

Faculté de santé publique

Quels sont les facteurs dans l'organisation au sein d'un service d'urgence qui ont un impact sur l'expérience du patient ?

Mémoire réalisé par
Manhattan WILLEMSSENS

Promoteurs :
Frédéric THYS
Anne VERMOTE

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Titre du mémoire :

« Quels sont les facteurs dans l'organisation au sein d'un service d'urgence qui ont un impact sur l'expérience du patient ? »

Mémoire réalisé par
Manhattan WILLEMSSENS

Promoteurs :
Frédéric THYS
Anne VERMOTE

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

Je tiens à témoigner mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration et au bon déroulement de ce travail de fin d'études.

Je commencerai par remercier grandement mon promoteur, M. Frédéric Thys, pour son aide et ses conseils malgré le manque de disponibilité lié à la pandémie de Covid-19.

Ensuite, je tiens particulièrement à remercier ma co-promotrice, Mme Anne Vermote pour son aide précieuse et ses conseils judicieux tout au long de cette année mais également pour sa gentillesse et bienveillance ainsi que son soutien.

J'aimerais également adresser un petit mot à Nora Mélard, une assistante qui a pris le temps de répondre à mes diverses questions et qui a toujours trouvé rapidement du temps pour planifier des rendez-vous avec moi.

Je suis reconnaissante à l'ensemble de mes proches pour leur confiance, leurs encouragements ainsi que pour le suivi et l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail. En particulier mon grand-père, Babou, pour son aide à la rédaction et la correction orthographique.

Ensuite, je tiens à remercier mes camarades du master (elles se reconnaîtront) pour le soutien pendant ces deux années, mais aussi pour toutes les joies partagées ainsi que les différents et les difficultés qui nous ont permis de créer ou de renforcer des amitiés.

Je tiens à terminer ces remerciements par une pensée pour mes lecteurs qui ont porté un intérêt certain à ce mémoire.

Manhattan

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	CADRE CONCEPTUEL.....	3
2.1	L'EXPÉRIENCE	3
2.1.1	Définir l'expérience :.....	4
2.1.2	L'expérience patient	7
2.1.3	Attentes, qualité, ressenti et degré de satisfaction	8
2.1.4	Expérience des soignants	12
2.2	COMMENT RECUEILLIR L'EXPÉRIENCE PATIENT ?	12
2.2.1	PPE-15 :	14
2.2.2	PREM et PROM :	14
2.2.3	EDPEC Survey :	15
2.2.4	Duque :	16
2.3	L'ORGANISATION D'UN SERVICE D'URGENCE	16
2.3.1	Le temps d'attente aux urgences	17
2.3.2	Services d'urgences	19
2.3.3	Overcrowding (32).....	25
3	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	29
3.1	LIEU DU DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE (LE CHIREC ET SON NOUVEL HÔPITAL DELTA, 2019)	29
3.2	SÉLECTION DU PUBLIC CIBLE	30
3.3	SÉLECTION DU QUESTIONNAIRE :	31
3.4	OUTIL DE RECHERCHE.....	32
3.5	COLLECTE DES DONNÉES	33
3.6	RESPECT ÉTHIQUE	34
3.7	CONCLUSION :	34
4	RÉSULTATS	35
4.1	STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ÉCHANTILLON.....	35
4.2	DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE DE LA PRISE EN CHARGE ET DES SOINS.....	39
4.3	DÉPART DU PATIENT	41
4.4	FRÉQUENCE DES VISITES AUX URGENCES OU AUTRES ENDROITS DE SOINS	42
4.5	L'EXPÉRIENCE PATIENT	42
5	DISCUSSION	45
6	LIMITES, RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES	53
7	CONCLUSION :	57
8	BIBLIOGRAPHIE	59
9	ANNEXES.....	65

Glossaire :

AFNOR : Association française de normalisation

AHRQ : Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé

CAHPS: Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

CHIREC : Centre Hospitalier Interrégional Édith Cavell

CMS : Centers for Medicare & Medicaid Services

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

EDPEC : Emergency Department Patient Experiences with Care

ED CAHPS : Emergency Department Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

ETP : équivalent temps plein

FRENCH : French Emergency Nurse Classification in-Hospital

HP : Hospitalisation Provisoire

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

PAQS : Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

PREM : Patient Reported Experience Measure

PROM : Patient Reported Outcome Measure

SIAMU : Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Service d'urgence

TU : Temps d'attente et de passage dans les services d'urgences

1 Introduction

Ce travail de fin d'études va marquer la fin de mon parcours d'étudiante en soins infirmiers. J'ai commencé, il y a 6 ans, par un bachelier en Soins Infirmiers à l'ISEI Louvain-la-Neuve. Au début de mon parcours, je me destinais à devenir infirmière pédiatrique, mais au fur et à mesure de mes stages, j'ai longuement hésité. Après réflexion, j'ai décidé de poursuivre ma formation, après mon bachelier, par une spécialisation, non plus en pédiatrie, mais en Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente (SIAMU). A la suite de cette spécialisation, désireuse de construire mon avenir professionnel, j'ai choisi de poursuivre mon cursus avec ce Master en Santé Publique. Cette formation supplémentaire, de type universitaire, me permettra d'avoir une corde de plus à mon arc pour mon devenir professionnel.

J'ai ainsi en même temps commencé, il y a 2 ans, ce master et ma profession d'infirmière au sein du service des urgences du nouvel hôpital Delta. Après une première année théorique, accompagnée d'une pratique professionnelle, j'ai réfléchi à un sujet de mémoire en relation avec mon lieu principal d'activités : les urgences, et permettant d'ajouter une valeur sur le terrain tant pour mes collègues que pour moi-même.

Suite à l'insatisfaction de certains patients ou de leurs familles lors de la prise en charge, plusieurs questions sont apparues, notamment celles de savoir quels étaient leur expérience et leur ressenti lors de leurs soins et quels étaient les facteurs qui ont pu influencer ceux-ci ? En effet, certaines personnes se présentent pour des urgences relatives en pensant que le délai d'attente sera très court.

Lors de mes démarches pour appréhender ce sujet, je me suis rendu compte que depuis l'ouverture du site Delta, l'activité aux urgences était en constante augmentation. La hausse du nombre de passages a généré une augmentation du nombre de patients ambulatoires, de même que ceux nécessitant une hospitalisation. Cette situation évolutive a, en outre, impacté le flux. La maîtrise du flux permet la gestion des patients dans un service d'urgence (SU) grâce à son organisation. Il est important de retenir que le nombre de passages doit être corrélé au nombre d'entrées horaires ainsi qu'au temps de passage. Cette augmentation du nombre de passages

peut entraîner un temps d'attente jugé souvent trop long par les patients et susciter une certaine incompréhension pour des patients qui veulent des soins urgents.

Je souhaite analyser l'impact de l'accroissement d'activités et de demandes de soins sur le retour d'expérience du patient aux urgences et déterminer les facteurs qui ont une influence sur l'organisation du service et qui sont capables également d'influencer le vécu du patient. Ce constat m'a amenée à me poser la question centrale : « **Quels sont les facteurs dans l'organisation au sein d'un service d'urgence qui ont un impact sur l'expérience du patient ?** »

Ainsi ma démarche dans ce travail de fin d'études vise deux objectifs :

- Démontrer que l'expérience patient est impactée par l'organisation du service
- Évaluer la performance des urgences du CHIREC Delta face à l'expérience patient.

Pour mener à bien ce travail, le cadre théorique s'attachera à différents concepts. Cela commencera par la notion d'expérience. Celle-ci sera développée selon l'expérience patient, l'analyse des attentes, des besoins et du ressenti ainsi que l'expérience des soignants. Le second concept est le recueil de l'expérience patient sur le terrain en milieu hospitalier. Il inclura les différents questionnaires disponibles et utilisés dans divers services d'urgences ainsi que leurs avantages et inconvénients. Ces différentes notions auront été analysées depuis la littérature professionnelle et scientifique. Je poursuivrai par exposer la méthode de collecte des données, les résultats enregistrés et je consacrerai enfin un chapitre à l'analyse et à la discussion des résultats. Je terminerai par une conclusion en spécifiant les limites de ce travail et en évoquant les perspectives pour le futur ou un autre travail éventuel.

2 Cadre conceptuel

Cette partie a pour but de détailler les différents concepts de la problématique générale de ce mémoire sur base de l'analyse de la littérature scientifique et professionnelle. Ces recherches ont été menées sur différents moteurs de recherche comme : Libellule (regroupant les bibliothèques de l'UCLouvain), Cairn (site regroupant des revues et ouvrages en sciences humaines et sociales) ou encore PubMed (principal moteur de recherche de données bibliographiques pour la médecine). Une seconde partie de littérature a été trouvée sur internet. Celle-ci était plus professionnelle et concernait parfois les hôpitaux belges, français ou des ASBL comme la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS). Une dernière et petite partie concernait des revues spécialisées, mais celles-ci étant plus anciennes je m'y suis moins attardée (la revue Urgences par exemple).

Les principaux mots clés utilisés pour ces recherches étaient : organisation, urgence, expérience patient, encombrement, qualité, questionnaire. Une recherche complémentaire de ces mots-clés a également été réalisée en les traduisant en anglais. Face à une littérature assez importante surtout en termes d'expérience patient et sur l'organisation d'un service d'urgence, j'ai choisi de me concentrer sur celles qui traitaient les deux sujets simultanément. Une autre recherche de la littérature concernait plutôt des sujets précis comme la qualité et le ressenti. La littérature choisie date essentiellement des années 2000. Certains articles français ou canadiens ont été très intéressants pour mes recherches. Ceux-ci sont donc en français mais également en anglais.

La sélection des articles s'est effectuée en fonction de leur date de parution, de leur titre ainsi qu'à la lecture du résumé. Lorsque ma base de données fut conséquente et après lecture des divers articles, certains ont été éliminés.

2.1 *L'expérience*

L'expérience est une notion difficile à cerner puisqu'elle peut avoir plusieurs significations. En effet, l'expérience peut être aussi bien positive que négative. Cette conceptualisation peut être variable selon que l'on parle « d'expérience personnelle », « d'expérience scientifique » ou encore « d'expérience professionnelle ». (Painchaud, A, 2012)

Ce concept est devenu une référence majeure que ce soit du point de vue de l'éducation ou par rapport à la pratique de certains métiers. Il peut avoir une influence sur des personnes pratiquant par exemple l'orientation, le conseil, le management ou encore les soins. Il peut couvrir deux aspects : le point de vue du sujet avec la dimension individuelle et un point de vue plus collectif lorsqu'on envisage le contexte environnemental. (Zeitler, A. & Barbier, J., 2012)

2.1.1 Définir l'expérience :

Pour cerner la notion d'expérience, j'ai choisi trois définitions : (*Expérience*, s. d.)

- Dans le sens courant, le terme expérience désigne « la connaissance ou le savoir-faire acquis par la pratique, hors d'un enseignement théorique ».
- En philosophie, l'expérience peut signifier un « ensemble de procédures par lesquelles on teste une hypothèse ou une théorie. Cette définition fait référence à l'expérience scientifique ».
- Toujours du point de vue philosophique, l'expérience vise « l'ensemble des états mentaux accessibles à un sujet conscient (c'est à dire qui s'en rend compte) acquiert de l'information issue de son environnement. On parlera également d'expérience sensible ».

Dans l'optique de l'expérience patient, c'est la troisième définition qui retiendra notre attention. La théorie de la connaissance définit l'expérience non seulement comme toute connaissance immédiate, mais aussi comme une connaissance à partir des données sensorielles, une connaissance apprise et non innée.

Quelle est, de la raison ou de l'expérience, la source principale de la connaissance ? « *C'est en forgeant qu'on devient forgeron* », disait Aristote : l'expérience me livre donc un savoir qui n'est pas dans les livres et qui ne s'enseigne pas. Mais est-ce suffisant ?

Dans l'optique de cerner l'expérience patient, nous passerons en revue quelques apports philosophiques, psychologiques et sociologiques relatifs à la connaissance et à l'apprentissage notamment par l'expérience.

L'apport d'Emmanuel Kant¹ (Godin, 2007)

Lorsque Kant s'interroge sur la notion d'expérience, il affirme que si l'expérience se confondait avec la réalité, elle se réduirait au « *défilé successif d'impressions subjectives* » et ne nous permettrait jamais de « *connaître* » un objet.

La thèse de Kant est exprimée ainsi : « *Rien n'est connu qui ne soit donné dans l'intuition sensible ; mais l'intuition sensible n'est pas, à elle seule, une connaissance. La règle, par laquelle est possible l'expérience, c'est-à-dire la connaissance d'un objet, est de l'entendement ; le donné sensible ne la contient jamais.* »

Kant fonde son argumentation sur un double exemple : la perception d'une maison et celle d'un bateau en mouvement. Si l'expérience se réduisait à la perception de la réalité, il n'y aurait aucun moyen de distinguer un objet immobile (une maison) d'un objet en mouvement (un bateau descendant un fleuve). La maison est perçue successivement dans le temps, mais, en tant qu'objet dans l'espace, elle n'existe pas successivement, mais simultanément, car la maison ne bouge pas, c'est mon regard qui se porte d'un point à un autre. Il n'en est pas de même du bateau qui descend le fleuve. On perçoit le mouvement du bateau successivement et de façon subjective, bien qu'il soit objectivement en mouvement.

Ainsi, la perception seule est incapable de faire la différence entre une maison immobile et un bateau en mouvement. Pour Kant, il n'existe que deux facultés de la connaissance : la sensibilité et l'entendement ou en d'autres termes l'expérience et la raison. Kant se positionne **entre le rationalisme qui prétend pouvoir tout connaître et l'empirisme qui prétend que la raison est incapable de connaître quoi que ce soit en dehors de l'expérience.**

Le courant humaniste (*Approche centrée sur la personne*, s. d.)

Malcom Knowles, Carl Rogers et Abraham Maslow sont les précurseurs du courant humaniste qui préconise l'apprentissage d'une manière autonome avec une prise en compte essentielle des besoins affectifs et cognitifs.

¹ Emmanuel Kant (1724-1804) est un philosophe allemand, fondateur du criticisme et de la doctrine dite « idéalisme transcendantal »

Pour Malcolm Knowles², l'apprentissage de l'adulte se différencie de celui de l'enfant par le fait que l'adulte a déjà de « l'expérience » qui constitue un acquis fondamental de son apprentissage. Nul ne peut nier aujourd'hui l'importance de l'expérience dans tout apprentissage, et particulièrement l'apprentissage chez l'adulte.

Abraham Maslow³ et Carl Rogers⁴ sont les auteurs les plus représentatifs de ce que l'on appelle la troisième force de la psychologie, l'humanisme. Ce courant est apparu en opposition à la psychanalyse et au comportementalisme.

L'humanisme considère la personne sous un angle global et positif, où le centre de l'attention est l'expérience personnelle du sujet. Les gens sont des êtres actifs qui ont la capacité de se développer et leur instinct de base et leur dignité résident dans la confiance qu'ils ont en eux-mêmes.

Carl Rogers met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (empathie, relation humaine d'égal à égal et considération positive). Cette approche a été introduite en France sous l'appellation de méthode non-directive dans les années 1950, mais Carl Rogers l'avait déjà dénommée psychothérapie centrée sur le client puis approche centrée sur la personne.

Le pragmatisme (*Qu'est-ce que le pragmatisme ?*, s. d.)

Indépendamment de toute considération morale, ce courant philosophique voit dans l'efficacité pratique le critère de la vérité. Une idée devient vraie dès lors qu'elle finit par réussir ; une idée devient juste quand elle finit par triompher.

Dans cet ordre d'idées, John Dewey⁵ envisage une continuité de l'expérience humaine qu'il considère dans son ensemble. L'expérience vécue se fonde sur nos expériences antérieures et alimente nos expériences à venir. Elle n'est pas isolée, mais participe à une combinaison de mouvements qui dessinent le rythme de l'existence.

2 Malcolm Shepherd Knowles (1913-1997) est un pionnier de l'éducation pour adulte. Il développa un modèle de formation des adultes par opposition au modèle pédagogique traditionnel qui prend en compte les caractéristiques spécifiques de l'adulte dans le processus d'apprentissage.

3 Abraham Harold Maslow (1908-1970) est un psychologue américain connu pour son explication de la motivation par la hiérarchie des besoins, souvent représentée par la suite sous la forme d'une pyramide.

4 Carl Ransom Rogers (1902-1987) est un psychologue américain. Il a principalement œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la psychothérapie, de la relation d'aide (*counseling*), de la médiation et de l'éducation.

5 John Dewey (1859 -1952) est un psychologue et philosophe américain du courant pragmatiste . Il a également beaucoup écrit dans le domaine de la pédagogie où il est aussi une référence en matière d'éducation nouvelle.

L'expérience dans son ensemble pourrait être comparée un phénomène de « boule de neige » qui grossit et se raffermi au fur et à mesure. La vérité et la justesse des expériences s'enrichissent avec le temps.

Sociologie de l'expérience (Dubet, 1994)

François Dubet⁶ estime qu'il faut abandonner la représentation classique d'une société conçue comme un ordre où l'on peut identifier l'action sociale aux « lois » du système. Dès lors, l'objet même de la sociologie change : elle doit décrire des expériences sociales, c'est-à-dire les conduites individuelles de chacun d'entre nous, le seul principe d'unité de l'expérience sociale étant le travail sur lui-même que poursuit chacun de nous afin de se percevoir comme l'auteur de sa propre vie.

Finalement, l'expérience peut être retenue comme l'acquisition et le développement dynamiques des connaissances des êtres et des choses en interaction avec l'environnement au sens large (social, cadre de vie, professionnel...).

2.1.2 L'expérience patient

Après avoir cerné la notion d'expérience au sens large, il me faut aborder « l'expérience patient ». Ce concept est apparu début 2000 dans des pays comme le Canada, le Royaume Uni ou encore la Suisse et a permis aux patients la prise en compte de leur expérience dans leur parcours de santé. (Fortier & Balciunaite, 2021) Il n'est cependant pas toujours facile à appréhender. En effet, les professionnels ont conscience de cette notion, mais ont du mal à l'intégrer et à essayer de l'améliorer. Le parcours de soins s'est amélioré en intégrant de plus en plus le patient dans son approche. Celui-ci occupe désormais une place importante à côté du soignant.

L'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP) définit l'expérience patient comme « l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de

⁶ François Dubet, né le 23 mai 1946 à Périgueux, est un sociologue français, professeur à l'Université Bordeaux II et directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS).

ce parcours, mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée ». (*L'expérience patient*, s. d.)

L'expérience patient se décompose en trois parties théoriquement distinctes mais pratiquement simultanées. Il s'agit de l'expérience vécue par le patient, celle vécue par le soignant ainsi que celle apparaissant dans la relation soignant-soigné.

