

« Quelles sont les stratégies d'adaptation des patients "TRI 5" face au mécanisme de triage aux Urgences »

Mémoire réalisé par
Chloé Pieraerts

Promoteur
Vincent Lorant

Co-Promoteur
Anda Cismas

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

« Quelles sont les stratégies d'adaptation des patients "TRI 5" face au mécanisme de triage aux Urgences »

Mémoire réalisé par
Chloé Pieraerts

Promoteur
Vincent Lorant

Co-Promoteur
Anda Cismas

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Avant-propos

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Mon promoteur, Monsieur Vincent Lorant qui pendant cette longue et difficile période de mémoire a toujours su trouver les mots pour me guider dans la réalisation de celui-ci.

Ma Co-promotrice Anda Cismas, pour sa présence et ses conseils si précieux.

Mes lecteurs, Madame Fabienne Snappe, le Professeur Franck Verschuren et le Professeur Frédéric Thys d'avoir accepté de me lire.

Les infirmiers du service des Urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc de s'être livrés sans tabou lors des entretiens.

Les patients qui ont si gentiment accepté de participer à cette recherche.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier mes proches, ma famille et mon conjoint pour leur soutien inconditionnel et leurs nombreux encouragements.

Je dédie ce mémoire à mon papa qui s'est envolé pendant la rédaction de celui-ci.

Plagiat

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

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

l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Avant-propos	4
Table des matières	6
Lexique	10
Partie 1 : Cadre théorique	11
I. Introduction.....	11
II. Conceptualisation.....	12
Chapitre 1 : Utilisation des services d’Urgences	12
1.1 Description de l’utilisation des services d’Urgences.....	12
1.2 Motifs de consultation dans les services d’Urgences	15
1.3 Description du recours dans les services d’Urgences belges.....	15
1.4 Contacts avec les services d’Urgences en Belgique	16
1.5 Contacts dans un hôpital universitaire bruxellois.....	18
Chapitre 2 : Typologie des services d’Urgences.....	20
2.1 Aide médicale urgente et non urgente dans notre système de soins	20
2.1.1 Les pharmacies	20
2.1.2 Le médecin généraliste	20
2.1.3 Les postes de garde	21
2.1.4 Le numéro de téléphone « 1733 »	21
2.1.5 L’Aide médicale Urgente	22
2.1.6 Le numéro d’appels urgents 112 / 100	22
2.1.7 Ambulances	22
2.1.8 PIT	23
2.1.9 SMUR.....	24
2.1.10 SMUH.....	24
2.1.11. Les services d’Urgences.....	25
2.2 Les services d’Urgences dans les Hôpitaux belges.....	25
Chapitre 3 : Missions, fonctionnement et accréditation d’un service d’Urgences.....	26
3. 1 Missions d’un service d’Urgences	26
3.1.1 Mission des services d’Urgences en Belgique.....	26
3.1.2 Mission des salles d’Urgences en France	26
3.1.3 Mission des services d’Urgences en Angleterre	27
3.1.4 Mission des Urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc.....	27

3.2 Accréditation des Hôpitaux et Services d'Urgences Belges	28
3.2.1 L'accréditation des Hôpitaux.....	28
3.2.1.1 Point de vue Fédéral.....	29
3.2.1.2 En Fédération Wallonie Bruxelles et en Région Wallonne	29
3.2.1.3 En Communauté Flamande	29
3.2.2 Les accréditations pour les Services d'Urgences	30
3.2.3 Concrètement pour les patients	30
3.3 Fonctionnement d'un service d'Urgences Bruxellois.....	30
3.4 Groupes cibles des services d'Urgences	31
3.5 Rôle du Triage à l'accueil des Urgences	32
Chapitre 4 : Les patients « non désirés / inappropriés / non urgent / Bad patient ».....	34
4.1 Les patients inappropriés en Belgique	34
4.2 Raisons qui poussent des patients non urgents à se présenter aux urgences	34
4.3 Les patients « inappropriés » aux Urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc	35
4.4 « Urgence réelle ou ressentie »	36
4.5 Tentatives de diminution des contacts inappropriés en Belgique et proposition de réforme.....	37
III. Question de recherche et hypothèses	38
Introduction.....	38
1 : Question de recherche	39
2 : Hypothèses et objectif	39
Partie 2 : Méthodologie	40
I. Introduction.....	40
II. Présentation	40
1 : Choix de la méthode.....	40
2 : Choix de l'échantillon	41
2.1. Choix du service d'Urgences	41
2.2 Les Urgences des CUSL en quelques chiffres.	41
3 : Choix des outils.....	42
3.1. Création de l'outil.....	43
3.1.1 Guide d'entretien semi-directif destiné aux infirmiers IAO.....	43
3.1.2 Guide d'entretien semi-directif destiné aux patients	43
3.1.3 Observation	44
3.2. Timing des entretiens et des observations	44
4 : Choix des Stakeholders	44

5 : Choix du nombre de patients interrogés	45
6 : Comité éthique	45
7 : Entretiens semi directifs.....	46
7.1 Entretiens Semi-directifs Patients.....	46
7.2 Entretiens semi-directifs infirmiers.....	47
8 : Analyse des données	47
8.1 Retranscription des entretiens semi-directifs.....	47
8.2 Rédaction des observations réalisées	48
8.3 Analyse des entretiens	48
8.4 Analyse des observations	48
Partie 3 : Présentation des résultats	50
I. Résultats Qualitatifs	50
1 : Tableaux descriptifs des patients et infirmiers	50
1.1 Tableau descriptif des patients rencontrés lors des entretiens.....	50
1.2 Tableau descriptif des infirmiers rencontrés lors des entretiens	51
1.3 Tableau descriptif des personnes observées et intervenants	52
en secteur ambulatoire	52
2 : Analyse thématique	53
2.1 Motifs de consultation	53
2.2 Processus de recours aux Urgences	54
2.3 Le processus de triage à l'IOA	56
2.4 L'attente	57
2.5 La perception d'urgence.....	58
2.6 Les stratégies d'adaptation	60
2.7 L'agressivité	62
II. Résultats Quantitatifs.....	64
Introduction.....	64
1 : Description de l'échantillon.....	65
1.1 Tableau de la répartition de notre population selon les catégories de triage CIMU sur la période étudiée.	65
1.2 Tableau représentatif du nombre de patients qui ont été inclus dans l'étude par rapport à notre population de base sur la période étudiée	66
1.3 Tableau descriptif de la fréquence des patients de l'échantillon selon la catégorie de triage	67
1.4 Tableau comparatif des pourcentages de la répartition des patients dans les différentes catégories de triage entre la population et l'échantillon.....	67

1.5 Tableau descriptif de l'information donnée selon la catégorie de triage pour l'échantillon.....	69
1.6 Tableau descriptif des destinations de sortie des patients de la population	70
1.7 Tableau descriptif récapitulatif des raisons de sortie de la population.....	71
2 : Analyse de différentes données collectées.....	74
2.1 Tableau de l'analyse de l'information donnée selon la catégorie de triage pour l'échantillon.....	74
2.2 Tableau de l'Analyse de l'annonce de l'information selon les catégories 4 et 5 de la CIMU	75
2.3 Analyse de l'annonce de l'information à la catégorie TRI 4 et TRI 5 selon deux destinations de notre échantillon	76
Partie 4 : Discussion des résultats et conclusion.....	77
I. Discussion des résultats	77
Introduction.....	77
1 : Motifs de consultation	77
2 : Processus de recours aux Urgences	78
3 : Le processus de triage à l'IOA	80
4 : L'attente	81
5 : La perception d'urgence.....	82
6 : Les stratégies d'adaptation	82
7 : L'agressivité	83
II. Limites et forces de la recherche	85
III. Conclusions et perspectives	86
Bibliographie	88
Annexes	92
Annexe 1 : Service des Urgences des CUSL : Plan détaillé Accueil – IAO – Secteur Ambulatoire.....	92
Annexe 2 : Service des Urgences des CUSL : Plan général du service.....	93
Annexe 3 : Echelle CIMU : Description générale.....	94
Annexe 4 : Echelle CIMU : Déterminants du tri	95
Annexe 5 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux infirmiers IAO.....	96
Annexe 6 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux patients TRI 5	97
Annexe 7 : Avis favorable du comité éthique UCL.....	98
Annexe 8 : Formulaire d'informations destiné au patient.....	100
Annexe 9 : Programme Equafire – Page accueil.....	104

Lexique

AMU : Aide Médicale Urgente

AIA : Aide Infirmière Administrative

CIMU : Classification Infirmières des Malades aux Urgences

CMGU : Consultation de Médecine Générale d'Urgence

CUSL : Cliniques Universitaires Saint-Luc

ETG : Emergency Triage Gravity

ESI : Emergency Severity Index

EST : Echelle Suisse de TRI

GFU : Gestion Front Urgences

IOA : Infirmier Organisateur d'accueil

MTS : Manchester Triage Scale

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PER OS : Administration de médicaments par voie orale

PIT : Paramédical Intervention Team

SAMU : Service d'Aide Médical Urgente

SFMU : Société Française en Médecine d'Urgence

SMUH : Services Médicaux d'Urgence Hélicoptérés

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Partie 1 : Cadre théorique

I. Introduction

Infirmière en salle d'Urgence depuis 6 ans, j'ai souhaité commencer des études en Santé Publique car j'avais l'envie de mieux comprendre ce qui m'entourait. En effet, très souvent confrontée à la misère, à la vieillesse, à la maladie, aux minorités, à la mort, aux problèmes d'assurabilité mais aussi à ceux liés au financement des hôpitaux, c'est naturellement que j'ai choisi l'option spécialisée « 'Approche communautaire de la santé' et 'politique et programme en promotion de la santé' ».

Le choix du sujet de mon mémoire a été très difficile car je voulais qu'il soit en lien avec mes études et ma pratique professionnelle. Je tenais par-dessus tout à faire une partie qualitative car celle-ci me semblait permettre plus de spontanéité et une parole plus libre. La façon dont le Professeur V. Lorant abordait différents thèmes et certaines problématiques m'a donné l'envie de travailler avec lui.

Nous nous sommes tout d'abord questionnés sur la problématique déjà bien connue de l'encombrement des services d'Urgences en Belgique. Ainsi que sur les moyens qui étaient mis en place pour améliorer cette situation. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la pratique du triage infirmier pour mieux comprendre la classification des patients. Finalement, nous nous sommes penchés sur les patients triés en classe 5. Patients que certains considèrent comme inappropriés, n'ayant pas leur place dans un service d'Urgences. Notre envie a été de nous intéresser à ce public de « Bad patients », celui dont personne ne veut mais qui est bel et bien présent dans nos services d'Urgences. Nous avons alors fixé l'objectif de nous intéresser aux éventuelles stratégies d'adaptation de cette catégorie de patients face au mécanisme de triage. Pour ce faire, nous avons décidé d'utiliser une méthode expérimentale. Celle-ci sera qualitative d'une part, via des entretiens semi-directifs ainsi que des observations ; et quantitative d'autre part, afin d'identifier des variables et leurs données.

II. Conceptualisation

Chapitre 1 : Utilisation des services d'Urgences

1.1 Description de l'utilisation des services d'Urgences

Les services d'Urgences sont souvent utilisés en première ligne dans notre système de soins de santé. Ces services sont indispensables pour répondre aux besoins urgents des patients. Ce chapitre aura comme objectif de décrire l'utilisation des services d'Urgences en comparant dans un premier temps différents pays entre eux, pour ensuite s'intéresser plus précisément aux chiffres belges. Nous évoquerons les déterminants de l'utilisation de ce type de soins et essayerons de définir les personnes qui consultent en urgence. Nous allons particulièrement nous intéresser à la France, à l'Angleterre et à la Belgique.

Ci-dessous, un graphique publié par l'OCDE. Il rend compte du nombre de contacts aux urgences par 100 habitants en comparant 21 pays de l'OCDE. Ce graphique reprend d'une part les chiffres de 2001, 2007 ou 2008 selon le pays en comparaison avec leurs résultats de 2011.

Number of visits to emergency department per 100 population, 2001 (or nearest available year) and 2011 (or most recent year)

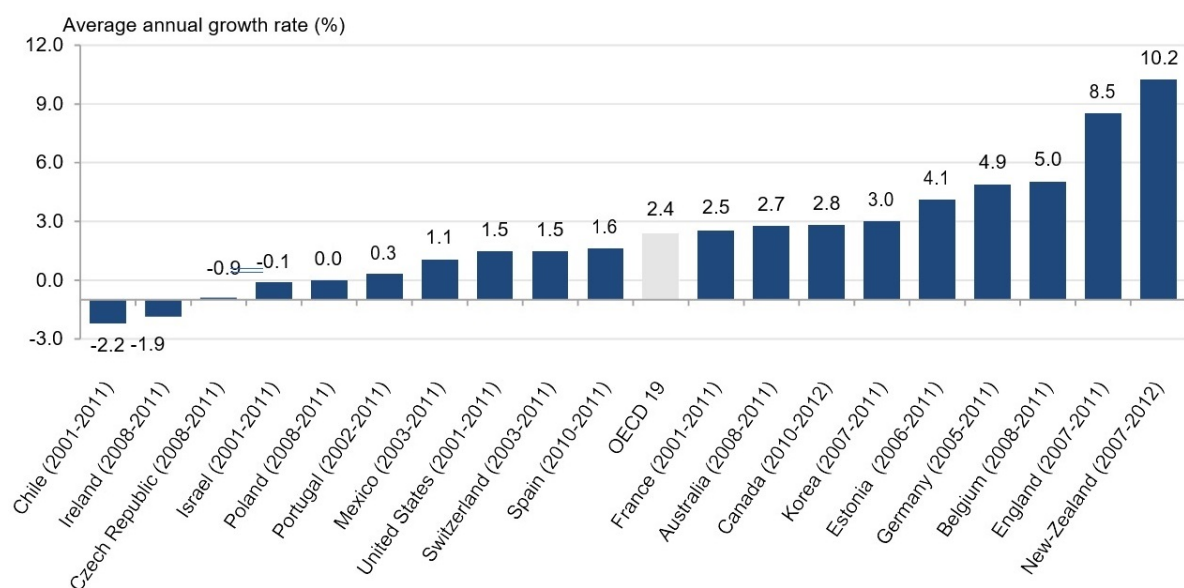


Issu de Berchet, C. (2015), OECD 2015 "Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand"

Nous constatons une augmentation du nombre de visites dans plus de la moitié des pays représentés. Certains pays tels que l’Australie incluent les consultations ambulatoires ou externes tandis que la Suisse ou l’Allemagne n’incluent que les personnes dont le contact avec le service d’Urgence entraîne une hospitalisation d’au moins un jour. Raisons pour lesquelles nous n’allons pas comparer ces différents pays entre eux (OECD, 2015).

Sur ce graphique, les 3 pays qui nous intéressent particulièrement montrent une croissance de leur consommation de soins urgents. Pour 100 habitants, il y avait 20,8 contacts en Belgique en 2008, 29,3 en France en 2001 et 33,2 en Angleterre en 2007. Le graphique suivant nous montre le taux de croissance annuel moyen des visites des services d’Urgences au cours de la dernière décennie.

Average annual growth rate in emergency department visits over the past decade (calculated based on the number of visits per 100 population)



Issu de Berchet, C. (2015), “Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand”

En ce qui concerne la Belgique, ce taux a été calculé sur la période de 2008-2011 et montre un pourcentage de croissance annuelle de 5 %. La France quant à elle subit un taux de croissance

annuel de 2,5 %, calculé sur une plus longue période à savoir de 2001 à 2011. Et enfin, l'Angleterre une augmentation de 8,5 % sur une période de 2007 à 2011 (OECD, 2015).

Durant la période de 2000-2015, le taux de croissance de la population Mondiale était de 1,2 %. Celui de la Belgique et de la France était de 0,6 % et finalement de 0,7% pour l'Angleterre (Banque Mondiale, 2017). Il existe donc bel et bien une augmentation du nombre de visites aux Urgences indépendant de la croissance de la population de ces pays.

Pour la période de 2001-2011, nous remarquons une grande variabilité du taux de croissance du nombre de contacts avec les Urgences. C'est L'Allemagne, la Belgique, l'Angleterre et la Nouvelle-Zélande qui ont enregistré le taux de croissance le plus élevé au cours de cette période (OECD, 2015).

La variabilité des résultats pourrait être expliquée par la variabilité des besoins de la population en matière de soins de santé. Ceux-ci peuvent être rythmés par exemple par les gripes saisonnières ou par les pandémies. Des initiatives nationales en vue de diminuer le recours aux Urgences peuvent aussi expliquer des résultats variables d'un pays à l'autre.

L'OECD montre que dans l'ensemble, nous pouvons dire que les visites sont plus fréquentes chez les très jeunes enfants et les personnes plus âgées et ce dans la majorité des pays qui ont confié leurs données. C'est le cas de la France et de la Belgique (OECD, 2015). Ces résultats sont probablement liés aux besoins qui sont plus nombreux pour ces tranches d'âges plus spécifiques.

Une revue systématique de la littérature a montré que, plus les personnes sont âgées, plus les problèmes médicaux sont urgents, contrairement aux jeunes qui consulteraient pour des motifs moins urgents tels que : de la fièvre, de la toux, des nausées ou des vomissements (HE et al 2011). De plus, un des motifs le plus évoqué dans les pays de l'OECD serait « *les traumatismes et les blessures* » (OECD, 2015)

Selon l'OCDE, un nombre important de visites aux urgences aurait pu être évité par l'utilisation d'autres ressources. La Belgique, La France et l'Angleterre auraient d'ailleurs signalé des visites « non urgentes » ou « inappropriées » (OECD, 2015).

1.2 Motifs de consultation dans les services d’Urgences

Les principaux facteurs qui, influent sur la demande de soins urgents sont les préférences des patients, leurs besoins de santé et leurs caractéristiques économiques. Certains facteurs expliquent l’augmentation du nombre de contacts avec les salles d’Urgences. La disponibilité de sources alternatives de soins, le changement continu de la pratique médicale, le manque d’accès aux soins de première ligne, l’augmentation rapide du vieillissement de la population et le nombre de personnes se trouvant dans des situations vulnérables en raison de la crise économique font partie de ces facteurs. De plus, il semblerait que les patients « *trouvent les services d’Urgences pratiques* » (Gentile, 2004). Ceux-ci présenteraient différents avantages qui inciteraient le patient à se présenter dans les différentes salles d’Urgences. La large gamme des soins proposés, l’accès à différents spécialistes, l’accès à la technologie (RX / Scanner...) et la capacité technique seraient déterminants dans le choix des patients. C’est ainsi que par exemple : en France 60 % des patients choisissent les services d’Urgences pour leur accessibilité, 27 % pour les soins rapides, 23% pour des tests cliniques supplémentaires, 22% pour la proximité géographique et 12 % pour la possibilité de consulter un spécialiste (OECD, 2015).

Selon l’OCDE, les motifs les plus représentés seraient les traumatismes, les blessures, les fractures et les entorses. Cela représenterait entre 13 à 40 % des visites selon les pays (OECD, 2015).

1.3 Description du recours dans les services d’Urgences belges

Selon l’Institut de Santé Publique belge (ISP) le nombre annuel moyen de contacts avec le service des Urgences pour 100 personnes en Belgique était de 21,3 en 2001, 21,9 en 2004, 21,1 en 2008 et 21,5 en 2013 (HISIA,2017). Ces résultats sont relativement proches de ceux émis par l’OECD mais ne reflètent pas le pourcentage de croissance annuelle de 5 % que la Belgique connaît (OECD, 2015). En effet comme cité ci-dessus, il est important de mettre en lien ces résultats avec le taux de croissance de la population (HISIA, 2017).

Pour mieux comprendre l’utilisation des services d’Urgences en Belgique, il est intéressant de se pencher sur la répartition de ce nombre de contacts avec les services d’Urgences à travers les différentes régions du pays. En 2013, en Région Flamande le nombre de contacts par 100

habitants avec un service d'Urgence s'élevait à 19. En Région Bruxelloise celui-ci était de 29 et enfin dans en Région Wallonne de 24 (HISIA, 2017).

Il est également intéressant de se pencher sur les périodes, les jours et périodes d'affluence dans les salles d'urgences. C'est ainsi que, 61 % des contacts de 2008 ont eu lieu durant la semaine ou en journée alors que 39 % sont pris durant les nuits ou le weekend (Drieskens, 2008).

1.4 Contacts avec les services d'Urgences en Belgique

En Belgique, L'Enquête de santé par interview de 2008 s'est intéressée aux raisons pour lesquelles les patients préféraient se présenter aux Urgences plutôt que d'aller consulter leur médecin généraliste. 40 % des personnes interrogées ont répondu que « *le problème était urgent ou grave* », 30 % ont évoqué l'accessibilité 24 heures sur 24, 13 % le fait que tous les examens pouvaient être réalisés en un seul lieu et 8 % la proximité géographique du service d'Urgences (Drieskens, 2008).

Différents paramètres dont l'âge, le genre, le niveau d'éducation, la composition familiale, le milieu rural, les moyens financiers... peuvent influencer le nombre de contacts... Selon cette enquête, 80 % des personnes se présentant dans un service d'Urgences en Belgique n'y ont pas été référées par un médecin. Les principales raisons évoquées seraient le fait qu'ils avaient un problème grave ou urgent et/ ou que le service d'Urgences est plus facilement accessible et cela 24h/24.

Cette enquête a également constaté que 61 % des personnes s'étaient présentées dans un service d'Urgences pendant leurs heures de travail (Drieskens, 2008).

En ce qui concerne les genres, en Belgique, il semblerait que les hommes aient plus facilement recours aux salles d'urgences que les femmes. Avec un nombre moyen de 23 contacts pour 100 personnes chez les hommes et 20 chez les femmes (HISIA, 2017).

Le nombre de contacts varie selon les besoins des patients qui sont souvent liés à l'âge de ceux-ci.

Pour la Belgique, Une étude appuie cette tendance en ajoutant que le nombre de contacts pour les enfants de 0 à 5 ans et pour les personnes âgées de 90 ans et plus, serait deux fois plus élevé que les personnes se situant dans la tranche d'âge de 55 à 64 ans (de Wolf, 2011).

En 2013, il y a eu 29 contacts avec les services d'Urgences pour les personnes de la tranche d'âge (0-14) ans, 16 pour les (45-54) ans et 29 pour les plus 75 ans et plus (HISIA, 2017).

L'éducation jouerait également un rôle important dans le recours aux Urgences. En effet, en 2013, pour les personnes avec le niveau d'éducation le plus bas le nombre moyen de contacts avec les services d'Urgences pour 100 personnes était de 41 et de 16 pour ceux qui ont le niveau d'éducation le plus haut. Le nombre de contacts a doublé depuis 2001 pour les personnes ayant le degré d'éducation le plus bas passant de 21 à 41 (HISIA, 2017).

Les personnes vivant en milieu urbain consultent plus souvent que celles vivant en milieu rural. En effet le nombre de contacts par 100 habitants par an s'élève à 25 contacts en milieu urbain pour 15 contacts en milieu rural (HISIA 2017).

