ;
- Les accompagnants de patients admis au service d'accueil des urgences dans le secteur médico-chirurgical et au déchoquage médico-chirurgical.
- Les accompagnants acceptant de participer à l'étude sur la base du volontariat.

B. Critères d'exclusions

- Les accompagnants de patients admis en filière traumatologie et soins externes ;
- Les accompagnants de patients admis pour la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral de moins de 04H30, dite filière « alerte thrombolyse » ;
- Les accompagnants refusant de participer à l'étude.

III. Déroulement de l'étude

A. Validation de l'étude

La méthode de recueil des données par un questionnaire a été validée par le Comité Qualité du Centre Hospitalier de Valenciennes et par le Département de Santé Publique du CHRU de Lille.

Le Comité Qualité, par l'intervention de Monsieur Ruyant président de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en Charge, a permis d'obtenir le consentement écrit, éclairé des accompagnants inclus à l'étude.

Une déclaration à la CNIL a été effectuée (numéro de déclaration 1787384v0)

B. Construction du questionnaire

1. Objectifs

Les objectifs de construction du questionnaire étaient de deux ordres :

- répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires ;
- permettre une standardisation du questionnaire.

2. Le questionnaire (Annexe1)

Pour établir le questionnaire il a été nécessaire d'extrapoler les données de la littérature sur la satisfaction des patients vers celle des accompagnants.

Ainsi d'après une revue de littérature effectuée en 2008 [3] sur la satisfaction des patients consultant aux urgences, il fallait inclure dans le questionnaire les facteurs prédictifs connus de la satisfaction des patients, en les extrapolant aux accompagnants à savoir :

- le temps d'attente pour recevoir des informations ;
- la qualité de communication avec le personnel ;
- la relation médecin-accompagnant, personnel paramédical-accompagnant.

Ainsi le questionnaire a été construit en trois parties :

- obtention du critère de jugement principal, une question centrée sur la satisfaction des accompagnants ;
- évaluation des critères prédictifs de satisfaction ou d'insatisfaction ;
- évaluation des critères de jugement secondaires.

Le questionnaire a été validé par le Comité Qualité du CHV et par le Département de Santé Publique du CHRU de Lille.

3. Méthode de mesure

Afin de permettre une standardisation du questionnaire et de le rendre exploitable, les méthodes de mesure du questionnaire ont été élaborées à l'aide :

- D'une échelle de Likert (pas du tout d'accord, pas d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord) ;
- D'une réponse binaire (oui, non).

D. Le recueil des données

Un consentement écrit était remis à l'accompagnant principal le jour de la consultation (J1). L'accompagnant était désigné par le patient, il pouvait être la personne de confiance. En cas d'incapacité à désigner il s'agissait systématiquement de la personne de confiance.

Ce consentement était ensuite donné à l'infirmière d'accueil pour ainsi collecter les coordonnées.

Le questionnaire était effectué au septième jour (J7) suivant la consultation par un appel téléphonique effectué par le même investigateur (moi-même).

Apres deux appels (espacés de minimum une heure) sans réponse l'accompagnant était considéré comme « non répondant ».

Le recueil des consentements (et coordonnées) s'est déroulé du 13 au 19 janvier 2014 et du 27 janvier au 1er février 2014 sur tous les accompagnants consécutifs se présentant aux urgences (avec critères d'inclusions et sans critères

d'exclusions). Puis un tirage au sort informatique était effectué quotidiennement pour recueillir 25 sujets par jour.

Ainsi le nombre d'accompagnants inclus était de 350.

IV. Analyses statistiques

La réalisation des analyses statistiques a été effectuée par l'équipe du Département de Santé Publique du CHRU de Lille dirigée par le Docteur Chazard Maitre de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier.

Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme d'effectifs et de pourcentages.

Des analyses secondaires ont été effectuées en associant les critères de jugement secondaires à la satisfaction. Pour effectuer ces analyses bi variées de variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi-2 lorsque l'effectif théorique était supérieur ou égal à 5 ou le test exact de Fisher lorsque l'effectif était inferieur à 5.

RESULTATS

Sur 350 accompagnants inclus 198 sont répondants, dont les données ont pu être analysées, soit une exhaustivité de 57%.

I. Description de la population

A. Le sexe

56 % des accompagnants étaient de sexe féminin soit en valeur absolue 111 femmes.

B. L'âge

La médiane de l'âge des accompagnants était de 45 ans (avec comme valeurs extrêmes 18 et 81 ans).

C. Lien accompagnant-patient

Pour 87% des accompagnants il s'agissait d'un membre de la famille du premier degré (ascendant, descendant, époux).

Dans 9 % des cas l'accompagnant était un ami.

Enfin dans 5 % des cas il s'agissait d'un membre de la famille au second degré (cousin, neveu, oncle et tante).

D. Heure d'arrivée

L'heure médiane d'arrivée au CHV de l'accompagnant était 13 heures (les valeurs extrêmes étaient entre 2 heures et 23 heures).

II. Statistiques descriptives

A. Résultat principal

L'objectif principal est la description de la satisfaction globale des accompagnants des patients usagers d'un service d'accueil des urgences.

Ainsi pour obtenir cette variable qualitative, les accompagnants ont répondu à l'affirmation suivante : « *Je suis satisfait de mon passage en tant d'accompagnant au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Valenciennes* ».

(cf. Tableau 1 et Figure 1)

	Effectif	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95% (IC 95%)
Pas du tout d'accord	1	1	(0.01-2.78)
Pas d'accord	6	3	(1.24-6.79)
Ni d'accord ni pas d'accord	23	12	(7.66-17.11)
D'accord	97	49	(41.87-56.15)
Tout a fait d'accord	71	36	(29.27-43.01)
Total	198	100	

Tableau 1 description de la satisfaction globale des accompagnants

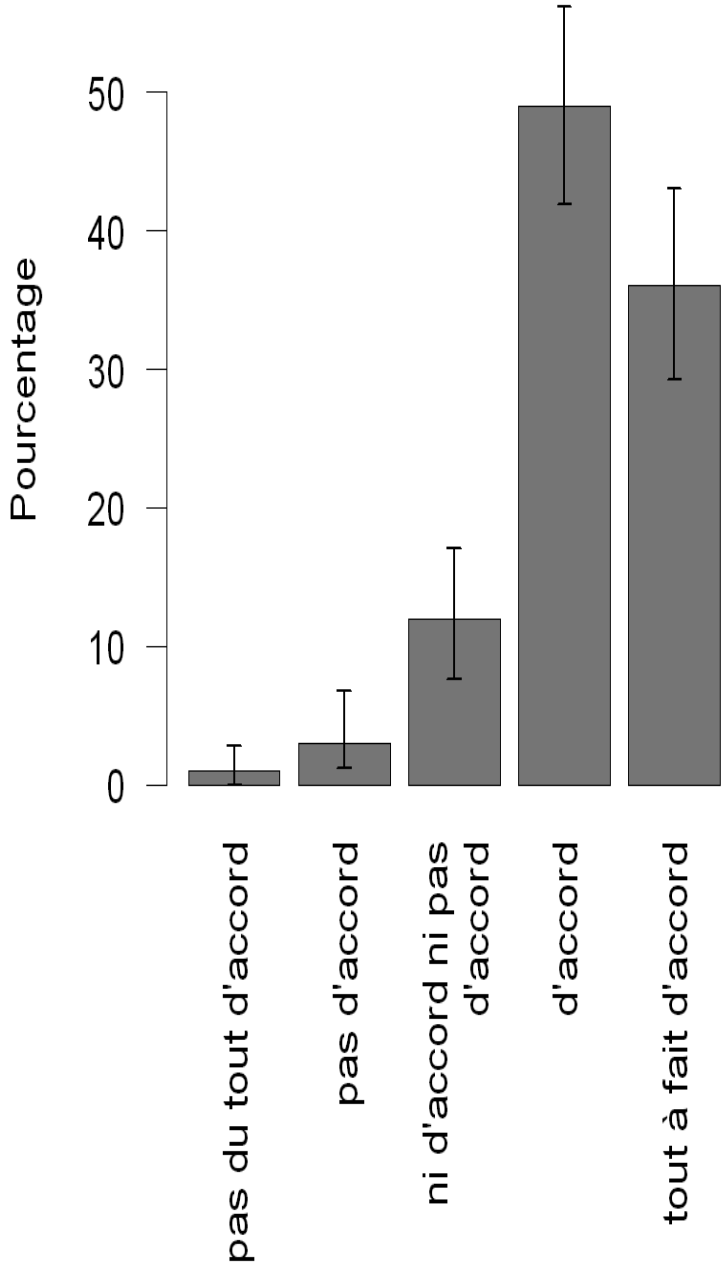

Figure 1 : satisfaction globale des accompagnants (boxplot)

Sur le Tableau 1, on voit que 49% IC 95% (41,87-56,15) des accompagnants sont satisfaits de leur passage aux urgences. La Figure1 montre le contraste entre la

majorité d'accompagnants globalement satisfaits voire très satisfaits face à la minorité non satisfaite.