L'expérience patient concerne tout le parcours de soins : l'amont d'une consultation ou encore d'une hospitalisation ainsi que l'organisation du retour au domicile. Le parcours ou trajet de soins regroupe l'ensemble des interactions du patient. L'expérience sera menée d'un point de vue fonctionnel en analysant les interactions cliniques de ce trajet, mais également d'un point de vue émotionnel en prenant en compte le ressenti du patient lors de ses soins. La prise en considération de l'expérience patient ne se fait pas uniquement par rapport à sa pathologie, mais également en tant que personne à part entière, compte tenu de sa personnalité, de ses préoccupations et de ses attentes. (Arrighi De Casanova, 2019)

2.1.3 Attentes, qualité, ressenti et degré de satisfaction

Afin de pouvoir appréhender au mieux l'expérience patient, il est essentiel de définir les termes suivants : les attentes, la qualité, le ressenti du patient, mais également son degré de satisfaction. En effet, pour la compréhension du vécu du patient, il est important de savoir s'il est satisfait de l'accueil, de la prise en charge, des soins reçus, des aspects annexes, etc... Enfin, il est également pertinent de mettre en lumière quels seraient, du point de vue patient, les éléments à améliorer. (Dejean & Lurquin, 2015)

Afin de pouvoir mesurer ces différents points, il est primordial d'interroger le patient. Comment changer ou améliorer certaines choses quand on ne connaît pas ce qu'il y a à changer ou à améliorer ? Pour cela, j'aborderai dans la suite de ce chapitre la manière d'interroger le patient sur son expérience à travers certaines échelles et/ou certains questionnaires et d'en déterminer également le niveau de satisfaction.

2.1.3.1 *Les attentes :*

Commençons par la définition des attentes (de quelqu'un ou de quelque chose) afin de pouvoir mieux comprendre la qualité et le ressenti. L'attente est un mot qui peut avoir plusieurs définitions selon le sens qu'on veut lui donner.

Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'attente de quelqu'un ou de quelque chose est exprimée ainsi : « L'idée de comportement humain actif domine, l'accent étant mis sur la relation du sujet avec l'objet de l'attente ». (*ATTENTE : Définition de ATTENTE*, 2012)

Une autre définition, celle du Larousse, dit ceci : « Action d'attendre quelqu'un, quelque chose, de compter sur quelqu'un, sur quelque chose ; temps pendant lequel on attend ». (Larousse, s. d.)

On remarque, dans l'anticipation de l'effet placebo, par exemple, que les attentes peuvent être influencées par les concepts de transfert et de contre-transfert. Cela pourrait avoir une influence sur la relation patient médecin. Les théories psychanalytiques définissent le transfert comme étant « le processus par lequel les réactions affectives inconscientes du patient sont projetées sur la personne du médecin dans le cadre de la relation thérapeutique. De même que le contre-transfert représente l'ensemble des réactions inconscientes du médecin à l'égard du patient. » (Bardot et al., 2013)

Le concept de l'attente aux urgences sera développé plus loin dans ce travail.

2.1.3.2 *La qualité des soins :*

Afin de mieux percevoir la notion de qualité, il est important de définir la « démarche qualité ». Selon l'association française de normalisation (AFNOR - organisme de certification), elle « a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés. » (Silva, 2003)

Au-delà de "l'assurance-qualité" (s'appliquant aux produits, aux services...), on peut évoquer la qualité de vie. Selon l'OMS, la qualité de vie est un « sentiment de bien-être physique, moral et social. Elle dépend de plusieurs facteurs : le niveau de la déficience, les ressources psychologiques de l'individu et son environnement social. » (*Évaluation des technologies de santé à la HAS*, s. d.)

Selon Y. Matillon et al, la qualité en médecine « passe par le respect d'exigences préétablies et de conformité à des référentiels, ce qui implique que le ou les référentiels soient acceptés par ceux qui vont avoir à les mettre en œuvre, que l'on se donne les moyens pour qu'ils le soient, qu'on vérifie (contrôle qualité), que l'on corrige les écarts éventuels et qu'un processus dynamique d'amélioration de la qualité soit mis en place ». (Silva, 2003)

Certains indicateurs peuvent être relevés afin de pouvoir évaluer la qualité tels que : l'accessibilité, l'acceptabilité, la continuité, la sécurité, l'optimisation et la pertinence. (Silva, 2003)

La qualité peut avoir deux dimensions : objective et subjective. La subjectivité de la qualité est désignée par le bien-être et la satisfaction de son environnement tandis que l'objectivité relève « de la satisfaction des exigences culturelles et sociétales en matière de richesse matérielle, de statut social et de bien-être physique ». (Fernandez-Petite, 2007)

Il existe plusieurs difficultés lors de l'évaluation de la qualité. Selon R. Fey & J-M Gogue (1991), celles-ci sont liées « au caractère multidimensionnel du concept de qualité, l'absence d'unité de mesure commune, la diversité et la relativité des méthodes de mesure ».

Il faut également faire la différence entre "assurance qualité" d'un produit ou d'un service, ici en l'occurrence "prodiguer des soins", et la démarche « Qualité Totale ». L'hôpital produit un résultat qui est d'assurer que les soins prodigués aux patients sont de qualité. La qualité totale vise non seulement l'assurance qualité des soins, mais également l'ensemble des activités de l'hôpital en tant qu'entreprise, qu'il s'agisse des services en relation avec le patient (procédure lors de l'admission, premiers contacts avec le personnel soignant, repas...) ou de n'importe quel autre service par exemple la comptabilité, la DRH, l'approvisionnement... La qualité totale couvre tous les aspects de l'hôpital. Elle a pour but de faire en sorte que l'ensemble

de la vie du patient, des accompagnants, du personnel et de tous ceux qui sont en relation avec l'hôpital soit de qualité.

Dans le cadre de ce mémoire, la notion de qualité ne couvrira que le service des urgences. On retiendra que la qualité est une variable caractérisée par certaines exigences et différents indicateurs. Elle peut influencer les relations avec les patients de façon significative, mais également leur ressenti ainsi que celui du personnel intervenant.

2.1.3.3 *Le ressenti :*

Le ressenti est défini comme « perçu par un jugement purement subjectif, par une opinion définie principalement par une réponse spontanée et non réfléchie. » (*Ressenti*, s. d.) Le ressenti est individuel et peut avoir une interprétation différente selon l'acteur. Cela aura évidemment un impact sur ses choix et ses interprétations. Ce concept plutôt d'ordre proprioceptif identifiera les souvenirs d'expériences passées pour faire face au présent.

Différents outils sont utiles pour l'évaluation de la qualité et de la sécurité du patient lors de son parcours de soins. Cependant, le personnel essayant de répondre constamment aux exigences des bonnes pratiques, en arrive parfois à se détourner de leur préoccupation principale : l'amélioration du bien-être du patient en répondant à ses besoins. (Chabloz & Bagouet, s. d.)

2.1.3.4 *Degré de satisfaction*

On remarque que l'expérience patient se distingue de la satisfaction. La recherche du degré de satisfaction consiste souvent en une enquête (dite « enquête de satisfaction ») qui vise à demander l'avis des patients sur des sujets généralement prédéfinis. Contrairement à cette conception, l'expérience patient part du vécu que ce soit celui du patient, de sa famille, de ses accompagnants ou encore du personnel soignant. Ce vécu sera influencé selon leurs attentes, leurs objectifs et leurs besoins. (Fortier & Balciunaite, 2021)

Le degré de satisfaction est une notion subjective et qui résulte de tout ce qui fut développé précédemment (l'attente, la qualité et le ressenti). C'est l'ensemble de ces points qui détermine le niveau de satisfaction.

2.1.4 Expérience des soignants

« L'expérience patient » peut être impactée par l'expérience du soignant. L'amélioration de l'un ira avec l'amélioration de l'autre. On remarque que lorsque le soignant est bienveillant quand il effectue ses soins, le patient y est plus réceptif. A contrario, pour un même soin, si le soignant "ne va pas bien" (ex : burn out, stress, ressources insuffisantes, conditions de travail) ou pratique les soins de manière banale et/ou routinière, le patient va le ressentir et n'éprouvera pas le même sentiment. L'expérience du soignant aura aussi une influence en termes de « savoir d'expérience ».

Les savoirs d'expérience sont « acquis à l'occasion d'une démarche mentale, de l'application d'un jugement, du développement d'une intentionnalité, d'une prise de décision au sujet d'une action de nature affective, relationnelle, technique ou organisationnelle. Ces savoirs laissent des traces et s'enrichissent avec le temps et la multiplicité des situations vécues ». (Phaneuf, s. d.)

On oppose parfois ces savoirs d'expérience à la littérature scientifique. Leurs places ne devraient pas être considérées ainsi, mais repensées en termes de complémentarité, car quoi de mieux que baser la recherche sur des pratiques déjà existantes. Les infirmières sont des sources vivantes de savoirs d'expérience dont les connaissances se révèlent précieuses. Leurs savoirs sont généralement le fruit de pratiques, de mises en application, de jugements de l'action, de rectifications de précision du geste,... (Phaneuf, s. d.)

2.2 *Comment recueillir l'expérience patient ?*

Afin de collecter au mieux les éléments permettant d'évaluer l'expérience patient, il est nécessaire de travailler en étroite collaboration avec les prestataires de soins. Selon la PAQS, la collecte de l'expérience patient est de plus en plus répandue. Elle permet une analyse par méthode quantitative et s'intègre dans l'approche « patient-partenaire ». Ces données permettent de voir les problèmes que le patient a pu rencontrer lors de son trajet de soins ainsi que l'évolution de son expérience au cours du temps. (Q. Schoonvaere, 2020)

Mais à quoi cela sert-il de recueillir cette « expérience patient » ? L'Institut de la statistique du Québec a mis en évidence 4 points : évaluer la qualité des services de santé,

évaluer la performance, évaluer l'atteinte des résultats et améliorer l'expérience des patients. On remarque que ces approches ne sont pas contradictoires et peuvent être appréhendées séparément pour l'analyse. En fonction du but que l'on souhaite atteindre, on choisira un outil adapté. (PAQS, s. d.)

Les informations collectées lors de l'analyse de l'expérience patient seront utilisées différemment selon leur nature. Elles permettront de modifier des interventions spécifiques, changer les pratiques professionnelles, voire influencer l'élaboration de politiques publiques. (Dubé-Linteau, 2017)

L'approche pour analyser l'expérience patient peut avoir deux perspectives : qualitative ou quantitative. On remarque que l'approche quantitative est privilégiée puisqu'elle se base sur un plus grand échantillon, mais également parce qu'elle permet d'étudier la relation entre des variables ainsi que la comparaison entre certains groupes d'individus. Ces données quantitatives sont purement statistiques tandis que la perspective qualitative se centrera plus sur le ressenti. (Dubé-Linteau, 2017)

Avant le début de l'étude, il sera nécessaire de recueillir des informations concernant la qualité des questionnaires. Ce processus est indispensable, quel que soit l'instrument de mesure. Certains questionnaires ont été standardisés afin de les appliquer à différents systèmes de santé et ainsi comparer leurs performances. A contrario, d'autres sont spécifiques et ne permettent d'évaluer qu'une pratique particulière, celle pour laquelle le questionnaire a été créé ou adapté. (Dubé-Linteau, 2017)

Pour qu'un questionnaire soit standardisé, il doit répondre aux caractéristiques suivantes : être compréhensible de tous, être stable dans le temps et permettre de tester ce qu'il prétend tester. Il doit également être reproductible (donne le même résultat pour deux questionnaires identiques ou sans intervention), être sensible au changement (modification après une intervention) et être scientifiquement validé. Pour qu'un questionnaire soit le plus fiable possible, il faut effectuer sa mise en corrélation avec d'autres questionnaires semblables et reconnus. (Lugen, s. d.)

Les principales dimensions pour l'analyse de « l'expérience patient » sont les suivantes :

- 1 Respect des valeurs, préférences et besoins du patient
- 2 Coordination et intégration des services
- 3 Information, communication et éducation
- 4 Confort physique
- 5 Soutien émotionnel
- 6 Implication des familles et des proches
- 7 Continuité et transition des soins

La PAQS cite également les mêmes sept thèmes. Certains ajoutent également une huitième dimension : « l'accès aux soins ». (PAQS, s. d.)

2.2.1 PPE-15 :

Le « Picker Patient Experience Questionnaire (PPE) est un outil d'enquête permettant de mesurer quantitativement l'expérience rapportée par le patient. Le PPE-15 a été conçu à l'origine pour une utilisation en milieu hospitalier que ce soit pour les services planifiés ou d'urgence. Il contient des questions spécifiques pour savoir si des processus et événements particuliers se sont produits pendant l'épisode de soins des patients. Cette enquête peut être qualifiée comme complémentaire à l'enquête de satisfaction. Elle reprend quinze questions dans huit domaines différents qui ont été élaborées en partenariat avec les patients. Le « Picker Institute Europe » a fait tester son questionnaire auprès de patients venant du Royaume-Uni, d'Allemagne, de Suède, des États-Unis et de Suisse. Le questionnaire a ensuite été traduit en français. Cette étape a été suivie d'un test et d'une validation scientifique.

Quelques exemples de ce questionnaire :

- *Quand vous avez posé des questions importantes à un médecin, vous a-t-il répondu clairement ?*
- *Vous a-t-on prévenu à l'hôpital des effets indésirables de vos médicaments à surveiller une fois rentré chez vous ?* (PAQS, 2020)

2.2.2 PREM et PROM :

Selon la PAQS, le « Patient Reported Experience Measure » (PREM) est un indicateur mesurant l'expérience du patient lors de son trajet de soins. Ce questionnaire a été utilisé en

version raccourcie pour la conception du PPE-15. Il est plus axé sur l'amélioration de la qualité des soins en mettant le patient au centre des préoccupations. (PAQS, s. d.)

On remarque qu'il existe les PROM et les PREM. Les mesures de résultats rapporté par le patient (PROM) permettent aux patients d'apprécier la manière dont ils évaluent leur état de santé. Les PREM quant à eux permettent aux patients d'analyser leur vécu lors de leurs soins. Ces 2 questionnaires sont standardisés et scientifiquement validés.

Dans le cas qui m'intéresse, l'utilisation d'un questionnaire PREM est plus profitable que le PROM puisque c'est l'opinion du patient qui est récoltée. On n'y considère pas le soin en lui-même mais l'influence de ce dernier perçu par le patient. Bien qu'il ne mesure pas directement la qualité, il peut en être un indicateur. (Kingsley & Patel, 2017)

2.2.3 EDPEC Survey :

L'« Emergency Department Patient Experiences with Care Survey » (EDPEC Survey) est un questionnaire conçu selon les principes et directive du « Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems » (CAHPS).

Ce questionnaire permet d'analyser l'expérience des patients adultes qui se sont présentés au SU, qui y ont reçu des soins et qui sont rentrés chez eux. Les patients restants hospitalisés sont exclus de ce questionnaire. Cette enquête est composée de 35 items passant de l'admission au suivi après le départ des urgences. Elle permet de mieux comprendre l'expérience du patient et de l'analyser pour améliorer les services fournis. Elle peut être faite de manière autonome par les SU. (CAHPS Emergency Department Survey, 2020)

Parmi les données produites par cette enquête, on y retrouve : (CAHPS Emergency Department Survey, 2020)

- Obtention des soins en temps opportun
- Communication du personnel soignant avec le patient
- Communication sur les médicaments
- Communication sur le suivi
- Évaluation globale du service d'urgence
- Volonté de recommander le service d'urgence

2.2.4 Duque :

« Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe » (Duque, s.d.) est une étude qui vise l'évaluation et la mesure de l'effet des stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

C'est un projet de recherche européen auquel la Belgique n'a pas participé. Il a débuté en 2009 et s'est terminé en 2013. Son questionnaire comporte 24 questions. Il est plutôt axé sur la qualité et la sécurité. Les indicateurs cliniques de ce questionnaire concernant les patients restent cependant limités à certaines pathologies : l'infarctus aigu du myocarde, l'accouchement, la fracture de l'extrémité supérieure du fémur et l'accident vasculaire cérébral aigu. Ce questionnaire n'est donc pas spécifique aux SU.

2.3 *L'organisation d'un service d'urgence*

Le SU est un système complexe en interaction avec divers services et professionnels (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020). La mission d'un SU est d'accueillir en priorité les urgences vitales et/ou fonctionnelles et ce, jour et nuit. Son défi permanent est donc « l'efficience ».

Divers phénomènes comme par exemple la croissance démographique et l'évolution des comportements des patients, peuvent entraîner un engorgement. Au cours des dernières années, le nombre de patients n'a cessé de croître. (Swinner, R. et al., 2002)

L'évolution des comportements se manifeste principalement par le fait que les hôpitaux reçoivent des patients peu complexes en raison d'une disponibilité permanente. Ces urgences sont appelées « les urgences ressenties » et relèvent d'une consultation non programmée.

Ces nombreux événements influencent le temps d'attente et peuvent devenir une source d'insatisfaction des patients. Mais ils peuvent également avoir un impact sur l'attitude des soignants qui, étant surchargés, risquent d'être de moins en moins empathiques. L'optimisation des flux de patients aux urgences permet de limiter cette source d'insatisfaction. (Lovis et al., s. d.)

Une bonne compréhension de la dynamique ainsi que l'organisation d'un service d'urgence doivent précéder l'analyse de l'expérience patient.

2.3.1 Le temps d'attente aux urgences

Ce sous-chapitre est important puisque le temps et les conditions d'attente auront une influence sur les espérances et le ressenti du patient ainsi que sur son expérience de soins. On remarque également que, si le patient est influencé par le temps réel, il l'est également par le temps perçu ainsi que par l'environnement dans lequel se déroule son attente.

Le fait d'attendre est généralement reconnu comme une source d'insatisfaction. Cette insatisfaction est parfois augmentée puisque l'attente peut être source de douleurs prolongées inutilement ou encore d'un retard de soins dommageable pour la santé. Alors que, au contraire, les patients espèrent en venant aux urgences à une prise en charge rapide quelques soient leurs plaintes.

L'attente prolongée peut être perçue comme un dysfonctionnement au niveau de l'organisation, tant par le patient que par les urgentistes. (Belorgey, 2013) Cet allongement du temps d'attente peut également avoir une répercussion sur la qualité des soins, la satisfaction du patient et la productivité des professionnels. (Pateron, 2013)

« Comme le soulignent Thompson et al. (1996), l'attente se compose de deux dimensions : d'une part, l'attente réelle (qui peut être mesurée), et, d'autre part, l'attente perçue (qui est subjective et découle des impressions du patient). Leurs résultats, concordants avec ceux de Boudreaux et O'Hea (2004), démontrent que la satisfaction du patient provient du fait que leurs attentes (concernant le temps d'attente) aient été rencontrées ou dépassées, mais aussi que la satisfaction est plus amplement liée à l'attente perçue qu'à l'attente réelle. » (Raida & Magrofuoco, 2016)

Lors d'un parcours « type » aux urgences, le parcours du patient nécessite, à plusieurs moments de son parcours, de « l'attente ». En effet, la prise en charge est différente d'une simple consultation puisque le patient est soigné selon sa gravité ou sa pathologie et non pas selon son ordre d'arrivée ou à une heure programmée. Le délai d'attente, « délai de temps durant lequel l'individu attendra pour obtenir un soin », est variable en fonction de ce critère de gravité

(Pateron, 2013). Les équipes du SU mettent tout en œuvre pour réduire au maximum ce délai. Néanmoins, différents facteurs l'influencent :

- Le taux de fréquentation du service
- La gravité de la pathologie du patient considéré par rapport aux autres patients
- L'obtention des résultats d'éventuels examens complémentaires (ex : biologie)
- Les disponibilités en lits d'hospitalisation.

