



HAL
open science

Evaluation de l'anxiété , du coping et du soutien informatif chez les patients admis aux urgences: étude de corrélation avec le degré de satisfaction

Nelly Sartini

► **To cite this version:**

Nelly Sartini. Evaluation de l'anxiété , du coping et du soutien informatif chez les patients admis aux urgences: étude de corrélation avec le degré de satisfaction. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01738942

HAL Id: hal-01738942

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738942>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Nelly SARTINI

Le 19 septembre 2003

**Evaluation de l'anxiété, du coping et du soutien informatif
chez les patients admis aux urgences :
Etude de corrélation avec le degré de satisfaction**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur H. LAMBERT

Président

M. le Professeur G. THIBAUT

M. le Professeur J.D. DE KORVIN

M. le Docteur A. BELLOU

M. le Docteur J.P. GRANDHAYES

M. le Docteur K. ABOTCHI

Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Henri HEPNER – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE

Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT

Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Henri LAMBERT
Professeur de Réanimation Médicale,
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Pendant notre stage de résidente dans votre
service, nous avons apprécié votre disponibilité,
gentillesse et compétence.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de
notre profond respect.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Gilbert THIBAUT,
Professeur de Médecine Interne,

Nous vous sommes très reconnaissante de la
considération que vous nous portez en acceptant
de juger cette thèse.

Veillez accepter nos très sincères
remerciements.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,
Professeur de Médecine Interne,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce
travail.

Veillez recevoir l'expression de nos hommages
respectueux.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Abdel BELLOU,

Vous avez été à l'origine de ce travail, nous avons apprécié votre disponibilité et votre compétence.

Nous vous sommes reconnaissante de toute l'aide que vous nous avez apportée dans l'élaboration de cet ouvrage.

Que cette thèse puisse vous assurer de notre profonde gratitude.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Jean-Pierre GRANDHAYES,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger
cette thèse.

Veillez accepter nos sincères remerciements.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Koffi ABOTCHI,

Vous nous avez soutenue tout au long de ce travail.

Nous avons été très sensible à la confiance que vous nous témoignez et à votre gentillesse.

Que cette thèse puisse vous garantir de notre profond respect et de notre amitié.

A mon Père, je te remercie pour l'aide que tu m'as apportée pour ce travail et ton soutien tout au long de ces années. Je n'y serais jamais arrivée sans toi, et cette fois, je n'en fais pas de trop !

A ma Mère, merci pour ta confiance, tu as toujours su trouver les mots. Personne ne réussit à m'apaiser comme tu le fais. Sans toi, je n'y serais pas parvenue.

A ma sœur Virginie, la plus chère à mon cœur, mon alter ego.

Merci pour votre patience, je vous aime de tout mon cœur.

A mes Grands-Parents, je vous aime très fort.

A Cédric, tu es un véritable ami, je sais que tes bras me protègent !
Je t'adore...

A toute ma famille.

A mes amis.

A tout le personnel des Urgences de Mont-Saint-Martin.

A Cloé, Dimitri, Jany, Diego, Basile, Lydia.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

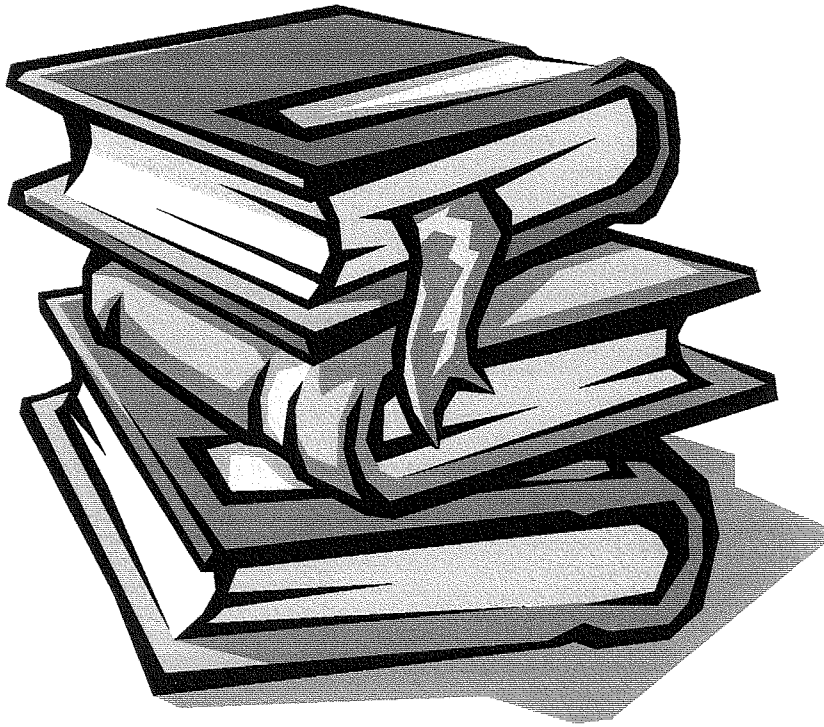
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	18
OBJECTIFS.....	34
PATIENTS et MÉTHODES.....	36
1-Les patients	36
2-Critères d'inclusion	36
3-Recueil des données	36
3-1 L'échelle d'anxiété de Spielberger.....	37
3-2 L'Inventaire de Coping pour Situations Stressantes de Endler et Parker.....	37
3-3 Le questionnaire de satisfaction.....	38
4-Organisation de l'étude	39
ANNEXE 1 Echelle d'anxiété de Spielberger (STAI).....	40
ANNEXE 2 Inventaire de Coping pour Situations Stressantes (CISS).....	42
ANNEXE 3 Questionnaire de satisfaction.....	43
ANNEXE 4 Consentement libre et éclairé du patient.....	46
5-Etude statistique	48
5-1 Etude descriptive.....	48
5-2 Etude comparative.....	48
ANNEXE 5 Caractéristiques démographiques.....	49
RÉSULTATS.....	51
1-Population étudiée	51
1-1 Données démographiques.....	51
1-2 Données socio-professionnelles.....	53
1-3 Données médicales.....	54
2-Anxiété	56
2-1 Anxiété-état.....	56
2-2 Anxiété-trait.....	57

3-Le coping	58
3-1 Le coping centré sur la tâche.....	58
3-2 Le coping centré sur l'émotion.....	60
3-3 Le coping centré sur l'évitement	60
3-4 Le coping centré sur la distraction	61
3-5 Le coping centré sur la diversion sociale.....	63
4-Le soutien informatif	63
4-1 Le soutien informatif concernant l'attente avant la prise en charge	64
4-2 Le soutien informatif concernant l'attente lors de la prise en charge.....	65
4-3 La satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente avant la prise en charge	66
4-4 La satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge	67
4-5 La satisfaction par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient pendant les soins	69
4-6 La satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur	70
4-7 La satisfaction par rapport aux informations concernant les soins ou actes à effectuer au sortir des Urgences	71
5-Autres facteurs	72
5-1 L'accueil.....	72
5-1-1 L'accueil avant la prise en charge des patients	72
5-1-2 L'accueil lors la prise en charge des patients	73
5-2 La douleur	75
5-2-1 L'intensité de la douleur.....	75
5-2-2 La satisfaction par rapport au traitement de la douleur	76
5-2-3 La satisfaction par rapport à la sécurité dans le service	77
5-2-4 La satisfaction par rapport à l'organisation matérielle du départ	78
5-2-5 La probabilité de revenir au Service d'Accueil des Urgences si besoin est.....	80
5-3 Evolution de la satisfaction générale en 1997, 1999, 2002	81
ANNEXE 6 Diagnostic initial à l'issue de l'admission au SAU	82
DISCUSSION	85
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES	109



INTRODUCTION
BIBLIOGRAPHIQUE

La prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé constitue une des priorités définies par l'ordonnance du 24 avril 1996.

Cette ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, introduit dans son article L.710-1-1 l'obligation d'évaluer la satisfaction des patients :

« La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation. »

La satisfaction du patient est, selon l'OMS, une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins : *« 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... »*.

Elle fait partie des actions de santé, elle est un élément de la qualité des soins et de l'état de santé. L'élaboration d'un système de mesure adapté représente un des axes essentiels de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins (6, 3, 40).

La démarche comporte trois grandes étapes : repérer les attentes des patients (en suivant les lignes directrices de la charte du patient -circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995) ; définir les niveaux de performance à atteindre pour certaines de ces attentes ; enfin, procéder à des enquêtes auprès des patients pour mesurer leur niveau de satisfaction par rapport aux attentes et aux objectifs définis.

Elle s'inscrit dans un projet propre à chaque établissement. Chacun aura à développer son propre outil d'évaluation de la satisfaction des patients répondant à ses spécificités.

On pourrait être tenté de croire que la satisfaction naît, dans l'absolu, de la prestation reçue. Or, selon la théorie des attentes (56), la satisfaction est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu.

Les enquêtes de satisfaction devraient rendre compte de la réaction des patients devant cette différence. Pour dépasser le simple constat de l'écart et envisager de le réduire, il est indispensable de connaître les **attentes des patients**. Or, comme le souligne STEUDLER (57), « *les attentes des malades varient en fonction d'un très grand nombre de variables, au nombre desquelles on peut compter la nature des pathologies, leurs caractéristiques démo-professionnelles et socio-culturelles...* ». On peut distinguer avec l'auteur trois types d'attente : les **attentes technico-médicales**, correspondant aux besoins organiques primaires. Le malade « *touché dans son corps* » attend une réponse à son trouble, à sa souffrance et une restauration partielle ou totale du fonctionnement normal de son organisme ; les **attentes psychiques et sociales** correspondant aux contacts sociaux avec le nouvel environnement. Le patient, « *en proie à une inquiétude résultant de la rupture de milieu attend des informations et des relations rassurantes* » ; les **attentes matérielles et intellectuelles** « *traduisant le désir de ne pas être dévalorisé, de retrouver l'estime de soi malgré la présence de la maladie* »

Neuf variables caractérisant la performance des institutions (47) sont le plus souvent cités par les patients: **Efficacité** : degré selon lequel le traitement ou la procédure a permis d'atteindre le résultat attendu ou souhaité ; **Caractère approprié** : procédure ou test rejoignant le besoin du patient ; **Disponibilité** : d'un test ou d'une procédure nécessaire pour le patient. C'est le degré selon lequel le soin approprié a été appliqué au patient

qui le nécessitait ; **Opportunité** : degré selon lequel le soin ou l'intervention est prodigué au patient au moment le plus bénéfique ou nécessaire ; **Qualité** : degré selon lequel les soins ont été donnés de manière concrète, selon l'état actuel des connaissances dans le but d'obtenir le résultat désiré pour le patient donné ; **Continuité** : les soins sont coordonnés parmi les praticiens, les organisations et dans le temps ; **Sécurité** : le risque des soins est diminué pour le patient et les personnes environnantes (en incluant les praticiens) ; **Efficiences** : relation entre le résultat obtenu et les ressources utilisées ; **Respect et bienveillance** : le patient ou son représentant est impliqué dans les décisions et les soins sont prodigués avec attention. Les besoins du patient et ses attentes sont respectés en tenant compte des différences intellectuelles.

Il est donc nécessaire d'explorer, en premier lieu, les **attentes** des patients et les critères qui composent leur degré de satisfaction.

L'identification des critères qui contribuent à la satisfaction des patients et leur évaluation constituent des éléments-clefs pour définir les choix stratégiques de « la politique qualité ». Il serait risqué de présager par avance des critères de qualité les plus importants pour les patients (2).

Une enquête qualitative, à base d'entretiens et/ou de réunions de groupe, est donc un préalable nécessaire avant de conduire une enquête quantitative. La phase de préparation va préciser les objectifs et la finalité de l'enquête, définir le choix des méthodes de recueil d'informations, déterminer l'échantillon, organiser les modalités de réalisation (4, 11). Les enquêtes peuvent se dérouler de manière « ponctuelle » sur une période donnée ou en « continu » tout au long de l'année. Quel que soit le mode d'interrogation (téléphone, entretien, courrier, questionnaire), la libre expression doit être garantie, l'anonymat préservé et l'objectivité totale (32).

Après revue de la littérature, il ressort une nette prépondérance des **questionnaires** dans les enquêtes de satisfaction. Ces questionnaires doivent explorer les multiples dimensions de la satisfaction à travers des questions simples. Leur contenu est quasiment identique pour toutes les enquêtes, qu'elles soient menées par courrier, par téléphone ou par entretien. Le questionnaire universel n'existe pas, il est créé ponctuellement pour chaque étude, ce qui fait dire à Hall (25) « *qu'aucun système d'enquête n'a été validé pour qu'il soit considéré comme fiable, valide pour la mesure de la satisfaction* ».

Il existe de nombreuses études qui tentent d'identifier les **différents facteurs qui influencent la satisfaction des patients** (25, 28, 32, 35). La plupart d'entre elles retrouvent un taux de satisfaction élevé mais les facteurs diffèrent d'une étude à l'autre.

Une enquête menée au Centre Hospitalier Lyon Sud (41) a évalué le degré de satisfaction de 426 patients, hospitalisés pour la première fois dans le service (afin d'éviter le biais de « fidélisation »), entre le 1^{er} octobre 1992 et le 30 juillet 1993 (août et septembre ont été exclus en raison des congés annuels car ils ne représentaient pas le fonctionnement habituel du service). Un questionnaire, portant sur l'appréciation globale du service a été adressé par courrier à chaque patient. Le taux réel de réponse était de 84% et 95,2% des patients étaient satisfaits. La répartition de l'âge des patients non satisfaits était comparable à celle des patients satisfaits (âge moyen : 53,3 ans), permettant de conclure que l'âge n'est pas un facteur de mécontentement. De la même façon, le sexe ne semble pas intervenir. Ce résultat est confirmé par d'autres études réalisées (39, 52).

Il existe une influence des conditions socio-économiques des patients sur leur degré de satisfaction, ceux qui sont issus de milieu défavorisé ou de

race noire sont plus insatisfaits que les patients des autres catégories sociales (24). LORCA a tenté d'évaluer l'influence éventuelle de la **profession** sur le degré de satisfaction des usagers, mais sur 338 patients enquêtés, seuls 16 avaient déclaré leur profession et l'effectif réduit de l'échantillon ne permettait pas une analyse statistique (41). En revanche, il a mis en évidence l'influence du facteur **diagnostique** sur le taux de satisfaction et conclut que les patients porteurs d'une **pathologie chronique** sont plus insatisfaits que les autres. Il constate, enfin, que la plupart des patients insatisfaits le sont pour tout. Ils expriment un mécontentement général, aussi bien envers le personnel que pour la nourriture ou le fonctionnement général du service.

L'enquête menée au Service d'Accueil des Urgences du C.H.U. de Créteil en 1995 (20) après recueil de 296 questionnaires montre, de façon significative, que la qualité de l'accueil est un facteur déterminant de la satisfaction.

En ce qui concerne la prise en charge de la **douleur**, les résultats diffèrent selon les études. Les patients qui n'ont pas bénéficié d'un traitement antalgique efficace, ont 1,7 fois plus de risque d'être insatisfaits que ceux ayant été soulagés (6). Pour d'autres auteurs (52), la douleur n'est pas un facteur influençant la satisfaction.

Les critères qui semblent influencer le plus la satisfaction sont les **compétences techniques**, la **communication** et l'**information** des patients (13). WEISS et RAMSEY abondent dans ce sens en démontrant l'existence d'une corrélation entre une **relation de qualité soignant-soigné** et un niveau de satisfaction élevé. (65). Trois principaux critères interviennent dans cette relation : l'attitude du personnel, l'amabilité des soignants et leur obligeance

envers les patients. Le comportement du personnel joue un rôle capital sur le degré de satisfaction (43).

D'autre part, les patients souhaitent une information simple, claire et compréhensible. L'information du patient et le fait de le rassurer contribuent sans aucun doute à améliorer sa satisfaction (66, 64). DONADEBIAN a démontré également que les patients satisfaits ont plus de chances de suivre les recommandations médicales de soins et de traitement que les patients insatisfaits (17). WEISS et PETERSON partagent ce point de vue, les patients satisfaits coopèrent plus facilement, participent davantage à leur prise en charge et adhèrent à leur traitement de façon plus assidue (65). Cependant, les informations données concernant le traitement, les examens complémentaires ou les résultats doivent être compréhensibles pour le patient.

La perception du temps d'attente peut différer selon que le patient est informé ou non de la durée réelle de l'attente. Les patients percevant un temps d'attente long sont moins satisfaits que les autres (54, 22). Une stratégie pour améliorer la situation est donc de diminuer cette perception d'attente en donnant des explications au patient. L'étude de THOMPSON et al a montré que seuls 22,3 % des patients ont estimé avec précision l'attente par rapport au médecin, 49,9 % l'ont surestimée et 28,8 % l'ont sous-estimée. L'attente totale est plutôt sous-estimée que surestimée (24,5 % contre 38,9 %) (59).

L'information est primordiale dans un Service d'Accueil des Urgences (36, 34, 35, 66, 44, 21). Les éléments déterminant la satisfaction sont surtout des préoccupations d'information et de confidentialité. Les auteurs incitent donc à mieux former les personnels de soins des urgences aux techniques de communication. L'association d'une information orale à la distribution d'un formulaire expliquant le fonctionnement du service, les raisons de l'attente,

influence la satisfaction des patients (34). Ce type de formulaire contient des informations concernant le fonctionnement du Service d'Accueil des Urgences, la durée d'attente et pourquoi certains patients bénéficient des soins en priorité. Les patients qui ont reçu et lu le formulaire d'information sont plus satisfaits concernant les soins, le temps passé aux urgences et l'information reçue. Le degré global de satisfaction est meilleur pour le groupe informé.

Le soutien informatif dépend du soutien social. D'un point de vue psychologique, le soutien social se rapporte au sentiment éprouvé par l'individu, relatif à la possibilité d'être soigné, protégé et valorisé par son réseau social. Le réseau social constitue les contraintes et obligations mutuelles entourant l'individu et lui procurant une assistance en cas de besoin. Les sociologues développent plutôt l'aspect purement quantitatif du nombre d'interactions ou de liens sociaux. Les psychologues, quant à eux, y ajoutent l'aspect qualitatif du soutien social, pris au sens d'un bénéfice perçu par l'individu (61).

Selon HOBFOLL, ce n'est pas un nombre élevé de relations qui est important pour un sujet, mais plutôt le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie et confidences dans les moments les plus difficiles (27). Il existe différents types de soutien social : le soutien émotionnel, d'estime, matériel ou financier et le soutien informatif. Le soutien informatif comprend les conseils, les suggestions, les propositions dispensées par l'entourage en certaines occasions. Il a été particulièrement étudié par DUNKEL-SCHETTER chez des sujets cancéreux (18). Au cours de cette étude, il leur était demandé de décrire et d'évaluer en fonction de leur efficacité, les divers témoignages de soutien apportés par autrui depuis l'apparition de la maladie. Le soutien informatif était perçu comme efficace pour 41 % des sujets, mais surtout, il n'était perçu comme une aide efficace que lorsqu'il venait du personnel médical

et non de la famille. Le soutien informatif est intrinsèquement lié au concept de communication. Communiquer, c'est mettre en commun une information, une idée ou une attitude. La communication peut être perçue de différentes façons. Cela peut être une grande source d'insatisfaction au sein des organisations, le facteur qui entrave la réussite de projets techniquement parfaits, la source de bien des maux dans notre civilisation médiatique, un concept dont on parle beaucoup mais que l'on pratique peu. La qualité de la communication est, dans une organisation, le facteur incontournable d'une qualité maîtrisée. Le personnel d'un organisme de service, notamment celui qui traite directement avec le client ou le patient, doit avoir acquis un savoir-faire et les compétences nécessaires en matière de communication, et favoriser une attitude coopérative et participative dans la résolution du problème. Tous les niveaux hiérarchiques doivent manifester une aptitude à la communication au sein de l'organisme de service. L'existence d'un système d'information approprié est un outil essentiel à la communication.

L'utilisateur attend, a priori, amabilité, écoute, attention, prise en compte de sa demande et de son contexte, compétence, ... on parle d'empathie.

ROGERS, psychosociologue, a montré le caractère déterminant de l'empathie que peut exercer l'employé dans sa relation (53). L'empathie est la capacité à participer au sentiment de l'autre, à rendre la relation positive et constructive. Cette empathie est plus importante dans la perception que l'utilisateur a de son interlocuteur, que sa présentation physique ou argumentaire. Elle est un facteur déterminant de crédibilité et de perception de la compétence. L'empathie est une condition impérative pour les prestations où la participation de l'utilisateur est primordiale.

L'admission aux urgences est une situation particulière vécue par les patients et peut susciter une certaine anxiété. Selon GUELFY, « l'anxiété est un ensemble de réactions émotionnelles, qui se traduisent par des symptômes

subjectifs d'ordre somatique ou psychique, des modifications comportementales et des signes physiologiques objectifs » (23). L'anxiété est une réponse (normale ou pathologique, selon le contexte et les comportements associés) non spécifique et fréquente à de nombreuses situations, qui peut exister chez tous les sujets. Les troubles anxieux se caractérisent par divers troubles : attitudes, représentations, pensées centrées sur des thèmes désagréables (échec, mort, peur,...), attente et sentiment de menace diffuse ou de danger (sentiment de perte de contrôle, ...), souffrance comportementale (troubles psychomoteurs : sursauts, pleurs, ...), troubles de l'humeur (irritabilité, plaintes, ...) et souffrance somatique (troubles neurovégétatifs, troubles du sommeil, ...). Diverses échelles utilisées en psychopathologie quantitative permettent d'évaluer l'intensité et la nature du syndrome anxieux. Cependant, contrairement aux psychiatres qui considèrent l'anxiété d'un point de vue normal ou pathologique, les psychologues adoptent volontiers la distinction entre *anxiété-trait* et *anxiété-état* introduite par CATTEL (10) et approfondie par SPIELBERGER (55). L'*anxiété-état* correspond à un ensemble de cognitions et affects momentanés face à une situation menaçante, et se caractérise par des sentiments de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et par une activation du système nerveux autonome. Elle est liée à la situation, elle introduit une rupture modifiant l'équilibre psychique du sujet. L'*anxiété-trait* correspond à des dispositions comportementales acquises, durables, avec une tendance à percevoir l'environnement d'une certaine façon et à réagir de manière spécifique et avec régularité. Elle est une caractéristique individuelle, apparemment innée, qui se manifeste de deux façons : la prédisposition à éprouver des états de peur en présence de stimulus qui, pour d'autres individus, sont moins fortement anxiogènes, voire pas anxiogènes du tout (dans certains cas, il semble y avoir absence de stimulus ou objet) ; la prédisposition à développer des peurs conditionnelles à l'égard de stimulus qui ne sont pas

par eux-mêmes directement anxiogènes. Si les sujets ayant une anxiété-trait élevée manifestent souvent une élévation de l'anxiété-état, c'est parce qu'ils tendent à percevoir comme dangereux ou menaçant un plus large éventail de situations. L'anxiété-trait s'est révélée très fortement associée à un style perceptivo-cognitif décrit par BYRNE sous le nom « sensitisation-répression » (8). Les « sensibles » ont une anxiété-trait élevée et se caractérisent par une vigilance particulière vis-à-vis des stimuli pouvant générer des émotions désagréables. Quant aux « répresseurs », si leur anxiété est faible en apparence, c'est en raison d'attitudes défensives qui permettent de ne pas reconnaître ces émotions. Ces sujets ne sont pas de vrais non-anxieux.

