

Faculté de santé publique

**Charge de travail, qualité des soins
et bien-être infirmier face au
recours non-urgent aux urgences
pédiatriques : étude mixte**

Mémoire réalisé par

Hanan Mait Rabbi

Promoteur

Pr Frédéric Thys

Copromoteur

Nicolas Oberweis

Année académique 2024-2025

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier à mon promoteur, le Professeur Frédéric Thys, pour son accompagnement et ses conseils éclairés dans l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Monsieur Nicolas Oberweis pour sa disponibilité, sa collaboration et l'intérêt porté à ce projet.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, que ça soit par leur participation, leurs conseils et leur soutien.

Enfin je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours de master, qui m'ont encouragé dans les moments de doutes et mon poussé à aller au bout de ce projet.

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. Je souhaite déclarer l'utilisation de ChatGPT® comme outil orthographique pour ce mémoire, en sachant que la production du texte a été réalisé de manière autonome. 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·e·s 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 Théorique.....	2
2.1. Système de santé en Belgique.....	2
2.2. Organisation des services d’urgences en Belgique.....	3
2.3. Financement des hôpitaux et des services d’urgence en Belgique.....	4
2.4. Les urgences pédiatriques.....	7
2.5. Urgences pédiatriques au Grand hôpital de Charleroi.....	9
2.6. « Overcrowding » urgences pédiatriques.....	10
2.7. Bien être du personnel.....	12
2.8. Synthèse de la partie théorique.....	14
3. Méthode.....	15
3.1. Introduction de la partie méthodologique.....	15
3.2. Question de recherche et Objectifs spécifiques et ancillaires de la recherche.....	15
3.3. Méthode de collecte de données.....	16
3.3.1. Revue de la littérature.....	16
3.3.2. Profil de la chercheuse.....	17
3.3.3. Critères de sélection et échantillonnage.....	17
3.4. Description de la démarche appliquée au participant et méthode de recueil des données 17	
3.4.1. Personnel infirmier :.....	17
3.4.2. Parents :.....	18
3.5. Modalités de mise en œuvre et communication à l’équipe soignante.....	19
3.6. Modalités pratiques de la distribution.....	19
3.6.1. Personnel infirmier :.....	19
3.6.2. Parents :.....	20
3.7. Critères d’inclusion.....	20
3.7.1. Personnel infirmier :.....	20
3.7.2. Parents :.....	20
3.7.3. Période de distribution :.....	21
3.8. Dispositive d’analyse des données.....	21
3.8.1. Focus group avec les infirmiers.....	21
3.8.2. Questionnaires Parents et Infirmiers.....	22
3.9. Limites.....	22
4. Résultats.....	23

4.1.	Questionnaire parents.....	23
4.2.	Questionnaire Infirmiers	31
4.2.1.	Caractéristiques des répondants.....	31
4.2.2.	Caractéristiques de l'équipe.....	32
4.2.3.	Ressentis des infirmiers au sein des urgences pédiatriques	34
4.3.	Focus Group.....	42
5.	Discussion	55
5.1.	Score tri 4-5.....	55
5.2.	Impact sur la qualité des soins et le bien-être des infirmiers	56
5.3.	Recours aux urgences pédiatriques	58
5.4.	Pistes d'amélioration dégagés :.....	59
6.	Limites.....	60
7.	Recommandations pour la recherche et pour la pratique professionnelle	61
8.	Conclusion	63
9.	Bibliographie	64
10.	Annexes	68
10.1.	Annexe I – Questionnaire Parents.....	68
10.2.	Annexe II – Questionnaire Infirmiers	71
10.3.	Annexe III – Guide de discussion Focus Group	74
10.4.	Annexe IV – Consentement libre et éclairé	79
10.5.	Annexe V - Consignes pour l'observateur du focus group	81
10.6.	Annexe VI – Assurance sans faute	83
10.7.	Annexe VII – Avis Comité d'éthique	85

Table des Graphiques

Graphique 1 - Recours antérieur des urgences pédiatriques	23
Graphique 2 - médecin généraliste ou pédiatre habituel	24
Graphique 3 - Tentative de contacter un médecin avant	24
Graphique 4 - Connaissance du 1733	25
Graphique 5 - Perception de la gravité	26
Graphique 6 - Niveau d'inquiétude du parent	27
Graphique 7 - Moment de la décision de venir aux urgences	28
Graphique 8 - Plage horaire d'admission aux urgences	28
Graphique 9 - Parents qui se sont présenté aux urgences par faute de solution	30
Graphique 10 - Parents qui ont été informés du degré de priorité de l'enfant au tri	30
Graphique 11 - Age des infirmiers	32
Graphique 12 - Sexe des participants	32
Graphique 13 - Ancienneté dans les urgences pédiatriques	33
Graphique 14 - Statut des participants	33
Graphique 15 - Temps de travail	34
Graphique 16 - Fréquence du sentiment de surcharge	35
Graphique 17 - Perception de l'adéquation du recours aux urgences pédiatriques	37
Graphique 18 - Evaluation de la fatigue mentale	37
Graphique 19 - Soutien hiérarchique	38
Graphique 20 - Envisager de quitter le service ou ne plus occuper le poste	39

Table des Tableaux

Tableau 1 - Motivation de se présenter aux urgences	25
Tableau 2 - parents qui ont tenté d'avoir rdv mains qui n'ont pas réussi, en N et %, et qui se sont présenté aux urgences en journée	29
Tableau 3 -Test de χ^2 entre les parents qui ont tenté d'avoir rdv mais non pas réussi et ceux qui se sont présenté en journée	29
Tableau 4 - Test de χ^2 pour la différence entre la proportion de soignants qui ressentent une charge de travail récurrent et l'ancienneté dans le service des urgences pédiatriques	36
Tableau 5 - Facteurs qui contribuent à l'origine de la surcharge	36
Tableau 6 - Raisons principales pour envisager de quitter le service ou ne plus occuper le poste	39
Tableau 7 - Evaluation de la perception de la charge de travail	41

Table des Figures

Figure 1 - Répartition des infirmiers des urgences	31
--	----

1. Introduction

De nos jours, les services d'urgences hospitalières interviennent de plus en plus dans le parcours de soins des patients ayant besoin de consulter un médecin. Leur mission première est d'assurer une réponse rapide et efficace aux situations mettant en jeu le pronostic vital ou nécessitant une intervention spécialisée urgente. Pourtant, ces dernières décennies, une augmentation significative de la fréquentation des services d'urgence a été observée dans de nombreux pays, dont la Belgique. Ce phénomène pose un défi majeur au système de santé, notamment en raison de l'augmentation des consultations pour des motifs non urgents, un problème particulièrement prégnant dans les services de pédiatrie.

Selon le rapport de l'INAMI (2023), en Belgique, le nombre d'admissions aux urgences a augmenté de 8 % entre 2013 et 2021, avec environ 18,9 % de la population y ayant recours chaque année (INAMI, 2024, pp 15 et 17). Parmi ces consultations, une proportion importante concerne des pathologies qui ne nécessitent pas une prise en charge hospitalière immédiate. Il en va de même pour le secteur pédiatrique des urgences où le recours est souvent motivé par plusieurs facteurs : une inquiétude parentale exacerbée, un manque d'accès aux soins primaires, des horaires peu flexibles des médecins généralistes ou encore une perception souvent erronée de la gravité des symptômes. Ainsi, les services d'urgences deviennent, pour de nombreuses familles, une alternative rapide et accessible aux soins ambulatoires traditionnels.

Toutefois, cette utilisation excessive des urgences pédiatriques n'est pas sans conséquence. Elle entraîne une surcharge de travail pour les professionnels de santé, allonge les délais d'attente pour les patients réellement en détresse et peut altérer la qualité des soins prodigués, ainsi qu'un épuisement accru du personnel soignant. En effet, confrontés à un afflux constant de cas non urgents, les soignants doivent concilier entre des situations critiques et des consultations à finalité et rationnel non urgentes, ce qui peut générer frustration, stress et fatigue professionnelle.

Travaillant depuis douze ans en tant qu'infirmière spécialisée en pédiatrie aux urgences de Charleroi, j'ai pu assister à cette évolution et ressentir les impacts de cette surcharge sur le quotidien des soignants. La gestion quotidienne de patients nécessitant peu ou pas d'intervention médicale urgente complique considérablement l'organisation du service et impacte la prise en charge des enfants en réelle détresse. Cette pression constante pèse sur les soignants, qui doivent faire face à une charge de travail croissante, une intensification du rythme

de travail et une difficulté à maintenir une relation empathique et individualisée avec chaque famille.

Dans ce contexte, ce mémoire vise à comprendre et analyser les raisons qui poussent les parents à se rendre aux urgences pédiatriques, même pour des situations non urgentes, ainsi que la manière dont cette surcharge est perçue et vécue par le personnel infirmier au sein du Grand Hôpital de Charleroi. En explorant ces deux dimensions, ce travail vise à mettre en lumière les enjeux liés à cette fréquentation excessive et à identifier des pistes d'amélioration pour une prise en charge plus efficace et adaptée.

2. Cadre Théorique

2.1. Système de santé en Belgique

Le système de santé Belge est, de nos jours, un des plus complets d'Europe offrant à ses bénéficiaires une large couverture de soins. Celle-ci repose sur des critères importants comme une accessibilité universelle et un libre choix au niveau des prestataires.

Chaque citoyen doit être affilié à une mutuelle qui prendra en charge une grosse partie des dépenses en santé. Un système d'assurance complémentaire est disponible visant à élargir la couverture de soins. Néanmoins, le bénéficiaire prend directement en charge la partie non couverte par la mutuelle qu'on appelle le « Ticket Modérateur ». Pour protéger la population à faibles revenus, un statut spécial a été créé : Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). Ce statut permet un meilleur remboursement et une diminution du ticket modérateur favorisant ainsi l'égalité d'accès aux soins. En plus de ce statut, un mécanisme a également été créé afin de limiter la charge financière en santé pour la population. Ce mécanisme s'appelant de « maximum à facturer », plafonne un maximum des dépenses en santé supportées par le bénéficiaire par année civil et en fonction de leurs revenus.

Le système de santé belge est classé comme un modèle hybride, car il combine le secteur public via le financement par la sécurité sociale, et le secteur privé permettant un libre choix du prestataire et une concurrence entre hôpitaux ou médecins. Ce modèle est pourtant différent d'autres modèles hybrides pratiqués dans d'autres pays comme la France ou l'Allemagne. En effet, en Belgique l'accès aux soins est très ouvert, permettant aux patients une grande liberté de choix, soit du prestataire avec une possibilité de se rendre directement chez un spécialiste, soit de se rendre à l'hôpital de son choix ou de changer de médecin sans obligation de devoir

passer par un médecin de référence. Cet accès aux spécialistes est souvent plus cadré dans d'autres pays à model hybride.

Concernant le financement, le système de santé en Belgique est supporté en grande partie par l'état via les cotisations sociales. Celles-ci sont prélevées directement des revenus des travailleurs et une partie de ces cotisations est directement alloué au financement des soins de santé. L'état participe également via une partie des impôts. Enfin, les mutuelles jouent en rôle important dans la gestion des remboursements.

A propos du financement hospitalier, celui-ci est assuré d'une partie par un budget national qui finance les services non médicaux et d'une autre partie le paiement à l'acte pour les soins médicaux.

Malgré l'optimisation du système de santé belge et ses nombreuses qualités, celui-ci doit faire face à des nombreux défis comme la pénurie de personnel médical, la persistance de certains problèmes d'accessibilité, la pertinence de certains soins, les soins préventifs, entre autres. Il est également nécessaire de réfléchir en profondeur sur la durabilité du système tenant en compte l'augmentation progressive des dépenses en santé lié en grand partie à l'envieillissement de la population.

Dans le rapport « Belgium: Health system summary », Gerkens S, Merkur S (2024) soulignent l'importance, dans un contexte de post crise covid -19, de s'intéresser plus que jamais au bien-être du personnel médical pour éviter de majorer la pénurie.

Malgré les preuves démontrées en termes d'efficacité et accessibilité, il est indispensable que le système de santé belge continue de progresser pour faire face à l'évolution des besoins sociétaux, tout en garantissant le caractère universel et solidaire déjà présent. (Countries Covered By The HSPM Platform, s.d.)

2.2. Organisation des services d'urgences en Belgique

En Belgique, les patients peuvent avoir accès au système de soins d'urgence par auto-référence (les patients se présentant d'eux-mêmes), par référence d'un médecin (généraliste ou spécialiste) ou après un appel d'urgence. En ce qui concerne les soins préhospitaliers l'appel est uniformisé à un numéro d'appel qui est le 112 (appel gratuit). Cet appel arrive dans un centre de dispatching et un premier triage est réalisée sur base de la description du problème. Il est

décidé quel type de transport envoyer ou alors si le patient peut être référer vers le médecin généraliste.

Il existe trois types de transport d'urgence en Belgique, en fonction de la gravité de la situation et du danger pour la vie. Les décisions de recours aux différents niveaux de secours se basent sur le manuel belge de régulation. Dans une situation évaluée grave à très grave ou le danger est immédiat pour la vie, le dispatching enverra un SMUR. Ce dernier comprend un médecin urgentiste, un infirmier urgentiste et le matériel médical nécessaire pour stabiliser le patient sur place avant son transport vers l'hôpital. Si la situation est modérée à grave ou le danger est potentiel pour la vie, le dispatching enverra un PIT (équipe d'intervention paramédical). Celle-ci est composée d'un ambulancier et d'un infirmier urgentiste qui est en mesure d'administrer les premiers soins d'urgence conformément aux protocoles standardisés. Lorsque la situation est de gravité mineure mais urgente, le dispatching envoie une ambulance 112 est envoyée, celle-ci est composée d'au moins deux ambulanciers, qui ne sont pas autorisées à administrer des soins médicaux, à l'exception de certaines interventions spécifiques définies par des protocoles.

Au niveau hospitalier la majorité des patients se présentent d'eux-mêmes (72,4% en 2016), sont enregistrés à l'accueil à leur arrivée et passent par un secteur de triage et d'orientation, où ils sont principalement examinés par un infirmier.

Tous les hôpitaux aigus en Belgique doivent disposer de capacités d'urgence, il existe deux types de service d'urgence :

1. Service d'urgence spécialisé
2. Service d'urgence non spécialisé

Des normes spécifiques de licence et des critères ont été définis en matière de personnel, équipement, infrastructure et permanence médical. (KCE& European observatory,2020).

2.3. Financement des hôpitaux et des services d'urgence en Belgique

Le financement des hôpitaux en Belgique repose sur un budget global fermé appelé de « Budget des moyens financiers » ou BMF, ce budget prévoit de couvrir les activités qui ne sont pas strictement médicales.

« Le financement d'un hôpital via le budget des moyens financiers provient de la répartition individuelle du budget global des hôpitaux entre tous les hôpitaux. En janvier 2023, ce budget global a été fixé à un montant maximum de 9 935 557 653 € pour les hôpitaux généraux. Le BMF a augmenté de 34 % ces cinq dernières années, passant de 7,4 milliards € en 2019 à 9,9 milliards € en 2023. » (HealthyBelgium, 2023)

Une partie importante du financement des services d'urgence, provient du BMF via le volet B2 par un critère d'attribution de points. « Les hôpitaux reçoivent des points de base et des points supplémentaires pour le personnel (hors médecin) de leur service d'urgence ». (KCE,2016)

Jusqu'en juillet 2013, « le budget dévolu au service d'urgence était proportionnel à la taille de l'établissement. Les points supplémentaires étaient attribués sur la base des prestations réalisées chez des patients hospitalisés pendant la nuit, le weekend ou les jours fériés (prestations irrégulières) ». (KCE,2016) Avec le temps, ces deux critères de calcul du budget se sont révélés de moins en moins représentatifs de l'activité réelle des hôpitaux et des urgences. « Bien que les gros hôpitaux enregistrent généralement un volume plus important de contacts avec les urgences que les structures plus modestes, le lien entre la taille de l'hôpital et le nombre de contacts aux urgences est loin d'être proportionnel » (KCE,2016)

Un nouveau système de calculs des points a été donc introduit à partir de juillet 2013. Dans ce nouveau système le calcul est fait essentiellement par le nombre de contacts enregistrées aux urgences plutôt que sur la taille de l'établissement. Chaque contact avec les urgences, suivi ou pas d'hospitalisation, donne droit à une « unité d'urgence ». Les hôpitaux «reçoivent en outre des unités supplémentaires pour certains groupes de patients, définis sur la base de critères principalement démographiques (enfants de 0 à 3 ans et de 4 à 15 ans, patients de moins de 75 ans résidant en maison de repos ou de soins, patients de 75 ans ou plus) ou médicaux (p.ex. maladie cérébro-vasculaire, diagnostic psychiatrique avec hospitalisation en unité psychiatrique), auxquels s'ajoutent des facteurs divers tels que l'heure de l'inscription (entre 21h et 6h) et l'éventuel transfert vers les soins intensifs. » (KCE,2016)

Même si cette nouvelle approche s'aligne davantage sur la réalité de chaque service d'urgence, elle soulève plusieurs questions, notamment sur le risque d'un usage inadapté des services, sur le poids d'une utilisation inapproprié du service d'urgences sur le budget de santé de la Belgique. De plus, elle interroge sur la pertinence des chiffres d'admission comme reflet fidèle du travail infirmier financé par le BMF.

Mais regardons ce qui se passe ailleurs. Par exemple, en France, une nouvelle réforme concernant le financement des services d'urgence a été mise en place. Jusqu'en 2019, les services d'urgence étaient financés de manière similaire à ce qui se fait actuellement en Belgique, via la "dotation patient" (basée sur le nombre d'admissions), qui représentait 50 % du financement, tandis que l'autre moitié provenait de la facturation. La réforme a introduit un nouveau critère : la "dotation complémentaire à la qualité", qui équivaut à 2 % du financement et a entraîné une réduction du pourcentage attribué aux admissions, passant de 50 % à 48 %. Ces critères de qualité visent à diversifier les modes de financement tout en encourageant l'amélioration de la qualité de prise en charge aux urgences, avec une compensation financière en conséquence. (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023). En Angleterre, le financement des soins de santé est du domaine public et donc basé sur les impôts. La gestion du financement est faite par le National Health System (NHS). Dans ce qui concerne le financement des services d'urgence en 2005, le gouvernement a instauré une « cible de prise en charge aux urgences » de maximum 4h. Cette mesure a été prise dans le but d'augmenter les performances et de lutter contre le phénomène d'overcrowding. L'atteinte de cette cible par les services d'urgences est récompensée par des primes monétaires via un programme d'incitation de performance. Après plusieurs reformulations au fil du temps, la cible à atteindre défini en 2024 est de 76%. Webber et al. (2012) ont réalisé une étude pour essayer de comprendre si l'implémentation de cette cible temporelle avait un impact négatif sur la qualité de soins prestées aux patients. Les résultats montrent que cette mesure n'a pas entraîné une augmentation des recours aux urgences, ni des retours non planifiés dans les semaines qui suivent. De plus, il n'a pas été observé une majoration du taux de mortalité aux urgences, ni d'une augmentation dans l'utilisation de ressources comme d'examen complémentaires pour palier le supposé « manque » de temps pour réaliser un examen clinique efficace. Dans le même article et via des entretiens qualitatifs, les auteurs ont mis en lumière que le levier de cette implémentation était une réorganisation plus optimale du processus de soins aux urgences en mettant la pression sur les services d'hospitalisation vers une acceptation plus rapide des patients. Ce point était considéré, par l'équipe médico-infirmière, comme la cause principale de l'encombrement aux urgences que motivait des prises en charges plus longues.

2.4. Les urgences pédiatriques

En Belgique, en cas de maladie, un enfant peut avoir plusieurs options de prise en charge : les soins ambulatoires de première ligne ou les services d'urgences. « Les soins ambulatoires de première ligne pour les enfants sont assurés à la fois par les pédiatres et les médecins généralistes. Le choix entre ces deux disciplines est laissé à la discrétion des parents. » (Benahmed et al., 2012). Chez un pédiatre le coût de la consultation, après intervention de la mutuelle, peut s'élever aux alentours de 12 € contre 4 € chez le médecin traitant si le patient est inscrit dans un dossier médical global (INAMI, s. d.). Malgré cette différence de prix, « 75 % des consultations ambulatoires sont réalisées par des pédiatres lorsque les enfants ont moins d'un an. Cette proportion diminue avec l'âge de l'enfant (63 % pour les enfants d'un an, 51 % pour ceux de deux ans, et seulement 10 % pour les enfants de 14 ans) » (Benahmed et al., 2012). Le même auteur met en avant une organisation déficitaire des services de garde en pédiatrie qui motive le recours aux urgences comme première intention par les parents lorsque les consultations en ambulatoire par les pédiatres sont indisponibles. « De ce fait, il est établi que les enfants représentent 30 % des visites aux urgences en Belgique » (Benahmed et al., 2012).

Une analyse plus approfondie du problème pourrait passer par l'examen de l'offre en pédiatres et en médecins généralistes. D'après un rapport du KCE (2024) et les statistiques de Statbel, en 2021, la densité de médecins généralistes à Charleroi était de 6,58 équivalents temps plein pour 10 000 habitants, contre 14,48 à Mons, par exemple. Pourtant, en comparant les populations des deux régions en 2021, Charleroi (203 563 habitants) avait une population plus nombreuse que Mons (133 546 habitants). Des constats préoccupants ressortent également d'une enquête commandée par le SPF Santé publique auprès des médecins généralistes, dans laquelle il est indiqué : « Un cinquième des médecins généralistes wallons n'accepte plus de nouveaux patients. Cette proportion est nettement moindre en Flandre et à Bruxelles, où moins de 16 % des médecins généralistes ont mis un terme à l'accueil de nouveaux patients » (Beersmans et al., 2023). Concernant les pédiatres, selon le rapport du KCE (2024) et les statistiques de Statbel, en 2021, la densité dans le Hainaut était de 6,2 pour 10 000 habitants, inférieure à la moyenne nationale de 8,4 pour 10 000 habitants. En analysant la répartition par province, des disparités entre l'offre et la population pédiatrique sont évidentes. Par exemple, dans la province de Liège, avec 110 748 enfants de moins de 18 ans, la densité de pédiatres était de 10,8 pour 10 000 habitants, contre seulement 6,2 dans le Hainaut, qui comptait 134 821 enfants de moins de 18 ans. Ces données peuvent susciter des interrogations sur la répartition et l'accessibilité des

ressources, pouvant potentiellement influencer le recours aux services d'urgence. De plus, il est important de considérer un possible déséquilibre dans la répartition des pédiatres entre ceux exerçant en ambulatoire et ceux travaillant exclusivement en milieu hospitalier. En Belgique, la prise en charge des enfants qui présentent des besoins en soins médicaux et/ou infirmiers spécialisés reste fortement axée sur l'hôpital.

En ce qui concerne les urgences, une admission coûte environ 25 euros mais cette valeur peut être inférieure en cas d'orientation de la part de son médecin traitant ou en cas d'utilisation de la chaîne 112 (10 euros la consultation). Aucune charge n'est demandée aux patients lors de leur inscription aux urgences. La facture sera envoyée après par la poste.

