

Agence Régionale de Santé et Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

Pays de la Loire

Etude sur les attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé en Région Pays de la Loire

Rapport final - Janvier 2017



Building a better
working world

Sommaire

PREAMBULE	1
1. CONTEXTE	3
1.1. Caractéristiques populationnelles	4
1.2. Caractéristiques géographiques	5
1.3. Organisation de la prise en charge des urgences	6
2. PRESENTATION DE LA DEMARCHE	9
2.1. Analyse documentaire	10
2.2. Entretiens stratégiques	10
2.3. Enquêtes terrain	11
2.4. Focus Group	13
2.5. Comités de Pilotage	13
3. RESULTATS	14
3.1. Résultats de l'enquête	15
3.2. Focus Group	25
4. ENJEUX IDENTIFIES	28
4.1. Une augmentation inévitable du recours aux urgences	29
4.2. Des opportunités de changements des services d'urgence à exploiter	30
4.3. Une prise en compte des évolutions quantitatives et qualitatives et un travail de communication et d'informations à engager	31
4.4. Une prise en compte des populations spécifiques	31
5. ANNEXES	32

Préambule

La région Pays de la Loire représente 5,5% de la population française (3,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2014) et connaît un taux d'accroissement annuel moyen de +0,8 % sur la période 2008-2014 (0,5% au plan national). Les moins de 15 ans représentent 19% de la population régionale et les plus de 65 ans 18%.

Selon les prévisions de l'Insee, la région Pays de la Loire serait l'une des régions susceptibles de connaître une forte croissance dans les prochaines années¹.

La région Pays de la Loire est l'une des régions les moins inégalitaires en termes de différence de niveau de vie. Cependant, elle présente des disparités territoriales en matière de précarité. Certains territoires ruraux éloignés des agglomérations se caractérisent par une précarité plus marquée².

Ces évolutions ont fait émerger de nouveaux défis auxquels le système de santé doit répondre (i) afin de faire face aux inégalités territoriales, sociales et environnementales (ii) ; assurer l'accès aux services de santé de qualité et (iii) développer la coordination des parcours de santé et ce en plaçant l'utilisateur au cœur de la réflexion (iv)³.

Ces nouveaux défis doivent se conjuguer aux moyens actuels de la région notamment en prenant en compte les problématiques de démographie médicale et de contraintes économiques.

Dans ce contexte de mutation, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire ont souhaité réaliser une étude sur les attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé dans la région. En effet, les urgences sont au cœur du système en tant que réponse de proximité des besoins non programmés sur le territoire.

Contrairement aux projections du Projet Régional de Santé qui ambitionnait une stabilité du nombre de passages aux urgences entre 2012 et 2016, ces services ont poursuivi leur croissance d'activité (+3,7% par an entre 2004 et 2014). Les patients accordent une place particulière au service d'urgences dans leurs parcours de soins : ils y ont recours en cas d'extrême nécessité, mais également dans des situations cliniques moins urgentes, en ignorant les étapes d'un parcours de soins classiques ou en dernier recours pour compenser les difficultés d'accès aux soins de médecine générale.

Dès lors, dans une perspective régionale d'évolution de l'offre de soins (lancement des travaux du PRS), recueillir les attentes des usagers sur ce dispositif de soins central et plébiscité (18 millions de passages par an en France) s'avère indispensable.

¹ Observatoire Régional de Santé

² Insee

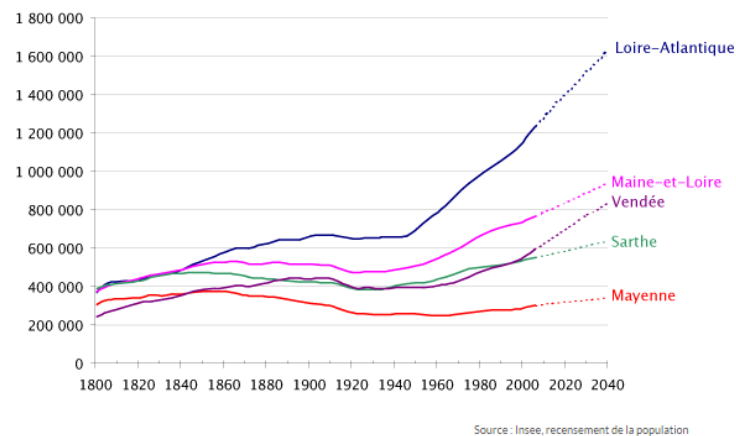
³ PRS 2012-2016

1. Contexte

1.1. Caractéristiques populationnelles

Depuis 15 ans, la région Pays de la Loire connaît une forte croissance démographique (+0,9% vs. 0,6% en France métropolitaine). Cette croissance s'explique d'une part grâce aux flux migratoires positifs et d'autre part grâce aux naissances. Cette croissance connaît cependant un ralentissement depuis 2008. Au sein de la région, des disparités entre les départements sont observées : la Loire Atlantique et la Vendée montrent une croissance plus dynamique que la Mayenne, la Sarthe et le Maine-et-Loire. Par ailleurs, l'espérance de vie est plus longue qu'au niveau national pour les deux sexes et participe de la croissance démographique.

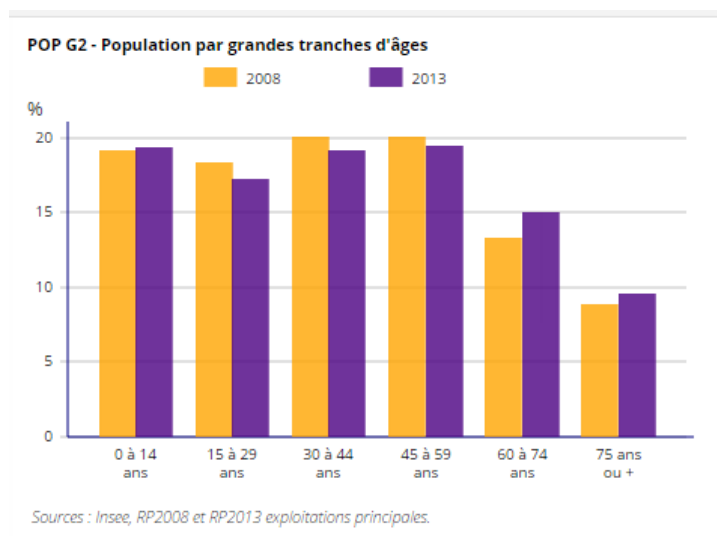
Graphique : Évolution de la population des Pays de la Loire par département dans leurs limites actuelles (1801-2040)



Source : Insee, recensement de la population

Malgré un indice de jeunesse⁴ plus élevé que la moyenne nationale à 1,04 pour 1,01 en France métropolitaine et un indice de vieillissement plus faible dans la région qu'en France, un vieillissement de la population s'observe entre 2008 et 2013. En effet la part des plus de 60 ans augmente alors que la part des moins de 60 ans diminue sur la période étudiée. Ce vieillissement de la population est un véritable enjeu pour l'organisation du système de soins, notamment pour les services d'urgence.

Les indicateurs en termes de pauvreté sont relativement favorables dans la région, néanmoins il existe des disparités territoriales. Le taux de pauvreté est 2 points en dessous de la moyenne nationale tout comme le taux de chômage (2009).



Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales.

⁴ Part des moins de 20 ans sur la part des 60 ans et plus

Les territoires de Saumur et Saint Nazaire montrent des signes de précarité plus marqués que les autres territoires. De plus, la pauvreté semble plus élevée dans les agglomérations importantes que dans les autres territoires cela pouvant notamment s'expliquer par la forte hétérogénéité de la population de ces agglomérations.

Indicateur	Pays de la Loire	France métropolitaine
Population (en milliers, au 1 ^{er} janvier 2009)	3 538	62 474
Indice de vieillissement (nombre de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 ans ou moins, en 2007)	66,4	67,4
Population vivant dans les grands pôles urbains (en %, en 2008)	43,3	58,8
Part des ménages dont la personne de référence est employé ou ouvrier (en %, en 2007)	51,1	48
Niveau de vie médian par unité de consommation (en euros, en 2009)	18 668	19 074
Rapport interdécile des niveaux de vie (en 2009)	2,9	3,4
Taux de pauvreté (en %, en 2009)	11,2	13,5
Intensité de la pauvreté (en %, en 2009)	16,8	19,1
Taux de chômage localisé (en %, au 2 ^e trimestre 2011)	7,8	9,1
Part des ménages logés en parc locatif social (en %, au 1 ^{er} janvier 2010)	13,6	16,8
Nombre de demandes DALO (Droit au logement opposable) déposées (en moyenne par an, de 2008 à 2010)	2 393	n.d.

Sources : Insee, estimations de population en 2009 - recensements de la population 2007 et 2008 - revenus disponibles localisés 2009 - taux de chômage localisés ; SoeS/Dreal, enquête parc locatif social 2010 - demandes DALO.
n.d. : non disponible

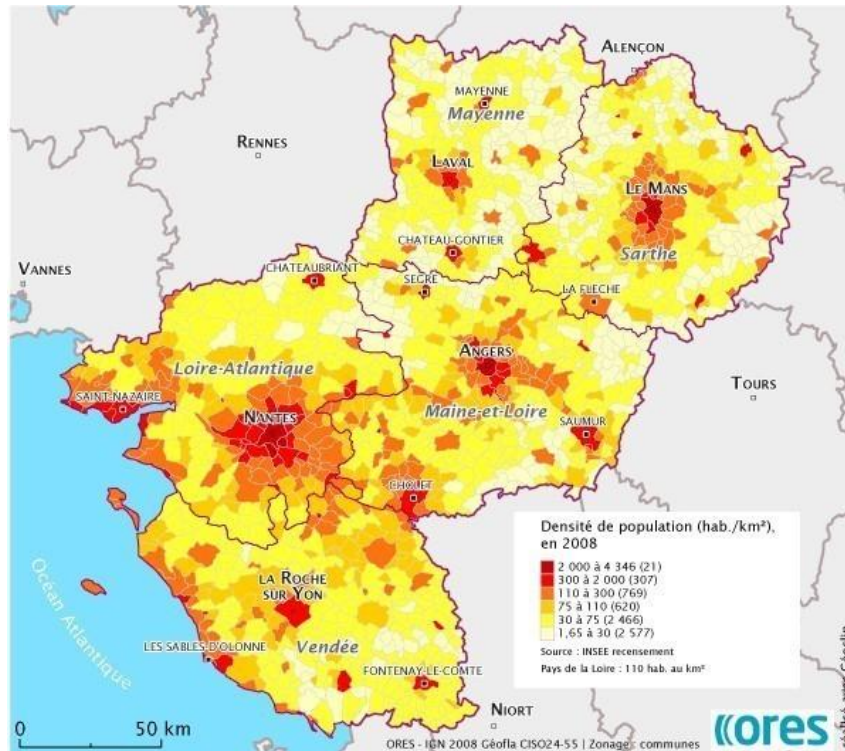
1.2. Caractéristiques géographiques

La population de la région Pays de la Loire s'organise autour de sept grands pôles urbains. Le territoire se caractérise par de fortes polarisations et des zones géographiques présentant des dynamiques très différentes. 50% de la population ligériennes se concentre sur 10% du territoire régional.