Quelques études se sont intéressées à cette question de l'anxiété générée par l'arrivée dans un Service d'Accueil des Urgences (9, 45, 33)

Les sources d'anxiété les plus fréquemment rapportées sont « ne pas savoir ce qui va se passer dans le service », « avoir à suivre une procédure désagréable », « ressentir de la douleur », enfin, « ne pas savoir ce qui ne va pas ». Les résultats montrent que les patients sont autant concernés par les aspects psychologiques et sociaux en lien avec leur admission, que par les problèmes physiques. Les auteurs suggèrent qu'il est essentiel, pour les soignants des urgences, d'évaluer les patients de manière holistique et de considérer leur état psychologique et les circonstances sociales aussi bien que les conditions physiques (9). En apportant, par exemple, un soutien, un apport d'information. Dans une autre étude, le fait de donner de l'information aux patients et à leur famille réduit leur anxiété et permet une meilleure compréhension de ce qui se passe pour eux et autour d'eux (45). Mais, l'anxiété engendrée par une blessure ou une maladie, liée à l'attente dans un Service d'Accueil des Urgences, ne favorise pas la communication et entrave quelque peu l'utilisation de l'information verbale. Pour éviter ce biais, un formulaire d'information en supplément de l'information verbale a été transmis aux patients. Ce formulaire décrit le travail effectué aux urgences et

présente le plan du service, pour une meilleure compréhension du patient du mode de fonctionnement du service et des risques d'attente. L'utilisation d'un formulaire d'information (description du service, du mode de fonctionnement, des raisons de l'attente...) associé à la communication verbale a un effet positif sur la satisfaction des patients aux urgences et permet de réduire leur anxiété. La typologie des patients anxieux peut être définie (33). Quatre groupes de patients sont identifiés : le *premier groupe* est composé de patients présentant des plaintes somatiques pour lesquelles aucun problème physique n'est diagnostiqué, le *second groupe* est composé de patients avec des plaintes somatiques et des troubles physiques, le *troisième groupe* est composé de patients non-psychiatriques, le *quatrième groupe* est un groupe de référence au Service d'Accueil des Urgences psychiatriques.

Il a été observé qu'une population à risque avec un fort taux de prévalence concernant les troubles anxieux peut être identifiée parmi les patients rencontrés dans un Service d'Accueil des Urgences médicales.

Il semble important, dans le cadre des premiers soins aux Urgences, que les médecins considèrent les troubles anxieux dans le diagnostic différentiel des patients. En effet, l'anxiété des patients peut mettre leur vie en danger et retarder leur rétablissement. Une intervention précoce auprès du patient contribue donc à réduire son anxiété et limiterait donc les risques ultérieurs.

Ces études montrent donc que, dans un Service d'Accueil des Urgences, les patients déploient une anxiété diffuse, en lien avec l'ignorance, l'incertitude... Il est donc important que les soignants soient réceptifs à cette anxiété et permettent aux patients de faire face au mieux à cette situation stressante.

Afin de faire face à cette situation stressante, le sujet va mettre en place des stratégies de coping. En effet, l'individu ne subit pas passivement les événements qu'il peut rencontrer dans sa vie, il essaie d'y faire face : on parle de « coping » pour désigner les réponses et réactions que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. La traduction est variable, le terme de « coping » a été traduit par maîtrise, défense, adaptation. Il vient du verbe anglais « to cope » qui signifie « faire face ». Ce terme est apparu pour la première fois en 1966 dans un ouvrage de LAZARUS R (37). Ce concept est populaire dans les pays anglo-saxons depuis les années 1975 et commence à l'être en France depuis 1990. Le terme de « coping » est admis dans le vocabulaire français depuis 1999, il s'agit donc d'un concept récent. Le coping peut être défini comme un processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussit à la maîtriser (16). LAZARUS et FOLKMAN définissent le coping, dans une perspective transactionnelle, comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne, comme consommant ou excédant ses ressources* » (38). Il s'agit bien d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus, mais des processus impliquant des actions réciproques entre sujet et environnement. Le coping peut prendre des formes très diverses, il peut s'agir de : *cognitions* (réévaluation de la situation stressante ou des ressources disponibles, restructuration cognitive, plans d'action, ...); *affects* (expression ou répression de la peur, de la colère, de la détresse, ...); *comportements* (résolution de problème, recherche d'information, recherche d'aide, ...). Le coping a pour but de gérer les émotions et de faciliter l'adaptation. Une stratégie de coping est efficace, si elle parvient à diminuer la détresse du

sujet en restaurant son bien-être physique et/ou psychique. Il existe alors différentes possibilités : se détourner de la source de stress, l'éviter. Ce sont les **stratégies d'évitement**, ou se focaliser sur la source de stress. Ce sont les **stratégies actives ou vigilantes**. La taxonomie la plus classique proposée est la distinction entre : le coping centré sur le **problème** (efforts pour affronter la situation) et le coping centré sur l'**émotion** (efforts pour contrôler la tension émotionnelle). Les stratégies de coping centrées sur le **problème** visent à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter les propres ressources du sujet, pour mieux y faire face. Ces stratégies de coping vont pousser le sujet à tenter de résoudre le problème, à avoir une action directe sur le problème. Certains auteurs parlent de coping actif ou vigilant (49). En général, le coping centré sur le problème va induire indirectement une réduction de l'émotion.

Les stratégies de coping centrées sur l'**émotion** sont des tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de différentes façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Les stratégies de coping centrées sur l'**émotion** ne changent rien au problème, mais réduisent l'émotion du sujet par rapport à la situation stressante.

Il est possible d'utiliser à la fois un coping centré sur le **problème** et un coping centré sur l'**émotion** pour faire face au même événement.

Il n'existe pas de stratégie efficace en soi, indépendamment des caractéristiques du sujet ou du problème.

Cependant, d'après la méta-analyse de SULLS et FLETCHER menée en 1985 sur 43 études différentes, il apparaît plus utile, en général, de recourir à une stratégie (plutôt qu'à aucune) et de disposer de stratégies variées et flexibles (58). Généralement, les stratégies de coping centrées sur le problème sont efficaces, surtout à moyen et à long terme et pour des

événements contrôlables. Face à une atteinte somatique, un coping centré sur le problème se traduira par une recherche d'informations, une attitude combative et une meilleure adhésion thérapeutique. Cela permet de comprendre pourquoi cette stratégie a généralement des effets bénéfiques à moyen et à long terme. Quant aux stratégies centrées sur l'émotion, elles sont habituellement non fonctionnelles, mais peuvent protéger le sujet à court terme et/ou pour des situations incontrôlables.

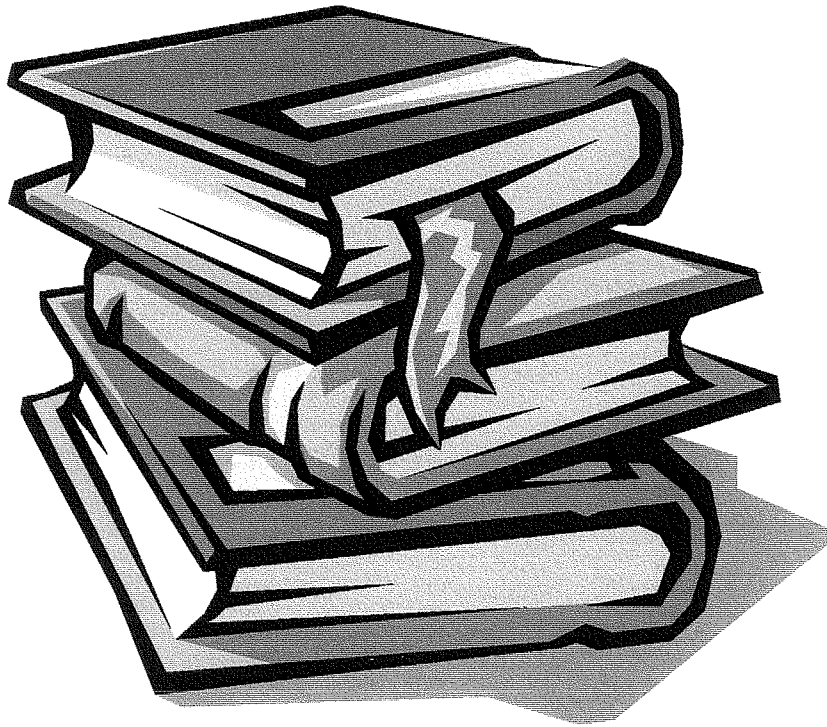
La notion de coping permet de tenir compte, à la fois des dispositions de personnalité stable (ressources) et des modalités effectivement à l'œuvre dans différentes situations stressantes.

Peu d'études se sont intéressées aux stratégies de coping déployées par les patients dans un Service d'Accueil des Urgences (26, 30). En fonction du type de personnalité spécifique, chaque patient répondra différemment au stress de la maladie. Le stress de la maladie et/ou de l'hospitalisation peut être accablant pour certains patients, entraînant des réactions psychologiques. La compréhension habituelle de l'impact psychologique de la maladie est basée sur les mécanismes de défense, les stratégies de coping et la personnalité de l'individu. C'est la capacité des soignants à identifier les défenses, les stratégies de coping et les types de personnalité, qui peuvent aider le patient à faire face à la maladie et/ou à l'hospitalisation. A ce propos, JAY s'est intéressé à la question de l'efficacité des interventions des infirmières des urgences concernant la réassurance et la réduction de l'anxiété chez des patients ayant vécu un traumatisme important (30). L'auteur a mené une étude qualitative, auprès de sept patients sérieusement blessés, par rapport à leur expérience dans l'accident et au Service d'Accueil des Urgences. Il apparaît que, généralement, quand un patient sévèrement blessé est admis dans un Service d'Accueil des Urgences, l'équipe médicale et infirmière répondent souvent dans l'urgence à la crise physique sans considération adéquate des besoins psychologiques.

Différentes stratégies de coping ont été utilisées par les patients pour recouvrir leurs besoins et retrouver du contrôle. Des méthodes telles que le toucher, la compagnie, l'information sont devenues très importantes, comme le besoin de confiance que les patients semblent devoir avoir pour retrouver le contrôle de leur nouvel environnement. Ces deux études montrent qu'il est important que les soignants accordent de l'attention à la personne entière, c'est-à-dire sans occulter le côté psychologique, à commencer par l'anxiété, très souvent présente dans ce genre de service. Les soignants permettront ainsi aux patients de mettre en place des stratégies de coping de manière plus efficace, afin qu'ils puissent faire face à la situation aversive et généralement, inattendue.

Dans une autre étude, les auteurs ont étudié le stress et les stratégies de coping de 25 patients d'un service d'urgence ayant une maladie aiguë non sévère et de 25 patients hypertendus (29). Les patients hypertendus ont significativement plus de problèmes de coping que les autres patients. Les sujets hypertendus utilisent significativement plus de stratégies de coping portant sur la religion et l'activité physique, alors que les patients du Service d'Accueil des Urgences utilisent plutôt le rêve éveillé ou leur expérience passée. Dans cette étude, c'est sans doute, le type de maladie (aiguë ou chronique) qui influence les stratégies de coping qui seront mises en place pour faire face à la maladie. Les patients porteurs d'une maladie chronique semblent avoir plus de difficultés pour faire face à la maladie que les patients ayant une maladie aiguë.

Cette revue de la littérature montre qu'un certain nombre d'enquêtes de satisfaction a déjà pu être menée au sein d'un Service d'Accueil des Urgences, mais le point de vue subjectif, psychologique du patient a été peu exploré.



OBJECTIFS

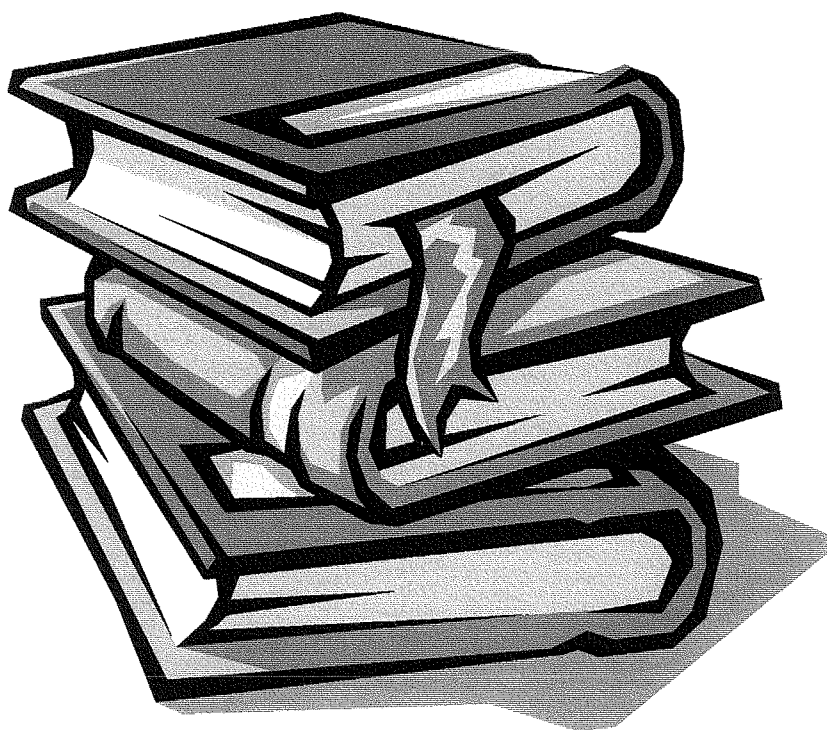
Les concepts présentés dans cette étude sont le **soutien informatif**, **l'anxiété**, le **coping**.

Ces trois concepts sont ici mis en lien avec un concept central qui est celui de la **satisfaction** des patients admis dans un **Service d'Accueil des Urgences**.

Notre objectif principal est de déterminer si le **soutien informatif**, **l'anxiété** et le **coping** influencent la **satisfaction** des patients admis dans un **Service d'Accueil des Urgences**.

Nos hypothèses sont :

- Le soutien informatif serait positivement corrélé à la satisfaction des patients admis dans un Service d'Accueil des Urgences.
- L'anxiété serait négativement corrélée à la satisfaction des patients admis dans un Service d'Accueil des Urgences.
- Le coping centré sur la tâche serait positivement corrélé à la satisfaction des patients admis dans un Service d'Accueil des Urgences.
- Le coping centré sur l'émotion serait négativement corrélé à la satisfaction des patients admis dans un Service d'Accueil des Urgences.
- Le coping centré sur l'évitement serait négativement corrélé à la satisfaction des patients admis dans un Service d'Accueil des Urgences.



PATIENTS &
MÉTHODES

1-Les patients :

Cette étude concerne 89 patients adultes, des deux sexes, admis, quel que soit le motif, au Service d'Accueil des Urgences du CHU de NANCY, de Juin à Septembre 2002.

Sur ces 89 patients admis pour diverses pathologies médicales ou chirurgicales, 80 ont été retenus, afin d'équilibrer le nombre de patients dans chaque groupe (médecine et chirurgie) et pour les deux sexes. 9 patients de chirurgie ont donc été retirés, de manière aléatoire, de l'échantillon d'étude.

2-Critères d'inclusion :

Pour cette étude, des patients adultes, parlant et comprenant le français, n'étant pas sous l'emprise de l'alcool ou de drogue, n'étant pas atteints de pathologies psychiatriques et se trouvant dans un état de conscience suffisant pour répondre aux questions étaient inclus dans l'échantillon.

Les patients étaient choisis de manière aléatoire.

Les critères d'exclusion étaient : état clinique jugé grave, nécessitant une prise en charge immédiate (CCMU 4 et CCMU 5) ; troubles psychiatriques ; tentative de suicide ; éthylisme aigu ; syndrome confusionnel ; désorientation temporo-spatiale ; problème de compréhension ; absence de consentement.

3-Recueil des données :

Les instruments d'évaluation utilisés pour cette enquête étaient :

3-1 L'échelle d'anxiété de Spielberger (STAI, annexe 1) :

Largement utilisé dans la recherche et la pratique clinique, cet instrument présente deux échelles distinctes pour évaluer l'**anxiété-trait** et l'**anxiété-état**.

Cette échelle comprend **20 propositions** permettant de savoir ce que ressent le sujet au moment où il remplit le questionnaire et **20 propositions** permettant de saisir ce que ressent le sujet habituellement. Les résultats s'échelonnent entre 20 et 80. Si un sujet obtient un score : entre 20 et 40, il est peu anxieux ; entre 40 et 60, il est anxieux ; entre 60 et 80, il est très anxieux.

L'échelle d'anxiété-état permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, nervosité, inquiétude. Contrairement à l'anxiété-trait qui reste stable, l'anxiété-état peut varier en fonction de la perception de la situation.

3-2 L'inventaire de Coping pour Situations Stressantes de Endler et Parker (C.I.S.S., annexe 2) :

Endler et Parker ont créé cette échelle afin d'obtenir une mesure multidimensionnelle du coping (19).

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de **48 items**.

Parmi ces 48 items, 16 sont centrés sur la **tâche**, 16 sont centrés sur l'**émotion** et 16 sur l'**évitement**, ce dernier comprend deux sous-échelles : **distraction** et **diversion sociale**.

Les notes T s'échelonnent, de manière générale, entre 4 et 89, avec une moyenne fixée à 50, pour tous les types de coping.

La **tâche** représente les efforts orientés vers la tâche pour résoudre le problème.

L'émotion rend compte d'une réaction émotionnelle orientée vers le Moi pour diminuer le stress. **L'évitement** renvoie à une activité, modification cognitive contre le stress.

Le sujet cote chaque item sur une échelle de fréquence en 5 points, allant de « 1 » (« Pas du tout ») à « 5 » (« Beaucoup »).

Ce type d'approche permet de préciser : la prédiction des styles préférentiels de coping ; la compréhension des patterns individuels de réaction de coping ; la compréhension de relations différentielles entre les styles de coping et d'autres variables de personnalités.

On demande donc au sujet, les formes spécifiques de comportement de coping, qu'il utiliserait préférentiellement lorsqu'il est confronté à des événements stressants.

3-3 Le questionnaire de satisfaction (annexe 3) :

Le questionnaire utilisé pour cette étude a été inspiré du questionnaire qui a servi lors des enquêtes de satisfaction de 1997 et 1999, au Service d'Accueil des Urgences du C.H.U. de NANCY élaboré dans le cadre d'un Projet Assurance Qualité (48).

Ce questionnaire comprend 21 items portant sur l'accueil, l'attente, l'information, la douleur.

Les modalités de réponse peuvent être de type : oui / non ; choix multiples pour les questions relatives à l'attente ; échelles analogiques, pour les questions en lien avec la satisfaction, allant de 0 (« insatisfait ») à 10 (« très satisfait »).

4-Organisation de l'étude :

(1) L'enquête a été réalisée de juin à septembre 2002.

La recherche a été menée uniquement en semaine, en journée, de 8h00 à 18h00.

Il n'y a pas eu de passation de questionnaires la nuit et les week-ends, d'une part pour des raisons de logistiques et d'autre part du fait que le motif d'admission de la population en dehors des heures ouvrables au S.A.U. comporte souvent des problèmes psychiatriques ou d'éthylisme aigu.

(2) Les entretiens et la passation des questionnaires ont systématiquement été menés à la fin de la prise en charge médicale du patient, après que les soins lui aient été prodigués et qu'il ait obtenu les résultats de ses examens éventuels. Ceci, afin de ne pas interférer sur la qualité de la prise en charge et ne pas la retarder.

Les entretiens ont donc eu lieu juste avant le départ du patient vers un autre service ou à domicile et se sont déroulés dans la salle d'examen où le patient avait été pris en charge.

En début d'entretien, le consentement libre et éclairé était lu à chaque patient, qu'il lui était ensuite demandé de signer (annexe 4).

(3) Chaque entretien a été conduit en suivant toujours un même ordre, à savoir : tout d'abord le recueil de renseignements généraux, tels que le mode de vie, le plus haut niveau scolaire atteint, l'activité professionnelle, le mode d'arrivée au S.A.U., le motif d'admission, ..., puis, l'échelle d'anxiété de Spielberger (STAI), l'Inventaire de Coping pour Situations Stressantes de Endler et Parker (C.I.S.S.), enfin, le questionnaire de satisfaction.

Les entretiens ont été menés en respectant la confidentialité et étaient volontairement brefs, d'une durée de 15 à 20 minutes au maximum.

ANNEXE 1 : Echelle d'anxiété de Spielberger (S.T.A.I.)

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis mettez une croix, parmi les 4 cases à droite, pour celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **ACTUELS**.

	Non	plutôt non	plutôt oui	Oui
1 – je me sens calme				
2 – je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
3 – je suis tendu(e), crispé(e)				
4 – je me sens surmené(e)				
5 – je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6 – je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				
7 – l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8 – je me sens content(e)				
9 – je me sens effrayé(e)				
10 – je me sens à mon aise (je me sens bien)				
11 – je sens que j'ai confiance en moi				
12 – je me sens nerveux (nerveuse), irritable				
13 – j'ai peur				
14 – je me sens indécis(e)				
15 – je suis décontracté(e), détendu(e)				
16 – je suis satisfait(e)				
17 – je suis inquiet (inquiète), soucieux (soucieuse)				
18 – je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)				
19 – je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)				
20 – je me sens de bonne humeur, aimable				

ANNEXE 1 : Echelle d'anxiété de Spielberger (S.T.A.I.)

