

Evaluation par le médecin de salle de la qualité de la prise en charge médicale des patients hospitalisés via le Service des Urgences

Evaluations by hospital-ward physicians of patient care management quality for patients hospitalized after an emergency department admission

M. Bartiaux et P. Mols

Service des Urgences et du SMUR, C.H.U. Saint-Pierre, Bruxelles

RESUME

Objectifs : analyser la qualité de la prise en charge médicale et l'adéquation des diagnostics des patients admis en urgence par les spécialistes des unités de soins. En évaluer les conséquences sur la morbidité, la mortalité, le coût et la durée d'hospitalisation.

Matériel et Méthodes : sur une période s'échelonnant du 1/12/2009 au 21/12/2009, nous avons prospectivement analysé, sur base d'un questionnaire, les constatations émises par les spécialistes des salles sur 332 patients adultes admis à l'hôpital via le Service des Urgences. Les critiques sur la qualité de la prise en charge se fondent, subjectivement, sur l'avis des spécialistes des salles.

Résultats : les pourcentages de prises en charge inadéquates et d'erreurs diagnostiques sont respectivement de 22 % et de 6 %. Parmi les 22 % des prises en charge inadéquates, 10,5 % présentent des conséquences en termes de morbidité, coût et durée d'hospitalisation, 1,2 % ont été repris in extremis par les intensivistes et les chirurgiens, on note 1 décès.

Conclusion : cette étude qualité analyse le pourcentage de prises en charge et de diagnostics adéquats au sein du Service des Urgences. Les erreurs diagnostiques et leurs conséquences sont comparables à celles retrouvées dans la littérature. Une réflexion sur les processus cognitifs d'élaboration du diagnostic et les prises en charge thérapeutiques est entreprise pour améliorer nos performances.

Rev Med 2017 ; 38 : 73-8

ABSTRACT

Background : patient management in the acute and sub-acute setting of an Emergency Department is challenging. An assessment of the quality of provided care enables an evaluation of failings. It contributes to the identification of areas for improvement.

Objectives : to obtain an analysis, by hospital-ward physicians, of adult patient care management quality, as well as of the correctness of diagnosis made during emergency admissions. To evaluate the consequences of inadequate patient care management on morbidity, mortality and cost and duration of hospitalization.

Methods : prospective data analysis obtained between the 1/12/2009 and the 21/12/2009 from physicians using a questionnaire on adult-patient emergency admissions and subsequent hospitalization.

Results : questionnaires were completed for 332 patients. Inadequate management of patient care were reported for 73/332 (22 %) cases. Incorrect diagnoses were reported for 20/332 (6 %) cases. 35 cases of inadequate care management (10.5 % overall) were associated with morbidity (34 cases) or mortality (1 case), including 4 cases (1.2 %) that required emergency intensive-care or surgical interventions.

Conclusion : this quality study analyzed the percentage of patient management cases and incorrect diagnoses in the emergency department. The data for serious outcome and wrong diagnosis are comparable with current literature. To improve performance, we consider the process for establishing a diagnosis and therapeutic care.

Rev Med 2017 ; 38 : 73-8

Key words : emergency department, diagnostic error, adverse event

INTRODUCTION

Le travail de l'urgentiste est un défi au quotidien et le stress est omniprésent. Il peut être engendré par un afflux constant de patients, par la gravité de la pathologie, par la diversité des situations cliniques, et aussi, par la nécessité d'établir un diagnostic et un traitement parfois vital dans un temps limité. Cette démarche se déroule souvent en présence de la famille du patient qui est demandeuse d'informations. Il convient, dans ce contexte particulier à l'urgence, de rester la personne de référence calme et rassurante. Le travail du médecin des unités de soins (US) se distingue de celui de l'urgentiste ; il a pour objectif de confirmer et de préciser un diagnostic habituellement posé au Service des Urgences (SU). Cela se déroule au travers d'un diagnostic différentiel qui sera précisé avec une éventuelle recherche de la littérature, divers examens complémentaires, des avis médicaux voire une réunion multidisciplinaire.