Les urgences pédiatriques, dans le contexte Belge, sont un service souvent associé aux urgences générales : « 92,7% des services d'urgences pédiatriques sont intégrés dans les urgences générales, mais à des degrés divers : en particulier, les salles d'examen pédiatrique sont séparées des cabinets "adultes" dans 30,9% des hôpitaux » (De Wever et al., 2010)

On entend par « urgences pédiatriques », la prise en charge des enfants présentant des pathologies aiguës, nouvelles ou liées à des pathologies chroniques, qui nécessitent une prise en charge immédiate ou relativement rapide. En Belgique, la loi (Arrêté Royal du 13 juillet 2006) définit « Patient pédiatrique » comme « un mineur n'ayant pas encore atteint l'âge de 15 ans » (Spw, 2006). La maladie chronique chez l'enfant peut être définie comme des « perturbations durables (au moins 6 mois) de l'état de santé, nécessitant une prise en charge prenant en compte la complexité et la sévérité de la pathologie, l'âge de l'enfant et son environnement familial » (Picherot, 2014). Pour ce type de pathologie, la limite d'âge peut être étendue pour assurer un suivi plus adapté même dans un contexte des urgences. Par exemple un patient diabétique âgé de 17 ans qui est encore suivi par un pédiatre pour sa maladie chronique, en cas de déséquilibre de son diabète qui motive son recours aux urgences, il sera dirigé vers les urgences pédiatriques

L'analyse de ces données soulève d'autres questions, en plus de celles mentionnées précédemment, notamment sur les choix des parents. Existe-t-il une corrélation entre la préférence de payer un tarif plus élevé pour consulter directement un pédiatre, que ce soit en ambulatoire ou aux urgences ? L'absence de frais immédiats aux urgences influence-t-elle leur décision au détriment d'une consultation chez un pédiatre ou un médecin généraliste, même pendant les horaires de journée ? La population est-elle suffisamment informée de la réduction

du tarif de consultation aux urgences lorsqu'une orientation directe est faite par leur médecin traitant ?

2.5. Urgences pédiatriques au Grand hôpital de Charleroi

A l'image du texte précédente, les urgences pédiatriques au Grand Hôpital de Charleroi (GHdC), sur le site des Viviers, désignent le service médical qui prend en charge les enfants et adolescents souffrant de pathologies aiguës ou ayant subi des traumatismes nécessitant une intervention rapide et spécialisée. Ces dix dernières années, le service a accueilli annuellement entre 17153 et 18800 patients de moins de 15 ans. Ces urgences couvrent un large éventail de situations médicales, allant des infections respiratoires et gastro-intestinales, aux traumatismes dus à des accidents, en passant par des conditions graves telles que des crises d'asthme, des convulsions ou des intoxications. Le service des urgences pédiatrique est inclus dans le service d'urgences générales mais avec une certaine indépendance du même.

À leur arrivée aux urgences du Grand Hôpital de Charleroi, les enfants et leurs parents sont reçus à l'accueil des urgences, où le personnel administratif procède à l'inscription de l'enfant. Ils recueillent les informations essentielles, telles que la carte d'identité de l'enfant, les coordonnées du médecin traitant, ainsi que le motif de la consultation, afin de mieux orienter la prise en charge.

Une fois l'enregistrement effectué, l'enfant est pris en charge par un·e infirmier·ère, qui réalise une anamnèse objective en posant des questions pertinentes pour évaluer l'état de santé de l'enfant et mesurer ses paramètres vitaux. Sur la base de ces informations, l'infirmier·ère utilise l'échelle de tri infirmier (échelle French) pour déterminer le niveau d'urgence et prioriser la prise en charge. Cette échelle classe les patients de 1 à 5, allant de priorité 1 pour les urgences vitales, à priorité 5 pour les situations moins urgentes. En fonction du tri, l'enfant est dirigé vers le secteur approprié. Si le problème relève de la pédiatrie générale, comme une pathologie médicale, l'enfant sera pris en charge par les assistants ou pédiatres. Si l'enfant présente un accident, tel qu'une chute scolaire sans notion de commotion, il sera orienté vers le secteur d'orthopédie, où les urgentistes assurent la prise en charge.

Cependant, tous les enfants, qu'ils soient orientés vers la pédiatrie ou l'orthopédie, sont d'abord envoyés vers une salle d'attente commune réservé aux enfants, où ils attendent en fonction de

leur niveau de priorité. En cas de situation critique, l'enfant est immédiatement pris en charge dans le secteur de déchocage, où une équipe spécialisée intervient en urgence.

2.6. « Overcrowding » urgences pédiatriques

Ces dernières années, le phénomène de surpopulation (« overcrowding ») a fortement impacté les services d'urgence à l'échelle mondiale, et la Belgique n'échappe pas à cette tendance. Ce phénomène se définit comme « une situation où la demande en soins d'urgence dépasse la capacité des médecins et des infirmiers à fournir des soins de qualité dans un délai raisonnable » (Sinclair, 2007).

Aux États-Unis, la fréquentation des urgences a triplé en moins de 30 ans, passant de 51,9 millions en 1987 à 136,9 millions en 2015. En France, elle a doublé entre 1996 et 2015, passant de 10,5 millions à 20,3 millions. En Suisse, entre 2007 et 2011, les consultations aux urgences ont augmenté de 26 % (Chastonay et Bodenmann, 2021). Concernant les urgences pédiatriques, selon Benahmed (2012), près de 40 % des consultations n'exigeaient pas à posteriori une expertise hospitalière. Cette tendance se retrouve également en pédiatrie, avec une fréquentation inappropriée des urgences pour des motifs non urgents. Selon Pol et al. (2023), entre 58 % et 82 % des enfants qui se présentent aux urgences pédiatriques souffrent d'une affection non urgente.

En Belgique, la situation est similaire. Selon le rapport de l'INAMI (2023) intitulé « Variation des pratiques médicales : Admission aux urgences », le nombre d'admissions aux urgences des hôpitaux belges a augmenté de 8 % entre 2013 et 2021. Chaque année, environ 18,9 % de la population belge se rend aux urgences, avec une fréquentation plus élevée dans certaines provinces, notamment le Hainaut. Concernant les urgences pédiatriques, un rapport du SPF Santé publique (2023) intitulé « Données phares dans les soins de santé » montre qu'en 2021, seulement 1 enfant sur 10, parmi les enfants, adolescents et jeunes adultes, a été hospitalisé après un passage aux urgences. Cette proportion s'élève à 1 sur 4 pour les enfants de moins d'un an, soit deux fois plus que pour ceux âgés de 1 à 18 ans. Cela soulève la question de l'utilisation des services d'urgence pour des cas non urgents, un phénomène de plus en plus courant. Le recours inapproprié aux services d'urgence est une problématique croissante, notamment en pédiatrie.

Les consultations pour des affections non urgentes sont fréquentes. Pour Akbayram et Coskun (2020), elles sont définies comme des situations où un délai de plusieurs heures n'augmenterait pas le risque de complications ou d'issues défavorables. Le même auteur affirme qu'entre 40 % et 58 % des patients se présentant aux urgences sont dans cette catégorie. Un autre auteur, De Wolf and Vanoverloop, (cités dans OECD, 2017) considère les visites aux urgences d'appropriées lorsqu'un patient est référé par un médecin généraliste ou par des lignes d'assistance d'urgence, lorsqu'un patient est admis à l'hôpital à la fin de la consultation, lorsqu'il utilise la salle de plâtre, lorsqu'un patient décède le même jour, lorsqu'il s'agit d'une urgence psychiatrique (...). Les visites sont considérées comme inappropriées dans toutes les autres situations. Dans le même rapport (OECD, 2017), Pereira et al. (2001) apporte une autre vision de la notion de visite aux urgences appropriée : « si elle aboutit à une hospitalisation du patient, en cas de décès aux urgences, si le patient est transféré vers un autre hôpital, ou selon des critères explicites basés sur des examens diagnostiques spécifiques ou des traitements effectués. Elle est également jugée appropriée si la visite nécessite des examens d'imagerie (...) ou si le traitement requiert l'administration de fluides intraveineux, d'oxygène, de médicaments prescrits et administrés aux urgences, de transfusions de produits sanguins, de soins orthopédiques, de la prise en charge de plaies (autre que le simple nettoyage ou le bandage de petites éraflures) et du retrait de corps étrangers (dans les yeux, le tube digestif ou les voies respiratoires). » Baier et al. (2018) parlent de l'existence d'une diversité de définitions, allant de la catégorie de triage attribuée à l'urgence perçue par le patient, ce qui rend difficile la comparaison des estimations de ces visites et l'attribution du caractère "non urgent".

Malgré la difficulté de trouver une définition consensuelle entre les auteurs, on peut retenir qu'une fréquentation « non urgente » semble correspondre à une prise en charge qui aurait pu être assurée par une structure de soins plus adaptée, généralement associée à un niveau de gravité moindre selon l'échelle de triage.

La surpopulation des urgences est un enjeu complexe et multifactoriel, découlant de dysfonctionnements systémiques qui dépassent la seule responsabilité des équipes soignantes et des gestionnaires des services d'urgence (Gross et al., 2023). Pour Butun et al. (2023) cette surcharge est considérée comme l'un des principaux défis du personnel soignant. Selon Gross et al. (2023), elle compromet la sécurité des patients en allongeant les délais d'attente avant la prise en charge médicale. Butun et al. (2023) souligne également son impact négatif sur l'expérience des patients, réduisant ainsi leur satisfaction. Les deux auteurs sont d'accord qu'elle affecte également l'engagement du personnel et peut conduire à l'épuisement

professionnel. D'autres auteurs (Akbar & Coskun, 2020) attirent également l'attention sur une charge financière accrue ainsi qu'une augmentation de la morbidité et de la mortalité provoquées par cette surconsommation par des problèmes « non urgents ».

Selon Gross et al. (2023), cette surcharge se doit aux caractéristiques propres des services d'urgences qui offrent des soins complets, sont ouverts 24h/24 et 7j/7 et ne nécessitent aucune autorisation préalable pour être consultés. Ces caractéristiques peuvent inciter les familles à privilégier les services d'urgence par rapport à d'autres structures de soins. Cette idée est appuyée par Butun et al. 2023 qui mettent en avant comme cause les préférences de l'utilisateur des soins de santé qui choisissent de se rendre aux urgences pour des pathologies non-urgentes plutôt que d'avoir recours aux services de soins primaires.

Les services d'urgences pédiatriques sont également impactés par cette surpopulation, ce qui entraîne des conséquences préoccupantes. Parmi celles-ci, on observe un manque de réévaluation des enfants présentant des signes vitaux anormaux, une hausse des admissions en soins intensifs pédiatriques ainsi qu'une augmentation du nombre de départs sans consultation, soulevant des enjeux de sécurité et de responsabilité médicale (Gross et al., 2023). Par ailleurs, la perception parentale de l'urgence d'une situation joue un rôle déterminant dans la fréquentation des urgences pédiatriques. Canévet et al. (2018) ce sont intéressées au point de vue des parents en essayant de comprendre leurs motivations lors du choix de recourir aux urgences. Parmi les récits analysés, des explications comme un sentiment de « frustration face au médecin traitant qui ne répond pas à toutes les attentes » ou encore « Le sentiment d'impuissance face à des symptômes inhabituels, l'inexpérience parentale ou les expériences traumatisantes antérieures » ressortent comme justificatif du recours dit inapproprié d'un point de vue purement technique et médical.

Ainsi, la surpopulation des urgences constitue un enjeu majeur qui nécessite une réflexion approfondie sur l'organisation des soins de santé afin d'offrir des alternatives adaptées et désengorger ces services essentiels.

2.7. Bien être du personnel

De nos jours, le bien être des employés assume une importance majeure au sein des institutions étant donné l'importance pour le développement organisationnel. Wang & Wang (2016) mettent en avant les conséquences positives d'un niveau de bien être élevé comme une

augmentation du niveau d'implication dans le travail, de la satisfaction au travail et aussi de l'engagement organisationnel. Les auteurs soulignent encore un lien d'un niveau de bien être élevé avec un faible niveau d'épuisement professionnel et d'intention de turnover.

Le Spf emploi-travail et concertation social(s.d.) décrit le bien être comme étant « l'ensemble des facteurs relatifs aux conditions de travail dans lesquelles le travail est exécuté ». On entend par ces facteurs, la sécurité au travail, la protection de la santé du travailleur, les aspects psychosociaux du travail, l'ergonomie, l'hygiène du travail et l'embellissement des lieux de travail. La loi du 4 août 1996 relative au bien être des travailleurs et le code du bien-être au travail permettent de donner un cadre à cette définition.

Le recours excessif aux urgences a un impact considérable sur le bien-être des infirmiers au niveau des urgences bien comme sur la qualité des soins. Selon Kongcheep, S et al. (2022), une certaine frustration règne parmi les infirmiers des urgences lié au sentiment d'impuissance de prêter des soins dit de qualité à ses patients. On parle de soins fondamentaux, tels que les soins de confort et des soins qui assurent la sécurité intégrale de ses patients. Cette impuissance découle en partie d'une majoration de la pression journalière ressentie dans leur environnement de travail provoqué par l'augmentation progressive et démesuré des recours aux urgences par la population. Ce ressenti de la part de ces professionnels a un impact majeur sur leur efficacité et leur performance. Une augmentation de leur frustration, l'augmentation de leur anxiété et l'installation d'une éventuelle dépression ne sont pas écartées provoquant à long terme une diminution de leur satisfaction professionnelle. Jennings et al. (2025) soulignent que cette détresse vécue et cette insatisfaction peuvent motiver les infirmières à quitter le service voir même redirectionner leur carrière hors du domaine de la santé. Ceci ne fait qu'aggraver la situation de pénurie de personnel infirmier dans les soins et potentiellement compromettre de façon dramatique la qualité de soins prodigués aux patients. Pour Jiang et al. (2025), le risque de souffrir de détresse psychologique est plus marqué chez les infirmiers travaillant dans les services d'urgences quand on compare à d'autres secteurs du domaine de la santé.

Cependant, Jiang et al. (2025) identifient d'autres causes que la « surpopulation ». Les auteurs mettent en avant une combinaison de facteurs, notamment le degré d'exigence des services prestés, les longues heures de travail, les horaires décalés et le stress mental prolongé, en plus de la surpopulation.

Cette divergence entre les auteurs soulève plusieurs questions : Quels sont les véritables motifs impactant le bien être des infirmiers des urgences pédiatriques ? la surpopulation est-elle le

principal facteur, et suffirait-il de la réduire pour résoudre le problème ? ou s'agit-il plutôt d'une combinaison de plusieurs facteurs, suggérant que des changements plus profonds seraient nécessaires pour assurer l'épanouissement et le bien-être au travail des infirmiers des urgences pédiatriques ?

2.8. Synthèse de la partie théorique

Le cadre théorique a permis d'appréhender et d'affiner la compréhension de la situation des services des urgences au sein du système de santé belge. Malgré un système de santé considéré d'excellence, plusieurs aspects semblent influencer le jugement de la population belge lors du choix du prestataire en cas de maladie.

Plusieurs auteurs mettent en évidence un phénomène grandissant de fréquentation importante des services d'urgences appelé de « overcrowding ». Ce phénomène provoque des conséquences négatives tant au niveau organisationnel qu'au niveau de la qualité de soins, du bien-être et de la satisfaction au travail du personnel soignant.

La littérature révèle un recours fréquent aux urgences pour des situations classées, selon le score tri, à faible priorité, ce phénomène s'explique par divers facteurs tels que le manque d'accès aux soins de première ligne, les horaires peu flexibles des consultations, ou encore l'inquiétude parentale.

Ce constat corrobore la nécessité d'aller au-delà de l'analyse théorique pour mieux comprendre la réalité du terrain.

Dans cette optique, s'inscrit la suite de ce travail, avec une démarche méthodologique visant à explorer cette problématique au sein des urgences du Grand Hôpital de Charleroi.

Ainsi, la question de recherche posée est la suivante : Comment la charge de travail liée au recours excessif aux urgences pédiatriques affecte-t-elle la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier au sein du service des urgences du grand hôpital de Charleroi ?

3. Méthode

3.1. Introduction de la partie méthodologique

Afin de répondre à la question de recherche et de mieux comprendre le vécu des infirmiers ainsi que les raisons qui poussent les parents à se rendre aux urgences pédiatriques, ce travail adopte une méthode mixte à design concomitant. Le choix de méthode se doit à la complexité du sujet, « les méthodes mixtes, par leur aspect combinatoire, apportent des ressources pour la compréhension et l'analyse de problèmes complexes » (Nagels, 2022). Dans ce qui concerne le design, un recours aux méthodes qualitatifs et quantitatifs de manière équivalente me semble le plus approprié par rapport à ma question de recherche, avec une investigation réalisée en même temps. Avec ce design concomitant, « une approche en profondeur, qualitative, coexiste avec une approche en surface, porteuse de généralisations statistiques. L'interprétation des résultats juxtapose les analyses de données quantitatives et qualitatives » (Nagels, 2022). Ainsi, lors de la discussion, les résultats issus des deux volets (quantitative et qualitative), seront analysés de manière complémentaire et intégrée, de manière simultanée et équivalente, sans hiérarchie ou ordre établi, dans le but d'éclairer la problématique sous différents angles et ainsi enrichir l'analyse globale.

Cette méthodologie va permettre d'obtenir différentes perspectives : celui du personnel infirmier, première ligne face à cette surcharge, et celui des parents, principaux usagers du service.

Deux méthodes de collecte des données sont retenues :

Deux focus groupes avec les infirmiers travaillant aux urgences pédiatriques du Grand Hôpital de Charleroi, un questionnaire destiné aux mêmes et un questionnaire destiné aux parents dont les enfants ont été classés tri 4 ou tri 5 par l'infirmier d'accueil et orientations selon l'échelle de tri French en application au sein des urgences du même hôpital.

3.2. Question de recherche et Objectifs spécifiques et ancillaires de la recherche

La réalisation du cadre théorique a guidé ma démarche et m'a conduit à définir la question de recherche « Comment la charge de travail liée au recours excessif aux urgences pédiatriques affecte-t-elle la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmière aux au sein du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi ? La méthodologie retenue de recherche tient

compte de deux points de vue qui s'avèrent être complémentaire. D'une part, celui des parents par une approche quantitative, à travers un questionnaire qui va permettre de recueillir des données chiffrées et ensuite celui des infirmiers par une approche qualitative à travers un focus group et quantitative via un questionnaire.

Objectifs spécifiques :

- Analyser la perception de la notion d'urgence avec les parents via les questionnaires ;
- Examiner la perception de la notion d'urgence par le personnel infirmier via le focus-groupe ;
- Evaluer l'impact de la surcharge de travail sur le bien-être des infirmiers ;

Objectifs ancillaires :

- Proposer des pistes d'amélioration possible pour optimiser l'organisation du service des urgences pédiatriques

3.3. Méthode de collecte de données

3.3.1. Revue de la littérature

Pour la réalisation de la partie théorique, j'ai eu recours à des bases de données principalement Pubmed et Cinahl. Mon choix s'est basé sur le large éventail d'articles dans le domaine médical présente dans ces deux bases de données. J'ai également consulté des articles disponibles sur la plateforme Cairn.info, et des publications spécifiques trouvées sur des sites de référence national et international en matière de santé comme le portail du National Health system, le portail du ministère de la santé Français et le portail Vers une Belgique en bonne santé.

Mes recherches sur les bases de données ont été basées sur l'utilisation d'un mélange entre langage contrôlé via des termes MeSH et langage naturel.

Mots-clés : Emergency département, Psychological Well Being, work, overcrowding, nurses, pediatric emergency care, children's emergency department, work well-being.

3.3.2. Profil de la chercheuse

En tant qu'infirmière pédiatrique depuis 11 ans au sein des urgences, j'ai pu observer une évolution marquée par la fréquentation des urgences pédiatriques, particulièrement depuis la crise sanitaire liée à la covid-19.

C'est à partir de ce constat de travail que ce mémoire a pris forme, avec l'envie de mieux comprendre les raisons du recours aux urgences pédiatriques, et d'explorer le ressenti par les infirmiers, dans un objectif d'amélioration possible des soins.

3.3.3. Critères de sélection et échantillonnage

On retient deux types de participants pour mon étude : les infirmiers des urgences au sein du Grand Hôpital de Charleroi et les parents qui recourent au service d'urgences pédiatriques du même hôpital.

Le choix des parents qui participeront à l'étude sera basé sur le niveau d'urgence attribué par l'infirmier d'accueil et orientation et aussi la destination du secteur de soin qui en découle.

Quant aux professionnels, le choix suivra la logique de ma question de recherche et donc concernera des infirmiers des urgences du Grand Hôpital de Charleroi et qui prestent des soins directs à la population pédiatrique.

Les participants seront recrutés sur base volontaire et dans le respect de leur anonymat.

Par les raisons citées on parle donc d'un échantillonnage sélectif ou intentionnel « technique basée sur le choix conscient du chercheur d'inclure dans l'échantillon certains éléments en fonction de leur caractères typiques. Le chercheur sélectionne les sujets de son échantillon. Ces techniques non probabilistes basées sur un choix raisonné sont très utilisées car elles conviennent à des petits échantillons » (Formarier, 1992)

3.4. Description de la démarche appliquée au participant et méthode de recueil des données

3.4.1. Personnel infirmier :

Les participants au focus group et au questionnaire seront recrutés sur base volontaire, au sein de l'équipe infirmière des urgences du Grand Hôpital de Charleroi. Un message d'information

sera transmis à l'ensemble du personnel infirmier par mail afin de présenter les objectifs de l'étude, les modalités de participation et la garantie de l'anonymat.

Deux focus group seront organisés avec un groupe entre 6 à 8 participants par séance. Un observateur sera présent lors des focus groupes pour analyser les interactions entre les participants, les tendances de leadership, les critères de consensus ou divergence entre les différents groupes. J'ai décidé de faire intervenir cet observateur extérieur pour pouvoir avoir un regard externe étant donné le risque de biais de ma part vu le risque de l'influence que mon expérience professionnelle peut porter sur le sujet.

Le guide de discussion est établi et structuré autour de plusieurs thèmes :

- Perception de la charge de travail
- Perception du recours des patients score tri 4 et 5
- Qualité des soins
- Bien être professionnel
- Suggestions ou pistes d'amélioration

Le questionnaire sera élaboré sur base de mon expérience professionnelle et inspiré par l'échelle SWAT (Subjective workload assessment technique). Cette échelle permet d'évaluer la charge de travail sur base de trois dimensions principales : Le ressenti de la pression temporelle, le ressenti de la charge cognitive et le ressenti émotionnel/stress psychologique.

Le questionnaire comprend 12 questions fermées réparties sur quatre axes principaux :

- Données socio-démographiques des professionnels ;
- Perception de la charge de travail ;
- Fatigue mentale et le bien-être ;
- Impacte perçu sur la qualité de soins ;

3.4.2. Parents :

Les parents d'enfants pris en charge aux urgences pédiatriques du Grand Hôpital de Charleroi seront invités à participer à un recueil de données quantitatives au travers d'un questionnaire auto-administré, anonyme et structuré en différents axes, dont le temps de réalisation moyen est estimé à 5 minutes. Cette étape constitue une étape complémentaire et secondaire à ma recherche principale qui concerne le personnel soignant.

Le questionnaire comprendra 13 questions fermées et standardisées, réparties selon quatre axes principaux :

- Le motif de recours aux urgences (inquiétude, absence d'alternative, conseils médicaux, habitudes...);
- La perception de la gravité de la situation de l'enfant (échelle de 1 à 5);
- L'accès aux soins de première ligne (existence d'un médecin traitant, tentatives de contact...);
- Des connaissances alternatives aux urgences, comme le numéro 1733 ou les médecins de garde;

Pour rendre le questionnaire le plus rapide et accessible, ceci sera construit en combinant différents types de questions avec une réponse fermée de oui/ non/ je ne sais pas, des choix multiples et par des échelles d'évaluation de 0 à 10.

3.5. Modalités de mise en œuvre et communication à l'équipe soignante

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de la part des soignants dans le recueil des données et la distribution des questionnaires, un mail explicatif sera adressé à l'ensemble des infirmiers du service des urgences avant le début de la période de collecte. Ce mail précisera les consignes à suivre pour la sélection des parents ainsi que le moment opportun pour leur proposer le document et la manière dont ils seront récoltés. Les critères d'inclusion et exclusion seront également présentés. Cette étape est essentielle pour garantir une uniformisation de la démarche et éviter des éventuels biais liés à des interprétations subjectives. Le but est également de faciliter l'adhésion de l'équipe soignante à la recherche.

3.6. Modalités pratiques de la distribution

3.6.1. Personnel infirmier :

Le questionnaire à remplir par le personnel soignant sera distribué en main propre par mes soins avec un accord préalable des chefs infirmiers. Cette méthode me permettra d'apporter un complément d'information sur mon étude. Une Urne sera également prévue à recueillir les questionnaires remplis en gardant l'anonymat. Aucun nom ni données personnelles ne sera demandé, et chaque questionnaire sera identifié par un code neutre (Exemples : infi 1, infi 2 ...)