B. Résultats secondaires

Outre les facteurs prédictifs connus de la satisfaction des patients que nous avons extrapolés aux accompagnants, nous voulions décrire d'autres facteurs pouvant influencer également la satisfaction (mais l'objet de l'étude n'est pas d'évaluer leur caractère prédictif, seulement de les décrire).

Afin de décrire ces facteurs, les questions étaient présentées sous la forme d'une affirmation à nuancer selon une échelle de Likert (5 propositions de réponse) par le répondant.

1. L'ambiance de la salle d'attente

	Effectif	Pourcentage	Intervalle de Confiance à 95%
Pas du tout d'accord	29	15	(10.18-20.52)
Pas d'accord	48	24	(18.57-30.93)
Ni d'accord ni pas d'accord	34	17	(12.34-23.31)
D'accord	65	33	(26.43-39.9)
Tout a fait d'accord	22	11	(7.25-16.54)
Total	198	100	

Tableau 2 Description de l'ambiance dans la salle d'attente

L'affirmation présentée aux accompagnants afin de décrire l'ambiance dans la salle d'attente était : « *l'ambiance dans la salle d'attente vous est accueillante* »

33% des répondants sont d'accord avec cette proposition.
(cf. tableau 2, figure 2)

2. L'affichage de la salle d'attente

L'affirmation présentée aux accompagnants afin de décrire l'utilité de l'affichage de la salle d'attente était : « *l'affichage de la salle d'attente est utile :* »

40% des répondants ne sont pas du tout d'accord avec cette affirmation.
(cf. tableau 3, figure 3)

	Effectif	Pourcentage	Intervalle de Confiance à 95%
Pas du tout d'accord	80	40	(33.57-47.61)
Pas d'accord	67	34	(27.38-40.94)
Ni d'accord ni pas d'accord	29	15	(10.18-20.52)
D'accord	20	10	(6.43-15.38)
Tout a fait d'accord	2	1	(0.12-3.6)
Total	198	100	

Tableau 3 Description de l'utilité de l'affichage de la salle d'attente

3. La capacité d'écoute du personnel médical

Afin de décrire la capacité d'écoute du personnel médical, l'affirmation suivante était présentée aux accompagnants : « *le personnel médical est à mon écoute* ».

49 % des répondants ne sont pas du tout d'accord avec cette affirmation. (cf. tableau 4, figure 4)

	Effectif	Pourcentage	Intervalle de Confiance à 95%
Pas du tout d'accord	97	49	(41.87-56.15)
Pas d'accord	18	9	(5.63-14.21)
Ni d'accord ni pas d'accord	12	6	(3.31-10.6)
D'accord	37	19	(13.65-24.97)
Tout a fait d'accord	34	17	(12.34-23.31)
Total	198	100	

Tableau 4 Description de la capacité d'écoute du personnel médical

4. La capacité d'écoute du personnel paramédical

Afin de décrire la capacité d'écoute du personnel paramédical l'affirmation suivante était présentée aux accompagnants : *« le personnel paramédical est à mon écoute ».*

36% des répondants sont d'accord avec cette affirmation.

(cf. tableau 5, figure 5)

	Effectif	Pourcentage	Intervalle de Confiance à 95%
Pas du tout d'accord	46	23	(17.67-29.86)
Pas d'accord	16	8	(4.84-13.02)
Ni d'accord ni pas d'accord	19	10	(6.03-14.79)
D'accord	72	36	(29.74-43.52)
Tout a fait d'accord	45	23	(17.22-39.32)
Total	198	100	

Tableau 5 Description de la capacité d'écoute du personnel paramédical

5. La capacité d'écoute du personnel administratif

Afin de décrire la capacité d'écoute du personnel administratif, l'affirmation suivante était présentée aux accompagnants : « *le personnel administratif est à mon écoute* : ».

60% des répondants sont d'accord avec cette affirmation.
(cf. tableau 6, figure 6).

	Effectif	Pourcentage	Intervalle de Confiance à 95%
Pas du tout d'accord	6	3	(1.24-6.79)
Pas d'accord	5	3	(0.93-6.12)
Ni d'accord ni pas d'accord	23	12	(7.66-17.11)
D'accord	119	60	(52.9-66.91)
Tout a fait d'accord	45	23	(17.22-29.32)
Total	198	100	