Cette inégale occupation se répercute sur le recours aux services d'urgence : toutes les grandes villes de la région offrent un accès rapide aux soins, tandis que dans les parties plus rurales de la région l'accès au service est moins aisé. A titre d'illustration, en Mayenne et en Sarthe, seuls 49,9% et 54,4% des habitants ont accès à un médecin généralistes dans leur zone d'habitation. Dans les situations extrêmes, les services d'urgences peuvent constituer le seul dispositif d'accès aux soins.

Aussi, les difficultés d'accès aux soins peuvent entraîner le renoncement à la prévention et aux soins ce qui favorisent l'apparition de situations d'urgence.

Densité de population en Pays de la Loire (2008)



Comme illustré sur la carte, la région présente des zones faiblement peuplées. Ces zones rurales connaissent un isolement social marqué, tout comme certaines zones de précarité en milieu urbain. Dans ces zones précaires, l'accès aux services d'urgence peut être privilégié par rapport à la médecine de ville compte tenu de l'absence d'avance de frais.

1.3. Organisation de la prise en charge des urgences

1.3.1. Organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

Comme prévu par les textes, l'ARS a la responsabilité d'organiser la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) sur son territoire et a arrêté à cette fin un cahier des charges.

Le schéma cible retenu s'appuie sur les principes suivants :

- la mise en place d'un système d'information adapté aux besoins des organisations départementales de PDSA,
- le renforcement de la régulation médicale des appels, comme premier niveau de réponse aux demandes de soins non programmés hors Aide médicale urgente,
- une réorganisation des secteurs de garde autour de points fixes de consultation,
- l'amélioration de l'articulation entre la permanence des soins en médecine générale et les autres systèmes de garde (pharmaceutique, odontologie, kinésithérapie, ambulancière).

Les Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins organisent les services de garde des médecins libéraux.

Concernant les autres réponses à la demande de soins urgents, la région présente les caractéristiques suivantes :

- La Loire Atlantique est le seul département à disposer d'un SOS Médecins (sur Nantes et Saint Nazaire)
- La répartition des Maisons Médicales de Garde sur le territoire est très inégale : alors qu'il y en a 13 sur la zone d'Angers, il n'y en a qu'une dans la zone de Baillleul (Pôle Santé Sarthe et Loir)

- La saisonnalité joue également un rôle dans la permanence des soins : deux maisons médicales de garde n'ouvrent que l'été.

Répartition des solutions alternatives aux urgences en Pays de la Loire



1.3.2. Organisation des urgences hospitalières

Le territoire ligérien dispose de 24 services d'urgences : 19 établissements de santé publics et 5 établissements privés.

Le territoire régional apparaît de ce fait bien couvert.

Le taux de recours aux structures hospitalières d'urgence dans les Pays de la Loire est le plus faible en France. Seul dans les zones où le maillage est faible, le taux de recours est plus élevé que la moyenne française : en Mayenne, en Sarthe et en Vendée. Le taux de recours est en moyenne de 220 passages pour 1000 habitants en France, ce taux est de 200 en Pays de la Loire (Source : *Rapport Cour des Comptes 2014 « Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser »*).

Toutes les grandes villes de la région offrent un accès rapide aux soins, cependant en périphérie et dans les territoires plus ruraux tels que la Mayenne et la Sarthe, l'accès aux services de soins est moins aisé.

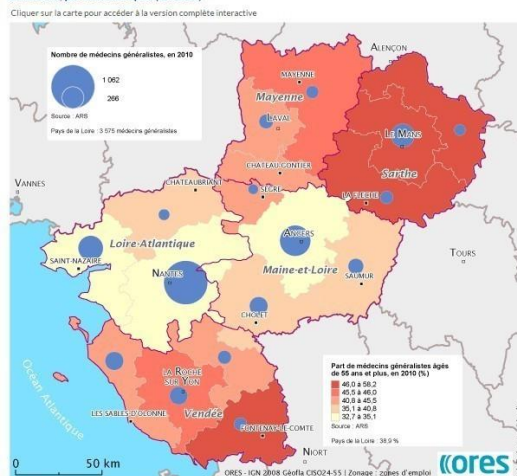
En effet, le taux de recours aux urgences y est le plus élevé compte tenu des difficultés d'accès à la médecine de ville (généralistes ou spécialistes).

1.3.1. Une médecine de ville fortement touchée par la désertification médicale

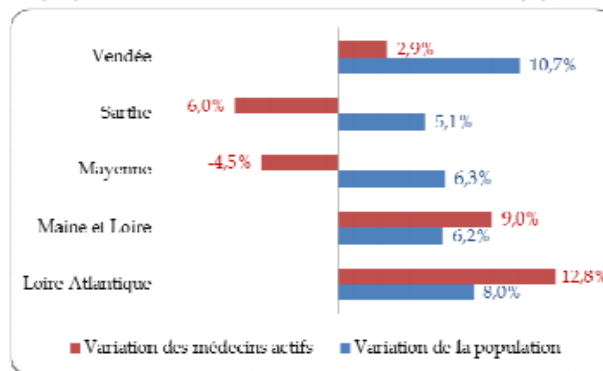
Comme d'autres territoires en France, la région Pays de la Loire doit faire face à la problématique de la désertification médicale dans certaines zones rurales. Cette problématique est amplifiée par le vieillissement marqué de la population dans ces zones (voir précédemment).

Plus de 46% des médecins généralistes en Sarthe et dans le sud de la Vendée ont plus de 55 ans, pour une moyenne en France métropolitaine de 39,9%. La Sarthe et la Mayenne enregistrent d'autre part une baisse du nombre de médecins généralistes inscrits entre 2007 et 2016. Seul le département de la Loire Atlantique enregistre une évolution positive pour la démographie médicale : l'évolution du nombre de médecin inscrit augmente plus vite que l'évolution de la population.

Carte : Distribution du nombre de médecins généralistes et part de ceux âgés de 55 ans et plus en Pays de la Loire, par zone d'emploi (en 2010)



Graphique n°106 : Variations 2007-2016 des inscrits et de la population

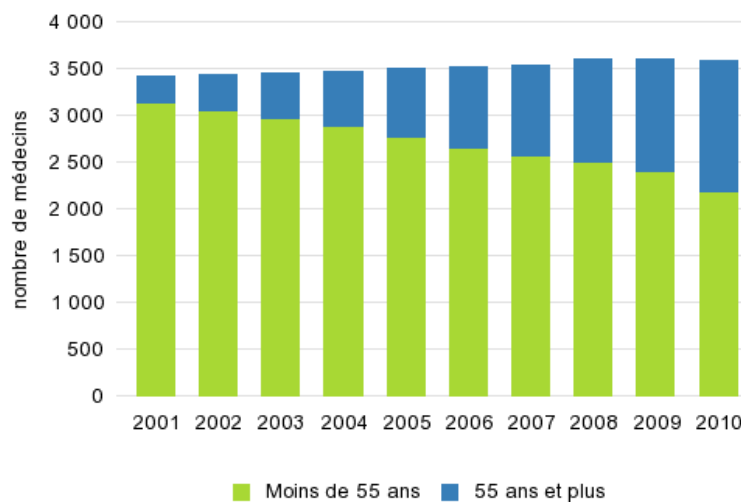


Source: Atlas de la démographie médicale 2016;

Conseil National des Médecins

Ce graphique montre l'évolution du nombre de médecins de plus de 55 ans augmente fortement sur les 15 dernières années.

Graphique : Évolution du nombre de médecins généralistes par tranches d'âges (moins de 55 ans / 55 ans et plus), en Pays de la Loire



Source : ARS Pays de la Loire

2. Présentation de la démarche

La démarche a été organisée en différentes phases : l'analyse documentaire, les entretiens stratégiques, les enquêtes terrains, les focus groupe et l'organisation de trois comités de pilotage tout au long de la mission. Ces différentes étapes sont détaillées ci-dessous.

2.1. Analyse documentaire

La première étape d'analyse documentaire a permis de disposer en amont des enquêtes usagers d'une première vision du territoire et des établissements : caractéristiques de la population, organisation de la prise en charge des urgences, organisation de la permanence des soins ambulatoires.

Les principaux documents étudiés sont les suivants :

1. les rapports de portée nationale (Cour des comptes, Ministère de la Santé [DREES], Rapport Grall, etc...), qui permettent d'apprécier l'organisation des filières d'urgences et l'articulation globale des acteurs ;
2. les documents régionaux ou départementaux (SROS, PRS, rapports ADOPS, synthèse régionale CRUQPC) transmis par l'ARS, qui permettent d'apprécier la territorialisation des activités d'urgences et la description de certaines organisations ;
3. les documents chiffrés relatifs au flux d'urgences sur le Territoire, permettant de réaliser différentes analyses pour justifier les données déclaratives
4. les informations issues des établissements (livret accueil, etc.)
5. les enquêtes de satisfaction déjà réalisées par les établissements de santé, les associations des usagers ou l'ARS pour mettre en exergue les premières causes d'insatisfaction

2.2. Entretiens stratégiques

Ces entretiens ont été réalisés en amont de la phase d'enquête sur site afin de pouvoir élaborer le questionnaire de satisfaction en disposant d'une bonne vision sur les problématiques existantes. En effet, ces échanges ont permis de cibler les questions notamment sur les contraintes existantes des différents territoires ainsi que l'organisation de l'amont et de l'aval des services d'urgences.

D'une durée d'une heure environ, les entretiens ont été réalisés individuellement ou en groupe (notamment pour les représentants des usagers). Dans la mesure du possible, des rencontres physiques ont été organisées avec les professionnels de santé des établissements. Des entretiens téléphoniques sont venus compléter ces premiers témoignages.

L'objectif des entretiens avec les chefs de service était de dresser le panorama de la typologie des urgences sur le territoire et d'identifier les principales difficultés rencontrées par les acteurs. De plus, ces rencontres ont permis d'identifier les projets et démarches déjà engagés dans chacun des établissements, visant à améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

Les entretiens avec les représentants des usagers ont permis d'identifier les premiers constats sur le fonctionnement des urgences et les éléments de satisfaction et d'insatisfaction des usagers (temps d'attente, qualité de la prise en charge, orientation suite au passage dans le service des urgences).