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire est donné ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis mettez une croix, parmi les 4 cases à droite, pour celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GENERALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **HABITUELS**.

	Non	plutôt non	plutôt oui	Oui
21 – je me sens de bonne humeur, aimable				
22 – je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)				
23 – je me sens content(e) de moi				
24 – je voudrais être aussi heureux(se) que les autres				
25 – j'ai un sentiment d'échec				
26 – je me sens reposé(e)				
27 – j'ai tout mon sang-froid				
28 – j'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
29 – je m'inquiète à propos de choses sans importance				
30 – je me sens heureux (se)				
31 – j'ai des pensées qui me perturbent				
32 – je manque de confiance en moi				
33 – je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
34 – je prends facilement des décisions				
35 – je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
36 – je suis satisfait (e)				
37 – des idées sans importances trottent dans ma tête, me dérangent				
38 – je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
39 – je suis une personne posée, solide, stable				
40 – je deviens tendu(e), et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				

ANNEXE 2 : Inventaire de Coping pour Situations stressantes de Endler et Parker (C.I.S.S.)

Consignes: Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à votre mode de réaction habituelle. Le mode de réponse est une échelle qui va de 1 à 5 en passant par des réponses intermédiaires (2, 3, 4), qui vous permettent de nuancer votre réponse.

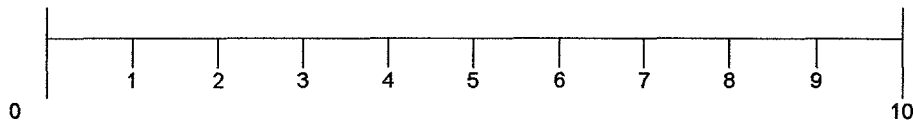
Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :	pas du tout beaucoup				
	1	2	3	4	5
1 – mieux organiser le temps dont je dispose	1	2	3	4	5
2 – me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre	1	2	3	4	5
3 – repenser à de bons moments que j'ai connus	1	2	3	4	5
4 – essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes	1	2	3	4	5
5 – me reprocher de perdre du temps	1	2	3	4	5
6 – faire ce que je pense être le mieux	1	2	3	4	5
7 – me tracasser à propos de mes problèmes	1	2	3	4	5
8 – me reprocher de m'être mis dans une telle situation	1	2	3	4	5
9 – faire du « lèche-vitrines », du shopping	1	2	3	4	5
10 – définir, dégager mes priorités	1	2	3	4	5
11 – essayer de dormir	1	2	3	4	5
12 – m'offrir un de mes plats ou aliments favoris	1	2	3	4	5
13 – me sentir anxieux(se) de ne pas pouvoir surmonter la situation	1	2	3	4	5
14 – devenir très tendu(e) et/ou crispé(e)	1	2	3	4	5
15 – penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires	1	2	3	4	5
16 – me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver	1	2	3	4	5
17 – me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation	1	2	3	4	5
18 – sortir au restaurant ou manger quelque chose	1	2	3	4	5
19 – être de plus en plus contrarié(e)	1	2	3	4	5
20 – m'acheter quelque chose	1	2	3	4	5
21 – déterminer une ligne d'action et la suivre	1	2	3	4	5
22 – me reprocher de ne pas savoir quoi faire	1	2	3	4	5
23 – aller à une soirée, à une fête chez des amis	1	2	3	4	5
24 – m'efforcer d'analyser la situation	1	2	3	4	5
25 – me bloquer et ne plus savoir que faire	1	2	3	4	5
26 – entreprendre sans délai des actions d'adaptation	1	2	3	4	5
27 – réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs	1	2	3	4	5
28 – souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti	1	2	3	4	5
29 – rendre visite à un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
30 – me tracasser à propos de ce que je vais faire	1	2	3	4	5
31 – passer un moment avec une personne (intime)	1	2	3	4	5
32 – aller me promener	1	2	3	4	5
33 – me dire que cela ne se reproduira plus jamais	1	2	3	4	5
34 – ressasser mes insuffisances et inadaptations générales	1	2	3	4	5
35 – parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils	1	2	3	4	5
36 – analyser le problème avant d'agir	1	2	3	4	5
37 – téléphoner à un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
38 – me mettre en colère	1	2	3	4	5
39 – ajuster mes priorités	1	2	3	4	5
40 – voir un film	1	2	3	4	5
41 – prendre le contrôle de la situation	1	2	3	4	5
42 – faire un effort supplémentaire pour que « les choses marchent »	1	2	3	4	5
43 – mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème	1	2	3	4	5
44 – trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation	1	2	3	4	5
45 – m'en prendre à d'autres personnes	1	2	3	4	5
46 – profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable	1	2	3	4	5
47 – essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation	1	2	3	4	5
48 – regarder la télévision	1	2	3	4	5

ANNEXE 3 : Questionnaire de satisfaction

1. AVANT LA PRISE EN CHARGE

1 – Accueil

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant l'accueil que vous avez reçu lors de votre arrivée ?



2 – Attente

A combien évalueriez-vous la durée d'attente avant la prise en charge ?

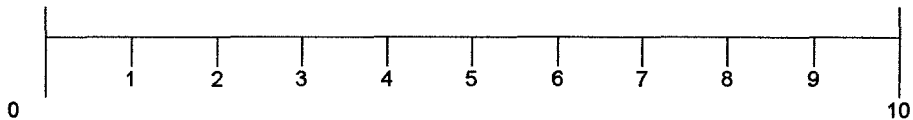
- pas d'attente
- moins de 30 minutes
- 30 à 60 minutes
- plus de 60 minutes

3 – Information

Avez-vous eu des informations de la part des soignants concernant cette attente ?

- oui
- non

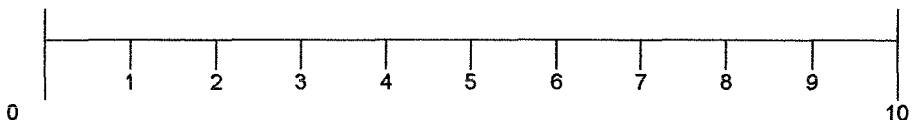
Si OUI, sur une échelle de 0 à 10, combien évalueriez-vous votre satisfaction par rapport à ces informations ?



Avez-vous eu des informations sur le type de prise en charge, avant la prise en charge ?

- oui
- non

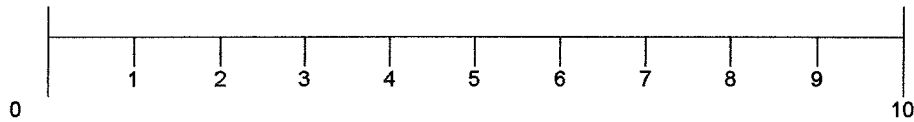
Si OUI, sur une échelle de 0 à 10, combien évalueriez-vous votre satisfaction par rapport à ces informations ?



2. LA PRISE EN CHARGE

1 – Accueil

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant l'accueil que vous avez reçu lors de la prise en charge ?

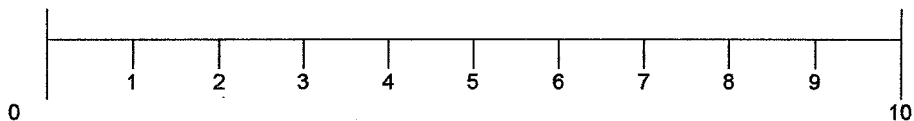


2 – Information

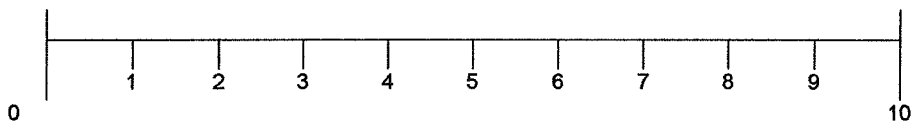
Avez-vous eu des informations de la part des soignants concernant l'attente, lors de la prise en charge

oui non

Si OUI, sur une échelle de 0 à 10, combien évalueriez-vous votre satisfaction par rapport à ces informations ?



Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant les échanges d'explication, d'information entre les soignants et vous, pendant les soins ?



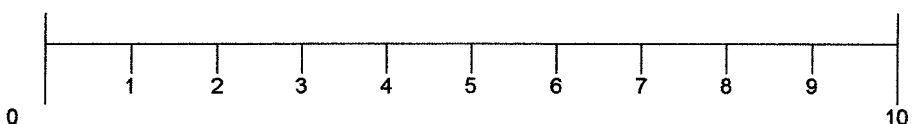
3. LA DOULEUR

Quand vous êtes arrivé au Service d'Accueil des Urgences, aviez-vous mal ?

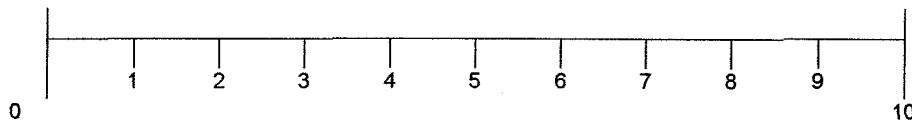
oui non

Si OUI, votre douleur a-t-elle été évaluée ? oui non

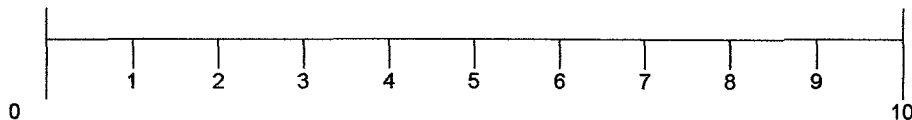
Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous l'intensité de votre douleur ?



Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant le traitement de votre douleur ?



Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant les informations que les soignants vous ont transmises, à propos de votre douleur ?



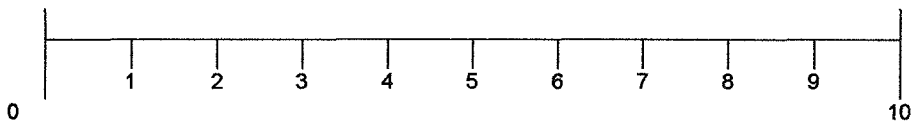
4. L'ATTENTE LORS DE LA PRISE EN CHARGE

A combien évalueriez-vous la durée d'attente lors de la prise en charge ?

- moins de 30 minutes
- 30 à 60 minutes
- plus de 60 minutes

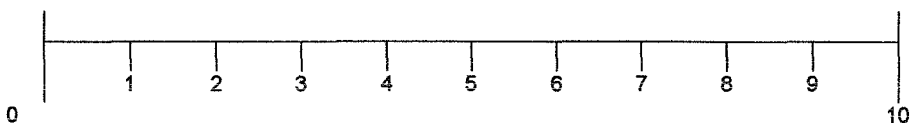
5. LA SECURITE

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant votre ressenti par rapport à la sécurité ?



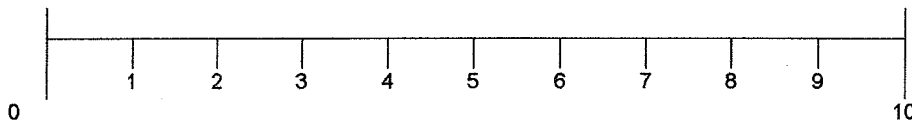
6. L'ORGANISATION MATERIELLE DU DEPART

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant l'organisation matérielle de votre départ ?



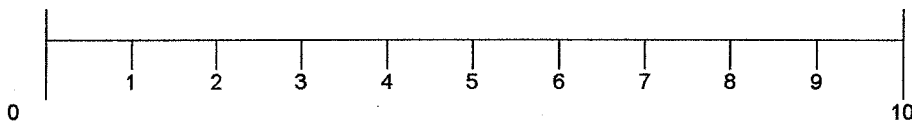
7. **LES INFORMATIONS CONCERNANT LES SOINS OU LES ACTES A EFFECTUER AU SORTIR DES URGENCES**

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant les informations transmises par les soignants, à propos des soins ou actes à effectuer au sortir des urgences ?



8. **LE RESSENTI GENERAL**

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre satisfaction concernant votre passage dans le service des urgences ?



Si votre état de santé nécessitait à nouveau le recours à un soin d'urgence et que vous ayez le choix entre plusieurs services, reviendrez-vous ici ?

- oui
- non
- vous ne savez pas

ANNEXE 4 : CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRÉ DU PATIENT

Je, soussigné (*nom et prénom*).....

- après avoir reçu oralement les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt de cette étude et ses contraintes, ainsi que ce qui me sera demandé de faire dans le cadre de ma participation,
- après avoir pu poser les questions que je souhaitais à propos de cette étude,
- sachant que je suis libre de refuser sans que cela ait des conséquences sur la qualité de mes soins,
- sachant que mon identité restera confidentielle et les données me concernant seront rendues anonymes. Elles ne pourront être consultées que par les organisateurs de l'étude ou leurs représentants, ainsi que par des membres des autorités de Santé,

donne mon accord pour participer à cette étude.

Fait à Nancy, le

Signature du Patient

Signature de l'Investigateur

5-Etude statistique :

5-1 Etude descriptive :

Les données recueillies ont permis de définir les caractéristiques démographiques et cliniques de la population (annexe 5)

Le masque de saisie spécifiait : le numéro d'anonymat, le jour d'admission, l'heure d'arrivée, l'âge, le sexe, le mode de vie (seul, en couple, en famille...), le plus haut niveau scolaire atteint, l'activité professionnelle, la localisation géographique (urbaine ou rurale), le mode d'arrivée (propres moyens, ambulance, pompiers), le type d'admission (médecine ou chirurgie), le diagnostic, la CCMU, la durée de la prise en charge.

5-2 Etude comparative :

Pour cette recherche, la méthode de l'analyse de la variance a été utilisée afin d'étudier l'effet des variables « **anxiété, coping et soutien informatif** » sur la variable « **satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences** », avec un degré de signification $p < 0,05$.

Des comparaisons de moyennes (avec écarts-types, médianes et extrêmes), de pourcentages et de coefficients de corrélation ont également été réalisées.

Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique S.P.S.S. version 11.0.

ANNEXE 5 : CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Date : _____

Heure d'arrivée : _____

Durée de la prise en charge : _____

Numéro d'anonymat : _____

Service : Médecine Chirurgie

Sexe : M F

Age : _____

Mode de vie : en couple en famille
 en colocation seul
 dans un établissement

Avez vous laissé à domicile quelqu'un qui nécessite impérativement votre présence :

oui non

Niveau scolaire : Primaire Brevet Certificat
 CAP BEP BAC
 Etudes supérieures

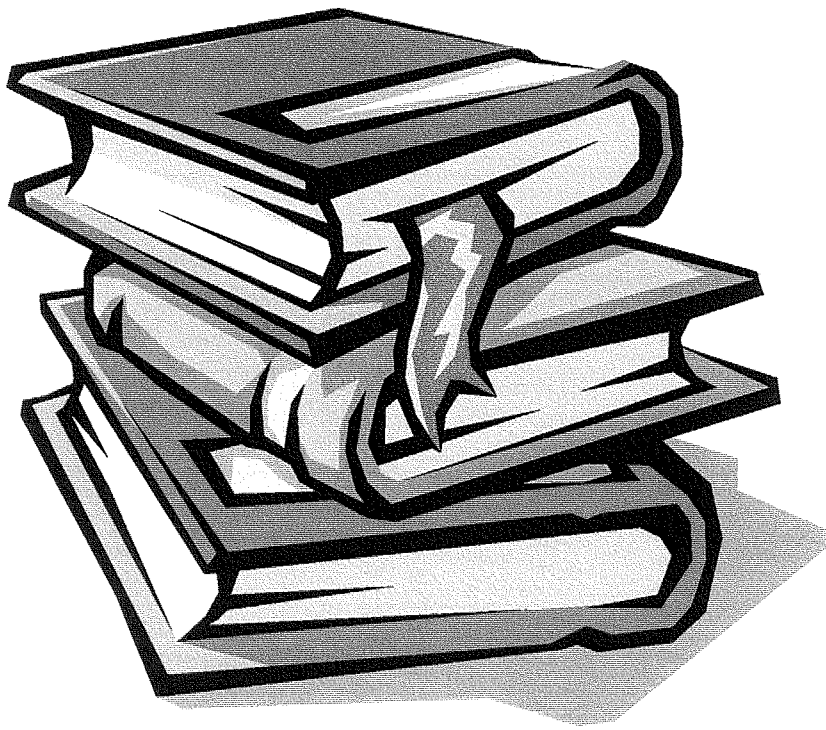
Activité professionnelle : oui non

si non : retraité(e) recherche d'emploi
 scolarisé(e)
 invalide parent au foyer

Localisation géographique : urbaine rurale

Première venue au SAU : oui non
 ne sait pas

Mode d'arrivée au SAU : propres moyens ambulance
 pompiers-smur police



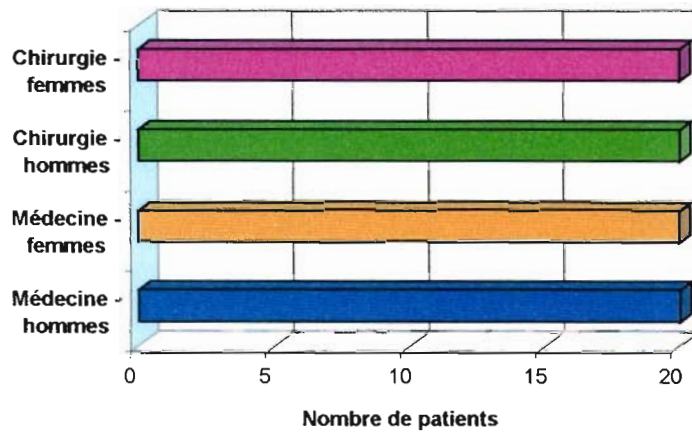
RÉSULTATS

1 - Population étudiée :

1-1 Données démographiques :

La répartition des sujets en fonction du sexe et du motif du recours était homogène (Fig. 1) :

Figure 1 : Répartition de la population en fonction du sexe et du motif d'admission.



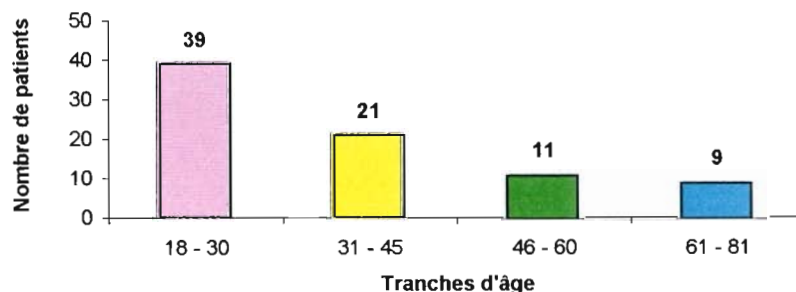
L'âge moyen était de 36.9 +/- 16.2 ans (extrêmes : 18 à 81 ans) (Tableau 1).

Tableau n°1 : Moyenne d'âge, écart-type, médiane et extrêmes de l'échantillon en fonction du sexe et du service

		MOYENNE	ECART-TYPE	MÉDIANE	EXTREMES	
					MINI	MAXI
SEXE	Hommes	34,63	14,85	29,00	19,00	81,00
	Femmes	39,18	17,22	36,00	18,00	79,00
SERVICE	Médecine	37,05	17,49	31,50	18,00	81,00
	Chirurgie	36,75	14,89	35,00	21,00	79,00
TOTAL		36,90	16,14	32,00	18,00	81,00

La tranche d'âge 18-30 ans est la plus représentée (Figure 2).

Figure 2 : Répartition des patients par tranches d'âge.



Les patients arrivaient principalement par leurs **propres moyens** (57.50 %), 23.75 % sont conduits en ambulance, une plus faible proportion est amenée par les pompiers (18.75 %). Ceci s'explique par le fait que les C.C.M.U. 4 et C.C.M.U. 5 étaient exclus de l'enquête, c'est-à-dire les patients dont l'état clinique est jugé grave.

Pour la moitié d'entre eux, il s'agissait d'une première venue au Service d'Accueil des Urgences.

Il s'agissait plutôt d'une **population citadine** (73.75 %) que rurale (26.25 %).

Tableau n°2 : Pourcentage global et en fonction du motif de recours, par rapport à l'origine urbaine ou rurale du patient, au fait que ce soit ou non la première venue du patient dans le service, au mode d'arrivée et à l'heure d'arrivée du patient dans le service.

		TOTAL (%)	MEDECINE (%)	CHIRURGIE (%)
Origine	Urbaine	73.75	75.00	72.50
	Rurale	26.25	25.00	27.50
Première venue au SAU	Oui	50.00	47.50	52.50
	Non	50.00	52.50	47.50
Mode d'arrivée	Propres moyens	57.50	52.50	62.50
	Pompiers	18.75	30.00	7.50
	Ambulance	23.75	17.50	30.00
Heure d'arrivée	8h00-13h00	48.75	52.50	45.00
	13h00-18h00	51.25	47.50	55.00

1-2 Données socio-professionnelles :

Il s'agissait surtout de personnes exerçant une **activité professionnelle** (73,5 %) (Tableau 3).

87,5 % des patients qui consultent pour un motif chirurgical exercent une activité professionnelle, ce chiffre élevé s'explique sans doute par la fréquence des accidents de travail.

Les patients retraités, pour lesquels les chutes sont fréquentes, consultent pour un motif chirurgical dans 60 % des cas.

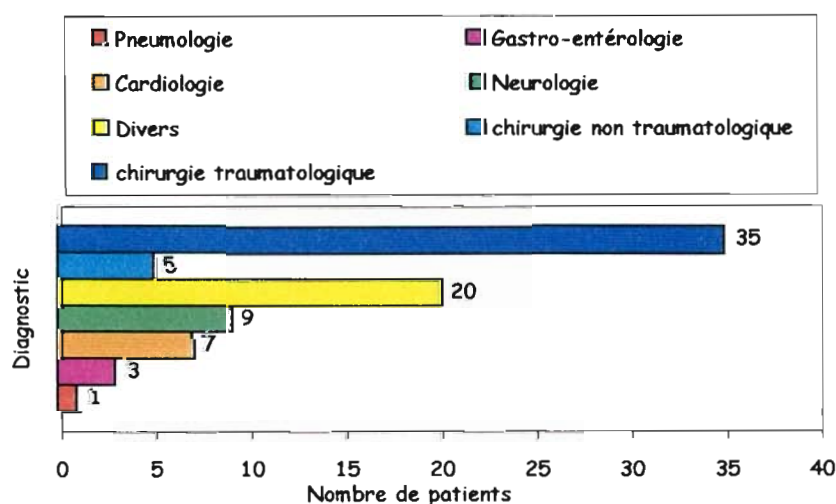
Tableau 3 : Les données socio-professionnelles.