Le diagnostic final est obtenu sur une période s'étalant sur quelques jours. Le consensus sur une prise en charge adéquate au SU entre les intervenants de ces deux pratiques médicales ne va pas toujours de soi. Le but de cette étude est d'évaluer de manière prospective la qualité du travail effectué au SU par l'inventaire des différents motifs d'insatisfaction des spécialistes des US ainsi que l'inventaire du nombre d'erreurs et leurs conséquences et finalement, d'envisager différentes solutions afin d'optimiser notre pratique.

PATIENTS ET METHODES

Lieu et période

L'analyse monocentrique, prospective et observationnelle est réalisée dans le SU adultes (> 15 ans) du 1/12/2009 au 21/12/2009, soit 21 jours consécutifs.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Durant cette période, nous avons distribué un questionnaire à tous les médecins des US prenant en charge un patient hospitalisé via le SU si celui-ci n'a pas lui-même soigné le patient à son arrivée au SU. Les urgences extrahospitalières (SMUR) gérées par les médecins de l'hôpital sont incluses et ce, que le patient transite par le SU ou pas. Si le patient décède et qu'un avis spécialisé est demandé, le spécialiste concerné sera invité à remplir le questionnaire. *A contrario*, tout médecin traitant un patient au SU et dans son US est exclu ainsi que tout transfert intra ou interhospitalier pour lequel le malade ne séjourne pas à la garde.

Données recueillies

Par l'intermédiaire du questionnaire distribué dans les US, nous avons précisé l'exactitude du diagnostic principal posé à la garde, la satisfaction du spécialiste par rapport à la prise en charge (adéquate

ou inadéquate). Si celle-ci est inadéquate, le niveau du problème est déterminé : anamnèse, examen clinique, examen complémentaire, diagnostic, traitement, orientation du patient. Les critiques sur la qualité de la prise en charge se fondent, subjectivement, sur l'avis des spécialistes des salles.

Les conséquences des prises en charge inadéquates ou des erreurs de diagnostic seront évaluées par les médecins sous forme d'une échelle analogique de 0 à 10 concernant la morbidité (définie arbitrairement par tout symptôme indésirable secondaire à une décision médicale). La mortalité, le coût et la durée d'hospitalisation sont analysés sous la forme d'une réponse négative/positive.

Le SU de l'hôpital est principalement géré durant la journée par des urgentistes confirmés et d'autres en formation. La nuit, la garde se partage entre ceux-ci et des assistants de Médecine interne et de Chirurgie. L'appartenance de chaque médecin est notée sur le questionnaire.

Les prises en charge adéquates ou inadéquates ainsi que les diagnostics corrects ou erronés du point de vue des médecins des US ont été revus par deux urgentistes expérimentés. Les cas litigieux sont exposés aux médecins responsables des US. Les patients décédés dans le service sont également revus par les deux urgentistes.

La reprise des questionnaires est effectuée 3 fois par semaine, durant l'étude, dans les différentes salles de médecine et de chirurgie y compris le quartier opératoire. Certains questionnaires relatifs à des patients soignés par des médecins peu présents à l'hôpital ont été complétés par téléphone. Durant le mois qui a suivi l'étude, les rapports d'hospitalisation de chaque patient ont été relus afin d'objectiver à distance l'adéquation des diagnostics, d'évaluer les erreurs et leurs conséquences.

Analyse statistique

Le traitement des données est effectué par le programme Statistix 9, le test Chi carré est utilisé pour les données catégorielles, le test Wilcoxon Rank Sum pour les données continues, un $P < 0,05$ est considéré comme significatif.

Comité d'éthique

Avis favorable rendu le 7 décembre 2009.

RESULTATS

Du 1^{er} au 21 décembre 2009, 421 patients sont hospitalisés après inscription au service d'accueil du SU. Parmi ceux-ci, en suivant les critères d'inclusion et d'exclusion, 332 patients sont inclus dans l'étude. Parmi les patients exclus, 44 patients le sont car ils ont été vus par le même médecin au SU et dans l'US, 23 car ils ont été transférés dans un autre hôpital, 4 parce

qu'ils ont refusé d'être hospitalisés, 8 parce qu'ils ont été pris en charge par un SMUR autre que celui de l'hôpital sans passer par le SU, 1 parce qu'il était en soins palliatifs et 9 parce que le recueil des données est incomplet.