2.3. Enquêtes terrain

Cette enquête a été réalisée dans 8 établissements de la région tant publics que privés :

1. CHU de Nantes : urgences adulte et pédiatrique,
2. CH Le Mans: urgences adulte et pédiatrique,
3. CH Cholet,
4. CH Laval,
5. Pôle Santé Sarthe et Loir
6. CH Côte de Lumière,
7. Clinique St Charles
8. Clinique de l'Anjou



Suite à l'analyse documentaire et aux différents entretiens, un questionnaire patient adapté au territoire a été formalisé. Ce questionnaire porte sur les observations, attentes et les besoins des usagers, notamment autour des points suivants :

1. Le mode d'arrivée des patients aux urgences (arrivée autonome ; arrivée sur conseil du médecin de ville ; arrivée en ambulance ; ...)
2. Le délai d'attente, entre l'arrivée et la première prise en charge ainsi que sur la durée globale de la prise en charge
3. La qualité de l'accueil et des informations transmises;
4. Les conditions de prises en charge en aval des urgences (retour à domicile et orientation vers un service d'urgence)
5. La qualité de la prise en charge au sein du service
6. La confidentialité et la qualité de l'accueil à l'entrée du service

Deux questions ont été ajoutées :

1. La volonté du patient interrogé de participer aux Focus Group organisé à l'automne 2016 ;
2. La qualité de la prise en charge et la pertinence de l'orientation pour trois populations spécifiques : psychiatrie, gériatrie et pédiatrie.

Le questionnaire a été validé par les membres du Comité de Pilotage avant la première vague d'enquête. Vous pouvez trouver ce questionnaire en annexe du rapport.

Les objectifs de ce questionnaire étaient de recueillir pour chaque patient interrogé les informations suivantes :

- Données générales sur le patient : âge, sexe, lieu d'habitation par rapport au service d'urgence, fréquence de recours aux urgences (questions 1 à 6)
- Connaissance par le patient de l'offre de soins disponible sur le territoire de proximité du service d'urgence. L'objectif était d'appréhender les choix opérés par le patient au sein de cette offre dans les situations vécues, ressenties comme urgentes (questions 7 à 12)
- Eléments de satisfaction ou d'insatisfaction dans la prise en charge actuelle (jour de l'enquête) (questions 13, 17, 18, 19, 20 et 22). Sachant que dans ce domaine d'analyse, nous avons testé la qualité de :
 - o Les conditions d'accueil physique, d'attente et de prise en charge (question 13)
 - o L'attention portée aux patients, à sa famille ou son accompagnant (question 17)
 - o L'information donnée au cours de la prise en charge, ainsi qu'à la sortie du service des urgences (questions 18, 19 et 20)
 - o La satisfaction globale (question 22)
- Le temps d'attente (questions 14 à 16)

En parallèle du questionnaire destiné aux patients, un fascicule expliquant les principes et objectifs de l'enquête a été élaboré. Ce fascicule distribué avec le questionnaire permettait de sensibiliser les patients à la démarche en leur présentant le cadre de l'intervention et la méthodologie suivie.

Les enquêtes se sont déroulées sur un ou deux jours avec un ou deux enquêteurs selon la taille de l'établissement et la présence ou non d'un service d'urgence pédiatrique.

La journée d'enquête dans les différents établissements a suivi systématiquement le même déroulé :

1. Sensibilisation des équipes soignantes et médicales, et plus particulièrement de l'infirmière d'accueil qui est en charge de distribuer le questionnaire aux patients qui arrivent ;
2. Identification avec le cadre du service les patients hospitalisés la veille (dans les services et en UHCD) afin de pouvoir soumettre à ces patients notre questionnaire;
3. Suite à ce tour dans les services, retour dans le service d'urgence pour récupérer les questionnaires auprès des patients qui sortent et aller sensibiliser les patients dans la salle d'attente. Quand cela était possible, il était pertinent d'initier les réponses avec eux pour qu'ils en aient moins à remplir seuls ensuite. Sans une sollicitation régulière de l'enquêteur auprès des patients, il était très compliqué de récupérer les questionnaires complétés. Au global, le taux de retour a été plutôt bon dans la plupart des établissements (voir tableau en annexe).
4. Quand cela était possible, l'enquêteur retournait dans les services de l'hôpital pour aller voir les patients hospitalisés durant la journée.

2.4. Focus Group

Deux focus group ont été organisés au Mans et à Nantes au mois de décembre. Ces groupes de travail animé par EY ont permis de rassembler une dizaine d'usagers et représentants d'usagers. Ces focus group avaient pour objectif de mettre en perspective les résultats de l'étude avec le retour d'expériences d'usagers et de représentants des usagers.

L'échange a été structuré de la manière suivante :

1. Retour d'expérience des participants ;
2. Présentation des points saillants de l'enquête ;
3. Echange sur les écueils identifiés dans le système des urgences : tant en amont de la prise en charge que pendant et après le passage aux urgences

2.5. Comités de Pilotage

Trois comités de pilotage ont été organisés les 29 juin, 8 septembre et 7 novembre 2016.

Le premier a permis de présenter les premières analyses tirées de la revue documentaire et des entretiens stratégiques effectués en juin 2016. Aussi, EY a pu présenter une première proposition de questionnaire que les membres de ce comité ont pu discuter et modifier.

Lors du deuxième comité de pilotage, EY a présenté les premiers résultats de l'enquête (à date, l'enquête avait été effectuée dans trois établissements). Cet échange a également permis d'ajuster le questionnaire suite aux premiers retours d'expérience.

Le troisième a permis de présenter les résultats de l'enquête réalisée dans les 8 établissements ciblés.

3. Résultats

L'enquête a été réalisée au sein des 8 établissements durant le 3^{ème} trimestre 2016.

517 patients ont participé.

Nous vous présenterons dans un premier temps les principaux résultats en repartant de la structure du questionnaire utilisé, à savoir :

- Données générales sur le patient et surtout la fréquence de recours aux urgences
- Connaissance par le patient de l'offre de soins disponible et ses motivations de recours au service d'urgence
- Le temps d'attente
- Eléments de satisfaction ou d'insatisfaction dans la prise en charge actuelle

Dans un deuxième temps, une restitution des focus group sera proposée.

Il est nécessaire de prendre en compte la saisonnalité de l'enquête, dans l'interprétation des résultats ci-dessous. En effet, les entretiens ont été réalisés en période « normale » d'activité, c'est-à-dire en dehors des pics épidémiques hivernaux notamment (grippes, infections ORL, bronchiolites, ...). Ce point méthodologique a vraisemblablement un impact sur l'attente aux urgences, les tensions avec les équipes de soins, ...

Il y a une exception, aux Sables d'Olonne, où l'enquête a été réalisée durant le week-end du 14 juillet, période estivale de forte densité de population. Cela se traduit d'ailleurs par le taux d'usagers n'habitant pas dans les environs le plus élevé (environ 50%).

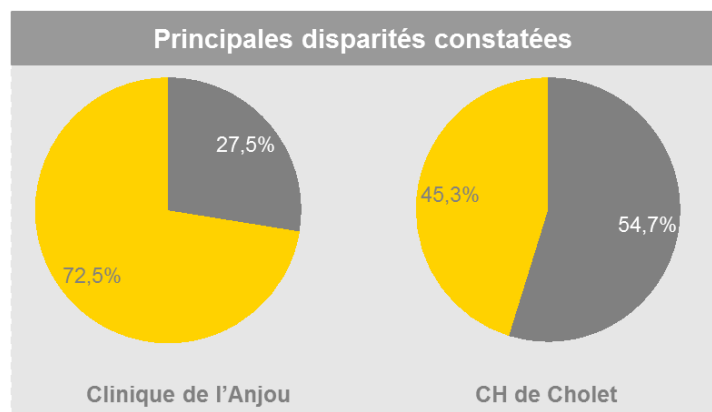
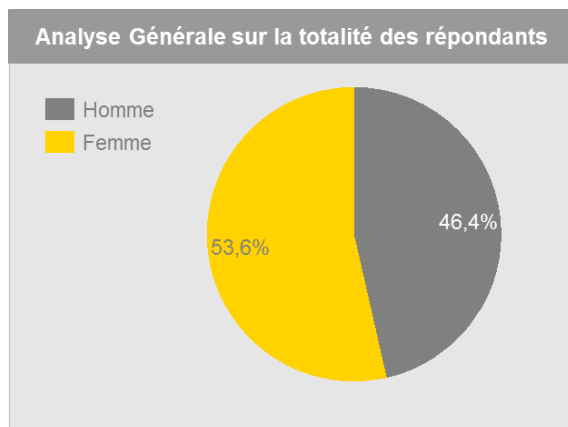
3.1. Résultats de l'enquête

3.1.1. Données générales sur la population de l'étude et son recours au service d'urgences

Une population jeune

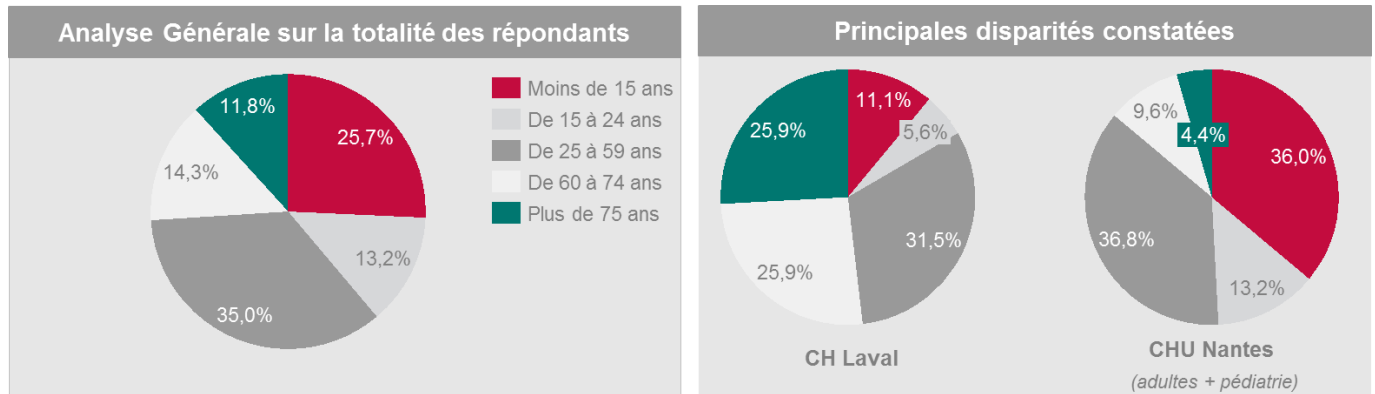
La population ayant participé à cette enquête est majoritairement masculine, contrairement à la population générale en France qui est féminine à 51,5% (Source : Insee au 1^{er} janvier 2016).

La situation est assez variable en fonction des sites hospitaliers, avec des établissements comme Cholet plus proche de la moyenne nationale.



Les moins de 15 ans représentent un quart des patients interrogés soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (20%). Cette proportion peut s'expliquer par une sur-représentation des services d'urgences pédiatriques dans notre échantillon (2 services [CH Le Mans et CHU Nantes] sur 8).

La part des plus de 75 ans est très variable selon les établissements : entre 2% et 26% (10% en moyenne nationale).