3.6.2. Parents :

Le questionnaire sera distribué par l'infirmière d'accueil et d'orientation (tri), à la fin de l'évaluation et de la prise en charge, dans un moment où on objective la stabilité de l'enfant et la disponibilité du parent. Le parent est informé de manière claire et brève de la nature de l'étude, son caractère strictement anonyme, sa durée, et l'absence de conséquence sur le parcours de soins en cas de refus. La participation est libre et volontaire.

Les questionnaires sont remis en format papier, dans une enveloppe, à remplir sur place, dans la salle d'attente ou dans le box (chambre patient). Une boîte sécurisée est prévue pour y déposer les formulaires. Aucun nom, ni donnée personnelle identifiable n'est collecté. Les questionnaires sont codés selon un identifiant neutre de type « famille 1 », « famille 2 », etc. Pour faciliter l'encodage tout en garantissant l'anonymat.

3.7. Critères d'inclusion

3.7.1. Personnel infirmier :

Sont inclus dans cette étude les membres du personnel infirmier répondant aux critères suivants :

- Être infirmier diplômé et engagé dans le service ;
- Avoir au moins 6 mois d'ancienneté dans le service afin d'assurer une expérience suffisante pour évaluer l'impact du recours aux urgences ;

Seront exclus les infirmiers qui ne travaillent plus dans le secteur des urgences pédiatriques.

3.7.2. Parents :

Sont inclus dans cette étude les parents d'enfants admis aux urgences pédiatriques pour un motif de médecine, avec un score de tri 4 ou 5 selon l'échelle French, correspondant à des situations non urgentes ou à faible gravité médicale. Les parents doivent remplir les conditions suivantes :

- Être majeurs (18 ans ou plus) ;
- Être en pleine possession de ses capacités cognitives au moment du recueil ;
- Avoir au minima une maîtrise orale et écrite du Français, pour garantir la validité et la compréhension du questionnaire ;

Les cas urgents, chirurgicales, psychiatriques, orthopédiques ou relevant d'un score tri 1 à 3 sont systématiquement exclus du dispositif de distribution.

3.7.3. Période de distribution :

La collecte de données sera réalisée de manière continue, 24/24, pendant la période du 9 au 27 Juin 2025 (dès réception de l'accord du Comité d'éthique). Cette variabilité d'horaire permet de tenir compte des variabilités de fréquentation des urgences en fonction du moment de la journée et du type de patients admis aux urgences.

3.8. Dispositive d'analyse des données

3.8.1. Focus group avec les infirmiers

Le focus groupe sera enregistré (à l'aide de l'enregistreur d'un téléphone portable) avec le consentement des participants, puis retranscrit pour l'analyse.

Les enregistrements seront retranscrits à l'aide du logiciel HappyScribe®. Les enregistrements seront également écoutés à plusieurs reprises pour améliorer la retranscription de l'outil utilisé et ainsi s'assurer de citer fidèlement les verbatims des participants.

Après cela, et inspirés de la méthode « framework analysis » développée par Ritchie et Spencer en 1994, nous allons analyser la retranscription en cinq étapes consécutives :

- Familiarisation
- Construction du cadre initial
- Indexation
- Mise en tableau
- Abstraction et interprétation

Lors de la première phase nous allons identifier les sujets récurrents dans les données et qui ont une pertinence par rapport à la question de recherche. Ensuite nous organiserons les données en thèmes et sous-thèmes. Des annotations seront faites en forme d'étiquetage (indexation) et la mise en tableau des données indexées sera réalisé. L'organisation du tableau sera faite sur base des thématiques identifiés auparavant. Une interprétation sera réalisée à la fin en tenant compte les récits des participants et en essayant d'être le moins influencé par notre subjectivité (KCE Process Book, s. d.). Pour aider à garder cette objectivité, le codage sera réalisé en collaboration avec une autre collègue de Master qui a suivi également le cours de méthode qualitative et de codage. Le regroupement thématique se fera de manière inductive, à partir des

propos spontanés des participants, afin de faire émerger les thèmes directement issus des données, sans leur imposer de cadre préétabli. Pour faciliter l'analyse, un tableau Word sera réalisé, regroupant les différents thèmes, les citations issues de la retranscription ainsi qu'une brève interprétation de celles-ci.

3.8.2. Questionnaires Parents et Infirmiers

Les données recueillies à partir des questionnaires seront, dans un premier temps, encodées dans un tableau Excel, puis analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS, en combinant des approches descriptives et inférentielles. L'objectif est de dresser un profil des soignants participants, de mesurer leur bien-être au travail et la qualité des soins. Concernant les parents, nous souhaitons comprendre les facteurs susceptibles d'influencer leur recours aux urgences pédiatriques, et de mettre en évidence d'éventuelles corrélations avec la littérature.

L'analyse descriptive constituera la première étape du traitement : elle permettra de dégager un aperçu global des caractéristiques des répondants (fréquences, moyennes, écarts-types...). Elle sera suivie d'une analyse bivariée, notamment des tests de χ^2 et corrélation de Pearson, qui jouera un rôle essentiel en explorant les liens potentiels entre différentes variables.

Comme l'ont souligné O'Cathain et al. (2008), une étude mixte rigoureuse doit inclure une phase quantitative solide, clairement articulée aux hypothèses et aux objectifs, en utilisant des tests statistiques appropriées à la nature des données. De même, Lee et al. (2021) insistent sur l'importance de rapporter précisément les types de test utilisé, leur justification, et le traitement des données manquantes.

3.9. Limites

Comme toute étude, celle-ci présente certaines limites méthodologiques que nous allons tenter d'anticiper et minimiser autant que possible :

- Novice (première étude en tant que chercheuse)
- Taille de l'échantillon
- Risque de biais avec le focus groups (désirabilité sociale)
- Analyse centrée sur un seul site

- Changement de comportement des infirmiers du fait de participer à une étude
- Charge de travail au moment la réalisation de l'étude (mois de juin)
- Non prise en compte du statut socio-économique des parents
- Risque de biais de confirmation

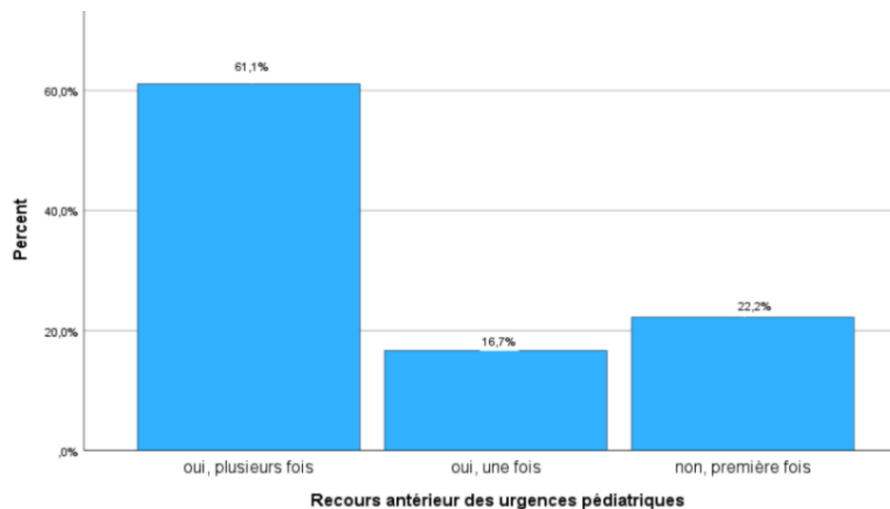
4. Résultats

4.1. Questionnaire parents

La première question concerne l'âge de l'enfant, pour une interprétation plus correcte toutes les réponses ont été encodé en mois.

Les résultats mettent en avant que 29,6 % des enfants qui se sont présenté pendant la collecte des données avait moins de 13 mois et 46,5% moins de 25 mois. Donc presque la moitié des enfants, dont les parents font recours aux urgences pédiatriques pour des motifs classifiées de tri 4 ou 5, sont des enfants de 2 ans ou moins.

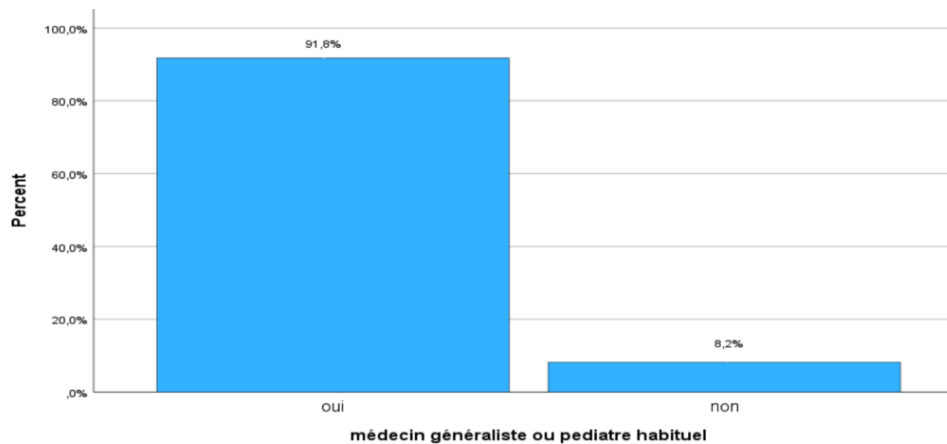
La deuxième question vise à déterminer si le parent avait déjà eu recours aux urgences pédiatriques auparavant.



Graphique 1 - Recours antérieur des urgences pédiatriques

Ce graphique montre que près de 78% des parents avaient déjà eu recours aux urgences pédiatriques avant leur venue. Parmi eux 61,1% déclarent s'y être rendus à plusieurs reprises, tandis que 16,7% y sont venus une seule fois auparavant. Ces chiffres indiquent une habitude d'utilisation du service des urgences pédiatriques.

La troisième question vise à déterminer si les parents disposent d'un médecin traitant ou d'un pédiatre pour le suivi de leur enfant. L'objectif est d'évaluer si les familles bénéficient d'un ancrage dans le système de soins de première ligne

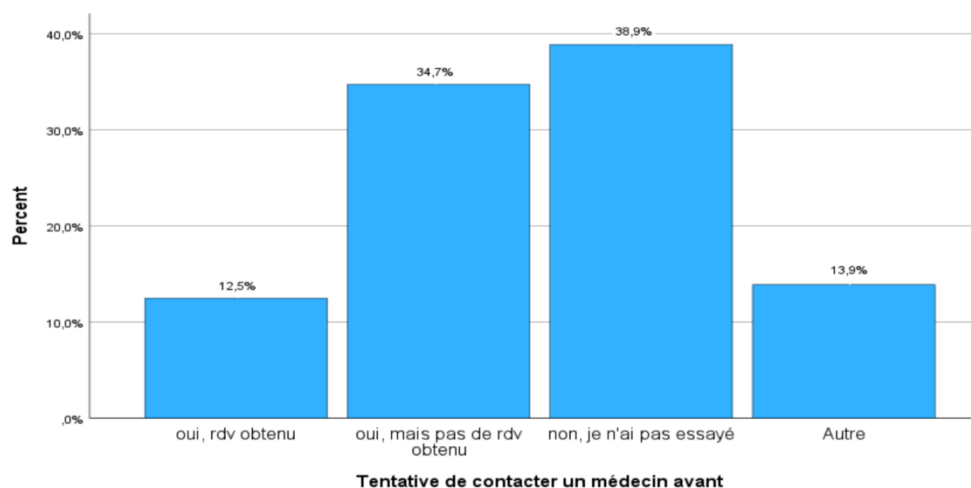


Graphique 2 - médecin généraliste ou pédiatre habituel

D'après ce graphique, 91,8% des parents interrogés ont déclaré avoir un médecin généraliste ou un pédiatre pour leur enfant, tandis que 8,2% n'en disposent pas.

Cependant malgré cette ressource disponible, le recours aux urgences pose question.

La quatrième question vise à évaluer si les parents ont tenté de solliciter une consultation de première ligne avant de se présenter aux urgences pédiatriques. Celle-ci permet de comprendre le cheminement décisionnel des parents.



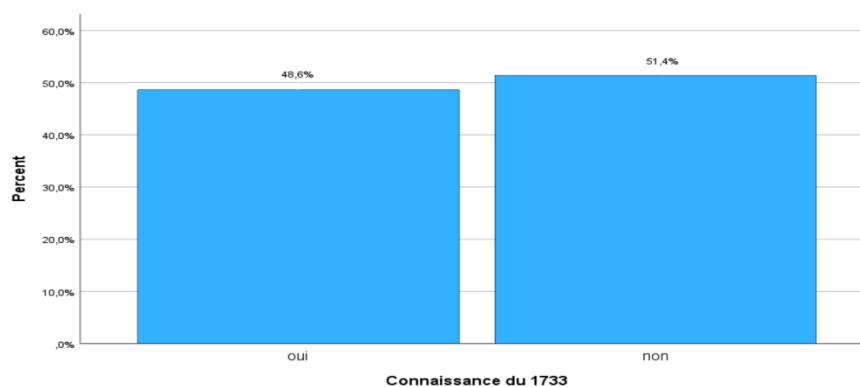
Graphique 3 - Tentative de contacter un médecin avant

Les résultats montrent que 38,9% des parents déclarent ne pas avoir essayé de contacter un médecin généraliste ou un pédiatre avant de se rendre aux urgences pédiatriques. Cela indique

qu'une part des familles utilise les urgences en première intention, sans passer par une consultation de première ligne.

En parallèle, 34,7% ont bien tenté un contact, mais sans obtenir de rendez-vous, ce qui souligne un problème d'accessibilité. Seulement 12,5% des répondants ont effectivement obtenu un rendez-vous, ce qui reste relativement faible. Enfin 13,9% ont indiqué d'autres motifs comme la venue sur avis du médecin traitant ou en raison du contexte particulier du week-end.

La cinquième question vise à évaluer le niveau de connaissance du numéro de garde médicale par les parents.



Graphique 4 - Connaissance du 173

Le graphique révèle que 51,4% des parents ne connaissent pas le numéro 1733, contre 48,6% qui en ont connaissance.

La sixième question vise à explorer les raisons principales qui ont poussé les parents à se rendre aux urgences pédiatriques afin de comprendre leurs motivations.

Motivation de se présenter aux urgences	Pourcentage
Symptômes jugés inquiétants	56,6%
Impossibilité d'avoir un rdv rapidement	22,4%
Conseil d'un médecin ou professionnel	17,1%
Recherche d'un avis spécialisé	13,2%
Habitude/ réflexe	5,3%
Disponibilité des urgences 24h/24	13,2%
Autre motif	10,5%

Tableau 1 - Motivation de se présenter aux urgences

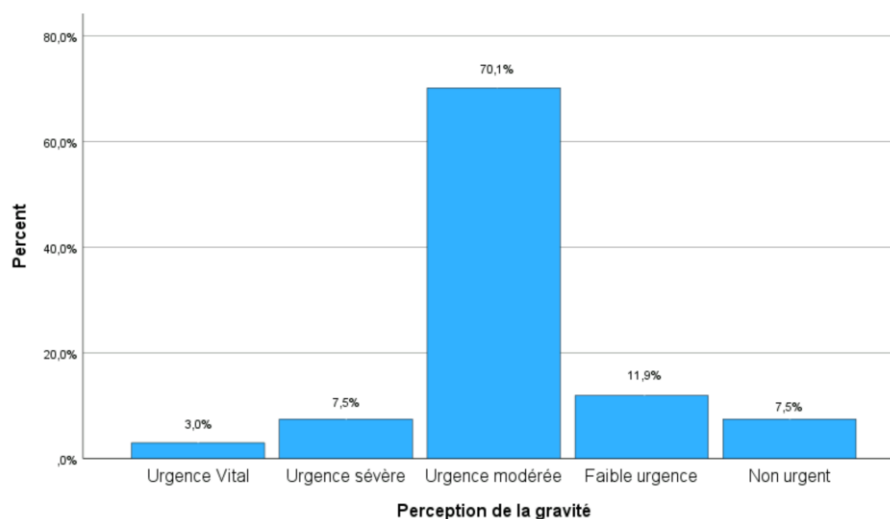
Les résultats révèlent que plus de la moitié des répondants (56,6%) déclarent s'être rendus aux urgences en raison des symptômes jugés inquiétants, mettant en évidence le ressenti des parents face à l'état de santé de leur enfant.

Par ailleurs, 22,4% des parents évoquent l'impossibilité d'obtenir rapidement un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste ou pédiatre. Cela souligne la difficulté d'accès aux soins primaires.

Parmi les autres motifs mentionnés par les parents figurent également :

- Examen complémentaire,
- Persistance des symptômes,
- Recherche d'un traitement pour la gestion des symptômes.

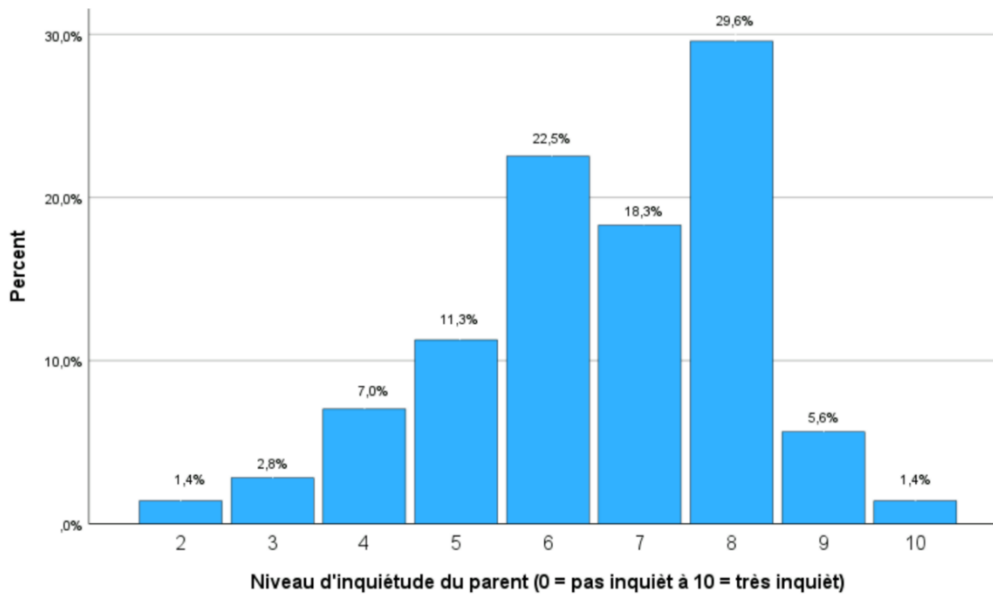
La septième question cherche à comprendre la perception du degré de gravité de leur enfant qui motive leur visite aux urgences.



Graphique 5 - Perception de la gravité

Pour cette question, nous constatons que plus de la moitié des répondants estiment l'état de leur enfant comme une urgence modérée à faible. Tandis que 7,5% considèrent que c'est une urgence sévère et 3% une urgence vitale.

La huitième question, nous essayons de chiffrer et de comprendre le niveau d'inquiétude des parents.

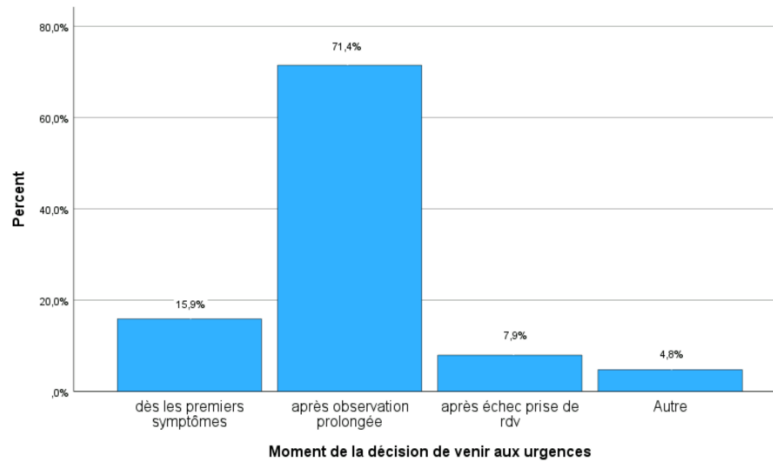


Graphique 6 - Niveau d'inquiétude du parent

Par ce graphique, nous constatons que la majorité des parents expriment un niveau d'inquiétude élevée. Ceci est démontré par le fait que 77,4% des parents évaluent leur niveau d'inquiétude supérieur ou égale à 6. Interpellés par ce constat et en tenant compte du fait que, selon la première question, près de la moitié des enfants vus aux urgences pédiatriques sont âgés de 2 ans ou moins, nous avons cherché à explorer s'il existait une corrélation entre l'âge de l'enfant et le niveau d'inquiétude exprimé par les parents.

L'analyse de corrélation de Spearman a révélé une relation négative faible ($\rho = - 0,106$) statistiquement non significative ($p = 0,386$) indiquant que nous ne pouvons pas établir un lien concluant entre l'âge de l'enfant et l'intensité de l'inquiétude parentale dans notre échantillon.

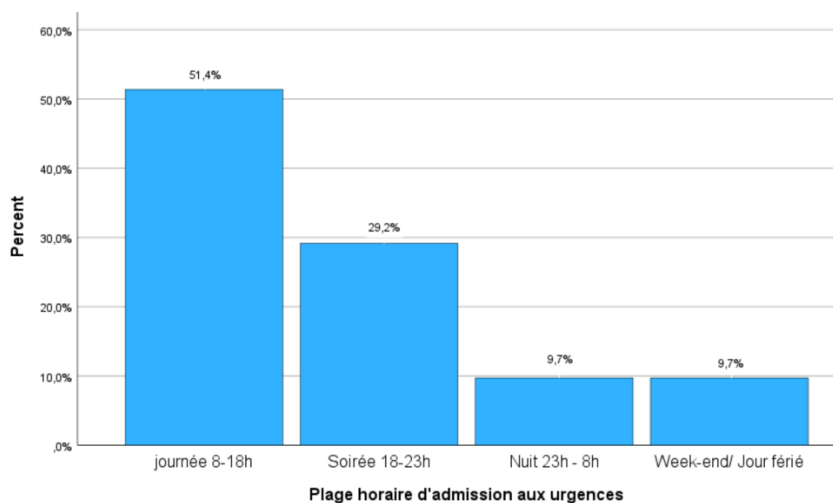
Par la neuvième question, nous voulons comprendre le moment qui incite les parents à se présenter aux urgences. Viennent-ils dès l'apparition des premiers symptômes ou sont-ils capables de temporiser à la maison et de trouver d'autres solutions ?



Graphique 7 - Moment de la décision de venir aux urgences

Les résultats montrent que la majorité des parents (71,4%) décident de se présenter aux urgences après une observation prolongée à la maison, contre 15,9% qui se présentent dès l'apparition des premiers symptômes.

La dixième question porte sur l'heure d'admission aux urgences.



Graphique 8 - Plage horaire d'admission aux urgences

Les résultats montrent que 51,4% des admissions ont lieu en journée. Cette proportion d'admission en journée, nous a conduits à s'interroger sur un éventuel lien entre la disponibilité des médecins de première ligne et les recours des urgences en journée. Afin de tester cette hypothèse, nous avons utilisé le test de χ^2 basé sur un tableau croisé entre ceux qui ont répondu à la question 4 « oui, mais je n'ai pas pu obtenir de rendez-vous » et ceux qui se sont présentés en journée.

en journée vs autres plages horaires * a tenté d'avoir rdv mais pas réussi vs tous les autres options Crosstabulation

		a tenté d'avoir rdv mais pas réussi vs tous les autres options		Total	
		1,00	2,00		
en journée vs autres plages horaires	1,00	Count	15	22	37
		% within en journée vs autres plages horaires	40,5%	59,5%	100,0%
		% within a tenté d'avoir rdv mais pas réussi vs tous les autres options	60,0%	46,8%	51,4%
		% of Total	20,8%	30,6%	51,4%
	2,00	Count	10	25	35
		% within en journée vs autres plages horaires	28,6%	71,4%	100,0%
		% within a tenté d'avoir rdv mais pas réussi vs tous les autres options	40,0%	53,2%	48,6%
		% of Total	13,9%	34,7%	48,6%
Total	Count	25	47	72	
	% within en journée vs autres plages horaires	34,7%	65,3%	100,0%	
	% within a tenté d'avoir rdv mais pas réussi vs tous les autres options	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	34,7%	65,3%	100,0%	

Tableau 2 - parents qui ont tenté d'avoir rdv mains qui n'ont pas réussi, en N et %, et qui se sont présenté aux urgences en journée

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,137 ^a	1	,286		
Continuity Correction ^b	,670	1	,413		
Likelihood Ratio	1,143	1	,285		
Fisher's Exact Test				,329	,207
Linear-by-Linear Association	1,121	1	,290		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,15.