Le tableau 1 montre que la majorité des patients sont hospitalisés pour des pathologies médicales (68 %) ou chirurgicales (25 %). Le taux faible de patients se présentant pour des pathologies gynécologiques ou psychiatriques s'explique par le fait que ces patients sont souvent pris en charge aux urgences par les spécialistes eux-mêmes.

Le tableau 2 montre, durant cette période, parmi les 332 patients analysés, que les prises en charge sont estimées inadéquates par les spécialistes des US dans 22 % des cas et que les diagnostics s'avèrent incorrects chez 6 % des patients.

Dans 73 cas, la prise en charge est estimée inadéquate par les spécialistes des US (tableau 2) et les motifs de mécontentement portent principalement sur les examens complémentaires, les erreurs de traitement et, dans une moindre mesure, sur les erreurs de diagnostic et d'orientation (figure 1).

Si l'on regarde les mécontentements relatifs aux examens complémentaires, il s'agit le plus fréquemment d'un oubli de bactériologie, d'imagerie ou d'avis complémentaire que d'un oubli de laboratoire autre, d'une erreur d'interprétation ou d'un oubli technique (figure 2).

De même pour les erreurs de traitement (figure 3), on observe principalement une erreur ou un oubli de médication, un apport liquidien non adapté et un

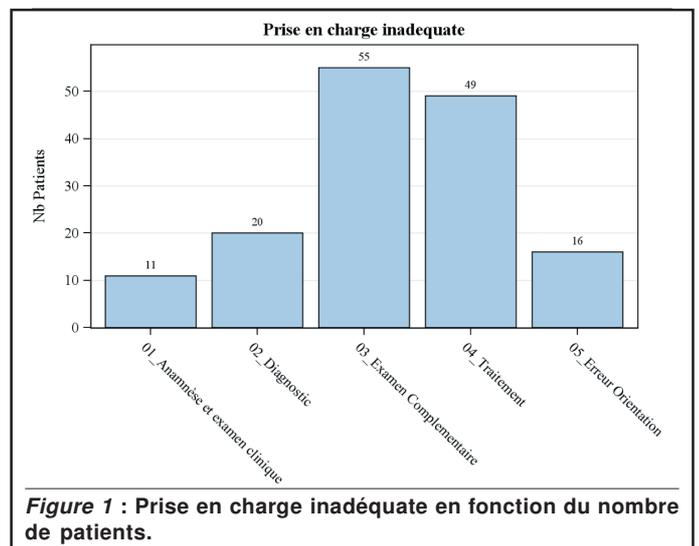


Figure 1 : Prise en charge inadéquate en fonction du nombre de patients.

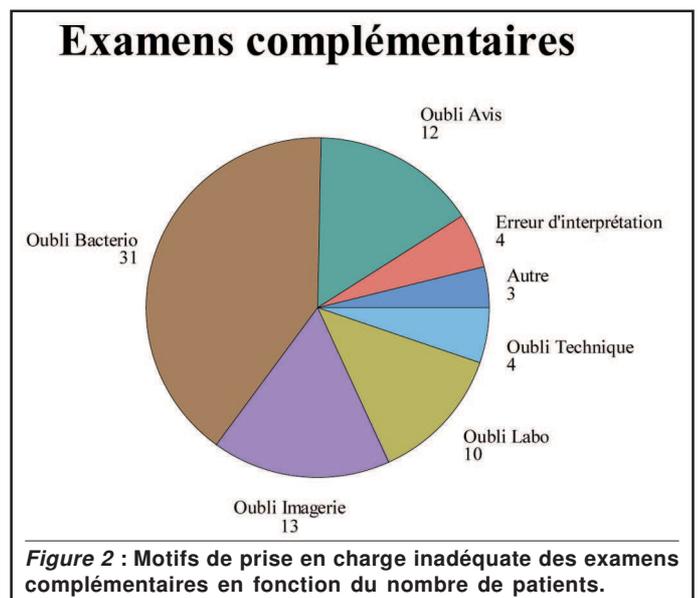


Figure 2 : Motifs de prise en charge inadéquate des examens complémentaires en fonction du nombre de patients.

Tableau 1 : Caractéristique des patients.