Ces données corroborent l'étude de la Drees élaborée en juin 2013 intitulée « Enquête sur les structures des urgences hospitalières », qui montrait que les patients arrivant aux urgences en région Pays de la Loire ou les chiffres de l'ORU PdL sur le premier trimestre 2016 ci-dessous.

Etablissements	Part des - 18 ans	Part des 18-75 ans	Part des + 75 ans
CH Côte de Lumière	20,5%	54,5%	25%
Clinique St Charles	25%	67%	8%
CHIC Pôle Santé Sarthe Et Loire	27%	55%	18%
Clinique de l'Anjou	29%	58%	13%
CH Cholet	34%	52%	14%
CH Le Mans	36%	49%	15%
CHU Nantes	34%	55%	11%
CH Laval	35%	51%	14%

Source: ORU, chiffres 1^{er} trimestre 2016

75% des patients interrogés dans cette enquête étaient déjà venus aux urgences et pour un tiers d'entre eux trois fois ou plus.

Ces résultats montrent la facilité d'accès au service des urgences, la confiance dans cette structure et dans la qualité de ces équipes. Il s'agit peut-être également du sentiment réel ou non d'une absence d'alternative sur le territoire en termes de réponse aux besoins de soins urgents et semi-urgents de la population.

Ce sont ces éléments que nous avons recherchés dans la suite de notre étude.

3.1.2. Recours aux services d'urgence et connaissance de l'offre de soins

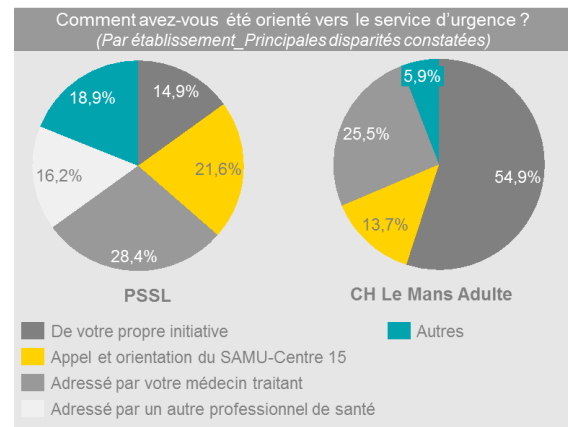
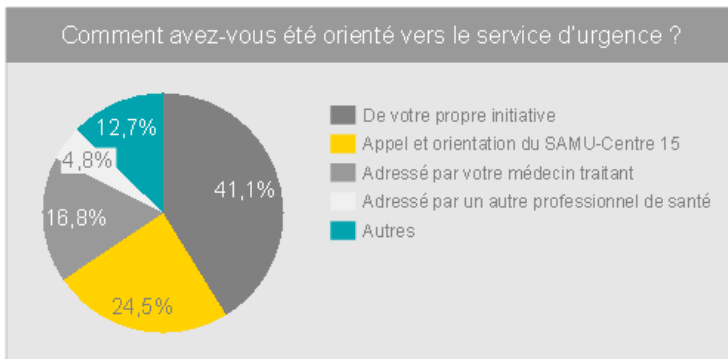
3.1.2.1. Des patients qui viennent de leur propre initiative ...

Considérant l'ensemble des établissements, la majeure partie des patients sont arrivés aux urgences de leur propre initiative (41% des répondants). Au CH Le Mans (secteur adulte), cette proportion monte jusqu'à 55%.

Moins d'un quart des patients arrivent aux urgences à la suite d'un appel au SAMU-centre 15. Pour les 2 établissements privés, ce taux baisse à 2,1% et 4,2%, respectivement pour les cliniques St Charles et de l'Anjou.

L'adressage par le médecin traitant représente 16,8% des orientations au niveau global. Ce taux monte à plus de 28% pour le PSSL.

Finalement, les 12,7% « Autres » correspondent aux adressages par les pompiers (7%), par l'école (1,2%), par les proches ou par l'entreprise



Le Pôle Santé Sarthe et Loir présente une certaine homogénéité des différents modes d'adressage des patients. En revanche, les urgences du Mans (adulte) accueillent 50% des patients adressés par leur médecin traitant.

3.1.2.2. ... dans le service d'urgence le plus proche...

Les raisons de choix de l'établissement peuvent être multiples : proximité de l'établissement, qualité de la prise en charge ou suivi patient.

Au regard des résultats observés dans l'ensemble des établissements, 48,4% des patients choisissent le service d'urgence pour sa proximité géographique. La qualité de la prise en charge (16,4%) représente le 2^{ème} motif du choix de l'établissement.

Le fait d'être « connu » de la structure pour un suivi médical constitue la 3^{ème} raison du choix de l'établissement (14,8%).

On observe une grande hétérogénéité de résultats entre les établissements de notre étude.

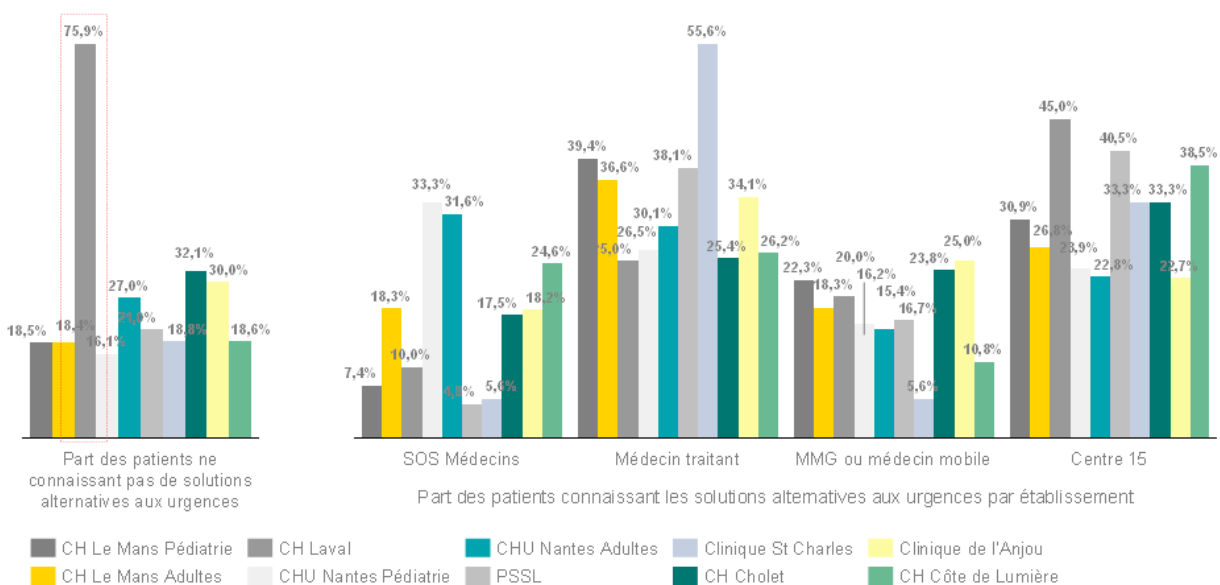
La qualité de la prise en charge est la première raison dans la Clinique St Charles (57,9%), tandis que la proximité du service d'urgence apparaît comme le motif prépondérant pour les patients du PSSL.

3.1.2.3. ... Pour des soins ou une prise en charge qui ne justifient pas d'autres dispositifs

70% des patients interrogés connaissent des alternatives au service des urgences. Le médecin traitant et le SAMU-Centre 15 sont les alternatives les plus fréquemment évoquées : respectivement 28% et 24% des patients.

En étudiant les résultats par établissement, on observe le positionnement très particulier du CH de Laval. Les patients interrogés à la sortie des urgences de cet établissement ne semblent pas connaître les solutions alternatives aux urgences (76% d'entre eux).

Les patients de l'agglomération Nantaise paraissent les plus informés des solutions alternatives de leur région suivis de près par les habitants du Mans



Les principales raisons évoquées sont les suivantes :

- L'indisponibilité du médecin traitant :
 - o Pour les patients disposant d'un médecin traitant : saturation de celui-ci et impossibilité de bénéficier d'un rendez-vous rapide
 - o Pour les autres patients : difficulté de trouver et de déclarer un médecin traitant du fait de la baisse de la démographie médicale (départ de médecins qui ne sont pas remplacés) et saturation de ceux qui restent (cf ci-dessus)
- L'urgence ressentie et/ou la nécessité d'avoir une réponse rapide à un problème de santé amènent le patient à recourir directement aux urgences
- La conviction que le problème de santé nécessite un avis spécialisé et/ou des examens complémentaires (imagerie prioritairement) qui ne trouveront une réponse rapide qu'aux urgences (par ex la traumatologie)

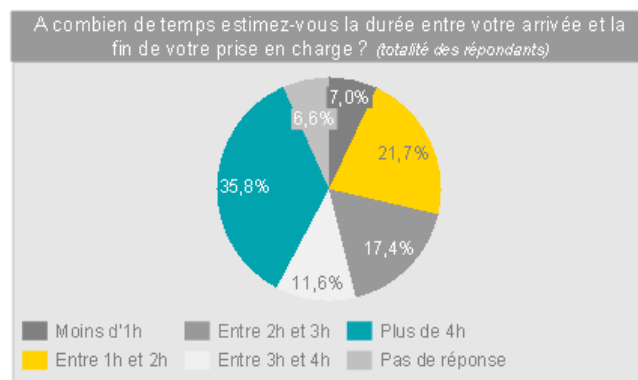
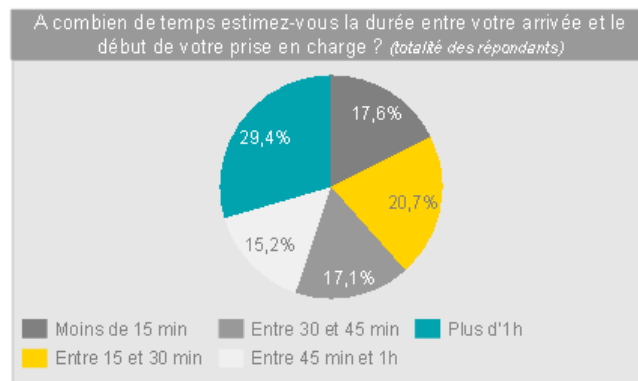
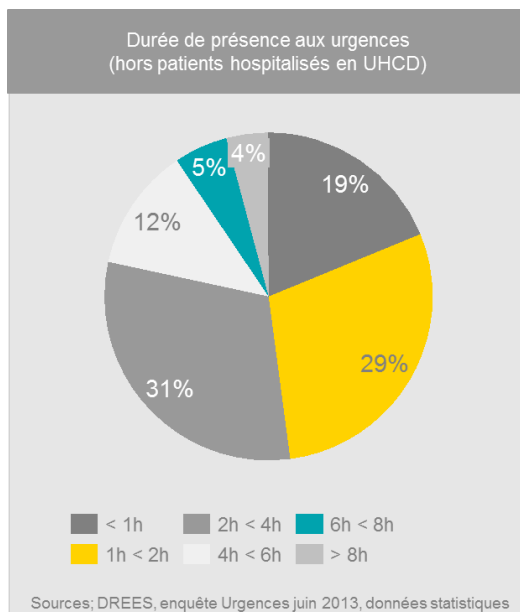
Il existe enfin une dernière situation parmi les patients rencontrés : ceux qui n'ont pas eu le « choix » de se rendre aux urgences car amenés par les pompiers et/ou un autre transport sanitaire et ceux adressés par leur employeur (accident du travail) ou par leur établissement de formation scolaire ou universitaire (collège, lycée, faculté, ...).