(Le déroulement de votre prise en charge, s. d.)

Il est essentiel de définir « le temps d'attente et de passage dans les services d'urgence », désigné sous l'acronyme TU. Ce terme représente : « le temps qui s'écoule entre le moment où un patient se présente à l'accueil d'un service d'urgence et celui où il quitte ce service ». Ainsi, ce TU sera à différencier du « temps d'attente entre l'arrivée du patient et sa prise en charge médicale ». Afin de pouvoir envisager de réduire ce TU, il faudra définir les différents moments qui le composent. (Belorgey, 2013)

La mesure du TU est unidimensionnelle et facilement chiffrable. Il suffit de faire la différence entre l'heure d'entrée du patient dans le service et son heure de sortie. Malgré l'envie de tous les acteurs de réduire ce temps, il existe des variations organisationnelles parfois nécessaires. (Belorgey, 2013)

D'autres délais sont aussi à mentionner dont certains peuvent être mesurés et d'autres pas.

Délais relevant de la responsabilité et de l'organisation de l'hôpital :

- L'encombrement du secrétariat : l'affluence à cet endroit peut retarder la prise en charge.
- Le délai avant le triage
- Le délai entre le tri et la prise en charge par le médecin. Ce délai sera parfois influencé par la disponibilité des locaux lors des heures d'affluence.
- Le temps entre la réalisation d'un examen, son envoi pour résultat et le résultat avec son interprétation
- Le temps entre la demande d'un soin (réfection d'un pansement avec un médicament par exemple) et le départ du patient.
- La disponibilité du personnel.

Délais qui ne sont pas du ressort de l'hôpital :

- le rythme d'arrivée des ambulances qui sont généralement prioritaires et occupent le personnel soignant.
- le temps à partir du moment où le patient peut partir mais doit attendre son transport (famille, taxi ou ambulance). Ce délai va également impacter l'organisation puisque l'occupation des locaux en sera affectée.

Tous ces délais sont variables selon les heures, les jours de la semaine ou encore les mois de l'année mais également en fonction de l'organisation de chaque service.

Tous les délais ne sont pas facilement mesurables et pour cette raison ne seront pas pris en considération dans le cadre de cette étude.

2.3.2 Services d'urgences

Dans cette étude de l'expérience patient lors de sa prise en charge aux urgences, il est important de mentionner le cadre architectural du service. Chaque service d'urgence est un peu différent mais ils suivent tous des normes architecturales similaires.

Selon l'AR du 27 avril 1998, le service d'urgence de l'hôpital doit avoir la fonction de « service d'urgences spécialisés » (*Arrete Royal du 27/04/1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents specialises » doit repondre pour etre agrée, s. d.*). Cette loi décrit, dans son chapitre premier, les normes architecturales ainsi que les équipements, dans son chapitre deux les normes fonctionnelles et dans son troisième chapitre, les normes d'encadrement à savoir le staff médical et infirmier. Voici les trois premiers articles de cet arrêté royal permettant de se faire une idée plus précise des normes auxquelles doit répondre un service d'urgences. Ces trois articles sont non exhaustifs puisque cet AR en contient seize.

Article 1. La fonction " soins urgents spécialisés " est composée d'une partie administrative et d'une partie technique qui forment un ensemble sur les plans architectural et fonctionnel. Elle dispose d'une entrée propre, clairement identifiée, qui comporte un accès pour piétons et une zone d'accueil pour ambulances, couverte, chauffée et pouvant être fermée. Elle doit être accessible aux personnes handicapées.

Article 2. La partie administrative se compose

1° d'un hall d'entrée;

2° d'un espace pour les formalités administratives;

3° d'une salle d'attente;

4° des installations sanitaires pour le personnel;

5° des installations sanitaires distinctes pour les visiteurs qui doivent être accessibles aux personnes handicapées;

6° d'un local pour l'accueil des patients et de leur famille;

7° d'un local de travail pour les médecins et les infirmières de la fonction;

8° des locaux pour le stockage du linge, du matériel, des vêtements et des objets de valeur ;

9° d'un local de détente pour le personnel de la fonction;

10° d'une chambre de repos pour le médecin qui assure la permanence dans la fonction.

Les équipements visés aux 4°, 5°, 8° et 9° peuvent être partagés avec un autre service ou une autre fonction ou section, pour autant que ceux-ci soient attenants à la fonction " soins urgents spécialisés ". La chambre de repos visée au point 1° peut être située en dehors de la fonction " soins urgents spécialisés ".

Article 3. § 1er. La partie technique se compose au minimum :

1° de locaux d'examen conçus pour respecter l'intimité des patients et équipés pour l'administration des soins médicaux;

2° un ou des locaux équipés pour la préservation, la stabilisation et la restauration des fonctions vitales d'au moins deux patients en état critique;

3° une salle équipée pour la petite chirurgie sous anesthésie loco-régionale;

4° un local disposant d'au moins quatre lits pour l'observation, visée à l'article 2, alinéa 2, 4°, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction " soins urgents spécialisés ", dont au moins un lit est muni d'un dispositif de surveillance adapté à un patient en état critique. Ce dispositif est distinct de ceux visés au 2°;

5° un espace pouvant servir de site de tri en cas d'afflux massif de victimes qui peut être celui visé à l'article 2, 1°, 3° ou 6° ainsi que la zone d'accueil pour ambulances visée à l'article 1er, alinéa 2;

6° un local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë contre l'automutilation et de les isoler des autres patients;

7° une salle équipée pour la pose de plâtres;

8° un local où des soins d'hygiène peuvent être prodigués aux patients alités ou ambulatoires.

Les lieux visés aux points 1° à 5° doivent permettre l'emploi d'un appareil mobile de radiographie.

§ 2. L'équipement vise au § 1er, 2° et 4° dont l'usage est strictement réservé à la fonction même, se compose au minimum de :

1° un appareillage de ventilation artificielle;

2° un défibrillateur avec écran pour le monitoring du rythme cardiaque;

3° un dispositif permettant l'aspiration gastro-intestinale;

4° un appareillage permettant l'aspiration endos-trachéale;

5° un appareillage pour le monitoring de la concentration O₂ périphérique d'un patient;

6° un appareillage pour le monitoring du volume de CO₂ expiré par un patient.

§ 3. La fonction doit également être équipée des appareils suivants :

1° un électrocardiographe avec 12 dérivations

2° le matériel de réanimation cardio-respiratoire de l'enfant et de l'adulte;

3° plusieurs sources d'oxygène portables permettant l'oxygénation des patients durant d'éventuels transports intra-hospitaliers;

4° un nombre suffisant de brancards mobiles

§ 4. En vue du maintien en service des appareils susmentionnés en cas de panne de la (des) source(s) d'électricité normalement utilisée(s), il convient de connecter la fonction à la source d'électricité autonome de l'hôpital. (Arrêté Royal du 27/04/1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée, s. d.)

Dans la suite de ce travail sera abordé l'architecture du service des urgences du CHIREC Delta.

2.3.2.1 Circuit / trajet de patient

Le trajet du patient dans un service d'urgence correspond aux différentes étapes de sa prise en charge. Divers éléments peuvent influencer le temps de ces trajets. On remarquera qu'un des facteurs influençant l'organisation d'un SU est son architecture. Selon Pateron (2013), la notion de « marche en avant » est intéressante à privilégier parce que dès lors que le patient a passé une zone, il ne reviendra plus en arrière dans cette zone. (Pateron, 2013)

Description théorique du trajet de soins (type ambulatoire) :

À titre d'exemple, le schéma ci-dessous illustre le parcours au sein des urgences des cliniques de l'Europe. (*Votre parcours au sein des urgences*, s. d.)

Figure 1 : Parcours au sein des urgences des Cliniques de l'Europe

La première étape est « l'admission ». Cette étape s'effectue auprès d'un secrétariat à l'aide des données administratives disponibles sur une pièce d'identité. Ensuite, le patient doit décliner le motif ou la plainte justifiant sa venue aux urgences, qu'on appelle « motif d'admission ». Le patient attend dans une première salle d'attente avant d'être vu par un soignant.

La seconde étape est nommée le « triage » (action de trier). Le patient est appelé par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) qui va réaliser le tri et un premier examen du patient. Ce premier examen recensera principalement : le motif d'admission, les plaintes du patient, son état de santé et ses paramètres vitaux. La prise des paramètres vitaux comprend une évaluation de la conscience et de la douleur (EVA). (Société francophone de médecine d'urgence & Boivin, 2004)

Le rôle de l'IOA est essentiel pour réguler les passages selon la gravité des patients et donc leur attente avant une évaluation médicale, car c'est elle qui va déterminer le degré d'urgence en fonction des 5 classes suivantes : (Pateron, 2013)

- Immédiatement s'il est de classe 1 (réanimation)
- Dans les 20 minutes s'il est de classe 2 (très urgent)
- Dans les 60 à 90 minutes s'il est de classe 3 (urgent)
- Dans les 120 minutes s'il est de classe 4 (standard)
- Dans les 240 minutes s'il est de classe 5 (non urgent) (Beveridge et al., 1998)

En fonction du degré d'urgence, des objectifs sont fixés concernant le temps maximum que le patient devra attendre avant le premier contact avec un médecin.

La troisième étape se déroule dans un local d'examen où s'effectuent la prise en charge et le diagnostic. Cela consiste en la réalisation de divers examens comme prise de sang, échantillon divers, électrocardiogramme... Cette étape est généralement préalable à la visite du médecin (étape 4).

La quatrième étape est celle où le médecin va interroger et examiner le patient et éventuellement demander des examens supplémentaires comme par exemple, une échographie, un scanner...

Après cette dernière étape, le patient est soit dirigé vers une unité de soins pour une hospitalisation soit renvoyé à son domicile.

2.3.2.2 *Flux de patients*

« Pateron » (2013) souligne que plusieurs études qu'il a analysées montrent que dans un service d'urgence environ un service sur deux est en suractivité. Cela signifie que la notion de prise en charge inclut un certain temps d'attente et que les conditions de cette prise en charge peuvent être mises à mal. On remarque que la période de suractivité n'est pas constante, mais plutôt variable selon le moment de la journée, des jours de la semaine ou encore des saisons de l'année. Il est cependant important de mentionner que l'organisation interne du flux de patients influencera la fluidité des passages, quelles que soient les circonstances. (Pateron, 2013)

2.3.3 Overcrowding (32)

Le mot « crowding » peut être traduit en français par le mot « encombrement ». Ce terme fait référence à l'état de la salle d'attente lorsque celle-ci comporte un nombre excessif de patients. Il n'a été réellement bien défini dans la littérature médicale qu'à partir des années 2000. Selon la traduction de la définition proposée par l'Américain College of Emergency Physicians : « L'encombrement se produit lorsque le besoin identifié de services d'urgence dépasse les ressources disponibles pour les soins aux patients au service des urgences, à l'hôpital ou les deux. » (Hoot & Aronsky, 2008)

On considère un SU encombré lorsque le nombre de patients ayant besoin de soins excède la capacité de l'offre. Il n'y a donc pas uniquement le nombre de patients qui influence l'encombrement, mais aussi la capacité à leur fournir des soins (Affleck et al., 2013). Cette notion d'encombrement est également le signe d'une difficulté d'organisation et donc de non-qualité de service. Une qualité optimale serait la fluidité constante dans le service. Est-ce possible ou non, telle est la question.

Le temps de passage d'un patient aux urgences peut être corrélé au taux d'occupation de l'établissement. Si on utilisait l'iceberg pour mettre en comparaison la situation observée, le dysfonctionnement des urgences serait la partie visible. A contrario, la partie invisible serait les répercussions sur l'hôpital tout entier. (Pateron, 2013)

L'« overcrowding » d'un service d'urgence est ancien et semble inéluctable. Diverses stratégies ont été exposées mais aucune ne peut résoudre définitivement le problème. Celui-ci n'influence pas seulement la longueur de l'attente mais est également associé à une augmentation de la mortalité et de la morbidité des patients. (Di Somma et al., 2015)

L'imprévisibilité des SU liée à des défauts d'organisation peut induire une possibilité d'« overcrowding ». Cela peut se rencontrer dans différentes institutions et même dans celles les mieux gérées. Dans certains hôpitaux, ce phénomène qui devrait être exceptionnel est plutôt récurrent. (Dickinson, 1989)

2.3.3.1 *Conséquences de l'overcrowding*

On note plusieurs conséquences de « l'overcrowding ». Un des premiers points est l'augmentation du temps d'attente du patient et donc de ses soins. La prolongation inutile de la douleur du patient peut engendrer de la frustration et être à l'origine d'une altération de la qualité des soins qui ont été retardés. Cette altération peut être aggravée dans le cas de certaines pathologies. (Raida & Magrofuoco, 2016)

Le personnel est également soumis à une pression supplémentaire liée à l'arrivée de nombreux patients dans un environnement aux ressources limitées. Cela peut induire un stress pour le personnel de même que pour le patient.

Une autre conséquence est que les ressources du SU peuvent diminuer en raison de patients qui devraient être hospitalisés, mais restent encore aux urgences par manque de place dans les unités. D'autres patients pouvant rentrer chez eux sont retardés dans l'attente d'un transport et occupent également de l'espace. Certains patients nécessitent une surveillance (monitoring, visuelle,...) ce qui induit une charge de travail supplémentaire et donc une difficulté à consacrer du temps à d'autres patients.

2.3.3.2 *Causes*

Les causes de l'overcrowding ne peuvent être attribuées à un facteur unique. Elles sont plutôt liées à un ensemble de causes complexes. Ces causes échappent parfois à la gestion du personnel des SU. (Estey et al., 2003)

On trouvera parmi ces causes :

- l'utilisation des SU pour les cas non-urgents liés à un manque d'éducation du public concernant l'offre de soins en Belgique ;
- une population vieillissante qui nécessite plus de soins ;
- l'augmentation de l'acuité du patient ;
- la pénurie de main-d'œuvre ;
- l'attente des résultats des analyses de laboratoire et des imageries ;
- le manque de soins de longue durée et d'autres contextes alternatifs ;
- le manque de disponibilité de lits d'urgences ou d'hospitalisation (ou les deux) ;
- l'apparition de maladies de plus en plus sévères qui nécessitent un temps d'hospitalisation plus long ;
- l'accès aux soins de revalidation et aux maisons de repos est de plus en plus limité.

Selon l'étude d'Estey & al, les participants ont relevé comme causes : (Estey et al., 2003)

- l'indisponibilité des lits d'hospitalisation associée à une pénurie d'infirmiers à l'étage et un nombre élevé de patients en attente d'un transfert ;
- cette indisponibilité a amené un changement du rôle du service des urgences en créant une charge supplémentaire pour les infirmières ;
- la pénuries d'infirmier et la réalisation de tâches diverses supplémentaires en dehors des heures de service par du personnel non médical ;
- l'accès aux soins de première ligne, car les médecins généralistes ont de plus en plus de difficultés à se rendre disponibles. Certains ne prennent plus de nouveaux patients et incitent les personnes à se tourner vers une offre de soins avec une plus grande facilité d'accès, comme les hôpitaux ;
- les délais pour les imageries et le service du laboratoire.

Comme dit précédemment, ce n'est pas toujours le SU, à lui seul qui est en cause dans le phénomène d'overcrowding. Ces causes sont nombreuses et pas toujours intrinsèques au SU.

3 Matériels et Méthodes

3.1 *Lieu du déroulement de l'étude (Le CHIREC et son nouvel hôpital Delta, 2019)*

Cette enquête se déroulera au « Centre Hospitalier Interrégional Édith Cavell », en abrégé « CHIREC », sur le site Delta. Il s'agit d'une Association Sans But Lucratif (ASBL). Cette structure regroupe 3 centres hospitaliers (Delta, Braine-L'Alleud et Saint-Anne - Saint-Rémi), mais également un centre médico-chirurgical de jour (La Basilique) et cinq polycliniques (Parc Léopold, Edith Cavell, Le Lambermont, La City Clinique Louise et le Centre Médical Jean Monnet).

Dans le cadre de ce travail, les recherches se baseront uniquement sur une analyse de l'Hôpital Delta. Ce site a officiellement ouvert ses portes le 9 décembre 2017 et est issu de la fusion de l'ancienne Clinique du Parc Léopold avec celle d'Edith Cavell, devenues toutes deux des centres médicaux.

Ce complexe hospitalier est situé à Auderghem. Il est composé de 545 lits sur les 1145 lits que comporte le CHIREC au total. Son service d'urgence couvre à lui seul une superficie de 2500 m² sur un total de 104 000 m². Celui-ci se situe à l'étage -1 avec tous les autres services médico-techniques (Imagerie Médicale, QO, Soins Intensifs...). Ces services forment un ensemble cohérent qui permet d'assurer une prise en charge efficace des cas les plus aigus (AVC...). Les déplacements futiles, source de perte de temps, sont dans la majeure partie des cas éliminés.

Le SU a été conçu pour prendre en charge les enfants et les adultes de manière séparée. Il comporte également un SMUR qui est actif deux semaines sur trois depuis septembre 2020. Auparavant, celui-ci n'était actif qu'une semaine sur trois. Le service dispose de divers locaux pour la prise en charge (standards, réanimation, pédiatrique...). Il est aussi équipé d'une salle de radiologie permettant ainsi de réduire les trajets.

L'équipe des urgences est composée d'un pool médical comprenant des médecins urgentistes « seniors », des assistants en médecine d'urgence et d'autres en médecine interne. Ceux-ci sont supervisés par un médecin chef. L'équipe soignante est composée d'environ trente-deux équivalents temps plein (ETP) infirmiers. La plupart a suivi la formation

« SIAMU » après leur bachelier en soins infirmiers, mais d'autres ont suivi la formation pédiatrique. Cette équipe est supervisée par un infirmier chef. Ils sont assistés d'un ETP aide logistique, de deux ETP secrétaires médicales ainsi que de l'équipe administrative. Cette dernière s'occupe principalement des admissions et des hospitalisations.

Dans les prévisions initiales du CHIREC, le service d'urgence devait accueillir plus de 35 000 patients par an. Ce chiffre est largement atteint. Rétrospectivement, le nombre de passages durant l'année 2019 était déjà de 41 917 patients et en 2020 de 36 247 (cf. annexe 1). Le nombre annuel a en effet été impacté par la Covid-19 en 2020.