Tableau 6 Description de la capacité d'écoute du personnel administratif

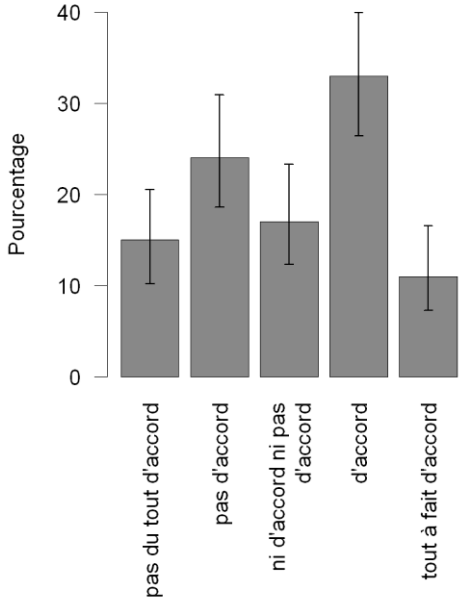

Figure 2: satisfaction et ambiance en salle d'attente

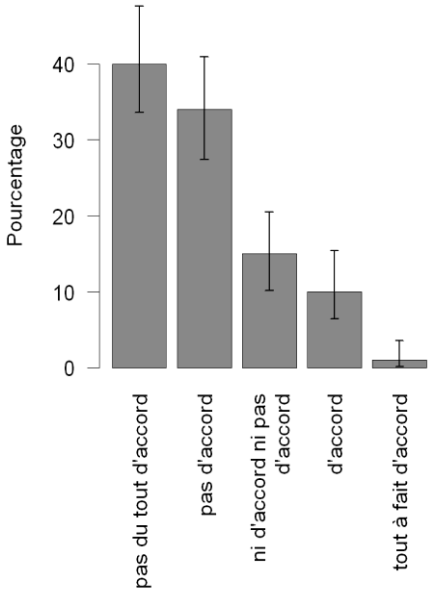

Figure 3: satisfaction et affichage en salle d'attente

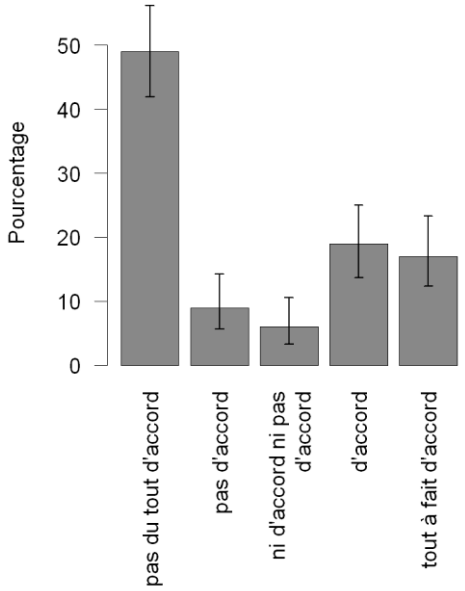

Figure 4: satisfaction et écoute du personnel médical

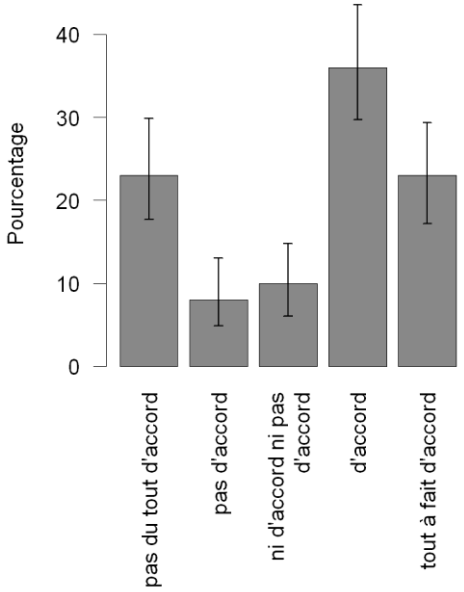

Figure 5: satisfaction et écoute du personnel paramédical

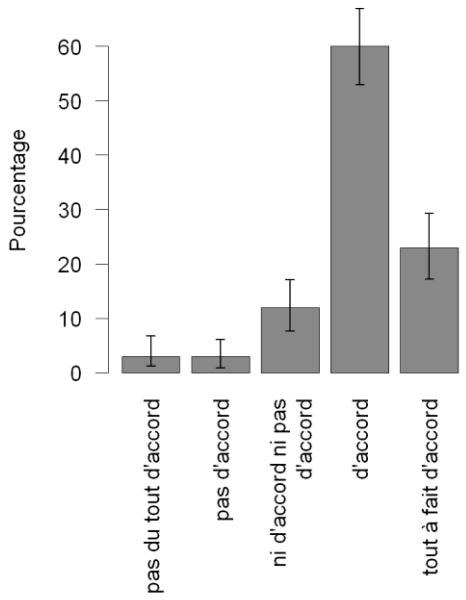

Figure 6: satisfaction et écoute du personnel administratif

C. Facteurs prédictifs connus de la satisfaction

Les facteurs prédictifs de la satisfaction des patients déjà connus ont été extrapolés aux accompagnants dans cette étude. Ainsi nous pouvons également les décrire sur notre population d'accompagnants.

1. Le temps d'attente

Le temps passé aux urgences selon les accompagnants était :
-pour 35% d'entre eux court IC 95% (28.79-42.49),
-pour 18% d'entre eux long IC 95% (12.77-23.87),
-pour 18% d'entre eux il était ni court ni long IC 95%(13.21-24.42),
-pour 15% d'entre eux très long IC 95% (10.61-21.09)
-et pour 14% d'entre eux très cours IC 95% (9.33-19.41).

De plus 65% IC 95% (58.02-71.68) des répondants n'ont reçu aucune information sur la durée d'attente estimée.

2. La relation accompagnant et personnel paramédical

La relation a été décrite dans l'étude par l'information reçue (ou non reçue) de la part d'un infirmier coordinateur et sa fréquence d'intervention.

L'infirmier coordinateur est en effet le lien patient-médecin-accompagnant-administratif.

Ainsi 25% des accompagnants ont reçu des informations de la part de l'infirmier coordinateur IC 95% (19.48-32).

Pour 45% des accompagnants la fréquence de ses interventions était suffisante IC 95% (36.5-52.97).

Au CHV les accompagnants ne peuvent entrer en zone de soins avec les patients, 58% IC 95% (50.48-64.83) des répondants n'ont pas compris la raison de cette politique

3. La relation accompagnant et personnel médical

57% des accompagnants ont reçu de l'information de la part d'un médecin IC 95% (49.62-63.82). Pour la population ayant reçu des informations médicales 39% considèrent que la fréquence des interventions était suffisante IC 95% (28.97-35.94).

III. Statistiques bivariées (pour aller plus loin)

Nous avons dans un second temps réalisé des analyses statistiques bivariées de variables qualitatives.

Ainsi nous avons donc binarisé la satisfaction en formant deux groupes à partir des sous-groupes « pas du tout satisfait », « pas satisfait » et « ni satisfait ni insatisfait » formant le groupe des « non satisfait » (n= 30) puis les « satisfait » et « tout à fait satisfait » formant le groupe des « satisfait » (n=168) .

Nous avons donc pu associer ces deux groupes aux critères de jugement secondaires à savoir l'ambiance de la salle d'attente, l'utilité de l'affichage, la capacité d'écoute du personnel médical, paramédical et administratif par le test du Chi2 ou le test de Fisher exact (en fonction de l'effectif théorique).

Pour avoir des effectifs suffisants afin d'associer les variables nous avons reformé 3 groupes pour chaque variable du critère de jugement secondaire étudiée.
Ainsi il y a un groupe « d'accord », un groupe « ni d'accord ni pas d'accord » puis un groupe « pas d'accord ».

A. Relation entre l'ambiance de la salle d'attente et la satisfaction des accompagnants

Colonnes : satisfaction (binarisée)

Lignes : caractère accueillant de l'ambiance de la salle d'attente

Réalisation du test du Chi 2 : p= 0.107

	NON	OUI	Total
D'accord	8 (9.2%)	79 (90.8%)	87
Ni d'accord ni pas d'accord	6 (17.65%)	28 (82.35%)	34
Pas d'accord	16 (20.78%)	61 (79.22%)	77
Total	30	168	198

Tableau 7 relation entre la satisfaction des accompagnants et l'ambiance de la salle d'attente

La valeur de p n'étant pas significative on ne peut donc conclure à une relation entre la satisfaction des accompagnants lors de leur passage aux urgences et l'ambiance de la salle d'attente.

B. Relation entre l'affichage de la salle d'attente et la satisfaction des accompagnants

Colonnes : satisfaction (binarisée)

Lignes : utilité de l'affichage

Test de Fisher exact : p=0.101

La valeur du p n'étant pas significative on peut conclure à une relation entre la satisfaction des accompagnants lors de leur passage aux urgences et l'utilité de l'affichage.

	NON	OUI	Total
D'accord	2 (9.09%)	20 (90.91%)	22
Ni d'accord ni pas d'accord	1 (3.45%)	28 (96.55%)	29
Pas d'accord	27 (18.37%)	120 (81.63%)	147
Total	30	168	198

Tableau 8 Relation entre la satisfaction des accompagnants et l'utilité de l'affichage dans la salle d'attente

C. Relation entre la capacité d'écoute du personnel médical et la satisfaction des accompagnants

Colonnes : satisfaction (binarisée)

Lignes : capacité d'écoute du personnel médical

Test de Fisher exact : p= 0.001

	NON	OUI	Total
D'accord	2(2.82%)	69 (97.18%)	71
Ni d'accord ni pas d'accord	1 (8.33%)	11 (91.67%)	12
Pas d'accord	27 (23.48%)	88 (76.52%)	115
Total	30	168	198

Tableau 9 relation entre la satisfaction des accompagnants et la capacité d'écoute du personnel médical

On peut conclure à une relation car la valeur du p est statistiquement significative.
Ainsi lorsque les accompagnants ne sont pas d'accord avec la capacité d'écoute du personnel médical, 76,5% d'entre eux sont satisfaits tout de même de leur passage aux urgences.
De manière étonnante la capacité d'écoute du personnel médical ne serait donc pas un facteur prédictif de la satisfaction des accompagnants.

D. Relation entre la capacité d'écoute du personnel paramédical et la satisfaction des accompagnants

Colonnes : satisfaction (binarisée)
Lignes : capacité d'écoute du personnel paramédical
Test de Fisher exact : p= 0.0005

	NON	OUI	Total
D'accord	9 (7.69%)	108 (92.31%)	117
Ni d'accord ni pas d'accord	4 (21.02%)	15 (78.95%)	19
Pas d'accord	17 (27.42%)	45(72.58%)	62
Total	30	168	198

Tableau 10 Relation entre la satisfaction des accompagnants et la capacité d'écoute du personnel paramédical

On peut conclure à une relation car la valeur du p est statistiquement significative.

Ainsi lorsque les accompagnants ne sont pas d'accord avec la capacité d'écoute du personnel paramédical, 72.6 % d'entre eux sont satisfaits de leur passage aux urgences.
Etonnement la capacité d'écoute du personnel paramédical ne serait donc pas un facteur prédictif de satisfaction des accompagnants.

E. Relation entre la capacité d'écoute du personnel administratif et la satisfaction des accompagnants

Colonnes : satisfaction (binarisée)
Lignes : Capacité d'écoute du personnel administratif
Test de Fisher exact : p=0.0065

	NON	OUI	Total
D'accord	19 (11.59%)	145 (88.41%)	164
Ni d'accord ni pas d'accord	7 (30.43%)	16(69.57%)	23
Pas d'accord	4 (36.36%)	7 (63.64%)	11
Total	30	168	198

Tableau 3 Relation entre la satisfaction des accompagnants et la capacité d'écoute du personnel administratif

La valeur du p est statistiquement significative on peut donc conclure à une relation. Lorsque les accompagnants ne sont pas d'accord avec la capacité d'écoute du personnel administratif 63.6% sont satisfaits de leur passage aux urgences.
De même que pour le personnel médical et paramédical on s'étonne de voir que la capacité d'écoute du personnel administratif ne serait donc pas un facteur prédictif de la satisfaction des accompagnants.