3.1.3. L'attente aux urgences

Dans notre étude, près de 40% des patients sont restés plus de 4h aux urgences et seulement 7% moins de 1 heure.

Le temps d'attente entre l'arrivée et le début de la prise en charge reste relativement court, puisque pour 70% des patients interrogés ont attendu moins d'une heure.

Ces 2 phénomènes suggèrent que les durées longues de prise en charge aux urgences sont liées non pas à la prise en charge clinique en elle-même, mais à l'attente de la réalisation d'examens complémentaires (biologiques, mais essentiellement radiologiques) et à la transmission des résultats. La méthodologie utilisée ne nous a cependant pas permis de confirmer cette hypothèse.



Parmi les situations atypiques retrouvées dans nos travaux, citons le CH Côte de Lumière dans lequel 75% des patients pris en charge ont eu une durée de passage de plus de 4h. Dans le CH de Laval, ce taux est de 66,7% et dans le CH du Mans de 58%. En revanche, seuls 11,5% des patients arrivés au service d'urgence pédiatrique du Mans sont restés plus de 4h dans le service.

Remarques :

CH Côte de Lumière : nous avons réalisé l'enquête au mois de juillet, période estivale de forte activité pour cet établissement du littoral. Malgré une adaptation organisationnelle sur cette période (augmentation du personnel médical et soignant en journée), il est vraisemblable que le pic d'activité ait été trop important.

Inversement, l'enquête dans les services d'urgences pédiatriques a été réalisée au mois d'octobre, donc hors période du pic épidémique hivernal (Bronchiolite, grippe, pathologies ORL, GEA, ...). Bien que l'activité ait été soutenue lors de notre présence sur site, nous ne nous trouvons pas dans une situation de forte tension.

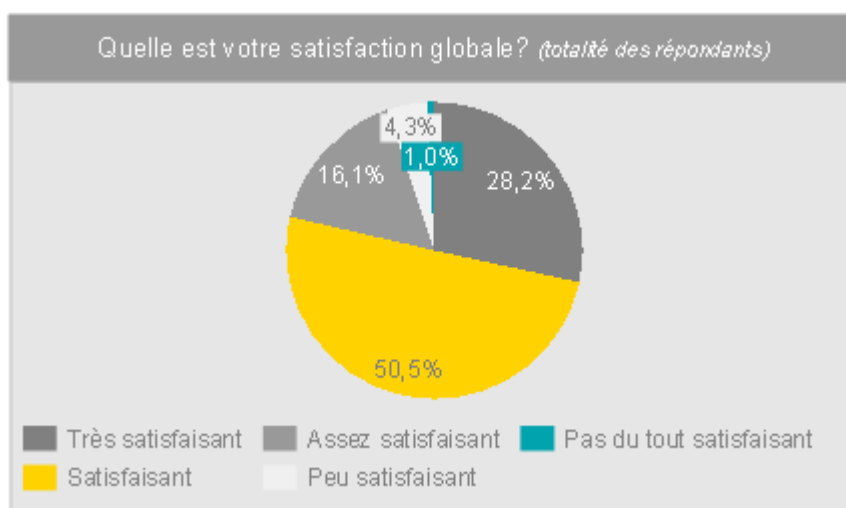
3.1.4. Les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction

3.1.4.1. Une satisfaction globale convenable

78,2% du panel total se déclarent satisfaits et très satisfaits de leur prise en charge dans sa globalité.

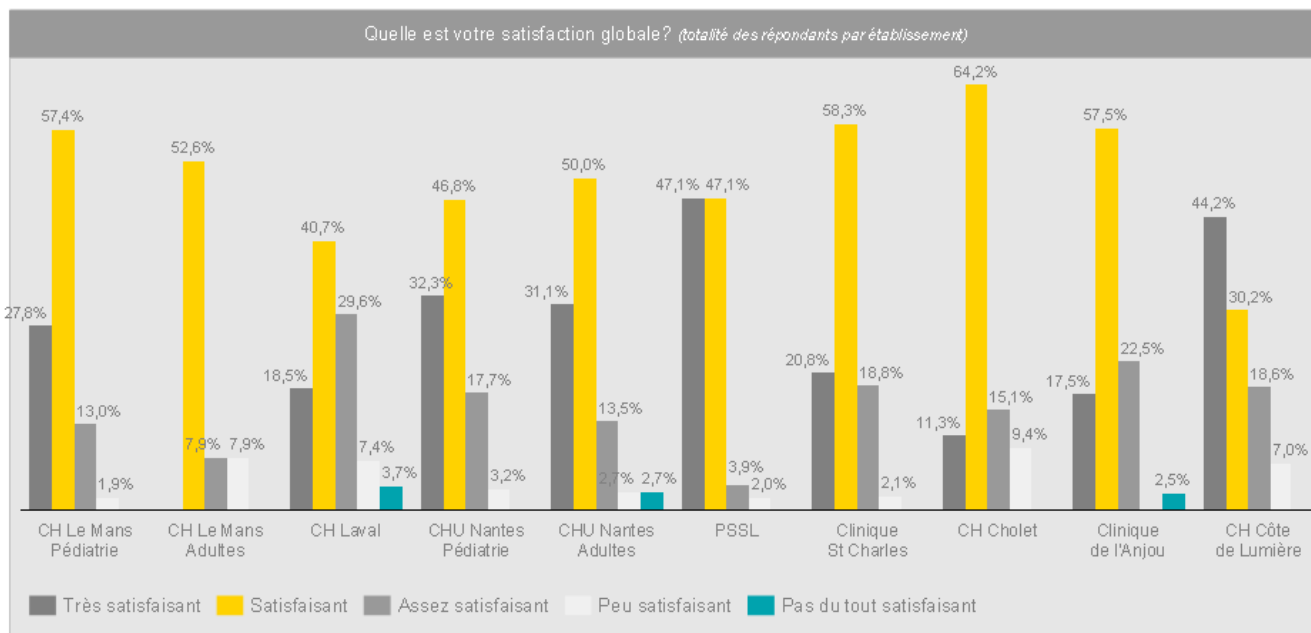
Seulement 5,3% d'entre eux sont peu ou pas satisfaits.

« Tout s'est bien passé », « C'est la première fois dans un service d'urgence et je suis bien tombée ! », « Vraiment très bien, personnel à l'écoute et j'ai été bien entouré »...



La satisfaction des usagers varie d'un établissement à l'autre et peut monter jusque 85% (notamment dans le service d'urgence pédiatrique du Mans). De manière générale, les patients semblent donc satisfaits de leur prise en charge.

En définitive, les situations d'insatisfaction majeure (« Pas satisfaits du tout ») ne concernent que 5 patients sur les 517 interrogés, pris en charge sur 3 établissements de notre panel.



3.1.4.2. L'accueil, l'attention et l'écoute des équipes médicales et soignantes sont reconnus

Les personnes rencontrées ont été interrogées sur les 4 sujets suivants :

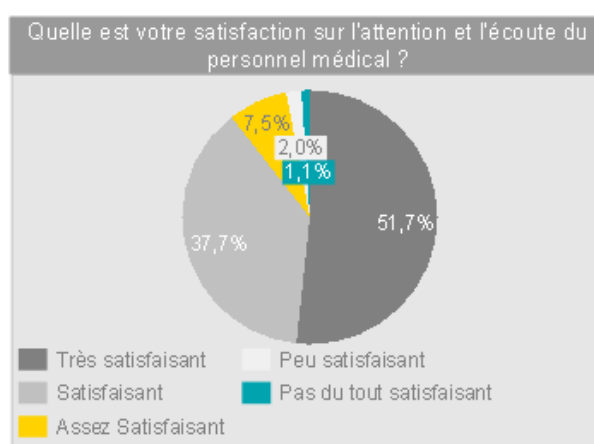
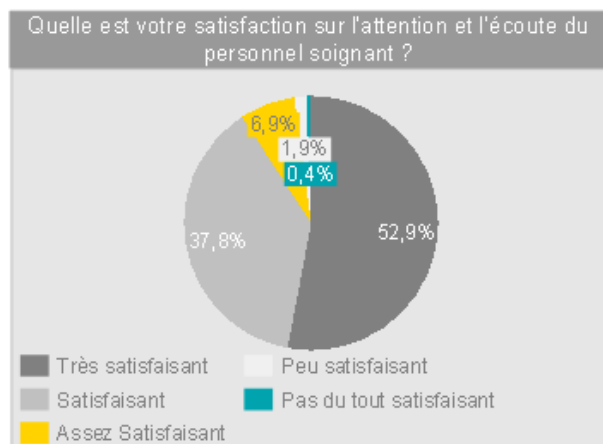
- L'accueil du premier soignant (Infirmière d'accueil et d'orientation, par exemple)
- L'accueil et la disponibilité du personnel administratif des urgences
- L'attention et l'écoute du personnel soignant
- L'attention et l'écoute du médecin urgentiste

Sur ces items, la satisfaction recueillie est de l'ordre de 90%, avec plus d'un patient sur deux qui se déclare très satisfait.

Verbatim

« Un très bon accompagnement », « Personnel très à l'écoute », « Personnel très sympathique », « Ils sont très compréhensifs », « Merci pour votre patience et gentillesse »...

Que ce soit le personnel soignant ou le personnel médical, la satisfaction est très bonne sur l'ensemble des établissements : 90,7% de satisfaits concernant l'attention et l'écoute du personnel soignant et 89,4% de satisfait concernant le personnel médical. Seulement 7 patients sur les deux items ne se déclarent pas satisfaits du tout (1,3%).



Cette satisfaction s'accompagne également de réactions empathiques des patients du point de vue des ressources en personnel et des conditions de travail : « *Beaucoup trop à gérer pour une seule personne* », « *Manque de personnel, ils sont débordés et fatigués* », « *Personnel à bout de nerf* », « *Manque criant de personnel* » ...