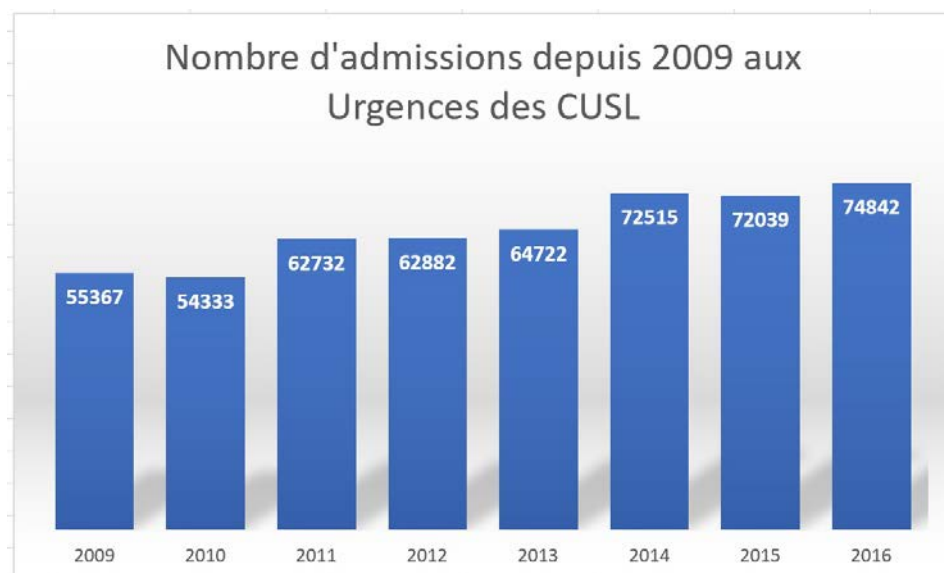
Le niveau de revenus influence également le nombre de recours aux les salles d'Urgences belges. En 2013, les personnes ayant le niveau de revenus le plus bas se rendaient plus souvent dans ces services que les personnes ayant les revenus plus élevés. En 2013 pour le niveau de revenus le plus bas il y a eu 28 contacts contrairement à 18 contacts pour 100 habitants par an pour les revenus les plus hauts (HISIA, 2017).

En résumé, les hommes consultent plus fréquemment que les femmes, les enfants et les personnes âgées consultent plus que les autres tranches d'âges, l'éducation joue un rôle dans le recours aux Urgences. En effet, plus le niveau d'éducation d'une personne est bas, plus il a recours au service d'Urgences. Les personnes vivant en milieu rural ont moins recours aux Urgences que les personnes provenant du milieu urbain. Enfin, les personnes ayant les plus bas revenus consultent plus que ceux qui ont des revenus plus élevés.

1.5 Contacts dans un hôpital universitaire bruxellois

Nous allons nous intéresser de plus près aux types de contacts des Urgences des Cliniques Universitaires Saint Luc

Nombre d'admissions aux Urgences des CUSL de 2009-2016



Il s'agit d'une clinique universitaire qui a vu augmenter son nombre de contacts de 3,2 % pour les adultes et 6 % pour les enfants en 2016 par rapport à 2015.

En 2016 cet hôpital a accueilli 56437 patients adultes et 18405 patients enfants. Soit 74842 patients pour une moyenne de 205 patients par jour. Ces patients arrivent aux Urgences de différentes manières : 8,5% via le 112 en ambulance, 4,2 % via le 112 en SMUR, 1,8% via des ambulances privées et 85,5% sont arrivés par d'autres moyens. Une fois leur prise en charge terminée aux Urgences, 83,3 % sont rentrés à domicile, 6,4 % ont été hospitalisés en unité d'observation des Urgences, 1,6 % de ces patients ont été admis aux Soins Intensifs, 11,3 % dans d'autres services de l'hôpital. 0,5 % des patients ont été transférés (par manque de place) dans d'autres hôpitaux et 4,9 % ont été envoyés au CMGU. 19,3 % des patients entrant aux Urgences des CUSL sont donc hospitalisés dans l'hôpital.

Le nombre d'admissions peut varier fortement selon le jour de la semaine, les heures et les mois de l'année. Entre 2012 et 2014 les Urgences ont été confrontées à un pic d'affluence de février à avril pour ensuite diminuer jusqu'au mois d'août qui est le mois le moins chargé de l'année. Le lundi est le jour de la semaine qui présente le plus d'admissions. Concernant les heures

d'affluences : dès 09h00 le service fait face à une arrivée massive de patients, il atteint son pic vers 11h-12h pour enfin diminuer vers 22-23h (CUSL, 2016).

Chapitre 2 : Typologie des services d’Urgences

Afin de mieux répondre aux questions de notre recherche, il nous semblait important de détailler les différents types de services d’Urgences existants en Belgique et disponibles pour le patient.

2.1 Aide médicale urgente et non urgente dans notre système de soins

Différentes possibilités s’offrent aux patients. De journée comme de nuit, de nombreuses gardes s’organisent pour permettre à ceux-ci de bénéficier de soins urgents et non urgents. L’objectif étant de garantir au patient un accès aux soins de santé 24h sur 24h et 7 jours sur 7. Ce système d’aide médicale reprend les pharmacies, les médecins généralistes et les postes de garde. Mais également de différents centres d’appel, des services de secours (ambulances / PIT / SMUR) et des services d’urgences.

2.1.1 Les pharmacies

Les pharmacies font partie de l’un des maillons de la chaîne s’organisant autour du patient. Des équipes pluridisciplinaires répondent aux questions des patients concernant les médicaments. Essentielles pour la santé du patient, un système de garde est mis en place. Il permet que chacun puisse, en cas de besoin, trouver de 22h à 9h ou pendant les jours fériés plus ou moins proche de chez lui une pharmacie de garde. Les adresses des pharmacies de garde sont consultables sur de nombreux sites Internet ou par téléphone au 0903 99 000. Les pharmaciens peuvent inciter le patient à se présenter chez un médecin de garde ou aux Urgences.

2.1.2 Le médecin généraliste

Si le patient a un médecin traitant, celui-ci fera son possible pour répondre à la demande du patient. Cependant, les contraintes horaires peuvent parfois limiter le patient. Il arrive que le médecin ne puisse répondre à la demande du patient. Le médecin est tenu d’assurer la continuité des soins. C’est ainsi qu’en cas d’absence, (En période de vacances ou en dehors des heures ouvrables) le médecin généraliste fournit à son patient un numéro de téléphone de poste de garde ou de médecin remplaçant. (Joyeux, 2017)

2.1.3 Les postes de garde

Depuis 1967, chaque médecin a obligation de participer en dehors de ses plages horaires habituelles à des postes de garde (c'est-à-dire : pendant les jours fériés, les weekends ou les nuits)

Depuis l'arrêté royal du 8 Juillet 2002, ces gardes sont organisées par les cercles des médecins généralistes. (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, 2002). Selon les régions ou les communes, un service de garde est mis en place. Celui-ci permet au patient de bénéficier de soins 24h/24 et 7 jours sur 7.

Actuellement, aucune définition claire de ce qu'est une consultation de garde n'existe. Par conséquent, chaque poste de garde s'organise comme il le souhaite. Il existerait à l'heure actuelle 29 postes de garde en Belgique dont 4 seraient à Bruxelles. (KCE, 2011)

Le CMGU (Consultation de Médecine Générale d'Urgence) en est un exemple. Il est ouvert en semaine de 8h à 23h, le weekend et les jours fériés de 9h à 22h. Le patient peut s'y rendre sans rendez-vous. A Bruxelles, si le patient souhaite une visite à domicile ou se trouve en dehors des périodes d'ouverture de ces centres, la garde bruxelloise propose des visites 24h/24 et 7 jours sur 7 ainsi que SOS Médecin.

A l'heure actuelle, aucun site internet ne recense tous ces différents postes de gardes belges.

2.1.4 Le numéro de téléphone « 1733 »

Une nouvelle initiative est en train de voir le jour. Un numéro unique le 1733 sera à l'avenir le numéro de référence pour toute aide médicale non urgente en Belgique. Ce numéro est déjà d'application mais ne couvre actuellement que certaines communes ou régions.

En composant, ce numéro, le patient sera mis en contact avec un opérateur spécialisé en Tri médical qui, grâce à certaines questions évaluera la nécessité de soins et la gravité de la situation. C'est ainsi que cette personne pourra soit proposer au patient de se présenter le lendemain chez son médecin traitant, soit lui proposer de se rendre dans un centre de garde, soit envoyer à domicile un médecin de garde, ou encore éventuellement diriger le patient vers un service d'Urgences ou même, le mettre en contact avec L'Aide médicale urgente (AMU) via le numéro 112

2.1.5 L'Aide médicale Urgente

« La loi du 8 juillet 1964 et ses arrêtés d'exécution organisent l'aide médicale urgente aux personnes se trouvant sur la voie publique ou dans un lieu public et dont l'état de santé requiert des soins immédiats par suite d'accident ou de maladie. Peu de temps après l'entrée en vigueur de cette loi, le nombre d'appels émanant des domiciles privés fut plus important que ceux pour lesquels la loi était établie. Le champ d'application de la loi a donc été élargi aux lieux privés. » (SPF santé 2016).

L'aide médicale urgente est composée de différents acteurs qui permettent au patient d'être pris en charge le plus rapidement possible en envoyant des secours adaptés en fonction de la situation du patient.

2.1.6 Le numéro d'appels urgents 112 / 100

Le numéro d'appel 112 anciennement 100 mais toujours opérationnel, est le numéro qui permet de déclencher l'Aide Médicale Urgente. L'appelant sera rapidement mis en contact avec un opérateur spécialisé en triage. L'appelant devra répondre à plusieurs questions qui permettront à l'opérateur d'envoyer les secours les plus adaptés. C'est ainsi qu'il devra donner son identité, spécifier devant quel problème il se trouve et décrire les symptômes qu'il présente lui-même ou pour la / les personnes pour la(les)quelle(s) il demande de l'aide, être le plus précis possible dans la description du lieu d'intervention mais également décrire les éventuels dangers environnants. Il devra aussi décrire le nombre de victimes ainsi qu'une estimation de leur âge et, s'il en a connaissance, décrire les pathologies préexistantes. Ces opérateurs ont un rôle essentiel dans l'aide médicale urgente. Ce sont eux qui pour un problème médical déclencheront : Une ambulance, un PIT ou une ambulance ainsi qu'un SMUR.

2.1.7 Ambulances

« Une ambulance est un véhicule spécialement adapté, aménagé et équipé pour permettre le transport, en toute sécurité, d'une personne malade, blessée ou d'une femme sur le point d'accoucher vers un établissement hospitalier (public ou privé) ou une unité de soins spécialisée. L'ambulance dispose du matériel nécessaire à la surveillance et aux premiers soins » (SPF santé, 2017)

Ces ambulances sont composées de minimum deux secouristes ambulanciers. Les ambulances envoyées peuvent dépendre des services incendies agréés par le SPF santé, d'entreprises privées agréées, d'un hôpital, de la Croix Rouge ou parfois d'un CPAS, d'un aéroport ...

Les secouristes arrivés sur place évalueront si les secours envoyés sont suffisants et adéquats et rappelleront si nécessaire la centrale 112 pour demander du renfort.

Le patient pris en charge par l'équipe sera amené dans l'hôpital le plus proche ou ailleurs si dérogation, par exemple, pour des soins plus spécifiques.

2.1.8 PIT

« Le PIT (Paramédical Intervention Team) est un moyen intermédiaire dans la chaîne des secours en milieu extrahospitalier. Situé entre l'ambulance et le SMUR, il a pour but d'élargir l'offre de transport médicalisé. » (SPF santé,2017)

L'opérateur du 112 enverra un PIT selon les critères du Manuel Belge de la Régulation Médicale. Le PIT est une ambulance composée d'au minimum un secouriste ambulancier ainsi qu'un Infirmier Spécialisé en aide Médicale Urgente. Le PIT peut intervenir dans le cas de missions qui lui sont dédiées dans le Manuel Belge de Régulation Médicale mais aussi si aucun SMUR n'est disponible aux alentours en attendant qu'un SMUR puisse se libérer. L'ambulance sera dès lors composée de son matériel habituel mais également de matériel permettant à l'infirmier de réaliser les actes qui lui sont confiés. Chaque PIT dispose d'un GSM qui permet à l'infirmier de joindre un médecin. Certains appareils, comme par exemple quelques monitorings, sont équipés d'un système permettant à l'infirmier d'envoyer à son hôpital de référence des résultats d'examens pour faciliter sa prise en charge via internet. Ce système de télémédecine est en train de se développer et de nouveaux appareils sont en train de voir le jour pour faciliter la prise en charge de certaines pathologies et ou la rapidité de prise en charge de certains patients, tels les patients présentant des symptômes d'AVC.

2.1.9 SMUR

« Un service mobile d'urgence et de réanimation, ou SMUR, est une équipe médicale mobile destinée à délivrer une aide médicale urgente lors d'un accident ou d'une maladie lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale.

Le SMUR prolonge la structure hospitalière à laquelle il est rattaché. Les véhicules répondent à des normes fédérales en matière d'équipement. Les normes de la fonction SMUR sont définies par l'arrêté royal du 10 août 1998. » (SPF santé, 2017)

Le SMUR est composé d'au minimum 1 infirmier spécialisé en soins infirmiers en Aide Médicale urgente et Soins Intensifs (SIAMU) et d'un médecin spécialisé. Cette équipe est parfois accompagnée d'un secouriste ambulancier. A nouveau, l'opérateur de la centrale 112 selon son manuel, enverra un SMUR plutôt qu'un PIT ou une ambulance simple. Les SMURs dépendent de certains services d'urgences. Une fois l'appel arrivé à la centrale 112, l'opérateur contacte l'ambulance et le SMUR. C'est ainsi que ces deux véhicules de secours démarreront indépendamment vers le lieu de l'intervention. L'ordre d'arrivée des véhicules varie donc à chaque mission. Cela signifie donc que sur le lieu d'intervention, il y aura au minimum 4 personnes spécialisées. (2 secouristes-ambulanciers, un infirmier SIAMU et un médecin spécialisé). Il s'agit donc là d'une véritable équipe pluridisciplinaire qui prendra le ou les patients en charge et appellera du renfort si nécessaire. A la différence de l'ambulance qui doit impérativement se diriger vers l'hôpital le plus proche, le Patient du SMUR sera transporté selon sa gravité vers l'hôpital le plus proche proposant les soins adaptés à sa pathologie ou vers l'hôpital dans lequel le patient est habituellement suivi.

2.1.10 SMUH

« Qu'est-ce qu'un SMUH ?

La Belgique compte également 2 Services Médicaux d'Urgence Hélicoptérés "satellites expérimentaux" qui sont des hélicoptères médicalisés. L'un est basé à l'hôpital de Bruges, l'autre dans les Ardennes, à Bra-sur-Lienne. » (SPF santé, 2017)

2.1.11. Les services d'Urgences

Les Services d'Urgences dépendent des hôpitaux. Ils sont ouverts 24h/ 24 et accueillent des patients malades ou blessés venant par eux-mêmes, envoyés par un médecin généraliste ou spécialiste ou amenés par l'Aide Médicale Urgente. Leurs missions sont diverses (cfr. chapitre 3 p 26). Les services d'Urgences accueillent donc les ambulances, les PITs, les SMURs et certains services qui disposent d'un hélicoptère peuvent également accueillir les SMUHs. Ces services sont donc le dernier maillon de l'aide médicale urgente.

2.2 Les services d'Urgences dans les Hôpitaux belges

En 2015, les services d'Urgences étaient au « *nombre de 139 en Belgique ce qui représente 1,24 service d'urgence pour 100000 habitants* » (KCE, 2016). Il existe deux types de services d'Urgences hospitaliers que la loi distingue. « Les soins urgents spécialisés » et la « première prise en charge des urgences ». Le service de soins urgents spécialisés est un service capable de répondre à des problèmes complexes. Il doit être en mesure de préserver, stabiliser et restaurer les fonctions vitales du patient. Mais également être capable d'accueillir et d'administrer des soins immédiats. Ce service doit avoir en permanence deux infirmiers dont un porteur d'un titre en soins intensifs et urgences et un médecin spécifique au service d'Urgences. Par contre, les hôpitaux aigus ne bénéficiant pas de soins urgents de première ligne, doivent avoir un dispositif de première prise en charge des Urgences. Il leur est demandé de pouvoir assurer des premiers secours et de prendre en charge les patients. Ils ne doivent quant à eux pas avoir d'infirmier spécialisé. Un médecin et un infirmier de garde pour tout l'établissement suffisent (KCE, 2016).

Chapitre 3 : Missions, fonctionnement et accréditation d'un service d'Urgences

3.1 Missions d'un service d'Urgences

Les missions d'un service d'Urgences peuvent varier d'un pays à l'autre voire même d'un hôpital à l'autre. Celles-ci sont fondamentales pour mieux comprendre le fonctionnement d'une salle d'Urgence, la priorisation de certains patients, le comportement du personnel soignant et/ou l'attitude des patients. C'est la raison pour laquelle nous allons nous intéresser à ces différentes missions en comparant trois pays qui nous intéressent pour leur proximité. Il s'agit de la Belgique, la France et l'Angleterre. Nous terminerons par nous intéresser aux missions du service d'Urgences des Cliniques Universitaires Saint –Luc.

3.1.1 Mission des services d'Urgences en Belgique

« La principale mission des services d'Urgences consiste à dispenser des soins à toute personne confrontée à un problème médical urgent. Il n'existe aucun consensus international quant à la définition précise de ce concept, mais deux éléments sont récurrents : le fait qu'il s'agisse de symptômes d'apparition aiguë et le fait qu'ils requièrent des soins spécialisés immédiats. » (KCE, 2016).

3.1.2 Mission des salles d'Urgences en France

« Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit où les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence. »

Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. » (République Française, 2003).

3.1.3 Mission des services d'Urgences en Angleterre

« En ce qui concerne l'Angleterre, les services de soins d'urgences, ont pour mission de fournir une gamme de soins de santé et services aux personnes qui ont besoin de conseils médicaux, de diagnostic et/ou d'un traitement rapide et inattendu. Ils fournissent un traitement pour blessure ou maladie aiguë 24 heures sur 24 et ce, 365 jours par an. » (Gov.uk.2013)

3.1.4 Mission des Urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc

Une équipe pluridisciplinaire a été créée afin de redéfinir les missions des Urgences. Elle se compose : du médecin chef de service des Urgences, de l'infirmier chef de service et de différents superviseurs de la salle d'urgence. Cette équipe s'est réunie à plusieurs reprises avec comme objectif de clarifier ces différentes missions tant pour une meilleure gestion de la salle d'urgence et sa collaboration avec les autres services de l'hôpital que pour une meilleure prise en charge du patient. La mission qui est décrite dans ce document est la suivante :

« Accueillir et trier toute personne et/ou son entourage se présentant dans une situation ou un ressenti d'urgence somatique ou psychique. Initier un bilan, et/ou un traitement qui ne pourraient être postposés, assurer, avec l'institution, l'organisation de l'orientation et de la continuité des soins. » (CUSL, 2017). Dans la définition de la fonction des urgences, la prise en charge directe des patients et les missions y sont plus approfondies nous permettant de mieux comprendre le fonctionnement de ce service.

« Accueillir et trier avec professionnalisme et neutralité bienveillante, sans distinction ou sélection psycho-médicosociale, juridique, ethnique ou religieuse, sans délai péjoratif, 24h/7, toute personne et/ou son entourage se présentant aux CUSL dans une situation ou ressenti d'urgence somatique ou psychique, qui n'aurait pu être pris en charge de façon raisonnée par une consultation ou une hospitalisation programmée. Assurer les prises en charge extrahospitalières dans le cadre des missions confiées au SMUR et aux directeurs médicaux (plans d'urgence collective et dispositifs préventifs. Accueillir tout patient régulé par le service d'aide médical urgente (SAMU - 112) et orienté vers les CUSL, selon les lois régissant l'Aide Médicale Urgente. Dans les heures suivant l'admission, initier un bilan et/ou un traitement qui

ne pourraient être postposés sans un risque de perte de chance vitale, organique ou psychique, selon des procédures élaborées en collaboration avec les autres spécialistes concernés. Organiser la continuité des soins et l'accès aux examens, admissions et consultations, selon des procédures élaborées en collaboration avec les autres spécialistes concernés, et tenant compte des aspects psycho/médico/sociaux spécifiques du patient. ». Ce service d'urgence à aussi comme missions « celles d'assurer l'excellence des soins, la recherche universitaire ainsi que l'enseignement médical et infirmier en médecine aiguë et d'urgence. » (CUSL, 2017).

3.2 Accréditation des Hôpitaux et Services d'Urgences Belges

3.2.1 L'accréditation des Hôpitaux

Notre système de Santé évolue, les demandes d'informations des patients ne cessent de croître. ... Dans une démarche d'amélioration des soins de santé, de l'information du patient, de nouveaux projets de soins intégrés et d'augmentation de la qualité des prestations soins, du développement d'une « culture qualité » (Integreo fiche pratique 11, 2017), plusieurs initiatives peuvent être prises dont l'accréditation qui semble essentielle.

« L'accréditation des établissements de santé est une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, c'est -à-dire « le référentiel » préconisé par un organisme d'accréditation. L'organisme d'accréditation ainsi que son manuel sont validés par un organisme extérieur indépendant, l'ISQUA, reconnu des professionnels hospitaliers au niveau international. » (PAQS,2016)

EN 2008, Le KCE publiait un rapport comparant les différents programmes d'accréditation des hôpitaux européens. Un des objectifs de ce rapport était de savoir s'il existait une preuve que l'accréditation hospitalière contribue à la qualité des soins pour le patient. A ce moment-là, il *n'existait pas de méthode de mesure systématique de la qualité des soins excepté : « différentes méthodes d'audit externe de qualité dans les hôpitaux, comme la certification ISO, l'accréditation, le modèle EFQM, les visites ou autres programmes basés sur les évaluations par des pairs... suite à des initiatives individuelles ».*

Ce rapport concluait qu'il n'était pas encore prouvé que l'accréditation augmentait les résultats de santé des patients mais que cette accréditation serait cependant un « *instrument précieux d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux.* » (KCE, 2008)

A la demande de la ministre Fadila Laanan compétente en matière de santé pour la Fédération Wallonie-Bruxelles et pour l'agrément des hôpitaux universitaires, un rapport intitulé « L'accréditation des Hôpitaux – L'indispensable phase d'éveil » a été publié en 2013. Celui-ci permet aux hôpitaux de s'appuyer sur un guide préparatoire à la phase d'accréditation, étape qui semble indispensable au regard de cette étude (Jean-Bury, FWB, 2013).

3.2.1.1 Point de vue Fédéral

Il n'existe aucun système national d'accréditation des hôpitaux en Belgique. Raison pour laquelle certains hôpitaux se sont lancés dans des programmes d'accréditation proposés par des organismes étrangers comme le Nederlands instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), la Joint Commission International (JCI), L'Accréditation Canada International (ACI) ou encore La Haute Autorité de Santé (HAS), Paris.

3.2.1.2 En Fédération Wallonie Bruxelles et en Région Wallonne

Le 28 août 2013, le gouvernement wallon a approuvé un plan s'intitulant « qualité des soins ». Celui-ci comporte 6 points fondamentaux dont la « *préparation et l'accompagnement dans le déploiement du processus d'accréditation.* » (PAQS, 2016).

La Fédération Wallonie-Bruxelles a quant à elle mis en place une plate-forme dédiée à l'amélioration continue des soins et de la sécurité des patients. Celle-ci passant par l'accréditation des hôpitaux, la création d'indicateurs...