3.2 *Sélection du public cible*

La population cible sera sélectionnée parmi les patients des urgences du CHIREC sur le site Delta. On estime que sa taille s'élèvera à environ 1400 patients, pris en compte sur une durée de 14 jours consécutifs, étant donné que les moyennes quotidiennes journalières en 2020 étaient de 100 patients par jour. L'échantillon sera de 1010 questionnaires avec une estimation du taux de réponse et de personnes entrantes dans les critères d'inclusions s'élevant à 30%. La taille de l'échantillon final analysé sera d'environ 302 questionnaires remplis. L'échantillon sera pris en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion. Certains patients pourront donc être jugés inéligibles directement sur base de ces critères. D'autres seront retirés à un stade ultérieur. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020)

Selon les recommandations faites par le CMS, les patients qui se présenteront plusieurs fois ne seront inclus dans l'étude que lors de leur première visite. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020)

Les critères d'exclusion seront : (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020)

- Patients qui ont en dessous de 18 ans
- Patients qui ont été hospitalisés
- Patients qui sont décédés aux urgences
- Patients qui refusent d'être contactés
- Patients des tribunaux ou force de l'ordre
- Patients ayant une adresse à l'étranger
- Patients qui sont partis sans avoir été examinés par un médecin

- Patients qui ont été admis en unité d'observation aux urgences (HP).
- Patients n'ayant pas d'adresse e-mail
- Patients en isolement

Les critères d'inclusion seront :

- Patients entre 18 et 90 ans.
- Patients venus aux urgences du CHIREC Delta
- Patients renvoyés chez eux après les soins
- Patients venus entre le 10/03/21 et 24/03/21.
- Patients capables de donner un consentement éclairé.

3.3 *Sélection du questionnaire :*

Ma sélection s'est déroulée de la manière suivante :

Quatre enquêtes / questionnaires avaient été retenus. Ceux-ci pouvant être utilisés pour l'analyse de l'expérience patient. Parmi ceux-ci, la "Duque" a été exclue d'office puisque lors de l'analyse préalable de ce projet, cette étude était restrictive d'un point de vue pathologique et non spécifique aux SU.

Le questionnaire PPE-15, version simplifiée du PREM, a été préféré au PREM. En effet, les patients qui seront susceptibles de répondre à ce type de questionnaire n'auront peut-être pas envie d'y consacrer trop de temps. Il est donc intéressant que la réponse à l'enquête ne soit pas d'une trop longue durée.

Une comparaison entre « EDPEC » et « PPE-15 » a ensuite été réalisée. Ces 2 questionnaires s'appliquent au milieu hospitalier et plus précisément aux SU. Ma préférence se porte sur le questionnaire "EDPEC" puisqu'il analyse les patients qui sont rentrés chez eux après leur passage aux urgences. Il permet également une vue globale du service ainsi que le ressenti du patient allant de l'inscription à la recommandation après la sortie du service. Il comporte cependant un nombre élevé de questions, mais cet inconvénient est modifiable, car s'agissant de questions en cascade, la réponse à l'une peut en exclure d'autres. Les deux étant en version anglaise, il est nécessaire de les traduire.

À la suite de ces différentes considérations, j'ai décidé que le questionnaire utilisé serait « EDPEC ».

3.4 *Outil de recherche*

Comme dit précédemment, après l'analyse de différents projets, questionnaires et enquêtes, le questionnaire EDPEC a été adapté pour être utilisé dans le but d'améliorer la qualité et l'expérience patient.

À propos du projet EDPEC, un des référents m'a annoncé que désormais ce questionnaire s'appellera ED CAHPS. Sa dernière version, disponible en anglais et en espagnol, date de juillet 2020. Ce questionnaire ainsi que les données pour son application sont en libre accès afin de pouvoir reproduire leur étude. Cela permet d'encourager les hôpitaux à l'utiliser et d'obtenir de nouveaux résultats afin d'éclairer leurs propres recherches. De ce fait, ce questionnaire pourra également être utilisé de manière autonome par le chercheur ou une personne engagée pour le faire.

Le CMS indique également qu'il faudra éviter de modifier le questionnaire concernant la formulation des questions, des propositions de réponses ou encore l'ordre des éléments. Si des éléments devaient être ajoutés, il serait préférable de les mettre à la fin et faire en sorte qu'il soit peu nombreux. Ces principes seront globalement respectés dans cette recherche.

Ce questionnaire étant utilisé aux États-Unis, la plupart des questions sont restées similaires. Cependant, certaines questions ont nécessité une modification. Par exemple, la question de la race a été modifiée en nationalité de la personne interrogée. Autre exemple, la question de la langue parlée ; les choix de réponses seront adaptés pour la Belgique. Ces deux exemples ne sont pas exhaustifs. De plus, le questionnaire (annexe 2) est traduit de l'anglais. La traduction sera réalisée sans traducteur indépendant à l'enquête.

Les patients rentrant dans les critères d'inclusion ont été vus par la chercheuse avant de quitter les urgences. Ils ont reçu les informations orales de celle-ci sur l'enquête réalisée. Le participant a été informé que cette étude est sur base volontaire, qu'elle a fait l'objet d'un comité éthique (annexe 6), qu'il peut ne plus répondre au questionnaire s'il ne le souhaite plus et que ses soins ne seront pas modifiés en fonction de son acceptation ou refus. Il a également été

mentionné que le mail comportant un lien sera envoyé le lendemain et qu'il suffira de cliquer sur le lien pour avoir accès au questionnaire. Ce lien garantit que les adresses mail utilisées restent anonymes. Un document d'information leur a également été remis avec ces mêmes informations (annexe 3). Suite à leur accord de participation, il leur a été demandé de signer un formulaire de consentement et de communiquer leur adresse e-mail. Leurs coordonnées (nom, prénom et e-mail) ont été enregistrées dans un document comportant la date de leur passage pour leur envoyer le mail.

Quand certains patients demandaient les thèmes ou les questions posées dans le questionnaire, on leur a expliqué que le questionnaire dure environ 5 à 10 minutes, qu'il est composé de différentes sous-questions, qu'il y aura un total d'environ 35 questions avec des réponses à choix multiples parmi lesquelles se trouvent :

- 3 questions sur « Se rendre aux urgences »
- 7 questions sur « Pendant la visite aux urgences »
- 2 questions sur « Les personnes qui prennent soins de vous »
- 6 questions sur « Quitter le service d'urgence »
- 2 questions sur « L'expérience globale »
- 2 questions sur « Vos soins de santé »
- 9 questions sur « A propos de vous »

Le nombre de questions est variable selon les répondants puisque certaines réponses impliquent l'exclusion d'une ou plusieurs questions.

Le lendemain matin, un mail (annexe 4) leur a été adressé avec un lien vers le questionnaire. Ce mail fait également mention d'un rappel de participation qui sera expédié 15 jours après la visite.

3.5 *Collecte des données*

Afin d'avoir le maximum de patients rentrant dans les critères d'inclusion, les infirmiers du service seront sollicités pour l'explication et la prise de coordonnées selon leur disponibilité durant la journée et la nuit. Leur aide se fera uniquement lorsque la chercheuse ne sera pas dans le service.

L'envoi des questionnaires se déroulera par mail le lendemain de la visite aux urgences. Cela nécessitera au patient d'avoir signé le formulaire de consentement lors de sa visite ainsi

que d'avoir donné son adresse mail. Le patient aura 30 jours à partir de la date de réception de l'e-mail pour répondre. Un rappel sera envoyé à chaque personne à J+15.

Le questionnaire sera distribué via un lien dans le mail menant sur le site Qualtrics (*Qualtrics - Solutions de gestion de l'expérience*, s. d.). Par la suite, les données seront récoltées et exportées grâce aux fonctionnalités disponibles sur Qualtrics. L'analyse des données sera effectuée selon une analyse quantitative à l'aide du logiciel IBM SPSS®. (*Logiciels SPSS - France | IBM*, s. d.)

L'encodage des données commencera par la définition opérationnelle de chaque variable ainsi que la création d'un « codebook » précis. Après l'encodage des différentes variables, l'échantillon global sera analysé avec des mesures descriptives.

3.6 *Respect éthique*

La prise en compte du respect éthique dans une recherche est primordiale. L'investigateur devra donc la prendre en compte pour procéder correctement à sa récolte des données. Cette étude fera l'objet d'une demande au comité éthique du CHIREC (annexe 6) concernant la permission de distribution du questionnaire et la récolte des coordonnées des patients. Les patients acceptant de participer à l'enquête signeront un formulaire de consentement (Annexe 5).

3.7 *Conclusion :*

L'étude a été réalisée dans le service des urgences du CHIREC Delta entre le 10/03 et le 24/03/2021. Les derniers e-mails ont été envoyés le 25/03/21. Suite à un manque de temps et à un taux de réponse avoisinant les 50%, les mails de rappels n'ont pas été envoyés au 15^{ème} jour.

Le nombre de passages total, tous patients confondus, durant ces 14 jours s'élève à 1723 patients. Le nombre de passages horaire n'a cependant pas pu être relevé. On remarque que 1238 de ces patients étaient des adultes et que 203 de ceux-là ont été hospitalisés. Le nombre de patients en isolement n'a pu être relevé. Pour l'analyse des résultats, la question du biais de sélection peut déjà être posée.

4 Résultats

Le but de ce chapitre est de détailler l'ensemble des résultats récoltés sur le terrain afin de répondre à ma question de recherche : « **Quels sont les facteurs dans l'organisation au sein d'un service d'urgence qui ont un impact sur l'expérience du patient ?** »

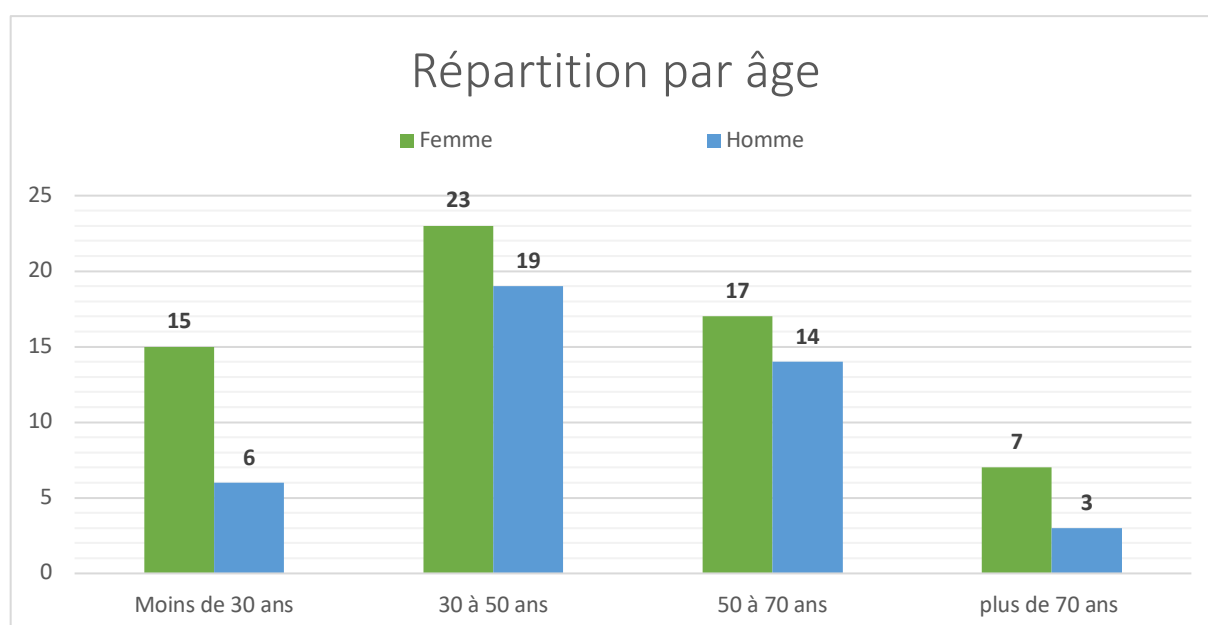
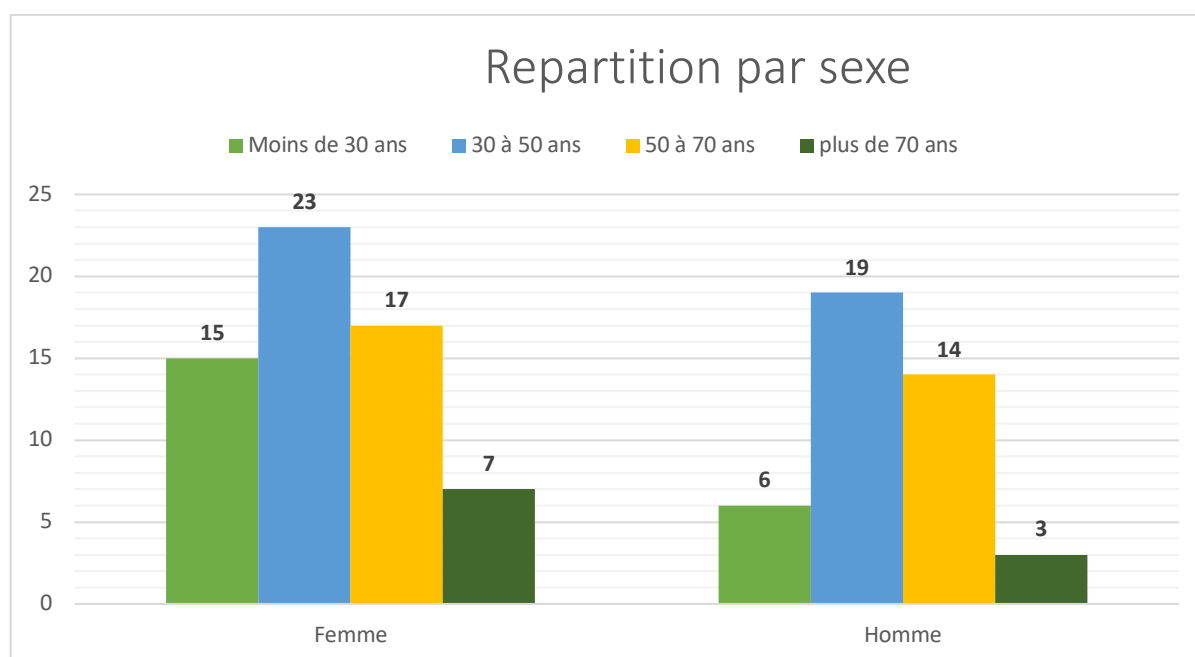
4.1 *Statistiques descriptives de l'échantillon*

L'échantillon initial était composé de 204 consentements recueillis. Cependant, sur les 204 consentements, seuls 192 mails ont pu être envoyés. La différence provient de 12 mails qui n'ont pu être envoyés pour cause d'adresse inexacte. Parmi les 192 mails, le nombre de réponses au questionnaire s'élève à 114. 9 répondants n'ont pas finalisé leur questionnaire et un répondant a validé son questionnaire sans réponse. Ceux-ci n'ont pas été pris en compte dans le dépouillement. L'échantillon réel global analysé est composé de 104 participants. Le taux de réponses par rapport aux consentements est de 55,88 %. Le taux de réponses par rapport aux envois est de 59,38 %. Par contre, le taux de réponses exploitables recueillies est de 54,17 % soit 104 réponses complètes sur 192 consentements effectifs.

L'échantillon réel global (n=104) est composé de 42 hommes (40,38%) et 62 femmes (59,62%). Concernant l'âge des répondants, 21 personnes ont moins de 30 ans (20,19%), 42 personnes ont entre 30 et 50 ans (40,38%), 31 personnes ont entre 50 et 70 ans (29,81%) et 10 personnes ont plus de 70 ans (9,62%).

La figure ci-dessous montre que la population de l'échantillon est composée de plus de femmes. On remarque également que les femmes de plus de 70 ans sont plus nombreuses. Ce constat est conforme au fait que la population de plus de 70 ans est composée majoritairement de femmes. (cf. figure 2) L'hypothèse que l'âge et le sexe des participants sont indépendants ne peut être rejetée (p-valeur = 0,518).

Figure 2 : Fréquence de l'échantillon en fonction de l'âge et du sexe



Le niveau scolaire des répondants varie également selon l'âge. Quatre répondants ont été jusqu'en primaire (3,85%). Ceux-ci se retrouvent dans les catégories de plus de 50 ans. 19 personnes (18,27%) ont suivi des études jusqu'en secondaire et sont assez dispersées dans les catégories d'âge. Concernant les personnes ayant fait des études supérieures, 81 personnes de l'échantillon en font partie (77,88%). Presque la moitié de ces 81 personnes a entre 30 et 50 ans.

Tableau 1 : Fréquence de l'échantillon en fonction de l'âge par rapport au sexe et au niveau scolaire

Caractéristiques	Patients (n=104) ↓ N (%)	Moins de 30 ans	Entre 30 et 50 ans	50 à 70 ans	Plus de 70 ans
Sexe N (%)	➡	21 (20,2)	42 (40,4)	31 (29,8)	10 (9,6)
<i>Homme N (%)</i>	42 (40,38)	6 (14,3)	19 (45,2)	14 (33,3)	3 (7,1)
<i>Femme N (%)</i>	62 (59,62)	15 (24,2)	23 (37,1)	17 (27,4)	7 (11,3)
Niveau scolaire N (%)	➡	21(20,2)	42 (40,4)	31(29,8)	10 (9,6)
<i>Primaire N (%)</i>	4 (3,8)	0	0	2 (50)	2 (50)
<i>Secondaire N (%)</i>	19 (18,3)	5 (26,3)	6 (31,6)	6 (31,6)	2 (10,5)
<i>Supérieur N (%)</i>	81 (77,6)	16 (19,8)	36 (44,4)	23 (28,4)	6 (7,4)

Le dépouillement révèle que la langue principalement parlée est le français. 79 répondants (75,96%) ont mentionné qu'ils utilisaient le français comme langue principale à la maison. 3 autres (2,88%) ont dit parler principalement le néerlandais et 3 autres (2,88%) l'anglais. Les 19 sujets restants (18,27%) parlent une autre langue que les 3 précédentes. Notons que parmi l'ensemble des participants, 72 (69,23%) sont de nationalité belge dont 66 parlent français, ce qui représente 63,46% de l'échantillon global analysé.

L'auto-évaluation de l'état de santé globale des participants comporte 2 sous questions : l'état de santé globale et l'état de santé mentale ou émotionnelle.