		TOTAL (%)	MEDECINE (%)	CHIRURGIE (%)
Mode de vie	En couple	51.25	47.50	55.00
	Seul	26.25	25.00	27.50
	En famille	18.75	22.50	15.00
	En colocation	3.75	5.00	2.50
Niveau d'études	Primaires	7.50	7.50	7.50
	Brevet	3.75	0	7.50
	Certificat	6.25	10.00	2.50
	C.A.P	22.50	22.50	22.50
	B.E.P	15.00	10.00	20.00
	Bac	17.50	25.00	10.00
	Etudes supérieures	27.50	25.00	30.00
Catégorie socio-professionnelle	Activité prof.	73.75	60.00	87.50
	Sans activité	26.25	40.00	12.50
	Scolarisé	21.88	43.75	0
	Retraité	48.75	37.50	60.00
	Recherche emploi	16.25	12.50	20.00
	Parent au foyer	10.00	0	20.00
	Invalide	3.12	6.25	0

1-3 Données médicales :

Le **diagnostic** initial proposé à l'issue de l'admission au SAU était par ordre de fréquence : chirurgie traumatologique (43.75 %), chirurgie non traumatologique (6.25 %), neurologique (11.25 %), cardiologique (8.75 %), gastro-entérologie (3.75 %), pneumologique (1.25 %) et divers (25 %) (Figure 3) (Annexe 6).

Figure 3 : Diagnostic initial à l'issue de l'admission au SAU.



Les patients étaient classés **CCMU 1** dans 31.25 % des cas, **CCMU 2** dans 66.25 % des cas et **CCMU 3** dans 2.50 % des cas (Figure 4).

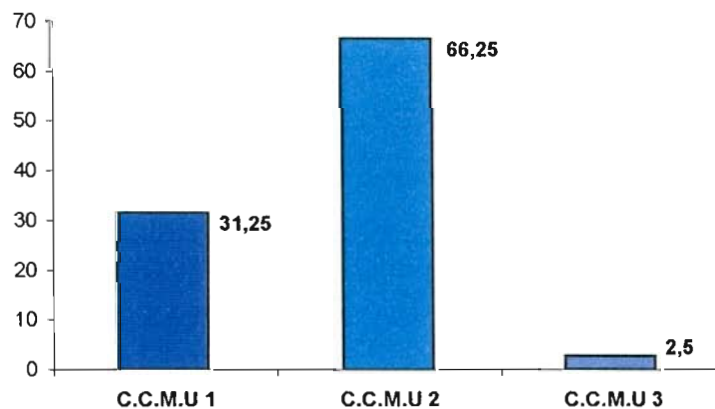
Les données **C.CM.U.** concernent la gravité de la pathologie classée de la façon suivante :

- 1) état clinique jugé stable, sans réalisation d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique,
- 2) état clinique jugé stable, avec réalisation d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique,
- 3) état clinique jugé susceptible de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital,

- 4) pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat,
- 5) pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.

		TOTAL (%)	MEDECINE (%)	CHIRURGIE (%)
C.C.M.U	1	31.25	42.50	20.00
	2	66.25	55.00	77.50
	3	2.50	2.50	2.50

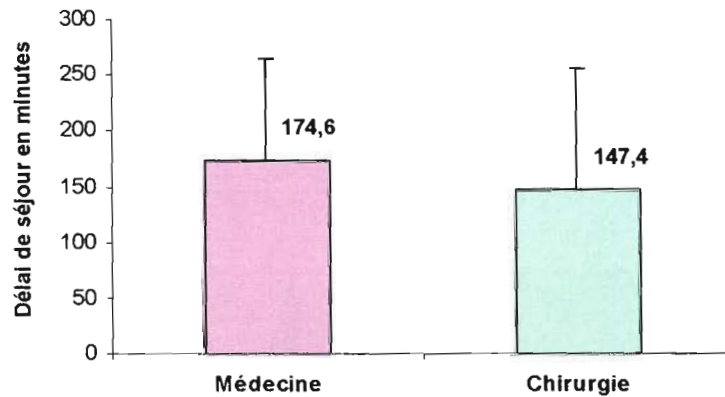
Figure 4 : Répartition de la classification C.C.M.U.



Le délai de séjour global était de 2h40 +/- 1h39 (extrêmes : 0h35-7h11) (Figure 5).

	TOTAL mn (h)	MEDECINE mn (h)	CHIRURGIE mn (h)
MOYENNE	160.95 (2h40)	174.55 (2h54)	147.35 (2h27)
ECART-TYPE	99.28 (1h39)	89.77 (1h29)	107.37 (1h47)
MEDIANE	132.50 (2h12)	169.00 (2h49)	110.00 (1h50)
EXTREME MINI	35.00 (0h35)	35.00 (0h35)	42.00 (0h42)
EXTREME MAXI	431.00 (7h11)	416.00 (6h56)	431.00 (7h11)

Figure 5 : Comparaison du délai de séjour des patients selon le motif d'admission médical ou chirurgical.



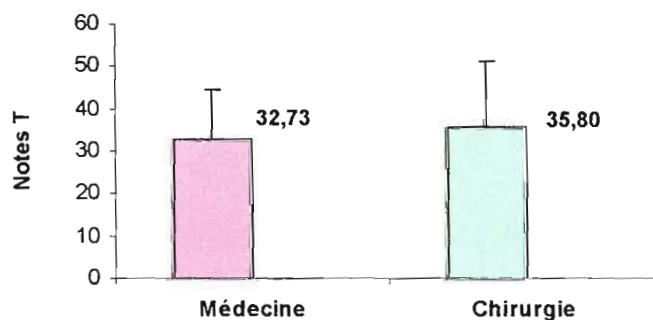
2-Anxiété :

Les analyses de moyennes et de la variance effectuées pour mettre en évidence l'effet de l'anxiété sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences ont donné les résultats suivants :

2-1 L'anxiété-état :

Les moyennes pour les deux groupes « médecine » et « chirurgie » sont représentées dans la figure 6.

Figure 6 : Comparaison des notes T obtenues par les patients pour caractériser l'anxiété-état en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Concernant l'**anxiété-état**, les notes T obtenues pour les deux groupes « médecine » et « chirurgie » sont inférieures à la moyenne, par rapport à une population d'étalonnage, cette moyenne se situant entre 46 et 55 (55).

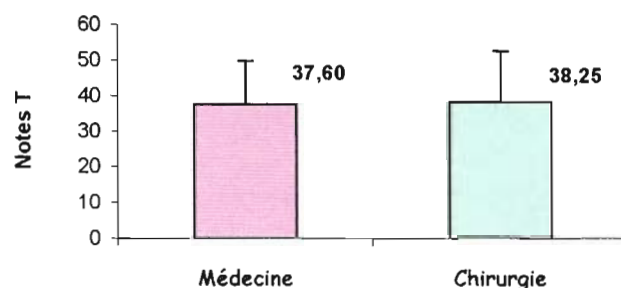
Cependant, la moyenne du groupe 2 (chirurgie) est supérieure à celle du groupe 1 (médecine), tout en restant inférieure à la moyenne de la population d'étalonnage et la différence n'est pas significative. Nous pouvons affirmer que les moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » sont très faibles, sachant que selon la population d'étalonnage, un résultat très faible se situe entre 20 et 36.

Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.17 (avec $p > 0.05$). Il n'y a donc pas d'influence de l'**anxiété-état** sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

2-2 L'anxiété-trait :

Les moyennes pour les deux groupes, « médecine » et « chirurgie » sont représentées dans la figure 7.

Figure 7 : Comparaison des notes T obtenues par les patients pour caractériser l'anxiété-trait en fonction du motif de recours médical ou chirurgical



Concernant l'**anxiété-trait**, les résultats obtenus pour les deux groupes sont inférieurs à la moyenne de la population d'étalonnage, avec comme pour l'**anxiété-état**, une moyenne un peu plus élevée pour le groupe 2 (chirurgie).

On peut affirmer, ici, que les moyennes des deux groupes sont très faibles, étant donné qu'elles se situent entre 36 et 45.

Cependant aux vues de ces moyennes, l'**anxiété-trait** est légèrement supérieure à l'**anxiété-état**, pour les deux groupes ; avec toujours une **anxiété-état** et **trait** un peu plus importante pour le groupe 2 (chirurgie) mais la différence n'est pas significative.

Nous avons étudié la corrélation entre l'**anxiété-trait** et la satisfaction générale des patients.

Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.04 (avec $p > 0.05$). Il n'y a donc pas d'influence de l'**anxiété-trait** sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

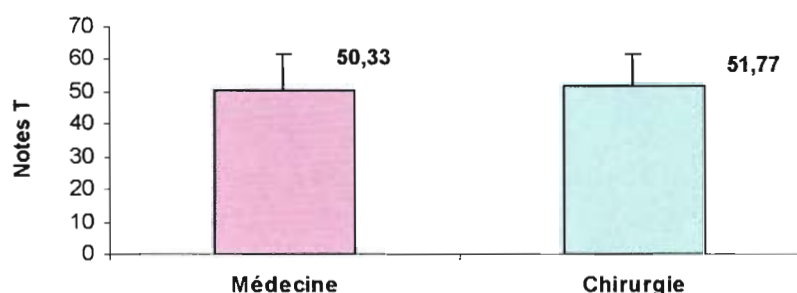
3-Le coping :

Les analyses de la moyenne et de la variance effectuées pour mettre en évidence l'effet du **coping** sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences ont donné les résultats suivants :

3-1 Le coping centré sur la tâche :

L'analyse des moyennes pour les deux groupes « médecine » et « chirurgie » retrouve les résultats représentés dans la figure 8.

Figure 8 : Comparaison du coping centré sur la tâche en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



En ce qui concerne le **coping** centré sur la **tâche**, les résultats se situent exactement dans la moyenne fixée par la population d'étalonnage, à savoir entre 45 et 55 (19).

On obtient, en effet une moyenne de 50.33 pour le groupe 1 (médecine) et de 51.77 pour le groupe 2 (chirurgie) avec respectivement un écart-type de 11.29 et 9.64.

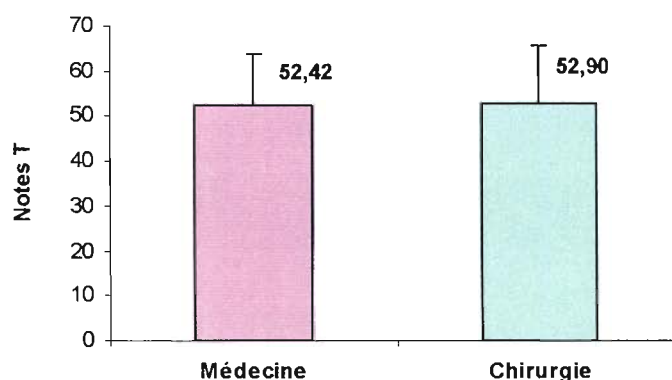
Comme pour l'anxiété, le coping centré sur la tâche est un petit peu plus important pour le groupe 2 (chirurgie) mais la différence n'est pas significative.

Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.18 (avec $p > 0.05$). Le coping centré sur la tâche n'a donc pas d'influence sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

3-2 Le coping centré sur l'émotion :

L'analyse des moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » retrouve les résultats représentés dans la figure 9.

Figure 9 : Comparaison du coping centré sur l'émotion en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Concernant le **coping** centré sur l'émotion, les résultats se situent également dans la moyenne fixée par la population d'étalonnage, à savoir entre 45 et 55 (19).

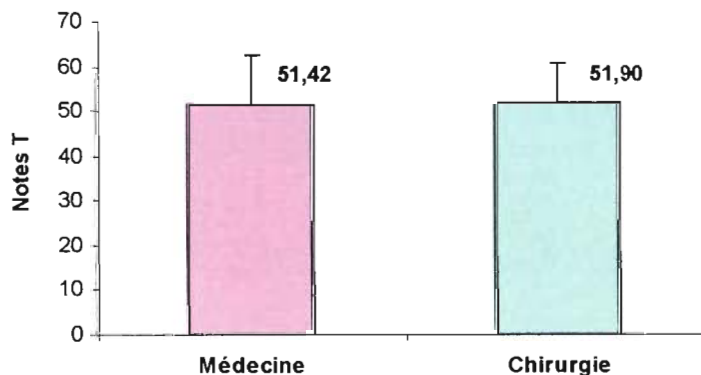
Cette fois encore, on peut noter que la moyenne la plus élevée est celle du groupe 2 (chirurgie) mais la différence n'est pas significative.

L'étude de la corrélation entre le coping centré sur l'émotion et la satisfaction générale retrouve un coefficient de corrélation de 0.05 (avec $p > 0.05$). Il n'y a donc pas d'influence du coping centré sur l'émotion par rapport à la satisfaction globale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

3-3 Le coping centré sur l'évitement :

L'analyse des moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » est représentée dans la figure 10.

Figure 10 : Comparaison du coping centré sur l'évitement en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Pour le **coping** centré sur l'évitement, les résultats sont moyens pour les deux groupes, avec toujours une moyenne à peine supérieure pour le groupe 2 (chirurgie).

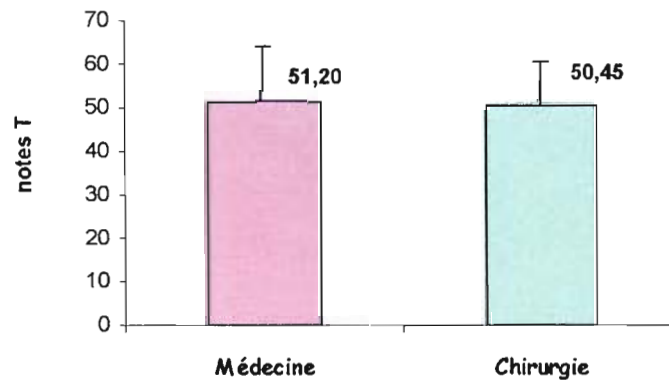
On obtient, en effet, une moyenne de 51.42 pour le groupe 1 (médecine) et de 51.90 pour le groupe 2 (chirurgie) avec des écarts-types respectifs de 11.12 et 9.01.

L'étude de la corrélation entre le coping centré sur l'évitement et la satisfaction générale des patients obtient un coefficient de corrélation de 0.16 (avec $p > 0.05$). Le coping centré sur l'évitement n'a donc pas d'influence sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

3-4 Le coping centré sur la distraction :

L'analyse des moyennes des groupes « médecine » et « chirurgie » est représentée dans la figure 11.

Figure 11 : Comparaison du coping centré sur la distraction en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Concernant le **coping** centré sur la **distraction**, les résultats se situent toujours dans la moyenne par rapport à la population d'étalonnage, qui est environ de 50 (19).

Cependant, ici, la tendance s'est inversée par rapport aux autres coping et à l'anxiété, car c'est le groupe 1 (médecine) qui a la moyenne la plus élevée.

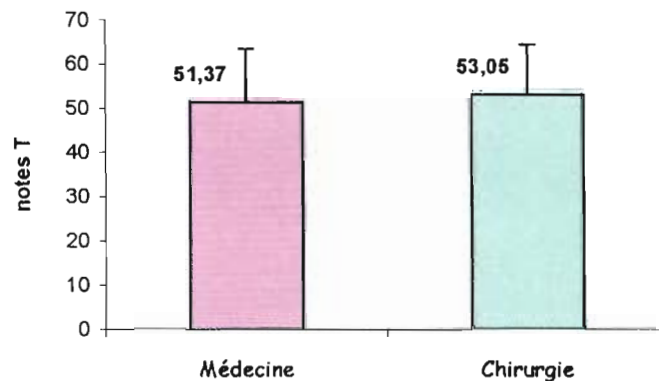
Effectivement, la moyenne du groupe 1 (médecine) pour le coping centré sur la distraction est de 51.20 et pour le groupe 2 (chirurgie), la moyenne est de 50.45 sans différence significative. Les écarts-types sont respectivement de 12.9 et 9.8.

Nous avons étudié la corrélation entre le coping centré sur la distraction et la satisfaction générale des patients. Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.13 (avec $p > 0.05$). Il n'y a donc pas d'influence du coping centré sur la distraction sur la satisfaction globale du patient admis au Service d'Accueil des Urgences.

3-5 Le coping centré sur la diversion sociale :

L'analyse des moyennes des groupes « médecine » et « chirurgie » est représentée dans la figure 12.

Figure 12 : Comparaison du coping centré sur la diversion sociale en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Concernant le **coping** centré sur la **diversion sociale**, les résultats se situent également dans la moyenne, à savoir 51.37 pour le groupe 1 (médecine) avec un écart-type de 12 et 53.05 pour le groupe 2 (chirurgie) avec un écart-type de 11.3. On note, à nouveau ici, une moyenne supérieure pour le groupe 2 (chirurgie), mais la différence n'est pas significative.

L'étude de la corrélation entre le coping centré sur la diversion sociale et la satisfaction globale des patients retrouve un coefficient de corrélation de 0.09 (avec $p > 0.05$). Le coping centré sur la diversion sociale n'a donc pas d'influence sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

4-Le soutien informatif :

On entend par **soutien informatif**, les informations que les soignants procurent aux patients.

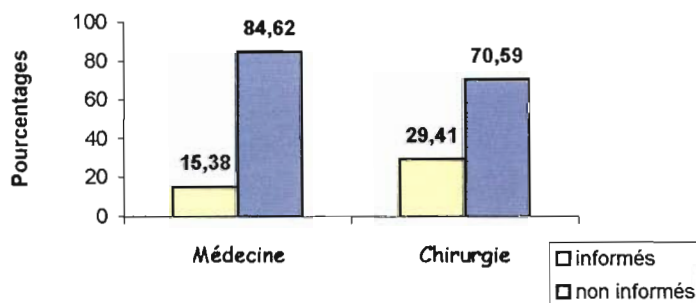
4-1 Le soutien informatif concernant l'attente avant la prise en charge :

Ces résultats s'intéressent au fait que les patients aient été ou non informés par les soignants, à propos de l'attente avant la prise en charge (Figure 13).

Sont ici pris en compte les pourcentages de personnes ayant eu ou non des informations concernant l'attente avant la prise en charge.

GROUPE	TOTAL	1 (médecine)	2 (chirurgie)
1 (informés)	22.4	15.4	29.4
2 (non informés)	77.6	84.6	70.6

Figure 13 : Comparaison du pourcentage de personnes informées ou non de l'attente avant la prise en charge en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Un faible pourcentage de personnes a été informé concernant l'attente avant la prise en charge, à savoir 15.38 % en médecine et 29.41 % en chirurgie.

Cependant, l'écart entre les personnes informées et non informées est un peu moins important en chirurgie qu'en médecine.

L'étude de la corrélation entre le soutien informatif concernant l'attente lors de la prise en charge et la satisfaction globale des patients retrouve

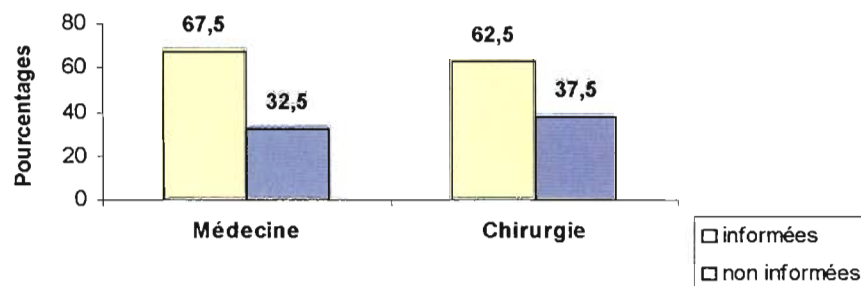
un coefficient de corrélation de 0.11 (avec $p > 0.05$). Le fait de recevoir ou non des informations de la part des soignants concernant l'attente avant la prise en charge n'a pas d'influence sur la satisfaction générale admis au Service d'Accueil des Urgences.

4-2 Le soutien informatif concernant l'attente lors de la prise en charge :

L'analyse des pourcentages des deux groupes « médecine » et « chirurgie » est représentée dans la figure 14.

GROUPE	TOTAL	1 (médecine)	2 (chirurgie)
1 (informés)	65	67.5	62.5
2 (non informés)	35	32.5	37.5

Figure 14 : Comparaison du pourcentage de patients informés ou non de l'attente lors de la prise en charge en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Les résultats montrent ici, que les patients étaient généralement informés par les soignants, concernant l'attente lors de la prise en charge, (les patients étant alors installés en salle d'examen), à savoir 67.50 % en médecine et 62.50 % en chirurgie.

L'étude de la corrélation entre le soutien informatif concernant l'attente lors de la prise en charge et la satisfaction générale des patients admis retrouve un coefficient de corrélation de 0.10 (avec $p > 0.05$). Le fait d'informer ou non les patients de l'attente lors de la prise en charge n'a pas d'influence sur la satisfaction globale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

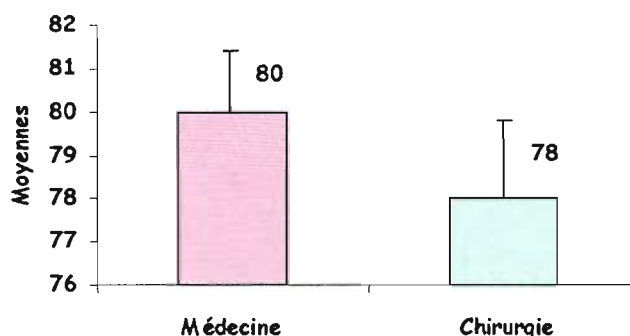
4-3 La satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente avant la prise en charge :

Les résultats des moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » sont représentés dans la figure 15:

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente avant la prise en charge
1 (médecine)	80.0 (14.1)
2 (chirurgie)	78.0 (18.1)
Moyenne générale	78.6 (16.6)

Les moyennes concernant la satisfaction par rapport aux informations à propos de l'attente avant la prise en charge sont correctes. On obtient en effet 80.0 pour le groupe « médecine » et 78.0 pour le groupe « chirurgie ».

Figure 15 : Comparaison de la satisfaction des patients par rapport aux informations concernant l'attente avant la prise en charge en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Nous avons étudié la corrélation entre la satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente avant la prise en charge et la satisfaction globale des patients.

Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.26 (avec $p > 0.05$). La satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente avant la prise en charge n'a donc pas d'influence sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

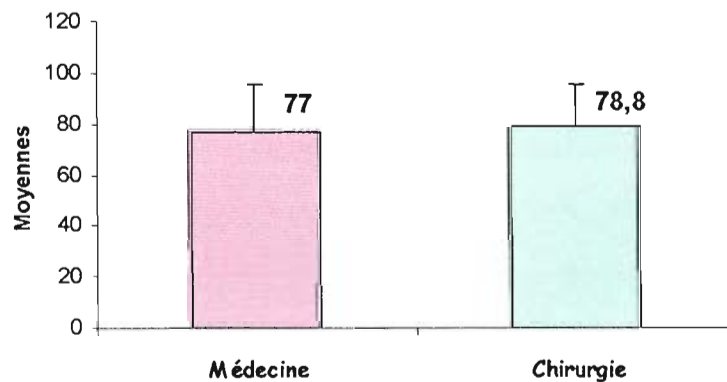
4-4 La satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge :

Les moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » sont représentées sur la figure 16.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge
1 (médecine)	77.0 (17.9)
2 (chirurgie)	78.8 (16.7)
Moyenne générale	77.9 (17.2)

La satisfaction des patients par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge est correcte, la moyenne générale pour les deux groupes « médecine » et « chirurgie » est de 77.9, avec une faible différence entre les deux groupes (la satisfaction des patients de chirurgie est un peu plus élevée que celle de médecine).

Figure 16 : Comparaison de la satisfaction des patients par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Nous avons étudié la corrélation entre la satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge et la satisfaction générale des patients admis.

Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.35 (avec $p < 0.05$). La satisfaction des patients par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge influe sur la satisfaction globale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

Plus précisément, plus les patients sont satisfaits par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge, plus leur satisfaction générale sera bonne.

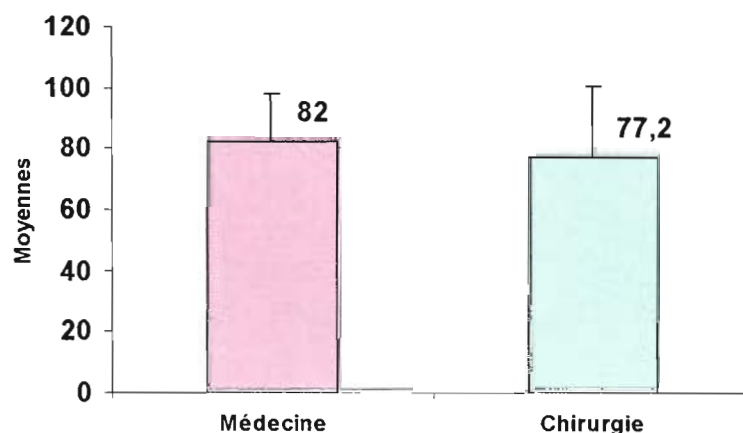
4-5 La satisfaction par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient pendant les soins :

Les moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » donnent les résultats représentés dans la figure 17.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient pendant les soins
1 (médecine)	82.0 (15.7)
2 (chirurgie)	77.2 (23.5)
Moyenne générale	79.6 (20.0)

Les résultats montrent, ici encore, une bonne satisfaction des patients par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient durant les soins, avec une moyenne générale de 79,6 et on remarque une satisfaction supérieure en médecine qu'en chirurgie.

Figure 17 : Comparaison de la satisfaction par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient durant les soins en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



L'étude de la corrélation entre la satisfaction par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient durant les soins

et la satisfaction globale des patients retrouve un coefficient de corrélation r de 0.59 (avec $p < 0.05$).

La satisfaction des patients par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient pendant les soins influe sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

Plus précisément, plus la satisfaction du patient par rapport aux informations échangées entre les soignants et lui-même est bonne, meilleure sera sa satisfaction globale.

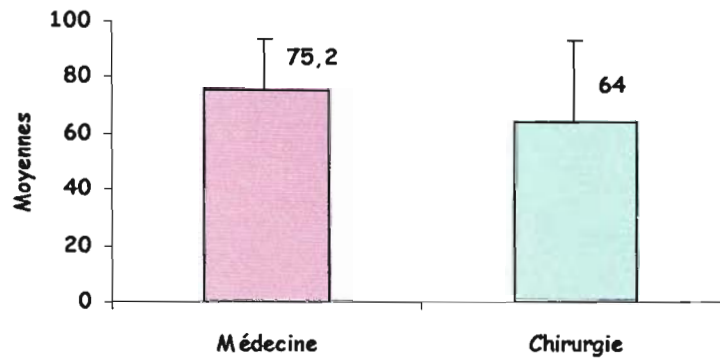
4-6 La satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur :

L'analyse des moyennes des groupes « médecine » et « chirurgie » est représentée dans la figure 18.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur
1 (médecine)	75.2 (18.5)
2 (chirurgie)	64.0 (29.3)
Moyenne générale	68.4 (26.0)

La satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur est moins élevée en chirurgie qu'en médecine. On obtient, en effet, une moyenne de 64 pour la chirurgie, alors que pour la médecine, la moyenne est de 75.2.

Figure 18 : Comparaison de la satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur en fonction du motif d'admission médical ou chirurgical.



L'étude de la corrélation entre la satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur et la satisfaction générale des patients retrouve un coefficient de corrélation de 0.52 (avec $p < 0.05$).

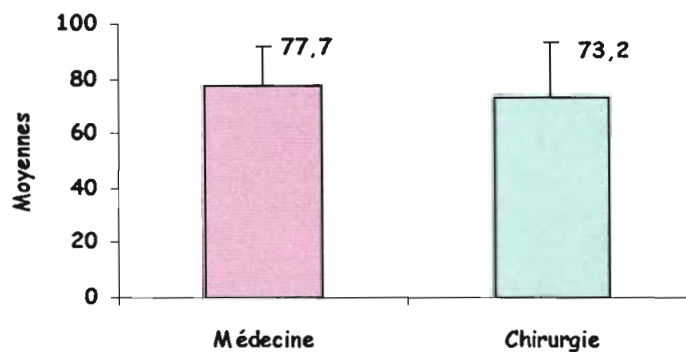
Il y a donc une influence positive de la satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

4-7 La satisfaction par rapport aux informations concernant les soins ou actes à effectuer au sortir des urgences :

L'analyse des moyennes pour les deux groupes « médecine » et « chirurgie » retrouve les résultats suivants et est représentée sur la figure 19.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport aux informations concernant les soins ou actes à effectuer au sortir des urgences
1 (médecine)	77.7 (14.2)
2 (chirurgie)	73.2 (20.3)
Moyenne générale	75.5 (17.6)

Figure 19 : Comparaison de la satisfaction par rapport aux informations concernant les soins ou actes à effectuer au sortir des urgences en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



L'étude de la corrélation entre la satisfaction par rapport aux informations concernant les soins ou actes à effectuer au sortir des urgences et la satisfaction globale des patients obtient un coefficient de corrélation de 0.38 (avec $p < 0.05$). Il existe donc un lien significatif et positif entre ces deux facteurs.

5- Autres facteurs :

5-1 L'accueil :

5-1-1 L'accueil avant la prise en charge des patients :

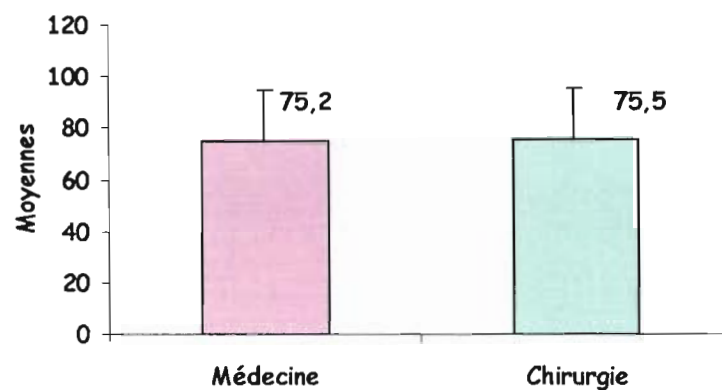
L'analyse des moyennes pour les deux groupes « médecine » et « chirurgie » retrouve les résultats suivants et est représentée sur la figure 20.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport à l'accueil avant la prise en charge
1 (médecine)	75.2 (19.9)
2 (chirurgie)	75.5 (20.1)
Moyenne générale	75.4 (19.9)

Les résultats obtenus pour le groupe 1 « médecine » et le groupe 2 « chirurgie » sont presque identiques avec une moyenne à peine supérieure pour le groupe 2 « chirurgie ».

La moyenne générale étant de 75.4, on peut affirmer que la satisfaction des patients concernant l'accueil avant la prise en charge est plutôt bonne.

Figure 20 : Comparaison de la satisfaction par rapport à l'accueil avant la prise en charge des patients en fonction du motif d'admission médical ou chirurgical.



Nous avons étudié la corrélation entre la satisfaction par rapport à l'accueil avant la prise en charge des patients et leur satisfaction globale. Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.49 (avec $p < 0.05$). Il existe donc une influence significative et positive de l'accueil avant la prise en charge sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

5-1-2 L'accueil lors de la prise en charge des patients :

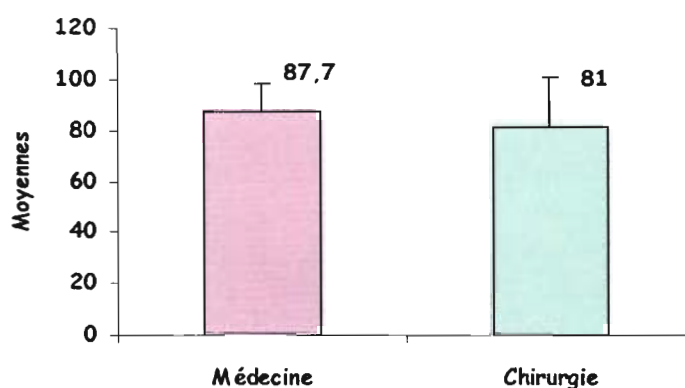
Les moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » sont représentées sur la figure 21.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport à l'accueil lors de la prise en charge
1 (médecine)	87.7 (10.7)
2 (chirurgie)	81.0 (20.0)
Moyenne générale	84.4 (16.3)

La satisfaction par rapport à l'accueil lors de la prise en charge est correcte étant donné que la moyenne générale est de 84.4.

La différence entre les deux groupes « médecine » et « chirurgie » n'est pas très importante, les patients de médecine semblent un peu plus satisfaits que les patients de chirurgie.

Figure 21 : Comparaison de la satisfaction par rapport à l'accueil lors de la prise en charge des patients en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Lors de l'étude de la corrélation entre la satisfaction par rapport à l'accueil lors de la prise en charge des patients et leur satisfaction générale, nous avons obtenu un coefficient de corrélation de 0.77 (avec $p < 0.05$). Il existe donc une influence significative de l'accueil lors de la prise en charge sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

Plus la satisfaction par rapport à l'accueil lors de la prise en charge est bonne, meilleure sera la satisfaction globale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

5-2 La douleur :

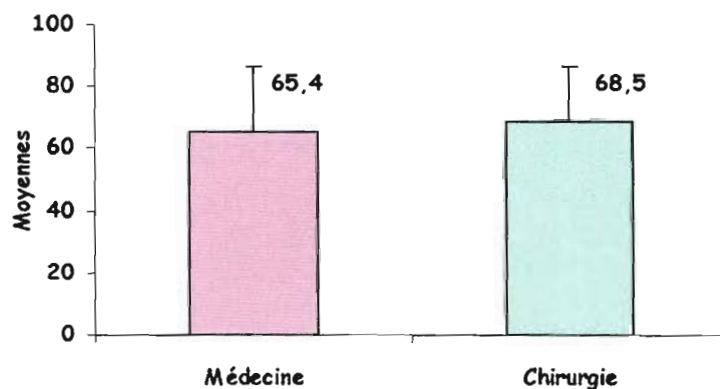
5-2-1 L'intensité de la douleur :

L'analyse des moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » retrouve les résultats suivants et est représentée sur la figure 22.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Intensité de la douleur
1 (médecine)	65.4 (20.9)
2 (chirurgie)	68.5 (18.2)
Moyenne générale	67.0 (19.2)

L'intensité de la douleur est en moyenne de 67.0, on note cependant que la douleur est plus élevée en chirurgie qu'en médecine.

Figure 22 : Comparaison de l'intensité de la douleur ressentie par les patients en fonction du motif d'admission médical ou chirurgical.



Nous avons étudié la corrélation entre l'intensité de la douleur et la satisfaction générale des patients admis et obtenu un coefficient de corrélation de 0.27 (avec $p < 0.05$). L'intensité de la douleur a une influence sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

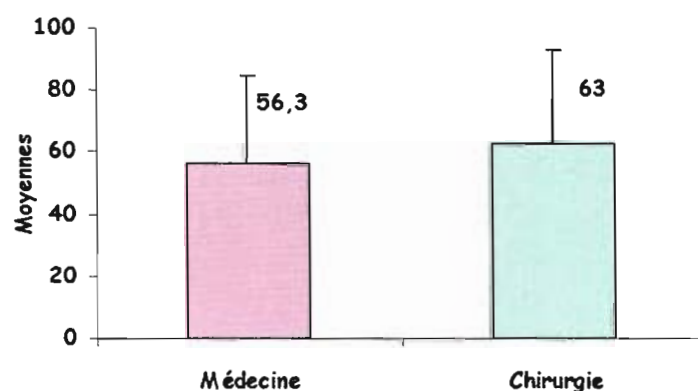
5-2-2 La satisfaction par rapport au traitement de la douleur :

Les moyennes des deux groupes « médecine » et « chirurgie » sont représentées dans la figure 23.

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport au traitement de la douleur
1 (médecine)	56.3 (28.6)
2 (chirurgie)	63.0 (29.8)
Moyenne générale	59.6 (29.2)

La satisfaction par rapport au traitement de la douleur est plutôt mauvaise. En effet, la moyenne générale est de 59.6, avec une différence entre les deux groupes : les patients de chirurgie sont plus satisfaits du traitement de la douleur que les patients de médecine.

Figure 23 : Comparaison de la satisfaction par rapport au traitement de la douleur en fonction du motif de recours médical ou chirurgical.



Nous avons étudié la corrélation entre la satisfaction par rapport au traitement de la douleur et la satisfaction globale des patients. Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.39 (avec $p < 0.05$). Il existe donc une influence significative de la satisfaction par rapport au traitement de la douleur sur la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

Plus la satisfaction par rapport au traitement de la douleur sera bonne, meilleure sera la satisfaction générale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

5-2-3 La satisfaction par rapport à la sécurité dans le service :

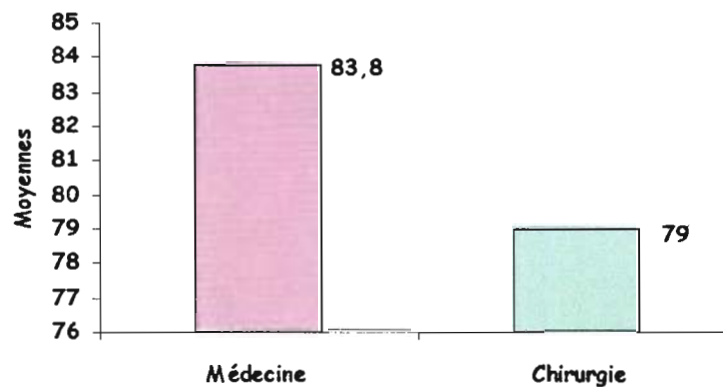
Il s'agit du fait que le patient se soit senti en sécurité ou non dans le service durant son séjour.

Si on observe l'analyse des moyennes : (Figure 24)

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport à la sécurité dans le service
1 (médecine)	83.8
2 (chirurgie)	79.0
Moyenne générale	81.4

Les résultats de l'analyse des moyennes indiquent que la satisfaction par rapport à la sécurité dans le service est plutôt bonne : la moyenne générale est de 81.4. Cependant, elle est meilleure en médecine qu'en chirurgie.

Figure 24 : Comparaison de la satisfaction par rapport à la sécurité dans le service en fonction du motif de recours médical ou chirurgical :



L'étude de la corrélation entre la satisfaction par rapport à la sécurité dans le service et la satisfaction générale des patients retrouve un coefficient de corrélation de 0.52 (avec $p < 0.05$). Il existe donc une influence significative et positive de la satisfaction par rapport à la sécurité dans le service et la satisfaction globale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

Plus le patient se sentira en sécurité dans le service, meilleure sera sa satisfaction globale durant son séjour dans le Service d'Accueil des Urgences.

5-2-4 La satisfaction par rapport à l'organisation matérielle du départ :

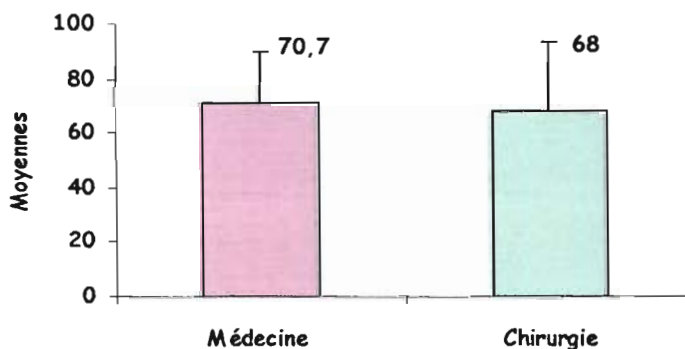
L'organisation matérielle du départ concerne les propositions que les soignants auront pu soumettre au patient concernant l'organisation de son départ du service. Il s'agit, par exemple, de proposer de téléphoner pour que quelqu'un vienne le chercher, demander si sa famille est là, demander s'il veut qu'on lui appelle un taxi...

Si on s'intéresse à l'analyse des moyennes : (Figure 25)

MOYENNES (écarts-types)	
Groupes	Satisfaction par rapport à l'organisation matérielle du départ
1 (médecine)	70.7 (19.3)
2 (chirurgie)	68.0 (25.8)
Moyenne générale	69.4 (22.7)

La satisfaction par rapport à l'organisation matérielle du départ est plutôt correcte, elle est meilleure en médecine qu'en chirurgie

Figure 25 : Comparaison de la satisfaction par rapport à l'organisation matérielle du départ en fonction du motif d'admission médical ou chirurgical :



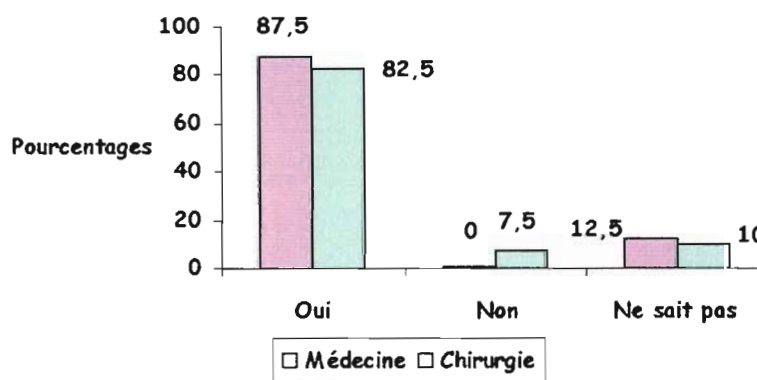
L'étude de la corrélation entre la satisfaction par rapport à l'organisation matérielle du départ et la satisfaction globale des patients admis retrouve un coefficient de corrélation de 0.46 (avec $p < 0.05$). L'organisation matérielle du départ a donc une influence significative et positive sur la satisfaction globale des patients admis au Service d'Accueil des Urgences.

5-2-5 La probabilité de revenir au Service d'Accueil des Urgences si besoin est :

Les résultats sont présentés ici sous forme de pourcentages, concernant les personnes qui reviendraient à ce Service d'Accueil des Urgences, si leur état de santé le nécessitait, ceux qui ne reviendraient pas et ceux qui ne savent pas (Figure 26).

Groupes	Total	1 (médecine)	2 (chirurgie)
1 (oui)	85.00	87.50	82.50
2 (non)	3.75	0	7.50
3 (ne sait pas)	11.25	12.50	10.00

Figure 26 : Comparaison des pourcentages de probabilité d'un retour au Service d'Accueil des Urgences, si besoin est, en fonction du motif d'admission médical ou chirurgical.



Les résultats montrent ici, que le pourcentage de personnes susceptibles de revenir à ce Service d'Accueil des Urgences est important.

On observe qu'il n'y a quasiment pas de différence selon le motif de recours médical ou chirurgical, pour les réponses 1 (oui) et 3 (ne sait pas). Par contre, pour la réponse 2 (non), il existe une différence puisque

aucune des personnes interrogées, venues aux urgences pour un motif médical, n'a affirmé qu'elle ne reviendrait pas.

Le coefficient de corrélation obtenu est de 0.23 (avec $p < 0.05$). La probabilité de revenir à ce Service d'Accueil des Urgences a une influence sur la satisfaction générale des patients.

5-3 Evolution de la satisfaction générale en 1997, 1999, 2002 :

Une enquête de satisfaction a été réalisée au Service d'Accueil des Urgences du C.H.U. de Nancy durant une semaine en juin 1997, puis une seconde enquête a été menée sur le même modèle en 1999 (48).

Nous avons comparé l'évolution de la satisfaction générale des patients avec les résultats de notre enquête (tableau 4).

Tableau 4 : Evolution de la satisfaction globale des patients.

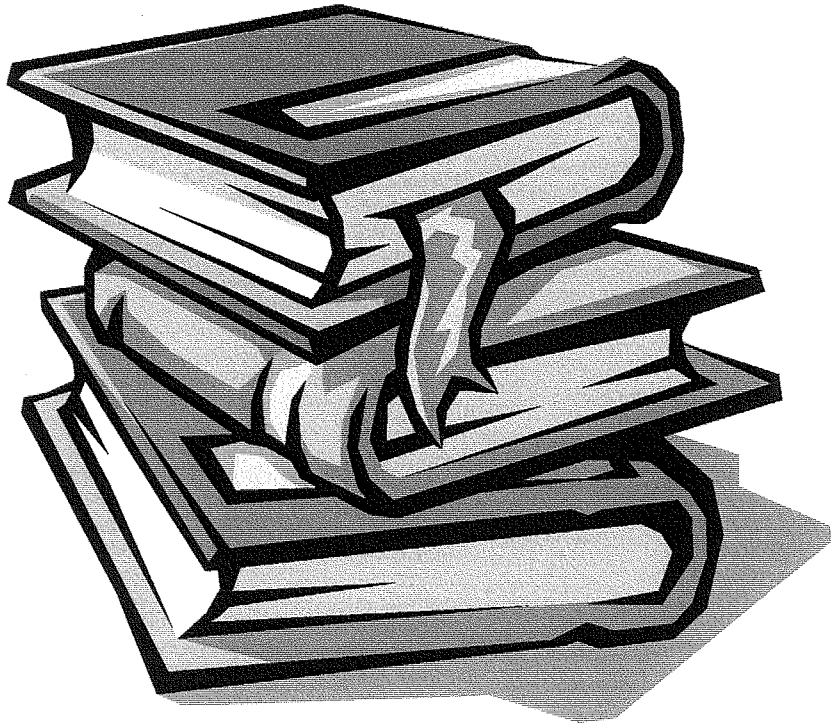
Année	1997	1999	2002
Satisfaction globale (%)	94.7	89.3	80.5

Le taux de satisfaction est élevé mais diminue au cours des années.