3.2.1.3 En Communauté Flamande

La Flandre encourage les hôpitaux dans la démarche d'accréditation en les dispensant de certaines inspections une fois l'accréditation reçue. (Integreo fiche pratique 11, 2017)

3.2.2 Les accréditations pour les Services d’Urgences

En 2017, une minorité des services d’Urgences Belges sont accrédités. Cependant, au regard des propositions de réformes des soins de santé, des différents plans et des nouvelles plateformes mises en place dans un objectif d’une culture intégrée de qualité, il semble évident que l’avenir des services d’Urgences n’échappera pas à l’avenir à la création d’indicateurs de qualités et la validation de ceux-ci par des experts via des accréditations étrangères ou éventuellement belges.

3.2.3 Concrètement pour les patients

Il est à l’heure actuelle très difficile pour un patient de pouvoir comparer la qualité des soins dans les services d’Urgences via des accréditations. Il n’existe aucune plateforme recensant les accréditations des différents hôpitaux ou services d’Urgences. Chaque hôpital affiche ou non le fait d’être ou non accrédité. C’est dès lors très difficile pour le patient de se faire une idée d’ensemble des services d’Urgences ou hôpitaux autour de lui.

3.3 Fonctionnement d’un service d’Urgences Bruxellois

Afin de mieux comprendre la manière dont fonctionnent les services d’urgences belges, nous sommes intéressés à un service d’urgence d’un hôpital universitaire bruxellois. Les Urgences CUSL accueillent environ 75000 patients par an. Ce service d’urgence est considéré comme étant un service qui en accueille le plus. Une organisation spécifique est nécessaire afin de gérer ce grand nombre de patients tant au niveau du flux qu’au niveau de la priorisation d’accueil par rapport à leurs pathologies. Ce service d’urgence a pris la peine de redéfinir sa mission (cfr .3.1.4)

D’un point de vue organisation, chaque patient suivra un même début de parcours pour ensuite être orienté dans la zone qui conviendra le plus à ses besoins. En effet, un patient X arrivant aux urgences commence ce parcours en se présentant à l’accueil administratif chez les GFU (Gestion Front Urgences). Ceux-ci ont pour but d’inscrire le patient en étant particulièrement attentifs à l’identité vigilance. Une fois le patient inscrit, un motif de venue est associé à son nom. Par exemple : Mr X Vanderhaegen / Douleur thoracique. Ce patient est ensuite envoyé dans une salle d’attente pré-tirage (Annexe 1, p 92). Les patients rencontrent alors l’infirmier IAO par ordre d’arrivée, sauf si celui a été signalé comme inquiétant par les GFU (Gestion Front Urgence). L’infirmier IAO invite alors le patient à entrer dans le local IAO, spécialement

dédié au triage des patients. La mission de cet infirmier est de se baser sur l'anamnèse, les paramètres et les symptômes du patient pour attribuer un chiffre de triage allant de 1 à 5. Le chiffre « 1 » correspond aux patients les plus urgents et le « 5 » aux moins urgents. En fonction de son chiffre de triage, de son état et du nombre de ressources dont il aura besoin, le patient sera orienté en zone ambulatoire, en zone couché, en réanimation, en pédiatrie, en psychiatrie, au bloc d'accouchement, au CMGU ou encore en consultation (Annexe 2, p 93). Une fois dans la zone de soins adaptés, une équipe d'infirmiers et médecins prendront le relais.

3.4 Groupes cibles des services d'Urgences

Afin de mieux comprendre les groupes cibles des services d'Urgences, il était important de se pencher sur les missions de ces différents services. Le groupe cible principal et évident est celui des personnes nécessitant des soins urgents. La définition du concept étant relative et subjective, les différents pays tentent de décrire la notion d'urgence. La Belgique précise qu'il doit s'agir de symptômes aigus avec un besoin de soins spécialisés immédiats, la France quant à elle ajoute la notion de pronostic vital et/ou fonctionnel engagé. En ce qui concerne l'Angleterre, celle-ci décrit son groupe cible comme étant les personnes qui ont besoin de conseils médicaux, d'un diagnostic et/ou d'un traitement rapide et inattendu. En précisant toutefois qu'ils fournissent un traitement pour blessure ou maladie aiguë 24 heures sur 24 et ce, 365 jours par an.

Ces précisions non négligeables permettent de mieux comprendre quelle est la population cible des urgences. Si nous nous penchons sur les chiffres des CUSL on constate qu'environ 80% des patients retournent à leur domicile. Avec un tel pourcentage il n'est pas étonnant de retrouver dans les missions premières l'accueil et le Tri des patients. 80 % des patients quittent sans hospitalisation les Urgences mais cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas eu besoin de soins urgents. Raison pour laquelle il est intéressant de se pencher de façon plus approfondie sur le Triage de ces patients et en faire une mission prioritaire permettant d'identifier très rapidement quel sont les patients cibles nécessitant des soins urgents.

3.5 Rôle du Triage à l'accueil des Urgences

Les services des Urgences, confrontés à une augmentation du nombre de patient et à la difficulté de les prendre en charge immédiatement après leur arrivée, ont dû mettre en place des systèmes de Triage au sein de leurs services.

La grande différence qu'amenait ce système résidait dans le fait de ne plus prendre les patients en charge par ordre d'arrivée mais par ordre de priorité. Ceux-ci sont alors accueillis et vus selon le degré de gravité de leurs symptômes et également si le pronostic vital ou fonctionnel est engagé.

Ce triage doit respecter certaines conditions. Il doit être effectué le plus rapidement possible à l'arrivée du patient, dans un délai de maximum 30 minutes après son inscription, le temps de triage ne peut pas excéder 10 minutes. Il faut également que chaque patient qui manifeste une douleur thoracique, qui puisse évoquer un syndrome coronarien, ait un ECG dans les 10 minutes après son inscription et que celui-ci soit montré à un médecin (Maillard-Acker,2013). Il est également demandé à chaque IOA d'« *Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adaptés. Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion du flux.* » (Maillard-Acker,2013)

Les CUSL quant à elles demandent à leurs infirmiers IOA d'accueillir le patient endéans les 15 minutes, de le trier en moins de 6 minutes et de réaliser un ECG pour toutes les douleurs thoraciques, d'administrer les premiers antalgiques si le patient peut les recevoir per os, de donner de la glace au patient si nécessaire, d'immobiliser un membre si c'est estimé nécessaire et enfin de l'installer dans le secteur adéquat et compétent.

Afin de réaliser cette mission de triage, l'IOA dispose de différentes échelles de catégorisation lui permettant de trier le patient. Ces échelles sont imposées par le service d'urgence et l'IOA doit s'y tenir. Certaines échelles exigent les paramètres des patients d'autres pas.

Les échelles les plus utilisées et décrites dans la littérature sont les suivantes :

Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU), Echelle Suisse de Tri (EST), Echelle de Triage et de Gravité (ETG), Emergency Severity Index (ESI), Manchester Triage Scale (MTS) et l'Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission (ELISA).

Nous allons la décrire plus précisément les CUSL qui utilisent l'échelle LA CIMU.

La Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU), créé par le Dr.P. TABOULET, cardiologue, urgentiste et ex réanimateur en 1996, a été conçue pour estimer le temps maximum que le patient pourrait attendre en salle d'attente sans que ce temps ne le mette en danger ou aggrave un symptôme existant. Cette échelle comporte 5 catégories de patients allant du « TRI 1 » détresse vitale majeure au « TRI5 », pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente (Annexe 3, p 94). Cette échelle s'appuie sur une grille qui permet à l'IOA de l'orienter à l'aide des paramètres du patient (Annexe 4, p 95).

Chapitre 4 : Les patients « non désirés / inappropriés / non urgent / Bad patient »

Une des conclusions que fait l'OCDE dans son rapport sur les services d'Urgences est que l'augmentation du recours aux salles d'Urgences a des effets négatifs sur de nombreuses choses. Il semblerait que cette augmentation ait des effets sur plusieurs points : les résultats des patients, la charge de travail des différents professionnels, les coûts de soins de santé, la qualité des soins, la violence au travail, le temps d'attente, les diagnostics qui se voient retardés...L'OCDE s'interroge dès lors sur la question de l'utilisation efficace des services d'Urgences et dit être alarmé par le fait que certains pays comme la Belgique, la France, l'Angleterre, l'Italie, le Portugal les Etats-Unis et l'Australie ont informé qu'ils faisaient face à des recours non urgents (OCDE, 2015).

4.1 Les patients inappropriés en Belgique

Il existe de nombreuses raisons qui poussent les patients à se présenter dans une salle d'urgences belge plutôt que chez un médecin généraliste ou un poste de garde. En 2008, l'enquête de Santé Belge par interview évoquait déjà le problème de l'utilisation inadéquate des services d'urgences et la complexité de l'évaluer (Drieskens, 2008). Selon le KCE, le pourcentage de patients se présentant dans des services d'urgences et qui « *auraient tout aussi bien pu être traités par un médecin généraliste* » (KCE, 2016) se situe entre 24 et 40 % (KCE, 2016).

4.2 Raisons qui poussent des patients non urgents à se présenter aux urgences

Il existe diverses raisons qui poussent le patient à se présenter aux Urgences plutôt que de se présenter dans un poste de garde ou chez son médecin traitant. Voici quelques raisons souvent évoquées par les patients et qui ressortent également dans plusieurs études : les Services d'Urgences seraient mieux connus que les services de gardes, le patient a le sentiment d'avoir besoin d'une imagerie médicale, le problème perçu par le patient est trop grave, le patient s'est déjà présenté dans ce service et est content des soins, l'accessibilité des services d'Urgences, le patient souhaite un environnement technologique de qualité, l'aspect financier. Également, lorsqu'il s'agit d'un enfant une des raisons invoquées est de voir directement un pédiatre et non un médecin généraliste. Enfin, il semblerait que ce soit principalement le fait de se retrouver

face à un événement imprévu et le sentiment que les Urgences seraient plus adaptées qui pousseraient les patients à se présenter dans les divers services d'Urgences Belges (KCE, 2016).

4.3 Les patients « inappropriés » aux Urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc

Le taux des patients inappropriés dans ce service d'urgence n'est pas calculé, il n'existe donc pas de statistiques les représentant. La politique du service étant de : « *Accueillir et trier toute personne et/ou son entourage se présentant dans une situation ou un ressenti d'urgence somatique ou psychique* » (CUSL, 2017) C'est probablement la raison pour laquelle ce calcul n'est pas fait étant donné la subjectivité de cette notion. Les infirmiers d'Accueil et d'Orientation utilisent une échelle de triage fortement inspirée par l'échelle CIMU française. Ces patients sont alors classés en 5 catégories allant du plus grave 1 au moins grave 5. Chaque chiffre de triage est associé à un délai maximal avant prise en charge médicale. Ce délai allant de 0 minute pour le triage 1 à 240 minutes pour le Triage 5. Cette différence de délai d'attente maximal est colossale et montre bien la différence de gravité des pathologies qui peuvent être prises en charge aux Urgences.

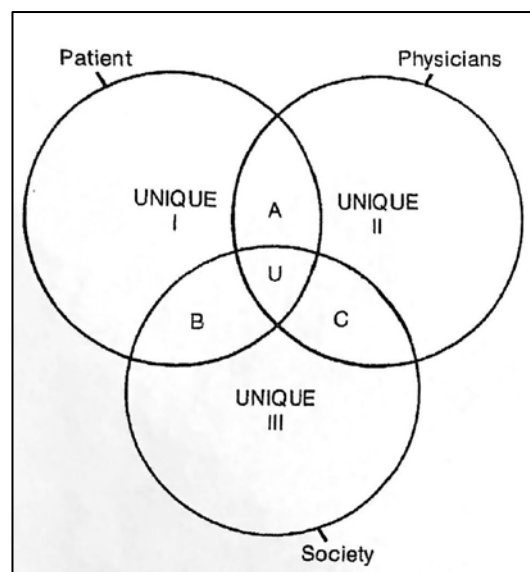
Si un calcul devait être fait, les Urgences pourraient se baser par exemple sur les chiffres de triages et sur les patients qui sont envoyés au Centre de Médecine Générale d'Urgence (CMGU). Tous les patients (CMGU), les patients TRI 5 qui restent dans le service d'Urgences pour diverses raisons et les patients TRI 4 si on se base sur l'échelle La CIMU seraient pris en considération et entreraient dans ce comptage. Cela correspondrait donc à un pourcentage de 57 % de patients « inappropriés » qui auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste. Ce chiffre de Triage permet une idée globale de ce pourcentage mais une analyse approfondie de chaque dossier serait beaucoup plus précise pour répondre à cette question. Concrètement, le service d'Urgence des Cliniques Universitaires Saint-Luc propose aux patients triés en classe 5 de se rendre au Centre de Médecine Générale d'Urgence se situant à 50 mètres du service d'Urgences. 3674 patients y ont été envoyés en 2016 ce qui représente 4,9% des patients entrant aux Urgences (CUSL, 2016). Le patient n'est pas obligé d'accepter cette proposition et l'accès à la salle d'Urgences ne peut lui être refusé. Pour les patients triés en classe 3,4 ou 5 une filière rapide appelée le « Fast Track, filière courte » est utilisée (à certaines heures de la journée) afin de tenter d'accélérer les prises en charges et de désengorger la salle d'attente ambulatoire. Cette filière s'occupe principalement de la petite traumatologie en lançant les premiers examens comme la radiologie.

4.4 « Urgence réelle ou ressentie »

Ce qui ressort principalement des différentes lectures est que le patient a ressenti ou perçu le besoin de venir aux Urgences pour répondre à son problème imprévu. La question est de savoir si le problème était urgent ou s'il a simplement été perçu comme tel sans toutefois l'être réellement. Là se trouve toute la complexité de la situation.

Selon W. Wolcott, la société, les professionnels de santé et les patients ont une définition très semblable du rôle des urgences. Cependant, chacun aurait sa propre définition de ce que consiste une urgence (JACEP, 1979). La réalité des soignants n'est pas la même que la réalité du patient.

Overlapping definitions of what constitutes an emergency by different interested parties.



Issus de Wolcott. BW. (1979) "What is an Emergency? Depends on Whom you Ask"

Chaque cercle représenté ci-dessus représente une catégorie de personnes. Les patients, la société et les professionnels de ces services. Plusieurs situations d'urgences de gravités différentes leur ont été proposées et ceux-ci devaient dire si cette situation nécessitait une prise en charge aux Urgences. Certaines catégories s'accordaient pour certaines réponses. Toutefois seules des situations critiques d'urgences comme : par exemple une personne polytraumatisée se retrouve au centre de ce graphique avec un même avis pour tous. W.Wolcott conclut que la

définition de l'urgence dépendait de la personne interrogée. Il dénonçait dans son travail une certaine hostilité des soignants envers ces patients qui viennent pour des soins primaires aux urgences. Cette agressivité pouvait avoir des conséquences tant dans les soins que dans la relation avec le patient. Il ajoute que l'éducation du patient était primordiale.

En 2004, S. GENTILE s'est penchée sur « *les attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie* ». Elle expliquait également que cette notion d'urgences n'était pas claire et nécessitait d'être redéfinie car chacun pouvait en faire sa propre interprétation. Elle ajoutait également que ces dernières années, nous étions passés de « l'urgence vitale à la notion de demande de soins non programmés » (Gentile, 2004). Tant les conclusions de W. Wolcott et celles publiées par S. Gentile restent très actuelles en 2017. A l'heure actuelle, il n'y a toujours pas de mise au point sur une définition commune de ce qu'est une réelle urgence. Dans quel cas doit-on venir aux Urgences et dans quel cas doit-on faire appel à un médecin traitant plutôt que de se présenter en salle d'urgence ? Le patient se retrouve avec sa plainte, ses symptômes, son anxiété et sa « propension à consulter va donc dépendre de la menace qu'il va percevoir de la situation vécue. » (Lorant et al, 2007)

4.5 Tentatives de diminution des contacts inappropriés en Belgique et proposition de réforme

70 postes de garde de médecine générale ont été créés depuis 2003 sans avoir d'effet sur le nombre d'admissions en salle d'urgence. L'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours aux services d'Urgences a été évalué par le KCE mais ne permet pas de conclure si cela influence ledit recours. Une des solutions émises serait de proposer une permanence de médecine générale et Urgences sur un même site avec une voie d'accès unique et un triage commun » (KCE, 2005) Ce Triage a comme objectif une utilisation plus efficiente des services d'Urgences en renvoyant vers des soins de premières lignes des patients qui ne nécessiteraient pas de soins urgents. Sa mission serait « *d'évaluer le degré d'urgence et de définir sur cette base le niveau de soins requis, ainsi que le cadre et le moment appropriés pour assurer au patient une prise en charge sûre, efficiente et en temps utile.* » (KCE, 2016)

III. Question de recherche et hypothèses

Introduction

Notre partie théorique nous a permis de mieux comprendre les services d'Urgences belges. De mieux cerner les situations auxquelles ils font face et parfois perçues comme problématiques. Elle nous a également permis de nous rendre compte que, malgré le fait que de nombreux auteurs parlent de la problématique de l'encombrement des Urgences, du manque d'une définition claire du terme « Urgence » et de la nécessité d'une meilleure éducation du patient à ce sujet, il restait toujours actuellement une zone floue très peu claire pour les patients.

Malgré les nombreux professionnels qui travaillent et se plaignent de l'encombrement des Urgences par des patients « non urgents », ces derniers continuent d'affluer avec des problèmes qu'ils perçoivent comme impératifs. Ces situations quotidiennes peuvent engendrer une exaspération, de l'agressivité et des aprioris des soignants envers les patients. Inversement, le patient peut se montrer agressif, agité ou impatient face à une mauvaise compréhension mutuelle avec le personnel.

En résumé, les services d'Urgences belges sont victimes de la définition peu claire de l'« urgence ». Ces dits services souffrent également du manque d'éducation du patient et de son nombre en constante augmentation. De plus, ils pâtissent d'une grande accessibilité aux salles d'urgences et ainsi, d'une importante demande de soins non programmés « perçus comme urgents » ; ce qui augmente, en définitive, la fatigue du personnel soignant.

Ce constat nous a donné l'envie de nous pencher plus en profondeur sur ces patients « non désirés », « non urgents », « inappropriés », ces « Bad patients » que peu de personnes souhaitent et pourtant présents dans nos salles d'attente.

1 : Question de recherche

La question de recherche est la suivante : « Quelles sont les stratégies d'adaptation des patients « TRI 5 » face au mécanisme de triage »

2 : Hypothèses et objectif

Notre Hypothèse est que la façon dont le TRI se passe (Mécanisme de Triage), tant au niveau du comportement du soignant, qu'au niveau de l'explication du chiffre de triage et temps d'attente, peut par la suite influencer le comportement du patient. En fonction de la situation, le patient pourrait mettre des stratégies d'adaptation face à ce qu'il vit, ce qu'il ressent. Notre objectif sera donc de mettre en évidence les stratégies d'adaptation de ces patients face au mécanisme de triage proposé et ainsi, de comparer deux façons d'aborder le patient au triage et d'observer s'il existe des différences dans les données récoltées.

Partie 2 : Méthodologie

I. Introduction

Afin de mieux mettre en évidence d'éventuelles stratégies d'adaptation des patients TRI 5 face au mécanisme de triage, nous avons procédé par différentes étapes. Dans un premier temps, il fallait choisir une méthode et les outils les plus adaptés à celle-ci pour mieux comprendre la situation. Une méthode mixte a été choisie. D'une part qualitative, via des entretiens semi dirigés et de l'observation, et d'autre part, quantitative pour mettre en évidence des variables et des fréquences dans nos entretiens et observations.

II. Présentation

1 : Choix de la méthode

Afin de mieux nous pencher sur notre question de recherche, nous avons choisi d'utiliser une méthode mixte. Composée d'une partie qualitative et d'une partie quantitative expérimentale. Dans le but d'avoir le plus d'informations possible nous avons décidé de nous pencher sur notre question de recherche en l'abordant via des entretiens semi-directifs auprès de quelques infirmiers des Urgences qui pratiquent le triage des patients à l'accueil et via des entretiens semi directifs auprès de quelques patients catégorisés comme faisant partie de la classe « TRI 5 ». Pour donner plus de crédibilité à nos résultats d'entretiens, il nous semblait important de pouvoir les comparer à des résultats d'observation de ces patients que nous avons menés dans la salle d'attente ambulatoire du service des Urgences des CUSL.

Lors des entretiens avec les infirmiers, les thèmes de score de triage, patients TRI 5 et CMGU ont été abordés. Les patients quant à eux, se sont vus interroger approximativement 60 minutes après leur arrivée aux urgences. Nous avons discuté avec eux, de thèmes comme les raisons de leur venue et les alternatives au recours aux urgences... Ces entretiens ont duré en moyenne 20-35 minutes.

En ce qui concerne la méthode quantitative, nous avons réalisé une étude expérimentale qui consistait à demander aux infirmiers IOA volontaires de noter dans la fiche d'accueil si oui, ou non le patient avait été averti de la classe de triage dans laquelle il se trouvait et de son temps d'attente maximal avant une prise en charge médicale. Une fois ces informations récoltées, nous

avons mis ces données en lien avec leur destination de sortie. Il nous semblait pertinent de nous questionner sur le lien qui pouvait éventuellement exister entre l'annonce au patient de ce délai d'attente et un éventuel départ vers la médecine générale, à domicile ou le fait d'accepter de rester dans le service.

2 : Choix de l'échantillon

C'est après le dixième patient que nous avons réalisé que nos résultats nous semblaient suffisamment riches que pour commencer à analyser les résultats. Une certaine redondance commençait à se ressentir dans les réponses des patients.

En ce qui concerne les infirmiers, ceux-ci nous apportaient souvent de nouveaux éléments ou points de vue qui nous semblaient importants, raison pour laquelle nous avons décidé de les poursuivre. C'est après le 14^{ème} entretien infirmier que nous nous sommes arrêtés.