L'évaluation de l'état de santé globale des participants montre que 27 d'entre eux ont répondu **excellent** (25,96%), 39 ont répondu **bien** (37,5%), 30 ont répondu **moyen** (28,85%), seulement 7 ont répondu **mauvais** (6,73%) et 1 personne l'a mentionnée comme **terrible** (0,96%). (Cf. annexe 7)

Ensuite, pour l'évaluation de l'état de santé mentale, 28 l'ont trouvé **excellente** (27,45%), 46 ont répondu **bien** (45,10%), 22 ont mentionné **moyen** (21,57%), 5 l'ont trouvé **mauvaise** (4,9%) et seulement 1 personne l'a mentionnée comme **terrible** (0,98%). 2 personnes n'ont par contre pas répondu à cette sous-question. (Cf. annexe 7)

Les figures n° 4 et 5 nous montrent la répartition de l'évaluation de la santé (globale et mentale) des participants en fonction de leur âge. On y remarque une similarité importante. Les différences entre la santé globale et mentale se trouvent principalement chez les personnes plus âgées qui estiment avoir une meilleure santé mentale que globale. On peut également remarquer

que les personnes de plus de 70 ans n'ont répondu ni mauvais ni terrible à aucune des 2 sous questions. L'hypothèse d'indépendance entre l'âge et l'auto-évaluation de leur état de santé globale ne peut être rejetée (p-valeur 0,173). Il y a donc uniquement une association entre l'âge et l'état de santé mentale ou émotionnelle (p-valeur : 0,004).

Figure 4 : Fréquence de l'évaluation du score de santé globale en fonction de l'âge

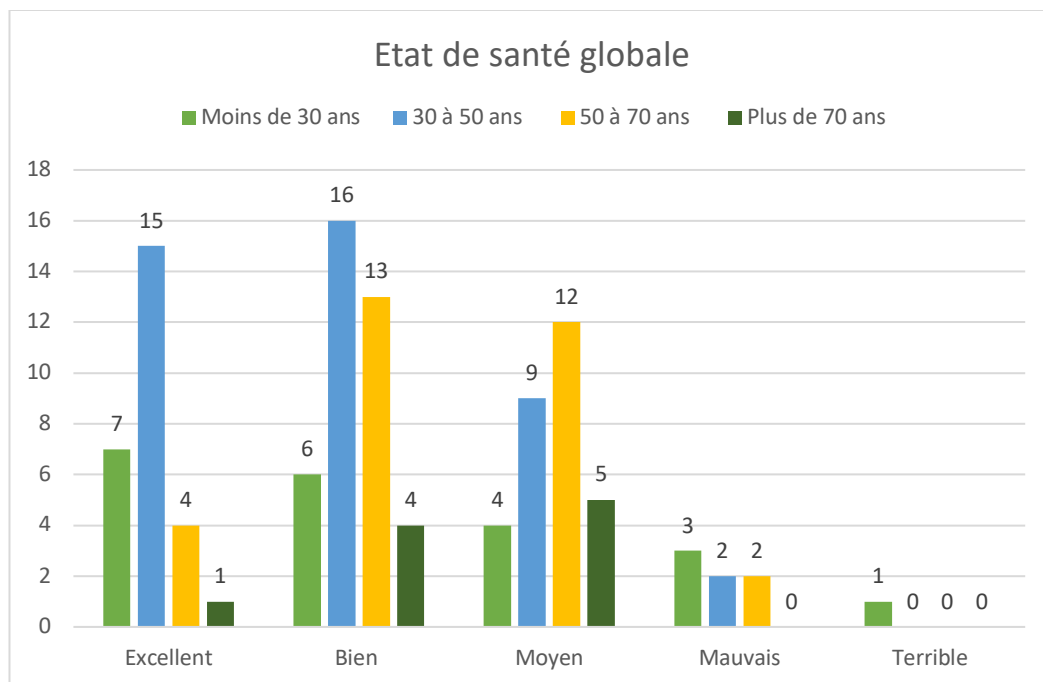
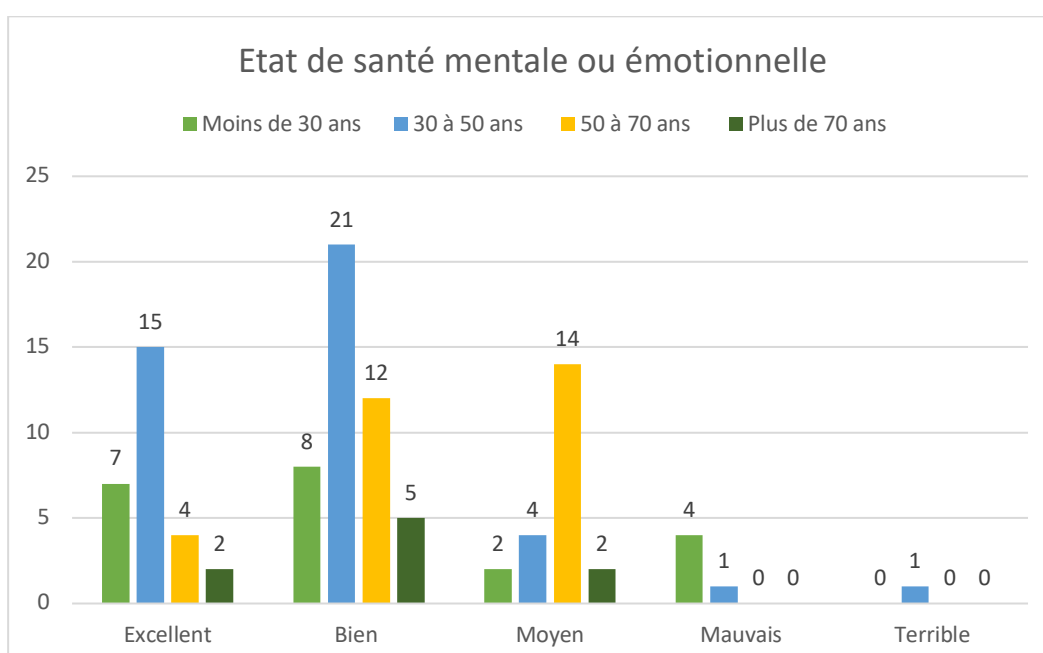


Figure 5 : Fréquence de l'évaluation du score de santé mentale ou émotionnelle en fonction de l'âge



4.2 Description de l'expérience de la prise en charge et des soins

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, près de 90% des patients se présentent par leurs propres moyens à l'hôpital. En outre, 11 personnes (10,58%) sont arrivées aux urgences en ambulance et 9 d'entre-elles ont été prises en charge endéans les 30 minutes. Nous ne pouvons affirmer qu'il y ait une relation entre la venue en ambulance et la perception des soins endéans les 30 minutes (p-valeur = 1).

A la question relative à la raison principale de leur visite, les participants avaient le choix entre 4 propositions de réponses. 32 personnes (30,77%) ont répondu être venues pour un **accident ou une blessure**, 36 (34,62%) pour un **problème de santé** ou une préoccupation **en cours**, 34 (32,69%) se sont rendues aux urgences pour un **nouveau problème de santé** et 2 (1,92%) sont venues pour une **question médicale rapide**. Aucune affirmation ne peut être émise concernant une relation entre la raison de la visite et la perception des soins endéans les 30 minutes (p-valeur = 0,769).

Au sujet du début de la prise en charge, une question relatait le temps écoulé avant que quelqu'un interroge les patients sur la raison de leur présence. A cette question, 57 personnes (54,29%) affirmaient que le temps écoulé était de **moins de 5 minutes**, 33 autres personnes (31,43%) ont mentionné un temps **de 5 à 15 minutes** et 15 personnes (14,29%) ont attendu **plus de 15 minutes**.

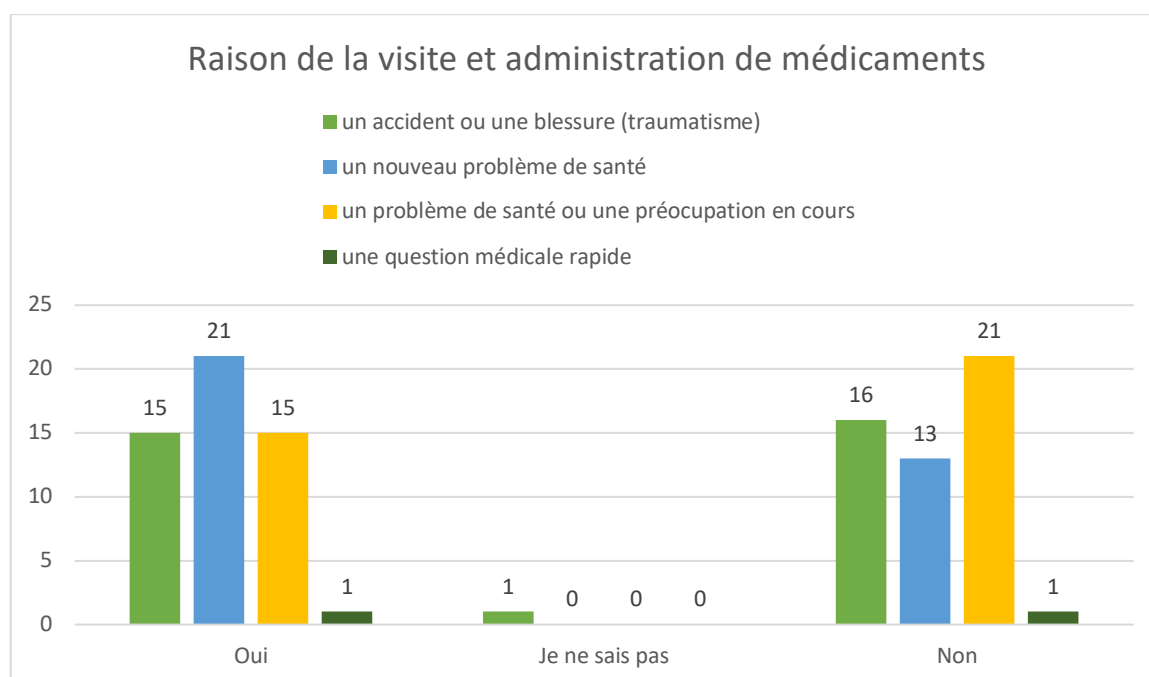
Concernant le fait de savoir si les soins ont été prodigués dans les 30 minutes, 22 personnes (21,15%) ont répondu **non** à cette question contre 82 (78,85%) qui ont mentionné **avoir reçu des soins** endéans les 30 minutes. La relation entre la perception des soins et la raison de la visite ne peut être affirmée (p-valeur = 0,669).

Abordons désormais les questions portant sur la médication des patients lors de leur venue. 83 personnes (80,58%) ont été interrogées par le personnel au sujet des médicaments qu'ils prenaient contre seulement 20 (19,42%) qui ne l'ont pas été. 1 personne n'a pas répondu à cette question. Cette question peut être liée à la raison de leur visite. On remarque que 10 patients se présentant pour un traumatisme n'ont pas été interrogés sur ce sujet soit 50% des personnes non interrogées sur leurs médicaments. Il y a en effet, un pourcentage plus petit (20%) dans le cas

du nouveau problème de santé et 30% dans le cas de la préoccupation en cours. L'association entre ces 2 variables ne peut cependant pas être affirmée (p -valeur = 0,208).

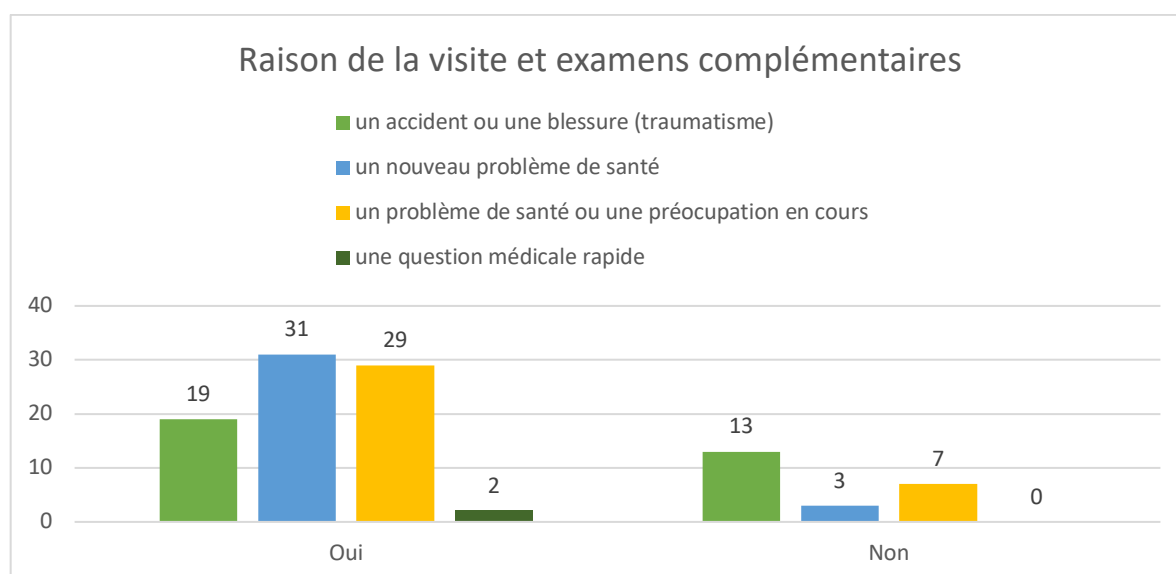
Concernant l'administration de médicaments, 52 personnes (50%) en ont reçu dont 39 disent avoir tout à fait eu les informations concernant leur action, 9 autres affirmaient avoir eu des informations incomplètes et 4 personnes prétendaient ne pas avoir été informées. Dans la figure 6, on remarque que la majorité des répondants (21 personnes) ayant reçu des médicaments venaient principalement pour un nouveau problème de santé. Les personnes venant pour un problème de santé ou une préoccupation en cours ont été nombreuses à dire n'avoir pas reçu de médicaments lors de leur prise en charge. Si on interprète les résultats de l'information relative aux effets secondaires des médicaments administrés, seules 7 personnes (13,46%) disent avoir tout à fait reçu ces informations, 12 (23,06%) expriment en avoir reçu un peu contre 33 personnes, soit plus de 60%, qui ont prétendu n'en avoir reçu aucune.

Figure 6 : Relation entre la raison de la visite et l'administration de médicaments au patient



Plus de 75% de l'échantillon a eu un examen complémentaire (prise de sang, radiographie ou tout autre test) soit 81 participants. La figure 7 montre que les examens complémentaires ne sont imposés par aucune raison particulière. Le test statistique va également dans ce sens (p -valeur = 0,803).

Figure 7 : Relation entre la raison de la visite et la réalisation d'examens complémentaires



4.3 *Départ du patient*

80 patients ont nécessité la prescription de médicaments après leur venue aux urgences soit plus de 75%. Sur ces 80 personnes, 58 affirmaient avoir reçu toutes les informations nécessaires, 19 avoir reçu un peu d'informations et 3 personnes disent ne pas avoir reçu d'informations relatives à l'action du ou des médicaments prescrits.

Par rapport aux soins de suivi, plus de 60% (64 participants) répondent que le personnel leur en a parlé. 20% (23 participants) ont eu certaines informations et environ 16% (17 personnes) disent n'en avoir reçu aucune. Concernant la façon d'obtenir un suivi, 72 personnes (69,23%) ont reçu les informations contre 32 (30,77%) qui n'en ont pas reçu. Si l'on veut cerner un besoin réel d'informations sur la manière d'obtenir un suivi, 30 personnes (28,85%) disent qu'elles en auraient eu besoin. Une association entre ce besoin d'informations et la raison de la visite est démontrée (p -valeur = 0,028). Cependant, aucune corrélation ne peut être faite avec la perception des informations sur le suivi (p -valeur = 0,564) ni avec la perception de soins endéans les 30 minutes (p -valeur = 0,476).

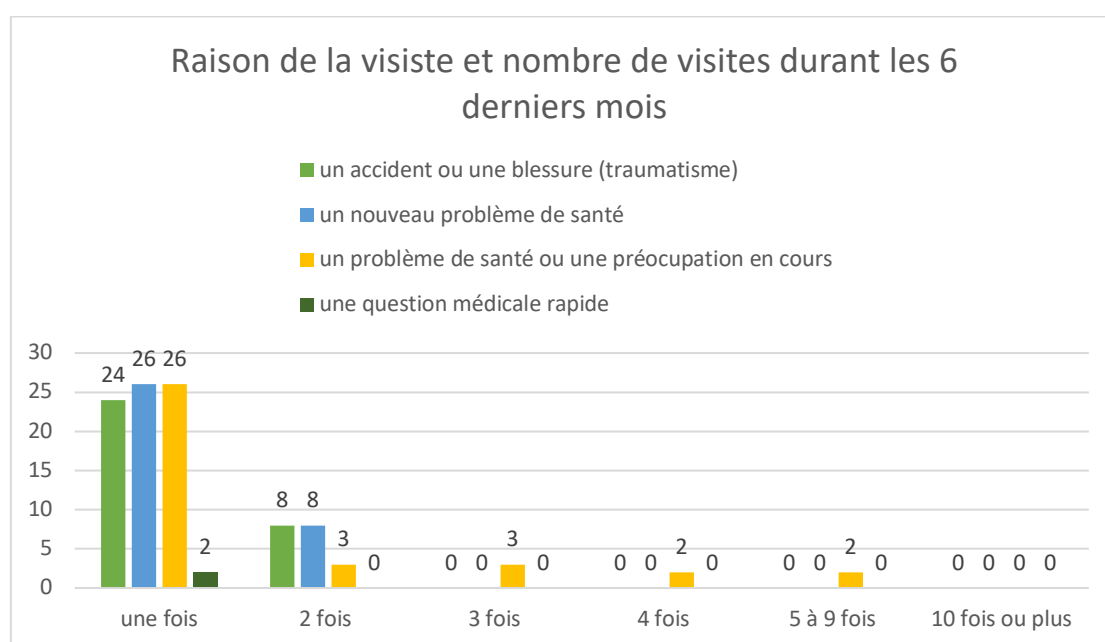
Sur les symptômes ou problèmes éventuels à surveiller à la maison, on observe que presque 50% de l'échantillon (50 personnes) ont reçu toutes les informations. 25 autres personnes disent qu'elles en ont eu un peu et 29 font remarquer qu'elles n'en ont pas eu.

4.4 Fréquence des visites aux urgences ou autres endroits de soins

La fréquence des personnes qui se sont rendues 1 fois durant les 6 derniers mois aux urgences est la plus importante. Elle inclut 75% de l'échantillon (78 personnes). En second, on retrouve 19 répondants (18,27%) qui s'y sont rendus 2 fois durant les 6 derniers mois. Seules les personnes se présentant pour une préoccupation ou un problème de santé en cours sont venues entre 3 et 9 fois (7 répondants – 6,72%). Aucun répondant n'a mentionné être venu 10 fois ou plus.

89 répondants (85,58%) ont un endroit où ils se rendent habituellement contre 15 (14,42%) qui n'en ont pas.

Figure 8 : Relation entre la raison de la visite et la fréquence de visites aux urgences durant les 6 derniers mois



4.5 L'expérience patient

Concernant les informations reçues par rapport aux résultats des examens complémentaires, rappelons-nous que 81 personnes avaient eu des examens complémentaires. Sur ces 81 réponses, 50 répondants (61,73%) ont reçu toutes les informations souhaitées. 22 personnes (27,16%) ont répondu qu'elles avaient eu quelques informations. Seulement 9 personnes (11,11%) ont exprimé ne pas avoir eu autant d'informations qu'elles en auraient souhaitées.