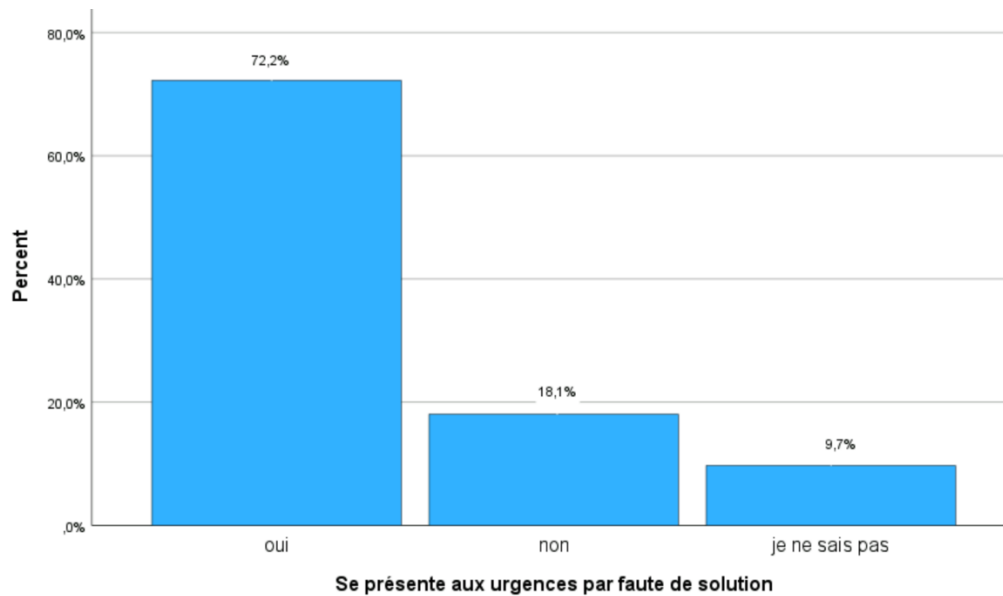
b. Computed only for a 2x2 table

Tableau 3 -Test de χ^2 entre les parents qui ont tenté d'avoir rdv mais non pas réussi et ceux qui se sont présenté en journée

Bien que le test de χ^2 n'ait pas révélé de lien statistiquement significatif entre l'heure d'admission aux urgences et l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical ($p=0,286$), on observe néanmoins que 40,5% des parents n'ayant pas réussi à avoir de rendez-vous se présente aux urgences pendant les heures de « travail » de la première ligne. Cette proportion suggère que même en journée une partie des consultations non couvertes par la première ligne se reporte sur les urgences.

Le mode d'arrivée aux urgences (onzième question) a été renseigné par les répondants mais étant donné la faible proportion d'enfants arrivés en ambulance (1,4%), cette variable n'a pas intégrée à cette analyse.

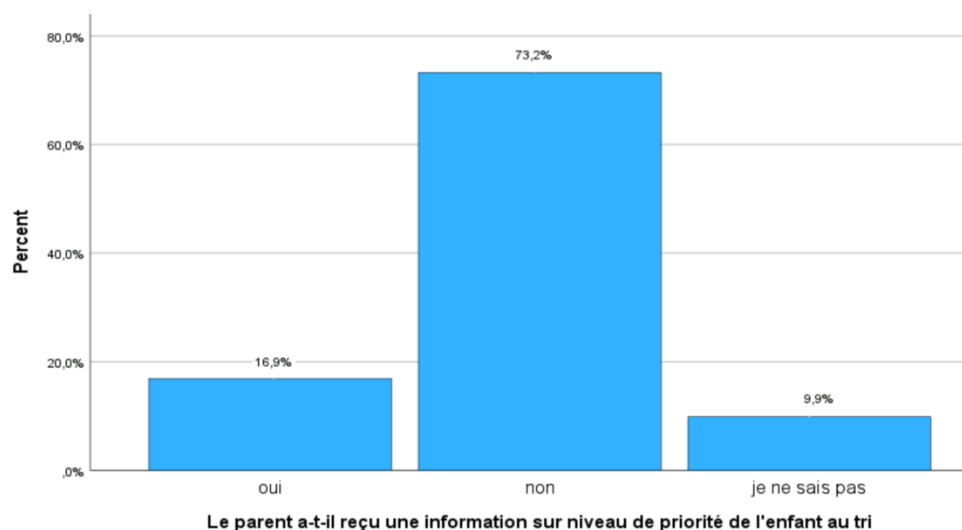
Avec la douzième question nous voulons savoir si les parents sont venus aux urgences par manque d'autre solution.



Graphique 9 - Parents qui se sont présenté aux urgences par faute de solution

Ce graphique montre que 72,2% des parents se rendent aux urgences car ils estiment ne pas avoir d'autre solution. Cependant 18,1% sont conscients d'avoir d'autre solution mais se rendent malgré tout aux urgences.

La dernière question porte sur l'information fournie aux parents au tri sur le réel degré de priorité de leur enfant.



Graphique 10 - Parents qui ont été informés du degré de priorité de l'enfant au tri

Les résultats montrent que seulement 16,9% des parents ont été informés du degré de priorité attribué à leur enfant par l'infirmier du tri.

4.2. Questionnaire Infirmiers

4.2.1. Caractéristiques des répondants

Au moment de la collecte des données, l'équipe infirmière des urgences du Grand Hôpital de Charleroi (GHDC) est composé de 79 infirmiers. Le schéma suivant permet de mieux comprendre l'échantillonnage disponible pour répondre à l'étude. Il permet de visualiser le nombre d'infirmiers potentiellement éligibles.

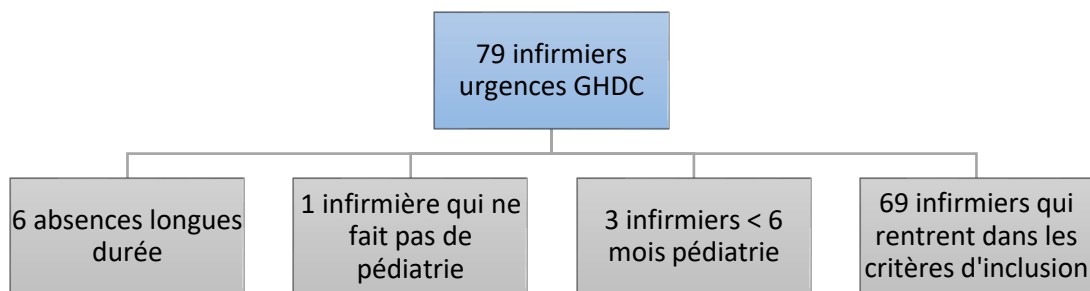


Figure 1 - Répartition des infirmiers des urgences

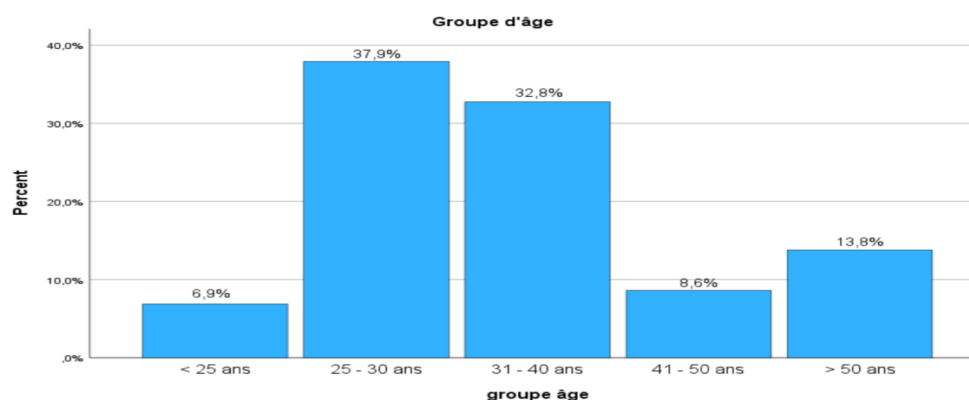
Comme décrit précédemment, les questionnaires ont été distribués en main propre par mes soins aux 69 infirmiers qui rentrent dans les critères d'inclusions. Néanmoins, nous avons récupéré que 58 questionnaires dans l'urne mis à disposition dans le service. (Taux de réponse de 84,06%)

Après une première analyse, l'ensemble des 58 questionnaires ont été considérés valides.

À la suite de cette description, nous allons explorer les caractéristiques de l'équipe infirmière ayant participé à l'étude. À l'aide des réponses des cinq premières questions.

4.2.2. Caractéristiques de l'équipe

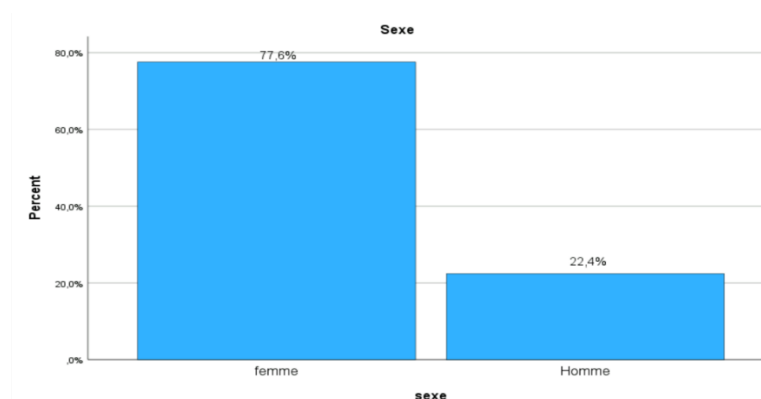
La première question correspondant à l'âge des participants.



Graphique 11 - Age des infirmiers

Nous constatons que la majorité de l'équipe ont entre 25 et 40 ans. Cette donnée suggère une équipe relativement jeune.

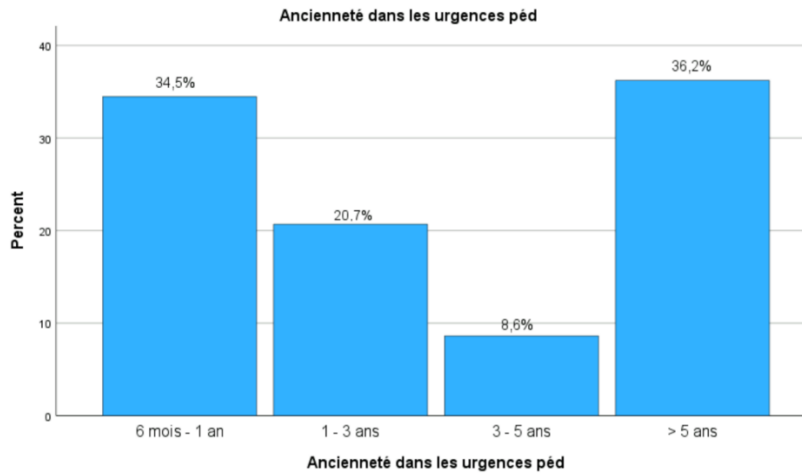
La deuxième question concerne le sexe des participants. La répartition observée est la suivante :



Graphique 12 - Sexe des participants

La composition de l'équipe est majoritairement féminine

La troisième question porte sur l'ancienneté des infirmiers. Parmi les participants, la répartition selon l'ancienneté est la suivante :



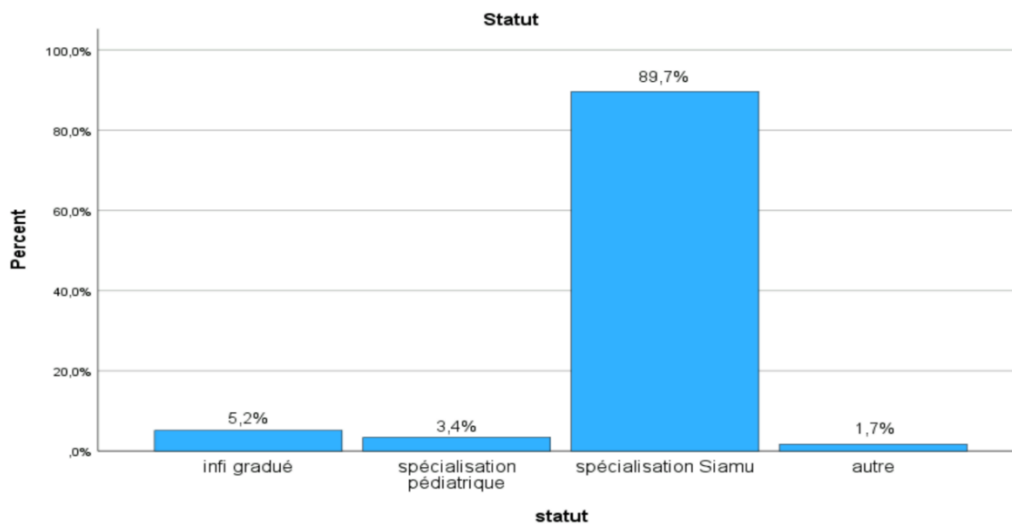
Graphique 13 - Ancienneté dans les urgences pédiatriques

Cette variable nous a permis de mieux cerner l'expérience professionnelle des répondants au niveau des urgences pédiatriques.

Ce graphique montre que 55,2% des répondants ont moins de 3 ans d'expérience aux urgences pédiatriques. Cela pourrait être un probable facteur qui influence la gestion du flux ainsi que le sentiment de surcharge.

La quatrième question porte sur le statut professionnel des infirmiers. C'est-à-dire leur niveau de qualification. Cette variable permet de distinguer les infirmiers gradués des infirmiers spécialisés.

Parmi les participants, la répartition observée est la suivante :



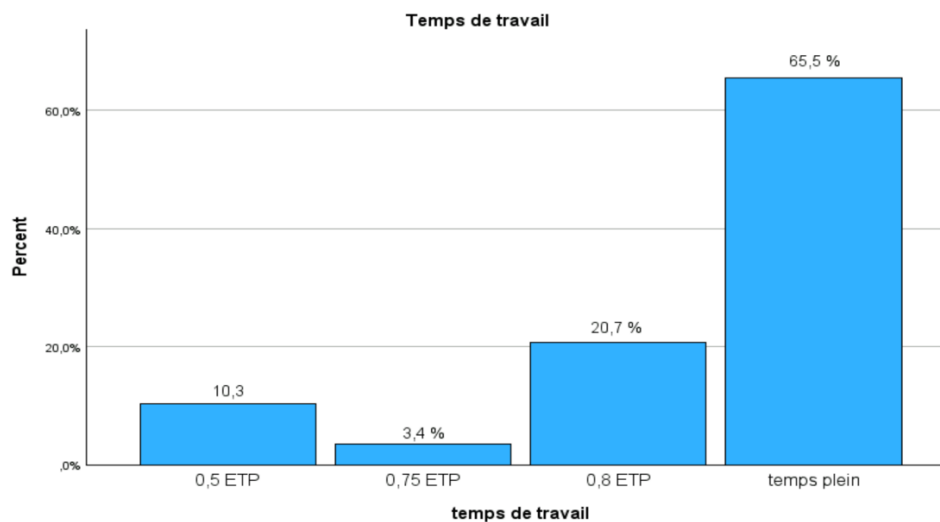
Graphique 14 - Statut des participants

Les résultats montrent que la majorité des répondants possèdent une spécialisation, en particulier en Soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU). L'importance des profils

spécialisés est cohérente avec les exigences d'un service d'urgences pédiatriques, où la technicité et la gestion des situations critiques nécessitent des compétences spécifiques.

La cinquième question a pour objectif de déterminer le temps de travail des infirmiers, à savoir s'ils travaillent à temps plein, temps partiel.

Voici la répartition obtenue parmi les 58 participants :



Graphique 15 - Temps de travail

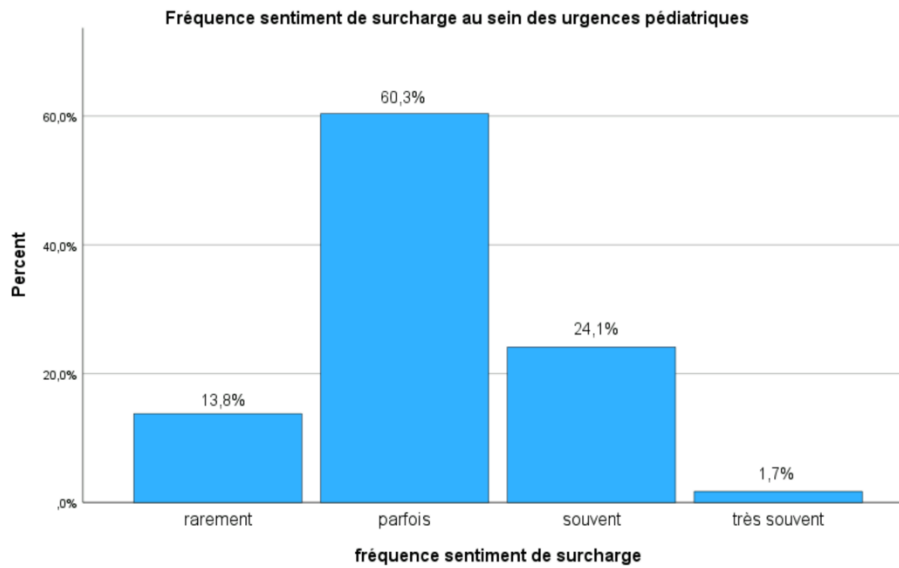
La majorité du personnel travaille à temps plein.

4.2.3. Ressentis des infirmiers au sein des urgences pédiatriques

Après avoir présenté les caractéristiques des participants, cette seconde partie de l'analyse apporte des éléments subjectifs du vécu professionnel et constitue le cœur même de la problématique de cette étude.

En analysant le ressenti lié à la fatigue mentale, la perception de qualité de soins prestées, le ressenti de la charge de travail va nous permettre de mieux comprendre l'impact de toutes ces variables sur le bien-être du personnel infirmier.

La sixième question vise à mesurer la fréquence à laquelle les infirmiers ressentent une surcharge de travail dans leur quotidien professionnel au sein des urgences pédiatriques.



Graphique 16 - Fréquence du sentiment de surcharge

Le graphique ci-dessus montre que la majorité des participants ressentent cette surcharge de manière périodique (60,3%). Néanmoins, 25,8% des participants déclarent ressentir une surcharge de manière récurrente.

Une première analyse descriptive a démontré que 55,2% des participants ont moins de 3 ans d'ancienneté au sein des urgences pédiatriques. Ce constat nous a conduit à formuler une éventuelle hypothèse d'un possible lien entre le « manque d'expérience » et le ressenti de surcharge de travail.

Afin de tester statistiquement cette hypothèse et garantir une fiabilité de l'analyse, nous avons regroupé les participants en deux groupes pour chaque variable. Pour la variable « expérience urgences pédiatrique » ont été définis : moins de 3 ans et plus de 3 ans et pour la variable « sentiment de surcharge » ont été définis : rarement/parfois et souvent/ très souvent. Pour l'analyse nous avons utilisé le test de χ^2 appliqué à un tableau croisé. Les résultats obtenus sont les suivants :

**Rarement/parfois vs Souvent/ très souvent * < 3ans vs > 3 ans
expérience Crosstabulation**

Count	< 3ans vs > 3 ans expérience		Total
	1,00	2,00	
Rarement/parfois vs Souvent/ très souvent	1,00	21	43
	2,00	5	15
Total		26	58

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,081 ^a	1	,299		
Continuity Correction ^b	,545	1	,460		
Likelihood Ratio	1,100	1	,294		
Fisher's Exact Test				,374	,231
Linear-by-Linear Association	1,062	1	,303		
N of Valid Cases	58				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,72.

b. Computed only for a 2x2 table

Tableau 4 - Test de Chi² pour la différence entre la proportion de soignants qui ressentent une charge de travail récurrent et l'ancienneté dans le service des urgences pédiatriques

Au seuil de 5%, il n'existe pas une différence significative entre la proportion de soignants qui ressentent une surcharge de travail de façon récurrente et l'ancienneté au sein du service des urgences pédiatriques (10/32=31% vs 5/26=19%, P=0,299%)

La septième question vise à identifier les principaux facteurs que les infirmiers associent à leur sentiment de surcharge dans le contexte des urgences pédiatriques.

Les réponses obtenues :

Facteurs qui contribuent à l'origine de la surcharge				
	Manque de personnel	Présence fréquente de situations non urgentes	Organisation du service peu adapté	Autre
Pourcentage	17,2%	89,7%	3,4%	19%

Tableau 5 - Facteurs qui contribuent à l'origine de la surcharge

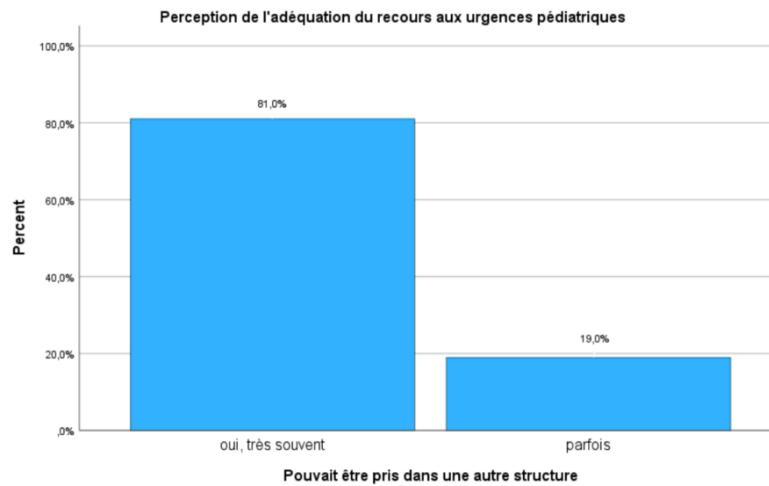
La présence de situations non urgentes est identifiée comme le facteur principal de surcharge (89,7%)

D'autres participants ont évoqué le facteur autre (19%) regroupe des remarques comme :

- Le manque de disponibilité des médecins traitant
- La saison (hiver)
- Manque d'éducation à la santé

- Pédiatres multitâches
- Actes techniques trop long

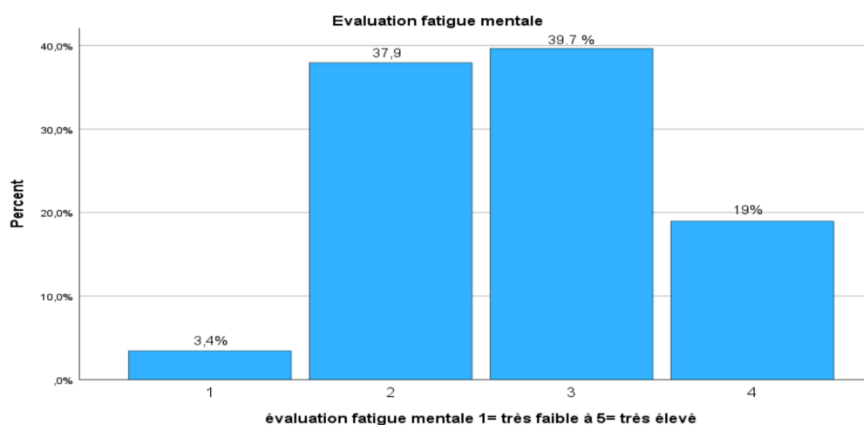
La huitième question vise à recueillir l’avis des infirmiers sur l’adéquation du recours aux urgences pédiatriques en première intention par les parents. Elle évalue selon, leur perception, la proportion de situations qui auraient pu être prises en charge dans d’autres structures.