2.1. Choix du service d'Urgences

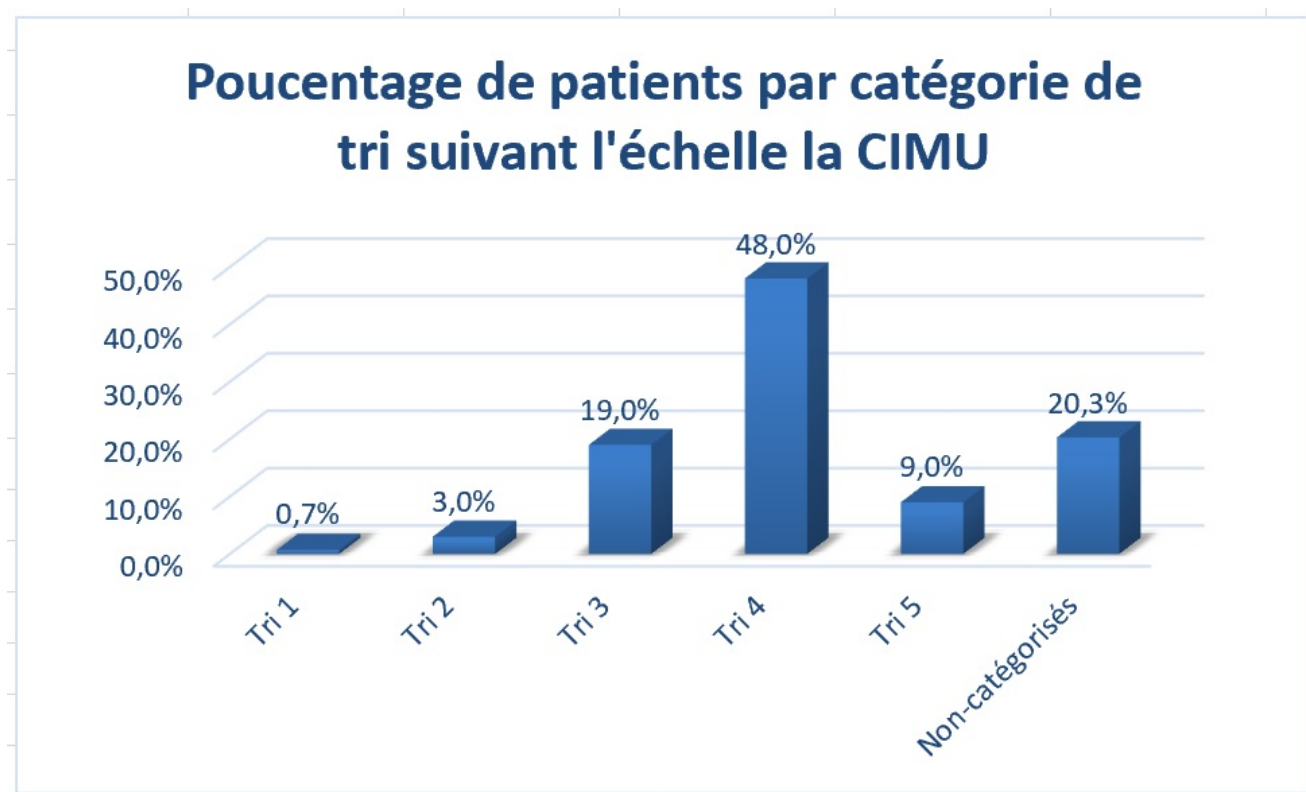
Nous voulions que le service d'Urgences remplisse certains critères. Celui-ci devait avoir un flux important de patients, un triage 24h/24 et un ou des moyens mis en place pour mieux gérer les flux et l'attente des patients. C'est pour toutes ces raisons et une question de facilité que le service des Urgences de la Clinique Universitaire Saint-Luc a été retenue.

2.2 Les Urgences des CUSL en quelques chiffres.

En 2016 ce service d'Urgences a accueilli 74842 patients soit une moyenne de 205 patients par jour. Ce service a subi une augmentation de 3,9 % par rapport à 2015. La fonction de triage y est assurée 24h/24 par des infirmiers. Les infirmiers accèdent à ce secteur après 2-3 ans d'ancienneté et un doublage par des infirmiers travaillant déjà dans ce secteur. Certains ont d'ailleurs eu une formation externe à ce sujet. Le médecin responsable du TRI est le médecin superviseur de garde dans la zone ambulatoire. C'est vers lui que se dirigent les infirmiers lorsqu'ils ont une question en matière de triage des patients.

0,7 % des patients sont catégorisés en TRI 1. La catégorie de triage la plus représentée est la catégorie 4 qui représente 48% des patients admis aux Urgences.

Tableau récapitulatif du pourcentage des patients dans les diverses catégories.



Tiré de base de données du service des urgences des CUSL, 2017

3 : Choix des outils

Il existe différentes méthodes de recueils des données. Une méthode individuelle via un questionnaire semi-dirigé a été retenue. Celle-ci allait nous permettre de guider l'entretien de manière plus naturelle et permettre au patient et aux infirmiers de répondre de façon plus spontanée, sans se sentir dans un cadre trop fermé. Nous voulions également leur permettre d'amener des éléments nouveaux, auxquels nous ne nous attendions pas forcément. C'est la façon d'interroger qui nous paraissait la plus adéquate, pour permettre, à l'intervieweur, d'avoir une ligne de conduite pour aborder son thème et à l'interviewé de se sentir libre.

3.1. Création de l'outil

3.1.1 Guide d'entretien semi-directif destiné aux infirmiers IAO

Ce guide se décline en 3 questions ouvertes et plusieurs mots de relance en rapport avec les différentes questions ouvertes. (Annexe 5, p 96). La première question « Quelle est votre image du patient classé en TRI 5 ? », aborde l'image que l'infirmier a de ce type de patient. Par cette question, nous espérons avoir des informations sur ce qu'est un patient TRI 5 mais le fait d'utiliser le mot « image » renvoie à l'image que l'on peut se faire de quelque-chose ou de quelqu'un et laisse à notre sens, de la place à la subjectivité. On attend donc ici des réponses spontanées, des émotions, des sentiments, peut-être même du jugement. La deuxième question, « Expliquez-moi dans quelles circonstances le patient est-il amené à être envoyé au CMGU plutôt qu'aux urgences ? » est quant à elle plus précise. Ici l'objectif est de mieux comprendre la façon dont se déroulent les choses et d'obtenir des informations quant à la manière dont le patient en est informé. La troisième question, « Pouvez-vous me parler du délai d'attente des patients TRI 5 » ? Par cette question nous souhaitons aborder le temps d'attente que le patient subit et avoir des informations concernant la communication du chiffre de triage et une estimation du temps d'attente pour le patient.

Malgré le peu de questions, cet entretien permet de balayer les grands thèmes de l'accueil et laisse de la liberté à l'infirmier. Cet entretien se veut simple, naturel et spontané.

3.1.2 Guide d'entretien semi-directif destiné aux patients

Notre recherche littéraire nous a permis d'élaborer le thème des différentes questions de ce guide d'entretien (Annexe 6, p 97). Il y a 4 questions ouvertes, 6 questions de relance et plusieurs mots permettant d'accentuer ou relancer certains points évoqués ou non pendant l'entretien.

Les thèmes principalement abordés sont : le score de triage et le délai d'attente, la raison de leur venue ainsi que les alternatives et stratégies. A nouveau, le choix des mots utilisés a été stratégique. L'objectif étant d'avoir des informations concernant les raisons de leur venue mais également des informations plus personnelles telles que leurs émotions, leur ressenti... Nous espérons qu'ils nous parlent de ce qu'ils vivent et ressentent dans cette salle d'attente. C'est également la raison pour laquelle l'entretien se veut le plus agréable et naturel possible.

3.1.3 Observation

L'observation nous a semblé intéressante, car celle-ci pouvait nous amener de nouveaux éléments que nous pouvions difficilement aborder en entretien semi-directif avec les patients.

L'objectif était de tenter de comprendre comment les patients qui venaient de passer au « Triage » s'adaptaient dans ce nouveau milieu. Nous voulions aussi comprendre, comment ils allaient faire face à cette longue attente, probable longue attente, vu leur chiffre de triage. Et enfin, observer les comportements des patients et leurs interactions avec leurs proches et ou les autres personnes présentes dans cette salle (patients et soignants)

3.2. Timing des entretiens et des observations

Après l'analyse du nombre de patients par jour aux Urgences, nous avons décidé de réaliser nos entretiens et observations le jour de la semaine qui était le plus chargé lors des heures de grandes affluences. De plus nous souhaitions que le Fast Trach soit saturé ou non disponible.

C'est ainsi que nous avons choisi de réaliser cette séance d'observation un lundi de 18h à 22h en dehors des vacances scolaires et jours fériés. Par souci d'anonymat des personnes observées, la date restera confidentielle.

4 : Choix des Stakeholders

En ce qui concerne l'accueil, nous souhaitions interroger et observer différents profils d'infirmiers en espérant élargir au maximum les possibilités de réponses. Après avoir récolté, l'avis de personnes ressources en Tri, notre choix s'est porté sur un panel d'infirmiers à interviewer et non sur un nombre d'infirmiers précis. L'ancienneté et le fait d'avoir ou non une formation au Triage reconnue, peuvent influencer les réponses ou le comportement de l'infirmier au TRI. Raisons pour lesquelles, afin d'avoir un large éventail de réponses, il nous a semblé important d'avoir des entretiens, tant des infirmiers formés que des infirmiers non formés avec des années d'ancienneté différentes. C'est ainsi que nous avons choisi d'avoir des entretiens avec au minimum ces 6 profils de personnes, soit au minimum 10 infirmiers.

- L'infirmière chef adjointe référente en Tri qui a eu une formation externe en triage, > 10 ans d'ancienneté
- 1 infirmier Référent IOA < 10 ans d'ancienneté
- 2 infirmiers sans formation externe au tri, > de 10 ans d'ancienneté
- 2 Infirmiers avec formation externe en tri, > 10 ans d'ancienneté
- 2 infirmiers avec une formation externe en Tri < 10 ans d'ancienneté
- 2 infirmiers sans formation externe au tri < 10 ans d'ancienneté

5 : Choix du nombre de patients interrogés

Nous n'avions pas fixé de nombre idéal de patients à interroger mais plutôt une fourchette de 8-12 patients. Il nous semblait plus intéressant de réaliser nos entretiens et de les arrêter lorsque nous avions la sensation d'avoir de la redondance dans les réponses aux questions.

6 : Comité éthique

Avant de pouvoir récolter nos données via des demandes auprès du personnel administratif et via des entretiens et observations, nous devions passer par le Comité Ethique et obtenir son accord (Annexe 7, pp 98,99). La démarche a été la suivante : création de différents documents requis et soumission du dossier au comité éthique. A deux reprises la lettre du consentement éclairé au patient a dû être modifiée pour la précision de certains termes comme le TRI 5 (qui a volontairement été retiré pour ne pas biaiser les résultats des entretiens) et un éclaircissement par rapport aux intervenants (Annexe 8, pp 100-104). C'est seulement après l'approbation de celui-ci que nous avons pu accéder aux différentes données telles que : le nombre de patients par jour au sein des urgences, le nombre de patients triés en classe 5, mais également commencer à interviewer et observer les patients et les infirmiers choisis.

7 : Entretiens semi directifs

7.1 Entretiens Semi-directifs Patients

Afin de savoir quel patient était classé en classe 4-5 il fallait que nous puissions l'identifier dans la salle d'attente. Malgré le fait d'être habillée en civil, nous ne souhaitons pas que le patient se sentent « appelé » comme s'il allait être pris en charge et risquer qu'il soit « déçu donc biaisé pour les entretiens ». Nous avons donc décidé que la meilleure façon de procéder était d'observer les patients qui sortaient de la salle de triage (local IOA) simultanément que le programme informatique. De ce fait nous pouvions facilement connaître le nom du patient et le numéro de triage dans lequel il avait été catégorisé et si oui ou non il avait reçu une information quant à son chiffre de triage et le délai maximum d'attente avant une prise en charge médicale. Une fois un premier contact visuel, il était plus simple d'aborder le patient sans qu'il s' imagine être rapidement pris en charge.

Lorsque le patient avait été abordé, que nous avons fait notre présentation, et quelques informations concernant l'entretien, il marquait son accord ou non pour répondre aux questions. Nous nous dirigions alors vers un local complètement à l'écart de la salle d'attente. Le local a été choisi de par sa proximité avec le service ambulatoire mais également du fait qu'on puisse ne pas y être dérangé et être dans un espace propice à un entretien. Il était essentiel de rapidement créer un climat de confiance et que la personne choisie puisse passer un agréable moment. Une fois les raisons de l'entretien expliquées, il était important que le patient puisse prendre le temps de lire en détail les documents du comité éthique et marquer son accord en signant un document. Le patient changeait dès lors d'identité afin de respecter son anonymat et recevait dès lors un numéro de codage. L'entretien pouvait alors commencer. A l'aide de la grille d'entretien semi-directive, nous avons choisi d'aborder différents thèmes sous forme de questions ouvertes. Lors des entretiens le climat était à chaque fois très serein et le patient semblait se sentir libre de s'exprimer. La plus grande difficulté a été de garder un œil sur cette grille d'entretien tout en écoutant le patient et « attraper les éléments nous permettant de rebondir pour nous permettre d'aborder un autre thème du guide d'entretien. Les échanges étaient souvent très intéressants mais il ne fallait pas perdre le but de vue. A la fin de l'entretien, il était évidemment très important de remercier le patient mais également de lui permettre de rajouter ou retirer quelque chose, d'éventuellement retirer son consentement et de lui expliquer comment il lui était possible de nous joindre pour recevoir la retranscription de l'entretien et modifier des éléments par la suite.

Plusieurs patients ont refusé de participer aux entretiens. Par contre, aucun patient qui a accepté et signé le consentement n'a désiré se retirer de l'étude. La durée des entretiens variait d'un patient à l'autre mais ils passaient en moyenne 30 minutes en notre compagnie.

7.2 Entretiens semi-directifs infirmiers

En ce qui concerne les infirmiers, nous avons précédemment expliqué la façon dont ils ont été recrutés pour les entretiens. Il était important qu'ils puissent s'exprimer librement sans crainte d'un éventuel jugement. Mais il était aussi essentiel de trouver un endroit où il puisse se sentir en confiance et que nous ne soyons pas dérangés. C'est la raison pour laquelle les entretiens des infirmiers ont également été réalisés dans le même local que celui des patients. Ils ont également reçu toutes les informations concernant le mémoire, l'étude et l'entretien. La difficulté principale a été qu'il prenne le temps d'écouter le déroulement de l'entretien et les modalités. Pour certains, ça leur paraissait aberrant de vouloir enlever ou modifier des informations mais il était important de poser un autre cadre pour qu'ils puissent comprendre le sérieux du travail. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il régnait déjà un climat de confiance étant donné le fait que l'intervieweur connaît les infirmiers. Ou par le fait que travaillant dans un hôpital universitaire, ceux-ci collaborent très régulièrement à des mémoires ou des thèses.

8 : Analyse des données

8.1 Retranscription des entretiens semi-directifs

Nous avons décidé de retranscrire les entretiens dans leur intégralité de sorte de ne perdre aucune information cruciale. C'est une étape qui a demandé beaucoup de rigueur et d'attention. Il s'agissait de retranscrire au mot près les dires, les silences, les rires, les pauses... des infirmiers et des patients, afin d'être au plus proche de la réalité

Pour respecter l'anonymat des personnes interrogées, dès le début de l'entretien, ils se voyaient attribué un nom de codage. PAT001 à PAT010 pour les patients. En ce qui concerne les infirmiers INF001 à INF014.

Une fois retranscrits, ils ont été de nombreuses fois relus afin de tenter d'en ressortir des thèmes communs qui nous permettraient de les catégoriser (Paillé & Muchielli, 2003).

8.2 Rédaction des observations réalisées

En ce qui concerne les observations, celles-ci ont été premièrement rédigées à la volée dans un journal lors des périodes d'observation. L'observateur s'est inspiré de différentes méthodes d'observations et échelles sans toutefois en utiliser une particulière.

Chaque personne visible depuis la place de l'observateur se voyait attribuer une place dans le journal. Le sexe, un âge approximatif, un motif de venue selon ce qui était visible, si la personne était un patient ou un accompagnant... En ce qui concerne son comportement, différents symboles étaient utilisés par le chercheur pour décrire le plus rapidement possible leurs humeurs, leurs actions et leurs attitudes verbales ou non verbales. Certaines brides de conversations se sont également retrouvées dans ce journal.

8.3 Analyse des entretiens

Une fois les entretiens fidèlement retranscrits, ceux-ci ont été analysés de façon verticale et ensuite de manière horizontale. L'analyse verticale nous permet de fractionner les entretiens en unité de sens et de les classer sous forme de thèmes. L'analyse horizontale quant à elle nous permet de regrouper différentes idées, sujets, questions abordées... concernant un même thème (Paillé & Mucchielli, 2003). Cette dernière étape nous permet de comparer les différentes réponses aux questions d'entretiens pour les patients. Et de confronter les différents avis des stakeholders interrogés pour les infirmiers.

8.4 Analyse des observations

L'objectif principal de cette analyse était de pouvoir rendre compte de cette période de temps passée avec ce groupe de personnes qui sont dans une situation donnée à un même moment, et de décrire de la manière la plus juste possible, ce qui a été observé.

Une fois le journal d'observation retranscrit, plusieurs relectures ont été nécessaires avant de mieux pouvoir mettre en évidence différents thèmes. La plus grande difficulté rencontrée lors de cette étape aura été de mettre des mots sur des comportements, des attitudes verbales ou non verbales des patients. Une banale action comme : se lever et aller chercher un verre d'eau, devenait soudainement beaucoup moins banale. Pourquoi le patient s'est-il levé pour aller chercher un verre d'eau ? Avait-il réellement soif ? Est-ce une façon d'attirer l'attention ?

Cherche-t-il à se distraire ? Cherche-t-il se dégourdir les jambes ? Cherche-t-il un contact visuel ? Est-ce une façon pour lui de passer le temps ?

Ces nombreuses questions se sont posées pour des trépignements de pieds, des rongements d'ongles, des yeux levés au ciel, des déplacements dans la salle d'attente, des patients qui s'exprimaient en parlant bruyamment, des patients utilisant leur gsm, ...

L'observateur a ensuite tenté de catégoriser ces observations suivant différents thèmes et enfin a essayé de les comparer avec les résultats des différents entretiens.

La plus grande difficulté aura probablement été celle de tenter de retranscrire par écrit des attitudes non verbales ou actions du patient dans cet environnement si particulier que la salle d'Urgences.

Partie 3 : Présentation des résultats

I. Résultats Qualitatifs

Afin de mieux comprendre cette analyse, il nous a semblé important de donner brièvement quelques informations via des tableaux descriptifs. Pour faciliter la lecture nous avons préféré les intégrer ci-dessous.

1 : Tableaux descriptifs des patients et infirmiers

1.1 Tableau descriptif des patients rencontrés lors des entretiens

	SEXE	AGE	MOTIF
PAT001	F	30-40	« Petit soucis »
PAT002	F	40-50	D+ Orthopédique
PAT003	F	30-40	Malaise psychique
PAT004	F	30-40	Souffrance psychique
PAT005	F	40-50	Lombalgie
PAT006	F	60-70	Petite plaie orteil
PAT007	M	70-80	Douleurs multiples datant d'il y a plusieurs semaines suite à une chute
PAT008	F	20-30	Problème à l'œil
PAT009	M	20-30	Tache en dessous d'un pansement (Opéré quelques jours auparavant)
PAT0010	M	40-50	Corps étranger oreille

1.2 Tableau descriptif des infirmiers rencontrés lors des entretiens

	Sexe	Age	Ancienneté	Ancienneté A l'IOA	Formation IOA EXTERNE
INF001	M	20-30	4-5	3	OUI
INF002	M	30-40	8	5	/
INF003	F	20-30	5	2	/
INF004	F	20-30	4	2	Oui
INF005	F	40-50	27	10	Oui
INF006	M	30-40	10	8	/
INF007	F	40-50	12	9	/
INF008	M	50-60	23	10	/
INF009	F	50-60	28	10	/
INF010	M	30-40	7	4	/
INF011	F	30-40	7	3	Oui
INF012	F	50-60	27	3	Oui
INF013	M	50-60	27	10	/
INF014	F	30-40	4	2	Oui

1.3 Tableau descriptif des personnes observées et intervenants en secteur ambulatoire

	SEXE M/F	Estimation de l'âge	Patient ou Accompagnant	Symptômes visibles
PObs.01 +PObs ₀₁	F	35 ans	Patient	Blessure au doigt
PObs.02	M	45 ans	Patient	Aucun
PObs.03	F	80 ans	Patient	Toux
PObs.04 +PObs. _{f04} +PObs. _{m04}	M F M	40 ans 3 ans 6 ans	Accompagnant Patient Accompagnant	/ Plaie crâne /
PObs.05	F	50 ans	Patiente	Aucun
PObs.06	F	45 ans	Accompagnant	/
PObs.07 +PObs. _{f04} +PObs. _{m04}	F F M	30 ans 3 ans 5 ans	Patient Accompagnant Patient	/ Aucun /
PObs.08	F	55 ans	Patient	Bandage au poignet
PObs.09	M	60 ans	Accompagnant	/
PObs.10	F	25 ans	Patient	Aucun
PObs.11	F	40 ans	Patient	Aucun
PObs.12	M	30	Patient	Glace sur le pied, surélevé
PObs.13	M	30 ans	Accompagnant	/
Pobs.14	F	30 ans	Patient	/

2 : Analyse thématique

Différents thèmes communs sont ressortis des entretiens et des observations. Nous les décrivons ci-dessous en les analysant. Premièrement avec les informations récoltées lors des entretiens avec les patients et ensuite avec les informations récoltées chez les infirmiers et ensuite si le thème le permet avec les observations réalisées en salle d'ambulatoire.

2.1 Motifs de consultation

Lorsqu'on parle de motifs de consultation aux urgences, c'est tout d'abord aux plaintes du patient que l'on pense. Lors des entretiens avec les patients, d'un point de vue somatique, la majorité des plaintes évoquées étaient la douleur.

La caractéristique principale de cette plainte était qu'il s'agissait de douleurs chroniques. Elles étaient le plus souvent de type lombalgie mais concernaient parfois également des douleurs de membres qui ne passaient pas. Plusieurs fois les patients semblaient parler de douleurs subaiguës et rarement ceux-ci exprimaient le fait de réellement souffrir de cette douleur. Aucun d'entre eux n'a évoqué de douleur aiguë et ou d'apparition brutale.

Hormis les plaintes somatiques, nous avons parfois relevé des plaintes d'ordre psychologique. Dans ces cas particuliers, les pathologies psychiques étaient d'ordre chronique mais le besoin d'aide était souvent exprimé comme aigu et urgent par ces patients.

Outre la détresse psychique relevant du domaine de la psychiatrie, il importe de mettre en avance le fait que dans de très nombreux entretiens, ce qui a poussé le patient à se présenter aux urgences est souvent la peur. Peur du symptôme en question, peur d'une complication, peur qu'un symptôme s'aggrave, peur d'avoir les mêmes problèmes qu'un proche ou encore la peur de revivre une situation déjà vécue.

« Ce soir ça me faisait mal et je me dis j'ai eu une maman qui est décédée ici d'une gangrène alors c'est la peur, c'est vraiment la peur. » 2685-2687 PAT006

En dehors des plaintes évoquées par les patients qui sont comme citées ci-dessus principalement la douleur, la peur et le stress, le motif doit être également considéré comme étant le mobile du patient à se présenter aux urgences, la raison qui explique sa conduite. De ce point de vue là, les symptômes gardent évidemment toute leur importance mais nous devons aussi considérer d'autres informations évoquées par les patients lors des entretiens.

Deux patients ont évoqué leur médecin traitant comme motif. L'un parce qu'il était envoyé par celui-ci et l'autre parce qu'il l'avait déjà vu au préalable et qu'il estimait que le traitement reçu n'était pas efficace.

En dehors de ces deux patients, chacun avait son motif personnel de recours aux urgences. Sans tabou, les patients ont expliqué les raisons de leur choix. C'est ainsi que, ont été évoqués comme motif : la rapidité et la prise en charge immédiate, le fait de voir directement le bon praticien, la difficulté de prendre un rendez-vous le jour même chez un spécialiste, le fait de ne pas vouloir patienter, le fait de préférer aller aux urgences plutôt que de prendre une garde vu l'heure et les antécédents.

Du point de vue des infirmiers, les motifs principalement évoqués sont des plaintes d'ordre somatique avec des symptômes aigus et sans gravité. Ces symptômes étaient principalement de type ORL (angines, gênes à la gorge, otites, rhumes), des symptômes grippaux et des pathologies saisonnières. Parfois des symptômes ostéo-tendineux (tendinites, lumbagos). La douleur n'a que rarement été évoquée par les infirmiers. La grande majorité des infirmiers estiment que ce sont des plaintes qui ne nécessitent pas d'examen complémentaires (urines, biologie, radiographie...). Ils estiment souvent que les motifs des patients ne sont pas valables. Les infirmiers se sont principalement centrés sur les plaintes et symptômes des patients mais ils ont souvent évoqué comme motif le fait de vouloir tout, tout de suite en parlant principalement de vouloir accéder facilement aux soins et à des examens complémentaires. La rapidité des prises en charges et examens a d'ailleurs souvent été évoquée par les infirmiers.