Caractéristiques des patients	Médecine N=226 (68%)	Chirurgie N=84 (25%)	Gynécologie N=6 (2%)	Psychiatrie N=2 (1%)	Autres N=14 (4%)
Femme	90	33	6	1	6
15-29 ans	14	7	1	1	3
30-74 ans	54	17	5	0	3
>=75 ans	22	9	0	0	0
Homme	136	51	-	1	8
15-29 ans	17	15	-	0	4
30-74 ans	94	30	-	1	4
>=75 ans	25	6	-	0	0

Tableau 2 : Répartition des patients suivant les prises en charges inadéquates, les erreurs diagnostiques et les conséquences.

Pathologie	Patients	Prise en charge inadéquate	Erreur diagnostique	Morbidité	Mortalité	Coût	Durée
Médecine	226	57	18	27	1	16	16
Chirurgie	84	14	2	7	0	2	2
Autres*	22	2	0	1	0	1	0
Total général	332	73 (22 %)	20 (6 %)	35 (10,5 %)	1 (0,3 %)	19 (6 %)	18 (5 %)

*Dermatologie (7), Gynécologie (6), Oto-rhino-laryngologie (5), Ophtalmologie (2), Psychiatrie (2)

Erreur traitement

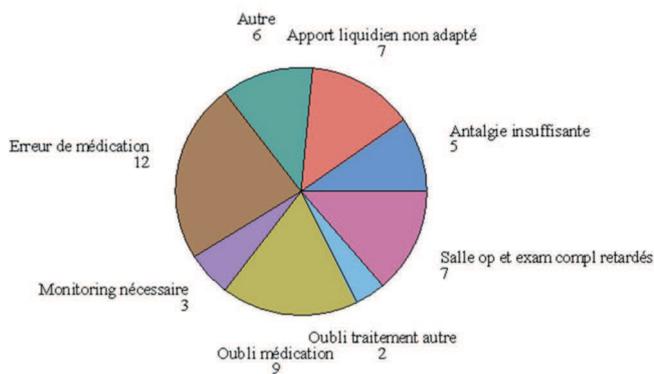


Figure 3 : Motifs de prise en charge inadéquate des traitements en fonction du nombre de patients.

retard sur les examens complémentaires ou la salle d'opération.

Parmi les 332 patients inclus, dans 20 cas (6 %), on observe une erreur diagnostique, ceux-ci se répartissent majoritairement parmi les cas médicaux.

Parmi les prises en charges inadéquates, la morbi/mortalité concerne 35 patients (10,5 %) dont seulement 4 (1,2 %) seront pris en charge par les intensivistes ou les chirurgiens dont 1 cas décédera. Nous citons un second patient décédé que nous n'avons finalement pas inclus dans les prises en charge inadéquates. Il s'agit d'un anévrisme rompu où les cardiologues estiment que les modalités de prise en charge n'ont pas été optimales au contraire des urgentistes qui estiment avoir fait adéquatement leur travail.

Parmi les 31 autres patients dont la prise en charge inadéquate a eu des conséquences, 16 ont eu un retard d'administration du traitement adéquat sans que ce retard engendre d'autres conséquences (oubli ou erreur d'antibiothérapie, apport liquidien non adapté, retard opératoire car spécialiste non averti, préparation non adaptée à l'examen complémentaire nécessaire, erreur diagnostique), 2 ont nécessité une surveillance simple de 24 à 48 heures aux soins intensifs sans qu'un geste invasif soit réalisé, on note une intubation non justifiée, 3 patients dont l'antalgie est insuffisante, 1 œdème de Quincke sur allergie connue à l'amoxicilline-clavulanate, 2 patients dont l'oubli d'un examen complémentaire et/ou l'erreur diagnostique auraient pu avoir des conséquences potentielles, sans qu'il n'y en ait eu, 1 patient infecté qui n'a pas été mis en chambre d'isolement, une anticoagulation thérapeutique sans bilan de thrombophilie préalable et finalement 4 hospitalisations non justifiées.

Il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les diagnostics du premier et du dernier jour d'hospitalisation.

DISCUSSION

Nos résultats montrent que, sur l'échantillon

analysé (332 patients), nous relevons 6 % d'erreurs diagnostiques et 22 % de prises en charge inadéquates. Une prise en charge portant à conséquence se retrouve chez 10,5 % des patients, le pronostic vital est engagé pour 2 % de ceux-ci (4 patients aux soins intensifs, 1 patient décédé).