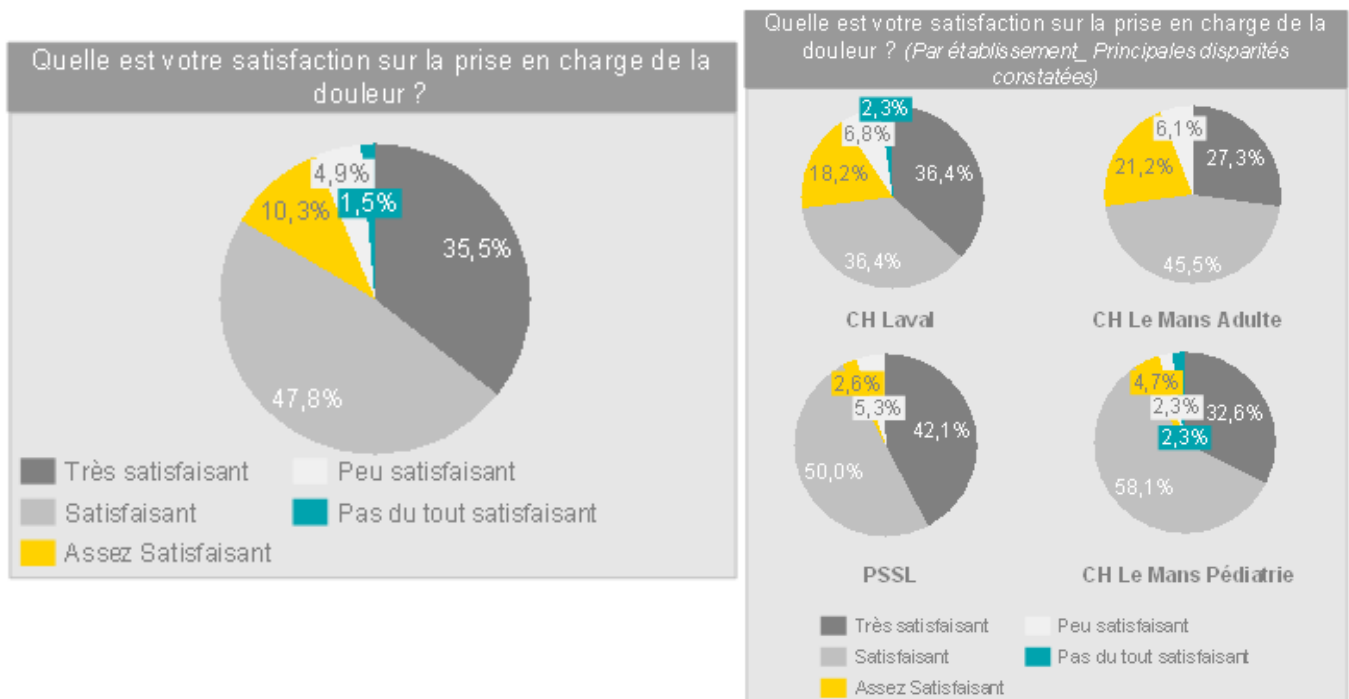
3.1.4.3. Une attention réservée aux proches, un respect de l'intimité et une prise en charge de la douleur perfectibles

Prise en charge de la douleur

Au regard des résultats de l'enquête, la prise en charge de la douleur apparaît comme une réelle priorité pour les équipes de soins avec de l'ordre de 83% de patients satisfaits ou très satisfaits. 7% des patients (26 parmi l'ensemble des répondants) se déclarent peu ou pas satisfaits de la prise en charge de la douleur au cours de leur séjour aux urgences. Des marges d'amélioration peuvent donc être envisagées.

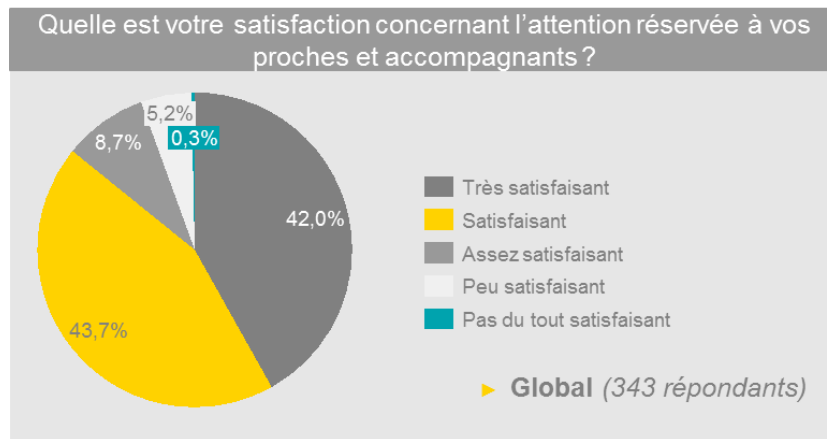
Les résultats par établissement sont relativement hétérogènes : alors que le service des urgences pédiatriques du Mans enregistre plus de 90% de patients satisfaits, le service adulte du même établissement n'enregistre que 72% de patients satisfaits.

L'analyse de la satisfaction de la prise en charge de la douleur est globale et ne distingue pas le **déla**i de prise en compte de la douleur et la **prise en charge elle-même**. Un travail complémentaire pourrait préciser ce point.



Attention aux proches et aux accompagnants

Si l'attention réservée aux proches ou aux accompagnants est globalement satisfaisant avec 85% des patients satisfaits ou très satisfaits, on observe des services d'urgence dans lesquels ce sujet pourrait constituer un enjeu d'évolution (CH Cholet avec 14% de situations non satisfaisantes).



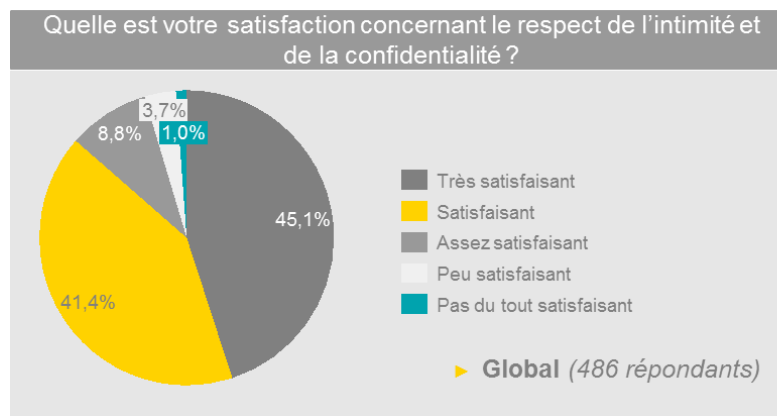
Intimité

Malgré une forte satisfaction (plus de 85%) des patients concernant la propreté et le confort des salles d'examen, certains axes d'améliorations sont attendus.

Le respect de l'intimité et de la confidentialité (tout au long du passage dans le service) est globalement satisfaisant mais perfectible, notamment dans quelques établissements (CH de Laval : près de 17% de patients non satisfaits) : « *Box ouvert pendant la prise en charge... ce n'est pas très intime* », « *j'ai pu entendre tous les détails médicaux de mon voisin* ».

Aussi, il est attendu une amélioration du confort des salles d'attente : accès à l'eau en cas de grosse chaleur, mise à disposition de couverture, livres et magazines,... (Toutes ces suggestions sont extraites des questionnaires patients).

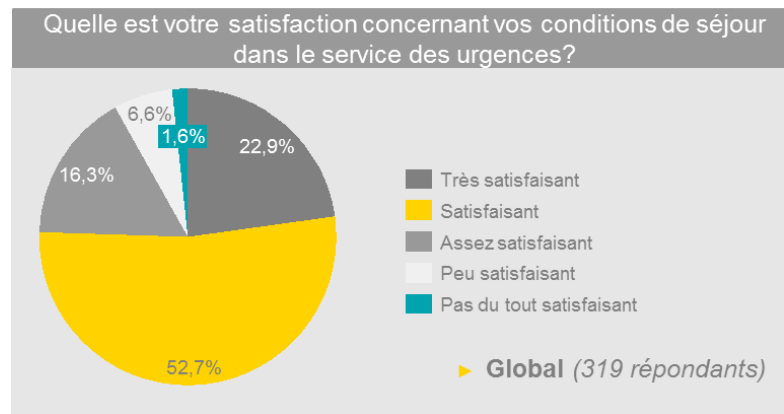
Enfin, l'attente, voire un début de prise en charge, dans le couloir en cas de forte affluence ont été évoqués par certains patients.



3.1.4.4. Des conditions de séjour et une information des patients à (ré)interroger

Conditions de séjour et d'attente

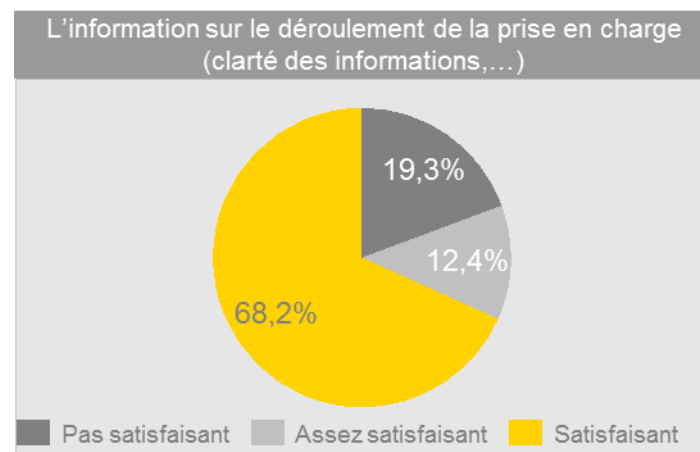
Les conditions de séjour dans le service des urgences (alimentation, besoins élémentaires...) de même que les conditions d'attente des examens complémentaires sont jugés plus sévèrement avec respectivement 75,5 et 68% de patients satisfaits. Dans certains établissements, la satisfaction descend à 50% des patients interrogés.



Information

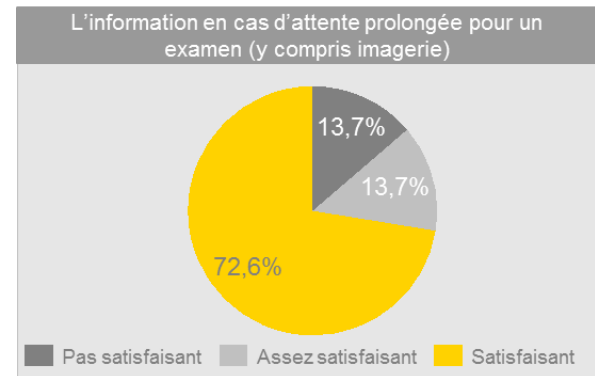
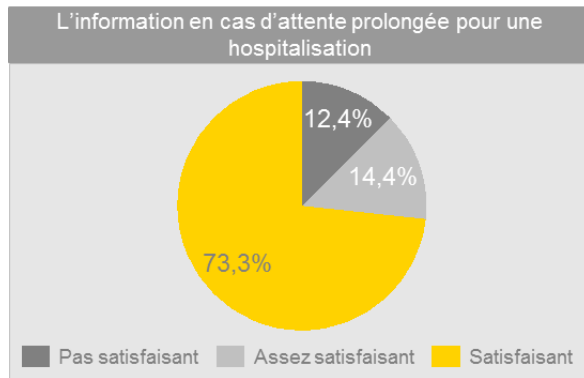
De manière générale, les informations transmises aux patients sont de bonne qualité. Les patients identifient cependant des situations de rupture dans la transmission d'information, notamment lors de l'attente pour des examens complémentaires ou une hospitalisation, sources d'insatisfaction.