2.2 Processus de recours aux Urgences

Les patients se sont très souvent présentés sans avoir eu un contact préalable avec un médecin généraliste. Très rarement, le patient a été référé par un médecin généraliste pour son problème ou sa pathologie. La grande majorité des patients interrogés se sont donc présentés spontanément aux Urgences sans y être référés par un docteur.

Parfois les patients ont évoqué des facteurs facilitateurs telle l'accessibilité comme processus de recours. La proximité n'a été étonnement évoquée qu'à deux reprises par les patients. Quelquefois, les patients ont consulté pour la rapidité d'accès au médecin et /ou spécialiste pour

avoir l'assurance de le ou les voir le jour même. « *Les gens utilisent les urgences pour être sûr de voir le médecin le jour même en fait* » 2065-2066 PAT001.

Souvent les patients ont évoqué des effets de contexte comme le fait d'avoir eu l'envie de se rendre chez un spécialiste mais que celui-ci n'était pas rapidement disponible, que les délais pour obtenir des rendez-vous étaient parfois très longs ou peu raisonnables à leurs goûts.

Jamais les patients n'ont évoqué le plateau technique de la salle d'urgence ou celui de l'hôpital comme processus. Cependant une des spécificités du service d'urgence est le fait qu'il dispose d'une unité de crise et cet argument a toutefois été parfois un argument pour le patient.

Les infirmiers ont quant à eux, presque à l'unanimité, expliqué lors des entretiens, que les patients Tri 5 relevaient de la médecine générale. Le plus souvent, ils se présenteraient aux Urgences sans avoir eu au préalable recours à la médecine générale, évoquant l'argument de facilité et d'accessibilité de la salle d'urgence qui peut très facilement répondre à un besoin de « tout, tout de suite ». Ils ont très souvent parlé d'effets de contextes qui amènent les patients à consulter aux Urgences.

La majorité des infirmiers ont également signalé le fait que les patients étaient peu ou mal informés des alternatives existantes à la salle d'urgence et du fonctionnement du système de soins de santé. Ils dénonçaient un manque d'éducation à la santé qui amenait les patients à recourir à ces services. « *Une fois 6 heures il n'y a quand même plus personne, là il fallait prendre une garde, donc, téléphoner à un médecin de garde, alors je me dis autant aller aux Urgences* » 2690-2691 PAT006.

En ce qui concerne les médecins généralistes, les infirmiers ont souvent déploré le fait que les patients n'avaient pas de médecin généraliste. Et ceux qui ont un médecin traitant évoquaient souvent des difficultés de prises de rendez-vous dans des délais rapides.

La volonté d'avoir des examens spécifiques particuliers (Echographie, IRM, Scanner) a rarement été évoquée.

Enfin, l'aspect financier, l'anonymat, la qualité des soins ont très peu été utilisés par les infirmiers pour décrire le processus du recours.

2.3 Le processus de triage à l'IOA

Différents cas de figure se sont présentés ici. La majorité des patients avaient reçu une information lors de leur accueil à l'IOA concernant une idée du temps d'attente et reçu un chiffre de triage. Cependant, les entretiens ont révélé que seulement la moitié de ces patients avaient reçu l'information attendue. En effet, il avait été demandé aux infirmiers de communiquer au patient la classe de triage et le délai maximum avant contact médical, en l'occurrence, selon l'échelle CIMU, pour un TRI 5, un délai maximum de 240 minutes avant contact médical.

Raison pour laquelle lors des entretiens semi-directifs, il a fallu redonner cette information à chaque patient.

Parfois, les patients étaient ambivalents au début de l'entretien, ils n'étaient pas d'accord avec ce chiffre de triage puis disaient spontanément qu'ils comprenaient la situation.

Le plus souvent, les patients ont dit comprendre ce Triage sans toutefois s'en réjouir. Peu ont exprimé un réel sentiment d'insatisfaction. « *Si je vois quelqu'un qui saigne ou qui a quelque chose de très, très grave, je comprends tout à fait que cette personne soit prise en charge avant moi.* » 2084-2086PAT001.

Un seul patient a exprimé l'envie d'être surclassé (de diminuer son chiffre de triage et de passer en Tri4) car cela lui semblait plus juste par rapport à son ressenti.

Souvent, les patients étaient au courant du fait que les patients « plus graves » passeraient devant eux. La majorité des patients qui étaient bien informés étaient des patients habitués du service d'Urgences ou étaient déjà venus préalablement.

Lors des entretiens avec les infirmiers, ceux-ci ont souvent expliqué qu'ils avaient très peu de temps à consacrer au patient au Tri. La majorité souhaiterait pouvoir faire de l'éducation à la santé auprès des patients qui ne devraient pas se présenter en salle d'Urgences, pour qu'à l'avenir cela ne se reproduise plus. Mais ils n'y arrivent que très rarement parce qu'ils sont tenus par le « Timing » et la pression de l'institution et/ou le stress d'une salle d'attente avec un patient à risque qui pourrait être potentiellement assis parmi les nombreux patients.

Parfois les infirmiers ne sont pas très à l'aise avec des situations. Ils se rendent bien compte qu'ils travaillent avec de l'humain, et ils craignent parfois de banaliser et de passer à côté de quelque chose de plus sérieux.

« On nous demande d’orienter des patients en 6 minutes dans le service d’Urgences que ce soit en réanimation ou au CMGU et parfois on peut passer à côté de certains trucs. Moi j’ai déjà eu des cas ou heureusement je ne l’ai pas envoyé au CMGU mais en ambulatoire et ça s’est avéré être un problème neuro » 21-24 INF001

En ce qui concerne l’envoi des patients au CMGU, tous s’accordent à dire que les patients qui sont envoyés au CMGU sont des patients sans signe de gravité, stables, sans besoin d’examen complémentaire ou ressource hospitalière, des patients qui relèveraient de la médecine générale et non de la médecine d’urgence, des patients TRI 5 ou encore qui présentent une plainte non urgente. La majorité des infirmiers disent que le CMGU n’est jamais une obligation. Si le patient refuse, celui-ci entre alors dans la salle d’urgence. Mais souvent, l’attitude verbale ou non verbale de certains infirmiers fait comprendre au patient qu’il n’est pas le bienvenu. De plus deux infirmiers disent formellement qu’ils ne leur laissent pas le choix

“Je leur propose mais je pense que dans l’intonation dans laquelle je le dis et la façon dont je tourne les choses ils comprennent bien qu’ils n’ont pas grand choix.” 394-395 INF003

Il arrive parfois, que les patients soient renvoyés du CMGU aux urgences avec un mot du médecin traitant demandant de les prendre en charge.

La période d’observation réalisée dans la salle d’ambulatoire a montré que parfois les patients ne comprenaient pas toujours cette organisation basée sur les chiffres de triage. Certains patients sont d’ailleurs allés questionner le personnel afin de comprendre ce qu’il se passait car ils ne comprenaient pas pourquoi plusieurs personnes passaient devant eux.

2.4 L’attente

Lors des entretiens avec les patients, ils avaient tous dit avoir compris leur classe de triage. Le temps d’attente qui risquait d’en découler ne les réjouissait pas. Pourtant, souvent, ils le comprenaient. *« Si je dois attendre 4 heures, c’est qu’il y a d’autres urgences qui sont rentrées je ne sais pas ou qui sont plus graves que moi » 2802-2803 PAT006.* Aucun patient n’a exprimé l’envie ou le besoin de se faire voir immédiatement par un médecin ou un infirmier. Les patients expliquaient leur préférence d’attendre aux urgences plutôt que de devoir attendre plusieurs jours ou plusieurs heures un rendez-vous en médecine générale.

Comme expliqué ci-dessus, la notion de triage est étroitement liée à la notion d'attente. Les entretiens avec les infirmiers ont montré que dans la majorité des cas, les infirmiers donnaient une approximation d'un délai d'attente. Pour cette même catégorie de patients TRI 5, le temps estimé d'attente, s'il est bien donné, peut varier d'un infirmier à l'autre. Ainsi, le temps d'attente annoncé au patient varierait de 30 min à 4-5h d'attente. Ils ont rarement le temps de donner plus d'explications au patient, de lui d'expliquer par exemple que ce temps estimé peut varier en fonction du chiffre de triage des nouveaux patients qui arrivent dans cette salle d'attente. *« Parfois on a pas le temps d'expliquer, on a 10 patients en salle d'attente, ça n'arrête pas de s'inscrire, on est limité on a que 6 minutes pour voir les patients en théorie hein c'est 6 minutes donc on essaye d'aller sur les informations les plus importantes et parfois heu on a pas le temps de dire vous pouvez vous installer dans la salle d'attente on va venir vous chercher et on s'arrête là car on sait que l'on déborde »* 106-110 INF001.

Pour ceux qui annoncent les fameuses « 240 minutes » aux patients, celles-ci deviennent souvent un élément facilitant l'envoi du patient au CMGU. Le patient déciderait même parfois de préférer voir son médecin traitant le lendemain plutôt que d'attendre autant de temps.

Les questions les plus entendues lors de la séance d'observation avaient toutes comme thème principal le temps d'attente. De nombreux patients trépignaient d'impatience, regardaient leur montre, se plaignaient de l'attente, marmonnaient et de nombreuses fois le personnel a été interpellé par la question : « dans combien de temps est-ce à moi ? ».

La période d'observation nous a montré que l'attente semblait souvent difficile et que les patients avaient besoin de plus d'informations pour la comprendre, pour mieux l'appréhender. *« Ça fait plus d'une heure qu'on attend que ma fille se fasse suturer, il n'y a que deux points à faire et des gens passent alors que nous étions là avant »* PObs.04

2.5 La perception d'urgence

Très souvent les patients savaient qu'ils ne seraient pas pris en charge immédiatement car d'autres personnes ayant des symptômes plus urgents devaient passer prioritairement. Le plus souvent les patients l'acceptaient et comprenaient que leur perception de leur urgence n'était pas forcément la même que celles des soignants. C'est dans la question du triage que cette perception d'urgence a été la mieux décrite. Quasiment aucun patient était en désaccord avec le triage et, par conséquent, avec la définition de l'urgence que les soignants leur attribuaient.

Quelques-uns ont même fait part d'anciennes situations vécues aux Urgences. Leur situation était cette fois-là plus urgente et ils avaient été pris immédiatement en charge.

Tous les patients ont souhaité une prise en charge aux Urgences le jour même et les rares patients à qui il avait été proposé de revenir en consultation le lendemain, ont refusé. Ils ont dès lors tous un sentiment de besoin de soins urgents le jour J. Cependant, aucun n'a souhaité avoir une prise en charge immédiate ou exprimé un réel désaccord avec le fonctionnement du service. Souvent, le patient justifie son besoin de soin en urgence par le fait qu'il estime qu'aucun autre médecin ne va pouvoir gérer son problème.

La définition de l'urgence que se font la majorité des patients qui ont été vus en entretien est une urgence qui se traduit par le besoin d'être vus le jour même ou de répondre à leur problème imprévu. Mais nullement le fait d'être vu dans la minute, comme peut le faire transparaître la définition du mot Urgent. Il est parfois arrivé que des patients expliquent que leur problème bien connu (chronique) commence à devenir pour eux une urgence. Dans ces cas précis, un symptôme a changé ou s'est aggravé et la situation n'est moralement plus supportable ou le patient se sent soudainement démunie face à son problème.

En ce qui concerne le point de vue des infirmiers, la majorité d'entre eux estiment que ces patients sont des patients non urgents car classés au plus bas sur l'échelle CIMU. Une vraie urgence prioritaire est inévitablement une urgence vitale, une instabilité des paramètres ou encore un risque de perte de chance. Très souvent les infirmiers estiment que ces patients n'ont pas leur place dans un service d'Urgences et relèvent de la médecine générale. Ils se plaignent d'ailleurs souvent d'un manque d'éducation du patient. Et expliquent que si les patients étaient mieux informés, ils seraient capables de faire la différence entre une urgence réelle ou non. Parfois des infirmiers pensent différemment et expliquent qu'il ne s'agit pas d'un manque d'éducation du patient. Car celui-ci serait selon eux pertinemment bien au courant de la façon dont fonctionne le système aux Urgences et que ce serait un choix intentionnel de leur part de se présenter aux urgences.

2.6 Les stratégies d'adaptation

La première adaptation qu'ils doivent mettre en place est principalement en lien avec des méthodes pour faire face au temps.

Lors des entretiens patients, il avait été demandé aux patients s'il existait pour eux une stratégie pour diminuer ce temps d'attente ou avoir la sensation qu'ils passent plus vite. Plus de la moitié ont répondu par des moyens de distraction. Ils ont ainsi évoqué l'accès à internet, la musique, l'utilisation de leur téléphone, le fait de pouvoir lire ou d'avoir des magazines à disposition ainsi que l'accessibilité à des boissons ou de la nourriture.

Les patients qui étaient en compagnie d'enfants ont tous répondu qu'ils devaient trouver une solution pour leurs enfants. Et l'appel à une ressource extérieure est une option qu'ils ont évoquée. Très souvent lorsque les patients ont des enfants ou sont accompagnés de ceux-ci, ils deviennent source de stress mais ils deviennent également souvent un prétexte pour tenter d'accélérer leur prise en charge.

« Je me suis dit pour quand même accélérer les choses entre parenthèse je vais dire je vais tenter ma chance si je peux passer parce que j'ai ma fille voilà. Si j'avais pas d'enfant je pouvais attendre jusque dans 5 heures il n'y a pas de soucis mais vu que j'élève ma fille c'est vraiment autre chose » 3075-3080 PAT008.

Lors des entretiens avec les infirmiers, peu d'infirmiers ont parlé d'agressivité. Et dans ce groupe d'infirmiers qui en parlait, la majorité évoquait le fait qu'il pouvait arriver que les patients ressentent mal le fait qu'on puisse leur proposer d'aller au CMGU ou qu'on ne les prenne pas plus rapidement en charge. Mais que ce phénomène serait plutôt rare. Un patient agressif est rarement envoyé au CMGU et un contact avec un soignant s'en suit très rapidement pour éviter que ces patients « explosent ». Volontairement ou non, l'utilisation de l'agressivité en salle d'urgence amène le patient à être plus rapidement rassuré voire plus rapidement pris en charge et peut dès lors devenir pour certains une stratégie d'adaptation.

Les observations dans la salle d'attente ambulatoire ont permis de montrer que le patient cherchait tout d'abord et dans la grande majorité des cas, à se distraire. Comme expliqué pour les entretiens des patients, ceux-ci vont se trouver des occupations mais également, se promener dans la pièce, aller aux toilettes, consulter les panneaux, discuter avec les gens. Comme

expliqué précédemment, Ils sembleraient très souvent à la recherche de choses à faire pour que ce temps passe plus vite. Dans ce contexte là, ils observent énormément ce qu'il se passe autour d'eux.

Très souvent, les patients ont essayé de trouver un moyen pour attirer l'attention sur eux et ne pas se faire oublier. Plusieurs scénarios se sont produits. La majorité des patients vont, à un moment ou un autre, interpellé médecins et/ou infirmiers pour avoir plus d'informations. Ainsi, le patient est souvent à la recherche d'un contact visuel avec les soignants. En insistant sur ce contact visuel, c'est un moyen pour lui de rentrer en contact avec les soignants.

« *Je peux vous aider Monsieur ?* » (DO.01)

« *NON* » (PO.02)

« *Puis je vous demander alors de rejoindre la salle d'attente* » (DO.01)

« *Et quoi (énervé) ? On n'a pas le droit de se promener ici (agressif, vexé) !* » (PO.02)

« *Ecoutez monsieur, ici c'est un bureau médical, ce qui s'y dit est confidentiel, merci de vous éloigner si vous n'avez besoin de rien* » (DO.01)

Dans cette recherche d'attention et d'information les patients peuvent trouver de nombreuses stratégies. Parfois, ils laissent délibérément leurs enfants courir bruyamment dans la salle d'attente ou parlent très fort au téléphone....

Enfin, comme remarqué lors des entretiens, la stratégie de l'utilisation des enfants a également été souvent entendue dans la salle d'attente lors des observations

« *Dites, est-ce que se sera bientôt à moi, j'ai un enfant en bas âge à la maison* » Pobs.014

2.7 L'agressivité

En ce qui concerne l'agressivité des patients envers les soignants lors des entretiens patients, rien ne montrait que ceux-ci pourraient devenir à un moment ou un autre des patients agressifs en salle d'attente.

Lors des entretiens infirmiers, ceux-ci ont parfois relaté le fait qu'il arrivait que le patient puisse être agressif mais que cela se produisait plutôt rarement. Ils ont d'ailleurs expliqué que ces patients ne comprenaient pas toujours les raisons pour lesquelles ils n'étaient pas urgents mais également que parfois ils étaient simplement très anxieux et avaient besoin d'être rapidement rassurés. C'est ainsi que ces patients, qui pourraient être vus à l'extérieur de l'hôpital, finissent finalement par rester dans le service des Urgences. Afin de désamorcer cette agressivité, les soignants les rassurent et préviennent leurs collègues qu'un contact rapide pour les rassurer avec un soignant serait le bienvenu. En général, selon les infirmiers un patient qui s'énerve ou s'agite, se calme très vite s'il reçoit des informations et que c'est très rare que la situation aille plus loin. *« Mettre un patient en tri 5 parfois ça engendre de la violence ! Parce que le patient ne comprend pas, qu'on se permette, entre guillemets, de juger son état. Qu'on le juge : aurait pu voir son médecin traitant, alors que lui se juge urgent, »* 1434-1436 INF011

Un seul infirmier, s'est longuement confié sur la question de l'agressivité. En expliquant que les soignants étaient quotidiennement tellement confrontés à de la violence verbale, qu'ils ne s'en rendaient plus compte et que ça devenait banal. *« Si on demande à quelqu'un, un collègue infirmier ou médecin s'il y a de la violence aux urgences ils répondront, je suis quasi sur, 9 cas sur 10 ils répondront il n'y en a pas puisque c'est juste banal. »* 1453-1456 INF0011

Cet infirmier nous exprime ici que la violence est très probablement sous estimée au sein de ce service. Mais serait belle et bien présente. Cette personne parle même du fait que la violence gagne bien souvent aux Urgences.

« On part de la salle pour ne pas se faire taper dessus ! On appelle le gardien et le superviseur et puis (silence). Une fois le patient est parti heu ! violent, fâché et une note a été mise dans son dossier, une note interne pour expliquer les faits puisque la compagne du patient a rappelé en menaçant de porter plainte et puis euh ! Les autres fois souvent, le superviseur ou le médecin a quand même souvent tendance à dire que : comme il est violent verbalement ou physiquement ou les 2, on le laisse quand même aux urgences. Ce que je trouve n'est pas une solution puisqu'alors, cela signifie que la violence a gagné ! » 1442-1448 INF011

En ce qui concerne l'agressivité des soignants envers les patients, de nombreux infirmiers ont évoqué le fait que leurs sentiments variaient en fonction du moment de la journée, de la charge de travail associée « *ça dépend un petit peu du moment de la journée, de la charge de travail, et de comment le patient le présente, de l'état du patient, s'il commence à rouspéter* " 1526 INF012 ; "*Après le 20ème, je ne suis pas toujours aussi emphatique qu'avec le premier mais j'essaie.*" 1092 INF009 ; « *Moi je suis vite exaspérée* » 352 INF004

Lors de la proposition de l'infirmier au patient d'aller au CMGU, la majorité dit leur laisser le choix. Cependant deux infirmiers disent formellement qu'ils ne lui laissent pas le choix et d'autres font comprendre au patient, par leur attitude verbale ou non verbale, qu'il n'est pas le bienvenu. "*Je leur propose mais je pense que dans l'intonation dans laquelle je le dis et la façon dont je tourne les choses ils comprennent bien qu'ils n'ont pas grand choix.*" 394-395 INF004

Lors des Observations en zone ambulatoire, nous avons assisté à des patients qui pouvaient utiliser des mécanismes de défenses ou des stratégies d'adaptation qui pourraient être perçues comme de l'insolence, de l'impertinence voire une forme d'agressivité verbale ou non verbale.

La littérature parle souvent d'agressivité aux Urgences, au vu de nos résultats contraires, nous prendrons le temps de tenter d'interpréter les raisons de ce phénomène dans la partie discussion de ce mémoire.

II. Résultats Quantitatifs

Introduction

Comme expliqué précédemment dans la partie méthodologique du mémoire, outre le fait de nous aider à répondre à notre question de recherche « Quelles sont les stratégies d'adaptation des patients « TRI 5 » face au mécanisme de triage aux Urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc ? », il nous semblait intéressant de nous intéresser principalement à différentes variables telles que les chiffres de triage, la destination de sortie, les raisons de sortie mais aussi et surtout de savoir si le patient avait été informé de la classification du degré d'urgence dans lequel il se trouvait et du temps d'attente qui en découlait.

Notre objectif était de mettre certaines de ces variables en lien, de les analyser et de nous questionner sur le lien qui pouvait éventuellement exister entre l'information du délai d'attente maximum avant prise en charge médicale, la classe de triage et un éventuel départ de du patient vers la Médecine Générale, vers son domicile ou inversement le fait qu'il reste dans le service.

Notre étude est basée sur une récolte de données de toutes les admissions aux Urgences entre le 18 mai 2017 et le 12 avril 2018 (n= 69143). Nous nous sommes intéressés aux dossiers des patients dans lesquels une case oui ou non avait été cochée pour répondre à la question « La classe de triage ainsi que le délai maximal avant contact médical ont-ils été communiqués au patient ? ». Elle a été relevée dans 3007 prises en charges.

Afin de pouvoir étudier adéquatement notre échantillon, nous allons dans la première partie (Description de l'échantillon) comparer la population et l'échantillon.

Dans la deuxième partie (Analyse de différentes données collectées), nous allons nous intéresser plus particulièrement aux analyses des données.

Enfin, nous tenterons de répondre de façon plus interprétative à certaines questions qui pourraient éventuellement subsister dans la partie discussion de ce mémoire.

Il semble important de préciser, avant de commencer l'analyse, que l'extraction des données a été très compliquée en raison de la lenteur du serveur mais également l'organisation et le traitement des données récoltées par ce service. Certaines étaient tout simplement inexploitable voire ininterprétables. En ce qui concerne les données telles que la localisation

du patient dans les différents secteurs du service, l'encodage de ces données ne permettait pas de les extraire sans revoir chaque cas individuellement. Il nous était dès lors impossible de le faire pour tous les patients de notre échantillon.

Etant donné que le patient TRI 5 est principalement envoyé en zone ambulatoire, en consultation ou au CMGU, nous avons fait ce travail pour les patients qui étaient passés dans uniquement dans ces secteurs. Nous déplorons le fait que dans un hôpital universitaire certaines données soient si difficilement exploitables.

Nous avons de ce fait malheureusement été très restreints dans nos analyses.