Evaluer l'adéquation d'un diagnostic au SU n'est pas standardisé dans la littérature, il y a peu de travaux dont l'évaluation des diagnostics au SU est faite par les spécialistes des US. En général, dans la littérature, on relève plus souvent les erreurs diagnostiques au sein d'un SU plutôt que l'adéquation des diagnostics par d'autres experts de l'institution. A ce titre, le présent travail est original. Tudela *et al.* présentent une étude où l'analyse de la concordance des diagnostics entre le SU et les US est de plus de 95 %, chiffre légèrement supérieur au nôtre¹.

La littérature concernant les erreurs diagnostiques survenant au SU et leurs conséquences est plus riche. Fordyce *et al.*, en 2001, dans une étude prospective sur 1.935 patients, montrent un taux d'erreurs associées à un devenir défavorable chez 0,36 % des patients enregistrés au SU². Brennan *et al.*, en 1991, sur plus de 31.000 patients, mentionnent un taux d'événements défavorables de 3,7 %³. Hendrie *et al.*, en 2007, sur 5.345 patients, signalent un taux de 1 %⁴. Il est difficile de comparer les 3 articles ci-dessus. En effet, la méthodologie, la taille de l'échantillon, la définition même d'un événement indésirable ne sont pas identiques. Néanmoins, on peut conclure que, dans un SU, les conséquences graves d'erreurs médicales concernent 1 à 4 % des patients.

Une fois le volume des événements graves estimé, il est important d'en comprendre les causes et d'envisager les solutions pour en diminuer le nombre et les conséquences. Cosby *et al.*, en 2008, identifient 3 causes principales aux erreurs médicales. La première est liée au fonctionnement même du médecin (99 %), elle relève, par exemple, d'une anomalie du raisonnement médical ou d'un manque de compétence spécifique. La seconde concerne le patient (61 %), il peut s'agir d'une barrière linguistique ou de problèmes techniques liés à une anatomie atypique. La dernière cause se rapporte à l'équipe de travail (61 %) qu'il soit question d'une mauvaise coordination entre les équipes ou encore, d'une mauvaise transmission au moment du shift horaire. Les auteurs démontrent ainsi qu'une erreur est le résultat de multiples facteurs qui influencent le travail clinique⁵. D'autres études corroborent cette hypothèse^{6,7}. Afin de diminuer l'ampleur de ces 3 facteurs, Cosby *et al.* proposent, pour les médecins, entre autres, un réseau d'informations et de stratégies face à des décisions difficiles ou des thérapies cognitives pour accroître le sens critique. Pour les patients, ils suggèrent l'accès aisé à un service d'interprètes ou l'utilisation de techniques telles l'échographie⁵. Pour l'équipe de travail, Starmer *et al.*, en 2014, démontrent que la mise en œuvre d'un programme de transfert de soins du patient d'un résident à un autre permet une réduction

significative des erreurs médicales⁸. De même, Risser *et al.*, en 1999, mettent en évidence que préparer les membres d'une équipe par un programme structuré d'entraînement d'équipe de travail améliore son efficacité⁹. Berk *et al.*, en 2008, constatent que les urgentistes expérimentés commettent moins d'erreurs médicales¹⁰. Pour Anderson *et al.*, des changements organisationnels doivent être effectués. Ils publient, en 2006, un article sur un programme informatique qui collecte les erreurs, analyse les étiologies et explore les changements à effectuer. Ce programme a prouvé son efficacité dans 44 hôpitaux⁷.