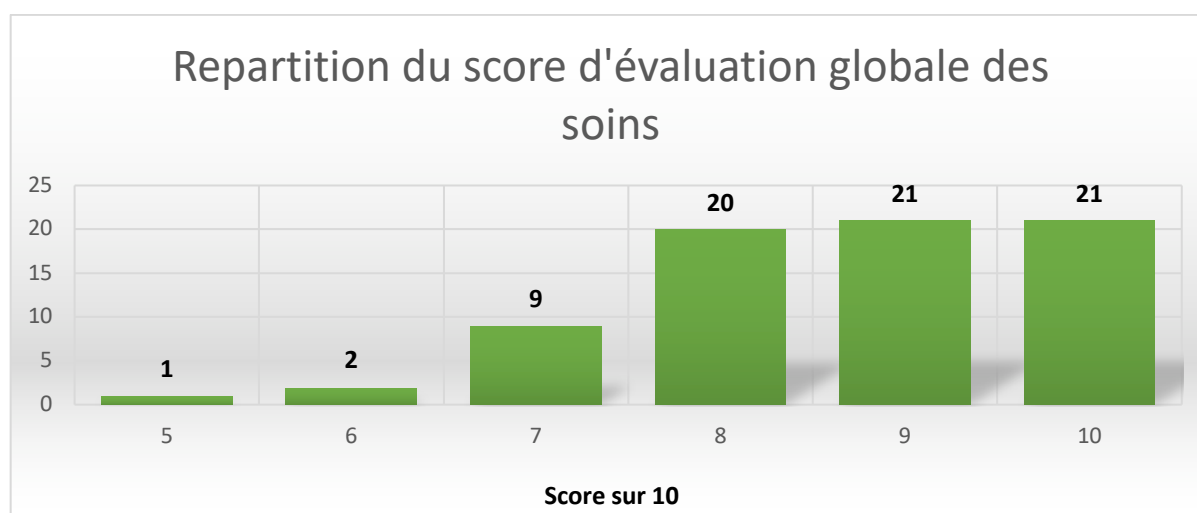
Plus de 80% considèrent avoir **toujours** été traités avec courtoisie et respect par les infirmiers et les médecins. Parmi les autres répondants, 15% ont trouvé que le personnel soignant, les infirmiers et les médecins confondus, étaient **habituellement** courtois et respectueux. 3 participants ont mentionné la réponse **parfois** concernant le respect et la courtoisie des médecins contre 1 seul participant pour les infirmiers. Aucun répondant a répondu **jamais** et deux personnes n'ont pas répondu à cette question. Malgré que les participants aient rapporté une perception similaire, il existe une différence dans la perception d'un traitement avec courtoisie et respect par les médecins et les infirmiers ($p\text{-valeur} = <0,001$).

Si l'on observe l'échantillon des personnes qui considèrent avoir **toujours** été écoutées attentivement par les infirmiers et les médecins lors de leurs soins, elles sont environ 70%. Parmi les autres répondants, 20% estiment que l'écoute des infirmiers et des médecins étaient **habituellement** attentive. Les 10% restants ont mentionné la réponse **parfois**. On remarque qu'aucun répondant a dit **jamais** et que deux personnes n'ont pas répondu à cette question. Il existe une différence dans l'écoute attentive par les médecins et par les infirmiers ($p\text{-valeur} = <0,001$).

Le pourcentage qui considère **toujours** avoir reçu les explications de manière à pouvoir les comprendre par les infirmiers et les médecins lors de leurs soins est également similaire (71,84%). 18,63% ont trouvé que les infirmiers et les médecins expliquaient **habituellement** d'une manière compréhensible. 6 participants ont mentionné la réponse **parfois** et trois personnes ont trouvé que les infirmiers n'expliquent **jamais** de manière compréhensible contre seulement une personne pour les médecins. Trois personnes n'ont pas répondu à cette question. Une différence est observée concernant les explications compréhensibles données par les médecins et les infirmiers ($p\text{-valeur} = <0,001$).

Observons maintenant le score attribué par les patients relativement aux soins reçus aux urgences (cf. figure 9). Le score pour les répondants était à estimer entre 0 et 10. Le minimum donné par les répondants est de 5 et le maximum est de 10. La médiane des répondants est de 9 sur 10. Le graphique nous montre la présence d'une asymétrie négative.

Figure 9 : Répartition du score d'évaluation globale des soins



Nous allons vérifier si le score d'expérience globale de soins peut être corrélé à certaines variables. Si on observe sa relation avec le sexe des participants, le score d'évaluation globale était légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais cette différence n'était pas significative (p -valeur = 0,098). Par rapport au score en fonction des 4 groupes d'âge, on ne rejette pas l'hypothèse que le score de l'expérience globale est le même pour les 4 groupes d'âges (p -valeur = 0.1896). Concernant le lien entre les résultats du score et la raison de la visite, on rejette l'hypothèse que le score de l'évaluation globale des soins est le même pour les 4 groupes en fonction des raisons de la visite (p -valeur = 0.037). Cela implique qu'au moins un groupe est différent des autres en termes de score d'évaluation des soins. Enfin, évaluons la répartition du score d'expérience globale en fonction de la perception des soins endéans les 30 minutes, la médiane du score était de 9 parmi les personnes ayant été prises en charge et de 8 parmi les personnes n'ayant pas été pris en charge endéans les 30 minutes après l'arrivée aux urgences. Cette différence n'est pas statistiquement significative (0.068).

La majorité des participants recommanderait très probablement le service à un proche (71,15%). Environ 25% étaient moins catégoriques, mais indiquaient tout de même qu'ils le recommanderaient probablement.

4 répondants ont dû être aidés pour répondre au questionnaire. 2 répondants ont été aidés pour la lecture des questions et la notation des réponses données par le patient. 1 autre répondant a répondu aux questions avec le patient et 1 autre patient a été aidé d'une autre manière que les suggestions proposées. Lors de leur passage aux urgences, les 4 répondants étaient accompagnés par la personne qui les a aidés à répondre au questionnaire.

5 Discussion

Nous allons maintenant nuancer nos résultats et les confronter à la littérature scientifique abordée précédemment. Les perspectives d'avenir seront également exprimées par la suite.

Commençons par une synthèse de nos principaux résultats qui seront développés plus en détail ci-après.

L'échantillon est principalement composé de femmes (60%) et une majorité (40%) des participants a entre 30 et 50 ans. Aucune corrélation n'est cependant mise en avant entre l'âge et le sexe des participants. L'influence du questionnaire exclusivement en français est marquée par le fait que 75% des répondants répondent parler français à la maison. Aucune raison prépondérante de la venue des participants aux urgences ne peut être mise en évidence. Mise à part par le peu de répondants pour une question médicale rapide, les autres sont répartis à part quasi égale dans les 3 autres groupes.

D'un point de vue santé, les personnes estiment avoir une bonne santé mentale et émotionnelle. En effet, plus de 70% mentionnent excellent ou bien. Par contre, la santé globale, le chiffre pour ces catégories descend à environ 50%. Une association entre l'auto-évaluation de la variable santé mentale et l'âge est visible ce qui n'est pas le cas pour la santé globale.

Concernant la population de cette étude, environ 90% des participants ne sont venus qu'une ou deux fois durant les six derniers mois. On remarque également que plus de 85% de l'échantillon se rendent dans un autre endroit lorsqu'ils nécessitent des soins ou autres examens médicaux. C'est aussi le cas pour l'utilisation des moyens de transport urgents (ambulance) puisque seulement 10% ne sont pas venus par leur propre moyen.

Au niveau de la prise en charge, moins de 15% estiment avoir attendu plus de 15 minutes pour parler de la raison de leur visite. Ce même pourcentage est noté pour les personnes n'ayant pas reçu de soins dans les 30 minutes. Ces 2 valeurs nous indiquent que les délais d'attente pour la perception des premiers soins sont réduits pour presque la totalité des patients.

Les pourcentages reviennent assez tranchés puisque plus de 80% ont été interrogés sur leur médication ; plus de 75% ont subi des examens complémentaires et ce même pourcentage a nécessité une prescription médicale après leur venue ; 60% ont eu des informations sur les soins

de suivi. La relation entre besoin d'informations sur le suivi et raison de la visite est significative.

Concernant la courtoisie et le respect, l'écoute attentive ainsi que les explications compréhensibles, 63 et 75% estiment que le personnel dans son ensemble s'est **toujours** comporté ainsi. Cela marque également un point fort des soins du service. Celui-ci est majoré par le fait que la médiane du score de soins évalué par les patients est de 9 et que plus de 70% recommanderaient fortement le service à un de leur proche.

Continuons par l'explication plus en détail des points cités ci-dessus ainsi que leur mise en lien avec la littérature.

Notons d'ores et déjà qu'un taux de réponse de plus de 50% est un excellent taux pour une étude par questionnaire en ligne. En effet, selon le guide méthodologique établi par l'ULB, les questionnaires présentent des avantages tels qu'une validité externe forte (questions standardisées et recours à des techniques d'échantillonnage), une représentativité du groupe et une comparaison aisée des données. Cependant, cette méthode de collecte des données a également des désavantages comme une validité interne faible (réponses pré-codées et peu nuancées) ainsi qu'une moindre possibilité d'analyse de contenu. (Lugen, s. d.)

Nous avons mis en avant dans notre étude que 60% de l'échantillon sont composés de femmes. La classe modale la plus représentée dans notre étude est celle des 30 à 50 ans. Une similarité peut être observée dans les résultats de l'étude de Parast & al (Parast et al., 2019) qui ont utilisé le même questionnaire que pour la présente étude. Ils mettent en avant le fait que plus de 60% de leurs répondants sont des femmes dont la médiane d'âge est comprise entre 45 et 54 ans. Le sexe et l'âge des participants ne peuvent cependant pas être corrélés.

Examinons l'auto-évaluation des participants concernant leur état de santé globale et mentale ou émotionnelle. Plus de 63% de l'échantillon affirment avoir une bonne ou excellente santé globale. Ce pourcentage augmente même à plus de 70% en ce qui concerne l'état de santé mentale ou émotionnelle. On peut donc en conclure que nous sommes en présence d'une population qui s'estime être en bonne voire très bonne santé. Si rien ne prouve la relation entre l'âge et l'état de santé globale, une association entre l'âge des participants et leur évaluation de leur santé mentale ou émotionnelle est bel et bien liée.

Nous ne disposons pas de suffisamment d'informations concernant l'arrivée aux urgences (ambulance ou propres moyens) pour tirer des conclusions. En outre, aucune relation ne peut être établie entre la venue en ambulance et la perception de soins endéans les 30 minutes. Il en est de même en ce qui concerne la rapidité des soins par rapport à la raison de la visite. On peut donc supposer que même les cas les moins urgents sont pris en charge rapidement. A noter que les patients arrivant en ambulance ne passent pas par le flux du triage de la salle d'attente et sont directement installés. Cela constitue évidemment un biais dans l'étude.

Lorsque nous observons les réponses concernant la raison de la visite des patients aux urgences, on se rend compte que sur l'échantillon global seules 2 personnes mentionnent être venues pour une question médicale rapide. Or parmi les patients interrogés, on retrouve plusieurs patients de la filière « fast-track⁷ ». On en revient au fait que les patients ont une impression d'urgence réelle et ne souhaitent pas mentionner qu'ils viennent pour une raison qui n'est peut-être pas considérée comme une urgence réelle. (Raida & Magrofuoco, 2016)

Parast & al expriment dans leurs résultats que plus de 40% des patients venaient pour un nouveau problème de santé et que moins d'un quart arrivaient en ambulance.

La perception que des soins sont prodigués endéans les 30 minutes peut également être sujette à une interprétation personnelle de chaque participant. Thompson et al (Raida & Magrofuoco, 2016) soulignent en effet les 2 dimensions de l'attente, réelle et perçue, que nous retrouvons dans ce cas-ci. Certains patients ont pu en effet consulter leur montre, car ils trouvaient le temps long. D'autres ont peut-être eu l'impression d'une rapidité des soins alors que cette perception du temps était peut-être réellement dépassée. La majorité de l'échantillon (78,85%) indique cependant que l'application des premiers soins a été réalisée endéans les 30 minutes.

Plus de 80% des personnes ont été interrogées sur leur traitement habituel. En fonction de la raison de la visite, certains participants n'ont pas été questionnés sur ce sujet comme par exemple, les accidents ou blessures (traumatologie) ou un nouveau problème de santé. Cela peut laisser penser que le personnel n'aurait pas eu besoin de cette information ou que les patients ne prennent pas de médicament pour le problème évoqué.

⁷ Systèmes de gestion de flux de patients

Si l'on regarde de plus près le pourcentage des patients ayant reçu des médicaments, 50% en ont eu. La moitié de ceux-ci se présentait pour un nouveau problème de santé.

Le résultat concernant les informations sur le traitement reçu est assez paradoxal puisqu'une grande majorité (75%) dit avoir été informée sur l'action du médicament alors que plus de 60% expriment ne pas avoir reçu d'éclaircissement sur les effets secondaires que pouvait produire ce médicament. Rien ne prouve que le peu d'explications données concernant les effets secondaires soit lié à la disponibilité du personnel ou corrélé au fait que le somatique aurait pu influencer le patient sur sa perception des explications. Cela nous laisse supposer que globalement les informations données sur les médicaments ne sont pas complètes. Cette affirmation devrait être nuancée en fonction du type de médicaments administrés.

Parmi les causes d'overcrowding, on retrouve l'utilisation des SU pour des cas non urgents. (Estey et al., 2003) L'urgence des cas n'a pas fait l'objet de cette étude. L'utilisation du SU peut cependant être estimée au vu des réponses à la question sur le nombre de visites du participant au cours des 6 derniers mois. On remarque que peu de personnes (6,72%) se sont présentées au cours des 6 derniers mois entre 3 et 9 fois aux urgences. L'étude de Parast & al exprime qu'environ 55% de leur échantillon n'était venu qu'une fois au cours des 6 derniers mois. En comparaison, 75% de notre échantillon étudié vient également pour une seule visite au cours des 6 derniers mois. Cela permet de penser que pour la majorité des cas, la « consommation » des soins dans les services d'urgence reste raisonnable.

Le manque de soins de longue durée ou d'autres contextes alternatifs pour les pathologies considérées comme chroniques sont également mentionnés comme une des causes d'encombrement (Estey et al., 2003). Or dans cette étude, plus de 85% de l'échantillon a également affirmé avoir un lieu où se rendre en cas de besoin d'un examen, d'un conseil sur un problème de santé ou en cas de maladie et ce en dehors des urgences. L'utilisation des soins d'urgence peut également être liée au fait qu'une grande partie des patients soit suivie dans d'autres centres ou services qu'aux urgences.

Le nombre élevé d'examens complémentaires prescrits peut également influencer le flux de patients (Estey et al., 2003). L'analyse d'une prise de sang peut prendre de 1h à 1h 30, en fonction de l'affluence du nombre de demandes d'analyses arrivant au laboratoire. Une radiographie est assez rapide, mais nécessite la disponibilité des techniciens qui est parfois plus

longue à certains moments ou quand ceux-ci sont en effectif réduit. On remarque la même chose pour le scanner. La disponibilité du personnel de brancardage peut également avoir une influence sur ce processus pour certains examens, le scanner par exemple. L'analyse de disponibilité du personnel n'a pas fait l'objet de cette étude.

Nous pouvons également analyser la disponibilité du personnel à exécuter des soins. Celle-ci peut être exprimée par le temps écoulé avant de recevoir des soins dans les premières 30 min. Le temps mis pour expliquer les choses au patient influence le fait que le patient se sente écouté attentivement. De plus, ce temps influence le temps consacré aux soins, éventuellement auprès d'autres patients.

Les autres facteurs mentionnés dans l'étude de Estey et al (Estey et al., 2003), tels qu'une population vieillissante nécessitant plus de soins ou la pénurie de main-d'œuvre ou encore le manque de lits d'hospitalisation... n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

On remarque que les explications compréhensibles ont obtenu un plus mauvais score (3 jamais) contrairement à la courtoisie ou à l'écoute attentive (0 jamais). En effet, cette constatation nous montre que les participants auraient souhaité avoir plus d'informations dans un langage clair. Ces explications peuvent pendre du temps et ont pu avoir une influence dans le parcours du patient. Dans une période d'importante activité, il est parfois nécessaire d'aller plus vite, et si le temps disponible ne peut être raccourci pour les examens, il le sera principalement pour les explications. J'ai retrouvé légèrement ce phénomène lors de mon observation sur le terrain.

Plus de 75% des patients considèrent qu'ils ont toujours ou habituellement été traités avec courtoisie ou respect. Une relation est mise en avant par les participants lorsqu'ils évaluent le respect et la courtoisie tant chez les infirmiers que chez les médecins. Il en est de même concernant l'écoute attentive et des explications compréhensibles données au patient. Le constat est que l'ensemble du personnel a le souci du patient dans sa totalité.

L'expérience des patients a obtenu une note globale très positive de 8,58 sur 10. Cette appréciation des patients relève de l'expérience sensible (*Expérience*, s. d.). Définie au début de notre cadre conceptuel, l'expérience qu'aura vécu le patient lors de ses soins sera comme l'acquisition d'une connaissance de ses données sensorielles qui ne sont pas innées.

Rappelons-nous Kant (Godin, 2007) qui parle d'une réelle sensibilité et de la subjectivité. Les patients auront une perception intuitive de leurs soins. En effet, cette perception relève de leur ressenti. De ce fait, les résultats obtenus lors de cette étude ne sont pas généralisables à toute la population.

L'expérience patient est également alimentée par le besoin de se sentir bien. Les patients ne ressentent donc pas toujours le besoin d'avoir des informations scientifiques poussées sur leur état de santé. Prenons par exemple, les informations données par le personnel sur les éventuels symptômes à surveiller au retour des urgences. 50 personnes de l'échantillon exprimaient avoir reçu les informations désirées. 25 personnes avaient également reçu des informations, mais estimaient que celles-ci n'étaient pas suffisantes pour le suivi de leur soin. Cependant, 29 personnes ont répondu ne pas avoir eu d'information. Les 75 personnes, ayant reçu des informations concernant les éventuels symptômes à surveiller, expriment une appréciation subjective concernant leur réel besoin d'information en dépit du fait que l'information reçue était perçue comme complète ou pas.

Par rapport au sexe, tant les hommes que les femmes ont la même appréciation de qualité globale des soins. En ce qui concerne la variable âge, la répartition du score reste identique peu importe les groupes. On constate que par rapport à la raison de la visite, il existe au moins un groupe qui est différent des autres au vu du score donné sur l'évaluation globale des soins. Cependant, nous ne pouvons déterminer de quel groupe il s'agit. En fonction de la perception des soins endéans les 30 minutes, on constate la même perception de la qualité.