1 : Description de l'échantillon

1.1 Tableau de la répartition de notre population selon les catégories de triage CIMU sur la période étudiée.

	Fréquence N	Pourcentage N(%)
Pas de chiffre de Triage	14059	20,3
1	481	0,7
2	1993	2,9
3	13103	19,0
4	33337	48,2
5	6170	8,9
Total	69143	100,0

Ce tableau nous permet de nous rendre compte de la répartition des patients dans les différentes catégories de triage. Il s'agit ici des 69.143 patients qui se sont présentés aux urgences durant la période étudiée. Ce tableau va nous aider à les comparer à notre échantillon. La catégorie de patients la plus représentée au sein de ce service d'Urgence est la catégorie 4 avec 48,2%. Plus de la moitié des patients qui se présentent dans ce service font partie des catégories 4 ou 5. La catégorie 3 est constituée de 19 % de ces patients.

Selon l'échelle CIMU, moins de 4 % des patients qui se seraient présentés dans ce service étaient en détresse vitale majeure ou présentaient une instabilité patente (P.Taboulet 2011)

Nous constatons également que 20,3 % des patients ne se sont pas vus attribuer de chiffre de triage. Ceci peut être expliqué par différentes raisons. Principalement par le fait que malgré que le remplissage de la case chiffre de Triage soit une obligation, le programme informatique ne l’oblige pas. Mais aussi par le fait que lorsque le patient est envoyé vers « l’extérieur » (CMGU, consultations, Bloc d’Accouchement,), certains infirmiers n’écrivent pas de numéro de triage. Ce pourcentage non négligeable représente donc un cinquième des patients. Cependant, nous ne pouvons partir du principe que tous les patients qui ont été envoyés en consultation ou au CMGU sont des patients TRI 5. De ce fait, nous sommes obligés de ne pas les prendre en considération.

1.2 Tableau représentatif du nombre de patients qui ont été inclus dans l’étude par rapport à notre population de base sur la période étudiée

	Fréquence	Pourcentage (%)
OUI	3007	4,3
NON	66136	95,7
Total	69143	100,0

Afin d’avoir une idée du nombre de données indispensables à récolter pour notre échantillon, nous avons demandé l’aide d’un statisticien du Support en Méthodologie et Calcul Statistique (SMCS) de l’UCL. En partant du principe que le service d’urgence accueille en moyenne 72.000 patients par an, la formule : $se(p) = \sqrt{p \cdot (1-p) / (n-1)}$ a permis de déterminer qu’un échantillon de 385 patients était nécessaire pour obtenir un échantillon avec une précision à 5% et un intervalle de confiance à 95%.

Lorsque nous avons fait nos premières tentatives d’extraction de données, nous nous sommes rendus très vite compte de la difficulté et du temps que cela prenait. Nous avons dès lors décidé de continuer notre étude plusieurs mois avant de faire ce travail. Lorsque nous avons extrait la base de données et que nous nous sommes rendu compte que nous avions un tel échantillon, nous avons décidé de nous arrêter et de ne pas attendre une année complète.

1.3 Tableau descriptif de la fréquence des patients de l'échantillon selon la catégorie de triage

	Fréquence	Pourcentage (%)
Pas de chiffre de Triage	181	6,0
TRI 1	24	0,8
TRI 2	124	4,2
TRI 3	698	23,2
TRI 4	1733	57,6
TRI 5	247	8,2
Total	3007	100,0

La catégorie de patients la plus représentée dans ce cas-ci au sein des ce service d'Urgence est la catégorie 4 avec cette fois 57,6%.

65% des patients qui se présentent dans ce service font partie des catégories 4 ou 5. La catégorie 3 est constituée quant à elle de 23.2 % de ces patients. En ce qui concerne les catégories les plus à risque, à savoir la 1 et la 2, celles-ci représentent 5% de la population.

1.4 Tableau comparatif des pourcentages de la répartition des patients dans les différentes catégories de triage entre la population et l'échantillon

	Population (N=69143) N(%)	Echantillon (n=3007) n(%)	Différence (%)
Pas de chiffre de triage	20,3	6,0	14,3
TRI 1	0,7	0,8	-0,1
TRI 2	2,9	4,2	-1,3
TRI 3	19,0	23,2	-4,2
TRI 4	48,2	57,6	-9,4
TRI 5	8,9	8,2	0,7
Total	100,0	100,0	0

Cette comparaison nous permet de remarquer que la plus grande différence se marque au niveau du nombre de patients sans chiffre de triage. Ceux-ci sont nettement moins élevés dans l'échantillon (n=3007). La catégorie 4 de l'échantillon est également la plus conséquente et représente à elle seule plus de la majorité des patients.

Ces résultats sont étonnants, nous nous serions attendus à un pourcentage plus ou moins équivalent pour toutes les catégories. Deux valeurs nous interpellent particulièrement. Tout d'abord, le fait qu'il existe quasiment une différence de 10% entre la catégorie 4 de la population et celle de notre échantillon. Ensuite la catégorie sans chiffre de triage pour laquelle la différence de 14% est très élevée. Diverses raisons pourraient en expliquer la cause.

En ce qui concerne les patients TRI 4, ils sont les plus représentés au sein du service des Urgences. Ils nécessitent probablement le plus d'informations car, hormis les patients 5 qui « réussissent » à rentrer dans le service, ils risquent une attente plus longue avant contact médical.

Ce sont les patients qui, comme nos observations ont pu le montrer, sont très demandeurs et interpellent à de nombreuses reprises le personnel soignant. Il n'est dès lors pas étonnant de constater que les infirmiers qui ont accepté de participer à l'étude aient donc passé plus de temps à répondre à notre question pour cette catégorie de patients. Il serait d'ailleurs intéressant de comparer dans cette catégorie 4 comment se répartissent les réponses OUI-NON.

Par rapport au fait qu'il y ait beaucoup moins de patients sans chiffre de triage dans l'échantillon, il faut préciser que lorsque le chercheur était présent au sein des urgences, il demandait fréquemment aux soignants de participer à l'étude. Il le faisait à chaque fois en réexpliquant que si le patient était informé, il devait recevoir une information concernant son chiffre de triage ainsi que le délai d'attente maximal avant contact médical. Ces demandes peuvent avoir incité les infirmiers à mieux se concentrer sur les chiffres de triage. Enfin, il nous paraît évident que les personnes qui ont été les plus sensibles à notre étude sont probablement les infirmiers les mieux formés ou les plus intéressés par le triage et notre recherche. Ceux-ci sont probablement plus à l'aise et assidus dans l'utilisation de l'échelle CIMU ce qui peut également expliquer cette différence.

Une fois ces comparaisons faites, nous nous sommes ensuite intéressés à la question proprement dite. Celle qui pouvait être cochée par les infirmiers dans la fiche d'accueil.

Il nous semblait intéressant de savoir, sur les 3.007 patients de notre échantillon, comment ils se ventilaient selon la réponse à la question (oui ou non). Mais également de savoir comment ces réponses se répartissaient dans les différentes catégories de triage.

1.5 Tableau descriptif de l'information donnée selon la catégorie de triage pour l'échantillon.

	OUI	NON	TOTAL
	Fréquence = n n(%)	Fréquence = n n(%)	n(%)
TRI 1	18 (75)	6 (25)	24 (100)
TRI 2	76 (61.3)	48 (38.7)	124 (100)
TRI 3	506 (72.5)	197 (27.5)	698 (100)
TRI 4	1117 (64.5)	616 (35.5)	1733 (100)
TRI 5	182 (73.7)	65 (26.3)	247 (100)
Non renseigné	103 (56.9)	78 (43)	181 (100)
Total	2002 (66,6)	1005 (33,4)	3007 (100)

Comme rappelé précédemment, il avait été demandé aux infirmiers volontaires de cocher la réponse oui ou non à la question : « La classe de triage ainsi que le délai maximal avant contact médical ont-ils été communiqués au patient ? ».

L'infirmier à l'IOA doit jongler avec l'échelle de triage sur une fenêtre et la fiche d'accueil sur une autre. Le temps que met le programme informatique à passer d'une fenêtre à l'autre ne permet pas à l'infirmier de faire des allers retours dans ce programme avec un délai raisonnable. L'infirmier utilise dans un premier temps sa fiche d'accueil. Une fois ces données enregistrées et notre case cochée ou non, l'infirmier encode le chiffre de triage sur l'autre fenêtre grâce à l'échelle du service. Vu la rapidité imposée du triage à l'IOA et le manque de fluidité du programme informatique, il nous était impossible d'ajouter le fait de ne cocher cette case que pour les patients 4 et 5 (non urgents).

Il est surprenant de voir que 2/3 des patients de notre échantillon aient reçu cette information. Nous pouvons à nouveau l'expliquer par le fait que les infirmiers qui ont participé à notre recherche soient probablement plus sensibles au TRI, mieux formés et plus rigoureux.

Afin de mieux comprendre les mouvements des patients nous nous sommes penchés sur les destinations et raisons de sorties de la population globale. Malheureusement la base de données ne nous permet que très difficilement de décrire les trajets des patients au sein du service ; ce qui nous aurait intéressés pour avoir une meilleure répartition de ceux-ci au sein des différents secteurs.

1.6 Tableau descriptif des destinations de sortie des patients de la population

	Destination	Fréquence N	Pourcentage N(%)	Pourcentage N(%)
RAD	Retour à domicile	50872	73.6	73.6
Hospitalisation Dans la clinique	Transfert Unité de Soins sans monitoring	5846	8.5	12.3
	Transfert Bloc Opératoire	152	0.2	
	Transfert Hospitalisation de jour	87	0.1	
	Transfert Soins Intensifs (avec ou sans respirateur)	792	1.1	
	Transfert Unité de Soins	1640	2.4	

	sous monitoring			
Hospitalisation à l'extérieur	Transfert dans un autre Hôpital universitaire	577	0.8	3,2
	Transfert Hôpital non universitaire	796	1.2	
	Transfert dans un Hôpital psychiatrique	253	0.4	
	Revalidation, MRS	534	0.8	
Autres	Autres ou inconnu	7360	10.6	10.6
Décès	Patients Décédés	234	0.3	0.3
TOTAL		69138	100.0	100.0

Ce tableau illustre les mouvements des patients vers l'extérieur du service et nous donne comme principale information le fait que 73.6% de notre population a pu rentrer à domicile. Il nous permet également de nous donner une idée plus précise de la composition de notre population étudiée. Nous perdons, malheureusement 10% des informations dans la sous-catégorie « Autres ou inconnus ». Nous supposons qu'un grand nombre de ces patients ont dû rentrer à domicile mais nous ne pouvons l'affirmer avec certitude. Nous aurions souhaité pouvoir mettre ces données en lien avec les patients des différents secteurs mais comme expliqué précédemment nous n'avons malheureusement pas pu le faire.

1.7 Tableau descriptif récapitulatif des raisons de sortie de la population

	Raisons	Fréquence N	Pourcentage N(%)	Pourcentage N(%)
Départ contre avis médical	A la demande du patient ou de son entourage	64	0.1	1.8
	Attente trop longue	398	0.6	
	Parti sans explication	504	0.7	
	Refus de soin	304	0.4	
Départ sur avis médical	En cours	17087	24.7	89.6
	Rassurant	31940	46.2	
	Suite du traitement en dehors de l'hôpital	12277	17.8	
	Raison médicale	169	0.2	
	Guérison	452	0.7	
Patient inapproprié	Consultation inappropriée	556	0.8	0.8
Manque de place	En Chirurgie	20	0.0	0.5
	Aux Soins Intensifs	14	0.0	
	En Médecine	314	0.5	
Pour des soins spécialisés	Soins Spécialisés hors hôpital	4152	6.0	6.0
Décès	Patients décédés	227	0.3	0.3
Autres	Habituellement suivi ailleurs	112	0.2	0.2
	Raisons de proximité	411	0.6	0.6
	Autre	5	0.0	0.0
	Dossier incomplet	137	0.2	0.2

Total		69143	100.0	100.0
-------	--	-------	-------	-------

Ce tableau quant à lui nous apporte des données intéressantes concernant les raisons de sortie du patient. Il nous permet en effet d'avoir une idée du pourcentage des patients inappropriés qui s'élèverait à 0.8% de la population de base. Cependant, nous supposons que ce pourcentage est probablement sous-estimé. Il semble ne pas exister de définition claire du terme « inapproprié ». Les critères d'inclusion des patients dans cette catégorie semblent inconnus. Le personnel Médical pourrait craindre de coller une étiquette et la répercussion que pourrait avoir une telle stigmatisation. Comme nous l'avons expliqué dans notre partie qualitative, l'urgence peut être ressentie différemment d'une profession à l'autre. Un patient qui remarquerait par la suite ce genre de commentaire sur ses documents pourrait être heurté voire même agressif.

Nous avons également tenté de créer des catégories afin de mieux percevoir le pourcentage des patients qui quittaient le service contre avis médical. Cette catégorie est constituée de 1.8 % des patients. Notre attention est surtout attirée par les sous catégories explicatives « attente trop longue » 0.6 % et « parti sans explication » 0.7 %. Il aurait été intéressant de pouvoir mettre ces données en lien avec le chiffre de triage et surtout le secteur pour connaître la répartition exacte de ces patients qui quittent le service.

2 : Analyse de différentes données collectées

Après notre partie descriptive, nous avons souhaité analyser plus particulièrement quelques données. C'était par exemple le cas du tableau 1.5. (Tableau descriptif de l'information donnée selon la catégorie de triage pour l'échantillon). Certaines données nous avaient interpellés. Nous avons réalisé via des Tests de Chi2 des comparaisons entre la colonne « oui » et la colonne « non » au seuil de chaque catégorie de triage afin de savoir si cette différence était statistiquement significative.

2.1 Tableau de l'analyse de l'information donnée selon la catégorie de triage pour l'échantillon.

	OUI	NON	TOTAL n	Test de Chi2 Pvaleur
	Fréquence n(%)	Fréquence n(%)		
TRI 1	18 (75)	6 (25)	24	0.33
TRI 2	76 (61.3)	48 (38.7)	124	0.24
TRI 3	506 (72.5)	197 (27.5)	698	< 0,005*
TRI 4	1117 (64.5)	616 (35.5)	1733	<0,005*
TRI 5	182 (73.7)	65 (26.3)	247	0,02*
Non renseigné	103 (56.9)	78 (43)	181	0,006*
Total	2002 (66,6)	1005 (33,4)	3007	
Note ^a test de Chi ² , * p<0.05				

Cette analyse nous permet de nous confirmer qu'il existe bien, comme nous avons déjà pu le remarquer précédemment, une différence significative entre l'information donnée dans les catégories 3, 4 et la catégorie non renseignée (sans chiffre de Triage).

Les infirmiers sans doute plus sensibles à effectuer un Tri dans les règles de l'art, ont probablement pris le temps d'informer plus particulièrement les catégories de patients qui ont un délai d'attente plus long avant prise en charge médicale.

Suite à ces observations il nous semblait intéressant de rentrer plus en détail dans l'analyse de l'annonce entre la catégorie 4 et la catégorie 5.

2.2 Tableau de l'Analyse de l'annonce de l'information selon les catégories 4 et 5 de la CIMU

	n=TRI4 (%)	n=TRI5 (%)	Test de Chi2 Pvaleur
Annonce de l'information « Oui »	1117 (100)	182 (100)	0.004 ^a *
Note ^a test de Chi ² , * p<0.05			

L'analyse de l'annonce de l'information nous montre qu'il existe, statistiquement parlant, une différence significative entre les deux catégories de la CIMU (pvaleur=0,004)

Nous allons poursuivre notre analyse en comparant cette fois l'annonce selon différentes destinations. Par destination, nous entendons la direction que va suivre le patient.

Comme expliqué précédemment, ce travail demande que pour chaque patient, cette donnée soit encodée manuellement. Nous souhaitons faire ce travail pour la destination « CMGU », « Consultation » et « Ambulatoire ». Mais nous avons constaté en le réalisant qu'il manquait énormément de chiffres de triage pour la destination « consultation ». Ne pouvant conclure qu'il s'agissait uniquement de patients TRI 5, nous avons dû nous centrer uniquement sur la destination « CMGU » et la destination « Ambulatoire ».

2.3 Analyse de l'annonce de l'information à la catégorie TRI 4 et TRI 5 selon deux destinations de notre échantillon

	Information	n=Ambulatoire n(%)	n=CMGU n(%)	n=Total n(%)	Test de Chi2 Pvaleur
CIMU 4	Oui	894 (90.6)	93 (9.4)	987 (100)	0.338 ^a
	Non	411 (89)	51 (11)	462 (100)	
CIMU 5	Oui	72 (0.4)	58 (44.6)	130 (100)	0.113 ^a
	Non	31 (68.9)	14 (31.1)	45 (100)	
Note ^a test de Chi ² , * p<0.05					

Ce tableau représente la catégorie Tri 4 et Tri 5 et distingue les patients informés des patients non informés. Notre Analyse nous permet de les comparer selon deux destinations « Ambulatoire » et « CMGU ». Malgré le fait qu'en observant ce tableau on puisse imaginer une différence de destination en fonction de l'annonce de l'information, aucune de ces catégories n'a montré une différence significative statistiquement parlant (pvalue=0.338) pour CIMU 4 et (pvalue=0,113) pour CIMU 5.

Partie 4 : Discussion des résultats et conclusion

I. Discussion des résultats

Introduction

Afin de mieux comprendre notre recherche, il est important de confronter la théorie à notre analyse descriptive.

Pour rappel, notre hypothèse était que la mise en œuvre du triage des patients (Mécanisme de Triage) peut influencer le comportement du patient par la suite. En fonction de la situation, le patient pourrait mettre des stratégies d'adaptation en place face à la situation où il se trouve.

L'objectif de notre recherche était de mettre en évidence ces stratégies face au mécanisme de triage, mais également de pouvoir comparer deux façons d'aborder le patient au triage et d'en observer les différences dans les données récoltées, si toutefois elles existent.

Afin de procéder à cette analyse interprétative, nous allons remettre en avant les éléments les plus importants mis en évidence dans notre analyse descriptive pour ensuite les confronter à notre littérature. Il est toutefois important de signaler que cette partie relève entre autres de la subjectivité du chercheur.

1 : Motifs de consultation

Les raisons invoquées par les patients étaient principalement la douleur, mais la majorité de ces patients souffraient de douleurs que l'on pourrait qualifier de douleur de type chronique. Aucun des patients n'avait fait part d'une douleur d'apparition aiguë ou brutale. Ensuite, nous avons pu remarquer que le dénominateur commun d'une grande majorité de ces motifs était le stress, la peur d'une aggravation de symptôme ou la peur d'avoir les mêmes symptômes qu'un proche. Les plaintes étaient majoritairement d'ordre somatique. Vincent Lorant nous explique d'ailleurs que la « propension à consulter va donc dépendre de la menace que le patient va percevoir de la situation vécue. » (V.Lorant et al, 2007). En dehors du symptôme, quasiment chaque patient avait un « mobile » différent.

En ce qui concerne les entretiens avec les infirmiers, ceux-ci nous ont amené plus de détails concernant les pathologies que nous pouvions rencontrer dans cette catégorie de patients très spécifiques. Ceux-ci nous ont principalement parlé de symptômes ORL de type angine, rhume,

sinusite et parfois de troubles gastro-intestinaux. Les observations quant à elles ne nous ont pas permis d'amener de nouveaux éléments concernant les motifs de consultation des patients étant donné qu'ils n'ont pas de code couleur ou de chiffre de triage visible en salle d'attente.

Comme expliqué dans notre partie quantitative, il nous semble important de préciser que les patients vus en entretien ne représentent qu'un petit pourcentage des patients vus à l'IOA. La majorité des patients TRI5 sont soit envoyés au CMGU soit vus en consultation ce qui explique la différence (symptômes aigus/ symptômes chroniques) entre le discours des infirmiers et celui des patients.

La littérature va dans le même sens en ce qui concerne les motifs de venue pour cette catégorie de patients. Cependant nous sommes interpellés par une nouvelle réflexion dans l'article « Why must I wait ». Le patient doit à l'IOA expliquer, très rapidement (6 minutes), son motif et sa plainte pour tenter de légitimer sa venue et obtenir l'accès à la salle d'urgence. Cette remarque nous rappelle que très souvent les infirmiers nous ont parlé de l'importance de la rapidité, du stress qu'ils ressentaient, de la peur d'avoir un patient à risque en salle d'attente et du fait que ces patients représentaient pour eux parfois une perte de temps. Peu d'infirmiers ont parlé par contre du risque d'erreur, du risque de ne pas comprendre le motif, du risque de catégoriser le patient comme inapproprié alors que celui-ci a réellement un problème qui nécessite une prise en charge aux urgences.

« Le fait de ne pas être beaucoup formé à l'accueil, parfois il y a des catégories 5 qui se révèlent être après des catégories 3 ou 4 » 41- 42 INF001. Ce stakeholder rejoint la littérature qui nous parle de cette étiquette facilement collée au patient qui n'aurait peut-être pas réussi à correctement expliquer son motif et /ou à légitimer sa venue (A.Hillman, 2013).

2 : Processus de recours aux Urgences

Nos entretiens nous ont permis de comprendre que, le plus souvent, les patients se présentaient aux urgences sans y avoir été référés par un médecin. La littérature précise qu'en milieu rural ce serait le cas de 87% des patients (S.Drieskens, 2008). Pour le peu de patients qui auraient essayé de contacter un médecin généraliste, il semblerait que ceux-ci aient eu du mal à avoir un rendez-vous, le jour même ou dans un délai très rapide (1-2 jours). Ce qui les a amenés à franchir la porte des urgences.

Contrairement aux entretiens avec les infirmiers lors desquels ceux-ci évoquaient souvent la facilité comme argument de processus. Nous avons été interpellés par le fait que l'accessibilité, la proximité, la disponibilité et le plateau technique de la salle d'urgences n'ont que rarement été évoqués comme processus de recours par les patients. Alors que nous avons pourtant pu observer le fait que lorsque le patient se retrouvait dans les heures de consultations, il n'avait souvent pas recours à son médecin et qu'en dehors des heures de consultations, les postes de gardes et /ou de garde à domicile étaient complètement oubliés voire même, le choix de ne pas y avoir recours.

Il pourrait être intéressant de s'attarder sur les raisons pour lesquelles le patient préférerait se rendre aux urgences plutôt que chez son médecin généraliste ou dans un poste de garde voire faire appel à un médecin de garde. Le plateau technique du service, l'assurance de voir un spécialiste et l'argument financier, malgré que peu relevé dans les entretiens, nous semblent être une piste à approfondir.

Lorsque le patient explique que le médecin généraliste ne peut pas l'aider pour son problème, celui-ci manque probablement d'éducation par rapport au rôle du médecin traitant. En ce qui concerne l'accessibilité, la littérature ainsi que les patients expriment une difficulté d'accès aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes. Pourquoi le patient attendrait-il plusieurs semaines avec une plainte qui l'angoisse pour un rendez-vous en consultation spécialisée alors qu'il sait qu'en passant par les urgences il sera envoyé en consultation d'urgences à cette même consultation.

Enfin, concernant toutes les gardes confondues, nous avons pu également montrer que les postes de gardes, pourtant de plus en plus présents, manquaient peut-être de visibilité. Une plateforme plus claire et commune ou un numéro unique comme le 1733 pourrait-être utile. L'aspect financier est peut-être également un argument pour le patient qui ne doit pas avancer d'argent en se présentant aux urgences.

S. Gentile avait exprimé le fait que les patients trouvaient les urgences pratiques, il semblerait en effet que les patients Tri 5 y retrouvent leur compte (S.Gentil et al, 2004).