ANNEXE 6 : DIAGNOSTIC INITIAL A L'ISSUE DE L'ADMISSION AU SAU

	Sujet	Diagnostic initial
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE	1.	Entorse poignet droit
	2.	Plaie 4 ^{ème} doigt gauche
	3.	Traumatisme crânien
	4.	Fracture cubitus droit
	5.	Entorse cheville droite
	6.	Plaie main gauche
	7.	Traumatisme du 5 ^{ème} orteil droit
	8.	Lumbago aigu
	9.	Entorse poignet droit
	10.	Fracture 1 ^{er} orteil droit
	11.	Déchirure musculaire interscapulaire
	12.	Plaie 3 ^{ème} doigt gauche
	13.	Fracture trimalléolaire cheville gauche
	14.	Traumatisme crânien
	15.	Traumatisme lombaire
	16.	Entorse cheville gauche
	17.	Fracture humérus droit
	18.	Traumatisme genou gauche
	19.	Plaie 4 ^{ème} doigt droit
	20.	Ecrasement avant-bras droit
	21.	Dorsalgies
	22.	Entorse cheville gauche
	23.	Contusion thoracique
	24.	Fracture 1 ^{er} métatarsien droit
	25.	Plaie de la main, contusion cervicale et thoracique
	26.	Entorse grave cheville gauche
	27.	Entorse 5 ^{ème} doigt droit
	28.	Plaie du 4 ^{ème} doigt droit avec lésion tendineuse
	29.	Entorse cheville droite
	30.	Hématome collecté et infecté de la cuisse droite
	31.	Entorse cheville gauche
	32.	Contractures paravertébrales post-traumatiques
	33.	Contusion pied gauche
	34.	Plaie main gauche
	35.	Entorse cheville droite
CHIRURGIE NON TRAUMATOLOGIQUE	36.	Appendicite
	37.	Suspicion d'appendicite
	38.	Sigmoïdite aiguë diverticulaire
	39.	Douleur abdominale aiguë
PNEUMOLOGIE	40.	Colique néphrétique
	41.	Bronchopneumonie

NEUROLOGIE	42.	Crise d'épilepsie
	43.	Sciaticque
	44.	Céphalées
	45.	Crise d'épilepsie
	46.	Crise d'épilepsie généralisée
	47.	Céphalées
	48.	Céphalées
	49.	Trouble de la marche et vertiges
	50.	Névrалgie cervico-brachiale
GASTRO-ENTOLOGIE	51.	Gastrite aiguë
	52.	Reflux gastro-oesophagien
	53.	Ulcère gastrique
CARDIOLOGIE	54.	Douleur thoracique
	55.	Infarctus du myocarde
	56.	Hypertension artérielle
	57.	Malaise indéterminé avec perte de connaissance
	58.	Douleur thoracique
	60.	Malaise indéterminé avec perte de connaissance
DIVERS	61.	Malaise vagal
	62.	Malaise vagal
	63.	Malaise vagal
	64.	Malaise vagal
	65.	Spasmophilie
	66.	Crise de tétanie
	67.	Malaise indéterminé sans perte de connaissance
	68.	Maladie de Horton
	69.	Allergie
	70.	Malaise indéterminé sans perte de connaissance
	71.	Malaise vagal
	72.	Malaise vagal
	73.	Malaise vagal
	74.	Affection virale ORL
	75.	Malaise vagal
	76.	Etablissement de certificat de coups et blessures
	77.	Electrisation
78.	Angine aiguë	
79.	Fièvre isolée	
80.	Malaise vagal	



DISCUSSION

Cette étude concerne quatre-vingts patients dont la répartition en fonction du sexe et du motif de recours est homogène : 40 femmes (dont 20 qui consultent pour un motif médical et 20 pour un motif chirurgical), et 40 hommes (dont 20 pour lesquels le motif d'admission est médical et 20 pour lesquels le motif est chirurgical). L'âge moyen était de 37 +/- 16 ans. Les patients CCMU 4 et CCMU 5 étaient d'emblée exclus de l'enquête, dans l'échantillon étudié, les patients étaient principalement classés CCMU 2 (66,25 %).

Il s'agit d'une étude prospective menée sur 4 mois dont l'objet était de déterminer si l'anxiété, le coping et le soutien informatif influencent la satisfaction générale des patients admis au SAU.

Aucun lien n'a pu être montré entre la satisfaction générale et les variables de l'anxiété, qui est plutôt faible, ou du coping centré sur la tâche, l'émotion, l'évitement, la distraction, la diversion sociale. En revanche, certains facteurs en lien avec le soutien informatif sont corrélés avec la satisfaction générale des patients : les informations concernant l'attente lors de la prise en charge, la prise en charge de la douleur, les soins à effectuer au sortir des urgences, les informations échangées entre les soignants et le patient pendant les soins.

La mesure du degré de satisfaction est devenue une obligation en France (article L710-1-1 de l'ordonnance du 24 avril 1996) pour les établissements hospitaliers qui doivent mettre en œuvre cette évaluation au moins tous les deux ans. Seuls les patients hospitalisés sont concernés par cette évaluation. Toute démarche qualité dans un service d'urgence doit intégrer cette étape de la mesure de la satisfaction des usagers afin de mieux connaître leurs attentes et les dysfonctionnements perçus dans les différents segments du processus de prise en charge.

Différentes enquêtes de satisfaction des usagers ont déjà été menées au Service d'Accueil des Urgences du C.H.U. de Nancy. La première enquête s'est déroulée pendant une semaine en juin 1997, avec envoi d'un questionnaire à domicile 14 jours après le passage au SAU afin de mesurer l'évolution de la perception de la satisfaction à distance (48). Le taux de satisfaction global était élevé : **94,7 %** des usagers étaient satisfaits. Une seconde enquête a été réalisée sur le même modèle en 1999. Le taux de satisfaction global des patients reste élevé mais a diminué : **89,3 %** des usagers étaient satisfaits de leur passage aux urgences. Ces deux premières enquêtes avaient néanmoins révélé que l'insatisfaction la plus importante concernait la communication (transmission d'informations aux différents segments du processus de prise en charge) entre les usagers et le personnel. Le taux de satisfaction est élevé, mais diminue au fil du temps. Lors de la dernière enquête qui fait l'objet de notre travail, la satisfaction générale était de **80,5 %**.

Nos résultats globaux sont similaires à ceux publiés dans la littérature (14, 25, 28, 32, 35).

Paradoxalement, il est intéressant de noter que le pourcentage d'usagers qui ne reviendraient pas au SAU, si besoin est, diminue également au fur et à mesure des années. En effet, ce pourcentage est de 5,70 % en 1997, 5,00 % en 1999 et 3,75 % pour cette étude.

Différents facteurs influencent la satisfaction des patients admis au SAU, le principal semble être la transmission de l'information. L'évolution scientifique, quasiment exponentielle, de la médecine et le nécessaire effort d'approfondissement des connaissances scientifiques demandé aux médecins, semblent avoir entraîné, au fil du temps une sorte de dérive de la médecine.

Le contact avec le patient dans son humanité a, peu à peu, régressé dans une grande part des services hospitaliers. Il a laissé place à la technique et aux progrès de l'informatique tant pour le diagnostic que la conduite des soins et le suivi des malades.

La relation de confiance entre soignant et soigné n'est plus le fil conducteur du traitement des maladies, elle a été remplacée par les progrès techniques et la rigueur scientifique.

Pourtant, le degré de satisfaction du patient est conditionné par sa maladie et la compréhension qu'il en a. L'information du patient est une question de forte actualité. Dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'information est érigée en un droit du patient et un devoir déontologique du médecin (42).

L'acte médical n'est légitime que s'il est précédé d'un consentement éclairé. Le principe de base est bien connu, ne souffrant en réalité pas de discussion. En revanche, la conception ancienne était celle d'une décision médicale qu'il convenait de faire accepter par le patient, d'où la recherche du consentement, d'où l'information adaptée pour que ce consentement soit sincère. La loi du 4 mars 2002 marque une inflexion notable. Il ne s'agit plus d'une décision médicale acceptée par le patient, mais d'une décision du patient informé par le médecin.

La communication entre les soignants et le patient tient donc une place importante, elle reste encore, de manière générale, trop souvent défailante.

Le manque d'explications tant qualitatives que quantitatives de la part des soignants est un motif de plaintes très fréquent (21).

La transmission de l'information au SAU varie en fonction du segment du processus de prise en charge. Les patients sont plus souvent insatisfaits dès leur

accueil par l'information d'accueil et d'orientation. Ils estiment ne pas être informés sur les modalités de prise en charge et les délais d'attente (77,6 % de patients non informés).

Lors de la phase de prise en charge, la communication semble meilleure (65 % de patients informés de l'attente). Le patient est installé dans une salle d'examen, dans une ambiance calme et rassurante, où les relations avec les soignants sont plus directes. Il est alors régulièrement renseigné de l'évolution de sa prise en charge.

La relation humaine établie entre le patient et les soignants est déterminante sur le degré de satisfaction concernant l'attente aux urgences. En effet, nous avons retrouvé une influence significative de la satisfaction des patients par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge sur la satisfaction globale des patients (7,8 +/- 1,7 ; $p < 0.05$). De la même manière, notre étude retrouve une influence significative de la satisfaction des patients par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient sur leur satisfaction générale (8 +/- 2 ; $p < 0.05$). La satisfaction par rapport aux informations concernant la douleur influe également de manière significative sur la satisfaction générale des patients admis (6,8 +/- 2,6 ; $p < 0.05$). Enfin, notre étude retrouve une influence positive de la satisfaction par rapport aux informations concernant les soins ou actes à effectuer au sortir des urgences sur la satisfaction globale des patients (7,6 +/- 1,8 ; $p < 0.05$).

Une explication régulière des différents moments de la prise en charge permet de rassurer les patients et de les intégrer complètement dans le processus de soins.

Plus le patient est informé, plus son degré de satisfaction augmente (35, 66, 7).

Dans un service d'urgence, les moindres détails, les plus petites contraintes, tout contretemps vont être ressentis d'une façon exacerbée. Pour le patient qui entre dans un tel service, il n'existe pas de petite ou grande urgence. Il a « son » angoisse, « sa » douleur... Il ne peut comprendre que « sa » prise en charge ne soit pas immédiate et assimile parfois cette attitude à de l'indifférence. Une explication, même brève, suffit à apaiser. Cette étude met clairement en évidence que le principal facteur influençant la satisfaction des patients est **l'information**. Les patients sont sensibles à la manière dont on les prend en charge, à l'attention du personnel, sa gentillesse, son écoute. L'absence ou l'insuffisance d'informations concernant la maladie et le déroulement de la prise en charge, ainsi que la non considération des besoins spécifiques des patients, sont des reproches très souvent formulés par les malades à l'encontre du personnel soignant. La satisfaction des patients et la confiance qu'ils accordent à l'équipe soignante sont directement liées à la qualité de la relation soignant-soigné. Dans cette relation, une information de qualité tient une place essentielle et son absence est source d'anxiété et de mécontentement. Il en résulte une sensation de mal être, qui peut se transformer en agressivité et qui, au minimum, contrarie l'adhésion et la participation du patient à ses soins et à la prise en charge de sa maladie. Les efforts d'amélioration doivent dès maintenant se concentrer autour de la transmission de l'information au patient. Ces résultats incitent à mieux former les personnels de soins des urgences aux **techniques de communication** (36). Dès lors, la mise en place d'une information à l'accueil paraît très positive et rentable en terme de satisfaction globale du patient (6, 35, 60).

Autre facteur influençant la satisfaction, l'accueil, 75.4 % des patients sont satisfaits de l'accueil avant la prise en charge et 84.4 % des patients sont satisfaits de l'accueil lors de la prise en charge.

Cette étude retrouve une influence significative et positive de l'accueil sur la satisfaction générale des patients admis au SAU. Point de départ de toute relation humaine, l'accueil donne d'emblée le ton de l'interaction. Les enjeux de l'accueil sont multiples, ces quelques instants prennent une importance déterminante quand on sait qu'ils construisent la première impression (15). L'accueil représente une fonction, un processus, un service qui consiste à recevoir les gens venus de l'extérieur et à les diriger ou les guider de manière à ce qu'ils trouvent ce qu'ils sont venus chercher. Cette fonction ne reçoit pas toujours toute l'attention qu'elle devrait, dans certains cas, elle se trouve négligée. A l'heure de la communication, l'accueil prend une part non négligeable dans la construction de l'image de l'établissement. L'entrée à l'hôpital est le plus souvent ressentie comme une véritable rupture avec les repères habituels.

L'hôpital est régi par des codes, des usages, le malade peut se sentir désorienté.

Une des solutions pour remédier à ce problème est de lui fournir un **livret d'accueil**.

Ce livret d'accueil représente un véritable outil de communication. Il donnera des renseignements pratiques sur l'entrée, le service, le déroulement des soins, la sortie ou le séjour hospitalier. Mais le malade désire aussi une information sur sa situation personnelle vis-à-vis du service. Il apparaît donc souhaitable que l'utilisateur puisse bénéficier à la fois d'un livret et d'un **entretien d'accueil** avec un acteur de l'équipe. Les usagers qui ont bénéficié de ces deux éléments ont exprimé plus souvent un jugement positif sur leur hospitalisation que ceux qui n'avaient reçu ni livret, ni entretien (60).

En France, une circulaire ministérielle précise en détail le rôle de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (I.A.O.), qui consiste à accueillir le patient, l'orienter vers une salle d'examen et informer immédiatement le médecin. Elle est le lien entre les soignants et la famille. Elle est chargée d'informer le malade sur le déroulement des soins. L'organisation architecturale d'un service d'urgence devrait intégrer la nécessité de pouvoir accueillir les patients dans de bonnes conditions dès leur arrivée. Ce secteur reste encore négligé dans les projets de restructuration où cet espace est soit réduit, soit oublié. D'autre part, la création des IAO a amélioré cet accueil mais la multiplication et le glissement de leurs tâches peuvent expliquer en partie les dysfonctionnements perçus au niveau de l'accueil. Dans les services (publics) ou dans les entreprises privées (les cliniques) la qualité de l'accueil fait partie des indices de performances.

La prise en charge de la douleur est une source fréquente d'insatisfaction. L'une des principales craintes des patients arrivant aux urgences est « d'avoir mal ». Dans cette enquête, l'intensité de la douleur est en moyenne de 67. Elle a été évaluée sur une échelle numérique cotée de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur maximale imaginable. Elle n'est pas toujours évaluée par les soignants. Une solution de soulagement n'est pas systématiquement proposée. La satisfaction par rapport au traitement de la douleur est médiocre, elle est de 59.6 %, avec une différence entre les deux groupes, les patients de chirurgie sont plus satisfaits du traitement de la douleur que les patients de médecine. Un patient s'adressant à un service d'urgence s'attend essentiellement à être soulagé de sa symptomatologie. Une non-réponse à cette demande est source d'insatisfaction (6). Les professionnels de la santé ont parfois des difficultés à considérer la part subjective du patient et de nombreux médecins respectent la souffrance afin de ne pas masquer la maladie causale. Ils ne tiennent alors pas

compte d'une des attentes principales du patient qui est d'être soulagé rapidement (60).

L'admission aux urgences peut représenter une situation particulièrement anxiogène pour les patients. Nous avons cherché à déterminer dans ce travail s'il existait une influence de cette anxiété sur le degré de satisfaction.

Nous avons considéré les deux aspects de l'anxiété : **anxiété-trait** et **anxiété-état**. L'**anxiété-trait**, véritable trait de personnalité, est une caractéristique constante, individuelle. Elle peut se manifester de façon durable, soit par une prédisposition à éprouver des états de peur en présence de stimulus qui, pour la majorité des gens ne sont pas forcément anxiogènes, soit par la prédisposition à développer des peurs conditionnées à l'égard de stimulus qui ne sont pas réellement dangereux. L'**anxiété-état** est un état passager qui peut survenir temporairement chez tout individu sous l'effet d'une situation présentant une certaine gravité.

Qu'elle soit « trait » ou « état », l'anxiété comporte une forte composante émotionnelle à tonalité négative (42). Les résultats obtenus dans cette étude pour l'anxiété-état et l'anxiété-trait sont respectivement de 34,3 et 37,9, ils sont inférieurs à la moyenne d'étalonnage qui se situe entre 46 et 55 (55). L'anxiété était toujours plus élevée chez les patients dont le motif de recours est chirurgical par rapport à ceux dont le motif d'admission est médical.

Cette différence peut sans doute s'expliquer par le fait qu'en service de chirurgie, les soignants interviennent directement sur le corps (le cas d'une suture par exemple), ce qui génère sûrement plus d'anxiété qu'en service de médecine où souvent les patients sont amenés à attendre sans intervention directe sur le corps.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence de l'anxiété-état et de l'anxiété-trait sur la satisfaction générale des patients admis au SAU.

D'autre part, la moyenne obtenue pour l'anxiété-trait (37,9) est supérieure à celle obtenue pour l'anxiété-état (34,3). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les entretiens et la passation des questionnaires ont systématiquement été menés à la fin de la prise en charge médicale du patient, après qu'il ait reçu les soins, obtenu les résultats des examens complémentaires éventuels et été informé de son orientation (hospitalisation ou retour à domicile). On peut alors supposer, qu'à la fin de la prise en charge, l'anxiété n'est plus aussi importante qu'à l'arrivée du patient.

A l'arrivée dans un service d'urgences, l'anxiété manifestée par le patient est liée à différents facteurs, notamment le fait d'arriver dans un endroit inconnu, l'ignorance de ce qui va se passer, la douleur, le fait de ne pas savoir combien de temps cela va durer... (45).

A la fin de la prise en charge, l'anxiété n'est plus aussi importante. En effet des soins ont été prodigués, le patient est soulagé, il a reçu des informations, des réponses aux questions qu'il pouvait se poser... L'information apportée au patient lui permet de faire face à son anxiété avec plus de facilité. Ceci peut également expliquer les faibles moyennes d'anxiété, inférieures à la moyenne d'étalonnage.

D'autre part, il est possible que les patients aient une anxiété faible car il s'agit exclusivement de patients classés CCMU 1 et CCMU 2, c'est-à-dire des patients dont l'état clinique n'est pas susceptible de s'aggraver, communément regroupés sous le terme « d'urgences ressenties ». Nous avons choisi d'étudier dans ce travail les urgences ressenties car ce sont les plus nombreuses, mais surtout parce que l'enquête ne pouvait pas, pour des raisons d'éthique, être réalisée chez les patients plus graves, classés CCMU 4 et CCMU 5 qui nécessitent

des actes lourds, voire un recours à la réanimation pour préserver le pronostic vital menacé.

On peut donc supposer que les moyennes auraient été différentes si les entretiens et la passation des questionnaires avaient été menés à l'arrivée du patient au Service d'Urgences.

Cependant, une étude réalisée sur 40 patients admis au Service d'Accueil des Urgences du C.H.U. de Nancy n'a pas conforté cette hypothèse. Cette étude a utilisé le même type de questionnaire mais les entretiens se sont déroulés à l'arrivée du patient dans la salle d'examen. De la même façon, nous n'avons pas retrouvé d'influence de l'anxiété-état et de l'anxiété-trait sur la satisfaction générale des patients admis, l'anxiété-trait et l'anxiété-état étaient toutes deux inférieures à la moyenne d'étalonnage, avec une anxiété-trait supérieure à l'anxiété-état.

Ces résultats ne confirment pas ceux observés dans la littérature. Plusieurs études montrent que l'arrivée dans un service d'urgence génère chez les patients une anxiété importante, ceci en lien avec l'ignorance, l'incertitude de ce qui va se passer, la douleur, l'attente (9, 63). De plus, certaines études montrent que réduire l'anxiété des patients, notamment par une meilleure communication, permettrait d'améliorer leur degré de satisfaction (33, 45).

Afin de faire face au stress qu'engendre l'arrivée dans un Service d'Urgences, les patients vont déployer des stratégies de coping. Le terme de « coping » se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variables et instables, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer ou tolérer) la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), née de la transaction sujet-environnement et évaluée comme dépassant ses propres ressources (38). Le coping regroupe tout un ensemble de mécanismes souvent mis en évidence dans la littérature (37, 38) et qui, à la lumière de nos entretiens

peuvent être regroupés en deux catégories principales : les **stratégies internes** et les **stratégies externes**.

Les **stratégies internes** sont des stratégies visant à obtenir une régulation des émotions et une rationalisation des pensées. Les **stratégies externes** sont des stratégies très dynamiques généralement tournées vers l'action et la dépense d'énergie physique. Les stratégies d'adaptation internes sont clairement tournées vers la régulation des émotions puisque, sans modifier la situation de stress, elles changent la perception qu'en a la personne. Au cours de l'enquête, plusieurs patients ont affirmé : « je trouve un moyen pour ne plus y penser », « je réfléchis à ce qui s'est produit et tire parti de mes erreurs ». Des mécanismes de rationalisation et d'intellectualisation interviennent fréquemment : « je m'efforce d'analyser la situation », « je pense à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires ».

Les stratégies d'adaptation externes conduisent davantage à se tourner vers l'extérieur, pour s'extérioriser, se changer les idées. Les modalités de stratégies tournées vers l'extérieur sont variées et peuvent prendre une forme collective ou individuelle. Les stratégies collectives permettent de gérer le stress par les biais d'actes sociaux : « j'essaye de me retrouver en compagnie d'autres personnes », « je vais à une soirée chez des amis ». Quant aux stratégies individuelles, elles permettent pour la plupart une gestion du stress par la pratique d'activités sportives, artistiques ou simplement en regardant la télévision.