Pour certains auteurs, l'aspect cognitif semble être le plus important et entraîne le plus de conséquences¹¹⁻¹⁴. Selon Phua et Tan, en 2013, de nombreux auteurs acceptent l'hypothèse selon laquelle le diagnostic médical se réalise suivant 2 systèmes de raisonnement. Le système heuristique ou méthode de reconnaissance de modèles et un deuxième système, analogue à la méthode hypothético-déductive, méthode enseignée aux étudiants. Dans le premier système, le clinicien face à son patient, identifie une expérience antérieure inscrite dans sa mémoire. Dans le deuxième, le clinicien collecte un maximum d'information et génère une liste de diagnostics différentiels. Il existe d'autres moyens pour arriver au diagnostic tel l'utilisation d'algorithme. Les auteurs décrivent 3 sources d'erreurs cognitives, erreurs propres au raisonnement même du médecin : les biais cognitifs, les influences affectives et les déficits de connaissances. Un exemple de biais cognitif est le médecin qui conclut un cas avant d'avoir obtenu toutes les informations, il est victime de ces raccourcis mentaux caractéristiques du système 1. Différentes solutions sont proposées par les auteurs pour lutter contre ces biais cognitifs, le feedback sur le devenir du patient semble un moyen important d'augmenter l'exactitude diagnostique ainsi que la connaissance basique des processus cognitifs¹². Pelaccia *et al.*, en 2014, soulignent également l'importance du feedback ainsi que de la supervision¹⁴.

Pour Olshaker, en 2009, l'encombrement des SU, souvent quotidien, peut provoquer une augmentation des délais de prise en charge. Ces délais exposent les patients à un risque accru d'événements défavorables. Différentes causes sont avancées pour expliquer cet encombrement. Par exemple, l'augmentation de la fréquentation des SU en raison de la facilité d'accès à certaines technologies tels le scanner ou encore à une prise en charge globale plus rapide qu'en ambulatoire. Pour de nombreux auteurs, l'impossibilité de transférer, rapidement, les patients en attente d'une hospitalisation du SU vers les US est le facteur le plus significatif de cet encombrement. Les stratégies, au niveau hospitalier, qui permettent d'augmenter la disponibilité des lits d'hospitalisation, sont une des solutions à envisager. D'autres solutions sont la présence d'un superviseur formé en gestion dans le SU ou encore l'application d'un programme coordonné au niveau de la direction hospitalière. Ce programme améliorerait notamment les soins auxiliaires et les systèmes d'alerte précoces¹⁵.

Limites de l'étude

L'étude est monocentrique et observationnelle. Elle se base sur les erreurs médicales rapportées par les spécialistes des US, elle sous-évalue les éventuels manquements chez les patients rentrés à domicile dont l'évolution a pu être défavorable, ceux qui se seraient produits dans le SU et ceux hospitalisés en dehors de l'hôpital. La gravité des erreurs en elle-même est sous-estimée si elle n'a pas eu de conséquences (par exemple, un angor instable hospitalisé en salle, la nuit, peut évaluer favorablement avant le premier examen clinique du médecin de salle). Une limite importante est également la subjectivité des spécialistes des US, un spécialiste peut évaluer différemment les conséquences d'un manquement dans la démarche diagnostique. Un effet Hawthorne ne peut être exclu.

CONCLUSION

Par notre étude prospective, nous avons déterminé, sous l'angle des médecins des US, les prises en charge jugées inadéquates et le pourcentage d'erreurs de diagnostic. Le nombre de conséquences graves de ces erreurs médicales est comparable à la littérature consultée. Afin d'améliorer la qualité de nos urgences, différentes propositions sont formulées dans ce travail.

Ces propositions concernent le médecin, le patient et l'équipe de travail. Le feedback, la présence d'un superviseur ainsi que des changements organisationnels font partie des solutions envisagées.

Conflits d'intérêt : néant.

Remerciements

L'auteur adresse ses plus vifs remerciements aux médecins des urgences et des différentes US.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tudela P, Modol JM, Veny A, Tor J, Bonet M, Rego MJ. Diagnostic concordance between emergency room and hospitalization in medical patients. *Med Clin (Barc)*.2002;119:531-3.
2. Fordyce J, Blank FS, Pekow P, Smithline HA, Ritter G, Gehlbach S *et al.* Errors in a Busy Emergency Department. *Ann Emerg Med*.2003;42:324-33.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*.1991;324:370-6.
4. Hendrie J, Sammartino L, Silvapulle MJ, Braitberg G. Experience in adverse events detection in an emergency department : Incidence and outcome of events. *Emerg Med Australas*.2007;19:16-24.
5. Cosby KS, Roberts R, Palivos L, Ross C, Schaidler J, Sherman S *et al.* Characteristics of patient care management problems identified in emergency department morbidity and mortality investigations during 15 years. *Ann Emerg Med*.2008;51:251-61.