3 : Le processus de triage à l'IOA

Les Urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc ont décidé d'utiliser, comme échelle de Triage à l'IOA, la renommée échelle La CIMU. Cet outil permet à chaque soignant formé, grâce à son anamnèse, les paramètres du patient et l'échelle, de lui attribuer un degré d'urgence (Taboulet, 2011).

A chaque catégorie de tri correspond un délai d'intervention médicale. C'est ainsi qu'un patient tri 5 devrait être vu dans les 240 minutes par un médecin. En pratique, nous avons remarqué que l'échelle était bel et bien utilisée par les soignants et qu'un chiffre de triage ainsi qu'un temps d'attente serait très souvent annoncé au patient (Annexe 9, pp 105-108). Néanmoins, il est important de signaler que seuls les infirmiers volontaires remplissaient la case « avez-vous donné une information concernant le chiffre de triage et une estimation du temps d'attente ».

Les patients rencontrés en entretien étaient très souvent en accord avec ce chiffre de triage et semblaient être en adéquation avec le fonctionnement du service estimant qu'en effet une urgence plus grave devait passer devant eux. Les infirmiers quant à eux ont exprimé avoir parfois quelques difficultés avec cette catégorie de patients, qu'ils jugent pour la majorité, inappropriés. Leur souffrance principale est le sentiment qu'ils manquent d'éducation et de ne malheureusement pas avoir suffisamment de temps pour leur expliquer à l'IOA, le fonctionnement du triage et le rôle du médecin traitant.

En ce qui concerne le nombre de patients TRI 5, nous avons pu montrer que ceux-ci ne représentaient qu'une infime partie des patients présents aux urgences. Nombreux de ces patients sont envoyés au CMGU ou en consultation. Très peu atteignent finalement cette zone ambulatoire.

En ce qui concerne l'envoi au CMGU, les infirmiers expliquent qu'il s'agit dans la plupart des cas d'une proposition faite au patient. Cependant, l'attitude verbale ou non verbale du soignant fait parfois comprendre au patient qu'il n'est pas le bienvenu aux urgences. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence entre l'information que recevait le patient TRI 5 envoyé au CMGU par rapport à celui envoyé en ambulatoire. Néanmoins, notre recherche quantitative, nous a montré qu'il existait une différence entre l'annonce du triage et le temps d'attente entre la catégorie TRI 4 et TRI 5. Le fait que les patients TRI 4 soient beaucoup plus nombreux à « encombrer » les urgences, en est probablement la raison.

Enfin, nous avons été très interpellés par le fait que 20,3 % des patients entrant dans le service d'urgence n'aient pas de chiffre de triage. Ce chiffre est probablement dû à l'envoi de patients

en consultation, au Bloc d'accouchement ou au CMGU. Si tel est le cas, ces patients sortant de la salle d'urgence devraient probablement plus que quiconque avoir un chiffre de triage afin de légitimer leur envoi vers ces consultations

4 : L'attente

Comme expliqué dans le point ci-dessus, l'infirmier IOA devrait donner au patient un chiffre de triage et temps d'attente. Nos entretiens nous ont montré que les patients recevaient très souvent un chiffre de triage et temps d'attente mais que celui-ci n'était jamais le temps théorique lié au degré d'urgence sur l'échelle de Tri la CIMU. En effet ce temps d'attente, suivant l'interlocuteur, pouvait varier de 30 minutes à 4-5 heures. Cependant même si le patient préférerait évidemment être pris en charge plus vite, ceux interrogés semblaient tout à fait comprendre la situation, peu exprimaient un besoin d'information complémentaire. Cependant lors de nos observations en zone ambulatoire, nous avons pu remarquer que les patients étaient en demande de plus d'informations concernant leur attente. Si le patient reçoit une approximation de, par exemple 30 min avant prise en charge médicale, et qu'il est vu après plusieurs heures, nous pouvons comprendre que ce patient soit demandeur de plus d'explications et recherchera des contacts avec le personnel soignant.

Nos observations et nos entretiens ont mis en évidence que, malgré le fait que ces patients acceptent la situation, ils semblent souffrir d'un manque d'information, et que celui-ci se traduirait par un besoin accru de rechercher le contact avec le personnel soignant.

L'impact de l'annonce de ce temps d'attente auprès des patients n'est pas anodin et ne doit pas être négligé car son comportement peut en être dépendant. Un patient informé sera probablement un patient plus calme et dérangeant moins le personnel soignant. C'est pourquoi nous proposons à ce service d'urgence d'universaliser l'annonce du temps d'attente au patient à l'IOA. En voici une proposition : « Vous serez vu dans la mesure du possible par un médecin dans un délai maximum de 240 minutes ».

Concernant la zone ambulatoire il conviendrait de s'interroger sur un système qui permettrait au patient, selon sa catégorie, d'avoir une idée en temps réel du temps d'attente auquel il serait confronté

Nous leurs proposons également de mettre en place un système de communication plus performants. L'information serait diffusée via différents moyens de communication actuels

(Télévision, Revues, Application, QR code, Panneaux d'affichages, Images...). De tels changements pourraient avoir de réelles répercussions sur la qualité de vie des soignants qui pourraient se concentrer sur leur travail sans être continuellement distraits par les patients qui seraient également moins frustrés et dès lors probablement plus calmes en salle d'attente.

5 : La perception d'urgence

Etonnement, les patients qui ont été vus en entretiens se rendaient quasiment tous compte qu'ils n'étaient pas prioritaires. La théorie de W.Wolcott nous explique que selon l'intervenant, la perception de l'urgence est différente, un urgentiste n'aura évidemment pas la même notion d'urgence qu'un généraliste, un autre spécialiste ou un patient (Jacep.1979).

Il est vrai que leurs perceptions de l'urgence n'est certainement pas la même que les urgentistes, toutefois nous ne pouvons certainement pas dire qu'elle est erronée ou qu'ils s'estiment comme nécessitant une prise en charge immédiate. La demande des patients rencontrés en entretiens semblait plutôt être d'avoir un contact avec un médecin ou un spécialiste le jour même, estimant leur plainte assez urgente que pour ne pas attendre le lendemain. Ceux-ci n'ont jamais fait part d'une demande de prise en charge immédiate.

Ces patients sont souvent décrits comme des patients inappropriés et nous avons ressenti que souvent, les soignant interrogés les considéraient comme des patients qui n'avaient pas leur place aux urgences, qui encombraient la salle d'urgence et qui parfois même pouvaient être agressifs envers le personnel.

6 : Les stratégies d'adaptation

Les premières stratégies d'adaptation que les patients TRI 5 et TRI 4 doivent mettre en place, seront des stratégies leur permettant de faire passer le temps plus rapidement. Les patients vont tout d'abord chercher à s'occuper. De diverses manière l'objectif sera de rendre ce temps plus agréable (GSM, livres, magazines, promenade dans le secteur, s'alimenter ...). De nombreux patients passent beaucoup de temps à observer ce qu'il se passe autour d'eux mais également à attirer de diverses manières l'attention des soignants : en étant bruyants, en se présentant au bureau des soignants, en faisant le piquet, en regardant avec insistance les soignants travailler

ou en les interpellant lorsqu'ils passent. Tous sont désireux de savoir quand leur tour viendra ou d'avoir une estimation du temps restant.

En ce qui concerne les parents d'enfants nous avons pu constater que le prétexte des enfants présents en salle d'attente ou qui les attendent à la maison peut être utilisé comme tentative de sur-classement. Certains patients espèrent ainsi être pris en charge plus rapidement.

L'agressivité pourtant très peu décrite par la majorité des soignants, semble être un moyen pour le patient d'attirer l'attention sur lui, d'être rassuré plus rapidement voire même d'être pris en charge plus rapidement.

Enfin, le fait de se présenter aux urgences pour un problème qui devrait être vu en médecine générale ou éventuellement en consultation et le fait d'être envoyé en consultation sans devoir attendre plusieurs semaines son rendez-vous, nous semblent être une belle stratégie face au mécanisme de triage et au système de soins de santé.

7 : L'agressivité

Nous nous attendions à beaucoup de témoignages de violence non-verbale et parfois verbale avec cette catégorie de patient inappropriés. Etonnement, très peu on décrit une réelle violence. Certains ont parlé de situations plus difficiles et de la façon dont ils les géraient, mais sans jamais sembler être un problème. Pourtant nous avons un outsider qui nous a amené des informations contradictoires expliquant que la violence était très présente aux urgences, qu'elle se traduisait principalement par de la violence verbale et qu'elle était tellement présente que ses collègues oublieraient certainement d'en parler tellement ils en seraient habitués. La violence est peut-être donc sous-estimée.

Lors des observations, nous avons eu le sentiment que la salle d'attente ambulatoire était comme une « casserole à pression ». La tension y était palpable et l'attente semblait très longue. Certains patients étaient énervés et abordaient les soignants de façon presque impolie. Ceux-ci semblaient essayer de temporiser les choses et recadraient parfois même les patients. Nous avons eu le sentiment que si les soignants perdaient le contrôle, la situation aurait pu vite dégénérer.

Nos résultats des entretiens avec les infirmiers sont contradictoires avec la littérature qui nous explique que l'attente, le manque d'information et l'inquiétude du patient engendrent de l'agressivité (Vassy, 2004). Dès lors, il nous a semblé important d'en comprendre les raisons.

Les infirmiers qui ont participé à ces entretiens étaient interrogés sur les patients Tri 5 à l'IOA et non sur les patients en zone ambulatoire ou dans d'autres secteurs. Nous ne souhaitons certainement pas sous-estimer la violence dans les services d'urgences mais en ce qui concerne l'accueil, les infirmiers interrogés semblent avoir trouvé des moyens efficaces pour y faire face. Il semble également important de souligner que l'agressivité comme l'urgence peuvent être vécues et ressenties différemment d'une personne à l'autre.

En ce qui concerne l'agressivité au sein des secteurs, si les infirmiers avaient été interrogés à ce sujet-là, probablement qu'ils nous auraient livrés d'autres informations.

II. Limites et forces de la recherche

Plusieurs facteurs sont à prendre en considération afin d'analyser notre étude.

La première limite sera l'expérience du chercheur. Lors de nos études nous avons malheureusement très peu eu l'occasion d'expérimenter ce type de recherche. L'approche expérimentale que nous avons choisie demande beaucoup de connaissance et d'expertise tant pour sa démarche qualitative que pour sa démarche quantitative.

La deuxième limite sera le fait que le chercheur connaissait personnellement tous les infirmiers rencontrés en entretiens. Cette limite peut être vue comme une force en partant du principe qu'un climat de confiance existait déjà mais également comme une faiblesse de par la gêne qu'aurait pu ressentir l'un et l'autre infirmier et l'éventuelle peur du jugement.

La troisième limite a été induite par le manque de clarté et la grande difficulté d'extraction des données de la base de données du service des Urgences. Les limites techniques de celle-ci ne permettent pas l'extraction de certaines données en un temps raisonnable, malgré l'aide des informaticiens et des personnes ressources.

Un biais de sélection a été induit dans notre étude par le choix de notre méthode de sélection des patients interrogés, en effet nous avons été confrontés à un biais de volontariat, erreur systématique induite par le fait que les patients qui ont été interrogés l'ont tous été sur base volontaire. Et par conséquent, les caractéristiques des patients volontaires peuvent être différentes que celle du patient ayant refusé de participer à l'étude.

Enfin, dans la fiche d'accueil des IOA, nous n'avons pas pu rendre obligatoire le fait de cocher la case concernant la question sur l'annonce du chiffre de triage et du temps d'attente.

En ce qui concerne les forces de notre recherche, celles-ci résident principalement dans le choix de l'approche de notre question de recherche et dans la diversité des méthodes utilisées afin de rendre notre recherche la plus riche possible.

III. Conclusions et perspectives

Notre recherche a consisté à mieux comprendre les patients TRI 5 pour tenter de mettre en évidence d'éventuelles stratégies d'adaptation de ces patients face au mécanisme de triage à l'IOA. Nous avons réalisé une étude expérimentale par l'intermédiaire d'une recherche qualitative via des entretiens semi directifs auprès des patients TRI 5, via des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers IOA, via de l'observation en secteur ambulatoire des urgences mais aussi par l'intermédiaire d'une analyse quantitative.

Nous avons mis évidence que les premières stratégies d'adaptation concernaient toutes l'attente. Elles consistaient principalement à trouver des méthodes pour limiter le temps d'attente et ou la perception de celui-ci, mais également à rechercher différents moyens pour rentrer en contact avec les soignants afin d'obtenir de plus amples informations dont ils semblent manquer.

L'analyse des entretiens nous a montré que les patient TRI 5 en secteur ambulatoire étaient principalement des patients souffrant de problèmes somatiques, souvent chroniques. La difficulté d'accès rapide à la médecine générale et spécialisée a été souvent avancée comme argument de recours à la salle d'urgences. Néanmoins la grande majorité de ceux-ci n'ont pas contacté de médecin au préalable.

L'analyse des entretiens avec les infirmiers a montré quant à elle que le patient TRI 5 type était un patient présentant le plus souvent des symptômes bénins et qu'il était en général envoyé au CMGU. Cependant, cette analyse nous a montré que les soignants étaient en souffrance par rapport au manque d'éducation des patients qu'ils ne peuvent combler eux-mêmes par manque de temps. Ces patients-là leurs prennent beaucoup de temps et d'énergie au dépens des autres patients potentiellement ciblés en salle d'attente.

Les analyses quantitatives nous ont quant à elles montré que les patients envoyés en secteur ambulatoire étaient plus informés par rapport au chiffre de triage et délai d'attente qu'un patient envoyé au CMGU.

Alors que de nombreux soignants trouvent que le patient Tri 5 est peu éduqué et nécessite de plus amples informations sur le fonctionnement d'un service d'urgence et le fonctionnement de

notre système de soins de santé, nous avons observé que ce patient semblait au contraire, très bien au courant du fonctionnement de ces services et de ses limites. Sa venue réside des lors d'une stratégie d'adaptation face aux limites qu'offre notre système de soin. Ils trouvent ainsi via les urgences une voie d'accès rapide à des ressources médicales.

Les limites de notre étude nous ont amenés à nous poser ces questions, qui pourraient être les perspectives d'autres recherches :

- Les patients TRI 5 de l'ambulatoire sont-ils plus indésirables que les patients TRI 4 impatients ?
- La création d'une plateforme commune à tous les postes de garde belges permettrait-elle au patient d'y accéder plus facilement ?
- Quelles sont les stratégies à mettre en place pour éduquer le patient vers une meilleure utilisation des ressources médicales.

Bibliographie

- ARBORIO AM. (2007). « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier » Recherche en soins infirmiers, 2007/3, N°90, pp. 26-34.
DOI 10.3917/rsi.090.0026
- Agency for Healthcare Research and Quality (2012). «Emergency Severity Index, A Triage Tool for Emergency Department Care». Version 4, Edition 2012.
- BERCHET C. (2015). « Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. » OECD Health Working Papers, No. 83, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>.
- DE WOLF F., VAN OVERLOOP J., (2011) « Analyse de profils des patients recourant aux urgences hospitalières » Union Nationale des Mutualité Socialistes – Direction études (2011).
- DRIESKENS S. (2008).« Contacts avec le service des urgences. » Enquête de santé par interview, pp. 365-415.
- GASTINEAU O., MAZET B. (2001). « Echelle de Triage », Collège de médecine d'urgence des Pays de Loire, S.A.U. Angers.
- GAINVORSTE D. (PAQS ASBL) (2016). « L'accréditation des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles ». Paper presented at Assemblée générale union professionnelle des médecins spécialistes en soins intensifs, Bruxelles, Février 2016
http://www.gbsvbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accréditation_des_hôpitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf
- GENTILE S. et al., (2004). « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie ». Santé Publique 2004/1 (Vol. 16), pp. 63-74.
DOI : 10.3917/spub.041.0063.
- GREMMENS ME., LECONTE S., DUYVER C. (2014). « Les postes de garde en médecine générale : 10 ans après ». « Walk in clinics and out of hours care : 10 years later». Centre académique de Médecine Générale, Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain – UCL.
Rev. Med. Bruxelles, 2014, pp. 416-421.
- HILLMAN A.(2013) « Why must I wait ? » Sociol Health 2014IIIn, May 2014, N° 36(4), pp. 485-499.
DOI : 10.1111/1467-9566.12072.

Integreo fiche 11 - SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement ; Wallonie ; Deutschsprachige Gemeinschaft ; INAMI ; Région Bruxelles Capitale, Vlaanderen agentschap zorg en gezondheid.
Des soins intégrés pour une meilleure santé : Fiche pratique numéro 11 : « Développement d'une culture qualité ».
https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/11._fiche_pratique_culture_qualite_fr.pdf.

JACEP (1979) – The Emergency Core Content.
JACEP 1979, Vol 8, N°1, pp 34-41.

JEAN BURY J., DELMOTTE N., FIMA O., GAINVORSTE D., GOOSENS A., HERBAUX D., MELOTTE L., LAURENT M., LECOCQ D., ZANDECKI N. (2013).
« L'accréditation des hôpitaux, l'indispensable phase de réveil ».
Etude réalisée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles.
https://www.researchgate.net/publication/258355064_L%27accreditation_des_hopitaux_-_L%27indispensable_phase_d%27eveil.

JONCKHEER P., BORGEMANS L., DUBOIS C., VERHOEVEN E., RINCHARD E., BAUDEWYNS A., HAEZAERT T., VINCK I., LONA M., PAULUS D. (2011).
« Quelles solutions pour la garde en médecine générale ? »
Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011.
KCE Reports 171B. D/2011/10.273/84.

Joyeux P, 2017. Docteur en Médecine Générale, membre de l'Ordre des médecins. Entretien téléphonique le 23/03/2017.

LORANT V., DUBOIS V., STREIGNARD C. (2007).
« Vivre dans l'urgence : Vraies et fausses urgences » Louvain N° 169, pp. 18-20.

MAILLARD-ACKER C., et al. (2013).
« Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts ». 2013

McHALE et al (2013). « Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. »
BMC Medicine 2013 11:258.
DOI:10.1186/1741-7015-11-258.

Arrêté Royal du 08 juillet 2002 : Arrêté royal fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes : Chapitre II - Section 2 : Organisation du service de garde des médecins généralistes.

PAILLE P., MUCCHIELLI A. (2003). « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. » Paris : Armand Collin.

PIU BREMOND et al. (2002). « En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ? » Empan 2002 /2, N°46, pp. 129-135.

DOI:10.3917/empa.046.012.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées & Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, (2003). Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières » Etudes et résultats, N°213.

ROY PM., LANNEHOA Y. (2002). « Le triage aux urgences » Réanimation 2002, N°11, pp. 480-485.
Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

Société Française de Médecine d'Urgence (2013).
« Le triage en structure des urgences : recommandations formalisées d'experts »
http://www.sfmur.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf.

TABOULET P., Hôpital Saint Louis, Paris.
Tableau déterminant du Tri de La CIMU.
http://www.triage-urgence.com/downloads/determinants_tri.pdf.

TABOULET P., Hôpital Saint Louis, Paris.
Tableau de description générale des tris CIMU (2011).
http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf.

UNITED KINGDOM, Department of Health, (2013). «Health Building Note 15-01: Accident and Emergency Departments, Planning and design guidance».
www.gov.uk/government/organisations/departement-of-health.

VAN DEN HEED K., DUBOIS C., DEVRIESE S., BAIER N., CAMALY O., DEPUJDT E., GEISLER A., GHESQUIERE A., MISPLON S., QUENTIN W., VAN LOON C., VAN DE VOORDE C.(2016).« Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme » – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal.
Kenniscentrumvoor de Gezondheidszorg (KCE).
KCE Reports 263Bs. D/2016/10.273/22.

VAN DEN HEED K., QUENTIN W., DUBOIS C., DEVRIESE S., VAN DE VOORDE C. (2017). «The 2016 proposal for the reorganisation of urgent care provision in Belgium : A political struggle to co-locate primary care providers and emergency departments. » Health Policy, Avril 2017, Vol. Issue 4, pp. 339-345.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.006>.

VASSY C. (2004). « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire » Mouvements 2004/2 (N° 32) , pp. 67-74.

Wolcott BW(1979) « What is an emergency ? Depends on whom you ask.»JACEP8,1979, pp, 241-243.

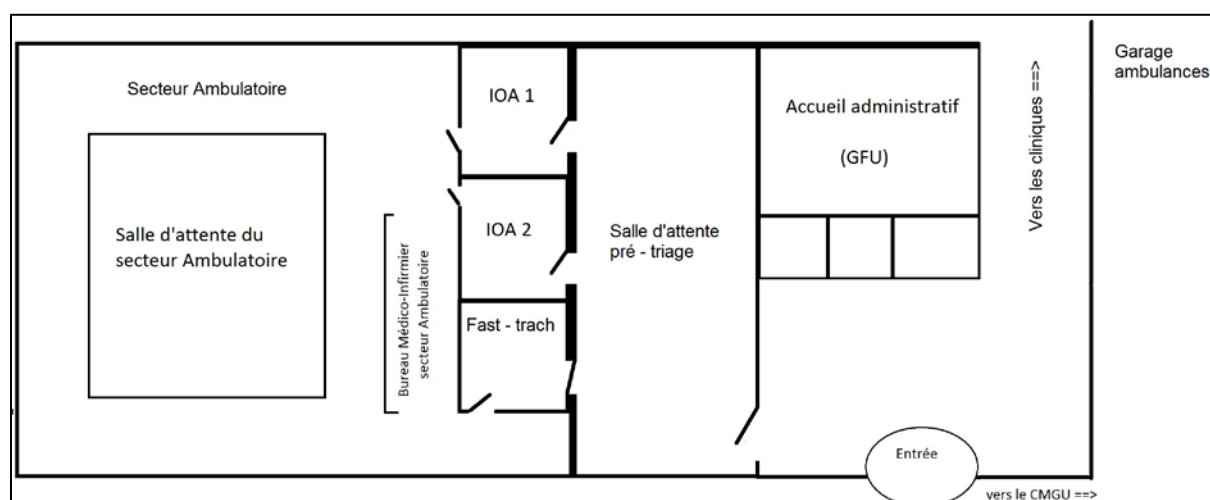
Site Internet de HISIA (Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis)
<https://hisia.wiv-isp.be>.