Graphique 17 - Perception de l'adéquation du recours aux urgences pédiatriques

Les résultats montrent que la majorité des infirmiers (81%) estiment que les enfants pris en charge aux urgences pourraient très souvent être pris en charge dans une autre structure de soins

La neuvième question vise à mesurer le niveau de fatigue mentale ressenti par les infirmiers dans leur exercice quotidien aux urgences pédiatriques. Elle s’appuie sur une échelle allant de 1 (très faible fatigue) à 5 (très élevée), permettant une auto-évaluation.

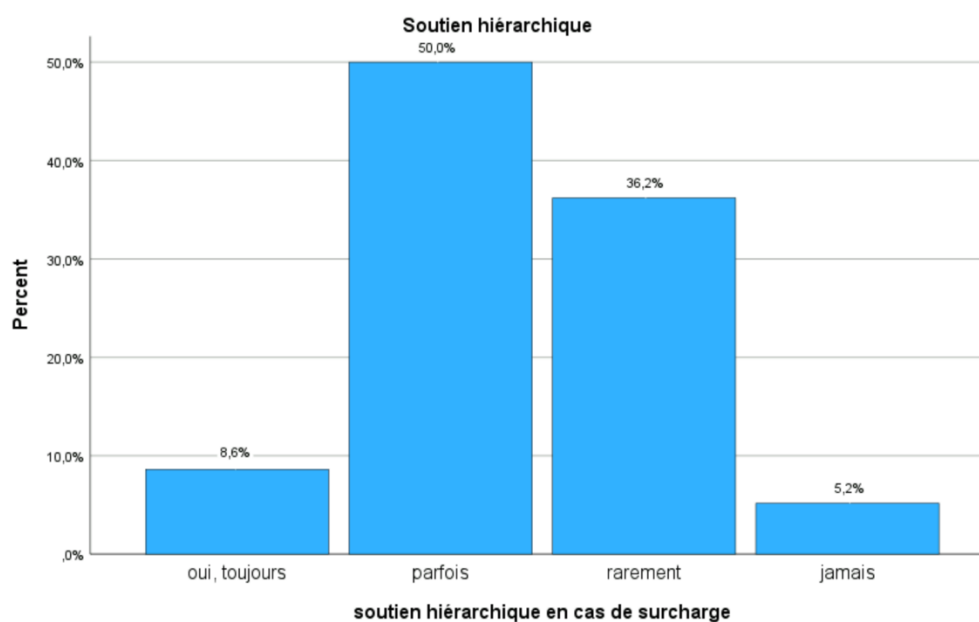


Graphique 18 - Evaluation de la fatigue mentale

Les résultats montrent que 58,7% des répondants déclarent un niveau de fatigue mentale modéré à élevé (niveaux 3-4). Le niveau 3 est le plus fréquent, ce qui suggère une fatigue mentale à un niveau modéré mais bien présente.

Ce niveau de fatigue mentale est cohérent avec les résultats précédents sur le sentiment de surcharge. A noter qu'aucun répondant n'a sélectionné le niveau 5, correspondant à une fatigue très élevée.

La dixième question vise à évaluer dans quelle mesure les infirmiers perçoivent un soutien de la part de leur hiérarchie lorsqu'ils sont confrontés à une surcharge.

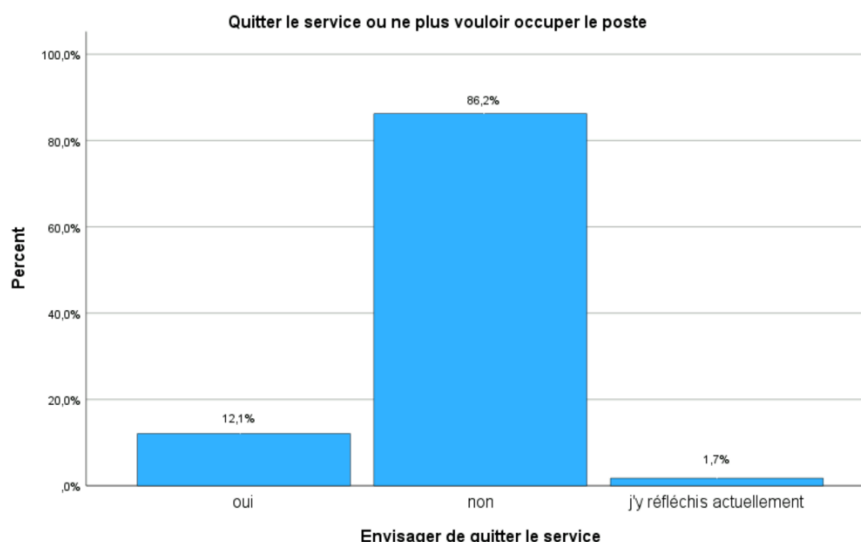


Graphique 19 - Soutien hiérarchique

Les résultats indiquent que plus de la moitié des répondants (50%) déclarent se sentir parfois soutenus par leur hiérarchie en cas de surcharge. À cela s'ajoute une proportion non négligeable d'infirmiers qui déclarent être rarement (36,2%) voire jamais soutenus (5,2%). À l'inverse, seuls 8,6% déclarent se sentir systématiquement soutenus.

Cette perception met en lumière un manque de soutien institutionnel. Ce manque peut impacter la motivation et la fidélisation du personnel.

La onzième question vise à mesurer l'intention éventuelle des infirmiers de quitter le service.



Graphique 20 - Envisager de quitter le service ou ne plus occuper le poste

La grande majorité des répondants (86,2%) déclarent ne pas envisager de quitter le service ou ne plus occuper le poste des urgences pédiatriques. Cependant 12,1% affirment l'avoir déjà envisagé, et 1,7% y réfléchissent actuellement. Bien que cette proportion reste minoritaire, elle ne doit pas être négligée.

À la suite de la question sur l'intention de quitter le service, les infirmiers ayant répondu « oui » ou j'y réfléchis actuellement » ont été invitées à préciser les raisons ayant amenés à ce choix.

Les motifs les plus souvent cités sont les suivants :

Raisons principales pour envisager de quitter le service ou ne plus occuper le poste					
	Charge de travail trop importante	Trop de situations perçues comme non urgentes	Perte de sens dans mon travail	Perte de motivation	Autre
Pourcentage	8,6%	3,4%	5,2%	6,9%	6,9%

Tableau 6 - Raisons principales pour envisager de quitter le service ou ne plus occuper le poste

La charge de travail trop importante arrive en tête des facteurs évoqués, à la suite arrive la perte de motivation ainsi que la perte de sens. D'autres facteurs ont été soulignés comme :

- Le contact difficile avec les parents ;
- Le sentiment de déshumanisation dans les soins ;
- Manque d'assurance dans le contexte de la pédiatrie.

Même si 81% des répondants estiment que les enfants qui se présentent aux urgences pourraient pris en charge dans d'autres structures de soins, cette affluence ne semble pas être une raison suffisamment représentative ou significative pour justifier l'intention de quitter le service ou ne plus être affecté au poste en pédiatrie.

Pour la dernière question nous souhaitons mesurer, à travers plusieurs affirmations, dans quelle mesure les infirmiers ressentent les effets de la surcharge de travail :

- Leur capacité à gérer les urgences prioritaires,
- La qualité des soins,
- Leur fatigue mentale,
- Leur motivation,
- Et leur satisfaction personnelle

Cette série d'items a été inspiré de l'échelle SWAT (subjective workload assessment technique) qui permet d'évaluer la perception de la charge de travail en fonction de trois dimensions principales : la pression temporelle, la charge cognitive et le stress émotionnel. Une adaptation au contexte des urgences pédiatriques a été réalisé. Les résultats obtenus sont repris dans le cadre suivant :

	% Jamais	% Rarement	% Parfois	% Souvent	% Toujours
Le nombre de patients à faible degré d'urgence (score tri 4 ou 5) a-t-il un impact sur ma capacité à prendre en charge les urgences prioritaire (score tri 1,2 ou 3)	10,3%	22,4%	41,4%	24,1%	1,7%
Je suis en mesure d'assurer la même qualité de soins quel que soit le nombre de patients	6,9%	32,8%	25,9%	31,0%	3,4%
Je n'ai pas toujours le temps nécessaire pour traiter les urgences complexes comme je le souhaiterais (score tri 1,2 ou 3)	8,6%	31,0%	37,9%	22,4%	0%

Je manque de temps pour prendre en charge les dimensions sociales et émotionnelles des enfants et familles	0%	13,8%	34,5%	44,8%	6,9%
Je ressens une fatigue mentale lié au fait de devoir gérer simultanément plusieurs enfants ayant des besoins différents	6,9%	32,8%	46,6%	12,1%	1,7%
Je ressens une perte de sens ou de motivation dans mon travail à cause de la surcharge	6,9%	31,0%	36,2%	25,9%	0%
Je me sens épuisé(e) mentalement à cause du rythme imposé par les urgences	6,9%	22,4%	46,6%	20,7%	3,4%
Je suis satisfait(e) de mon travail malgré les difficultés	0%	6,9%	34,5%	55,2%	3,4%

Tableau 7 - Evaluation de la perception de la charge de travail

Concernant la première question, plus de la moitié des répondants, ressentent un impact sur leur capacité de prendre en charge correctement les cas prioritaires, en raison de la présence des cas tri 4 et 5 aux urgences. Cet impact est perçu comme de modéré à sévère pour 67,2% des répondants. 22,4% d'entre eux vont plus loin et disent avoir souvent la sensation de ne pas savoir s'occuper des cas urgents comme ils le souhaiteraient. D'autre part, 32,8% des infirmiers se sentent rarement en mesure d'assurer la même qualité de soins en fonction du nombre de patients inscrits.

En ce qui concerne la prise en charge des dimensions non techniques du soin, plus de la moitié déclarent manquer de temps pour s'occuper de ces dimensions pendant la prise en charge des enfants.

Enfin la surcharge semble avoir un impact également sur l'état psychologique du personnel infirmier. 60,4% ressentent une fatigue mentale liée à la gestion simultanée de plusieurs enfants ayant des besoins différents. Par ailleurs, 20,7% se sentent souvent épuisés mentalement du rythme imposé par les urgences et 3,4% le sentent en permanence, ce qui n'est pas négligeable.

Plus d'un tiers (36,2%) évoquent ressentir par période une perte de motivation ou de sens tandis que 25,9% disent le ressentir souvent.

Cependant, malgré ces difficultés, près de 58,6% des répondants déclarent être satisfaits de leur travail.

4.3. Focus Group

Une dimension importante de cette recherche concerne la manière dont les infirmières perçoivent le recours aux urgences de patients score tri 4 et 5, ainsi que les effets que cela peut avoir sur leur bien-être professionnel et la qualité des soins prestées. Pour explorer en profondeur ces phénomènes, nous avons retenu les focus groups comme la méthode qualitative la plus pertinente.

Ainsi nous avons réalisé 2 focus groupe avec des infirmiers du service des urgences du grand hôpital de Charleroi ayant au minimum six mois d'expérience au niveau des urgences pédiatriques. Pour mieux comprendre certaines données, il me semble important de souligner qu'un grand déménagement a eu lieu au sein du grand hôpital de Charleroi. Depuis le 16 novembre 2024, cinq sites différents ont été rassemblés dans un même bâtiment, dont 3 services d'urgences avec de spécialités différentes. Les urgences pédiatriques étaient uniquement situées sur le site de Notre Dame, ce qui implique que pour certains infirmiers, le contact avec la pédiatrie date seulement depuis novembre, soit depuis à peine huit mois. Cet élément peut apporter une richesse supplémentaire dans l'analyse des données.

Deux rencontres ont été organisées, rassemblant un total de treize participants (sept au premier focus groupe et six lors du second). Parmi eux, la totalité des participants assurent des prestations de jour et de nuit.

Un réassemblage volontaire des données a été réalisé après la retranscription des deux focus groupes. Un codage thématique a ensuite été effectué, faisant ressortir différentes thématiques.

Un observateur était présent dans les deux focus groupe, ce qui lui a permis ainsi de repérer et d'analyser les dynamiques de groupe tout au long de la discussion. Il a constaté, une dynamique plus fluide durant la deuxième session. Concernant le premier focus groupe la fluidité était un peu dépendante des interventions et du guidage du modérateur. Néanmoins,

les échanges ont été très riches dans les deux séances. Des hochements de tête réguliers ont été observés dans les 2 groupes, témoignant d'un consensus et d'un partage d'opinions entre l'ensemble des participants. L'observateur a aussi relevé que, malgré des participants différents, des opinions similaires ont émergé dans les deux groupes. En dépit d'une certaine frustration liée à la réalité du terrain concernant la thématique, il a noté une envie de changement, avec des pistes d'améliorations systémiques mais aussi locales, au sein de l'organisation du service.

Thème : Perception de la charge de travail

Sous – thème	Absence de pédiatre
Extrait	Interprétation
« C'est plutôt au niveau médical où on a des manques de pédiatres, où ils ne sont pas dans le service et du coup, la charge de travail s'accumule ».	Sentiment de surcharge dû à l'absence ponctuelle du pédiatre.
« Il y a eu un moment, j'étais surchargé parce que je n'avais pas de pédiatre. Il y a une pédiatre mais elle est appelée en salle d'accouchement, elle est appelée en néonatal et elle a des enfants qui foirent à l'étage et elle n'est pas disponible chez moi. Et ce qui fait que j'étais surchargé parce que finalement j'ai été appelé de tous côtés, mais je n'avais pas de pédiatre pour m'aider, quoi. Ce n'est pas aussi parfois la quantité c'est aussi le manque de disponibilité de ton pédiatre »	L'analyse met également en lumière la dispersion des ressources médicales : le pédiatre exerce plusieurs missions sur plusieurs secteurs/unités.
Sous – thème	Recours inadéquat aux urgences
« Cette journée est agrémentée de personnes qui, pour moi ne devraient pas être là »	Sentiment d'utilisation inadéquate des urgences.
« Il y a trop d'enfants d'un coup qui viennent pour des trucs qui ne sont pas utiles » « On est parasité »	Perception d'un usage inapproprié des urgences perturbant l'organisation du travail.
Sous – thème	Flux
« Des enfants qui défilent tout le temps » « Ça ne s'arrête jamais en fait, le flux est continu » « Le débordement... ce n'est pas vraiment un débordement, mais quand je ne sais même pas comment il s'appelle l'enfant, qu'on passe d'un box à l'autre, à	Flux continu. Absence d'ancrage dans la relation de soins et une succession de tâches sans repères.

<p>piquer, à installer, à répondre à des questions parfois qui sont un peu parasites »</p>	
<p align="center">Sous – thème</p>	<p align="center">Contrainte organisationnelle / Infrastructure</p>
<p>« Principalement la nuit, quand on n'avait pas le tri, parfois, on avait cinq, six gosses dans une salle d'attente, on n'avait aucune idée pourquoi ils étaient là (...) que si ça tombe, il y a un vraiment malade là-dedans et qu'on ne sait pas donner réponse.»</p> <p>« C'est vrai que le tri la nuit nous facilite quand même la vie... avant, bah on avait pleins de gosses, on n'avait pas le temps de s'occuper des enfants, plus de s'occuper de paramétrer les enfants qui étaient en salle d'attente (...) Maintenant, je trouve que la prise en charge, elle est quand même plus efficace parce que déjà, il y a un tri et qu'on sait prendre les patients plus urgents, plus rapidement ».</p> <p>« L'infrastructure qu'on a actuellement (...) source de moins de stress (...) génère quand même moins d'énerverment des patients, des parents (...) »</p>	<p>Absence de tri crée une surcharge organisationnelle provoquant chez les infirmiers un sentiment de risque lié à l'incertitude quant à l'état clinique réel des enfants.</p> <p>Le tri est perçu comme un outil bénéfique qui améliore l'efficacité des prises en charge et qui sert également de régulateur de charge et flux.</p> <p>La structure physique du service est perçue soit comme un levier, soit comme un obstacle à la gestion des conflits parent /soignant.</p>
<p align="center">Sous - thème</p>	<p align="center">Spécificité de la prise en charge pédiatrique</p>
<p>« Des bilans à faire et qui prennent parfois du temps puisque ça prend plus de temps de faire un bilan chez un enfant qu'en tout cas chez un adulte »</p> <p>« L'approche d'un enfant est différente, en fonction de son âge, la différence anatomique, ça va peut-être prendre 10 minutes pour essayer de piquer une veine, sans compter les 10 minutes avant pour préparer l'enfant, préparer les parents »</p>	<p>Complexité de la prise en charge pédiatrique. Plusieurs aspects sont à prendre en compte et exigent du temps ainsi qu'une adaptation du soignant face à l'enfant et aux parents.</p>
<p align="center">Sous - thème</p>	<p align="center">Sentiment déclenché</p>
<p>« De la frustration parce qu'on a fait une chose, on sait qu'il y en a trois autres qui se rajoutent derrière »</p> <p>« On commence une journée et quand on est tout de suite agressé par un parent, notre pression de la journée va être impactée par ça (...) c'est vraiment mentalement, que c'est lourd »</p>	<p>La charge est perçue sans fin, ce qui génère une forme d'épuisement moral et une absence de sentiment d'accomplissement.</p> <p>L'état d'esprit du personnel infirmier est fragilisé dû aux interactions négatives,</p>

<p>« Devoir se justifier parce qu'on est en train de soigner un enfant (...) C'est très embêtant et c'est frustrant »</p> <p>« À un moment donné, on est humain aussi. »</p> <p>« Tu es perdu avec les parents, bah parfois tu ne sais pas quoi répondre (...) Après tu te sens démunie »</p> <p>« Comme moi, c'est encore nouveau, je n'ai pas du tout la même expérience (...) Je suis vite, je ne vais pas dire dépassée, mais stressée (...) parce qu'il y a la pression des parents (...) je suis vite submergée par rapport à ça »</p>	<p>avec un impact négatif sur la relation de soins.</p> <p>Sentiment d'usure par le devoir constant d'expliquer leur travail.</p> <p>Les infirmiers ressentent une perte de reconnaissance de leur humanité.</p> <p>Sensation d'impuissance face aux attentes des parents.</p> <p>L'inexpérience renforce la vulnérabilité face à la pression et à la complexité des soins pédiatriques.</p>
--	--

Thème : Recours score 4-5

Sous - thème	Interprétation
<p>« C'est un patient qui pourrait être référé au médecin traitant »</p> <p>« Ce sont des patients qui a priori rien à faire, rien à faire en salle d'urgence »</p> <p>« C'est ces patients-là qui pourraient être référés à un médecin traitant »</p> <p>« Un patient qui peut être vu par un pédiatre ou un médecin traitant... je dirais enfin plutôt médecin de famille quoi qui se dirige plutôt vers... pas une urgence vitale quoi »</p> <p>« Bah qui peut postposer la visite médicale quoi ».</p> <p>« Ça peut être un problème qui dure depuis des mois aussi »</p> <p>« Quelque chose de pas urgent »</p> <p>« oui non urgent, non urgent »</p> <p>« C'est quelque chose qui peut attendre, en tout cas qui ne doit pas être vu dans l'immédiat »</p>	<p>Pour le personnel infirmier, les patients recevant un score de tri 4-5 relèvent d'un autre niveau de soins : première ligne, médecin généraliste</p> <p>Ces patients sont associés à des pathologies bénignes ou anciennes, sans critères de gravité immédiates.</p> <p>Ces recours sont perçus comme inappropriés et chronophages pour un service d'urgence censé traiter ce qui est vital.</p> <p>Les infirmiers mettent en avant l'importance de l'éducation à la santé</p>

<p>« Tu peux être vu chez le médecin traitant...franchement, c'est ça »</p> <p>« Enfin, des petits qui pourraient être soignés par les parents si l'éducation à la santé a été faite. Je pense ouais tri 4 ou 5 c'est des cas qui peuvent être gérés même à la maison, voilà »</p>	<p>dans la gestion au domicile des enfants avec un score 4 ou 5.</p>
<p style="text-align: center;">Sous - thème</p>	<p style="text-align: center;">La subjectivité du tri / échelle inadaptée</p>
<p>« On se réfère à un paramètre, on se réfère à une échelle qui n'est pas extrêmement poussée pour les enfants et donc on met 4, 5 et peut-être que le 4 5 n'est pas des vrais 4, 5. On se noie un petit peu dans tout ça. »</p> <p>« On peut peut-être faire des fausses 3, 4 et 5, mais on fait beaucoup de fautes. On met 3b »</p> <p>« Parce que je trouve que cette échelle de tri actuellement, elle n'est pas du tout adaptée pour la pédiatrie (...) Je pense que déjà, ce tri 4, 5, c'est déjà beaucoup subjectif du trieur »</p> <p>« C'est peut-être des collègues qui ne trient pas depuis très longtemps ou qui n'ont pas l'habitude de trier des enfants. Et donc dans le doute, on peut mettre un trois pour dire : Je ne vais pas banaliser, mettre un quatre. Alors que certains, ils ne méritent pas du tout leur trois non plus »</p>	<p>Les infirmiers exposent une critique par rapport à l'échelle FRENCH utilisée au sein de leur service : elle est perçue comme inadaptée aux enfants, ce qui laisse une grande marge à l'interprétation et à la subjectivité du trieur.</p> <p>La subjectivité du trieur joue un rôle central, car l'évaluation ne repose pas seulement sur des critères cliniques, mais également sur l'expérience professionnelle, sa confiance en soi et la peur de sous-évaluer un cas. La crainte de mal trier pousse à un surclassement.</p> <p>Le tri est perçu comme faillible, avec un risque important d'erreur d'évaluation initiale de l'enfant.</p>
<p style="text-align: center;">Sous - thème</p>	<p style="text-align: center;">Motivations du recours : avis des infirmiers</p>
<p>« Il y a un manque cruel de première ligne en médecine, que ce soit via le pédiatre ou traitant »</p> <p>« Et peut-être aussi une population plus défavorisée, qui n'a pas accès spécialement, comme nous, qui ne sait pas payer le médecin, qui n'a pas le médecin traitant et qui vient plus facilement »</p> <p>« La moitié des consultations qui sont utilisées aux urgences pédiatriques, c'est plus rassurer les parents et faire son éducation à la santé »</p>	<p>Au-delà de la critique du recours inapproprié, les infirmiers démontrent une attention aux déterminants sociaux, émotionnels et structurels qui poussent les familles à venir aux urgences en l'absence d'urgence vitale.</p> <p>Ils mettent en évidence l'existence d'une défaillance du système de première ligne, avec une insuffisance d'alternatives en médecine générale.</p>