6. Hakimzada AF, Green RA, Sayan OR, Zhang J, Patel VL. The nature and occurrence of registration errors in the emergency department. *Int J Med Inform.*2008;77:169-75.
7. Anderson JG, Ramanujam R, Hensel D, Anderson MM, Sirio CA. The need for organizational change in patient safety initiatives. *Int J Med Inform.*2006;75:809-17.
8. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD *et al.* Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.*2014;371:1803-12.
9. Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the Emergency department. *Ann Emerg Med.*1999;34:373-83.
10. Berk WA, Welch RD, Levy PD, Jones JT, Arthur C, Kuhn GJ *et al.* The effect of clinical experience on the error rate of emergency physicians. *Ann Emerg Med.*2008;52:497-501.
11. Marqué L, Raufaste E, Mariné C, Ecoiffeur M. L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence : application de l'analyse rationnelle des situations de travail. *Le travail humain.*2003/2004;66:347-76.
12. Phua DH et Tan NC. Cognitive aspect of diagnostic errors. *Ann Acad Med Singapore.*2013;42:33-41.
13. Sandhu H, Carpenter C, Freeman K, Nabors SG, Olson A. Clinical decision making : opening the black box of cognitive reasoning. *Ann Emerg Med.*2006;48:713-9.
14. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Ammirati C, Bertrand C, Dory V *et al.* How and when do expert emergency physicians generate and evaluate diagnostics hypotheses ? A qualitative study using head-mounted video cued-recall interviews. *Ann Emergency Med.*2014;64:575-85.
15. Olshaker JS. Managing emergency department overcrowding. *Emerg Med Clin North Am.*2009;27:593-603.

Correspondance et tirés à part :

M. BARTIAUX
 C.H.U. Saint-Pierre
 Service des Urgences et du SMUR
 Rue Haute 322
 1000 Bruxelles
 E-mail : magalibartiaux@gmail.com

Travail reçu le 9 février 2016 ; accepté dans sa version définitive le 3 mai 2016.

Questionnaire concernant la collaboration entre les unités d'hospitalisations et les urgences

Vignette du patient

Salle d'hospitalisation :

Cochez la mention correcte

1. Vous êtes-vous occupés du patient à la garde ainsi que durant son hospitalisation ?
 oui
 non
2. A la garde, le patient a été pris en charge par :
 un médecin de la filière urgence (BMA, SMA, SMU, TPPSU).
 Un médecin d'une autre filière (interniste, chirurgien, autre).
3. Quels sont les diagnostics, par ordre de gravité, posés aux urgences ?
 1.....
 2.....
 3.....
4. Pour vous, la prise en charge aux urgences est :
 Adéquate
 Inadéquate
5. Si vous estimez la prise en charge inadéquate, pouvez-vous préciser à quel(s) niveau (x) et le(s) type(s) de(s) problème(s) :
 Anamnèse et/ou examen clinique :.....
 Examens complémentaires (biologie, bactériologie, radiologie,...)
 o Oubli d'examens nécessaires au diagnostic et /ou à un traitement :.....
 o Excès d'examens et/ou inappropriés :.....
 o Erreur d'interprétation des examens.....

 Diagnostic (par ordre d'importance) :
 1.....
 2.....
 3.....
 Traitement :.....

 Orientation du patient :.....
 Autre.....
6. Les conséquences de cette prise en charge inadéquate sont, selon vous, une majoration de /du :
 La morbidité. Qualifiez celle-ci sur une échelle de 1 à 10 :.....
 La mortalité. Qualifiez celle-ci sur une échelle de 1 à 10 :.....
 Coût du traitement
 Durée d'hospitalisation
 - Dans l'affirmative, pouvez-vous estimer le nombre de jour :.....
 (- Si la prise en charge avait été adéquate, quelle serait la durée présumée de l'hospitalisation ?.....)
7. Quel est votre diagnostic en fin d'hospitalisation ?
 1.....
 2.....
 3.....
8. Date de remise du questionnaire:.....

Merci (Je viendrai 2x/semaines, en fonction de mes possibilités, pour récupérer ce questionnaire. En cas de soucis, vous pouvez me joindre au xxx).