Concernant les recommandations du SU à un proche, la répartition des « très probable » et « sûrement probable » est largement majoritaire puisqu'elle représente 100 sur 104 participants. Cela implique que les urgences du CHIREC sur le site Delta sont bien perçues par les patients qui s'y sont rendus durant l'enquête.

A la suite des résultats mis en avant précédemment, différents biais ont été relevés. Premièrement, le biais de sélection : le nombre de patients passés aux urgences durant la collecte des données était de 1723 personnes en 14 jours. Si on exclut de ces 1723 patients, le nombre d'adultes hospitalisés, on obtient 1035 personnes. Les personnes en isolement médical sont également comptées dans ces 1035 car elles n'ont pu être recensées. La population globale

de l'étude aurait pu être estimée à 900 patients. On remarque que sur la durée de 14 jours, 204 consentements ont été recueillis. Cette différence peut provenir du fait que tous les médecins n'adhéraient peut-être pas vraiment à l'étude. Mais cela peut également être lié au refus de certains patients de participer à l'enquête ou encore à une difficulté de communication due au fait que le questionnaire était exclusivement en français. L'âge des répondants a également pu avoir une influence car une majorité des plus de 70 ans a refusé de participer à l'enquête pour une raison de nonaccès soit à internet soit à une adresse mail.

Deuxièmement, on relève un biais de désirabilité sociale. Ce biais est fréquent dans les enquêtes par questionnaire. Le participant voudra donner une image valorisante de lui-même en répondant positivement à l'enquête. Malgré l'anonymisation du questionnaire, ce biais a pu être induit du fait de la rencontre avec les répondants lors de leur consentement pour leur participation à l'enquête.

6 Limites, recommandations et perspectives

Avant d'évoquer les recommandations et futures perspectives, nous allons mettre en avant les forces ainsi que les limites de ce travail.

Commençons par les forces du présent travail. Elles résident dans :

- une structure théorique conséquente ;
- un échantillon suffisamment représentatif bien qu'aléatoire ;
- un taux de réponses au questionnaire en ligne à plus de 50% ;
- une analyse statistique poussée ;
- une bibliographie structurée et précise.

En dépit des forces évoquées ci-dessus, ce travail présente également certaines limites. En effet, la nature subjective du questionnaire induit l'introduction de différents biais qui ont été cités précédemment. Cette étude n'a pas permis de cerner complètement le ressenti du patient d'un point de vue plus qualitatif. De plus, les résultats ne peuvent être généralisés. Le questionnaire, uniquement en français, n'a également pas permis d'inclure l'ensemble des personnes qui auraient pu y participer. Finalement, le manque de temps imparti à l'étude, en raison de différents travaux de cours concomitants, a pu diminuer l'ampleur de cette recherche.

On retrouve également parmi les limites, le fait que le questionnaire soit fort axé sur l'expérience patient et moins sur l'organisation des urgences en tant que telle. Dès lors, différents facteurs n'ont pu être soumis aux participants comme : (Rahhaoui, 2012)

- La disponibilité du matériel médical au niveau du service d'urgences
- La disponibilité des lits d'hospitalisation
- La disponibilité des médecins spécialistes
- Les « fausses urgences »
- Le retentissement du temps d'attente pour l'avis spécialisé sur l'allongement du délai d'attente
- Le délai d'attente pouvant entraîner un encombrement
- La difficulté de coordination avec les services d'hospitalisation lors des transferts
- Le retentissement des difficultés de coordination sur l'encombrement
- La distinction des patients en fonction de leurs critères de gravité
- Les facteurs liés à l'institution, en particulier l'architecture du service

Différents temps (attente, TU,...) auraient pu être analysés lors de la recherche, mais des choix en matière d'anonymisation des données ont dû être faits. Les exigences de confidentialité n'ont pas permis d'approfondir certaines questions.

On aurait pu se demander également si le fait que la Covid-19, présente dans nos établissements actuellement, a pu avoir une influence sur le taux de réponses de notre échantillon. En effet, la population semble actuellement plus impliquée dans ses soins depuis la pandémie. J'ai eu l'impression que les patients avaient l'air de se rendre compte de façon plus importante qu'auparavant des difficultés du personnel soignant et ce, en raison de la médiatisation du phénomène depuis plus d'un an.

Au terme de cette étude, aucune nouveauté n'a encore été effectuée dans le service. Cependant, une réflexion sera prochainement proposée aux personnels du service afin de leur montrer l'importance du concept d'expérience patient. Afin de continuer sur cette lancée, le personnel sera également invité à promouvoir l'utilisation du questionnaire de satisfaction utilisé pour les urgences.

Plusieurs perspectives peuvent également être mises en avant. Une analyse plus poussée concernant les facteurs organisationnels qui influenceraient l'expérience patient, avec un questionnaire incluant les items cités ci-avant pourrait être envisagée.

Mener une étude complémentaire avec un questionnaire destiné aux professionnels et abordant leurs points de vue sur l'organisation du service d'urgence, plus précisément, la gestion du flux. Ce questionnaire incluant, par exemple, les temps d'attente mais également des questions relatives aux besoins d'informations, pourrait permettre une confrontation entre les réponses des patients et celles des professionnels et ainsi différencier les besoins réels des besoins « superflus ».

Cette seconde étude, plus qualitative ou mixte, d'une durée supérieure (un an par exemple) paraîtrait intéressante pour confronter nos résultats actuels avec le ressenti énoncé par les patients eux-mêmes lors d'un entretien. Une information au public concernant l'utilisation adéquate des services d'urgences pourrait être incluse dans cette étude. Elle pourrait être communiquée lors des entretiens entre chercheurs et patients.

On pourrait également tenter de cerner d'autres variables non étudiées dans la présente étude comme par exemple la notion de disponibilité du personnel, variable selon les postes, heures et jours de prestation (laboratoire, technicien en radiologie, brancardage...).

Enfin, la publication du questionnaire, non seulement en français mais aussi en anglais et en néerlandais, permettrait de toucher une population plus large et dégager un échantillon plus représentatif des patients concernés.

7 Conclusion :

La présente étude a tenté de cerner un phénomène complexe et multifactoriel qu'est l'organisation d'un service d'urgence. Elle a également abordé un axe relevant de la perception et du ressenti des patients, appelé plus communément : l'expérience patient.

Nos hypothèses visant à trouver des facteurs organisationnels tels que le temps de prise en charge endéans les 30 minutes, la présence d'examen complémentaires..., qui influencent l'expérience patient ont été nombreuses à être rejetées. C'est à la fois intéressant, inattendu et étonnant.

L'analyse des résultats de l'étude menée au CHIREC Delta nous a montré en particulier :

- que le score de satisfaction global des patients aux urgences est remarquable ;
- que l'efficacité perçue des urgences est ainsi démontrée ;
- qu'un grand nombre de patients recommanderait les urgences du CHIREC Delta ;
- que l'âge ne peut être corrélé à l'auto-évaluation de la santé globale mais qu'il peut cependant l'être avec l'auto-évaluation de la santé mentale ou émotionnelle

Au terme de ce travail, je me suis rendu compte de l'importance du concept d'expérience patient. Je pense que désormais, lors de mes soins, j'essayerai de ne pas oublier que le patient doit être acteur de ses soins et que sa satisfaction passe également par l'information donnée par le soignant. Le ressenti du patient sera aussi un élément important. Les patients sont tous différents et expriment leur mal-être, leur bien-être ou leur ressenti chacun à leur manière. Dans ma pratique, j'essayerai d'utiliser le plus possible l'approche individuelle, en fonction des peurs du patient, de ses attentes, de ses espérances... afin de permettre à chacun d'être pris en charge comme il le souhaite.

Ce travail m'a aussi permis de mieux percevoir les points auxquels les patients attachent beaucoup d'importance. Par exemple, le fait d'attendre mais également de recevoir suffisamment d'informations font partie de ces points.

Ce mémoire marque également l'aboutissement de mon master qui m'aura fait découvrir un monde dans lequel sont prodigués des soins très diversifiés. Être soignant ne se limite pas à accomplir de manière excellente une série d'actes. Il est primordial que cette activité repose

également sur la gestion des différents intervenants grâce à un management adapté mais également grâce à des objectifs choisis en fonction de la stratégie qu'on souhaite mener.

Pour terminer, je pense pouvoir dire que la corde de mon arc est bien tendue et prête pour la suite de l'aventure qu'est mon parcours professionnel.

Je vous remercie pour votre lecture et j'espère que vous aurez pris plaisir à lire ce travail.

8 Bibliographie

- Affleck, A., Parks, P., Drummond, A., Rowe, B. H., & Ovens, H. J. (2013). Emergency department overcrowding and access block. *CJEM*, 15(6), 359-384. <https://doi.org/10.1017/s1481803500002451>
- Approche centrée sur la personne : Principe, pratique.* (s. d.). Ooreka Santé. Consulté 17 décembre 2020, à l'adresse [//psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/583063/approche-centree-sur-la-personne](http://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/583063/approche-centree-sur-la-personne)
- Arrete Royal du 27/04/1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents specialises » doit repondre pour etre agréée.* (s. d.). Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-27-avril-1998_n1998022353.html
- Arrighi De Casanova, J. (2019). Pourquoi 2020 pourrait bien être l'année de "l'expérience patient" ? *ManagerSante.com*®. <https://managersante.com/2019/10/11/pourquoi-2020-pourrait-bien-etre-lannee-de-l Experience-patient-entretien-avec-amah-kouevi-directeur-de-lifep-par-josephine-arrighi-de-casanova/>
- ATTENTE : Définition de ATTENTE.* (2012). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/Attente>
- Bardot, V., Charvy, P., Airagnes, G., Petron-Bardou, C., Venel, V., Diquet, B., & Lascar, P. (2013). L'origine du placebo—Son impact dans la prescription en psychiatrie. *Perspectives Psy*, 52(4), 314-320. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2013524314>
- Belorgey, N. (2013). Pourquoi attend-on aux urgences ? *Travail et emploi*, 133, 25-38. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5893>
- Beveridge, R., John, S., Clarke, B., John, S., Janes, L., John, S., Savage, N., Thompson, J., Island, P. E., Dodd, G., Murray, M., Ontario, B., Jordan, C. N., & Vadeboncoeur, A. (1998). ÉTG L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. *Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)*, 1-20.

- CAHPS Emergency Department Survey. (2020). Agence for Healthcare Research and Quality.
<http://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/ed-cahps/index.html>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). *Emergency Department Patient Experience of Care Discharged to Community Survey (EDPEC DTC Survey) Recommended Guidelines Version 1.0*.
- Chabloz, C., & Bagouet, F. (s. d.). *Le SHADOWING : Une méthode d'évaluation du ressenti du patient*. CEPPrAL.
- Dejean, F., & Lurquin, P. (2015). Les Questionnaires : Quand le ressenti et les émotions se mêlent aux mesures objectives... *Cahiers de l'Audition*, 28, 41-44.
- Di Somma, S., Paladino, L., Vaughan, L., Lalle, I., Magrini, L., & Magnanti, M. (2015). Overcrowding in emergency department: An international issue. *Internal and Emergency Medicine*, 10(2), 171-175. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1154-8>
- Dickinson, G. (1989). Emergency department overcrowding. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 140(3), 270-271.
- Dubé-Linteau, A. (2017). *Mesure de l'expérience patient par enquête : Des concepts aux bonnes pratiques : études et documents* (p. 1-37). Institut de la statistique du Québec.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3190000>
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Le Seuil.
<https://www.seuil.com/ouvrage/sociologie-de-l-experience-francois-dubet/9782020228695>
- Estey, A., Ness, K., Saunders, L. D., Alibhai, A., & Bear, R. A. (2003). Understanding the causes of overcrowding in emergency departments in the Capital Health Region in Alberta : A focus group study. *CJEM*, 5(02), 87-94.
<https://doi.org/10.1017/S1481803500008216>
- Évaluation des technologies de santé à la HAS : Place de la qualité de vie. (s. d.). Haute

- Autorité de Santé. Consulté 15 février 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
- Expérience : Définition philosophique.* (s. d.). Dicophilo. Consulté 17 décembre 2020, à l'adresse <https://dicophilo.fr/definition/experience/>
- Fernandez-Petite, M. (2007). Qualité de vie en soins palliatifs : Discours et représentations des patients. *InfoKara, Vol. 22(4)*, 105-110.
- Fey, R., & Gogue, J.-M. (1991). *La maîtrise de la qualité*. Economica.
- Fortier, M., & Balciunaite, G. (2021). « *Expérience patient* » : *Quels premiers enseignements des projets ?* Mazars. <https://www.mazars.fr/Accueil/Insights/Publications/Newsletters/Newsletter-Transfo-Sante/Newsletter-Numero-3/Experience-Patient-quels-enseignements>
- Godin, C. (2007). *La Philosophie Pour les Nuls, Nouvelle édition augmentée* (édition revue et augmentée). First.
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding : Causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine, 52(2)*, 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education, 17(4)*, 137-144. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
- Larousse. (s. d.). *Définitions : Attente*. Dictionnaire de Français Larousse. Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attente/6244>
- Le CHIREC et son nouvel hôpital Delta* (p. 11). (2019). CHIREC.
- Le déroulement de votre prise en charge* (p. 1-4). (s. d.). Centre Hospitalier de Haguenau.
- Le projet DUQUE (DEEPENING OUR UNDERSTANDING OF QUALITY IMPROVEMENT*

- IN EUROPE*). (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974274/fr/le-projet-duque-deepening-our-understanding-of-quality-improvement-in-europe
- L'expérience patient*. (s. d.). Institut Français de l'Expérience Patient. Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse <https://experiencepatient.fr/experience-patient>
- Logiciels SPSS - France | IBM*. (s. d.). Consulté 9 avril 2021, à l'adresse <https://www.ibm.com/fr-fr/analytics/spss-statistics-software>
- Lovis, A., Labbé, M.-A., Bouzas, G., & Fumeaux, T. (s. d.). *Quelle organisation pour les services d'urgence des hôpitaux périphériques de demain ? L'exemple de l'hôpital de Nyon*. *Revue Médicale Suisse*. Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-133/32675>
- Lugen, M. (s. d.). *Petit guide de méthodologie de l'enquête* (p. 1-28). Université Libre de Bruxelles. Consulté 13 avril 2021, à l'adresse https://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_méthodologie_de_l_enquête.pdf
- Painchaud, A. (2012). *Urgence Infirmier cherche expérience* [Centre Hospitalier Universitaire]. <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-adrien-painchaud.pdf>
- PAQS. (s. d.). *Comment collecter l'expérience patient ?* Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse <https://www.paqs.be/en-GB/Espace-presse/Comment-collecter-l'expérience-patient>
- PAQS. (2020). *7 recommandations pour mesurer l'expérience patient à l'aide du questionnaire PPE-15*.
- Parast, L., Mathews, M., Tolpadi, A., Elliott, M., Flow-Delwiche, E., & Becker, K. (2019). National Testing of the Emergency Department Patient Experience of Care Discharged to Community Survey and Implications for Adjustment in Scoring. *Medical Care*,

- 57(1), 42-48. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001005>
- Pateron, D. (2013). Une organisation des flux au sein des urgences. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 3(2), 69-70. <https://doi.org/10.1007/s13341-013-0294-1>
- Phaneuf, M. (s. d.). *Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking*. 10.
- Qualtrics—Solutions de gestion de l'expérience. (s. d.). Consulté 9 avril 2021, à l'adresse <https://www.qualtrics.com/fr/>
- Qu'est-ce que le pragmatisme ? (s. d.). toutcomment.com. Consulté 17 décembre 2020, à l'adresse <https://education.toutcomment.com/article/qu-est-ce-que-le-pragmatisme-13519.html>
- Rahhaoui, M. (2012). *Les facteurs induisant l'encombrement au niveau du service des urgences de l'hôpital Ibn Sina de Rabat*. [Mémoire]. Institut de formation aux carrières de santé.
- Raida, I., & Magrofuoco, J. (2016). *Optimisation des flux en hôpital : Étude du trajet patient au service des urgences et mise en place d'une Voie Rapide. Cas des Cliniques Universitaires Saint-Luc*.
- Ressenti : Définition simple et facile du dictionnaire. (s. d.). Consulté 9 décembre 2020, à l'adresse <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/ressenti/>
- Schoonvaere, Q. (2020). *Projet-pilote PREM : mesurons l'expérience patient* (p. 1-28). PAQS.
- Silva, G. B. D. (2003). La qualité des soins en hôpital psychiatrique : Revue de la littérature et perspectives. *Sante Publique*, Vol. 15(2), 213-222.
- Société francophone de médecine d'urgence, & Boivin, M. (2004). *Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil*. Brain Storming.
- Swinner, R., Collet, V., Mullender, D., Mayor, G., Collignon, C., & Pr Lheureux, Ph. (2002). La gestion du flux au service d'accueil des urgences par un tri à la priorité. *Revue Accueil Urgences*, 2(10), 26-34.

Votre parcours au sein des urgences. (s. d.). Cliniques de l'Europe. Consulté 16 février 2021, à l'adresse <https://www.europaziekenhuizen.be/fr/les-news/nouveau-panneau-de-trajet-de-soins-au-service-des-urgences>

Zeitler, A. & Barbier, J. (2012). Autour des mots de la formation « expérience ». *Recherche et Formation*, 107-118.

9 Annexes

Liste des annexes :

Annexe 1 : Nombre de passages annuels 2019/2020

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Document d'informations à destination des patients

Annexe 4 : Mail envoyé aux participants

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Annexe 6 : Avis comité éthique

Annexe 7 : Tableau de l'évaluation de santé globale et mentale

Annexe 8 : Principe des tests statistiques

Annexe 1 : Nombre de passages annuels 2019/2020

2019												
	janv	févr	mars	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc
All destinations	3400	3401	3629	3361	3557	3708	2974	2919	3440	3770	4034	3724
Patients												
- Adultes	2494	2449	2737	2605	2701	2772	2384	2452	2715	2791	2931	2616
- Pédiatriques	816	952	892	756	846	934	592	467	725	979	1095	1108
Hospitalisés												
- Adultes	302	321	292	314	348	328	311	292	321	302	315	290
- Pédiatriques	87	100	91	72	92	94	61	39	69	97	130	112

2020												
	janv	févr	mars	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc
All destinations	3951	3936	3396	1941	2404	2769	3189	2856	3415	3374	2402	2608
Patients												
- Adultes	2939	2769	2758	1695	2036	2324	2739	2428	2739	2809	1945	2063
- Pédiatriques	1012	1167	638	246	369	449	454	428	676	565	457	535
Hospitalisés												
- Adultes	449	321	362	269	285	365	364	356	354	376	313	357
- Pédiatriques	109	100	97	58	59	67	54	57	78	93	80	63

Annexe 2 : Questionnaire

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire en sciences de la santé publique au sein de l'UCLouvain, je vous sollicite aujourd'hui pour vous poser quelques questions concernant votre expérience après un passage aux urgences du CHIREC sur le site Delta.

Ce questionnaire devrait vous prendre environ 15 minutes. Pour toutes questions n'hésitez pas à me contacter.