<p>« C'est dommage qu'on n'a pas cette complémentarité avec la première ligne »</p> <p>« Je trouve aussi que les patients, enfin les parents, sont de moins en moins patients. Il leur faut enfin c'est...c'est une médecine « Quick » »</p> <p>« Ils sont dépassés parce que voilà ... il y a une fatigue aussi parfois chez les parents et parfois, y a un peu ce ils...ils se laissent un peu dépasser par leur stress et ils ne cherchent pas une bonne information. Et ils se déplacent directement pour se sentir rassurés quoi »</p> <p>« Mais je pense que ça part quand même d'un bon sentiment parce que souvent c'est des parents qui disent non, mais on s'inquiète »</p>	<p>Les facteurs socio-économiques jouent également un rôle important par l'aspect « gratuit » de l'admission aux urgences. D'autres infirmiers exposent un changement sociétal : population de plus en plus exigeante, marquée par une logique de consommation rapide des soins de santé.</p> <p>Le stress parental et le besoin d'être rassuré font que de nombreux parents se présentent aux urgences plutôt pour une attente émotionnelle que pour une raison médicale. Cet aspect montre un déficit en éducation à la santé.</p>
<p align="center">Sous - thèmes</p>	<p align="center">Impact sur le travail</p>
<p>« Encombrement... ils occupent une place (...) agressivité de quand est-ce que je vais être vu parce que les gens continuent à penser que c'est par ordre d'arrivée et pas vraiment par urgence de motif d'admission. Ces gens-là, parfois, c'est plus... Qui vont nous embêter »</p> <p>« Le flux d'enfants tri 4 et 5, elles peuvent mettre en danger la prise en charge d'enfants plus urgents. Parce que tu peux être coincé ... à gérer des bêtises alors qu'il y a une urgence qui arrive et puis inversement être agressé sans arrêt par ces gens-là »</p> <p>« En fait ...Si, si, tout roule et qu'il y a que ça les 4 et 5, ça va, c'est une fois que. Tu as un U1 un et U2 là-dedans que... Ben là tu ne sais pas prendre cela et cela t'ennuie parce que tu ne sais pas les gérer »</p> <p>« C'est souvent ceux-là qui augmentent l'agressivité et la tension dans les salles d'urgence en fait, moi je trouve... »</p> <p>« Justement ces enfants, ces parents, parfois, des parasites qui nous interpellent à chaque fois et qu'on est en train de courir, qui le voient qu'on est en train de courir, mais qui posent quand même la question est-ce qu'on va être vu ou pas ? »</p>	<p>Le score 4-5 monopolise des espaces de soins malgré leur faible degré de gravité, empêchant la fluidité pour les cas critiques.</p> <p>Bien que les patients aient un score 4-5, ne soient pas inquiétants, leur présence en salle d'urgence a un impact indirect mais significatif sur le travail infirmier.</p> <p>Leurs présences aux urgences provoquent un effet d'encombrement, de pression émotionnelle et une perturbation dans l'organisation et la prise en charge des enfants par priorité de soins.</p> <p>Souvent ces patients sont vus comme une source d'augmentation de tension et d'agressivité, par un manque de compréhension de leur part du fonctionnement des urgences.</p> <p>Les infirmiers rapportent également une charge mentale importante liée aux sollicitations constantes, qui nuit à la</p>

<p>« Moi je trouve que c'est des cas qui vont assez vite. Donc en termes de charge de travail, ce n'est pas que ça a un impact dans ça, ça prend juste peut-être un box, mais si, si le pédiatre est efficace, ça va vite quoi »</p>	<p>concentration, à la fluidité du travail et à la qualité des soins des cas urgents.</p> <p>Les cas 4-5 ne sont pas toujours perçus comme un problème, s'ils sont rapidement gérés par une équipe médico-infirmière efficace.</p>
--	--

Thème : Qualité des soins

Sous - thème	Perception
<p>« C'est la sécurité de ton patient, que le patient, il sort quand même avec une expérience réussie, qu'il soit satisfait, qu'il soit satisfait, qu'il soit écouté, qu'il se sent pris en charge et rassuré »</p> <p>« Notre bien-être, je pense que ça fait on va dire, c'est de la qualité de soin. Parce que comme je le disais, si on est plus tendu, ça va se répercuter sur les autres aussi »</p> <p>« Aspect communicationnel et aussi important pour la qualité »</p> <p>« Les parents arrivent avec son enfant, avec une problématique et qu'ils en ressortent au moins avec des réponses et des solutions à apporter. Qu'il a l'impression qu'il a eu une évolution »</p> <p>« Satisfait de la prise en charge de son bébé »</p>	<p>Pour les infirmiers, la qualité des soins passe par l'expérience vécue des patients et des parents.</p> <p>Ils valorisent une prise en charge globale et rassurante, appuyée sur l'écoute active et la confiance.</p> <p>Ils établissent aussi un lien direct entre leur propre état psychologique, leur bien-être au travail et la qualité des soins donnés.</p> <p>Les infirmiers placent la qualité de communication au cœur des soins. Informer, expliquer, rassurer sont perçus comme autant essentiels que l'acte technique.</p> <p>La satisfaction parentale est un indicateur de la qualité pour les infirmiers en pédiatrie.</p>
Sous - thème	Communication insuffisante
<p>« Et il y en a beaucoup parfois qui sortent sans réponse à la question quand même »</p> <p>« Ceux-là tu es sûr et certain qu'ils vont revenir »</p> <p>« Quelquefois les parents n'ont pas bien compris (...) et donc ils reviennent... Enfin j'ai l'impression qu'il y avait</p>	<p>Les infirmiers attirent également l'attention sur un maillon faible de la chaîne de soins : la communication</p> <p>Selon-eux, une communication insuffisante, mal adaptée ou pas claire entraîne des conséquences comme des retours évitables aux urgences, une</p>

<p>un petit problème de communication quoi entre le pédiatre et les parents »</p> <p>« Enfin ils disent rapidement et ne prennent pas le temps de dire posément et autres et avec des mots adaptés »</p> <p>« La barrière de langue aussi ... »</p> <p>« Ça rajoute des patients qui n'ont pas compris et qui reviennent, ça peut augmenter la surcharge du tri c'est ça qui est un peu embêtant »</p>	<p>augmentation de la charge de travail, une insatisfaction parentale et donc une baisse de la qualité perçue et réelle de soins.</p>
<p>Sous - thème</p>	<p>Temps disponible</p>
<p>« Il faut qu'on ait le temps de rassurer tout le monde. Et s'il y en a 15 et qu'il y en a sur les 15, 10 qui râlent, on ne peut pas se permettre de prendre le temps d'aller chez tout le monde »</p> <p>« Ça, il y a aussi le temps de réévaluer ce qu'on fait, qu'on donne un antipyrétique, on ne reprend jamais la température. Je la prends rarement, la deuxième fois »</p>	<p>Les infirmiers considèrent le temps comme un critère de qualité dans la prise en charge des patients. Néanmoins, ils sont conscients que la charge de travail et que la gestion émotionnelle ne permettent pas de le faire de façon optimale pour atteindre la qualité.</p>
<p>Sous – thème</p>	<p>Relation avec les parents</p>
<p>« Il y a des parents (...) très très exigeant avec des demandes bien particulières (...) ou à l'inverse (...) qui sont totalement braqués parce qu'ils ont peur pour leur enfant et qui refusent les soins, quitte à mettre en danger cet enfant et ne pas vouloir des examens particuliers »</p> <p>« L'effet de la société actuelle où il y a beaucoup d'égoïsme, c'est moi d'abord, etc »</p> <p>« Il y a une méconnaissance aussi du trajet de soins (...) Ils pensent effectivement que le temps qu'on ne passe pas avec eux en cabine, on ne fait rien »</p> <p>« Des parents qui arrivent tellement stressés pour des choses vraiment anodines que limite il faut les calmer eux avant de s'occuper de l'enfant (...) il faut une relation de confiance avec les parents »</p> <p>« Quand tu as un parent qui t'agresse, tu n'as pas envie d'aller vers lui (...) tu ne t'occupes pas avec satisfaction (...) ça t'énerve un petit peu »</p>	<p>Certains parents adoptent une posture de contrôle, parfois au détriment de l'intérêt de l'enfant, ce qui peut provoquer des tensions au niveau de la qualité relationnelle des soins.</p> <p>Le stress parental peut avoir un impact sur la prise en charge. Il peut rendre le soin plus complexe et compromettre la sécurité de l'enfant.</p> <p>Les conflits avec les parents peuvent être à l'origine d'une méconnaissance du fonctionnement des urgences. Cela révèle un besoin d'éducation et d'explications sur le processus de soins.</p> <p>Ils identifient la nécessité de construire une relation de confiance comme étant indispensable. Cette relation doit être</p>

	<p>basée sur un respect mutuel et la collaboration.</p> <p>La dimension émotionnelle des parents peut être un frein à la relation de confiance. L'agressivité envers le personnel infirmier crée une sorte de rejet émotionnel chez les soignants.</p>
--	--

Thème : Bien-être professionnel

Sous - thème	Interprétation
<p>« Travailler dans une ambiance qui est sereine, autant avec le patient donc l'enfant, avec le parent et le pédiatre »</p> <p>« L'infrastructure (...) je me dis que l'infrastructure fait qu'on a quand même un peu plus de calme dans les locaux »</p> <p>« Je suis bien quand je réussis mes actes techniques par exemple. Ou que Ben... je réalise des actes et que je vois que l'enfant s'améliore, mais ça passe par là je pense mon bien-être »</p> <p>« Que les parents te remercient et c'est tellement ... ça fait tellement du bien d'avoir des gens qui te remercient »</p> <p>« Le bien-être, je pense que c'est toujours continuer à avoir du sens, (...) Continuer à trouver du sens dans mon métier »</p> <p>« À se sentir utile, de ne pas venir avec pied de plomb parce que ça va être une sensation très malaisante. »</p> <p>« Etre satisfait, satisfait à la fin de la prise en charge. Se sentir satisfait à la fin de la prise en charge, dire qu'on a fait ce qu'on avait à faire, qu'on a soigné le mieux qu'on savait »</p> <p>« Pour moi, le bien-être, ça va aussi rimer avec un certain confort. (...) Donc pour moi, le confort, c'est</p>	<p>Le bien-être est à la fois individuel, relationnel et organisationnel.</p> <p>Les infirmiers mettent en relation le bien-être avec le sens du métier, les conditions de travail, la reconnaissance et aussi le sentiment d'efficacité dans la prise en charge.</p> <p>Le bien-être passe par un climat de travail serein et des relations harmonieuses avec les collègues et les familles.</p> <p>Une infrastructure adaptée et des équipes bien staffées offrent du calme, de la fluidité et du confort.</p> <p>Un sentiment d'utilité et de compétence et perçu également comme nécessaire à leur bien-être.</p> <p>Le remerciement est vécu comme un puissant levier de motivation et de satisfaction.</p> <p>Le bien-être repose aussi sur le sens donné au métier, sur l'alignement entre les valeurs du soignant et sa pratique.</p>

<p>d'avoir des ressources humaines nécessaires quand c'est nécessaire »</p> <p>« Le bien-être, c'est aussi un peu de se sentir écouté. Écouté. Parce que ce n'est pas toujours ça. »</p>	<p>Ils portent attention au risque de basculer vers une souffrance professionnelle silencieuse.</p> <p>Le soutien et l'écoute de la part de la hiérarchie sont également perçus comme des piliers du bien-être au travail.</p>
<p style="text-align: center;">Sous - thème</p>	<p style="text-align: center;">Effet de la charge de travail sur le bien-être</p>
<p>« Surcharge mentale à la fin de journée »</p> <p>« Ça me fatigue sur le coup, sur le coup... Ça a un peu d'énervement »</p> <p>« L'impression d'être qu'un exécutant (...) tu le fais machinalement, mais tu ne réfléchis pas derrière à ce que tu fais »</p>	<p>La charge de travail impacte le bien-être des infirmiers en les exposant à une surcharge et à une fatigue mentale, manifestées par une irritabilité et une tension.</p> <p>La déshumanisation de la pratique et le manque de temps pour une réflexion clinique (pilier de pratique infirmière) provoquent une certaine frustration et une perte de sens dans le métier. Ceci peut-être le premier pas vers un désengagement émotionnel.</p>
<p style="text-align: center;">Sous - thème</p>	<p style="text-align: center;">Maintien du bien-être</p>
<p>« Des profils un peu différents aux urgences (...) des caractères quand même assez forts (...) Je pense qu'on passe quand même vite à notre chose et que je pense que généralement, on a ces mécanismes qui nous font passer au-delà et continuer à être bien au travail.</p> <p>(...) Mais je pense qu'effectivement, on a aussi ce sentiment de notre côté qu'on a besoin aussi d'une échappatoire, que de sortir d'ici, d'aller parfois au sport.</p> <p>(...) j'ai peut-être besoin d'une petite heure où je vais tranquille à la maison (...) de voir d'autres gens. Je pense que c'est tout un équilibre de vie »</p> <p>« Garder du sens. Je pense que c'est la clé. Si à la fin de la journée, on se dit : Bon, ça, j'en ai chié, mais à côté de ça, ça a permis à des personnes de se soulager d'une douleur ou de trouver une maladie ou quoi, ça, c'est l'essence même »</p>	<p>Les traits de caractère sont mis en avant comme un levier au maintien du bien-être dans un contexte de service d'urgence.</p> <p>Le bien-être est également soutenu par des ressources extérieures au travail comme l'activité physique, le temps pour soi et la vie sociale ; ceci est perçu comme essentiel pour préserver l'équilibre mental et émotionnel.</p> <p>Malgré la difficulté, le sens donné aux soins reste la clé centrale du bien-être professionnel.</p> <p>Aider un enfant ou soulager une famille suffit parfois pour renforcer la motivation du personnel infirmier.</p>

<p>« Mais il n'y a pas que des mauvaises journées. Il y a des journées où on a des parents hyper sympas, hyper compréhensifs, qui sont un peu plus patients et qui... En fait, juste mettre un petit rayon de soleil dans cette journée où il y en a quatre qui viennent de péter un câble et ça se passe bien. Il y a un petit bout qui a vraiment besoin et on arrive à vraiment les aider. Voilà, après, ils s'en sortent et ça, c'est le bonus. C'est pour ça qu'on fait ça »</p>	<p>Les résultats positifs et la reconnaissance de la part des parents aident à surmonter les moments difficiles.</p>
<p>Sous - thème</p>	<p>Freins au bien-être</p>
<p>« Le manque de reconnaissance. Le manque de reconnaissance des patients, les parents »</p> <p>« Les parents, les ressources humaines »</p> <p>« Le soutien ou l'approbation du travail montré en amont d'une hospitalisation n'est pas toujours effectivement reconnu par les étages »</p> <p>« Je pense que c'est un peu systémique, les freins à notre bien-être ! ...notre Bien-être dans le sens d'avoir plus de disponibilité, d'avoir plus de moyens de donner réponse aux vraies urgences... je pense que ça commence déjà dans le gouvernement »</p> <p>« Je pense qu'il y a un manque de compréhension des services par rapport à ce qu'on fait aux urgences et probablement nous (...), qu'est-ce que les autres, ils font en haut »</p> <p>« En tant qu'infi, moi je veux le bien être, maintenant...Mais je me rends bien compte que les urgences ne peuvent pas fonctionner sans argent qui rentre quoi ...Parce que pas d'argent qui rentre, ça veut dire pas de personnel en suffisance »</p> <p>« Mais à côté de ça, si on n'a pas le bien-être, il peut y avoir un sous-effectif aussi »</p>	<p>Comme frein au bien-être, les infirmiers mettent en avant un manque de reconnaissance quotidienne de la part des parents ainsi que des membres du personnel issu d'autres services.</p> <p>Les urgences sont perçues comme mal comprises par les autres services hospitaliers. Pour les infirmiers des urgences, leur travail est sous-estimé, voire mal considéré par les autres unités.</p> <p>Un système perçu comme inadapté, avec un mode de financement qui ne valorise pas la charge de travail, est également vu comme un frein au bien-être. En effet, l'équilibre entre les ressources financières et humaines entre souvent en tension avec le besoin de préserver le bien-être du personnel.</p>

Thème : Pistes d'amélioration

Sous - thème	Éducation thérapeutique
<p>« Les affiches mémo... Par exemple, vous venez... un enfant entre 3 et 6 mois, 6 à 9 mois ... quel symptôme, que faire... mais enfin, éducation thérapeutique, vraiment ! C'est ce qui manque ! »</p> <p>« L'éducation aux patients. Je pense qu'on a un gros travail dans ce contexte-là (...) donner des moyens pour qu'ils fassent sans nous à la maison »</p> <p>« Je crois que le point premier, c'est vraiment l'éducation à la santé »</p> <p>« Non, il y a de l'éducation aux patients. Peut-être parfois qui manque car on a des parents qui sortent de la maternité, qui n'ont ... qui manquent d'informations donc, et qui arrivent tout de suite »</p> <p>« C'est l'éducation à la santé avant l'accouchement et après (...) il y a des réunions préparatoires, on pourrait inclure ça là-dedans pour dire expliquer un petit peu comment ça fonctionne et comment on pourrait prendre en charge les enfants dans certaines situations »</p> <p>« On pourrait peut-être leur faire un folder (...) il y a des télés qui montrent un peu...urgence vitale, urgence non vitale »</p>	<p>Les infirmiers s'accordent à dire qu'il existe un grand besoin d'éducation à la santé parentale.</p> <p>L'absence d'éducation thérapeutique est vue comme une cause directe du recours inadapté aux urgences, d'anxiété parentale et de mauvaise gestion à domicile. Pour eux, il faut donner aux parents les moyens d'agir en autonomie. (Empowerment)</p> <p>Ils proposent des outils pédagogiques visuels et accessibles bien comme structurés, pour éduquer à la santé dès le parcours périnatal, visant une approche préventive et anticipatrice.</p> <p>L'éducation thérapeutique des parents est considérée comme un levier fondamental pour améliorer la pertinence des recours aux urgences.</p>
Sous - thème	Communication
<p>« Maintenant, je pense que les gens doivent comprendre que ce n'est pas parce qu'ils sont aux urgences, que tout doit passer vite quoi. S'ils font le choix de venir aux urgences, ils doivent accepter de rentrer dans un dans un système qui est existant (...) ils ont été vus par une infirmière au tri (...) ils doivent déjà se sentir rassurés à ce moment-là et comprendre qu'il y a des choses qui passent avant (...) Il faudrait leur faire sortir ça de la tête quoi »</p> <p>« Il y a un manque d'information (...) c'est une casquette, ça augmente l'énervement... l'incompréhension »</p>	<p>Évocation d'une méconnaissance structurelle du fonctionnement des urgences, en citant que les parents s'attendent à une prise en charge immédiate, ce qui est une source de frustration et d'agressivité.</p> <p>Pour les infirmiers, l'information est aussi une étape du soin, capable de désamorcer les tensions. Pour eux, ce rôle de communication doit être assumé à partir du tri.</p> <p>Il y a une prise de conscience que ce problème d'informations dépasse les</p>

<p>« Moi je pense qu'il faudrait vraiment améliorer la communication même au niveau du tri (...) Et je pense qu'il manque un petit peu cette communication et peut-être rajouter un petit peu au tri, leur faire un petit peu passer le message que bah leur enfant n'est pas forcément le plus urgent de la salle d'attente »</p> <p>« Je pense qu'il faut même aller à l'échelle nationale, hein, c'est un problème de santé publique »</p>	<p>murs des hôpitaux et donc les infirmiers font un appel à une sensibilisation à grande échelle. Pour eux, on est face à une incompréhension sociétale du rôle des urgences.</p>
<p>Sous - thème</p>	<p>Changement Organisationnel</p>
<p>« Un médecin qui gère que les U4 et 5 au tri »</p> <p>« Notre hiérarchie déjà directe de N+1, il pourrait aussi y avoir plus de discussions dans ce sens-là de : OK, qu'est-ce qu'on pouvait faire pour améliorer les choses ? Est-ce qu'il n'y a pas peut-être moyen de mettre des protocoles en route ? Ou même juste de sensibiliser les équipes pour l'entraide et la collaboration entre les urgences et les étages »</p> <p>« La réorganisation des ressources qu'il y a dans le service sans rajouter des gens en plus, pourrait être bénéfique à la charge de travail »</p> <p>« Essayer un travail par une entraide »</p>	<p>Ces extraits démontrent une envie de l'équipe d'une restructuration de l'organisation au sein même de leur service.</p> <p>Ils proposent un renforcement de la coopération entre les équipes et les différents services pour améliorer l'efficacité de la prise en charge des enfants.</p> <p>Ils proposent également d'optimiser le flux en mettant un médecin qui pourra dès l'arrivée du patient au tri, le réorienter vers un service plus adapté en dehors du circuit des urgences.</p> <p>L'entraide est vue comme un élément clé de l'efficacité du bien-être collectif au sein des urgences pédiatriques.</p>
<p>Sous - thème</p>	<p>Disponibilité première ligne</p>
<p>« Plus de disponibilité des pédiatres hors les urgences, en rdv... C'est ça ...Combien de gens sont bienveillants et te disent « mais j'ai appelé mon pédiatre mais la secrétaire m'a dit 3 semaines, Enfin je ne vais pas le laisser chauffer 3 semaines...donc elle m'a dit de venir aux urgences. »</p>	<p>Les participants pointent l'absence de disponibilité de la première ligne comme cause d'un recours aux urgences.</p>
<p>Sous - thème</p>	<p>Autres pistes : offre de soins</p>
<p>« Changer le nom des urgences (...) plus dispensaire...Et autre quelque chose... Où il y a vraiment des urgences parce que, en fait, dans ce qu'on voit aux urgences pédiatriques, c'est majoritairement des enfants qui... (...) c'est de la consult... »</p> <p>« Il faut faire 2 filières »</p>	<p>En réponse au grand nombre de consultations score 4-5, les infirmiers proposent la création de deux filières de soins séparées avec une nomination de « dispensaire » pour l'une d'entre elles.</p> <p>Autre proposition, c'est la création d'une structure parallèle à l'hôpital,</p>

<p>« Par exemple, dans les hôpitaux, ils ont des postes, plus de médecine un peu de garde, de consultation juste à côté de l'hôpital qui pourrait aussi... Du coup, c'est accessible aussi tout le temps, ça pourrait aussi dégorger un peu les urgences »</p>	<p>mais qui se situe à proximité, créant ainsi une nouvelle ligne d'offre de soins ambulatoires avec les mêmes caractéristiques des urgences (24h sur 24h, 7J/7).</p> <p>Les deux idées se complètent dans le but unique de fluidifier les prises en charge aux urgences, éviter les tensions et réaffirmer la priorité des cas urgents.</p>
--	--

5. Discussion

Dans cette partie, nous allons mettre en perspectives les résultats empiriques issus des questionnaires (parents et infirmiers) et des focus group avec le cadre théorique préalablement défini. L'objectif de cette discussion vise à examiner dans quelle mesure, les données recueillies permettent de répondre à la question centrale de l'étude : Comment la charge de travail liée au recours excessif aux urgences pédiatriques affecte-t-elle la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier au Grand Hôpital de Charleroi ?

En examinant les différents facteurs qui contribuent à l'affluence des urgences pédiatriques, ainsi que l'impact ressenti par le personnel infirmier, cette discussion va nous permettre de mieux comprendre les mécanismes impliqués et d'identifier des pistes d'amélioration possibles pour optimiser l'organisation des soins.

5.1. Score tri 4-5

Lors des focus groupes, un consensus clair s'est dégagé parmi l'ensemble des participants concernant la définition des patients ayant obtenu un score tri de 4 ou 5. Pour eux, ces patients relèvent d'un autre niveau de soins notamment de la première ligne, « c'est un patient qui peut être vu par un pédiatre ou un médecin traitant ». Ce sont des patients chez qui les infirmiers associent des pathologies bénignes ou anciennes, sans critères de gravité « quelque chose qui peut attendre (...) qui ne doit pas être vu dans l'immédiat ». Ces perceptions exprimées par les participants rejoignent les conclusions de plusieurs auteurs tels qu'Akbayram et Coskun (2020), De Wolf et Vanoverloop, Pereira et al. (cités dans OCDE, 2017) ainsi que Baier et al. (2018), qui, bien qu'ils reconnaissent la difficulté à établir une définition unique de la notion de

“consultation non urgente”, s’accordent sur le fait que ces situations relèvent généralement d’un niveau de gravité moindre et pourraient être prises en charge dans d’autres structures de soins, telles que la médecine générale ou la première ligne.

Les résultats du questionnaire administré aux infirmiers vont également dans ce sens. Les répondants considèrent que 81% de l’ensemble des enfants qui se présentent aux urgences pourraient très souvent être prise en charge dans une autre structure de soins, ce qui n’est pas négligeable. Le même constat est documenté par Pol et al. (2023) : « entre 58% et 82% des enfants qui se rendent aux urgences pédiatriques souffrent d’une affection non urgente ». Cette affluence aux urgences de ce type de patients n’est pas sans conséquence pour le personnel infirmier, considérée par Butun et al. (2023) « comme l’un des principaux défis du personnel soignant ». La majorité des infirmiers qui ont participé à l’étude ressentent une surcharge de travail de manière périodique (60,3%) et 25,8% disent ressentir cette surcharge de façon récurrente. Les résultats montrent également que cette surcharge est associée à la présence fréquente de situations considérées non urgentes. C’est le cas pour 89,7% des répondants.

5.2. Impact sur la qualité des soins et le bien-être des infirmiers

Lorsque nous avons demandé aux infirmiers la définition de « la qualité des soins » plusieurs perceptions clés sont ressorties comme : « sécurité », « que le patient, il sort quand même avec une expérience réussie », « aspect communicationnel » et également le bien être des professionnels qui est perçu comme un moyen de maintenir la qualité des soins.