Site Internet de la Banque Mondiale.
<http://www.banquemondiale.org/>

Site Internet du SPF Santé publique sécurité de la chaine alimentaire et environnement.
Section santé – Organisation de santé – Aide médicale urgente.
www.health.belgium.be

Annexes

Annexe 1 : Service des Urgences des CUSL : Plan détaillé Accueil – IAO – Secteur Ambulatoire



Annexe 2 : Service des Urgences des CUSL : Plan général du service



1	Accueil administratif des patients (GFU)
2	Entrée des patients via ambulances
3	Salle d'attente pré-triage
4	Locaux IOA
5	Secteur & salle d'attente ambulatoire
6	Local Fast Trach
7	Garage
8	Secteur patients couchés
9	Secteur réanimation
10	Secteur unité d'observation
11	Secteur pédiatrie
12	Secteur unité de crise (psychiatrie)

Annexe 3 : Echelle CIMU : Description générale

CIMU Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation							
Mise à jour avril 2011 – Pierre Taboulet							
TRI	SITUATION	RISQUE D'AGRAVATION	PERTE DE CHANCE EN CAS D'ATTENTE	CONSOMMATION DES RESSOURCES HOSPITALIERES†	ACTIONS	DELAIS D'INTERVENTION	INSTALLATION
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	+++	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	Déchoquage (SAUV‡)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	++	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchoquage (SAUV‡)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	+	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

NB : une étoile (*) peut compléter un tri 4 ou 3 pour déclencher une INSTALLATION en box et DÉBUTER UNE ACTION SPECIFIQUE nécessaire dans les 20 minutes maximum pour faire régresser un symptôme intense (action indépendante du pronostic)
 †RESSOURCES HOSPITALIERES : prélèvement sanguin, perfusion, injection, ECG, oxygène, aérosols, suture, radiographie, avis spécialiste...
 ‡SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

Annexe 4 : Echelle CIMU : Déterminants du tri

TRIAGE
URGENCE

CIMU

Déterminants du tri

Légende

FR : fréquence respiratoire
HTA : hypertension artérielle
ECG : électrocardiogramme
AEG : altération de l'état général
DNID : diabète non Insulino-dépendant
DID : diabète Insulino-dépendant
PF : peak flow
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
PNN : polynucléaire neutrophile
GCS : Glasgow coma score
PC : perte de connaissance
EN : échelle numérique d'évaluation de la douleur

Cardiologie

Fréquence cardiaque ≥ 180 /min
Tension artérielle systolique 90-75 / < 75 mm Hg
Douleur thoracique (ECG pathologique : avis senior)
Fréquence cardiaque 120-140 / 141-180/min
Fréquence cardiaque 50-40 / < 40 /min
HTA ≥ 200 / ≥ 220 mm Hg et un symptôme relié
Ischémie aiguë de membre
Douleur thoracique (ECG non pathologique)
Phlébite (suspicion)
Malaise ou perte de connaissance
Œdème membre(s) inférieur(s)
Palpitations
HTA < 200 mm Hg

Dermatologie

Affection cutanée fébrile, érysipèle (suspicion)
Erythème étendu
Affection vénérienne
Affection cutanée ou muqueuse limitée

Endocrinométabolisme

Glycémie $\geq 13,7$ et cétonémie $\geq 0,5$ / $\geq 1,5$ mmol/l
Glycémie $\geq 13,7$ et cétonurie ≥ 1 / ≥ 2 croix
Anomalie métabolique (voir senior)
Altération état général et comorbidité(s)
Hypoglycémie sans / avec trouble de vigilance ★
Glycémie ≥ 20 mmol/l DNID ou DID ★
Altération état général sans comorbidité

Gastro-entérologie

Hématémèse-mélena-rectorragie
Occlusion intestinale, appendicite (suspicion)
Ictère
Ascite
Douleur abdominale
Corps étranger ingéré ou rectal
Constipation ou diarrhée
Nausées ou vomissements
Dysphagie ou hoquet
Proctologie (thrombose, fissure...)

Gynécologie

Hémorragie gynécologique
Menace d'accouchement
Douleur pelvienne

Hématologie

Leucopénie : < 1.000 PNN sans / avec fièvre
Anémie : Hb ≤ 8 g/dL sans / avec symptôme relié
Thrombopénie : ≤ 50.000 sans / avec symptôme relié

Neurologie-psychiatrie

Coma profond : GCS ≤ 8
Coma : GCS = 9-12 ou GCS ≥ 12 et fièvre
Déficit sensitif ou moteur > 2 heures / < 2 heures
Convulsions récentes / en cours
Confusion mentale, trouble vigilance : GCS ≥ 12
Céphalée brutale inhabituelle
Céphalée ≥ 24 h ou sur terrain migraineux
Agitation violente ★
Trouble psychiatrique calme
Angoisse, tétanie... ★

Divers

Transfert SAMU
Problème technique de sonde, cathéter, plâtre
Autre problème (ex. renouvellement ordonnance)
Douleur intense (ex. EN > 8 et/ou attitude) ★

Tri

1	Méningite (suspicion)
2/1	Hypothermie $< 35,5^{\circ}\text{C}$ / $< 32^{\circ}\text{C}$
2-1	Fièvre $\geq 40^{\circ}\text{C}$ ★
3/2	Fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ et comorbidité ou voyage à risque
3/2	Risque contamination VIH
3/2	Adénopathie(s)

Pneumologie

3	Détresse majeure (ex. FR > 40 /min et s. de lutte)
3	Apnée ou FR ≤ 8 /min
4-3	Hypoxie majeure avec $\text{SatO}_2 < 85\%$
4	Dyspnée et PF $< 50\%$ théorique (asthme)
5	Dyspnée et FR < 32 /min / 32-40/min
	Hypoxie avec SatO_2 94-91 / 90-85%
	Hémoptysie crachats / si caillots
4-3	Pneumopathie ou embolie (suspicion)
4-3	Douleur latérothoracique
5-4	Dyspnée et PF $\geq 50\%$ (suspicion asthme)
5	Toux +/- crachats

Ophtalmologie

3/2	Trouble ou perte de la vision
3/2	Corps étranger ou brûlure oculaire ★
3	Inflammation œil ou annexes

ORL-Stomatologie

4/3	Trouble ou perte de l'audition
4	Épistaxis ou gingivorragie
5	Vertige
	Angine, odynophagie, tuméfaction ORL, rhinite
	Douleur dentaire

Rhumatologie

3	Sciatalgie et autres névralgies
4-3	Arthrite ou gonflement (péri)articulaire
4-3	Douleur(s) musculaire(s) ou articulaire(s)
5-4	Cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie
5-4	Pathologie podologique chronique

Toxicologie

5-4	Intoxication (voir senior)
	Ébriété, ivresse (suspicion)

Traumatologie

4-3	Multitraumatisme violent
	Trauma violent face, cou, rachis, thorax, abdomen
	Trauma violent membre / si s. d'ischémie
3/2	Trauma crânien et PC / si confusion post PC
3/2	Trauma membre ou bassin sans / avec impotence
3/2	Trauma crânien sans PC
	Plaie délabrante, amputation
	Plaie(s) cou, thorax ou abdomen superf. / profonde(s)
1	Plaie(s) superficielle(s) / profonde(s)
2	Plaie(s) : érosion cutanée, abrasion
3/2	Brûlure $> 10\%$, visage ou main, ou profonde
3/2	Brûlure superficielle $< 5\%$ / si 5-10%
3	Collection abcédée ou hémattique
3	Corps étranger sous-cutané
4	Électrisation

Uro-néphrologie

5-4	Douleur aiguë de bourse / si suspicion de torsion
	Rétention aiguë d'urine ou anurie
	Pyélonéphrite ou colique néphrétique (suspicion)
2-1	Douleur de la fosse lombaire ou flanc
4	Hématurie macroscopique
5	Traumatisme OGE, priapisme
★	Dysurie, brûlure mictionnelle, écoulement

Instructions pour l'utilisation du tableau:

- Geste thérapeutique nécessaire dans les 20 min (sédation, antipyrétique, hémostase, insuline...).
- Le déterminant est divisible en deux situations de tri voisins : le sigle  guide l'infirmier(e) dans le choix du tri. Dans ce cas une TA de 80 correspond à un tri 2 et une TA de 70 à un tri 1.
- Le déterminant correspond à un intervalle de tri mais n'est pas divisible en deux situations distinctes : le sigle  laisse à l'infirmier(e) le choix du tri.

Instructions pour l'utilisation du tableau:

- Geste thérapeutique nécessaire dans les 20 min (sédation, antipyrétique, hémostase, insuline...).
- Le déterminant est divisible en deux situations de tri voisins : le sigle  guide l'infirmier(e) dans le choix du tri. Dans ce cas une TA de 80 correspond à un tri 2 et une TA de 70 à un tri 1.
- Le déterminant correspond à un intervalle de tri mais n'est pas divisible en deux situations distinctes : le sigle  laisse à l'infirmier(e) le choix du tri.

Annexe 5 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux infirmiers

IAO

Guide d'entretien semi-directif destiné aux infirmiers IAO:

1.Phase d'introduction:

Présentation de notre recherche et des thèmes que nous allons abordés avec le personnel

infirmier : - Patients TRI 5

- CMGU

- Communication du délai d'attente

2.Phase de début d'entretien:

Présentation de l'infirmier

Information concernant son parcours à l'accueil

3. Entretien:

Thème	Questions	Relances
Patients TRI 5	Quelle est votre image du patient classé en TRI 5 ?	- Jugement - Ressenti / Sentiments - Raisons de leur venue
CMGU	Expliquez-moi dans quelles circonstances le patient est amené à être envoyé au CMGU plutôt qu'aux urgences ?	- Obligation / proposition ? - De quel patients s'agit-il ?
Communication du délai d'attente et chiffre de triage	Pouvez-vous me parler du délai d'attente des patients Tri 5	- Communication du chiffre de triage ? - informations concernant les délais d'attente

4. Clôture de l'entretien

Remerciements

Proposition de rajouter des informations avant de clôturer l'entretien

Proposition d'envoyer la retranscription de l'entretien à l'infirmier interviewé

Annexe 6 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux patients

TRI 5

Guide d'entretien semi-directif destiné aux patients TRI 5:

1.Phase d'introduction:

Présentation de notre recherche et des thèmes que nous allons abordés avec le patient
Raison de venue / Triage / Délai d'attente urgence / alternatives et stratégie

2.Phase de début d'entretien:

- Présentation du patient
- Le patient a t-il été prévenu de son score de triage et du temps possible d'attente.
- Demander au patient si il a eu une proposition d'alternative

3. Entretien:

Thème	Questions	mots clés	Relances
Raison de la venue aux urgences	Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a amené à pousser la porte des urgences aujourd'hui ?	- Douleur - Médecin traitant - Alternatives - Délai des consultations	Que pensez-vous des alternatives qui existent pour éviter de recourir à la médecine d'urgence?
Triage / délai d'attente « Vous avez été classé en TRI 5 « non urgent» avec un délai d'attente maximal de 240 minutes avant un premier contact médical » (explication du triage si le patient n'a pas reçu cette information)	Parlez moi de ce que vous avez ressenti à l'annonce de ce score de triage ?	- Compréhension / incompréhension - Sentiments	Pensez-vous que ce score de triage correspond à votre problème?
Alternatives et stratégies	Pensez-vous à une alternative ou avez-vous une stratégie afin de diminuer ce temps d'attente ?	- Médecin traitant - CMGU - Retour à domicile - Information auprès des urgentistes	Que comptez-vous faire si le temps vous paraît trop long ?

4. Clôture de l'entretien:

Remerciements
Proposition de rajouter des informations avant de clôturer l'entretien
Proposition d'envoyer la retranscription de l'entretien au patient interviewé

Annexe 7 : Avis favorable du comité éthique UCL

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF –
étude rétrospective / étude sur matériel corporel humain résiduel /
mémoire non interventionnel
ou mémoire interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou enquête hors
routine

Titre de l'étude : *"Quelles sont les stratégies d'adaptation des patients face au mécanisme de Triage aux urgences des cliniques Universitaires Saint-Luc ?"*

De *Anda Cismas* et *Pierrarts Chloé* (nom, prénom) soumet ^{pour} pour approbation les documents repris ci-dessous:

☐ Feuille d'information
☒ Formulaire de consentement - *version du 22 mai 2017 corrigée.*
☒ Résumé de l'étude
☒ Protocole
☒ Questionnaire – enquête → *guide d'entretien aux patients & infirmiers.*
☒ CV de l'étudiant
☒ CV du promoteur – investigateur principal
☒ L'assurance en responsabilité civile "même sans faute" (art. 29 de la loi du 7/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine) sera contractée auprès du service des Assurances de l'UCL

☐ A u t r e (s) :

A compléter par le CEHF

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné.

L'avis du CEHF est

☒ **favorable: le projet peut être initié, à condition de prolonger le certificat provisoire: tenir compte des remarques et modifications suivantes:** *d'assurance.*
☐ Formulaire d'information:

.....

☐ **Formulaire de consentement:**

.....

☐ **Respect de la confidentialité:**

☐ **Anonymisation des données:**

☐ **A u t r e (s) :**

.....

☐ **défavorable: le projet ne peut pas être initié**

Référence du CEHF: *2017.12.19.1.166* (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N°: CEHF-FORM-009 / REV : 008
Page 6 sur 7

N° d'enregistrement belge: B 403.....

	Date et signature: 23/05/2017
	Professeur J.M. MALOTEAUX
	Président CEHF
	UCP - SAINT-LUC
Professeur J.M. MALOTEAUX	
Président,	
Avenue Hippocrate 55.14.	
Tour Harvey, niveau 0	
1200 BRUXELLES	

Annexe 8 : Formulaire d'informations destiné au patient

Formulaire type d'information aux patients pour les études réalisées par les étudiants et paramédicaux

N°:

Rédigé par :

Date d'application :

Vérifié par :

Liens vers :

INFORMATION AU PATIENT

« Quelles sont les stratégies d'adaptation des patients face au mécanisme de Triage aux Urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc ? »

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

Objectif et description de l'expérimentation

Il s'agit d'une expérimentation qui devrait inclure environ 10 patients et 10 infirmiers.

L'objectif de cette expérimentation consiste à mettre en évidence les stratégies d'adaptation des patients face au mécanisme de Triage. Chaque patient entrant dans la salle d'urgence est trié par un infirmier expérimenté. Ce Tri consiste à donner un chiffre au patient qui déterminera son délai d'attente maximum avant prise en charge médicale. Cette étape est très importante car elle permet de prendre très rapidement en charge des patients dont le pronostic vital ou fonctionnel est menacé. Nous souhaitons pouvoir comparer deux façons différentes d'aborder le patient au triage et d'observer si il existe des différences dans les données récoltées.

Si vous acceptez de participer à cette expérimentation, il vous sera demandé de répondre oralement aux questions posées lors de l'entretien qui durera approximativement 10 minutes.

Il vous sera demandé de participer à l'expérimentation le temps de votre prise en charge aux urgences.

Promoteur de l'expérimentation

Le promoteur de l'expérimentation est le Docteur Anda Cismas des Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Participation volontaire et consentement

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

Bénéfices

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

Assurance

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

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette expérimentation demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 8 Décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

L'Infirmier investigateur a un devoir de confidentialité vis-à-vis des données collectées. Ces données concernent votre âge, votre sexe, votre motif de venue, votre chiffre de Triage et les informations que vous donnerez pendant l'entretien. Vous disposez d'un droit de regard sur ces données et le droit d'y apporter des rectifications au cas où elles seraient incorrectes.

L'investigateur s'engage non seulement à ne jamais divulguer votre nom mais aussi à coder vos données. Les données personnelles transmises ne contiendront pas d'association d'éléments qui permettrait de vous identifier. L'investigateur et le promoteur de l'étude (UCL) assurent leur protection en conformité avec les impératifs de la loi belge relative à la protection de la vie privée.

Pour vérifier la qualité de l'étude, vos données pourraient être examinées par des tiers (comité d'éthique, représentants du promoteur de l'étude, auditeurs externes...), sous la responsabilité du médecin investigateur ou d'un de ses collaborateurs et par des personnes soumises au secret professionnel.

L'investigateur utilisera les données collectées dans le cadre de l'étude à laquelle vous participez. Toute utilisation de vos données en dehors du contexte décrit dans le présent document ne pourrait être menée qu'après approbation du comité d'éthique. Le promoteur de l'étude ainsi que l'investigateur s'engagent à respecter les contraintes de la directive européenne et de la législation belge en matière de protection de la vie privée.

Comité d'éthique

Cette expérimentation a été évaluée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Personne à contacter si vous avez des questions à propos de l'expérimentation

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

Responsable de l'étude: Pieraerts Chloé

Téléphone: 0476/94.26.62

pieraertschloe@gmail.com

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepte de participer à l'entretien proposé.

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.

4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Biomédicale Hospitalo-Facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc.

5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.

7. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

Nom et Signature du patient(e) Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/Mr Pieraerts Chloé confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

Pieraerts Chloé

Nom et Signature de la personne qui procure l'information Date (jour/mois/année)

Annexe 9 : Programme Equafile – Page accueil

Nom Prénom DDN - Mozilla Firefox
 equafile.stluc.ucl.ac.be:8080/ehcr_application/servlet/FrontController/consultation.jsp

LOCALISATION TABLEAU BLANC PORTAIL HISTORIQUE MENU GÉNÉRAL Recherche Nom de l'utilisateur

Nom Prénom - Sexe DDN - Age Num administratif Admission le Date - Heure Motif d'admission Clinique Universitaire St Luc Patients à clôturer - Patients à clôturer - Pati... (... / ... / ...)

DOSSIER D'URGENCE LIGNE DU TEMPS JOURNAL

Tri patient Accueil

Signalétique Patient

Episode administratif

Antécédents

Traitement Habituels

Données concernant 1/3

Anamnèse

Paramètres vitaux

Monitoring

Anamnèse infirmière

Examen Clinique

Examen complémentaire

Administration des médicaments

Actes Techniques

Objets personnels

Etat variable

Evolution

Matériels

Planning

Planning UO

Bilan hydrique

Génogramme

Suivi UO

Destination de sortie

Documents

Clôture

Transfert

Logigramme

Mode d'arrivée*

Orientation

Service urgence

CMGU

Consultation

Domicile

Autre

Paramètres Vitaux

FC /min FR /min TA syst. mmHg TA diast. mmHg

T° C° SpO2 % TRC sec Peak Flow /min

GCS E GCS V GCS M

Poids kg Glucométrie mg/dl

EVA

EVA non mesurable

La classe de triage ainsi que le délai maximal avant contact médical ont-ils été communiqués au patient ?

Oui

Non

Echelle ALGOLPLUS

Pupilles

CONTEXTE UNITÉ DE CRISE ?

Oui

Non

Actes accueilli

GESTE INFIRMIER IMMÉDIAT

INSTALLER MINERVE ACCUEIL

Mettre bracelet ID

ECG

Sédiment/Culture

Date : 05/08/2018 04:14

Cold Pack

Echarpe triangle

Pansement

ATTENTION ! GEL LIDOCAÏNE + TAL À PARTIR DE 2 ANS UNIQUEMENT (EFFET À PARTIR DE 20 MINUTES)

Gel Lidocaïne

One-shot

Quantité : 1 APPLICATION

Nom Prénom DDN Mozilla Firefox
 equafile.stluc.ucl.ac.be:8080/ehcr_application/servlet/FrontController/consultation.jsp

LOCALISATION TABLEAU BLANC PORTAL HISTORIQUE MENU GÉNÉRAL Recherche Nom utilisateur

Nom Prénom Sexe DDN - Age Num administratif Admission le Date - Heure Motif d'admission Clinique Universitaire St Luc Patients à clôturer - Patients à clôturer - Pati... (... / ... / ...)

DOSSIER D'URGENCE LIGNE DU TEMPS JOURNAL

Tri patient Accueil

Signalétique Patient

Episode administratif

Antécédents

Traitement Habituels

Données concernant 1/3

Anamnèse

Paramètres vitaux

Monitoring

Anamnèse infirmière

Examen Clinique

Examen complémentaire

Administration des médicaments

Actes Techniques

Objets personnels

Etat variable

Evolution

Matériels

Planning

Planning UO

Bilan hydrique

Génogramme

Suivi UO

Destination de sortie

Documents

Clôture

Transfert

Logigramme

Accueil Accueil Psy Score de Braden

Quantité : 1 APPLICATION Voie : dermique

TAL (Tetracaine/Adrenaline /Lidocaine)

One-shot

Quantité : 1 seringue Voie : in situ

Antécédents?

PATIENT FRAGILISÉ

Commentaires Accueil

Chirurgie récente?

Traitement antalgique pris à domicile?

Traitement habituel déjà pris au domicile?

L'AFFICHAGE DES MÉDICAMENTS SE FAIT EN ONE-SHOT ET DÉPEND DE L'ÂGE ET DE L'ENCODAGE PLAIE(S), EVA OU T°

Médicaments (Mode One-shot)

Dafalgan sirop 30mg/ml

One-shot

Quantité : 0 ML Voie : ORAL

Nom - Prénom 04:17 05/08/2018

Nom Prénom DDN - Mozilla Firefox

equafile.stluc.ucl.ac.be:8080/ehcr_application/servlet/FrontController/consultation.jsp

LOCALISATION TABLEAU BLANC PORTAL HISTORIQUE MENU GÉNÉRAL Recherche Nom utilisateur

Nom - Prénom Sexe DDN - Age Num administratif Admission le Date - Heure Motif d'admission Clinique Universitaire St Luc Patients à clôturer - Patients à clôturer - Pati... (../...)

DOSSIER D'URGENCE LIGNE DU TEMPS JOURNAL

Tri patient

Accueil

Signalétique Patient

Episode administratif

Antécédents

Traitement Habituels

Données concernant 1/3

Anamnèse

Paramètres vitaux

Monitoring

Anamnèse infirmière

Examen Clinique

Examen complémentaire

Administration des médicaments

Actes Techniques

Objets personnels

Etat variable

Evolution

Materiels

Planning

Planning UO

Bilan hydrique

Génogramme

Suivi UO

Destination de sortie

Documents

Clôture

Transfert

Logigramme

Accueil Accueil Psy Score de Braden

Quantité : 0 ML Voie : ORAL

VALTRAN GTT 10 ML 50 MG/20 GTT One-shot

Quantité : 10 GOUTTES Voie : ORAL

Tradonal (gttes) One-shot

Quantité : 0 GOUTTES Voie : ORAL

Tradonal Odis 50 mg One-shot

Quantité : 1 COMPR Voie : ORAL

Malafene sirop 100 MG/5 ML One-shot

Quantité : 0 ML Voie : ORAL

Perdolan (mono bebe) suppo 100 mg One-shot

Quantité : 0 SUPPO Voie : rectale (SMUR)

Perdolan (mono jeune enfant) suppo 200 mg One-shot

Quantité : 0 SUPPO Voie : rectale (SMUR)

Perdolan (mono enfant) suppo 350 mg One-shot

Quantité : 0 SUPPO Voie : rectale (SMUR)

Nom - Prénom 04:17 05/08/2018

Nom Prénom DDN Mozilla Firefox
 equafille.stluc.ucl.ac.be:8080/ehcr_application/servlet/FrontController/consultation.jsp

LOCALISATION TABLEAU BLANC PORTAIL HISTORIQUE MENU GÉNÉRAL Recherche Nom utilisateur

Nom - Prénom - Sexe DDN - Age Num administratif Admission le Date - Heure Motif admission Clinique Universitaire St Luc Patients à cloûter - Patients à cloûter - Pati... (./././.) A C E G

DOSSIER D'URGENCE LIGNE DU TEMPS JOURNAL

Tri patient

Accueil Accueil Psy Score de Braden

Voie : ORAL

One-shot

Quantité : 0 ML

Voie : ORAL

Malafene sirop 100 MG/5 ML

One-shot

Quantité : 0 SUPPO

Voie : rectale (SMUR)

Perdolan (mono bebe) suppo 100 mg

One-shot

Quantité : 0 SUPPO

Voie : rectale (SMUR)

Perdolan (mono jeune enfant) suppo 200 mg

One-shot

Quantité : 0 SUPPO

Voie : rectale (SMUR)

Perdolan (mono enfant) suppo 350 mg

One-shot

Quantité : 0 SUPPO

Voie : rectale (SMUR)

Motilium instant 10 mg

One-shot

Quantité : 0 COMPR

Voie : ORAL

Isobétadine dermique 10 ml

One-shot

Quantité : 0 APPLICATION

Voie : CUTANE

Physio 10 ml

One-shot

Quantité : 0 AMPOULE

Voie : IV (SMUR)

Nom - Prénom 04:18 05/08/2018

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