L'enquête a reçu l'aval du Comité d'Éthique du CHIREC. La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (Règlement général sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Toutes les informations communiquées sont utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Les données individuelles sont strictement confidentielles et anonymes.

Pour en savoir plus sur l'enquête et la protection des données ([voir ici](#)).

Je vous remercie vivement pour votre participation.

Manhattan Willemsens (mémorante) encadrée par Prof. F. Thys, Université catholique de Louvain.

Coordonnées de contact : 0483/415.776 – manhattan.willemsens@student.uclouvain.be

Début de bloc: Se rendre aux urgences

Se rendre aux urgences

Q1 En pensant à cette visite, quelle était la principale raison pour laquelle vous êtes allé aux urgences ?

- ☐ Un accident ou une blessure (1)
 - ☐ un nouveau problème de santé (2)
 - ☐ un problème de santé ou une préoccupation en cours (3)
-

Q2 Pour cette visite, êtes-vous allé aux urgences en ambulance ?

- ☐ Oui (1)
 - ☐ Non (2)
-

Q3 Lorsque vous êtes arrivé aux urgences pour la première fois, combien de temps s'est-il écoulé avant que quelqu'un vous parle de la raison pour laquelle vous étiez là?

- ☐ Moins de 5 minutes (1)
- ☐ 5 à 15 minutes (2)
- ☐ Plus de 15 minutes (3)

Fin de bloc: Se rendre aux urgences

Début de bloc: Pendant la visite au service d'urgence

Pendant la visite au service d'urgence

Q4 Lors de cette visite au service d'urgence, avez-vous reçu des soins dans les 30 minutes suivant votre arrivée ?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)
-

Q5 Lors de cette visite au service d'urgence, est-ce que les médecins ou les infirmières vous ont demandé tous les médicaments que vous preniez?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)
-

Q6 Lors de cette visite au service d'urgence, avez-vous reçu des médicaments?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Je ne sais pas (2)
- ☐ Non (3)

Passer à : Q7 Si Lors de cette visite au service d'urgence, avez-vous reçu des médicaments? = Oui

Passer à : Q9 Si Lors de cette visite au service d'urgence, avez-vous reçu des médicaments? = Je ne sais pas

Passer à : Q9 Si Lors de cette visite au service d'urgence, avez-vous reçu des médicaments? = Non

Q7 Avant de vous administrer des médicaments, les médecins ou les infirmières vous ont-ils dit à quoi servait le médicament?

- ☐ Oui, tout à fait (1)
 - ☐ Oui un peu (2)
 - ☐ Non (3)
-

Q8 Avant de vous administrer des médicaments, les médecins ou les infirmières vous ont-ils décrit les effets secondaires possibles d'une manière que vous pouviez comprendre?

- ☐ Oui, tout à fait (1)
 - ☐ Oui, un peu (2)
 - ☐ Non (3)
-

Q9 Lors de cette visite aux urgences, avez-vous subi une prise de sang, une radiographie ou tout autre test?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

Passer à : Fin de bloc Si Lors de cette visite aux urgences, avez-vous subi une prise de sang, une radiographie ou tout aut... = Non

Q10 Lors de cette visite aux urgences, des médecins ou des infirmières vous ont-ils donné autant d'informations que vous le vouliez sur les résultats de ces tests?

- ☐ Oui, tout à fait (1)
- ☐ Oui un peu (2)
- ☐ Non (3)

Fin de bloc: Pendant la visite au service d'urgence

Début de bloc: Les personnes qui prennent soins de vous : Veuillez répondre aux questions suivantes

Les personnes qui prennent soins de vous : Veuillez répondre aux questions suivantes sur les personnes qui ont pris soin de vous lors de cette visite aux urgences.

Q11 Lors de cette visite aux urgences, à quelle fréquence les infirmières vous ont-elles traité avec courtoisie et respect?

- ☐ Jamais (1)
 - ☐ Parfois (2)
 - ☐ Habituellement (3)
 - ☐ Toujours (4)
-

Q12 Lors de cette visite aux urgences, à quelle fréquence les infirmières vous ont-elles écouté attentivement?

- ☐ Jamais (1)
 - ☐ Parfois (2)
 - ☐ Habituellement (3)
 - ☐ Toujours (4)
-

Q13 Lors de cette visite aux urgences, à quelle fréquence les infirmières ont-elles expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?

- ☐ Jamais (1)
 - ☐ Parfois (2)
 - ☐ Habituellement (3)
 - ☐ Toujours (4)
-

Q14 Lors de cette visite aux urgences, à quelle fréquence les médecins vous ont-ils traité avec courtoisie et respect?

- ☐ Jamais (1)
 - ☐ Parfois (2)
 - ☐ Habituellement (3)
 - ☐ Toujours (4)
-

Q15 Lors de cette visite aux urgences, à quelle fréquence les médecins vous ont-ils écouté attentivement?

- ☐ Jamais (1)
 - ☐ Quelques fois (2)
 - ☐ Environ la moitié du temps (3)
 - ☐ La plupart du temps (4)
 - ☐ Toujours (5)
-

Q16 Lors de cette visite aux urgences, à quelle fréquence les médecins ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?

- ☐ Jamais (1)
- ☐ Parfois (2)
- ☐ Habituellement (3)
- ☐ Toujours (4)

Fin de bloc: Les personnes qui prennent soins de vous : Veuillez répondre aux questions suivantes

Début de bloc: Quitter le service d'urgence

Quitter le service d'urgence

Q17 Avant de quitter la salle d'urgence, un médecin ou une infirmière vous a-t-il dit que vous devriez prendre des médicaments à la maison?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

Passer à : Q19 Si Avant de quitter la salle d'urgence, un médecin ou une infirmière vous a-t-il dit que vous devriez... = Non

Q18 Avant de quitter la salle d'urgence, un médecin ou une infirmière vous a-t-il dit à quoi servait le médicament?

- ☐ Oui, tout à fait (1)
- ☐ Oui un peu (2)
- ☐ Non (3)

Q19 Avant de quitter la salle d'urgence, le personnel vous a-t-il parlé des soins de suivi?

- ☐ Oui, tout à fait (1)
 - ☐ Oui un peu (2)
 - ☐ Non (3)
-

Q20 Avez-vous besoin d'informations sur la manière d'obtenir le suivi des soins ?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

Passer à : Q22 Si Avez-vous besoin d'informations sur la manière d'obtenir le suivi des soins ? = Non

Q21 Est-ce qu'un médecin, une infirmière ou un autre membre du personnel vous a donné des informations sur la façon d'obtenir un suivi ?

- ☐ Oui (1)
 - ☐ Non (2)
-

Q22 Avant de quitter la salle d'urgence, est ce qu'un médecin, une infirmière ou un autre membre du personnel vous a donné des informations sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller à la maison?

- ☐ Oui, tout à fait (1)
- ☐ Oui, un peu (2)
- ☐ Non (3)

Fin de bloc: Quitter le service d'urgence

Début de bloc: Expérience globale : Veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre

Expérience globale : Veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre visite à l'urgence mentionnée dans la lettre d'accompagnement. N'incluez aucune autre visite aux urgences dans vos réponses.

Q23 En utilisant n'importe quel nombre de 0 à 10, où 0 correspond au pire soin possible et 10 au meilleur soin possible, quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer vos soins lors de cette visite à l'urgence?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cliquez pour écrire votre choix 1 ()



Q24 Recommanderiez-vous cette salle d'urgence à vos amis et à votre famille?

- ☐ Très probable (1)
- ☐ Plutôt probable (2)
- ☐ Plutôt improbable (3)
- ☐ Extrêmement improbable (4)

Fin de bloc: Expérience globale : Veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre

Début de bloc: Vos soins de santé

Vos soins de santé

Q25 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous venu aux urgences pour vous faire soigner? Veuillez inclure la visite aux urgences sur laquelle vous avez répondu aux questions dans ce questionnaire.

- ☐ Une fois (1)
 - ☐ 2 fois (2)
 - ☐ 3 fois (3)
 - ☐ 4 fois (4)
 - ☐ 5 à 9 fois (5)
 - ☐ 10 fois ou plus (6)
-

Q26 Sans compter les urgences, y a-t-il un cabinet médical, une clinique ou un autre endroit où vous vous rendez habituellement si vous avez besoin d'un examen, si vous voulez des conseils sur un problème de santé, ou si vous tombez malade ou blessé?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

Fin de bloc: Vos soins de santé

Début de bloc: A propos de vous : Il ne reste que quelques éléments restants !

A propos de vous Il ne reste que quelques éléments restants !

Q27 En général, comment évalueriez-vous votre état de santé globale?

- ☐ Excellent (1)
 - ☐ Bien (2)
 - ☐ Moyen (3)
 - ☐ Mauvais (4)
 - ☐ Terrible (5)
-

Q28 En général, comment évalueriez-vous votre santé mentale ou émotionnelle globale?

- ☐ Excellent (1)
 - ☐ Bien (2)
 - ☐ Moyen (3)
 - ☐ Mauvais (4)
 - ☐ Terrible (5)
-

Q29 Vous êtes :

- ☐ Homme (1)
 - ☐ Femme (2)
 - ☐ Ne souhaite pas répondre (3)
-

Q30 Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- ☐ moins de 30 ans (1)
 - ☐ de 30 à 50 ans (2)
 - ☐ de 50 à 70 ans (3)
 - ☐ Plus de 70 ans (4)
-

Q31 Quel est le niveau scolaire le plus élevé que vous ayez atteint?

- ☐ Primaire (1)
 - ☐ Secondaire (2)
 - ☐ Supérieur (3)
-

Q32 Êtes-vous de nationalité Belge ?

- ☐ Oui (1)
 - ☐ Non (2)
-

Q33 Quelle langue parlez-vous principalement à la maison?

- ☐ Français (1)
 - ☐ Néerlandais (2)
 - ☐ Anglais (3)
 - ☐ Autres (4)
-

Q34 Quelqu'un vous a-t-il aidé à répondre à ce questionnaire ?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

Passer à : Fin de l'enquête Si Quelqu'un vous a-t-il aidé à répondre à ce questionnaire ? = Non

Q35 Comment cette personne vous a-t-elle aidé? Cochez une ou plusieurs réponses.

- ☐ A lu les questions avec moi (1)
- ☐ A noté les réponses que j'ai donné (2)
- ☐ A répondu aux questions avec moi (3)
- ☐ A traduit les questions dans ma langue (4)
- ☐ A aidé d'une autre manière (5)
-

Q36 Est-ce que la personne qui vous a aidé était avec vous à un moment donné durant cette visite aux urgences?

- ☐ Oui (1)
- ☐ Non (2)

Fin de bloc: A propos de vous : Il ne reste que quelques éléments restants !

Annexe 3 : Document d'informations à destination des patients

INFORMATION AU PATIENT

« L'expérience patient aux urgences face à l'organisation du flux »

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure environ 300 patients, tous en Belgique.

Les objectifs de cette enquête consistent à savoir si les patients qui se rendent au service des urgences du CHIREC sont influencés par l'organisation de celui-ci par rapport à la gestion du flux ainsi qu'à évaluer la performance des urgences du CHIREC – site Delta face à l'expérience patient.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre au questionnaire envoyé par mail endéans un délai de 30 jours après votre passage. Un rappel sera envoyé le 15^{ème} jour.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de enquête est le Centre Hospitalier Interrégional Édith Cavell.

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de *enquête* à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à *enquête* font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette *enquête* n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance de l'expérience patient chez les patients ambulatoires au CHIREC Delta.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur :

.....Ethias SA.....

Numéro de police d'Assurance :

.....45.399.955.....

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Manhattan Willemsens est la gestionnaire des données de cette enquête et les conservera pour une durée de 5 ans.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : relations.patients.delta@chirec.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette *enquête* est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité éthique du Chirec, qui a émis un avis favorable le 09/03/21.....

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'*enquête* ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude :Manhattan Willemsens.....

Email :manhattan.willemsens@student.uclouvain.be.....

Téléphone :0483/415.776.....

Annexe 4 : Mail envoyé aux participants

Bonjour,

Vous vous êtes rendu hier dans le service des urgences du CHIREC DELTA. Vous y avez signé un formulaire de consentement pour participer à une enquête sur « L'expérience patient aux urgences face à l'organisation du flux ».

Voici ci-joint le lien vers le questionnaire qui vous prendra entre 5 et 10 minutes pour y répondre. Ce lien permet que les données encodées soient confidentielles et anonymes.

https://uclouvainph.qualtrics.com/jfe/form/SV_8dg699OZ87LY6y2

Un e-mail de rappel vous sera automatiquement envoyé dans 15 jours.

Je vous remercie vivement pour votre participation !

Manhattan Willemsens (mémoire) encadrée par Prof. F. Thys, Université catholique de Louvain.
Coordonnées de contact : 0483/415.776 – manhattan.willemsens@student.uclouvain.be

Annexe 5 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT/PARTICIPANT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à L'expérience patient aux urgences face à l'organisation du flux
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au *patient*. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. L'intervention m'a été expliquée en détails, avec les effets secondaires et les risques connus potentiels.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité Éthique du Chirec.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

Nom, prénom et Signature

du (de la) *patient(e)/participant(e)*

...../...../20.....

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) *patient(e)/participant(e)* mentionné(e) ci-dessus.

.....

Signature de la personne qui procure l'information

...../...../20.....

Date (jour/mois/année)

Annexe 6 : Avis comité éthique



www.chirec.be

**COMITE
D'ETHIQUE**
N°d'agrément OM 157

Président:

Docteur Michel PEETERS

Vice-Président:

Docteur P. LOVENS

Membres Médecins:

Docteur Dimitri DOUROINE MAK
Docteur Assaf HARB
Docteur Philippe LANGLET
Docteur Eric LAURENT
Docteur Stanislas NAGORSKI

Membre Médecin extérieur:

Docteur P. LOVENS

Membres non-Médecins:

Pharmacien:
Madame Estelle TALBOT

Juriste:
Monsieur Eric THIRY

Infirmière:
Madame Caroline van den ABEELE
Monsieur Eugène MUCYO

Secrétariat:

Madame Isabelle WYNEN
☎ 02/434.40.89

CHIREC - Site Delta

Boulevard du Triomphe, 201, Triomflaan - 1160 Bruxelles – Brussel

Bruxelles, le 9 mars 2021

A Madame M. Willemsens
manhattan.willemsens@hotmail.com

Concerne : « L'expérience patient aux urgences face à l'organisation du flux » TFE
Master en Santé publique - Mme M. Willemsens

Chère Madame,

Le président du Comité d'Éthique CHIREC – OM 157, a pris connaissance l'étude susmentionnée et conformément au Chapitre 8, art 11 § 4 de la loi du 7 mai 2004, déclare que les points 4, 6 et 7 sont bien rencontrés dans l'étude; à savoir, la compétence de l'investigateur et de ses collaborateurs, la qualité des installations, l'adéquation et l'exhaustivité des informations écrites à fournir ainsi que la procédure à fournir pour obtenir le consentement éclairé et la justification de la recherche.

Nous vous prions d'agréer, Chère Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Docteur Michel PEETERS
Président

Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell

Siège Social-Sociale Zetel • asbl Chirec vzw • Boulevard du Triomphe 201 Triomflaan, 1160 Bruxelles - Brussel
Numéro d'entreprise- Ondernemingsnummer : 472 937 059

Annexe 7 : Tableau de l'évaluation de santé globale et mentale

Evaluation santé globale					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Terrible	27	25,5	26,0	26,0
	Mauvais	39	36,8	37,5	63,5
	Moyen	30	28,3	28,8	92,3
	Bien	7	6,6	6,7	99,0
	Excellent	1	,9	1,0	100,0
	Total	104	98,1	100,0	
Manquant	Système	2	1,9		
Total		106	100,0		

evaluation santé mentale et émotionnelle					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Terrible	28	26,4	27,5	27,5
	Mauvais	46	43,4	45,1	72,5
	Moyen	22	20,8	21,6	94,1
	Bien	5	4,7	4,9	99,0
	Excellent	1	,9	1,0	100,0
	Total	102	96,2	100,0	
Manquant	Système	4	3,8		
Total		106	100,0		

Annexe 8 : Principe des tests statistiques

Dans ce qui suit nous comparons des groupes pour les différentes questions. Pour rappel, ci-dessous un tableau récapitulatif reprenant les différents tests statistiques utilisés pour comparer deux groupes ou plus, ainsi que les cas dans lesquels ils sont utilisés :

Comparaison entre	Type	Méthodes
2 groupes indépendants	Paramétrique	T-test (aussi appelé test de Student)
2 groupes indépendants	Non-paramétrique	Wilcoxon test
2 groupes dépendants	Paramétrique	T-test pour données appariées/pairées
2 groupes dépendants	Non-paramétrique	Wilcoxon test pour données appariées/pairées
Plus de 2 groupes indépendants	Paramétrique	ANOVA
Plus de 2 groupes indépendants	Non-paramétrique	Kruskal-Wallis
Plus de 2 groupes dépendants	Paramétrique	ANOVA à mesures répétées
Plus de 2 groupes dépendants	Non-paramétrique	Friedman test

Notons que les tests paramétriques sont utilisés pour des grands échantillons (à partir de 30 observations par groupe, grâce au théorème central limite) et les tests non-paramétriques sont utilisés pour les petits échantillons ou dans le cas de données ordinales (telles que les échelles de Likert et échelles d'EVA (douleur) par exemple).

Test de Chi-carré (ou exact de Fisher)

Pour les tests d'indépendance, il existe le test χ^2 qui est utilisé quand le nombre d'échantillons est suffisamment grand (dans ce cas la p-valeur est une approximation qui devient exacte quand le nombre d'échantillon devient infini, ce qui est le cas pour beaucoup de tests) et le test exact de Fisher, qui est utilisé quand le nombre d'échantillons est petit (et dans ce cas la p-valeur est exacte et n'est pas une approximation). La littérature indique que la règle habituelle pour décider si l'approximation χ^2 est suffisamment bonne est que le test du χ^2 ne convient pas lorsque les valeurs **attendues** dans l'une des cellules d'un tableau de contingence est inférieure à 5, et dans ce cas on utilise le test exact de Fisher

On fait donc un test exact de Fisher lorsqu'au moins une des valeurs **attendues** dans le tableau de contingence est inférieure à 5. Le test exact de Fisher et le test d'indépendance χ^2 ont les mêmes hypothèses, c'est-à-dire :

- H_0 : les variables sont indépendantes
- H_1 : les variables sont dépendantes

Test de Wilcoxon et test de Student

Petit échantillon pour l'un des 2 groupes et échantillons indépendants, donc on utilise le test de Wilcoxon. Pour rappel, les hypothèses sont les mêmes que pour le test de Student:

- H_0 : les groupes sont égaux
- H_1 : les groupes sont différents

Test de Kruskal-Wallis

- H_0 : tous les groupes sont égaux
- H_1 : au moins un groupe est significativement différent