Environ 86% des patients se déclarent satisfaits de la clarté des informations transmises par le personnel médical et soignant, par contre seulement 68% des patients sont satisfaits des informations communiquées sur l'ensemble de la prise en charge. Les résultats présentés ci-dessous concernent l'ensemble des établissements.



Quel que soit la situation d'attente : pour une hospitalisation ou un examen complémentaire, les informations transmises sont satisfaisantes pour moins de 75% des patients.

« J'aimerais qu'on réponde à mes questions », « Manque d'information », « Répondre mieux aux questions posées » ... Telles sont des remarques récoltées dans le questionnaire.



3.2. Focus Group

Deux focus group ont été organisés afin de compléter les résultats quantitatifs de l'enquête sur site, grâce aux témoignages et expériences d'utilisateurs et représentants des usagers.

Les synthèses ci-dessous restituent les principaux éléments des focus group, ainsi que les entretiens stratégiques de début de mission avec les associations des représentants des usagers.

Ces échanges de début et de fin de mission ont permis d'identifier trois parcours patients particulièrement problématiques.

3.2.1. Pour les personnes âgées

Des faits marquants ont été identifiés par les participants des focus group lors de la prise en charge de patients âgés dans un service d'urgence et font écho aux travaux existants (DREES-2013, Panorama de l'observatoire des urgences-2015) :

- La durée moyenne de passage d'un patient de plus de 75 ans est plus longue que celle d'un patient plus jeune qu'il y ait ou non une hospitalisation ensuite, comme l'a mis en évidence le Panorama de l'observatoire des urgences (5h19 [7h16 si hospitalisation] Vs 3h36 pour les 18-74 ans [6h13 pour les patients hospitalisés]).
- Pour les patients âgés, un passage aux urgences multiplie les risques d'hospitalisation (au détriment d'une prise en charge adaptée au domicile en articulation avec la médecine de ville).
- Le passage aux urgences, a fortiori s'il est long, peut désorienter les patients âgés même s'ils ne souffrent pas de troubles cognitifs.
- La dépendance et la polypathologie dont souffrent souvent les patients âgés en font des patients peu souhaités dans les services de court séjour. Les équipes anticipent les difficultés de transfert vers l'aval (SSR, EHPAD ou retour à domicile) et une augmentation de la DMS, non compatible avec les objectifs de performance des établissements de santé.
- Pour les personnes âgées domiciliées en EHPAD, la coordination en amont et en aval avec les urgences complexifie la prise en charge globale des patients.
- Les participants des focus group signalent un niveau d'engagement parfois inférieur du personnel médical et soignant pour les patients âgés, avec une disponibilité et une empathie moindre.

Enfin, peut-être plus que pour tout autre patient, la transmission d'information est déterminante pour la qualité de la prise en charge. Ce constat se retrouve dans la littérature : Krucien⁵ et al (2014) montrent que les personnes souffrant de polyopathologies chroniques considèrent que l'information régulière sur leur état de santé et leur traitement est essentielle à des soins de qualité⁶.

En définitive, les services d'urgence doivent s'engager dans une réflexion sur l'amélioration de la prise en charge du patient âgé tant au niveau organisationnel (parcours spécifique, gestion de l'aval) qu'au niveau humain (présence d'un gériatre aux urgences).

3.2.2. Pour les patients atteints de maladie psychique

Les principales problématiques identifiées concernant la prise en charge des urgences psychiatriques, et qui pour nombre d'entre elles ne sont pas nouvelles, sont les suivantes :

- Connaissance des spécificités psychiatriques par les équipes des urgences (hormis celles qui ont une équipe spécialisée en psychiatrie dédiée aux urgences et à l'UHCD)
- Articulation soins somatiques et soins psychiatriques
- Gestion de la crise, notamment au domicile (réponse aux signalements des familles)⁷
- Prise en compte des familles et aidants qui sont en première ligne dans les situations d'urgence
- Existence de lieux adaptés pour l'apaisement et/ou la contenance des patients agités ou présentant des troubles du comportement
- Place des CMP dans l'accueil en urgence (ou semi-urgence) et évolution de ceux-ci (horaires d'ouverture, ...)
- Travail sur le relai après les urgences (CMP essentiellement)

Les participants reprennent les observations du rapport ARS sur la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique (septembre 2016) qui concluait que « l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques a peu évolué depuis la mise en œuvre du PRS ». Pour mémoire, l'un des axes du SROS préconisait une organisation des filières territoriales lisibles pour la prise en charge des urgences psychiatriques, avec une orientation protocolisée des patients.

Les participants signalent que la situation est différente en fonction de l'urgence psychiatrique et qu'il est nécessaire de distinguer : tentatives de suicide, troubles du comportement des patients psychotiques, troubles anxio-dépressifs, intoxication alcoolique aigue, ...

Concernant l'articulation de la psychiatrie avec ses partenaires, les participants du Focus group confirment le constat inscrit dans le rapport cité ci-dessus sur le " cloisonnement persistant des soins à toutes les étapes de la prise en charge et spécialement entre psychiatrie et médecine générale, mais aussi entre psychiatrie et secteur social et médico-social"⁸.

De nombreux axes de travail s'ouvrent autour de l'organisation de la psychiatrie et notamment sur les problématiques urgentes dans la perspective de l'élaboration du prochain PRS.

⁵ Professeur chercheur en économie de la santé à l'université d'Aberdeem

⁶ Questions d'économie de la santé n° 214 - janvier 2016

⁷ CRSA PDL. Recommandation concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie. Février 2014.

⁸ Source : ARS PDL. Dr Jean-Paul Boule. Xavier Brun. Rapport final de l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique. Septembre 2016

3.2.3. Pour les enfants

Seuls trois établissements de la région disposent d'un service d'urgence pédiatrique : les CHU de Nantes et d'Angers ainsi que le CH du Mans. Pour les établissements n'ayant pas pour mission de prendre en charge des enfants ou adolescents en urgence, un transfert dès que possible dans un service de pédiatrie est organisé.

Comme pour les adultes, les patients accueillis dans les urgences pédiatriques ne représentent pas toujours de véritables urgences, mais souvent des problématiques relevant de la médecine générale, plus rarement des problématiques sociales.

A titre d'illustration, les urgences pédiatriques du CH du Mans ont mis en place une permanence téléphonique. Cela permet aux parents, avant tout déplacement, d'appeler le service d'urgence pour une première consultation téléphonique. Ce sont les infirmières d'accueil supervisées par le médecin de garde qui apportent les réponses. Cela permet souvent de rassurer les parents et le cas échéant de permettre une prise en charge rapide des enfants aux urgences (car l'équipe en place est au courant de leur arrivée et de la situation clinique).

Globalement, les focus groupe ont identifié un besoin de changement dans les services d'urgence actuels

- Une meilleure prise en charge des patients vulnérables : patients âgés, prise en charge pédiatrique et psychiatrique,
- Une amélioration est attendue dans la gestion des « non urgences » afin de désengorger les services d'urgence et soulager le personnel débordé,
- Une coordination plus efficace entre les différentes structures et notamment les structures d'aval des urgences (service ou hors hôpital),
- Une transmission d'information améliorée tant pour les patients que pour les accompagnants.

4. Enjeux identifiés

Au regard des résultats présentés précédemment, trois constats ou enjeux majeurs ont été identifiés :

1. La poursuite de l'augmentation du recours aux urgences :
 - les patients sont venus, viennent et reviendront aux urgences car il s'agit d'une alternative pérenne aux consultations des médecins généralistes, moins disponibles, moins présents et ne répondant plus aux besoins du patient-consommateur
2. L'existence d'opportunités de changements pour les services d'urgence :
 - Conditions d'accueil (alimentation, besoins élémentaires, ...)
 - Organisation de la transmission d'informations tout au long du parcours patient aux urgences
3. La prise en compte des évolutions quantitatives (accessibilité) et qualitatives (prises en charge rapides et pluriprofessionnelles) de la demande urgente, en poursuivant l'indispensable travail de communication et d'informations sur les alternatives aux urgences

4.1. Une augmentation inévitable du recours aux urgences

Les travaux récents (DREES, rapport Grall) convergent sur le diagnostic de l'évolution du recours aux urgences par les patients, ainsi que sur les variables explicatives de ces évolutions.

- Un recours aux urgences qui augmente : en 2013 soit 1 français sur 3,5 contre 1 français sur 8 en 1990
- Une proportion d'urgences graves qui reste identique, voire diminue, parmi l'ensemble des demandes de soins non programmés prises en charge par les structures d'urgence
- Une baisse de la démographie des médecins généralistes
- Une évolution des pratiques des médecins généralistes, notamment vis-à-vis de la permanence des soins ambulatoire.

Les résultats observés corroborent ces analyses avec 75% des patients interrogés qui étaient déjà venus aux urgences et pour un tiers d'entre eux trois fois ou plus sur les deux dernières années.

Les patients connaissent très majoritairement les alternatives aux urgences (70% des patients interrogés), mais ils ne les ont pas sollicitées car :

- Ils ressentent un sentiment d'urgence qui nécessite d'avoir une réponse rapide et amène le patient à recourir directement aux urgences
- Ils ont la conviction que leur problème de santé nécessite un avis spécialisé et/ou des examens complémentaires (imagerie prioritairement) qui ne trouveront une réponse rapide qu'aux urgences (par ex la traumatologie)
- Ils connaissent la difficulté d'un accès rapide à leur médecin traitant

Enfin, la majorité des patients rencontrés (plus de 40%) viennent de leur propre initiative, c'est-à-dire sans qu'aucun professionnel de santé n'ait posé un regard « technique » sur leur demande de soins.

Tous ces éléments nous invitent à penser que ces changements de comportement vis-à-vis du recours au service d'urgence sont pérennes et qu'ils nécessitent de repenser les organisations : l'accueil, la prise en charge et l'interface avec les autres services de l'hôpital et l'aval (ville, structures médicosociales, ...).

4.2. Des opportunités de changements des services d'urgence à exploiter

Si les services d'urgence doivent envisager des évolutions sur le long terme liées au changement de modèle, l'étude met en évidence des opportunités d'amélioration réalisables dès à présent.

Deux thématiques sont particulièrement identifiées :

1. la transmission d'informations pourrait encore progresser.

Le manque d'informations transmises par le personnel a été souligné par les usagers, pendant l'enquête terrain et lors des focus group, notamment à certains moments clés de la prise en charge : attente d'un examen d'imagerie et/ou de son interprétation, attente d'une hospitalisation.

S'il s'agit bien sûr de répondre aux obligations réglementaires d'information « loyale, claire et appropriée » des patients (article R. 4127-35 du Code de la Santé Publique), il s'agit surtout de s'assurer de sa participation aux décisions qui le concernent et de son plein consentement aux soins.

La présente étude met surtout en exergue les discontinuités d'information du patient au cours de sa prise en charge.

L'enjeu pour les services d'urgence pourrait consister à organiser de façon régulière des échanges soignant-soigné tout au long du séjour du patient aux urgences.

Des expérimentations existent notamment sur le délai d'attente prévisible pour un examen d'imagerie. Le patient sait à tout moment combien de temps il doit attendre. Si une urgence vient modifier l'ordre de passage, il en est également informé, ...

2. les conditions d'accueil pourraient facilement être améliorées

Il s'agit de répondre aux besoins primaires des patients et des accompagnants : accès à des toilettes, avoir la possibilité de boire et/ou de manger (en l'absence de contre-indication médicale).

L'absence de distributeur de nourriture ou d'une fontaine à eau a souvent été regrettée par les usagers rencontrés.

De même, les locaux sont parfois apparus comme peu adaptés et/ou peu confortables. Une réflexion en ce sens pourrait être envisagée.

3. Le respect de l'intimité du patient est perfectible

Il s'agit de respecter l'intimité et la confidentialité du patient tout au long de sa prise en charge. De nombreuses situations sont décrites : échanges entre les professionnels des urgences, échanges avec les patients dans des boxes voire dans le couloir (en cas de forte affluence). La configuration des locaux ont également un impact important.

Il est nécessaire de veiller au respect de ces droits, en particulier pour les patients en situation de vulnérabilité et de fragilité.

4.3. Une prise en compte des évolutions quantitatives et qualitatives et un travail de communication et d'informations à engager

Le troisième enjeu qui ressort de cette enquête auprès des usagers des urgences concerne la planification de l'offre de soins.

Le recours aux services d'urgence s'est banalisé comme nous l'avons vu précédemment et n'est plus justifié par les usagers par la nécessité de la prise en charge d'un problème de santé urgent, mais également par l'opportunité d'accéder à un plateau technique complet (médecin, soignant, laboratoire, imagerie).

Parallèlement, le choix du plateau technique ne semble pas être guidé par la qualité de celui-ci, mais plutôt par sa proximité. Dans nos travaux, le choix du service d'urgence est lié à sa proximité du lieu de résidence du patient **dans un cas sur deux**. La qualité de la prise en charge, qui représente le 2^{ème} motif du choix de l'établissement, est citée par **un patient sur six** (16%).

L'enjeu de planification pour les années à venir consiste à

- Faire évoluer les dispositifs de prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence vraie
 - o Développer les maisons médicales et élargir les plages d'ouverture
 - o Développer des organisations innovantes des services d'urgence associant les médecins généralistes du territoire (CH Belle Ile, CH Neufchâtel en Bray). Il s'agit également de répondre au besoin de consultations semi-urgentes, non programmées.
 - o Inciter les médecins libéraux à admettre sur leur planning réglé des patients non programmés, par un financement adapté (rapport Grall)
- Développer la communication et l'information sur l'utilisation des alternatives (le recours au 15 par exemple)

4.4. Une prise en compte des populations spécifiques à renforcer

Le dernier enjeu concerne la prise en compte de populations spécifiques, notamment les patients âgés et les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Pour ces patients fragiles, en complément des évolutions générales indiquées précédemment, des dispositifs spécifiques doivent être envisagés. De nombreux ont déjà été proposés et mis en œuvre, comme :

- L'intervention de gériatres aux urgences,
- La présence de compétences psychiatriques (médicales et/ou infirmières),
- L'identification de lits d'UHCD dédiés à la psychiatrie gérés par des équipes formées
- Les interventions pré-hospitalières afin de prendre en charge les patients à domicile ou en institutions et éviter le passage aux urgences : équipes mobiles gériatriques, psychiatriques, voire communes géronto-psychiatriques, avec parfois des dispositifs innovants (groupe ERIC dans le Sud Yvelines).

Comme indiqué dans le chapitre précédent, ces démarches doivent se poursuivre et être renforcées dans une perspective de filières de soins spécifiques, graduées et protocolisées entre établissements (sanitaires et médico-sociaux), ainsi qu'avec les professionnels de ville.

Les projets stratégiques territoriaux en cours (Groupements Hospitaliers de Territoire et Communautés Psychiatriques de Territoire) pourront incontestablement en être les promoteurs.

5. Annexes

	Date de l'enquête	Nombre de passages dans le service	Nombre de questionnaires récupérés	Taux de retour	Répartition UHCD/ Services/ Sorties	Nombre de patients identifié pour les Focus Group
CH Côte de Lumière	15-juil	126	35 réalisés pendant la journée 8 reçus par courrier	34,1 %	3 UHTCD 8 Services 32 Sorties	0
CH Cholet	18-juil	182	51 réalisés pendant la journée 2 reçus par mail	29,1 %	4 UHCD 15 services 34 Sorties	3
Clinique de l'Anjou	19-juil	80	37 réalisés pendant la journée 3 reçus par mail	50 %	12 Services 28 Sorties	1
Clinique St Charles	27 sept	54	48 réalisés pendant la journée (sur place et par téléphone)	88,8%	45 Sorties 1 UHCD 2 hospitalisations	0
CH Le Mans (pédiatrie)	4 octobre	84	39 réalisés pendant la journée 15 reçus par courrier	64%	47 Sorties 4 UHCD 3 hospitalisations	0
CH Le Mans (adulte)	4 octobre		38 réalisés pendant la journée		21 Sorties 12 UHCD 5 hospitalisations	0
CHU Nantes (pédiatrie)	5-6 Oct	177	62 réalisés sur les 2 jours	36,1%	55 Sorties 4 UHCD 3 hospitalisations	3
CHU Nantes (adulte)	5-6 Oct	429	74 réalisés sur les 2 jours	17,2 %	40 Sorties 20 UHCD 14 hospitalisations	3
PSSL	11 Oct	77	29 réalisés pendant la journée 22 reçus par courrier	79,2%	29 Sorties 3 UHCD 19 hospitalisations	5
CH Laval	12 Oct		53 réalisés pendant la journée 1 reçu par mail		24 Sorties 14 UHCD 15 hospitalisations	0

Ernst & Young



Vous êtes concerné(e) par cette enquête si vous venez d'être pris(e) en charge au sein d'un centre hospitalier. Vos réponses resteront confidentielles. Cependant, vous avez la possibilité de laisser vos coordonnées si vous souhaitez participer à des groupes de travail en automne 2016. Merci pour votre participation.

Situation du patient : Retour à domicile Hospitalisation UHCD

1. Etes-vous ?

Un homme Une femme

2. Quel âge avez-vous ?

Moins de 15 ans De 15 à 24 ans De 25 à 59 ans De 60 à 74 ans Plus de 75 ans

3. Habitez-vous dans les environs ou êtes-vous de passage ?

J'habite dans les environs Je suis de passage

4. Quel est le motif de votre venue aux urgences ?

Médecine Chirurgie-traumatologie Pédiatrie Souffrance psychique ou psychiatrique Autre : précisez

5. Est-ce votre premier passage dans un service d'urgence (quel que soit l'établissement) ?

Oui Non

6. Combien de fois êtes-vous passé dans un service d'urgence sur les deux dernières années ?

1 fois 2 fois 3 fois et plus

7. Comment avez-vous été orienté(e) vers le service d'urgence ?

Adressé par votre médecin traitant Appel et orientation du SAMU-Centre 15 De votre propre initiative Adressé par un autre professionnel de santé Autre, précisez

8. Avez-vous eu le choix de l'établissement ?

- Oui Non

9. Si oui, pourquoi celui-là ?

10. Avez-vous connaissance de solutions alternatives aux services d'urgence dans votre région (plusieurs réponses possibles)?

- Centre 15 SOS Médecins (uniquement sur le département 44) Médecin traitant Maison Médicale de Garde ou médecin mobile Non

11. Pourquoi ne pas avoir choisi une solution alternative aux urgences ?

12. Avez-vous été influencé par les conditions de prise en charge financière ?

- Oui Non

13. Quel est votre avis sur :

Enquête usagers

	Pas du tout satisfaisant	Peu satisfaisant	Assez satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	Non concerné
L'accueil du premier soignant (Infirmière d'accueil et d'orientation, par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil et la disponibilité du personnel administratif des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité pour la personne en situation de handicap (si pertinent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur le déroulement de la prise en charges (clarté, délais d'attente, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté et le confort des salles d'attente et d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de l'intimité et de la confidentialité (tout au long de votre passage dans le service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions d'attente des examens complémentaires aux examens médicaux initiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. A combien de temps estimez-vous la durée entre votre arrivée et le début de la consultation?

- Moins de 15 min Entre 15 et 30 min Entre 30 et 45 min Entre 45 min et 1h Plus d'1 heure

15. A combien de temps estimez-vous la durée totale de votre venue aux urgences ?

- Moins d'1h Entre 1h et 2h Entre 2h et 3h Entre 3h et 4h Plus de 4h

16. Quel est votre avis sur ces délais ?

17. Quel est votre avis sur :

	Pas du tout satisfaisant	Peu satisfaisant	Assez satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	Non concerné
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'attention et l'écoute du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention et l'écoute du médecin urgentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches ou accompagnants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos conditions de séjour dans le service des urgences (alimentation, besoins élémentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Quel est votre avis sur :

	Pas du tout satisfaisant	Peu satisfaisant	Assez satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	Non concerné
La clarté des informations fournies par les infirmières et les aides-soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information en cas d'attente prolongée pour un examen (y compris imagerie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information en cas d'attente prolongée pour une hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations fournies à la sortie du service des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données à l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enquête usagers

19. Dans le cadre d'une prise en charge dans un autre service, êtes-vous satisfait de votre orientation après le passage aux urgences?

Oui Non Non concerné

20. Dans le cas d'un retour à domicile, êtes-vous satisfait de votre orientation après le passage aux urgences ? (Proposition de contacter un proche, infirmier, aide-soignante en EHPAD, recours au service social pour organiser votre retour à domicile)

Oui Non Non concerné

21. Dans le cas d'un retour à domicile, quels documents vous ont été remis ?

- Ordonnance Arrêt de travail Document pour votre médecin traitant Autres, précisez

22. Quelle est votre satisfaction globale ?

- Pas du tout satisfaisant Peu satisfaisant Assez satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant

23. Avez-vous d'autres remarques ou suggestions ?

24. Souhaitez-vous participer aux Focus Group prévu à l'automne? Si oui, précisez vos coordonnées

25. Focus pédiatrie : Quel est votre avis sur la présence/ accès à un médecin spécialiste? Avez-vous été orienté vers un service adapté ?

26. Focus psychiatrie : Quel est votre avis sur la présence/ accès à un médecin spécialiste? Avez-vous été orienté vers un service adapté ?

27. Focus gériatrie : Quel est votre avis sur la présence/ accès à un médecin spécialiste? Avez-vous été orienté vers un service adapté ?

Si vous avez vu un spécialiste, vous êtes concerné par les questions suivantes ...