Un constat flagrant de notre étude est lié au fait que la surcharge de travail causée par ce recours aux urgences par des motifs considérés moins urgents est perçue, par les infirmiers, comme ayant un impact considérable sur la qualité des soins donnés. Ainsi, 67,2% d’entre eux évaluent cet impact de modéré à sévère. Ceci est appuyé par Sinclair (2007) dans sa définition du phénomène d’« overcrowding » comme étant « une situation où la demande en soins d’urgence dépasse la capacité des médecins et des infirmiers à fournir des soins de qualité dans un délai raisonnable ». Par ailleurs, 22,4% des répondants estiment ne pas avoir toujours le temps nécessaire pour traiter les urgences complexes comme souhaité et ainsi garantir de soins de qualité optimaux. Ils vont plus loin en affirmant que le recours inapproprié des patients avec un score tri 4 ou 5 entrave non seulement la bonne prise en charge des patients plus urgents, mais constitue aussi un danger pour la sécurité des patients : « le flux d’enfants tri 4 et 5, elles peuvent

mettre en danger la prise en charge d'enfants plus urgents ». Cette idée est appuyée par Gross et al. (2023) qui affirme que la surcharge de travail « compromet la sécurité des patients ».

Cette perception de manque de temps se manifeste également dans le vécu des professionnels, comme en témoigne un extrait du focus groupe « il y a aussi le temps de réévaluer ce qu'on fait, qu'on donne un antipyrétique, on ne reprend jamais la température. Je la prends rarement, la deuxième fois ». Ce témoignage qui a reçu l'approbation des autres participants, illustre un point soulevé par Gross et al. (2023) qui identifient parmi les conséquences de l'affluence de pathologies non urgentes aux urgences pédiatriques, un manque de réévaluation des enfants présentant des signes vitaux anormaux : élément essentiel à la qualité et sécurité des soins.

En même temps, 44,8% des infirmiers disent ne pas avoir le temps de s'occuper des dimensions sociales et émotionnelles des patients et familles. Ceci a été fortement relaté lors des focus groupes. Plusieurs participants ont mis en avant une communication déficitaire avec les parents qui peut entraîner des conséquences comme des retours évitables aux urgences, ce qui provoque une augmentation de la charge de travail, une insatisfaction parentale, une augmentation de l'agressivité, pouvant rompre la relation de soins. Ceci peut être perçu comme une source d'insatisfaction, vu qu'ils estiment que la communication et la relation avec les parents sont des aspects importants de leur travail aux urgences pédiatriques, principalement quand on parle de qualité des soins. Cette idée est appuyée par Butun et al. (2023) qui exposent justement « l'impact négatif » de cette surcharge sur « l'expérience des patients », réduisant leur satisfaction.

Butun et al. (2023) et Gross et al. (2023) ressortent également l'impact de la surcharge sur le personnel qui affecte leur « engagement » et peut conduire « à l'épuisement professionnel ». Ceci est aussi très flagrant dans notre étude, étant donné que 60,4% des infirmiers ressentent une fatigue mentale liée à la gestion de patients aux multiples besoins ; 20,7% se sentent souvent épuisés mentalement par le rythme imposé par les urgences. Plus de la moitié des infirmiers qui ont participé à notre étude ressentent une fatigue mentale modérée à élevée. Ceci est également soutenu par Jiang et al. (2025), qui mettent en lumière que les infirmiers travaillant aux urgences sont plus à risque de cette détresse psychologique. Lors des focus groupe, les participants parlent d'une sorte de personnalité « type » comme étant un prérequis implicite pour travailler aux urgences. Ceci peut justifier le constat intéressant que, malgré ce ressenti de surcharge mentale importante, 86,2% des participants n'ont jamais envisagé de quitter le service. Ces résultats vont un peu contre Wang et Wang (2016), qui associent un

niveau de bien-être élevé avec un faible niveau d'intention de turnover et d'épuisement professionnel, ce qui est inversement constaté lors de notre étude.

La perte de motivation et la perte de sens dans leur travail est assez présente pour une partie importante des infirmiers des urgences pédiatriques. Ce ressenti est associé par Kongcheep, S et al. (2022) à une charge importante liée au nombre d'admissions aux urgences, pouvant impacter de façon significative le bien-être et la qualité de soins. Pour les participants des focus groupe, malgré les difficultés, le sens donné aux soins reste la clé centrale du bien-être professionnel. Ces résultats font ressortir l'hypothèse que, pour plusieurs d'entre eux le bien-être au travail est fortement diminué. Plusieurs d'entre eux parlent d'une certaine « frustration » sur certains aspects de leur métier actuel accentuée par l'impuissance de prester des soins de qualité. Ce phénomène est mis en garde par Kongcheep, S et al.(2022) comme pouvant à long terme être le responsable d'une diminution de leur satisfaction professionnelle. Cet aspect est malgré tout contredit par nos résultats car malgré les difficultés, plus de la moitié des répondants se disent satisfaits de leur travail.

Pour terminer, il est intéressant de constater que le changement de lieux de travail (déménagement) a été vu comme un levier de leur bien-être comme décrit dans la définition de bien être donné par le Spf emploi.

5.3. Recours aux urgences pédiatriques

Une autre constatation de notre étude est le lien qui existe entre les études relatives à la disponibilité de la première ligne et notre recherche au sein des urgences pédiatriques du Grand Hôpital de Charleroi. En effet quand on constate que 34,7% des parents disent ne pas avoir réussi à avoir un rendez-vous chez le médecin traitant ou pédiatre habituel et que parmi eux 40,5% se présente en journée entre 8h et 18h, on doit se poser des questions concernant l'accessibilité à la première ligne. Cela correspond aux affirmations de Benahmed et al., 2012 qui exposent que cette organisation déficitaire induit un recours aux urgences comme première intention. Dans la suite de cette idée, 72,2% des parents affirment se rendre aux urgences faute de ne pas avoir une autre solution.

D'une autre part, 8,2 % des parents affirment ne pas avoir de médecin traitant ou de pédiatre de référence pour le suivi de leurs enfants. Ceci peut être mis en lien avec les études du KCE (2024) et les statistiques de Statbel (2021) qui mettent en lumière une répartition et une

accessibilité des ressources inégales concernant la première ligne, principalement en province du Hainaut, dont Charleroi fait partie.

Néanmoins, le numéro d'appel 1733 s'est révélé méconnue pour 51,4% des parents, ce qui peut être révélateur d'une méconnaissance sur une partie de l'offre des soins possible. Cet aspect va à la rencontre d'une problématique soulevée à plusieurs reprises par les participants des focus groupes concernant le manque d'éducation à la santé de la population.

Quand questionnés, 13,2% des parents affirment que le motif de se rendre aux urgences est lié au fait que c'est un service disponible 24h/24. Ces résultats vont à la rencontre de ce qui affirme Gross et al. (2023) qui dit que « cette surcharge se doit aux caractéristiques propres des services d'urgence » dont l'offre de services jour et nuit. Lors du deuxième focus groupe, une des participantes a mis en lumière également que « peut-être aussi une population plus défavorisée (...) qui ne sait pas payer le médecin (...) et qui viens plus facilement ». Quand nous savons qu'une consultation chez un pédiatre peut coûter douze euros, et ce, après l'intervention de la mutuelle (INAMI, S.D.) et qu'en venant aux urgences aucun paiement n'est demandé sur place, ceci peut être un facteur à tenir en compte.

Une autre raison ressortie de notre étude et relatée également dans la littérature est le facteur « inquiétude des parents ». Lorsqu'on leur pose la question, 77,4% des parents expriment un niveau d'inquiétude élevée (évaluation supérieure ou égale à 6 sur une échelle de 1 à 10).

Lors des focus groupes, les infirmiers confirment ce phénomène en exprimant que « la moitié des consultations qui sont utilisées aux urgences pédiatriques, c'est plus rassurer les parents », « Ils sont dépassés parce que voilà », « parce que souvent c'est des parents qui disent non, mais on s'inquiète ». Canévet et al. (2018) lors de leur étude focalisée sur le point de vue des parents, argumentent que la perception des parents joue un rôle fondamental dans le recours aux urgences en faisant ressortir des récits comme « le sentiment d'impuissance face à des symptômes inhabituels » et « l'inexpérience parentale ».

5.4. Pistes d'amélioration dégagés :

- Les infirmiers expriment à une seule voix le besoin accru d'améliorer l'éducation au patient autant au niveau « clinique » comme au niveau des connaissances des offres de soins disponibles et comment bien utiliser le système de soins. Ce problème est perçu pas

seulement comme un problème de Charleroi mais plutôt un problème de santé publique qui requiert une action au niveau macro (politiques de santé et autres)

- Utilisation d'outils pédagogiques visuels et accessibles à tous pour éduquer à la santé et ça dès le parcours périnatal en jouant sur la prévention.
- Améliorer les compétences non techniques : La communication. Un patient informé est un patient plus autonome et qui fait des choix plus judicieux.
- Repenser l'organisation du service avec une distribution plus logique des ressources pour faciliter l'entraide. Améliorer aussi l'entraide entre services pour fluidifier le flux des urgences.
- Proposition de créer une deuxième filière de soins à côté des urgences pour ces cas moins urgents, à l'image de ce qui est déjà fait dans d'autres institutions hospitalières.
- Etant donné la méconnaissance du numéro du 1733, une amélioration de l'information à son sujet semble être essentiel. Cela pourrait passer par une forme de publicité sur les réseaux sociaux, ainsi que sur les sites des hôpitaux et des maisons médicales. Une divulgation systématique de ce numéro par les professionnels de santé lors de chaque consultation renforcerait sa visibilité.

6. Limites

Une des limites de notre étude est le caractère « subjectif » du tri qui a été aussi soulevé par les participants. L'attribution d'un score 4 et 5 peut être biaisé par plusieurs facteurs dont l'inexpérience professionnelle et une échelle de tri peu adaptée à la population pédiatrique. Ceci peut provoquer des erreurs de tri et aurait pu avoir une interférence dans l'échantillon sélectionné au niveau des parents.

D'un autre côté, nous avons ressenti un manque d'implication de nos collègues dans la réalisation de l'étude autant pour la participation au focus groupe et aussi lors de la distribution des questionnaires au tri. En effet nous avons obtenu très peu de questionnaires par rapport au nombre de passage d'enfants en salle d'urgence. Lors de mes plusieurs passages au sein du service j'ai remarqué le passage de plusieurs parents qui avait les critères pour rentrer dans l'étude mais qui n'avait pas reçu des questionnaires par les collègues. Ceci peut être justifié par un éventuel désintérêt sur la thématique ou aussi dû à une charge de travail importante ressentie au niveau du tri pour lequel une tâche en plus (brève explication aux parents) pouvait être ressentie comme insupportable.

De plus, les résultats de cette étude, vu le caractère mixte, sont difficilement généralisés à d'autres hôpitaux. Les résultats obtenus par approche qualitative de l'étude dépendent fortement du contexte spécifique de chaque service et du type de population de référence. Concernant la partie quantitative, une collecte de données réalisée pendant une période plus longue aurait certainement amélioré la validité externe des résultats au sein du même service d'urgences.

Tout autant important, la saison pendant laquelle a été réalisée l'étude : l'été. La même étude réalisée pendant les mois d'hiver, connu par une affluence d'enfants plus importante au niveau des urgences pédiatriques, pourraient exercer une influence autant sur la recherche qualitative et quantitative.

De plus, le fait que je sois la chercheuse, travaillant dans l'institution et que les participants sont des anciens collègues, introduit un biais relationnel. Malgré mes efforts pour rester neutre et d'avoir réalisé le codage en collaboration avec une autre collègue de master, ma connaissance du service a pu influencer certaines de mes questions et interprétations.

7. Recommandations pour la recherche et pour la pratique professionnelle

Dans un contexte de soins de santé fortement marqué par une pénurie de personnel infirmier majoré par un absentéisme croissant au sein des services, ce travail de recherche a placé au cœur de sa réflexion deux préoccupations majeures : le bien-être des infirmiers et la qualité des soins prestées au sein des urgences pédiatriques.

Notre étude a mis en évidence que ces deux dimensions sont étroitement liées et fortement impactées par la charge de travail induite par un recours inadéquat des services d'urgences pour des motifs dont les soins de première ligne auront pu donner réponse.

Sur le terrain, les infirmiers identifient plusieurs leviers d'amélioration :

- Améliorer la communication avec les parents dès l'accueil ;
- Créer un système de double filière au sein même du service en adaptant les circuits de prise en charge selon les niveaux de gravité des cas ;
- Renforcer la coopération entre collègues au sein des urgences, mais aussi entre services hospitaliers ;
- Soutenir l'intégration des jeunes professionnels, en leur offrant un accompagnement adapté lors de leurs « premiers pas » aux urgences pédiatriques ;

D'un point de vue macro/ systémique, les infirmiers font ressortir le besoin accru d'amélioration de l'accès aux soins de première ligne ainsi que la nécessité de renforcer la littératie en santé des populations pour favoriser un recours plus pertinent aux structures de soins ;

En parallèle, la recherche doit poursuivre l'exploration des dynamiques qui sous-tendent cette réalité. Il serait pertinent d'étendre cette étude à d'autres services d'urgences pédiatriques afin de vérifier si les perceptions observées ici se retrouvent dans d'autres contextes.

De même, approfondir la compréhension des comportements des familles face aux symptômes de l'enfant ou face au système de soins, représenterait une piste de recherche intéressante.

Enfin, impliquer d'autres professionnels de santé comme les pédiatres, médecins généralistes, travailleurs sociaux, permettrait d'ouvrir une réflexion multidisciplinaire riche et de faire émerger des pistes d'amélioration à une problématique systémique.

Un dialogue étroit entre les chercheurs, les décideurs et les soignants s'avère indispensable pour traduire les constats empiriques en actions concrètes.

En s'appuyant sur nos résultats, il est possible de penser qu'une réorganisation des urgences pédiatriques de façon plus équilibré, plus humaine et efficace, contribuerait à améliorer de façon considérable le bien-être des infirmiers, en redonnant du sens à leur métier et ainsi améliorer la qualité de soins offerts aux enfants et à leurs familles.

8. Conclusion

Ce mémoire m'a permis de mettre en lumière les conséquences du recours excessif des urgences pédiatriques sur la charge de travail, la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier au sein du Grand Hôpital de Charleroi. En confrontant les données issues des questionnaires et des focus groupes avec les fondements théoriques, il apparaît clairement que l'afflux important de patients relevant d'un niveau de gravité faible, ceux classés en tri 4 et 5, représente un enjeu majeur pour l'organisation des soins.

Les résultats montrent que cette fréquentation excessive des urgences engendre une surcharge de travail significative pour les infirmiers. Cette surcharge perçue affecte à la fois leur capacité à assurer une prise en charge optimale des cas graves et leur bien-être psychologique. En effet, plusieurs infirmiers rapportent un sentiment d'épuisement, de frustration et de perte de sens, bien que la majorité d'entre eux reste attachée à leur service. La qualité des soins s'en trouve impactée, non seulement en termes techniques (manque de réévaluation, délais) mais aussi dans les dimensions relationnelles, notamment la communication avec les familles.

Par ailleurs, cette étude met en évidence des dysfonctionnements structurels dans l'accessibilité à la première ligne. L'impossibilité pour de nombreuses familles d'obtenir un rendez-vous en journée, l'absence de médecin, de pédiatre référent pour certains enfants et la méconnaissance de dispositifs comme le 1733 contribuent à faire des urgences un recours par défaut. À cela s'ajoutent des déterminants sociaux tels que la précarité ou le besoin de réassurance parentale face à des symptômes jugés préoccupants, même s'ils ne relèvent pas de l'urgence.

Enfin, malgré un contexte difficile, de nombreux professionnels interrogés soulignent l'importance du sens qu'ils donnent à leur mission de soins, ce qui constitue un facteur protecteur face à l'épuisement. Le déménagement du service, perçu comme une amélioration des conditions de travail, semble également avoir un effet positif sur leur bien-être.

Je peux comprendre l'inquiétude des parents et leur besoin de trouver des réponses rapides face à la maladie de leur enfant. Toutefois, cette réalité ne doit pas masquer les conséquences lourdes qu'un recours excessif et inadapté aux urgences peut avoir sur la qualité des soins et sur la santé du personnel infirmier.

À l'avenir, penser l'organisation des soins ne pourra se faire sans une approche globale, centrée à la fois sur les besoins des patients, les réalités sociales des familles, et la santé mentale des professionnels qui les accompagnent au quotidien.

9. Bibliographie

1. Akbayram, H. T., & Coskun, E. (2020). Paediatric emergency department visits for non-urgent conditions : Can family medicine prevent this? *European Journal of General Practice*, 26(1), 134–139. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1825676>
2. Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., Van Manen, J., Rudkjøbing, A., & Quentin, W. (2018). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*, 123(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001>
3. Beersmans, A., Euben, T., & Gils, M. (2023). Analyse de l’emploi du temps des médecins généralistes. Dans <https://www.health.belgium.be>. Consulté le 24 février 2025, à l’adresse https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230417_fr_im_associates_-_rapport_sur_la_repartition_du_temps_de_travail_des_medecins_generalistes.pdf
4. Benahmed, N., Laokri, S., Zhang, W. H., Verhaeghe, N., Trybou, J., Cohen, L., De Wever, A., & Alexander, S. (2012). Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *European Journal Of Pediatrics*, 171(12), 1829-1837. <https://doi.org/10.1007/s00431-012-1853-y>
5. Bien-être au travail | SPF Emploi - Travail et Concertation sociale. (s. d.). Consulté le 9 février 2025, à l’adresse https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail#toc_heading_1
6. Butun, A., Kafdag, E. E., Gunduz, H., Zincir, V., Batibay, M., Ciftci, K., Demir, D., Bayram, R., & Yigit, E. (2023). Emergency department overcrowding : causes and solutions. *Emergency And Critical Care Medicine*, 3(4), 171-176. <https://doi.org/10.1097/ec9.000000000000078>
7. Canévet, J., Bourgogne, C., Querbès, B., Jourdain, M., Vrignaud, B., & Gras-Leguen, C. (2018). Recours inappropriés aux urgences pédiatriques par les parents : approche qualitative d’un comportement multidimensionnel. *Annales Françaises de Médecine D’urgence*, 8(5), 295-300. <https://doi.org/10.3166/afmu-2018-0033>

8. Chastonay, O.J. et Bodenmann, P. (2021) 'Grands consommateurs des services d'urgence, un défi pour le système de santé : une mise au point', *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 33(3), p. 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2021.06.001>.
9. Countries covered by the HSPM platform. (s. d.). Consulté le 9 février 2025, à l'adresse <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/belgium-2020>
10. De Wever, A., Cohen, L., Moreau, N., & Seuryneck, N. (2010). Etude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques réalisée pour le Collège de Pédiatrie. ULB. Consulté le 15 février 2025, à l'adresse https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/college_van_geneesheren_voor_het_zorgprogramma_voor_kinderen/19087090.pdf
11. England, N. H. S. (s. d.). *NHS England » Urgent and emergency care capital incentive scheme*. Consulté 14 avril 2025, à l'adresse <https://www.england.nhs.uk/long-read/urgent-and-emergency-care-capital-incentive-scheme/>
12. Gerken S, Merkur S (2024). Belgium: Health System Summary, 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
13. Gross, T. K., Lane, N. E., & Timm, N. L., Committee on pediatric emergency medicine. (2023). Crowding in the emergency department: Challenges and recommendations for the care of children. *Pediatrics*, 151(3), e2022060971. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060971>
14. HealthyBelgium. (2023, 7 novembre). Le budget des moyens financiers. Consulté le 9 février 2025, à l'adresse <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement/le-budget-des-moyens-financiers>
15. Honoraires, prix et remboursements des médecins - Visites et consultations | INAMI. (s. d.). <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/prestations-de-soins-individuelles/honoraires-prix-et-remboursements/honoraires-prix-et-remboursements-des-medecins-visites-et-consultations>

16. INAMI(2024). Variations des pratiques médicales: admissions aux urgences. In <https://www.belgiqueenbonnesante.be/>. https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Admission_aux_urgences_2023.pdf
17. Jennings, R., Outhwaite, I., Granek, I., & Haq, F. (2025). The Effects of the Physical and Professional Workplace Environments on the Well-Being of Nursing Staff. *AJN The American Journal of Nursing*, 125(3), 30. <https://doi.org/10.1097/AJN.0000000000000033>
18. Jiang, P., Jia, Y., Yang, X., Duan, W., Ning, Y., Zhou, Y., Cao, Y., Du, J., Xi, F., & Huang, L. (2025). A systematic review of psychological distress reduction programs among nurses in emergency departments. *BMC Nursing*, 24(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02814-6>
19. KCE & European observatory. (2020). Belgium health system review. Dans <https://iris.who.int>. Consulté le 9 février 2025, à l'adresse <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf>
20. KCE. (2016). Organisation et financement des services d'urgence. Dans www.kce.fgov.be. Consulté le 9 février 2025, à l'adresse https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_263_Bs_Organisation_et_financement_des_services_durgence.pdf
21. KCE. (2024). Performance of the Belgian health system – report 2024. Dans <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins/repartition-du-personnel-de-sante>. Consulté le 24 février 2025, à l'adresse <https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/A10.pdf>
22. KCE Process Book. (s. d.). KCE. <https://processbook.kce.be/>
23. Kongcheep, S., Arpanantikul, M., Pinyopasakul, W., & Sherwood, G. (2022). Thai Nurses' Experiences of Providing Care in Overcrowded Emergency Rooms in Tertiary Hospitals. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(3), 533–548.
24. Lee, S. D., Iott, B., Banaszak-Holl, J., Shih, S., Raj, M., Johnson, K. E., Kiessling, K., & Moore-Petinak, N. (2021). Application of Mixed Methods in Health Services Management Research : A Systematic Review. *Medical Care Research And Review*, 79(3), 331344. <https://doi.org/10.1177/10775587211030393>

25. Luximon, A., & Goonetilleke, R. S. (2001). Simplified subjective workload assessment technique. *Ergonomics*, 44(3), 229-243. <https://doi.org/10.1080/00140130010000901>
26. Ministère des solidarités et de la Santé. (2023). Dotation complémentaire à la qualité des services d'urgence et des Smur en 2023 | Fédération Hospitalière de France. <https://www.fhf.fr/expertises/finances/financement-la-qualite/dotation-complementaire-la-qualite-des-services-durgence-et-des-smur-en-2023>
27. Nagels, M. (2022). Les méthodes mixtes, une perspective pragmatique en recherche. *Traité de méthodologie de la recherche en Sciences de l'éducation et de la formation. Enquêter dans les métiers de l'humain*. ffhal-03857724
28. OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-e>
29. Picherot, G. (2014). Maladies chroniques de l'enfant. Quelles modalités et quels enjeux ? *Enfances & Psy*, N° 64(3), 13-23. <https://doi.org/10.3917/ep.064.0013>
30. Sinclair, D. (2007). Emergency department overcrowding – implications for paediatric emergency medicine. *Paediatrics & Child Health*, 12(6), 491–494. doi:10.1093/pch/12.6.491
31. Spw. (2006, 13 juillet). 1. Wallex. <https://wallex.wallonie.be/eli/arrete/2006/07/13/2006022735/2007/01/01?doc=8633ev=7769-19>
32. Structure de la population | Statbel. (n.d.). Retrieved February 24, 2025, from <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#panel-14>
33. Wang, J., & Wang, Y. (2016). The Impact of Character Strengths on Employee Well-Being : The Mediating Effect of Work-Family Relationship. *Deleted Journal*, 10(5), 1600-1608. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1124317>
34. Weber, E. J., Mason, S., Freeman, J. V., & Coster, J. (2012). Implications of England's Four-Hour Target for Quality of Care and Resource Use in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 60(6), 699–706. doi:10.1016/j.annemergmed.2012

10. Annexes

10.1. Annexe I – Questionnaire Parents

Questionnaire à destination des parents – Urgence pédiatriques GHdC

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire en santé publique suivi à l'Université catholique de Louvain (UCL), je mène une étude sur l'utilisation des urgences pédiatriques et sur l'impact potentiel sur la qualité des soins et le bien-être du personnel soignant. Ce questionnaire est strictement anonyme. Vous êtes libre d'y répondre ou non, sans aucune obligation, et vous pouvez arrêter à tout moment. Votre participation ou pas à cette enquête n'aura aucun impact sur votre prise en charge. Une enveloppe vous est remise avec ce questionnaire :

- Si vous choisissez d'y répondre, merci de le compléter puis de le glisser dans l'enveloppe
- Si vous préférez de ne pas y répondre je vous demanderai simplement d'insérer le questionnaire vierge dans l'enveloppe

Dans tous les cas, je vous remercie de déposer l'enveloppe fermée dans l'urne à cet effet qui se situe dans la salle d'attente pédiatrique (route 536).