Dans notre étude, les résultats obtenus pour tous les styles de coping, c'est-à-dire le coping centré sur la tâche, l'émotion, l'évitement, la distraction et la diversion sociale, se situent exactement dans la moyenne fixée par la population d'étalonnage, entre 45 et 55 (19).

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le coping (quelles que soient les stratégies) et la satisfaction générale des patients admis au SAU. Il n'y a pas un

style particulier de coping qui serait plus utilisé par les patients. Ils réagissent de manières différentes aux situations de stress et la majorité d'entre eux alterne l'une ou l'autre stratégie selon les circonstances. En fonction du type de personnalité spécifique, chaque patient répondra différemment au stress de la maladie (26). Le style de coping adopté ne dépend donc pas uniquement du milieu dans lequel le sujet va se trouver, mais bien de sa propre personnalité.

Les résultats obtenus dans l'étude, pour chaque style de coping, se situent autour de la moyenne fixée par la population d'étalonnage, cela prouve bien qu'il existe nombre de personnalités avec leur propre coping. Le choix de la stratégie de coping mis en œuvre par le patient est fortement lié à sa personnalité.

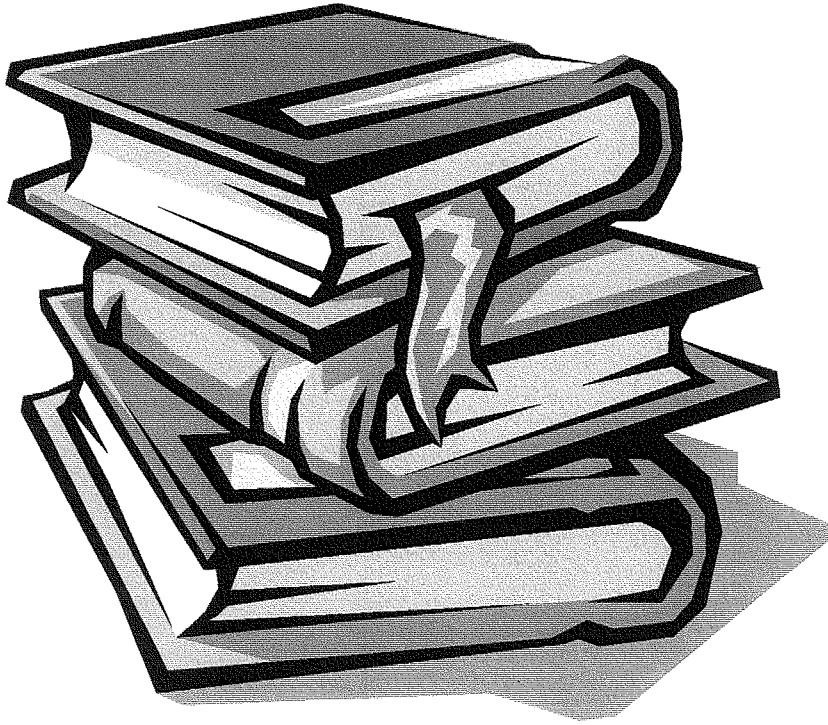
Nos résultats semblent en accord avec ceux observés dans la littérature. Une étude des stratégies de coping chez les sportifs de haut niveau met également en évidence que les traits de personnalité influencent l'évaluation de la situation et des ressources de la personne et l'amènent à utiliser un type de stratégie particulier (46). Il semble se dessiner autour des stratégies des profils de personnalité spécifique, plus ou moins adaptés.

Le rôle de la personnalité dans le processus de coping est souligné par plusieurs auteurs (62, 5). La littérature semble indiquer que la personnalité pourrait influencer le choix de la stratégie adoptée par l'individu faisant face à l'adversité (1).

Enfin, pour tous les styles de coping, hormis la distraction, le résultat obtenu est toujours plus important pour les patients dont le motif de recours est chirurgical que pour ceux dont le motif est médical. Comme pour l'anxiété, on peut se demander si cela est dû qu'en chirurgie les soignants interviennent directement sur le corps, le patient déploie alors plus de stratégies de coping pour faire face à cette situation stressante.

D'un point de vue général, les patients sont plutôt satisfaits de leur passage au SAU. Cette étude démontre l'importance du soutien informatif sur la satisfaction générale. Le patient admis aux urgences a besoin d'être accueilli, informé, rassuré. Le soin d'urgence ne peut se limiter aux soins techniques, c'est d'abord un rapport singulier entre le soignant et le patient. Le défaut de communication avec les patients est peut-être lié à un défaut de communication parmi les soignants eux-mêmes qui sont confrontés, dans leur travail aux urgences, à de multiples agents stressés. Or, l'information au malade passe d'abord par l'existence d'une bonne communication entre les membres de l'équipe soignante. La cohérence de l'équipe permet alors à chacun d'apporter au malade la part de l'information dont il est dépositaire et d'offrir l'image d'une complémentarité des soignants, d'une meilleure qualité des soins.

Une récente circulaire mentionne la mise en place de postes de psychologues au sein des SAU (12). Les revendications concernant l'humanisation de l'hôpital et, en particulier, du service des urgences, sont l'occasion de réflexions communes pour une prise en charge globale du patient. Le psychologue tient une place à part entière dans cet effort d'humanisation. Sa présence et sa constance permettent de sécuriser le patient, d'humaniser la prise en charge. Il consacre du temps au discours du malade, respecte son propre rythme. Il a également un rôle avec la famille du patient qui souffre d'une rupture affective et d'un sentiment d'impuissance, il peut rétablir un lien avec le patient, servir de « référent » en ce qui concerne l'avancée de la prise en charge



CONCLUSION

Nous venons d'exposer les résultats d'une étude réalisée sur 80 patients admis au Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.) du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Nancy, à propos de leur satisfaction générale par rapport à ce service, et ce, en lien avec l'anxiété, le coping et le soutien informatif.

Notre objectif principal n'a pu être vérifié qu'en partie. En effet, seul le soutien informatif a une influence sur la satisfaction générale des patients admis dans ce service.

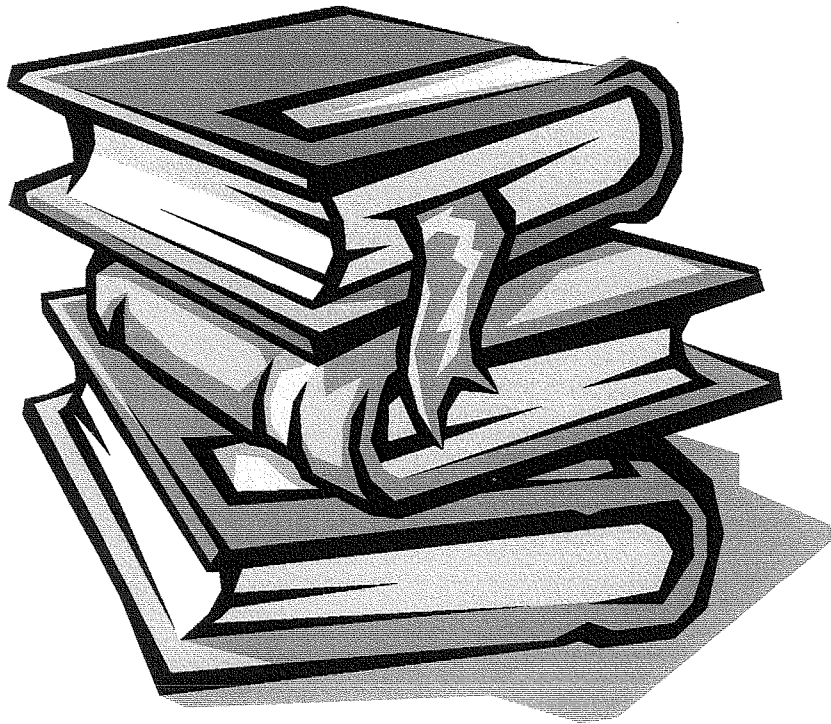
L'étude met en évidence une anxiété relativement faible chez ces patients. Il faut souligner qu'elle a été évaluée en fin de prise en charge, mais ce possible biais n'a pas été confirmé dans l'enquête réalisée dès l'admission des patients.

Quant au coping, cette étude a permis de mettre en évidence qu'il ne dépendait pas du milieu dans lequel se trouvait le sujet, mais bien de la personnalité du sujet, expliquant l'absence de lien avec la satisfaction générale des patients.

Enfin, cette étude démontre que le soutien informatif contribue significativement à une meilleure satisfaction du patient.

La communication est donc un élément essentiel aux urgences, aussi bien dans la relation soignants-soignés qu'entre soignants eux-mêmes.

Nos résultats confirment que nous devons poursuivre nos efforts dans la voie de l'humanisation et poursuivre nos travaux sur l'amélioration de la communication aux urgences. La mesure du degré de satisfaction des usagers est un indicateur important de notre démarche qualité au SAU permettant de suivre l'impact des actions d'amélioration futures.



BIBLIOGRAPHIE

1. Amirkhan JH, Risinger RT, Swickert RJ
Extraversion : a "hidden" personality factor in coping ?
J Pers. 1995 ; 63 (2) : 189-212.
2. Averous B, Averous D.
Mesurer et manager la qualité de service.
INSEP Editions, 1998 ; p134.
3. Bazy-Malaurie C
Document de la Direction des Hôpitaux ; 1998 : 1-16.
4. Bellaïche M
Qualité de service.
A savoir ; AFNOR, 2000 ; p32.
5. Bolgern N, Zuckerman A
A framework for studying personality in the stress process.
J Pers Soc Psychol, 1995 ; 69 (5) : 890-902.
6. Brodsky D, Gallet M
Satisfaction de la clientèle du service d'accueil des urgences d'un hôpital général.
Réan Urg, 1994 ; 3 : 413-416.
7. Bruschi B, Beezy J, Show R
Emergency Department satisfaction : what matters most ?
Ann Emerg Med, 1993 ; 22 : 586-591.
8. Byrne D
Repression-sensitisation as a dimension of personality.
Prog Exp Pers Res, 1964, Vol 1, 169-220.
9. Byrne G, Heyman R
Patient anxiety in the accident and emergency department.
J Clin Nurs, 1997, 6 (4), 289 -295.
10. Cattell RB
Patterns of change : measurement in relation to state dimension, trait change, lability and process concepts.
Handbook of multivariate Experimental Psychology, Chicago, 1966.

11. Cerkevic C
Démarche qualité et communication.
A savoir ; AFNOR, (2^e édition) ; p40.
12. Circulaire DHOS/E 1 N° 2001-503 du 22 octobre 2001.
Bulletin officiel n° 2001-44.
13. Clark CA, Pokorny ME, Brownn ST
Consumer satisfaction with nursing care in a rural community hospital
emergency department.
J Nursing Care Quality, 1996 ; 10 (2) : 49-57.
14. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, Mc Mallen W,
Walker JD, Delbouco TL
Patients evaluate their hospital care : a national survey.
Health Affairs, 1991, 10 : 254-67.
15. Cudicio C
Les règles d'or de l'accueil.
Editions d'organisation, 2000, p298.
16. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique
Edition Larousse.
17. Donadebian A
Quality assurance in health care. Consumer's role.
Quality in Health Care, 1992 ; 1 : 247-51.
18. Dunkel-Schetter C
Social support and cancer. Findings based on patient interviews and their
implications.
Journal of Social Issues, 40 (4) ; 77-98.
19. Endler NS, Parker JDA
The Coping Inventory for Stressful Situations (C.I.S.S.).
Manual Toronto : Multi-health Sytems, IMC, 1990.
20. Fourestie V, Langlois TY, Hemery F, Lacoste G et al
Quels éléments déterminent la satisfaction des consultants sur les soins
reçus aux urgences ?
Réan Urg, 1995 ; 4 (2) : 231.

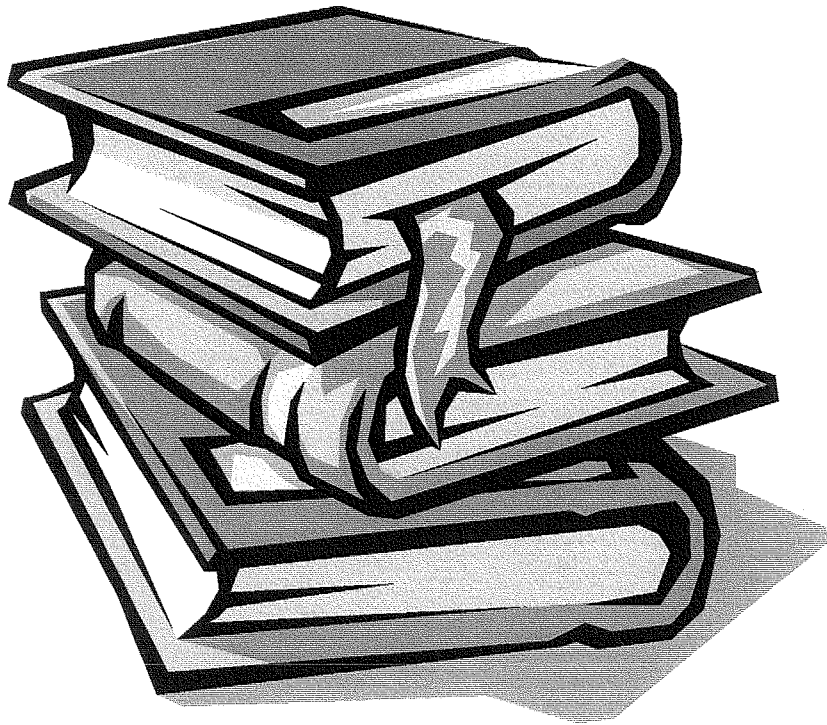
21. Gasee JP, Dehon M, Meiresonne A
Les plaintes de patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins ?
Gestions Hospitalières, 1996, 5, 389-392.
22. Grillon N, Staikowsky F, Michard F, Alusse D, Hefi A, Pevirieri F
Lettres de plaintes à l'encontre d'un service d'urgences médicales. Qui, Comment, Pourquoi ?
Réan Urg, 1994 ; 3.
23. Guelfi JD, Gaillac V, Dardennes R
Psychopathologie quantitative.
Masson, 1995.
24. Hall JA, Dornan MC
Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care : a meta-analysis
Soc. Sci Med, 1990 ; 30 : 811-818.
25. Hall JA, Dornan MC
What patients like about their medical care and how often they are asked : a meta-analysis of the satisfaction literature.
Soc Sci Med, 1988 ; 27 : 935-939.
26. Heiskell LE, Pasnau RO
Psychological reaction to hospitalisation and illness in the emergency department.
Emerg Med Clin North Am, 1997, 9 (1), 207-218.
27. Hobfoll S
The Ecology of Stress.
Washington : Hemisphere, 1988.
28. Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C
Patient Needs in the Emergency Department : nurses'and patients' perceptions.
J Nurs Adm, 1999, 29 (1) : 43-50.
29. Jalowiec A, Powers MJ
Stress and coping in hypertensive and emergency room patients.
Nursing Research, 1981, 30 (1), 10-15.

30. Jay R
Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients : a study of accident and emergency interventions.
Accid Emerg Nurs, 1996, 4 (3), 125-131.
31. Kenneth J.Rhee, Aller RA, Bird J
Telephone vs mail response to an emergency department patient satisfaction survey.
Acad Emerg Med, 1998 ; 5 (11) : 1121-23.
32. Kenneth J.Rhee, Bird J
Perceptions and satisfaction with emergency department care.
J Emerg Med, 1996 ; 14 (6) : 679-683.
33. Klein E, Linn S, Colin V, Lang R, Pollack S, Lenox RH
Anxiety disorders among patients in a general emergency service in Israel.
Psychiatric Server, 1995, 46 (5), 488-492.
34. Kologlu M, Agalar F, Cakmakci M
Emergency department information : does it effect patients perception and satisfaction about the care given in an emergency department ?
Eur J Emerg Med, 6 (3), 245-248.
35. Krishel S, Baraff LJ
Effect of emergency department information on patient satisfaction.
Ann Emerg Med, 1992, 22 (3), 568-572.
36. Langlois JY, Hemery F, Lacoste G, Roudot-Thoraval F, Lejonc JL, Fourestie V
Quels éléments déterminent la satisfaction des consultants sur les soins reçus aux urgences ?
Réan Urg, 1995 ; 4 (2) : 231.
37. Lazarus RS
Psychological Stress and Coping Process.
New York : Mc Graw- Hill, 1966.
38. Lazarus RS, Folkman S
Stress, Appraisal and Coping.
New York, Springer, 1984.

39. Lennon V, Garo B, Bensousan TA, Boles JM
Service des urgences médicales du CHU de Brest : évaluation du mécontentement des consultants.
Réan Urg, 1995 ; 4 : 231.
40. Leteurte H, Patrelle I, Quaranta JF, Ronzière N
La qualité hospitalière.
Audit Hôpital, 2^e édition. 1997 ;11-17.
41. Llorca G
L'opinion des malades, élément d'appréciation d'un service médical.
Gestions Hospitalières, 1994 ; 336 : 372-377.
42. Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
Journal Officiel numéro 54 du 5 mars 2002.
43. Megivern K, Halm MA, Jones G
Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care.
J Nursing Care Quality, 1992 ; 6 : 9-24.
44. Mowen JC, Licata JW, Mc Phail J
Waiting in the emergency room : how to improve patient satisfaction ?
Journal of Health Care Mark, 1993, 13 (2), 26-33.
45. Nelson D, Coleman K, Walker J
Why are you waiting ? Formulation and information pamphlet for use in an accident and emergency department.
Acc Emerg Nurs, 1997, 5 (1), 39-41.
46. Nicchi S, Le Scanff C
Les relations entre les processus d'adaptation au stress et les traits de personnalité dans le domaine sportif.
Congrès International de la SFPS, Paris INSEP 2000, Communications Affichées.
47. No authors listed
Using patient input in a cycle for performance improvement.
Jt Comm J Qual Improv 1995;21 : 87-96.

48. Ory Barbe Isabelle
Mesure du degré de satisfaction des usagers au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy en 1997 et en 1999 : étude comparative.
Th. : médecine : Nancy : 2000, sous la direction du Dr Abdel BELLOU.
49. Paulhan I, Bourgeois M
"Stress et Coping" : les stratégies d'ajustement et l'adversité.
Paris PUF, Collection Nodule, 1995.
50. Rapport DRESS
Les passages aux Urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés.
N°72, juillet 2000.
51. Rapport DREES
Les usagers des urgences.
N°212, janvier 2003.
52. Rasper JL
A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department.
J Nursing Care Quality, 1996 ; 10 : 48-58.
53. Rogers C
Le développement de la personne.
Dunod, 1961.
54. Scharwtz CR, Overton DT
Emergency Department complaints a one year analysis.
Ann Emerg Med, 1993 ; 16 : 857-861.
55. Spielberger CD
Inventaire d'Anxiété Etat-Trait forme Y.
Paris : Centre de Psychologie Appliquée, 1993.
56. Staines A
La gestion des attentes de la population à l'égard du système de santé : actions possibles de la part des pouvoirs publics.
Santé Publ, 1995 ; 7 : 339-49.

57. Steudler F.
L'accueil pour le malade, c'est une attente.
J Econ Méd 1990 ;10 : 367-79.
58. Suls J, Fletcher B
The relative efficacy of avoidant and non avoidant coping strategies : a meta-analysis.
Health Psychology, 1985, 4, 249-288.
59. Thompson DA, Yarnold P, Adams S, Spacone A
How accurate are waiting time perceptions of patient in the emergency department ?
Ann Emerg Med, 1996, 28 (6) : 652-656.
60. U.N.A.F/L.D.H
L'hôpital vu par ses usagers.
Gestions Hospitalières, 1995 ; 119 : 68-82.
61. Vaux A
Social Support. Theory, Research and Intervention.
Am J Community Psychol, 1991 ; 19 (1) : 85-90.
62. Vollrath M
Personality and Stress.
Scand J Psychol, 2001 ; 42 (4) : 335-47.
63. Walsh M
Pain and anxiety in a A & E attenders.
Nurs Stand. 1993 ; 7(26) : 40-2.
64. Watson WT, Marshall ES
Elderly patient's perceptions of care in the emergency department.
J Emerg Nursing, 1999 ; 25(2) : 88-92.
65. Weisman E, Koch N
Special patient satisfaction issue.
Qual Rev Bull, 1989 ; 15 : 166-167.
66. Wergifosse CH, Bouillon M, Krefeld Y, Reynaert M
Patient informé, patient satisfait !
Réan Urg, 1995, 4 (2), 240.



ANNEXES

BIBLE DE CODIFICATION

Colonne	Etiquette	Modalités	Items	Mesure	Echel.
1	Service	1 - Médecine 2 - Chirurgie	service	1 ou 2	FS
2	heurariv	1 - 8h - 13h 2 - 13h - 18h	Heure d'arrivée	1 ou 2	FS
3	duréepch	35 à 431	durée de la prise en charge	35 à 431	FS
4	sexe	1 - homme 2 - femme	sexe	1 ou 2	FS
5	age	18 - 81	âge	18 - 81	FS
6	modevie	1 - seul 2 - couple 3 - colocation 4 - famille	mode de vie	1 ou 2 ou 3 ou 4	FS
7	qq1àdom	1 - oui 2 - non	quelqu'un à domicile	1 ou 2	FS
8	nivscol	1 - primaire 2 - brevet 3 - certificat d'étude 4 - CAP 5 - BEP 6 - Bac 7 - études supérieurs	Niveau scolaire	1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6 ou 7	FS
9	locgéog	1 - urbaine 2 - rurale	localisation géographique	1 ou 2	FS
10	csp	1 - activité profelle 2 - scolarisé 3 - retraité 4 - a la recherche d'emploi 5 - parent au foyer 6 - invalide	catégorie socioprofessionnelle	1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6	FS
11	premvvenu	1 - oui 2 - non	première venue au SAMU	1 ou 2	FS
12	modarivé	1 - propres moyens 2 - pompiers 3 - ambulances	mode d'arrivée	1 ou 2 ou 3	FS
13	anxétat	20 - 80	anxiété-état	20 à 80	quest.
14	anxtrait	20 - 80	anxiété-traitement	20 à 80	quest.
15	tache	04 à 72	coping centré sur la tache	4 à 72	quest.
16	émotion	27 à 89	coping centré sur l'émotion		quest.
17	évitemt	27 à 82	coping centré sur l'évitement		quest.
18	distrac	33 à 85	coping centré sur la distraction		quest.
19	divsoc	25 à 71	coping centré sur la diversion sociale		quest.
20	accavpch	0 - peu satisfaisant 10 - très satisfaisant	accueil avant la prise en charge	0 à 10	quest.
21	attavpch	1 - pas d'attente 2 - <30 minutes 3 - 30 à 60 minutes 4 - >60 minutes	attente avant prise en charge	1 ou 2 ou 3 ou 4	quest.
22	infoatav	1 - oui 2 - non	information concernant l'attente avant la prise en charge	1 ou 2	quest.
23	satisav	0 - peu satisfaisant 10 - très satisfaisant	satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente avant la prise en charge	0 à 10	quest.
24	infopch	1 - oui 2 - non	information concernant l'attente avant la prise en charge	1 ou 2	quest.
25	sat1foav	0 - peu satisfaisant 10 - très satisfaisant	satisfaction par rapport aux informations concernant la prise en charge avant la prise en charge	1 ou 2	quest.

Colonne	Etiquette	Modalités	Items	Mesure	Echel.
26	accpch	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	accueil lors de la prise en charge	0 à 10	quest.
27	attpch	1 - <30 minutes 2 – 30 à 60 minutes 3 - >60 minutes	attente lors de la prise en charge	1 ou 2 ou 3	quest.
28	infoattp	1 – oui 2 - non	information concernant l'attente lors de la prise en charge	1 ou 2	quest.
29	satispch	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport aux informations concernant l'attente lors de la prise en charge	0 à 10	quest.
30	satis1fo	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport aux informations échangées entre les soignants et le patient pendant les soins	0 à 10	quest.
31	douleur	1 – oui 2 - non	douleur	1 ou 2	quest.
32	évaldou	1 – oui 2 - non	évaluation de la douleur	1 ou 2	quest.
33	intdou	0 – pas de douleur 10 – grosse douleur	intensité de la douleur	0 à 10	quest.
34	sattrait	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport au traitement de la douleur	0 à 10	quest.
35	satis1fodo	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport aux informations de la douleur	0 à 10	quest.
36	sécurite	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport à la sécurité dans le service	0 à 10	quest.
37	orgadép	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport à l'organisation matérielle du départ	0 à 10	quest.
38	infofin	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport aux informations données au sortir du SAU	0 à 10	quest.
39	ressgal	0 – peu satisfaisant 10 – très satisfaisant	satisfaction par rapport au ressenti général au SAU	0 à 10	quest.
40	rtoursau	1 – oui 2 – non 3 – ne sait pas	retour à ce SAU si nécessaire	1 ou 2 ou 3	quest.

FS = fiche signalétique

Quest. = questionnaire

TABLEAU DES DONNEES CODIFIEES

Su	service	heuraviv	duréepch	sexe	age	modevie	qq1âdom	nivscuil	logéo	csp	premvvenu	modarivé	anxétat	anxtrait
1	1	1	216	1	81	2	2	3	1	3	2	2	28	35
2	1	2	35	2	20	4	2	6	1	2	1	3	56	33
3	1	1	170	1	43	1	2	1	1	1	2	3	24	33
4	1	2	101	2	22	4	2	6	1	1	1	2	53	47
5	1	2	87	1	54	1	2	4	2	1	1	1	33	42
6	1	1	79	1	62	2	2	4	2	3	2	2	2	23
7	1	1	205	1	21	3	2	7	1	2	1	1	26	31
8	1	1	275	2	50	2	2	6	1	1	2	1	24	25
9	1	2	59	1	36	2	2	7	1	1	2	1	25	32
10	1	1	124	2	73	1	2	3	2	3	1	1	22	32
11	1	2	90	2	21	2	2	7	2	2	1	3	25	22
12	1	2	96	2	32	2	2	6	1	1	1	1	21	23
13	1	1	113	1	19	4	2	7	1	2	2	1	50	53
14	1	2	204	2	19	4	1	6	1	2	2	1	38	42
15	1	2	217	2	20	2	2	7	1	2	1	1	25	25
16	1	1	161	2	52	2	2	4	1	1	2	3	65	47
17	1	2	258	1	30	1	2	4	1	1	2	1	28	33
18	1	2	124	1	22	4	2	6	2	1	2	3	22	33
19	1	2	140	1	28	2	2	6	1	1	1	1	27	20
20	1	1	140	1	21	4	2	5	1	1	1	1	33	25
21	1	2	173	1	26	2	2	7	2	1	1	2	27	23
22	1	1	277	2	32	1	2	4	1	1	1	2	40	48
23	1	2	206	2	31	2	2	4	1	1	2	2	41	49
24	1	1	103	2	30	1	2	7	1	1	1	1	24	39
25	1	1	416	2	28	2	2	5	1	1	2	2	21	30
26	1	1	82	2	432	1	2	6	1	1	2	1	25	70
27	1	2	185	1	39	2	2	4	1	1	1	3	70	41
28	1	2	188	1	19	4	1	5	1	4	2	1	38	58
29	1	1	129	2	43	2	2	1	1	1	2	1	33	39
30	1	2	168	1	27	2	2	5	1	1	1	1	35	34
31	1	1	149	1	21	3	2	6	2	1	2	1	28	40
32	1	2	412	1	36	4	2	4	1	1	2	1	27	50
33	1	1	173	2	36	1	2	4	1	4	2	1	28	42
34	1	1	245	2	18	4	2	6	2	2	1	2	31	35
35	1	2	230	1	73	2	2	2	1	3	2	3	2	32
36	1	2	78	2	56	2	2	3	2	6	2	2	36	70
37	1	1	72	1	46	1	2	7	1	1	1	2	34	35
38	1	1	286	2	68	2	2	1	2	3	2	2	25	38
39	1	1	344	2	59	2	2	7	1	3	1	2	39	23
40	1	2	170	1	25	1	2	7	1	1	1	1	40	51
41	2	1	244	1	34	2	2	5	1	1	2	3	24	28
42	2	1	315	2	37	2	2	7	1	1	2	1	49	22
43	2	1	51	2	71	1	2	7	1	3	1	1	65	33
44	2	1	53	1	32	2	2	4	1	1	1	1	23	33
45	2	1	134	1	46	2	2	6	1	1	1	3	30	30
46	2	1	74	1	23	1	2	7	1	1	1	1	21	21
47	2	1	44	2	42	1	2	4	1	1	2	3	20	21
48	2	2	48	1	25	2	2	7	1	1	1	2	49	34
49	2	2	42	2	21	2	2	5	1	1	1	1	59	32
50	2	1	340	1	48	2	2	7	1	1	2	1	72	73
51	2	2	88	1	25	2	1	5	1	5	1	1	29	42
52	2	2	133	1	36	2	2	4	2	1	1	2	64	37
53	2	2	93	1	25	2	2	4	1	1	1	1	22	23
54	2	1	431	2	24	2	2	5	2	1	2	2	73	72
55	2	1	123	1	40	2	2	5	1	1	2	1	24	46
56	2	2	67	1	44	2	1	5	2	1	2	1	36	44
57	2	1	170	1	26	2	2	7	2	1	1	1	33	46
58	2	2	118	2	79	4	1	1	1	3	1	3	40	44
59	2	2	114	2	71	1	2	2	1	3	2	3	23	30
60	2	2	99	2	50	1	2	2	1	1	1	1	23	34
61	2	2	46	1	26	4	2	7	1	1	1	3	30	22
62	2	2	88	1	20	4	2	4	2	1	1	1	24	27
63	2	1	232	1	26	1	2	6	1	1	2	3	31	29
64	2	2	308	2	23	2	2	7	2	1	2	1	56	52
65	2	1	97	1	40	2	2	4	1	1	2	1	42	39
66	2	1	75	1	25	1	2	7	1	1	1	1	20	23
67	2	1	56	2	31	3	2	4	1	1	2	1	25	22
68	2	1	361	1	36	1	2	7	1	1	1	3	29	44
69	2	2	149	2	36	1	1	1	1	1	2	3	52	49

Su	service	heuraviv	duréepch	sexe	age	modevie	qq1âdom	nivscail	locgé	csp	premvenu	modarivé	anxétat	anxtrait
70	2	2	132	2	23	2	2	5	1	1	1	1	30	47
71	2	2	86	2	20	4	2	6	2	4	2	1	28	47
72	2	2	48	2	47	2	2	4	1	1	2	1	20	59
73	2	2	106	2	54	1	2	1	1	1	2	1	43	74
74	2	2	82	2	38	2	2	6	2	1	2	1	47	48
75	2	2	67	2	24	4	2	4	2	1	1	3	20	32
76	2	1	121	2	43	1	2	7	2	1	2	1	36	48
77	2	2	379	1	58	2	2	2	2	1	2	1	29	31
78	2	2	210	2	30	2	2	5	1	1	1	3	44	20
79	2	1	313	2	50	2	2	3	1	1	1	3	23	47
80	2	2	157	1	21	4	2	7	1	1	1	1	24	25

TABLEAU DES DONNEES CODIFIEES

su	tâche	emotion	evitemt	distrac°	divsoc	accavpch	attavpch	infoatav	satisav	infopch	satfvoav	accpch	attpch
1	69	68	61	76	66	10	1	-	-	-	-	10	3
2	43	43	65	65	67	5	2	2	-	2	-	8	1
3	62	63	65	63	62	8	2	2	-	2	-	9	3
4	33	50	64	60	61	7	2	2	-	2	-	8	3
5	64	37	36	38	40	8	2	1	-	2	-	9	3
6	49	69	60	60	56	8	2	2	7	1	8	8	2
7	52	43	39	14	31	9	2	2	-	2	-	9	3
8	50	41	39	42	40	10	2	2	-	1	8	10	3
9	53	40	45	41	56	10	2	-	-	2	-	9	1
10	58	48	59	59	57	10	1	2	-	-	-	10	3
11	51	48	62	53	65	7	3	1	-	2	-	9	1
12	70	44	69	69	71	8	4	2	10	2	-	9	1
13	51	54	38	41	40	8	2	2	-	2	-	8	3
14	39	47	53	47	61	5	2	2	-	1	6	8	3
15	68	36	48	41	57	5	2	-	-	1	8	10	1
16	44	64	55	53	65	5	1	2	-	-	-	8	3
17	47	49	57	49	58	8	2	2	-	2	-	9	3
18	36	58	44	46	49	5	2	-	-	2	-	8	2
19	70	35	38	47	274	10	1	2	-	-	-	10	3
20	47	35	46	49	45	8	2	-	-	2	-	9	1
21	51	48	48	44	53	9	1	-	-	-	-	9	3
22	40	57	44	45	44	7	1	-	-	-	-	9	3
23	56	57	49	39	68	6	1	2	-	-	-	5	3
24	37	58	35	42	25	2	2	2	-	2	-	10	2
25	37	43	42	51	38	8	2	2	-	2	-	8	3
26	26	74	37	41	40	10	3	-	-	2	-	10	1
27	53	71	63	61	68	9	1	2	-	-	-	10	2
28	56	77	67	68	62	6	3	2	-	2	-	9	1
29	55	47	49	53	40	8	2	2	-	2	-	10	3
30	48	56	59	60	60	7	1	-	-	-	-	8	3
31	40	53	51	49	53	3	4	2	-	2	-	7	2
32	54	74	56	58	49	8	1	-	-	-	-	8	3
33	47	52	46	45	42	10	3	2	-	2	-	10	3
34	46	49	77	81	65	7	4	1	8	1	7	7	3
35	64	33	38	38	43	9	1	-	-	-	-	9	3
36	30	66	58	65	48	9	2	2	-	2	-	8	3
37	39	54	38	39	38	7	1	-	-	-	-	9	3
38	68	47	68	72	50	8	1	-	-	-	-	10	3
39	56	53	46	42	50	9	1	-	-	-	-	8	3
40	54	56	43	42	45	5	2	1	7	1	8	9	3
41	52	36	37	38	43	7	2	2	-	1	7	7	3
42	60	31	37	39	36	5	2	2	-	2	-	0	3
43	49	49	50	42	57	7	2	2	-	2	-	8	3
44	65	49	47	41	47	7	2	2	-	2	-	10	1
45	67	36	40	39	38	10	4	2	-	2	-	10	1
46	66	50	43	42	40	9	2	1	9	2	-	8	2
47	23	31	40	42	38	10	2	1	10	1	10	10	3
48	44	42	48	36	60	7	2	2	-	2	-	7	2
49	56	47	51	47	50	6	2	2	-	2	-	5	3
50	34	72	53	49	66	7	2	1	7	1	7	8	3
51	54	72	70	79	60	8	2	1	7	1	7	8	2
52	41	44	49	52	49	1	2	1	5	2	-	5	3
53	53	56	60	52	71	10	2	2	-	1	10	10	1
54	48	70	40	47	33	8	1	-	-	-	-	10	3
55	50	54	56	55	51	9	2	2	-	2	-	8	3
56	53	64	46	39	58	8	1	-	-	-	-	10	3
57	53	62	51	53	51	4	2	2	-	1	6	7	2
58	52	71	61	66	59	10	3	1	10	2	-	10	1
59	52	41	42	50	42	10	2	1	8	2	-	8	3
60	59	40	66	69	50	5	2	2	-	2	-	7	1
61	57	36	53	50	66	10	1	-	-	-	-	10	1
62	48	58	65	63	62	9	3	1	8	2	-	10	2
63	47	45	60	57	60	6	2	2	-	2	-	7	2
64	72	70	66	57	67	6	2	1	9	1	9	9	3

65	55	51	58	60	62	8	2	2	-	2	-	8	3
66	53	37	54	60	47	8	2	2	-	1	7	9	1
67	70	38	54	48	67	10	2	2	-	2	-	10	2
68	49	58	52	44	62	6	2	2	-	2	-	7	3
69	52	57	41	42	38	8	2	2	-	2	-	7	3
70	37	57	46	38	59	7	2	2	-	2	-	8	1
71	41	60	65	57	67	4	1	-	-	-	-	6	2
72	40	67	41	54	25	10	2	1	5	2	-	10	1
73	51	80	61	54	67	8	2	2	-	2	-	9	3
74	54	56	47	47	46	9	3	2	-	2	-	9	2
75	42	51	51	56	48	5	2	2	-	2	-	5	1
76	55	51	46	44	46	8	1	-	-	-	-	9	2
77	50	63	58	60	53	8	2	2	-	2	-	8	3
78	54	46	64	63	61	8	2	2	-	1	9	10	3
79	51	65	60	48	67	8	1	-	-	-	-	8	3
80	62	53	47	39	53	8	4	2	-	1	8	9	2

TABLEAU DES DONNEES CODIFIEES

su	infoattp	satispch	satis1fo	douleur	evaldoul	intdoulm	sattrait	sat1fodo	securité	orgadep	infin	ressga	rtoursau
1.	1	8	10	1	2	5	5	5	10	8	8	10	1
2.	2	-	8	1	2	3	6	7	6	7	7	8	1
3.	1	5	10	1	1	5	5	7	10	8	8	8	1
4.	2	-	7	2	-	-	-	-	8	3	3	6	1
5.	1	8	8	1	1	6	7	7	8	8	9	9	1
6.	2	-	8	2	-	-	-	-	8	8	8	8	1
7.	1	9	9	1	1	3	8	9	8	7	8	8	1
8.	1	9	10	2	-	-	-	-	10	10	10	10	1
9.	2	-	8	2	-	-	-	-	8	5	8	8	1
10.	1	10	10	2	-	-	-	-	10	10	10	10	1
11.	2	-	8	1	2	8	7	9	7	5	7	7	3
12.	2	-	10	2	-	-	-	-	10	7	7	8	1
13.	1	7	7	1	1	9	3	7	8	7	7	8	1
14.	2	-	5	1	2	7	5	6	7	9	9	7	3
15.	1	8	10	2	-	-	-	-	10	7	8	8	1
16.	2	-	6	2	-	-	-	-	5	5	6	6	1
17.	2	-	7	2	-	-	-	-	8	7	8	8	1
18.	2	-	6	2	-	-	-	-	8	3	8	6	3
19.	1	5	10	1	2	8	10	10	10	10	10	10	1
20.	1	7	8	1	2	4	4	4	5	73	9	8	1
21.	1	9	9	2	-	-	-	-	9	8	9	8	1
22.	1	8	9	1	2	8	8	7	8	7	7	8	1
23.	1	4	4	1	2	5	0	4	8	7	7	9	1
24.	1	10	10	1	2	6	2	8	10	7	7	9	1
25.	1	7	6	2	-	-	-	-	8	7	7	6	3
26.	1	10	10	2	-	-	-	-	10	10	10	10	1
27.	1	10	10	2	2	7	5	1	9	7	7	10	1
28.	1	8	8	2	-	-	-	-	7	8	7	8	1
29.	2	-	10	1	2	7	9	10	10	10	10	10	1
30.	1	5	7	2	-	-	-	-	7	5	5	7	1
31.	1	6	7	1	1	3	7	5	8	6	6	7	1
32.	1	5	7	1	1	7	8	8	8	5	8	10	1
33.	1	10	10	1	1	10	8	10	10	10	10	10	1
34.	1	8	9	1	1	6	5	9	7	5	7	8	3
35.	2	-	8	2	-	-	-	-	10	8	8	9	1
36.	1	7	7	1	2	6	5	5	8	8	8	8	1
37.	1	9	8	1	1	9	10	9	6	9	9	9	1
38.	1	9	9	2	-	-	-	-	10	7	7	10	1
39.	1	7	8	1	1	9	0	8	8	6	7	9	1
40.	2	-	7	1	1	9	2	8	8	6	7	9	1
41.	1	8	8	1	1	9	5	5	7	7	7	7	3
42.	2	-	5	1	2	5	0	0	8	9	8	1	2
43.	1	8	7	1	2	6	8	7	8	7	7	8	1
44.	1	10	10	1	1	6	9	10	10	10	10	10	1
45.	2	-	10	1	2	7	10	10	10	10	10	10	1
46.	1	6	5	1	2	6	0	7	9	0	0	7	1
47.	1	10	10	2	-	-	-	-	10	10	10	10	1
48.	1	7	10	1	2	10	9	9	5	5	10	7	1
49.	1	5	3	1	2	10	0	2	10	0	4	0	2
50.	1	7	7	1	2	8	5	6	8	7	8	8	1
51.	2	-	10	1	2	7	10	10	7	8	8	10	1
52.	1	5	1	1	2	4	0	0	5	5	5	3	2
53.	1	10	8	2	-	-	-	-	10	10	10	10	1
54.	1	8	9	1	2	7	6	8	10	8	8	9	1
55.	1	7	8	1	2	8	6	8	8	5	8	7	1
56.	1	-	10	1	2	7	9	9	8	8	8	9	1
57.	2	10	7	2	-	-	-	-	6	7	7	7	1
58.	1	-	10	1	1	10	8	8	10	10	10	10	1
59.	1	10	10	1	2	7	8	8	6	6	7	7	1

60.	2	7	7	1	2	8	7	7	6	6	7	8	1
61.	2	-	10	1	2	5	10	10	10	10	10	10	1
62.	2	-	9	1	2	5	7	6	7	7	8	8	3
63.	2	-	5	1	1	5	5	7	3	0	7	7	3
64.	1	-	9	1	21	9	7	7	8	6	6	9	1
65.	1	9	4	1	2	5	5	4	7	6	7	8	1
66.	1	5	8	1	1	3	7	7	9	8	9	9	1
67.	1	8	10	1	1	7	10	10	10	10	10	10	1
68.	2	10	5	1	1	5	1	1	8	7	7	7	1
69.	2	-	6	1	2	7	8	7	7	7	7	7	1
70.	1	6	5	1	2	7	8	4	8	5	4	7	1
71.	2	-	5	1	2	4	6	6	7	6	6	5	3
72.	2	-	10	1	2	7	5	10	10	5	5	10	1
73.	1	8	10	2	-	-	-	-	8	8	8	10	1
74.	2	-	9	1	2	7	6	0	9	7	7	9	1
75.	2	-	5	1	2	5	5	5	4	4	5	5	1
76.	2	-	8	1	1	7	6	6	8	7	7	8	1
77.	1	7	8	1	2	8	7	6	6	7	7	7	1
78.	1	9	9	1	1	8	9	7	10	7	7	10	1
79.	1	9	10	1	1	10	8	7	8	7	7	8	1
80.	1	8	9	2	-	-	-	-	8	10	7	7	1



VU

NANCY, le 16 JUIN 2003

Le Président de Thèse

Professeur H. LAMBERT

NANCY, le 25 AOÛT 2003

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 27 AOÛT 2003

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur C. BURLET

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le service d'accueil des urgences du CHU de Nancy est impliqué depuis plusieurs années dans une démarche qualité ayant pour objectif d'améliorer la satisfaction des usagers. Deux enquêtes de satisfaction ont été menées en 1997 et 1999 et ont montré que le degré de satisfaction était élevé. Celui-ci était positivement corrélé avec la qualité de la communication et de la transmission d'informations. Le but de cette nouvelle enquête était de rechercher une corrélation entre le degré de satisfaction, l'anxiété, le coping et le soutien informatif chez des patients admis au SAU pour un motif médical ou chirurgical. Les patients (au nombre de 80 classés selon l'âge et le sexe) répartis selon le motif de recours ont été comparés à l'aide de l'échelle d'anxiété de Spielberger, de l'Inventaire de Coping pour Situations Stressantes de Endler et Parker et d'un questionnaire de satisfaction inspiré des enquêtes précédentes. Les analyses statistiques montrent qu'il n'y a pas d'influence de l'anxiété et du coping sur la satisfaction générale des patients admis au SAU. Cependant, certains facteurs, en lien avec le soutien informatif, font apparaître un lien positif et significatif avec la satisfaction générale. Il en ressort, en effet, que la communication entre les soignants et le patient est un facteur primordial, contribuant à améliorer la satisfaction globale. Ces résultats amènent à poursuivre les actions d'amélioration de la qualité dans le domaine de la communication en privilégiant la transmission d'informations à toutes les étapes de la prise en charge des patients.

TITRE EN ANGLAIS

Evaluation of the anxiety, the coping and the informative support in patients admitted in the Emergency Department: study of correlation with the satisfaction.

THÈSE MÉDECINE GÉNÉRALE ANNÉE 2003

Evaluation de l'anxiété, du coping et du soutien informatif chez les patients admis aux urgences : étude de corrélation avec le degré de satisfaction.

MOTS CLÉS

Service d'Urgence - Anxiété - Coping - Information des patients - Satisfaction

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 - VANDOEUVRE LES NANCY Cedex