F. Relation entre la satisfaction et les facteurs prédictifs connus de la satisfaction des accompagnants.

1. Satisfaction et impact de la durée d'attente

Réalisation d'un test exact de Fisher avec p=0.13 donc statistiquement non significatif aucune conclusion ne sera possible.

En s'intéressant aux durées d'attente extrêmes, lorsque le temps passé aux urgences est considéré comme très court, les accompagnants étant satisfaits

globalement représentent 77,8% contre 22.8% non satisfaits malgré un temps d'attente considéré comme très court.

A l'inverse lorsque le temps passé aux urgences est considéré comme très long les accompagnants non satisfaits représente 23.3% contre 76.7% de satisfaits.

2. Satisfaction et impact du relationnel paramédical

Réalisation d'un test du Chi2 avec p=0.0436 statistiquement significatif.

Lorsque les accompagnants ne reçoivent pas d'information de la part d'une infirmière coordinatrice la proportion d'accompagnants satisfaits est de 87.8%. Lorsqu'ils reçoivent des informations la proportion d'accompagnants satisfaits est de 76%.

Ainsi on peut conclure que l'apport d'information de la part de l'infirmière coordinatrice n'est pas un facteur prédictif de satisfaction des accompagnants lors de leur passage dans une structure d'urgence. Et qu'ils sont globalement plus satisfaits lorsqu'ils ne reçoivent pas d'information.

3. Satisfaction et impact du relationnel médical

Réalisation d'un test du Chi 2 avec p=0.00543 statistiquement significatif.

Lorsque les accompagnants ne reçoivent pas d'information de la part du médecin la proportion d'accompagnants satisfaits est de 92.9%. Lorsqu'ils reçoivent des informations la proportion d'accompagnants satisfaits est de 78.6%.

Ainsi on peut conclure que l'apport d'information de la part du personnel médical n'est pas un facteur prédictif de satisfaction et que les accompagnants sont globalement plus satisfaits lorsqu'ils ne reçoivent pas d'information.

DISCUSSION

I. Les principaux résultats

A. Dans notre étude

1. Objectif principal

Sur les 350 accompagnants inclus seuls 198 sont répondants, parmi eux 49% (la majorité) sont satisfaits de leur passage aux urgences en tant qu'accompagnants, 36% sont tout à fait satisfaits et 4 % ne sont pas et pas du tout satisfaits.

2. Objectifs secondaires

a) Ambiance de la salle d'attente

44% des accompagnants sont d'accord et tout a fait d'accord avec le caractère accueillant de la salle d'attente. Tandis que 39% ne sont pas d'accord et pas du tout d'accord.

b) Affichage de la salle d'attente

74% des accompagnants ne sont pas d'accord et pas du tout d'accord avec le caractère utile de l'affichage de la salle d'attente.

c) Capacité d'écoute du personnel médical, paramédical et administratif

49% des accompagnants ne sont pas du tout d'accord avec la capacité d'écoute du personnel médical.

36% d'entre eux sont d'accord avec la capacité d'écoute du personnel paramédical et 60% avec le personnel administratif.

B. Que dit la littérature ?

Je n'ai pas retrouvé d'étude ayant pour objectif l'évaluation seule de l'accompagnant d'un patient des urgences.

Les différentes études retrouvées intègrent l'accompagnant dans l'évaluation de la satisfaction du patient.

1. Satisfaction et accompagnant

- ✓ Une étude française publiée en 2000 [6] affirme que 76% des patients estiment que la personne qui les accompagne doit être informée de l'état de santé alors que 36% des accompagnants n'ont reçu aucune information. Cette étude retient « ***l'absence d'information*** *données aux proches* » comme un **facteur d'insatisfaction** des patients.

- ✓ Une seconde étude française nommée SUPER 1 [5 ; 9] de 2009 évaluait la compréhension et la satisfaction des proches et patients hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée. Elle conclut que la satisfaction et la compréhension des patients sont associées (entre autres facteurs explicatifs) à celles des proches et à leur participation aux soins. Ainsi le **patient est plus satisfait lorsque sa famille est informée.**

Ces données justifient la réalisation de travaux futurs sur l'évaluation d'actions mises en place pour améliorer la satisfaction des accompagnants et de ce fait celle de nos patients qui reste au centre de nos préoccupations.

2. Quelle place pour l'évaluation de l'ambiance de la salle d'attente

L'évaluation de l'ambiance de la salle d'attente découle du temps d'attente des patients et accompagnants lors de leur passage dans nos structures.

Au CHV le temps d'attente moyen estimé en 2012 pour le patient est de 2H26 si le patient regagne son domicile et de 03H48 si le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation. On peut donc supposer que les familles sont amenées à être dans les zones d'attentes pendant le temps de soins du patient puisque qu'au CHV les accompagnants ne peuvent circuler dans les zones de soins.(Annexe 2)

- ✓ Des recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) ont été publiées en 2005 [10] sur l'architecture des structures d'urgences. Elles recommandent d'identifier clairement une zone d'attente extérieure aux soins pour les familles avec des zones d'intimité (donc éviter de longues rangées de chaises).
  Ces zones d'attentes se doivent d'être « apaisantes et conviviales » et de taille adaptée. L'ambiance qui y règne doit retranscrire inconsciemment la notion d'accueil et d'apaisement.

Ceci laisse supposer d'avoir recours à des personnes ressources tels que des architectes pour repenser ces espaces.

Les salles d'attentes Nord Américaines sont prises en exemple (à noter que les financements des hôpitaux américains sont totalement différents de nos financements publics). (Annexe 3)

Ainsi dans notre étude descriptive les accompagnants approuvent majoritairement le caractère accueillant de la salle d'attente mais une proportion non négligeable a une perception contraire. Dans l'analyse bivariée on ne peut conclure à une relation entre la satisfaction et l'ambiance dans la salle d'attente, cependant elle ne semble pas influencer la satisfaction au regard des effectifs.

3. Utilité de l'affichage en salle d'attente

La majorité des répondants n'ont pas remarqué l'utilité de l'affichage en salle d'attente, 15% d'entre eux n'ont pas remarqué cet affichage.

L'affichage en salle d'attente des urgences devrait comporter des messages de prévention et d'éducation à la santé, une signalétique pour un repérage dans l'espace à la fois pour les accompagnants, les patients mais aussi les professionnels de santé (sapeurs pompiers, ambulanciers,...) ainsi que des informations sur le parcours de soins du patient. La problématique est de savoir communiquer autour de ces axes.

La SFMU a établi des recommandations en 2005 [10] sur l'affichage en salle d'attente des structures d'urgences.

- ✓ Tout d'abord les urgences doivent bénéficier d'une signalétique claire et lisible au sein de l'ensemble de la structure hospitalière. A l'intérieur du service des urgences la signalétique doit être intégrée aux éléments architecturaux. La signalétique au sol peut être utilisée.
  Privilégier les pictogrammes (pour les populations ne maitrisant pas la langue française)
- ✓ Des panneaux électroniques peuvent être intéressants afin de diffuser des informations pratiques, des messages de santé publique.
- ✓ Un affichage permettant de préciser le délai d'attente peut être instauré
- ✓ Pour compléter l'affichage un panneau d'organisation et de fonctionnement de service peut être créé.

A propos des messages d'éducation à la santé et de prévention plusieurs études ont été menées en secteur pédiatrique.

- ✓ Une étude de 2005 [11] menée en salle d'attente d'urgences pédiatriques évalue l'impact des messages de prévention et d'éducation à la santé (hygiène, vaccination, contagiosité). Elle met en évidence que la mémorisation des parents ne dépend pas du temps d'attente passé

dans cette salle mais plutôt du nombre de passage aux urgences. De plus seuls 14% des parents en parleront spontanément au pédiatre des urgences.

Ainsi la légitimité de l'affichage ne se discute pas mais les moyens de communication sont à réévaluer, comment communiquer de manière efficace et permettre un temps d'attente des familles apaisant.

L'agressivité en salle d'attente monte face aux problèmes de communication et d'attente trop longue. Afin d'améliorer les conditions d'accueil des patients et des familles plusieurs études françaises ont été menées sur l'intérêt de diffusion de film en salle d'attente. [12 ; 13]

- ✓ Une étude publiée en 2004 [12] et une en 2007 [13] ont des conclusions similaires. Elles ont utilisé un nouveau support de communication qu'est la diffusion d'un film. Ils ont créé un film de 20 minutes, réalisé dans leur structure d'urgences qui permet d'expliquer le parcours de soins du patient, les missions des différents acteurs de soins et l'organisation du service.

  L'évaluation de ces films a été faite en majorité par les familles et accompagnants. Le film permettait de patienter en s'informant et de mieux comprendre le fonctionnement du service des urgences, cependant il était considéré comme trop long.

Afin d'améliorer la prise en charge de nos patients et de leur famille un effort est donc à faire quant aux temps d'attente tant au niveau de l'ambiance que de l'affichage.

4. L'écoute des familles

a) Commentaires de résultats

On constate que le personnel médical est nettement moins à l'écoute des familles que le personnel paramédical et administratif.

Sur les analyses secondaires on remarque que malgré ce manque d'écoute la satisfaction globale de leur passage est conservée. Concernant le personnel médical 87% des accompagnants jugeant le manque d'écoute des médecins sont satisfaits de leur passage aux urgences.

De plus lorsque l'on s'intéresse à l'apport d'information qui est un facteur connu comme prédictif de satisfaction, la proportion d'accompagnants, dans notre étude, satisfaits est plus grande lorsqu'ils ne reçoivent pas d'information (que ce soit du personnel médical et paramédical). Ce résultat est donc contraire aux données de la littérature, qui concernent les patients et non les familles.

b) Quelques références qui vont à l'encontre de nos résultats

- ✓ Une revue de littérature de 2004 [14,4] faite par Boudreaux, met en évidence à partir de 50 articles anglo-saxons que le niveau de satisfaction dépend essentiellement de la relation soignant-patient.

Ainsi la qualité d'écoute du personnel soignant est un pilier de la relation médecin-patient qui établit un contrat inconscient de confiance et ainsi une satisfaction des deux parties.

- ✓ La SFMU édite en 2004 le Référentiel de Compétence du Médecin d'Urgence [15], on retrouve des compétences permettant d'établir une relation médecin-patient mais aucune n'est relative à notre position par rapport aux accompagnants.

Compétence 17-03-20 « *Respecte les choix thérapeutiques du patient après une information sur les bénéfices et risques dans les différents aspects de la prise en charge ».*

Compétence 17-03-22 *« Intègre la dimension éthique dans ses attitudes et sa manière de travailler »*

Compétence 17-03-52 « *Informe le patient de manière intelligible sur sa pathologie, sur le traitement entrepris aux urgences, sa durée, ses complications, ses effets secondaires ainsi que ses modalités de suivi* »

Compétence 17-04-06 « *Met en œuvre les stratégies relationnelles adaptées au comportement du malade, des accompagnants et des soignants* ».

La relation médecin-patient est intégrée à nos fonctions d'urgentiste, cependant au cours de notre formation peu de place est consacrée à cette gestion du non médical, aux techniques de communication.

- ✓ Un article de droit publié en 2012 dans Droit, Déontologie et Soins [16] de Safar Haji Safar (doctorant en droit) met en association les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS de 2012 sur l'information des patients et la jurisprudence de référence.
- ✓ Ainsi il rappelle la nécessité de s'enquérir de l'accord du patient avant de délivrer des informations aux proches et met en lien des jurisprudences de référence : « *le non respect du devoir d'information cause toujours un préjudice même si l'acte médical est hors critique* ». Puis *« Le médecin n'est tenu de recevoir l'accord des proches que si le patient n'est pas à même de se prononcer sur l'acceptation des soins* ; »

Ainsi nous avons donc obligation d'informer le patient mais aucune obligation juridique d'informer les proches lorsque l'état du patient est compatible avec une prise de décision. Ce qui permet de fixer le cadre juridique. Si l'on se place d'un point de vue plus éthique nous avons un devoir d'informer

II. Les limites de l'étude

A. Les limites méthodologiques

1. Faible échantillon

L'échantillon de 350 accompagnants a été calculé avec l'équipe du département de santé publique en fonction de la puissance de l'étude et du risque α (risque d'erreur statistiquement acceptable).

Cependant le nombre de répondants est de 198, soit 57% de l'échantillon calculé au départ de l'étude, avec comme conséquence un manque de données importantes.

Plusieurs explications quant à la faible proportion de répondants :

- Les appels téléphoniques ont eu lieu pendant les heures suivantes 09H-12h30 et 14h-18h30, ces heures ont été fixées avec le groupe qualité du CHV, cependant ces horaires étaient susceptibles de ne pas inclure les accompagnants ayant une activité professionnelle (appel tardif en matinée et trop précoce en soirée).
- 5 refus de répondre au questionnaire (décès du patient, peur d'une escroquerie téléphonique).
- 12 accompagnants ont stoppé le questionnaire en cours de réalisation estimant les questions inutiles, redondantes ou trop longues.

  Le questionnaire avait préalablement été testé lors d'une étude de faisabilité avec un temps d'appel téléphonique estimé à 7-8 minutes (présentation de l'étude comprise).
- 30 personnes demandant à être rappelées à un créneau horaire particulier ne prenaient pas l'appel téléphonique pendant ce créneau.

2. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude mono centrique, ce qui enlève de la puissance aux résultats, les rendant peu exploitables dans d'autres centres.

La volonté de décrire la satisfaction des accompagnants dans les structures d'urgences de l'ensemble des centres hospitaliers du département du Nord a été rapidement écartée pour plusieurs raisons :

- le poste d'infirmière coordinatrice est absent dans un tiers des structures du Nord.
- Les politiques d'accueil menées dans les différents centres ont un même but (la satisfaction des patients) mais les moyens et méthodes sont différents (accès des familles en zone de soins, recrutement de personnel, différence de démographies)

De plus il s'agit d'une étude descriptive, qui ne peut engendrer de réelle modification des pratiques, il sera nécessaire de réaliser une étude d'évaluation (post interventionnelle) à partir de ce travail pour déterminer l'impact des actions menées et à mener.

3. Le questionnaire

Le recueil téléphonique ainsi que la date d'appel fixée à 7 jours du passage aux urgences a été décidé à partir d'une revue de littérature [9] qui établit une mise au point sur la satisfaction des patients aux urgences et non des accompagnants.

Mais la comparaison aux patients et accompagnants pour le déroulement du recueil de données n'était peut être pas adéquat.

La famille ne vivant pas la situation de soin a un ressenti un peu plus extérieur à la situation et un recul plus rapide de la situation, a posteriori un recueil plus précoce serait judicieux.

De plus la première question est directement axée sur la satisfaction pour éviter tout biais d'information cependant en confrontant les données obtenues sur les relations entre satisfaction et temps d'attente puis satisfaction et informations reçues, les résultats auraient été plus concordants à la littérature si la question de satisfaction avait été la dernière du questionnaire.

4. Un investigateur unique

Un investigateur unique permet d'avoir un discours reproductible afin de présenter l'étude lors des appels téléphoniques de manière similaire.

Mais un seul investigateur avec une interprétation parfois des réponses et un certain degré de subjectivité peut amener à un biais de jugement.

B. Les limites des résultats, une discordance avec la littérature

1. Le temps d'attente dans les structures d'urgences

Dans l'analyse bivariée, associant la satisfaction au temps d'attente des accompagnants, on ne peut conclure à une relation, la valeur de p n'étant pas statistiquement significative.

On constate que la proportion des accompagnants satisfaits de leur passage estimant leur temps d'attente très court est similaire à la proportion d'accompagnants satisfaits estimant leur temps d'attente trop long (77.8% et 76.7% respectivement).

De plus 65 % des accompagnants n'ont pas reçu d'information à leur arrivée sur l'estimation du temps d'attente.

Alors que plusieurs études concordent sur le rôle du temps d'attente sur la satisfaction du patient (et non de l'accompagnant)

Une étude de Cross [22] de 2005 évalue le temps d'attente perçu pas les patients et leur proches. Il conclut que le patient a conscience qu'il faut prioriser les soins en fonction des urgences et qu'il est parfois nécessaire d'attendre mais estiment qu'ils manquent d'information et de précision quant au temps d'attente.

Une seconde étude nord américaine de 1993 [23] conclut que le niveau de satisfaction des patients s'élève lorsqu'on leur donne une estimation du temps d'attente et sur les raisons de l'attente. L'étude de Thompson [4] met en évidence de manière significative qu'il y a un nette augmentation de la satisfaction lorsque le temps d'attente se réduit.

Un échantillon trop faible peut expliquer cette discordance. De plus les accompagnants sont invités à repartir en fonction de l'affluence aux urgences pour éviter l'engorgement en salle d'attente, et soulager également les proches, ainsi la perception du temps d'attente peut être perçue comme trop longue mais l'attente au domicile est supposée plus apaisante ce qui n'entache pas la satisfaction de l'accompagnant.

2. Problème de communication dans la relation patient-soignant

Dans notre étude on peut conclure de manière significative que l'apport d'information aux accompagnants n'est pas un facteur prédictif de satisfaction.

De plus lorsqu'ils sont informés la proportion de satisfaits est plus faible.

Plusieurs explications en découlent :

- ce sont les accompagnants moins satisfaits qui recherchent des informations, et il y a un biais d'interprétation dans les réponses apportées par nos équipes soignantes ;
- Il existe un problème de communication que ce soit du coté médical que paramédical puisque les résultats sont similaires ;
- Les informations apportées ne répondent pas aux questions des accompagnants, les attentes ne sont pas les mêmes chez les deux interlocuteurs ;
- Le manque d'expérience du personnel soignant dans la gestion des familles et de l'information.

Ce problème de communication et de compréhension des différents interlocuteurs est confirmé par la proportion non négligeable et majoritaire d'accompagnants (58%) ne comprenant pas leur inaccessibilité en zone de soins.

Dès le début de nos études, on nous initie à la relation médecin-patient, que l'on peut étendre soignant-patient.
Cette relation était autrefois fondée sur un modèle paternaliste appuyé par le code de déontologie médicale datant de 1947 [24] : « *un médecin devait s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision ».*
Depuis plusieurs dizaines d'années le patient devient acteur des soins, et on voit le mot consentement aux soins apparaître en 1936 avec l'Arrêt Mercier [25]. Celui-ci désigne la relation médecin-patient comme un contrat tacite, que l'on étend de nos jours à l'ensemble des soignants. Le médecin a de ce fait un nouveau devoir qu'est celui d'informer ses patients [26] : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* »
Le devoir d'information est devenu un critère de qualité pour le patient et donc implicitement de satisfaction [27,28].
Ainsi l'obligation d'informer les patients encore une fois n'est pas remise en cause, mais leur satisfaction passe également par l'information des proches.

On peut également supposer que l'on ne répond pas vraiment aux attentes des accompagnants, une étude réalisée en 2006 [29] précise les attentes des patients concernant l'informations aux urgences.
Le patient souhaite avoir une information intelligible (avec des termes simples), il souhaite connaître le diagnostic et les consignes de consultation et souhaite avoir un interlocuteur qui s'assure de la bonne compréhension du patient. Quant au médecin il souhaite discuter du traitement et des effets indésirables, les attentes ne sont pas les mêmes ce qui crée des limites à la communication.
On peut penser que cette étude soit extrapolable aux attentes des accompagnants ce qui peut être un début de réponse aux problèmes de communication rencontrés.

Concernant l'information provenant du personnel médical, on comprend l'information reçue de la part d'un externe, interne et sénior, on peut donc penser que les accompagnants sont plus satisfaits lorsqu'ils reçoivent des informations de la part d'un sénior plus expérimenté. D'ailleurs une étude publiée en 2007 [30] de Gramm démontre que plus le degré d'expérience était bas et moins la compréhension des patients est bonne. Cependant une autre étude de 1999 [31] établit que la moitié des patients ne connaît pas la hiérarchie médicale.
De plus une étude réalisée en service de réanimation en 2004 [32] visait à évaluer les informations délivrées aux familles par les internes et les séniors.
Entre les deux groupes on ne note pas de différence significative entre l'information délivrée par un interne ou un sénior. A noter cependant un sentiment d'information incomplète délivrée par l'interne (sans différence significative).

A propos des informations délivrées par l'infirmier coordinateur, il est logiquement un infirmier d'expérience, la création de son poste au CHV en février 2009 a nécessité une mise à jour en 2013 avec la fiche de poste (Annexe 3) suite aux plans d'actions du groupe qualité de l'hôpital.
Le problème de communication avec les accompagnants peut venir d'un premier problème de communication au sein de l'équipe soignante.
En effet d'après une étude française de 2013 [33] menée au sein des unités d'hospitalisation de courte durée des urgences, lorsque le personnel paramédical présente des problèmes de compréhension d'un dossier (diagnostic, pronostic,

thérapeutique) ceci influe sur la compréhension du patient et donc sur sa satisfaction.
Ce qui amène à penser que la communication au sein des équipes soignantes est bénéfique non seulement pour le travail en équipe mais également pour le patient.

III. Les points positifs de l'étude

A. Le sujet : prise en compte de l'accompagnant

Il n'y a pas de publication retrouvée au sujet de la prise en charge des accompagnants aux urgences.

Cependant de nombreuses études ont été réalisées à propos du rôle des familles et de leur place au sein des services de réanimation [34 ; 35] et de pédiatrie [36 ; 37], et incitent à les prendre en compte même si notre patient reste au centre de nos priorités.

Une étude menée en 2008 [38] au sein d'une structure d'urgences pédiatriques, a évalué la satisfaction de la prise en charge aux urgences des enfants (les patients) et de leurs parents (les accompagnants) séparément. On constate que les parents sont satisfaits de la prise en charge lorsqu'ils considèrent que leur enfant est satisfait, lorsque le temps d'attente était court et que les soins leur semblaient de qualité.

De plus une étude publiée en 2006 [39], réalisée en service d'oncologie démontre que le patient a naturellement un niveau d'anxiété plus élevé que dans la population générale. Ce niveau d'anxiété diminue lorsque les proches sont informés.

B. Le questionnaire et description du temps d'attente perçu

La question décrivant la perception du temps d'attente aux urgences a été construite d'après les données de la littérature.

En effet d'après une étude de 2002 [28, 40], d'une part il existe une discordance entre le temps d'attente estimé (par le patient) et le temps d'attente réel. De plus on observe que la satisfaction est d'avantage liée à la sensation du temps

attendu que le temps réel. Et que celle-ci semble améliorée [41] lorsque le patient avait la sensation d'avoir attendu ce qui était nécessaire.

Dans notre étude 35% des accompagnants estiment que le temps d'attente était court, 14% très court, 18% long et 15% très long. Ce résultat peut être considéré comme satisfaisant, en période hivernale pendant laquelle le nombre moyen d'entrées quotidiennes était de 148 patients.

D'autant que le temps d'attente a un réel impact sur la satisfaction des patients et probablement des accompagnants.

D. Le personnel administratif

Dans notre étude 60% des accompagnants estiment que le personnel administratif est à leur écoute. De plus il existe une relation entre la satisfaction et la qualité d'écoute du personnel administratif.

On observe que plus le personnel est estimé à l'écoute de l'accompagnant plus les accompagnants sont satisfaits.

IV. Axes d'amélioration

A. Vers de nouvelles études

Afin de réaliser une évaluation de la satisfaction des accompagnants dans une structure d'urgences d'un centre hospitalier général, il faudrait réaliser un projet d'évaluation des actions menées au sein du centre afin d'identifier leur impact et de mettre en évidence des facteurs prédictifs de satisfaction et d'insatisfaction des accompagnants.

Il faudrait, afin d'augmenter la puissance de l'étude, étendre la période d'inclusion, augmenter la taille de l'échantillon et réaliser un recueil téléphonique multi-investigateurs.

B. Au Centre Hospitalier de Valenciennes

1. Mise en place d'un protocole d'information

Mettre à jour le livret d'information remis aux familles (en cours de projet).

Mettre en place un protocole d'information aux familles pour le personnel médical et paramédical. Ce qui permettrait, après accord du patient, de remettre une information claire, brève avec les informations attendues par les accompagnants (diagnostic, thérapeutique, résultats d'examen). Un travail de thèse effectué à Paris en 2010 [42] met en évidence une amélioration de la compréhension et de ce fait une amélioration de la satisfaction des patients et accompagnants, secondaire à l'information reçue du médecin.

2. Affichage de la salle d'attente

Adapter la signalétique.

Laisser les informations essentielles et épurer afin de rendre l'affichage visible et utile.

Un projet de film et d'un espace audiovisuel est en cours de réalisation afin d'expliquer le parcours patient et le rôle des soignants.

3. Amélioration de l'ambiance en salle d'attente

Faire appel à un professionnel pour organiser l'espace d'accueil et d'attente.

Organiser des espaces plus intimes, confortables.

Dédier un point de « rencontre aux familles » plus chaleureux (fauteuil, lumière naturelle) et visible de tous (personnels et accompagnants).

CONCLUSION

Notre étude a été initiée par la place de la satisfaction des patients qui reste au centre de nos prises en charge.

De plus l'évaluation de la satisfaction est rendue obligatoire par l'HAS car rentre dans les objectifs de la certification des hôpitaux.

La satisfaction des patients est associée à celle des accompagnants. L'accompagnant entre dans le plan légal depuis la loi du 4 mars 2002 sous le nom de personne de confiance. A ce jour aucune publication n'est retrouvée sur la satisfaction des accompagnants ou sur leur prise en charge.

Dans cette étude descriptive, les accompagnants sont majoritairement satisfaits de leur passage dans la structure d'urgences du CHV. Cependant il existe des discordances avec les données de la littérature notamment sur les facteurs prédictifs connus de la satisfaction chez les patients (relation avec le temps d'attente et le personnel soignant).

Ainsi les mises en application directes de cette étude qui en découle, sont la réorganisation physique de l'espace d'accueil et d'attente, la sensibilisation des équipes soignantes sur l'importance de communication avec les accompagnants. Avec pour objectif d'améliorer la satisfaction des accompagnants donc des patients et ainsi diminuer les réclamations.

On peut envisager par la suite de mettre en place un travail d'évaluation des actions menées à une échelle multicentrique en diffusant les actions aux centres hospitaliers généraux de la région pour ainsi établir une prise en charge adaptée du patient et des proches.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Organisation Mondiale de la Santé. Qualité des soins.1982.

[2] Larousse Ed 2013 def. Satisfaction.

[3] Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the ED: what does the literature says. Acad Emerg Med 2000; 7:695—708.

[4] Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Ann Emerg Med. 1996 Dec;28(6):657- 65.

[5] Donabedian A. The quality of care : how can it be assessed ? JAMA 1988 Sept; 260(12):1743-48.

[6] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé - Revue de la littérature médicale. Sept 1996. Service d'Evaluation Hospitalière. p 45.

[7] Ministère du travail et des affaires sociales. Ordonnance n°96-346. Réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel 25-04-96,n°98 p 6324-36.

[8] Revilla A, Taboulet P, Raffort N et al. La satisfaction globale des patients aux urgences est-elle comparable à celles des soignants ? Urgences pratiques 2008 n°90.

[9] F. Perruche, J-L Pourriat, Y-E. Claessens. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. JEUR 2008 ; 21,14-21.

[10] Reboul L, Marty C. L'évaluation de la satisfaction des patients des services d'urgences est-elle possible ? Réanim urg 2000 ; 9 ; 331.

[11] Loi n° 2002-303, du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé. Code de Santé Publique.

[12] Conseil National de l'Ordre des Médecins. La personne de Confiance. 04-10-2012.

[13] MEaH, réduction temps d'attente et passage aux urgences. Retour d'expérience Tome 3 ; Partie 1 ; 2007.

[14] Claessens YE, Pochard F, Azoulay E, Perruche F. Evaluation satisfaction ; compréhension du diagnostic, du pronostic, et du traitement, prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression chez les patients hospitalisés en unités de courtes hospitalisations et leur proches. JEUR 2006 ; 19 ; 554-6.

[15] Bleichner G, Braun F, Cerfontaine C et al. Architecture des services d'urgences. Recommandations de la SFMU. JEUR 2005, 18, 102-126.

[16] Assathiany R, Kennery J, Sznajder M et al. The pediatrician's waiting room : a place for health education ? Archives de Pédiatrie Volume 12, Issue 1 January 2005.

[17] Cardi A-M, Modde M, Aumaréchal G, et al. Fonctionnement des urgences et information public : réalisation d'un film de sensibilisation dans les salles d'attente d'un SAU. JEUR 2004 Vol 17 n°HS 1.

[18] Gandar J, Borer A, Ferry A et al. Intérêt de la diffusion d'un film en salle d'attente aux urgences. JEUR 2007 S208-S210.

[19] Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Departement : a review of the literature and implication for practice. J Emerg Med. 200 May ;35 (5) : 426-34.

[20] Prevel M, Andronikof M, Coudert B et al. Référentiel de Compétences d'un Médecin d'urgence. SFMU 2004-06.

[21] Safar Haji Safar. Information du patient : recommandation de bonne pratique de l'HAS de mai 2012 et jurisprudence de référence. Droit, Déontologie et Soin. 2012 445-459.

[22]Cross E, Goodacre S, O'Cathain A et al. Relationning in the emergency department : the good, the bad, and the unacceptable. Emerg Med J, 2005. 22, p171-6.

[23] Mowen JC, Licota JW, McPhail J et al. Waiting in the emergency room : how to improve the patient satisfaction. J Health Care mark, 1993, 13 p 26-33.

[24] Article 30. Code de Déontologie médicale. 1947.

[25] Arrêt Mercier, in cassation. 1936-05-20 p88-96.

[26] Article 35, alinéa 1er, Nouveau Code de Déontologie Médicale 1995.

[27] Abadie s, Bubien Y et al. Droits du patients : informations et consentement. 2004 Objectifs en management hospitalier.

[28] D'Ussel. Evaluation des facteurs influençant la compréhension des patients hospitalisés en Unité d'hospitalisation de Courte Durée (UHCD) des Services d'Accueil des urgences (SAU). Thèse d'étude. 2008. Paris 7.

[29] Cooke T, BS, BA et al. Patient expectations of emergency department care : Phase II-a cross-sectional survey. CJEM 2006. 8 p148-57.

[30] Gramm KJ, Dowd MD. What are you waiting for? A study of resident physician parent communication in a pediatric emergency department. Ann ; Emerg Med 2007.

[31] Hemphill R et al. Patients' understanding of the roles of interns, residents, and attending physicians in the emergency department. Emerg Med 1999. 6. p 339-44.

[32] Moreau D, Goldgran D, Alberti C et al. Junior versus senior physicians for informing families of intensive care unit patients. Am J Respi Crit Care Med, 2004. 169 p 512-7.

[33] Desme A, Mendes N, Perruche F et al. Nurses' understanding influences comprehension of patients admitted in the observation unit. J Health Commun. 2013, 18 p 583-93.

[34] Azoulay e, et al. Half the families of intensive care unit patient experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med, 2000, 28 p 3044-9.

[35] Fassier L, Thomas M, Dorma et al. One-day quantitative cross-sectional study of information time in 90 intensive care units in France. Crit Care Med, 2007 35 p 177-83.

[36] Waisman Y, Siegal N, Chemo M et al. Do parents understand emergency department discharge instructions ? A survey analysis. Isr Med Assoc J, 2003 5, p567-70.

[37] Waisman Y, Siegal N, Siegal G et al. Role of diagnosis-specific informations sheets in parents' understanding of emergency department discharge instructions. Eur J Emerg Med, 2005, 1é p 159-62.

[38] Margaret B, Clark M et al. Patient satisfaction in the emergency department. A survey of pediatric patients and their parents. Acad Emerg Med, 2002, 9, p1379-88.

[39] Montero Monterosso, de Torres P, Barroso L et al. Feeling sick and its relationship with anxiety and depression at a primary care emergency service. Aten Primaria, 2006, 38, p200-5.

[40] Hedges, Trout A, Magnusson A et al. Satisfied patients exiting the emergency department study (SPEED). Acad Emerg Med, 2002, p15-21.

[41] Boudreaux, ED. Predictors of emergency department satisfaction : stability over 17 month. Acad Emerg Med, 2004,11 p51-8

[42] Eche. Evaluation d'une procédure standardisée d'information pour améliorer la compréhension des malades en UHCD. Thèse d'étude. 2010. Paris 5.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction des accompagnants

Age : _____ Sexe : F M

-Quel est votre lien avec le patient : _

-Date : / / -Heure :

1) Je suis satisfait de mon passage en tant qu'accompagnant au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Valenciennes :

1-Pas du tout d'accord
2-Pas d'accord
3-Ni d'accord ni pas d'accord
4-D'accord
5-Tout a fait d'accord

2) Savez vous dans quel secteur des urgences se trouve votre proche? (***Entourez votre réponse)***

OUI NON

a) Si oui : Urgences Médico-chirurgicales Déchoquage Médical

3) Vous a-t-on annoncé une durée d'attente ? (***Entourez votre réponse)***

OUI NON

4) Avez vous eu des informations de la part de l'infirmière coordinatrice des urgences ? (***Entourez votre réponse)***

OUI NON

a) Si oui la fréquence de ses interventions vous a paru :

1-Pas du tout suffisante
2-Peu suffisante
3-Assez suffisante
4-Suffisante
5-Très suffisante

5) L'information portait-elle sur : ***(Entourez votre réponse)***

A)- La maladie de votre proche :	OUI	NON
-B) Les examens pratiqués :	OUI	NON
C)- La prise en charge de votre proche :	OUI	NON
D)- Le devenir de votre proche :	OUI	NON

6) Avez vous eu des informations de la part du médecin ? ***(Entourez votre réponse)***

OUI NON

a) Si oui la fréquence de ses interventions vous a paru :

1-Pas du tout suffisante
2-Peu suffisante
3-Assez suffisante
4-Suffisante
5-Très suffisante

7) L'information portait-elle sur : ***(Entourez votre réponse)***

A)- La maladie de votre proche :	OUI	NON
B)- Les examens pratiqués :	OUI	NON
C)- La prise en charge de votre proche :	OUI	NON
D)- Le devenir de votre proche :	OUI	NON

8) Que pensez vous de ces affirmations, une seule réponse possible :

a) l'accueil administratif a su répondre à mes questions :

1-Pas du tout d'accord
2-Pas d'accord
3-Ni d'accord ni pas d'accord
4-D'accord
5-Tout a fait d'accord

b) l'affichage de la salle d'attente est utile :

1-Pas du tout d'accord
2-Pas d'accord
3-Ni d'accord ni pas d'accord
4-D'accord
5-Tout a fait d'accord

c) l'ambiance de la salle d'attente vous est accueillante :

1-Pas du tout d'accord
2-Pas d'accord
3-Ni d'accord ni pas d'accord
4-D'accord
5-Tout a fait d'accord

d) le personnel administratif est à mon écoute :

1-Pas du tout d'accord
2-Pas d'accord
3-Ni d'accord ni pas d'accord
4-D'accord
5-Tout a fait d'accord

e) le personnel paramédical (infirmière et aide soignante) est à mon écoute :

1-Pas du tout d'accord
2-Pas d'accord
3-Ni d'accord ni pas d'accord
4-D'accord
5-Tout a fait d'accord

f) Le personnel médical est à mon écoute :

1-Pas du tout d'accord
2-Pas d'accord
3-Ni d'accord ni pas d'accord
4-D'accord
5-Tout a fait d'accord

9) Trouvez vous que le temps passé aux urgences était :

1-Très court
2-Court
3-Ni court ni long
4-Long
5-Très long

10) Avez vous compris pourquoi vous ne pouviez pas accompagner votre proche dans les zones de soins ? ***(Entourez votre réponse)***

OUI NON

Annexe 2 : Salle d'attente et d'accueil du Centre Hospitalier de Valenciennes

Annexe 3 : exemple de salle d'attente dans une structure d'urgences d'un hôpital de Chicago au Etats-Unis (deux photographies)

Annexe 4 : fiche de poste de l'infirmier coordinateur.

7654321 Centre Hospitalier de Valenciennes	**SERVICE des URGENCES**	**Mme DUBART Dominique** **Mme CAYROL Audrey**
	FICHE DE POSTE **IDE COORDINATRICE**	**Date : 30/04/2013**

REDACTEUR
Nom : Mme DUBART Dominique
Fonction : Cadre de santé
Date : 30/04/2013
Visa :

Les qualités requises pour le poste :

- Anticipation, observation
- aptitude à la communication et à la médiation
- empathie
- capacités organisationnelles
- capacité d'adaptation
- discrétion et respect de la confidentialité

Les horaires du poste : 9 h 30 / 18 heures 30 (1 heure de coupure) 7j / 7

Les Missions Générales par ordre de priorité :

1. Informer les proches et répondre à leur demande
2. Coordonner et optimiser la prise en charge globale du patient de son entrée à sa sortie
3. Travailler en collaboration avec l'équipe médicale afin de diminuer les délais d'attente et de prise en charge

Les missions spécifiques :

1. **Informations données aux familles en salle d'attente :**

A l'aide d'une planification, l'IDE coordinatrice se déplace régulièrement en salle d'attente à intervalle de 2 h maximum et informe en temps réel les familles de l'évolution de la prise en charge.

Elle répond aux sollicitations des proches et leur propose de répondre éventuellement à une enquête de satisfaction.

Elle trace dans le dossier patient sur CADUCEE son intervention auprès des familles par le biais de la prescription infirmière.

2. ***Régulation des prises en charge et des transferts dans les étages :***

- Elle facilite le placement des patients en recensant 3 fois sur son poste (11h, 15h, 17h30) les places disponibles dans l'établissement et informe le cadre de terrain du manque de disponibilité des lits.
- En cas de difficultés de prise en charge dans les services de soins, elle en réfère au cadre de terrain qui contactera le cadre des étages afin de trouver la solution la plus appropriée pour éviter un délai d'attente de transfert trop long.

3. ***Contrôle des patients avant transfert*** :

Elle s'assure que la famille (présente ou non en salle d'attente) soit informée de l'heure et du lieu du transfert

4. ***Gestion des situations de stress ou d'agressivité***

L'IDE coordinatrice temporise les situations de stress, de mécontentement et d'agressivité et se positionne en médiateur dans la gestion de conflits ; elle informe le cadre de terrain lors de problème éventuel

5.Intervention dans les prises en charge spécifiques

L'infirmière coordinatrice accueille, accompagne et soutient les proches des patients en fin de vie à l'UHCD.
Elle participe à l'annonce de diagnostique grave en binôme avec le médecin dans la mesure du possible.

Les missions de l'IDE coordinatrice gravitent autour de l'efficience de la prise en charge du patient, de la qualité d'informations données aux familles et de l'optimisation de la gestion des flux. Elles s'articulent avec l'équipe pluridisciplinaire des urgences au décours d'une communication adaptée avec l'équipe d'encadrement médicale et paramédicale.

L'infirmière coordinatrice est une réelle plus value pour le service des Urgences. Ses missions répondent à un réel besoin, des patients, de leur proches et de l'équipe pluridisciplinaire au regard des enquêtes de satisfaction. Elle est l'interface chargée des relations entre l'équipe pluridisciplinaire, le patient et ses proches.

AUTEUR : Nom : Duweltz **Prénom : Marie-Odile**

Date de Soutenance : le 23 septembre 2014

Titre de la Thèse :

Description de la satisfaction des accompagnants des patients de la structure d'urgences d'un centre hospitalier général

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecin générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : satisfaction, accompagnants, urgences

Résumé :

Contexte La satisfaction des patients aux urgences est un sujet repris largement dans la littérature. De plus l'évaluation de la satisfaction est un objectif de la certification des hôpitaux. Parmi les facteurs explicatifs de la satisfaction on retrouve l'information donnée aux proches mais il existe peu de données dans la littérature. Ainsi l'objectif est de décrire la satisfaction des accompagnants des patients dans une structure d'urgences, puis de décries les facteurs pouvant influencés la satisfaction.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive mono centrique, réalisée sur un échantillon de 350 accompagnants du 13 janvier au 9 février 2014. Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire proposé à J 7 du passage aux urgences par entretien téléphonique. Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme de pourcentage ou d'effectif, les analyses bivariées on été analysées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fischer.

Résultats : Sur les 350 accompagnants inclus, seul 198 répondants sont analysés. 49% IC 95% (41,87-56,15) des accompagnants sont satisfaits de leur passage aux urgences, 36% IC 95% sont tout à fait satisfaits et 1% IC 95%(0,01-2,78) n'est pas du tout satisfait. Les analyses pour les objectifs secondaires réalisées retrouvent : 33% IC 95% (26,43-39,9) des accompagnants estiment la salle d'attente accueillante, 40% IC 95% (33,57-47,61) des accompagnants n'estiment pas du tout utile l'affichage en salle d'attente, 49 % IC (41,87-56,15) d'entre eux estiment que le personnel médical n'est pas du tout à leur écoute, 36% IC 95% (29,74-43,52) estiment que le personnel paramédical est à leur écoute et enfin 60% IC 95% (52,9-66,91) estiment que le personnel administratif est à leur écoute.

Conclusion : Le résultat principal est satisfaisant cependant des actions sont à mener face aux résultats secondaires. La réorganisation de l'espace d'attente et d'accueil est à envisager d'une part, d'autre part il est nécessaire de sensibiliser les équipes soignantes face à la prise en charge des proches.

Composition du Jury :

Président : Professeur Wiel, PU-PH

Assesseurs : Professeur Glantenet, PA-PH

Docteur Tournel, MCU-PH

Docteur Vaniet, PH