Ce questionnaire ne prendra que 5 min environ à compléter.

Je vous remercie pour votre contribution à cette étude.

1. Âge de l'enfant pris en charge aujourd'hui : _____

2. Avez-vous déjà consulté aux urgences pédiatriques auparavant ?

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non, c'est la première fois

3. Avez-vous un médecin généraliste ou un pédiatre habituel pour votre enfant ?

- Oui
- Non

4. Avez-vous essayé de contacter un médecin généraliste ou un pédiatre avant de venir aux urgences ?

- Oui, j'ai pu obtenir un rendez-vous
- Oui, mais je n'ai pas pu obtenir de rendez-vous
- Non, je n'ai pas essayé
- Autre (précisez) :

10. À quelle heure êtes-vous arrivé aux urgences ?

- En journée (8h-18h)
- En soirée (18h-23h)
- La nuit (23h-8h)
- Le week-end ou jour férié (toute heure)

11. Comment êtes-vous arrivé(e) aux urgences ?

- Par vos propres moyens
- Par ambulance
- Autre :

12. Avez-vous consulté les urgences aujourd'hui parce que vous n'aviez pas d'autre solution ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13. Avez-vous été informé(e) du niveau de priorité attribué à votre enfant à l'accueil ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

10.2. Annexe II – Questionnaire Infirmiers

Questionnaire destiné au personnel infirmier des urgences pédiatriques du GHdC

Dans le cadre d'un mémoire en santé publique réalisé à l'Université catholique de Louvain, cette enquête vise à mieux comprendre comment la fréquentation importante des urgences pédiatriques peut influencer la qualité des soins ainsi que le bien-être du personnel infirmier.

Ce questionnaire est entièrement anonyme. Il ne vous prendra que quelques minutes à compléter, et vos réponses permettront d'identifier des pistes concrètes d'amélioration pour les conditions de travail au sein du service. Votre participation est précieuse et entièrement volontaire.

Je vous remercie pour votre participation.

1. Âge :

- < 25 ans
- 25 – 30 ans
- 31 – 40 ans
- 41 – 50 ans
- > 50 ans

2. Sexe :

- Femme
- Homme
- Préfère ne pas répondre

3. Ancienneté dans le service des urgences pédiatriques :

- < 6 mois
- 6 mois – 1 an
- 1–3 ans
- 3–5 ans
- > 5 ans

4. Statut :

- Infirmier(e) gradué (e)
- Infirmier(e) spécialisé(e) Pédiatrique
- Infirmier (e) SISU
- Autre : _____

5. Temps de travail :

- 0,5 ETP
- 0,75 ETP
- 0,80 ETP
- Temps plein

6. À quelle fréquence ressentez-vous une surcharge de travail au sein des urgences pédiatriques ?

- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

7. Quels facteurs contribuent, selon vous, à l'origine de cette surcharge ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Manque de personnel
- Présence fréquente de situations non urgentes
- Organisation du service peu adaptée
- Autre (précisez) : _____

8. Avez-vous l'impression que les patients pris en charge aux urgences pédiatriques pourraient être pris en charge dans une autre structure (médecin traitant, pédiatre ou autre)?

- Oui, très souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

9. Sur une échelle de 1 à 5, comment évalueriez-vous votre niveau de fatigue mentale au travail ?

(1 = très faible, 5 = très élevé)

- 1 2 3 4 5

10. Vous sentez-vous soutenu(e) par votre hiérarchie en cas de surcharge ?

- Oui, toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais

11. Avez-vous déjà envisagé de quitter le service ou demander à votre hiérarchie de ne plus occuper ce poste (urgences pédiatriques)?

- Oui
- Non
- J'y réfléchis actuellement

Si oui, quelles en sont les raisons principales ?

(plusieurs réponses possibles)

- Charge de travail trop importante
- Trop de situations perçues comme non urgentes
- Perte de sens dans mon travail
- Perte de motivation
- Autre (précisez) : _____

12. Pour chaque affirmation ci-dessous, cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti lors de vos journées de travail aux urgences pédiatrique.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Le nombre de patients à faible degré d'urgence (score tri 4 ou 5) a-t-il un impact sur ma capacité à prendre en charge les urgences prioritaire (score tri 1,2 ou 3)					
Je suis en mesure d'assurer la même qualité de soins quel que soit le nombre de patients					
Je n'ai pas toujours le temps nécessaire pour traiter les urgences complexes comme je le souhaiterais (score tri 1,2 ou 3)					
Je manque de temps pour prendre en charge les dimensions sociales et émotionnelles des enfants et familles					
Je ressens une fatigue mentale lié au fait de devoir gérer simultanément plusieurs enfants ayant des besoins différents					
Je ressens une perte de sens ou de motivation dans mon travail à cause de la surcharge					
Je me sens épuisé(e) mentalement à cause du rythme imposé par les urgences					
Je suis satisfait(e) de mon travail malgré les difficultés					

10.3. Annexe III – Guide de discussion Focus Group

Guide de discussion –Focus Group Infirmiers Urgences Pédiatriques (GHDC)

Objectif général : Explorer le ressenti du personnel infirmier face à l'utilisation excessive des urgences pédiatriques et identifier son impact sur la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier.

Environnement et déroulement du focus group

Lieu et aménagement de l'espace : Le focus group se déroule dans une salle de réunion calme, privatisée, à l'écart de l'activité du service des urgences pédiatriques du GHdC. L'environnement est neutre, propice à l'écoute et à la confidentialité.

Organisation de la salle : L'espace est aménagé de manière circulaire, sans table centrale, afin de favoriser la participation équitable et un échange horizontal entre les intervenants. Chaque participant est positionné à égale distance, ce qui permet un climat de discussion informel et respectueux.

Confort et confidentialité : La salle est bien ventilée, éclairée naturellement ou par une lumière douce et stable. Des boissons simples (eau, café, thé) ainsi que le petit déjeuner sont proposées pour créer une ambiance détendue. La température ambiante est contrôlée, et des pauses peuvent être prévues selon les besoins des participants. L'environnement est silencieux, à l'abri des perturbations extérieures.

Dispositif technique et support : Un enregistreur audio est discrètement placé au centre du cercle avec le consentement explicite des participants. L'enregistrement permet une retranscription fidèle des propos. L'animateur utilise un guide semi-directif pour structurer les échanges, accompagné d'un observateur discret qui note les éléments contextuels et non verbaux utiles à l'analyse ultérieure.

Justification méthodologique : Le choix de cet environnement vise à instaurer une atmosphère sécurisante, non hiérarchique et libre de toute pression, indispensable pour recueillir des données qualitatives authentiques et riches. Le dispositif respecte les principes d'éthique et de confort nécessaires à une expression sincère des soignants.

Un enregistreur audio est utilisé, avec le consentement explicite des participants, afin de garantir une retranscription fidèle. Un(e) animateur(trice) guide la discussion à l'aide d'un guide semi-directif, pendant qu'un(e) observateur(trice) discret(e) prend des notes sur les réactions, silences ou interactions non verbales.

La discussion dure environ 60 à 75 minutes. Les échanges sont libres, mais encadrés pour aborder tous les thèmes prévus. L'objectif est de créer une ambiance de confiance, de respect et de sécurité psychologique, où chacun peut s'exprimer sans jugement

Règles :

- Confidentialité
- Respect mutuel
- Liberté de parole

Thèmes abordés	Question proposées	Notes
Présentation des participants	Tour de table -> présentation des participants du focus groupe <ul style="list-style-type: none">• Année d'expérience• Spécialisation si oui laquelle ?• Depuis quand ils prestent aux urgences pédiatrique	

<p>Perception de la charge de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me décrire ce que représente pour une journée chargée aux urgences pédiatriques ? - Qu'est ce qui contribue le plus à cette charge de travail ? - Qu'est-ce que cette charge provoque en vous ? physiquement ou moralement ? 	
<p>Recours score 4-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que signifie pour vous un patient qui a obtenu un score tri 4 et 5 ? - Comment vivez-vous la prise en charge de patient dont le score tri est évalué à 4 ou 5 ? - Quel impact cela a-t-il sur votre travail ? 	

Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Pour vous quels sont les soins de qualité dans le cadre des urgences pédiatriques ? question de relance → avez-vous le sentiment de ne pas pouvoir atteindre un ce niveau de qualité et si oui pourquoi ? - La relation avec les parents joue-t-elle un rôle dans cette notion de qualité ? de quelle façon et pourquoi ? 	
Bien –être professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous qu’est-ce que le bien-être au travail signifie concrètement dans le contexte des urgences pédiatriques - Quels effets cette charge a-t-elle sur votre bien-être ? - Quels sont selon vous les freins qui impact votre bien-être au travail? - - Qu’est-ce qui vous aide à tenir au quotidien ? 	

-Pistes d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles opportunités seraient souhaitables pour mieux gérer votre charge de travail au sein des urgences pédiatriques ? → Que proposeriez-vous pour faciliter votre quotidien professionnel ? - Pour vous quels sont les freins 	
Clôture	<ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il un point important que vous souhaitez développer pour mieux comprendre votre réalité de terrain ? 	

Merci beaucoup pour vos échanges. Vos témoignages sont précieux et contribueront à mieux comprendre la réalité de terrain dans un objectif d'amélioration continue. Une fois la transcription des données faite, je me réserve de revenir vers vous afin de valider l'interprétation de vos propos et de garantir que celle –ci soit fidèle à vos idées. Ceci nous permettra de renforcer la **confirmabilité** des résultats.

10.4. Annexe IV – Consentement libre et éclairé

Formulaire de consentement libre et éclairé

Titre de l'étude : Comment la surcharge de travail liée au recours excessif aux urgences pédiatriques affecte-t-elle la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier au Grand Hôpital de Charleroi ?

Cher(e) participant(e),

Vous êtes invité(e) à un groupe de discussion (focus group) dans le cadre d'un mémoire à la faculté de santé publique à UCL. Cette étude vise à mieux comprendre votre vécu, expérience professionnel en lien avec la charge de travail induite par l'utilisation excessive des urgences pédiatriques.

Votre témoignage contribuera à mettre en lumière les effets de cette surcharge sur votre bien-être professionnel et la qualité des soins.

Déroulement de la participation

Le focus group se déroulera dans une salle de réunion calme et confidentielle au sein de l'hôpital. Il durera 60 à 75 minutes. Un enregistrement audio sera réalisé avec votre accord afin de permettre une retranscription fidèle des échanges. Aucune information nominative ne sera collectée durant cette entretien. Les résultats seront traités de manière strictement anonyme et utilisés uniquement à des fins académiques.

Participation volontaire

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez à tout moment refuser de participer ou interrompre votre participation sans avoir à vous justifier. Aucune conséquence ne découlera d'un éventuel retrait. Il n'y a ni compensation ni avantage matériel à cette participation.

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, et ce que l'on attend de moi. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir, j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que les données me concernant seront récoltées lors d'un entretien d'une durée de +/-1h et que l'investigatrice se porte garant de la confidentialité de ces données.

Nom, prénom, date et signature du **Participant** :

--

Je soussigné, Mait rabbi Hanan, investigatrice, confirme avoir fourni de manière écrite et oralement les informations nécessaires sur l'étude au participant. Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant accepte de participer à l'étude et que je suis prête à toutes les questions

Nom, prénom, date et signature de **l'investigatrice** :

--

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, vous pouvez contacter l'investigatrice :

Mait rabbi Hanan :

Par téléphone au numéro suivant : 0496/40.90.67 OU

Par mail à l'adresse suivante : hanan.maitrabbi @student.uclouvain.be

Promoteur : Professeur Thys Frédéric -Frederic.THYS@ghdc.be

Co-promoteur : Mr Oberweis Nicolas – Nicolas.oberweis@ghdc.be

10.5. Annexe V - Consignes pour l'observateur du focus group

Fiche de consignes pour l'observateur du focus group

Projet : Comment la surcharge de travail liée au recours excessive aux urgences pédiatriques affecte-t-elle la qualité des soins et le bien être du personnel infirmier du Grand Hôpital de Charleroi.

Thématique : Exploration qualitative de l'impact de la surcharge aux urgences pédiatriques sur le bien être et la qualité des soins des infirmiers des urgences du Grand Hôpital de Charleroi

Objectif du focus group : Explorer le ressenti du personnel infirmier face à l'utilisation excessive des urgences pédiatriques et identifier son impacte sur la qualité des soins et le bien-être infirmier.

Rôle de l'observateur :

En tant qu'observateur, votre mission est de capter tous les éléments non-verbaux et contextuels qui complètent les propos échangés dans le groupe. Cela inclut les attitudes, les émotions, les interactions entre participants ainsi que l'ambiance générale.

- **Avant le focus group**

Préparez votre matériel (carnet, tablette ou PC) pour noter efficacement et discrètement vos observations.

N'hésitez pas à me solliciter pour éclaircir d'éventuelles questions avant le début de la séance.

- **Pendant le focus group**

Installez-vous à un endroit vous permettant d'avoir une vue d'ensemble sur tous les participants, sans gêner la discussion.

Restez en retrait : ne participez pas aux échanges et évitez tout signe verbal ou non-verbal qui pourrait influencer les participants.

Observez attentivement :

Les interactions entre participants (prises de parole, interruptions, soutiens, oppositions, etc.).

Les réactions non-verbales (hochements de tête, mimiques, regards, postures, gestes...).

La dynamique de groupe : moments d'accord, tensions, silences, hésitations, changements de sujet.

Notez le degré d'engagement des participants sur les différents sujets : qui semble passionné, qui est plus réservé ?

- **Après le focus group**

Donnez-moi un compte-rendu détaillé reprenant :

Les observations les plus marquantes sur le plan non-verbal et relationnel.

Les moments-clés où les participants ont été particulièrement investis, mal à l'aise, enthousiastes, etc.

Soulignez tout élément contextuel (ex. tensions visibles, comportements inhibiteurs entre participants) qui pourrait influencer sur l'interprétation des propos.

Partagez votre impression d'ensemble sur le déroulement de la séance (dynamique de groupe, ambiance, fluidité des échanges) ainsi que vos suggestions pour améliorer les sessions futures.

Merci pour votre précieuse contribution à ce projet !

Si vous avez d'autres questions, je reste à votre disposition.

10.6. Annexe VI – Assurance sans faute



ATTESTATION D'ASSURANCE

POLICE LXX111372

MS AMLIN INSURANCE SE, établie à 1030 Bruxelles, Bd. du Roi Albert II n° 37, atteste par la présente que les garanties du présent contrat sont acquises à

Université Catholique de Louvain
Place de l'Université 1
1348 Louvain-La-Neuve

Responsabilité assurée

La responsabilité civile légale même sans faute du fait de l'organisation d'expérimentations sur la personne humaine.

Expérimentation assurée

- Titre de l'étude : Comment la surcharge de travail liée au recours excessifs aux urgences pédiatriques affecte-t-elle la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier au Grand Hôpital de Charleroi ?
- Promoteur : Mait rabbi Hanan
- Nombre de participants en Belgique : 50
- Monocentrique :
- Multi-centrique :
- Liste des différents sites :
- Durée : 01/06/2025 au 30/09/2025

Classe 1.A

Etudes de cohortes (type prospectif ou rétrospectif) : simple observation clinique (volontaires sains). Observation clinique de patients capables de donner leur consentement. Questionnaire à compléter par des patients. Etudes sur échantillon : urines, salives, sécrétions diverses, sauf lorsque l'obtention de l'échantillon fait partie de l'expérimentation et nécessite des actes autres que le simple prélèvement externe. Expérimentation avec prise de sang par veine périphérique lorsque cette prise de sang aurait de toute façon dû être effectuée.

Classe 1.B

Observation clinique de personnes incapables de donner leur consentement. Examen clinique simple sans aucune manoeuvre thérapeutique. Investigation non invasive permise : échographie, électroencéphalogramme, électrocardiogramme, radiographie standard ou CT-Scanner sans contraste. Test à l'effort sous-maximal sans plus sur des volontaires ou des patients en l'absence de risques connus ischémie coronaire au cours d'un test.

MS Amlin Insurance SE | Boulevard Roi Albert II 37, 1030 Bruxelles | Tel +32 (0)2 894 70 00 | www.msamlin.com

Assureur agréé par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3092

RPM Bruxelles – TVA BE0644 921 425 - Banque : IBAN BE77 2100 0008 6342 - BIC CEBABEBB

Montant assuré

2.500.000 € par sinistre et par expérimentation, pour tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus.

L'assurance est conforme à la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Fait à LLN , le 20 mai 2025

Pour la compagnie,



Olivier Brisaer
Underwriting Liability

10.7. Annexe VII – Avis Comité d'éthique

Procédure de soumission d'un protocole d'étude clinique dans le cadre d'un travail de fin d'étude/master	CEth-DO-022	Version 05
	Page 1 sur 3	Approuvé le xx/xx/xx.xx
	Date de la prochaine révision : xx/xx/xxxx	

AVIS DU COMITE D'ETHIQUE

!A Ce document doit être complété et fourni en version numérique uniquement (WORD)!A

A compléter par le Comité d'Ethique	
Reference interne	G1-2025-TFE05
Numéro Unique Beige (NUB)	B010202500004

A compléter par l'étudiant / l'investigateur	
Reference de l'étude (Ex : TFE Kine NOM PRENOM)	Mémoire Faculté de sante publique UCL
Titre de l'étude	Comment la surcharge de travail liée au recours excessif aux urgences pédiatriques affecte-t-elle la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier au Grand Hôpital de Charleroi ?
ETUDIANT(e)	
Nom et prénom	Mait rabbi Hanan
Adresse	Rue des Hayettes, 8 6280-Gougnies
Numéro de téléphone	0496/409067
Mail	Hanan.maitrabbi@ghdc.be
PROMOTEUR	
Nom et prénom	Thys Frederic
Fonction	Directeur des urgences- Direction Médicale
Numéro de téléphone	060 119411
Mail	Frederic THYSI@ghdc.be
REFERENT GHdC	
Nom et prénom	Oberweis Nicolas
Fonction et service	infirmier de référence en diabétologie pédiatrique Coordinateur à l'éducation du patient
Numero de téléphone	060/119833
Mail	Nicolas Oberweisi@ghdc.be



M. Oberweis
Eduvateur en Diabétologie
4176622
GHdC Site ND Charleroi

A

Procédure de soumission d'un protocole d'étude clinique dans le cadre d'un travail de fin d'étude/master	CEth-DO-022	Version 05
	Page 2 sur 3	Approuve le xx/xx/xxxx
	Date de la prochaine révision : xx/xx/xxxx	

Liste complète des documents soumis au Comité d'Ethique		
<i>A compléter par l'étudiant/l'investigateur</i>		
Titre du document	Version	Date
Protocole complet	word	28/05/2025
ACCUSE DE RECEPTION D'UNE DEMANDE D'AVIS CONFORME	CE!h-DO-021	28/05/2025
AVIS DU COMITE D'ETHIQUE	CEth-DO-022	28/05/2025
EXPERIMENTATION CLINIQUE DANS LE CADRE D'UN TRAVAIL DE FIN D'ETUDE (mémoire de Master ou TFE) <i>Formulaire de soumission simplifiée</i>	CE!h-DO-023	28/05/2025
Assurance sans faute		
Questionnaire à destination du personnel infirmier		
Questionnaire à destination des parents		

L'avis du Comité d'Ethique n'engage pas sa responsabilité.

La responsabilité de l'investigateur reste entière. Il incombe aux chercheurs d'informer le Comité d'Ethique du suivi des études entreprises (arrêt, publications, SUSAR, ...).

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation avant que le Comité d'Ethique n'ait donné un avis favorable écrit au projet.

Le Comité d'Ethique déclare qu'il est composé et exerce ses activités d'une manière conforme aux bonnes pratiques de la recherche et selon la législation en vigueur. La composition du Comité d'Ethique et la liste des membres ayant participé à la délibération concernant cette étude se trouve ci-dessous.

Dans le cadre de sa mission de rendre des avis sur /es protocoles d'expérimentation humaine qui lui sont soumis, le Comité d'Ethique veille au respect de la confidentialité et de la sécurité des données des patients concernés conformément au Règlement européen 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel et la ou /es Lois nationales applicables. A cette fin, le Comité d'Ethique sollicite l'aide et l'avis du délégué à la Protection des Données (DPO - Data Protection Office) de l'Institution hospitalière concernée.

Le Comité d'Ethique déclare qu'aucun membre n'ayant un intérêt dans l'étude ou un lien professionnel ou privé avec le sponsor n'a participé à la délibération concernant l'étude.

Procédure de soumission d'un protocole d'étude clinique dans le cadre d'un travail de fin d'étude/master	CEth-DO-022	Version 05
	Page 3 sur 3	Approuve le xx/xx/xxxx
	Date de la prochaine révision : xx/xx/xxxx	

A compléter par le Comité d'Ethique

Décision du Comité d'Ethique rendant l'avis **UNIQUE**/ **LOCAL**

Date de l'avis : 06/06/2025

Le Comité d'Ethique a émis un avis favorable
 Le Comité d'éthique tient néanmoins à souligner que les objectifs du travail semblent un peu ambitieux par rapport à la méthodologie de l'enquête.

Le Comité d'Ethique a émis un avis favorable avec les remarques suivantes :

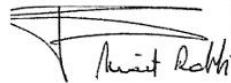
Le Comité d'Ethique a émis un avis temporaire. Les remarques ci-dessous doivent être prises en compte pour l'obtention d'un avis favorable :

Le Comité d'Ethique souhaite recevoir les modifications demandées par mail, mises en évidence pour rendre son avis définitif.

Le Comité d'Ethique a émis un avis défavorable pour les raisons suivantes :

Signature du/de la Président(e) ou délégué(e) :

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALIER
 Présidente Dr L. Gillard
 Agrégation 010
 Grand Hôpital de Charleroi
 Site Les Viviers
 Rue des Viviers, 1 - 6960 Gilly
 Tél 069/110063
 comite.ethique@ghdc.be

M. Nicolas OBERWALD
 Educateur en Diabétologie
 4-41739922
 GHDC Site ND Charleroi



Liste des membres du Comité d’Ethique

NOM Prénom	Profession	Dépendant de l’institution	Membre en fonction	Présent à la réunion
BALLEUX Martine	Patiente partenaire	Non	Oui	
BOUVY Jérôme	Philosophe hospitalier	Oui	Oui	
CAMBERLIN Emeraude	Juriste	Non	Oui	
CAMBIER Emmanuel	Chirurgien	Oui	Oui	x
CASSART Vincent	Médecin – Néonatalogie	Oui	Oui	x
COURTIN Yannick	Infirmier conseiller en éthique	Oui	Oui	
DALL’ARMELLINA François	Médecin – Oncologie	Oui	Oui	
DRUEZ Patrick	Médecin – Médecine Interne	Oui	Oui	
DUJARDIN Lucie	Kinésithérapeute	Oui	Oui	
GILLARD Laurence	Intensiviste Médecin conseiller en éthique	Oui	Oui - Présidente	x
PENCU Elena Daniela	Médecin – Médecine Interne/Infectiologie	Oui	Oui	x
PETIT Jean	Médecin Généraliste	Non	Oui	
SWARTENBROEKX Vincent	Psychologue	Non	Oui	x

Liste mise à jour le 17/03/2025

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp