

HFR

*Il attendait juste des nouvelles...*



**Diplôme EPD ES en Soins d'Urgences  
LAXAGUE Aymeric**

**Travail présenté à Thierry Jaffredou  
Dans le Cadre de la formation EPD ES  
en Soins d'Urgences**

**Septembre 2013**

# Sommaire

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
1.1 MON PARCOURS PROFESSIONNEL.....	3
1.2 INTRODUCTION DU LIEU .....	3
1.2.1 L'hôpital Pourtalès.....	3
1.2.2 Le service des urgences et sa salle d'attente .....	4
<b>2 CHOIX DU SUJET .....</b>	<b>5</b>
<b>3. REFLEXIONS ET CONSTATS.....</b>	<b>6</b>
<b>4. HYPOTHESES .....</b>	<b>6</b>
<b>5. MA PROBLEMATIQUE SOUS FORME DE QUESTION CENTRALE.....</b>	<b>7</b>
<b>6. THEME DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>7</b>
6.1 LA NOTION DE BESOIN ET D'ATTENTE ET LA SATISFACTION .....	7
6.2 REFERENCE LEGISLATIVE ET NOTION D'ACCOMPAGNANT .....	8
6.3 LES AIDANTS NATURELS .....	9
6.4 LA COMMUNICATION .....	9
6.5 LE CONFLIT ET L'AGRESSIVITE .....	11
<b>7 LA METHODOLOGIE .....</b>	<b>12</b>
<b>8. LES RESULTATS ET LEURS SIGNIFICATIONS .....</b>	<b>13</b>
8.1 ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DES ACCOMPAGNANTS.....	13
8.2 ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DES INFIRMIERS .....	22
<b>9. VERIFICATION DES HYPOTHESES.....</b>	<b>32</b>
9.1 CONSTATS.....	32
9.2 PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS.....	34
<b>10. CONCLUSION .....</b>	<b>35</b>
<b>11. REMERCIEMENTS.....</b>	<b>37</b>
<b>12. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>38</b>
<b>13. ANNEXES.....</b>	<b>40</b>
13.1 PHOTOS DE LA SALLE D'ATTENTE DES URGENCES DE POURTALES.....	40
13.2 DIRECTIVE INSTITUTIONNELLE RELATIVE A LA COMMUNICATION DE L' INFORMATION AU PATIENT .....	41
13.3 CHARTE DE QUALITÉ DES URGENCES.....	53
13.4 TACHES ET FONCTIONS DE L' IOA/ IRF.....	55

## 1. Introduction

### 1.1 Mon parcours professionnel

Je suis infirmier diplômé depuis 2003 à Limoges en France. Mon envie de découverte, m'a fait intégrer dans un premier temps le Groupe Hospitalier Sud Réunion (04-05), dans le département d'outre mer de la Réunion.

Cette opportunité m'a permis de me confronter dès la fin de ma formation à la diversité des soins d'urgences. Continuant ma route, j'ai exercé au Groupe Hospitalier Ouest Lémanique (05) à Nyon où, travaillant à temps partiel en médecine (70%), je complétais mon temps de travail dans le pool (urgences et chirurgie).

Me rapprochant de mon domicile, j'ai intégré le Centre Neuchatelois de Psychiatrie à Perreux, dans le service des Admissions/Crises (07). Ce service, traitant des urgences psychiatriques polypathologiques avec hétéro ou auto agressivité, m'a permis de découvrir la gestion de crise et de prendre conscience de l'importance de l'aspect psychologique dans les soins (l'empathie et la réassurance).

Rejoignant l'Hôpital Neuchatelois, j'ai pu parfaire mes connaissances en chirurgie avant d'intégrer le service des urgences en avril 08. Etant très attiré par le travail extra hospitalier et voulant diversifier mes compétences, j'ai intégré le Service Mobile de Réanimation en avril 09.

### 1.2 Introduction du lieu

Je pense qu'il est important avant tout, de vous présenter l'environnement dans lequel j'exerce ma fonction d'infirmier. Mon hôpital, se situe dans la ville de Neuchâtel.

#### 1.2.1 L'hôpital Pourtalès

L' Hôpital Neuchâtelois est une seule et même entité divisé en 7 sites géographiques. Cette division se retrouve également dans la répartition des rôles et des missions:

- 2 hôpitaux de soins aigus : Pourtalès et Chaux de Fonds,
- 4 hôpitaux de soins de réadaptation qui sont l'hôpital de la Béroche, l'hôpital de Landeyeux, l'hôpital du Locle, et l'hôpital de Couvet,
- 1 centre de soins palliatifs.

L'hôpital Pourtalès est le site le plus important du HNE<sup>1</sup>, qui compte plus de 200 lits, répartis en 12 unités de soins aigus, à savoir:

- 1 service d'urgences,
- 1 service de soins intensifs,
- 8 salles opératoires,
- 3 services de médecine,
- 3 services de chirurgie,
- 2 services de gynécologie-obstétrique,
- 1 service de pédiatrie et de néonatalogie.

Le service des urgences est quant à lui réparti en 16 salles:

- 7 salles de soins
- 2 salles de déchocage
- 1 salle d'intervention
- 1 salle de plâtre
- 1 salle de gynéco-proctologie
- 1 salle d'ORL
- 1 salle de radiologie dédiée aux urgences
- 1 salle d'observation pouvant accueillir 7 patients
- 1 salle d'attente pour les patients et accompagnants

Ce qui nous donne une capacité de 22 lits dans le service. En moyenne 50 consultations sont faites toutes les 24h, et 17'000 cas sont traités par année. 25% environ d'entre eux seront hospitalisés.

Le service compte: 34 infirmier-ère-s, dont 1 ICUS<sup>2</sup> et 12 spécialisés en soins d'urgences ou soins intensifs. Il y a également 2 ASSC et 1 aide-soignante.

Sur les 34 infirmier-ère-s, 19 font du SMUR.

Au niveau personnel, 10 infirmier-ère-s et 1 ASSC<sup>3</sup> se répartissent le travail sur 24h.

La mission des urgences consiste à accueillir toute personne se présentant par ses propres moyens ou en ambulance en situation d'urgence, et à la prendre en charge.

### 1.2.2 Le service des urgences et sa salle d'attente

Le service des urgences est situé au 1<sup>er</sup> étage de l'hôpital. Il présente :

- un accès pour les véhicules (ambulances et particuliers) avec un parking de 5 places pour les ambulances, les voitures du SMUR et 2 places de stationnement temporaires pour les particuliers.

---

<sup>1</sup> HNE : Hôpitaux Neuchâtelois

<sup>2</sup> ICUS : Infirmier-ère Cheffe d'Unité de Soins

<sup>3</sup> ASSC : Assitant-e en Soins et Santé Communautaire

- un accès piéton par l'entrée principale de l'hôpital, ce qui évite le mélange des flux de patients ambulatoires avec celui des patients couchés.

Une signalétique murale, ainsi qu'une signalétique au sol permettent aux patients valides mais aussi à mobilité réduite de se repérer, pour accéder au service et à la salle d'attente.

Je vais vous décrire notre salle d'attente, car c'est ce lieu qui va être le décor de mon mémoire. C'est ici que va prendre place l'accompagnant du patient qui va être installé en zone de soins. Dans un deuxième temps, selon la prise en charge, il sera dirigé vers le patient ou réorienté.

La salle d'attente comporte deux parties, pouvant accueillir au minimum une trentaine de patients et d'accompagnants. Une première partie (environ 25 places assises) fait face au bureau de l'infirmière d'orientation et d'accueil (IAO) et de l'hôtesse d'accueil qui effectue l'entrée administrative. Cet aménagement permet un contact visuel direct et continu.

Une deuxième partie, (environ 5 places assises) se situe légèrement en retrait. Elle était initialement prévu pour installer les patients lors de l'épidémie de grippe aviaire en 2010. Ces deux espaces sont séparés par un paravent. Le décor est sobre mais chaleureux, avec une mise à disposition d'un point d'eau, de lecture et d'une télévision. Cette zone d'attente est équipée à proximité de sanitaires permettant l'accès aux personnes à mobilité réduite. Au vue de la localisation du service, la salle d'attente bénéficie d'un éclairage artificiel.

La salle d'attente est donc une zone de transit entre arrivée, passage, attente et départ.

## 2 Choix du sujet

En début d'année 2012, durant une nuit avec un flux important aux urgences, un accompagnant est resté plusieurs heures dans la salle d'attente sans nouvelles de la personne qu'il avait amenée.

Très mécontent, il a écrit une lettre de réclamation incriminant l'attente, le manque de secret professionnel, la lenteur de la prise en charge.

Ayant pris en charge cette patiente, je me suis senti directement impliqué dans les récriminations de l'accompagnant. Le contexte de cette nuit : un flux important, la présence d'un patient en fin de vie avec sa famille. J' ai agi en essayant de prioriser mes soins. Alors pourquoi un sentiment de colère fait-il son apparition quand je suis mis au courant de la lettre de l' accompagnant ? Est-ce vraiment de la colère ou de la frustration vis-à-vis d' une prise en charge non globale?

Oui, le flux était très important,..... Oui, la présence d'un patient en fin de vie a complexifié la charge de travail (accueil de la famille, présence, installation, écoute),.....Oui, comme je suis formé à le faire, j'ai agi par priorités dans mes soins.

Néanmoins, je n'ai pas accordé de temps à cet accompagnant. Il m'aurait juste fallu une voire deux minutes pour expliquer la situation de manière globale.

### 3. Réflexions et constats

Me posant la question sur ce qui pouvait être à l'origine de cette situation, ma recherche documentaire m'a fait prendre conscience que l'hôpital peut être considéré par le patient et/ou l'accompagnant, comme un endroit étrange et hostile. L'admission d'un patient dans un service d'urgence est une source d'inquiétude, de stress, de tension pour lui et les personnes qui l'accompagnent<sup>4</sup>.

Je constate avec mon expérience, que les accompagnants sont parfois livrés à eux même face à leurs attentes et à leurs questionnements. Les accompagnants et les patients évoquent souvent cette notion du temps interminable, la vision de cette porte d'entrée dans le service avec un passage incessant et cette organisation qui paraît si obscure.

Ceci m'amène à penser que les besoins et les attentes des accompagnants ne sont pas clairement identifiés par les soignants.

J'ai également l'impression que la gestion des accompagnants en salle d'attente est infirmière-dépendante (accueil, présentation, création du lien, le moment de faire entrer la famille, de donner des informations sur la prise en charge du patient...).

Selon moi, le flux important, le délai d'attente et/ou de la prise en charge, le manque d'informations peuvent générer des situations de tensions, de conflits, d'agressivité de la part des accompagnants en salle d'attente. Ceci peut avoir une incidence globale sur les personnes présentes.

### 4. Hypothèses

L'énoncé de mes réflexions, m'a amené à considérer plusieurs hypothèses. Pour moi :

- La reconnaissance des besoins des accompagnants peut diminuer les situations de tensions, d'agressivités, de conflits en salle d'attente.
- Une meilleure gestion des accompagnants en salle d'attente permettrait :
  - D'améliorer la satisfaction des accompagnants et des patients,
  - D'améliorer la sécurisation des accompagnants et des patients,
  - D'apporter plus de calme et de sérénité en salle d'attente.

---

<sup>4</sup> Ce texte s'inspire largement du projet de l'hôpital de Rouen, *L'accueil personnalisé des familles aux urgences adultes : compétences et nouveau métier au service de chacun*, 2010, 10 p

- La réponse aux besoins des accompagnants en salle d'attente (lien, infos..), peut avoir une répercussion positive sur la prise en charge du patient. L'accompagnant peut être une ressource pour le patient et le soignant.

## 5. Ma problématique sous forme de question centrale

Arrivé à ce stade de mon travail, j'ai eu de la peine à énoncer ma question centrale. Je me suis rendu compte que l'accompagnant et le patient sont au centre de mes préoccupations et de mon travail ce qui m'a amené à énoncer la question suivante:

**Quelle serait la plus value amenée par la prise en compte systématique des besoins et attentes des accompagnants pour le patient et le soignant ?**

## 6. Thème de la recherche

A ce stade de mon travail, je me dois de clarifier les notions qui me seront indispensables pour étayer mes réflexions.

### 6.1 La notion de besoin et d'attente et la satisfaction

Ces notions sont souvent confondues dans notre langage courant. C'est pourquoi je me suis appuyé sur leurs définitions :

**Le besoin** correspond à une sensation de manque, d'inconfort ou de privation, qui est accompagné par l'envie de la faire disparaître par un comportement économique et/ou social menant à un mieux être<sup>5</sup>.

**L'attente** d'un usager est le fait de compter sur ce qu' il souhaite obtenir ou voir se réaliser concernant la nature des services offerts par l'établissement, leur qualité et la manière dont ils sont délivrés. Elle est liée à la représentation qu' il se fait de ce que doit proposer un établissement, de ce qu'est un service de qualité, sans forcément l'exprimer explicitement<sup>6</sup>.

**La satisfaction** désigne l'appréciation du citoyen, de l'usager en regard d'une prestation de services qui répond plus ou moins à ses désirs, à ses attentes<sup>7</sup>.

Mon objectif en tant que soignant est de pouvoir permettre au patient et à l'accompagnant d'être satisfait de la prise en charge. Afin d'aboutir à cette notion de

---

<sup>5</sup> <http://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/demarche-qualite>

<sup>6</sup> ibid weka

<sup>7</sup> Ibid weka

satisfaction, il m'est indispensable de déterminer quels sont ses besoins et ses attentes dans notre service des urgences. J'ai pris conscience, que le besoin est ce qui paraît être nécessaire à une personne et que l'attente est une espérance, le souhait d'une prestation.

## 6.2 Référence législative et notion d'accompagnant

Le Canton de Neuchâtel est soumis à la loi de santé du 6 Février 1995.

Cette loi a pour but de « contribuer à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de la santé dans le respect de la liberté, de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine et d'encourager dans ce domaine la responsabilité individuelle et collective » (Art.1).<sup>8</sup>

Dans notre Canton, le patient en capacité de discernement « faculté d'apprécier une situation et de prendre ces décisions en conséquences<sup>9</sup> », qui séjourne dans un établissement hospitalier a droit à une assistance et à des conseils pendant la durée de son séjour. Il a le droit de demander le soutien de ses proches et de maintenir le contact avec son entourage. Le patient a également le droit, de demander la présence d'un proche ou d'un accompagnant extérieur lors des entretiens avec les professionnels de santé. Ce droit appartient au patient et non à ses proches.

Je me suis alors posé la question de la signification de "accompagner". On peut le définir par « être avec, assister, être présent dans l'instant ».

Pour moi, il est important de distinguer dans la notion d'accompagnant deux catégories :

- l'accompagnant sans lien affectif, ni de parenté.
- l'accompagnant dit « proche ». On entend par proche, « les personnes qui connaissent bien le patient en raison de leur lien de parenté ou d'amitié avec lui et qui démontrent un intérêt pour sa situation. C'est l'intensité du lien affectif qui est déterminant ici. Il peut s'agir de membres de la famille, mais aussi de son concubin ou de l'un de ses amis.<sup>10</sup>

Tout en sachant que seul le patient, possédant sa capacité de discernement peut nous préciser de quelle catégorie d'accompagnant il s'agit. Ceci va nous permettre d'adapter le type d'informations et d'orientations (retour à domicile, patienter en salle d'attente, présence dans les boxes lors des soins), que nous allons pouvoir donner à l'accompagnant.

---

<sup>8</sup> Loi sur la Santé du canton de Neuchâtel.

<sup>9</sup> *L'essentiel des droits des patients*. Sanimédia, s.l, 2010, 22 p.

<sup>10</sup> *L'essentiel des droits des patients*. Sanimédia, s.l, 2010, 22p.

### 6.3 Les aidants naturels

Rappelez-vous, je vous parlais précédemment, des différents types d'accompagnants. Nous allons nous intéresser maintenant à l'accompagnant considéré comme proche. Pendant de nombreuses années, le patient lors de son entrée à l'hôpital a été séparé de son environnement familial. Lors de l'hospitalisation aux urgences, le proche comme le patient n'a plus la maîtrise de la situation, il ne connaît pas le déroulement de la prise en charge et le mode de fonctionnement de l'hôpital.

De nos jours, le patient doit pouvoir, s'il le désire, bénéficier de la présence de son cercle de proches. C'est un droit que le patient en capacité de discernement possède.

Il est documenté que la personne développant une maladie, un handicap a besoin d'une sécurité physique, psycho-affective et sociale que peuvent leur apporter les personnes de leur entourage, qu'il soit conjoint, amis, voisins, collègues, parents. Ceci leur permettant un mode d'ajustement au stress, à l'insécurité de la situation et permet un accompagnement dans les différentes émotions que le patient peut vivre au cours de cette épreuve<sup>11</sup>.

L'accompagnant devient un acteur à part entière de la prise en charge du patient. Il devient un aidant, que l'on peut appeler « naturel » et qui peut apporter au patient:

- De le réassurance, de l'accompagnement,
- De participer à différents soins ( confort, hygiène, alimentation),
- Un soutien psychologique ( diminution du stress et de l'anxiété),
- De favoriser le lien avec l'extérieur.

Il intervient alors un changement dans la relation de soins, elle n'est plus uniquement soignant/soigné mais se transforme en une relation triangulaire soignant/soigné/aidant naturel où les protagonistes sont tous en relation.

Cette approche place les proches dans un partenariat de soins et permet une complémentarité avec les soignants pour la prise en charge du patient.

### 6.4 La communication

La communication est présente à chaque instant, maintenant lorsque vous lisez mon travail, dans la vie de tous les jours et lorsque vous allez aux urgences. Elle est primordiale, c'est ce qui nous permet d'entrer en contact avec l'autre. Elle peut être de différentes formes, verbale et non verbale. Par sa qualité, elle nous permet d'instaurer une relation de confiance.

Elle peut être définie comme « un processus qui consiste à établir une relation avec autrui dans le but de partager un message en temps opportun de sorte que toutes les personnes

---

<sup>11</sup> Ce texte s'inspire largement du livre de THIBAUT-WANQUET, Pascale. *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital*. Masson, Issy-les-Moulineaux, 2008, 107p.

concernées se comprennent mutuellement. Ce processus fonctionne sur le principe de l'instauration d'un climat adapté, tant psychique que physique: mise en condition et état d'esprit des interlocuteurs, et organisation du lieu et du temps de l'écoute ».<sup>12</sup>

Un service d'urgence est un lieu particulier où s'entrecroisent les techniques, les émotions et les interactions. Les personnes qui se présentent, peuvent considérer l'expérience comme difficile, voire terrifiante (Heiskell et Pasnau, 1991). Dans ce contexte, peuvent être privilégiés les habilités techniques au détriment des habilités relationnelles. Les formations médicales et infirmières sont essentiellement basées sur des éléments techniques et les publications sont limitées (l'approche du patient difficile, la gestion de la qualité, mesure du taux de satisfaction). Le manque de temps est souvent un argument évoqué pour expliquer ce déficit relationnel. Cependant, la satisfaction du bénéficiaire de soins semble plus dépendre de la capacité du soignant à communiquer avec lui et à combler ses attentes qu' à la durée de la consultation (Stewart et autres, 1999). La compréhension de cet argument, doit permettre de mettre en œuvre une stratégie de communication plus efficace. Il ne s'agit pas nécessairement de consacrer beaucoup de temps à ces tâches, mais plutôt d'utiliser judicieusement le temps disponible (Guertler, 1997).<sup>13</sup>

Selon un groupe de travail américain (Knopp et autres, 1996), un certain nombre d'obstacles peuvent entraver la communication dans un contexte d'urgence :

- Les facteurs de stress chez le patient et le soignant,
- Les interruptions,
- Le bruit et les facteurs liés à l'environnement ,
- L'absence de relation antérieure entre le soignant et le patient,
- Les barrières culturelles et linguistiques,
- Les attentes et le besoins, qui varient d'un patient à l'autre<sup>14</sup>.

Ceci nous confirme l'interrelation entre toutes les thématiques vues jusqu'à présent, les besoins, les attentes et la communication.

Le premier soignant que l'on rencontre aux urgences est l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (IOA). L'accueil, c'est de la communication et un soin à part entière. Il conditionne le bon déroulement de la prise en charge et permet d' établir un partenariat avec la personne en attente de soins et ses accompagnants.

---

<sup>12</sup> Définition provenant du livre de RICHARD Claude et Marie-Thérèse LUSSIER. *La communication professionnelle en santé*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc, Québec, 2005, 786 p.

<sup>13</sup> Ce texte s'inspire largement du livre de RICHARD Claude et Marie-Thérèse LUSSIER. *La communication professionnelle en santé*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc, Québec, 2005, 786 p.

<sup>14</sup> Idib ,communication professionnelle en santé.

Aux urgences de Pourtalès, nous possédons un cahier des charges pour l' IAO. En effet celui-ci confirme cette vision de la place de la communication. Nous devons en un temps limité :

- accueillir le patient et ses accompagnants,
- recueil des informations,
- évaluer le degré d'urgence,
- distribuer des thérapeutiques sous délégation médicale,
- réévaluer le patient en attente,
- diminuer l'anxiété et établir un lien de confiance avec le patient et ses accompagnants,
- orienter le patient.

Les patients et leurs accompagnants, lors de leur arrivée aux urgences peuvent être en état de souffrance physique et psychique. Ils se retrouvent en quête de réponses immédiates, ce qui va engendrer un besoin d' information pour apporter une réassurance.

## 6.5 Le conflit et l'agressivité

Dans ce chapitre, je vais aborder la notion de conflit et d' agressivité. Ces deux notions se retrouvent de manière fréquente dans notre quotidien.

Le service des urgences est la porte d'entrée de l'hôpital sur l'extérieur. Il a pour mission de recevoir toute personne ayant un besoin de soins. Il est donc à la fois un lieu d'accueil, de soins pour tous.

Certains facteurs sont générateurs de conflits et d'agressivité : le stress, les délais d'attente, les patients et les proches arrivant en état de détresse, les diverses pathologies, les pics d'activités, un défaut de communication.

Le conflit peut être défini comme « le résultat de l'interférence entre forces opposées, qu' il s'agisse de divergence de besoins, d'intêrets ou de valeurs. Plus simplement, on peut dire que le mot conflit, exprime un désaccord entre deux ou plusieurs parties, personnes ou groupes, lorsque ce désaccord est vécu par l'une ou l'autre des parties comme un rapport de forces. Si un conflit est toujours le signe d'un désaccord, un désaccord n'évolue pas systématiquement en conflit. »<sup>15</sup>

Ce qui le différencie d'une personne au comportement agressif «qui est souvent une personne qui a peur, qui se sent menacée, qui se sent impuissante ou frustrée. Elle réagit à une menace imaginaire ou réelle et n'arrive pas à résoudre la situation par les voies d'expressions habituelles. »<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Définition du livre de BAYADA, Bernadette et al. *Conflit, mettre hors jeu la violence*. 2<sup>e</sup> éditions, Lyon, 1999, 142p.

<sup>16</sup> E.GBEZO Bernard. *Les soignants face à la violence*. Relation soignant-soigné, Edition Lamarre, 2eme édition, Paris, 2011, 227p.

<sup>16</sup> Idib, *Les soignants face à la violence*. Relation soignant-soigné.

Plusieurs études ont identifié 9 facteurs, susceptibles de déclencher de l'agressivité chez une personne.

- L'espace vital: zone minimale où se sentir à l'aise,
- Le mode de communication : notre attitude et notre manière de parler,
- L'estime de soi : besoin de se sentir reconnue, respecté,
- La sécurité : besoin de protection,
- L'autonomie : besoin de prendre ses propres décisions,
- Le rythme : besoin d'évoluer à son propre rythme,
- L'identité : besoin d'être reconnue comme personne unique,
- Le confort : besoin de se libérer de son problème et à retrouver un état de confort,
- La compréhension : besoin de se sentir compris dans ce que la personne vit.<sup>17</sup>

Notez, que ceci confirme, la persistance d'un lien entre la reconnaissance des besoins, la communication et les situations d'agressivité.

Cette agressivité fait partie des risques professionnels auxquels sont confrontés les infirmiers des urgences, en étant en première ligne face à la détresse du patient et de ses proches. Nous sommes ceux qui devons comprendre leurs inquiétudes et les comportements qu'elles peuvent générer. Ceci dans l'optique de permettre de les rassurer et de les aider à comprendre ce qu'il leur arrive pour notre propre protection.

## 7 La méthodologie

Dans ce chapitre, j'explique la méthodologie et les caractéristiques utilisées pour recueillir les données utiles à ma recherche. La méthodologie que j'ai retenue, a été celle d'une enquête prospective réalisée pendant 2 mois. L'étude est fondée sur deux questionnaires.

• Un questionnaire destiné aux accompagnants de patients se présentant aux urgences de Pourtalès à Neuchatel. Ce questionnaire a pour but de déterminer :

- la présence d'un lien éventuel de parenté avec le patient,
- la perception de l'accueil,
- la perception du lieu d'attente,
- la gestion des visites et de l'information concernant l'évolution de la situation du patient,
- l'identification des soignants,
- les informations sur l'attente et l'orientation,
- les priorités dans les besoins de l'accompagnant.

Les critères d'exclusion de cette étude sont les patients n'ayant pas leur capacité de discernement, les patients arrivant en ambulance, les patients n'étant pas accompagnés aux urgences, les patients de degré 1 et 2, et les enfants.

Sur l'année 2011, nous avons reçu indépendamment des critères cités précédemment 12528 cas, concernant des degré 3 et 4 pour les secteurs de chirurgie et de médecine. Je me suis fixé pour objectif, un échantillonnage de 50 questionnaires. J'ai donc préparé 100 questionnaires pour être distribué du 8 au 22 Avril 2013.

Je me suis basé sur le principe d'une gestion participative, en incluant mes collègues dans ma démarche. La distribution de ce questionnaire est effectuée lors de notre fonction d'IOA (ayant la responsabilité de la gestion de la salle d'attente), sur la totalité de nos amplitudes horaires( 24 h).

• Un questionnaire destiné aux infirmiers du service des urgences de Pourtalès à Neuchatel. Ce questionnaire a pour but de déterminer la perception des soignant sur :

- la reconnaissance des accompagnants,
- les informations avec l'hotesse,
- la prise de contact,
- la prise en charge de l'ioa,
- la prise en charge de l'infirmiere dans les box,
- la différence entre les degré d' urgences,
- les besoins des accompagnants,
- l'impact de la satisfaction des besoins.

Ce questionnaire sera distribué du 6 au 20 Mai 2013 pour l'ensemble des infirmier-es du service de pourtalès soit 32 questionnaires distribués.

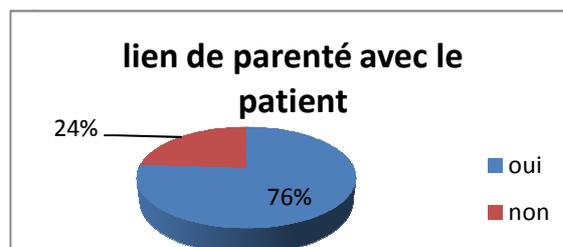
## 8. Les résultats et leurs significations

Dans ce chapitre, je mets en évidence les résultats obtenus sous forme de pourcentage. J'ai utilisé des graphiques pour contribuer à favoriser une meilleure clarté et lisibilité des résultats.

### 8.1 Analyse du questionnaire des accompagnants

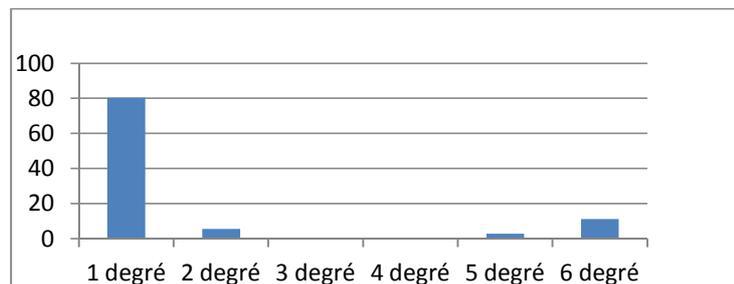
#### Identification

**Question n° 1 :** *Avez-vous un degré (lien) de parenté avec la personne que vous accompagnez ?*



Sur les 46 réponses, 35 personnes ont un degré de parenté, soit 76 % et 11 n'en n'ont pas, soit 24 %.

Il y a 36 réponses pour définir le degré de parenté. En effet, certains patients sont accompagnés par plusieurs proches. 80.5 % ont un lien de parenté de 1° degré (père, mère, enfant, époux, épouse), 5.5 % un lien de 2 °degré (petit enfant, grand parent, frère, sœur), 3 % ont un lien de 5° degré (compagne, compagnon pacsé) et 11 % ont un lien de 6° degré.



Je remarque que les patients sont accompagnés pour plus des  $\frac{3}{4}$  par des personnes ayant un lien de parenté dont 80 % par de la famille de 1°degré.

### Perception de l'accueil

#### Question n° 2 : Avez-vous le sentiment d'avoir bien été accueilli aux urgences ?

Sur les 46 réponses, 41 personnes ont le sentiment d'avoir été bien accueilli, soit 89 % et 5 n'avait pas ce sentiment soit 11 %.

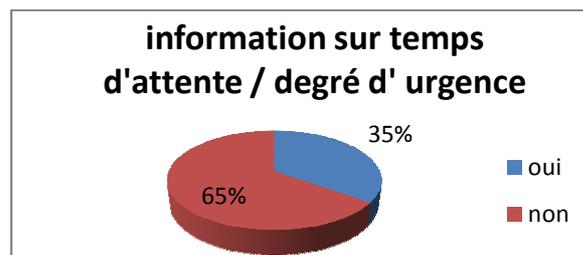
Si non, quelles en sont les raisons ? Sur les 5 personnes n'ayant pas le sentiment d'avoir été bien accueilli, 2 ont répondu que c'était en relation avec un manque d'informations.



Je constate que près de 9 accompagnants interrogés sur 10, estiment ressentir un bon accueil lorsqu' ils se présentent aux urgences.

**Question n° 3 :** *Vous a-t-on donné des informations sur le temps d'attente, en fonction du degré d'urgence ?*

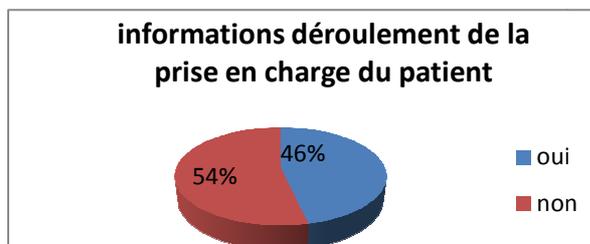
Sur les 46 réponses, 16 personnes ont reçu des informations sur le temps d'attente, en fonction du degré d'urgence soit 35 % et 30 personnes soit 65 % n'en n'ont pas reçu.



je relève dans cette question que environ 2/3 des accompagnants n'ont pas eu d'informations sur le temps d'attente en fonction du degré de tri.

**Question n° 4 :** *Vous a-t-on donné des informations sur le déroulement de la prise en charge de la personne que vous accompagnez ?*

Sur les 43 réponses, 20 ont reçu des informations sur le déroulement de la prise en charge de la personnes qu' il accompagnait, soit 46 % et 23 personnes n'en n'ont pas reçu, soit 54 %.

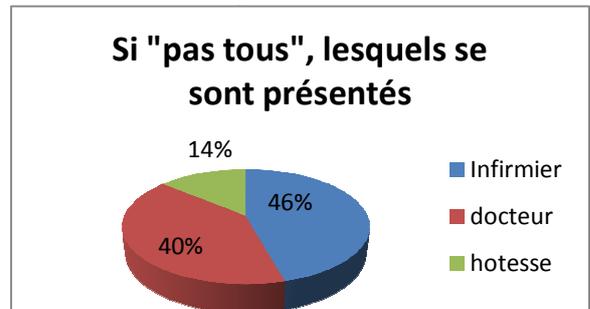
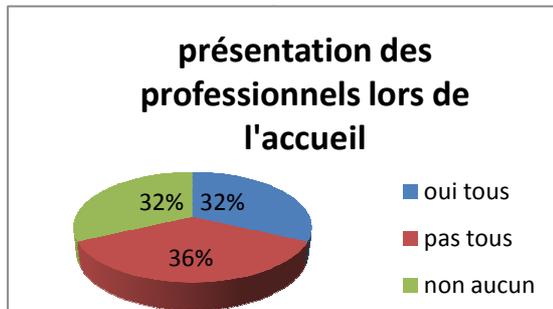


Je note que la moitié des accompagnants interrogés, disent ne pas avoir eu d'informations sur le déroulement de la prise en charge de la personne qu' ils accompagnent.

**Question n° 5 :** *Les différents professionnels lors de l'accueil se sont-ils présentés à vous, lors des premiers échanges ?*

Sur les 44 réponses, 14 personnes disent que tous les professionnels se sont présentés à l'accueil lors des premiers échanges, soit 32 %, 16 personnes « pas tous », soit 36 % et 14 personnes « pas du tout », soit 32 %.

Sur les 16 accompagnants qui indiquent que tous les professionnels ne se sont pas présentés, 46 % indiquent que l'infirmier s'est présenté, 40 % le médecin et 14 % l'hôtesse d'accueil.



**Perception du lieu d'attente et de la confidentialité**

**Question n° 6 :** *Le lieu où vous avez patienté est-il, selon vous, propice à l'attente?*

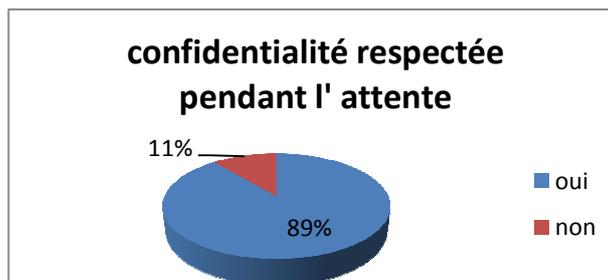
Sur 46 réponses, 37 personnes ressentent que le lieu où ils ont patienté est propice à l'attente, soit 80 % et 9 personnes pensent qu'il ne l'est pas, soit 20 %.



**Question n° 7 :** *Avez-vous le sentiment que la confidentialité a été respectée durant votre attente ?*

Sur 45 réponses, 40 personnes ressentent que la confidentialité a été respectée durant l'attente, soit 89 %. 5 personnes pensent qu'elle ne l'était pas, soit 11 %.

Sur les 11 % qui ne sont pas satisfaits de la confidentialité, il ressort que les accompagnants désireraient un espace fermé pour le tri, une salle d'attente avec un flux de passage moins important et un espace de jeux pour les enfants.



Sur les questions n° 6 et 7, je perçois une grande satisfaction de la part des accompagnants tant au niveau du qualité du lieu où ils patientent (80 %), qu' au niveau du sentiment de respect de la confidentialité en salle d'attente (89 %).

### **Gestion des visites, de l'information concernant l'évolution de la situation du patient**

**Question n° 8 :** *Avez-vous eu la possibilité de rejoindre la personne que vous avez accompagnée ?*

Sur les 43 réponses, 39 ont pu rejoindre la personne qu'ils avaient accompagné, soit 91 % et 4 personnes n' ont pas eu la possibilité de le faire, soit 9 %.



Sur les 39 personnes qui ont eu la possibilité de rejoindre la personne accompagnée, 30 ont répondu qu' elles ont pu le faire :

- Dès le début de la prise en charge (22 pers), soit 73 %,
- Après la visite du médecin ou l'installation du patient( 8 pers), soit 27%.

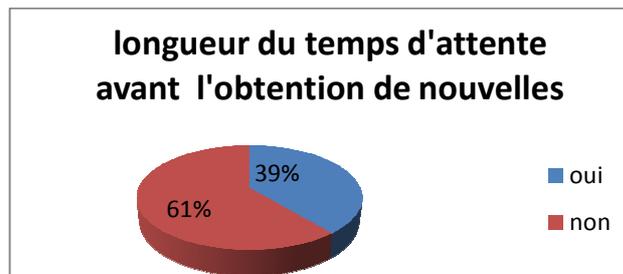
Sur les 4 personnes qui n'ont pas eu la possibilité de rejoindre la personne accompagnée, 4 ont répondu qu' elles n'ont pu le faire car :

- On ne leur a pas proposé (3 pers), soit 75 %,
- Il n'était pas un proche du patient (1 pers), soit 25 %.

Concernant la gestion des gestion des visites, je note que plus de 90 % des accompagnants, ont eu la possibilité de rejoindre la personne qu'ils avaient accompagné et 73 % de ceux là, dès le début de la prise en charge.

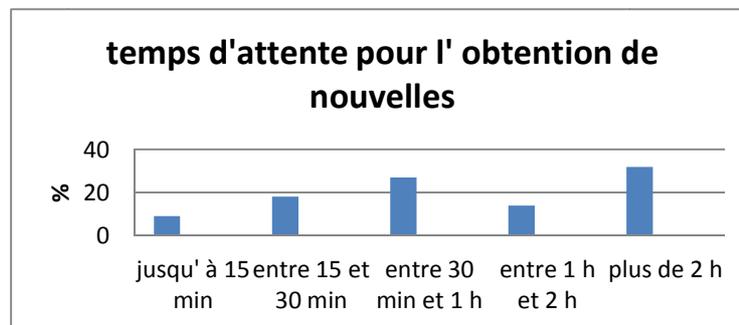
**Question n° 9 :** *Le temps d'attente pour obtenir des nouvelles, vous a-t-il paru long ?*

Sur les 31 réponses, 19 personnes trouvent que l'attente pour l'obtention de nouvelles n'a pas été longue, soit 61 % et 12 ont trouvé l'attente longue, soit 39 %.



Sur 31 réponses, 22 ont indiqué qu'ils avaient attendu :

- Jusqu'à 15 min (2 pers), soit 9%,
- Entre 15 et 30 min (4 pers), soit 18 %,
- Entre 30 min et 1 H (6 pers), soit 27 %,
- Entre 1 H et 2H (3 pers), soit 14 %,
- Plus de 2 H (7 pers), soit 32 %.



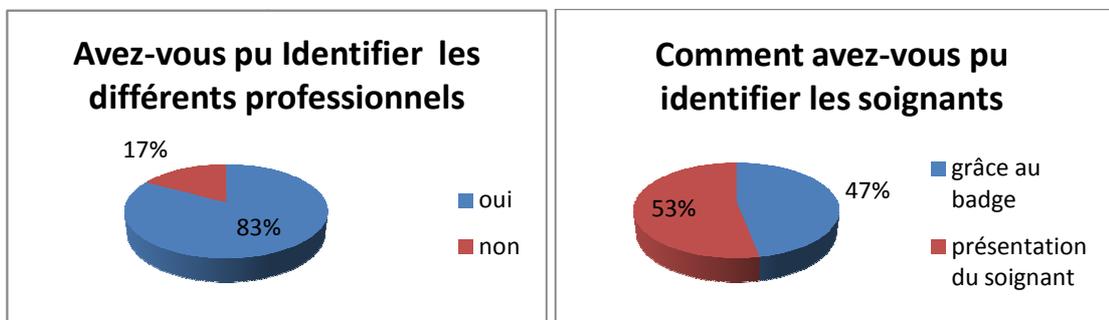
Je relève que pour plus de la moitié des accompagnants (61 %), l'attente pour obtenir des nouvelles ne leur a pas paru longue. Les nouvelles concernant l'évolution de la situation du patient sont données pour 54 % en moins de 1h, pour 14 % entre 1-2 h et pour 32 % en plus de 2 h.

## Identification des soignants

**Question n° 10 :** *Avez-vous pu identifier (nom, fonction) les différents professionnels qui ont été en contact avec vous ?*

Sur 46 réponses, 38 personnes ont pu identifier les différents professionnels, soit 83 % et 8 personnes n'ont pu les identifier, soit 17 %.

Sur les 38 personnes, 18 personnes ont pu identifier les professionnels grâce à leur badge, soit 47 % et 20 personnes indiquent que les différents professionnels se sont présentés, soit 53 %.

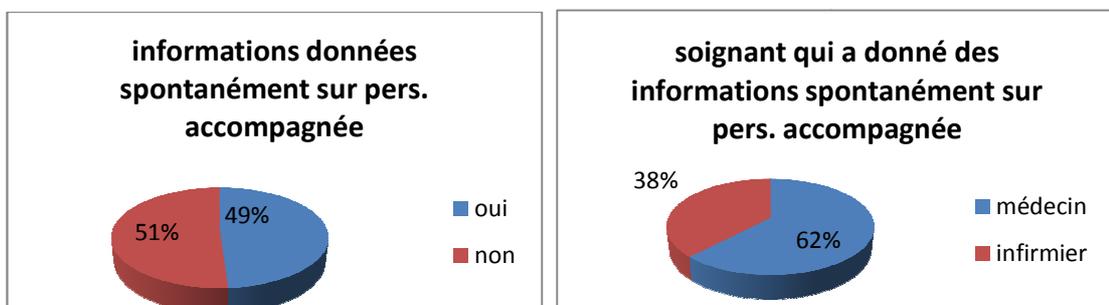


Je constate, que même si d'une manière globale, les soignants se présentent à 68 % des accompagnants (question n°5), les soignants sont identifiables pour 83 % des accompagnants (grâce au badge et à la présentation spontanée du soignant).

**Question n° 11 :** *Vous a-t-on spontanément donné des informations concernant la personne que vous avez accompagnée ?*

Sur 37 réponses, 18 personnes ont répondu positivement, soit 49 % et 19 ont répondu négativement, soit 51 %.

Sur les 18 qui ont répondu positivement, 16 ont indiqué que la personne qui leur a donné des informations spontanément était le médecin (10 pers), soit 62% et l'infirmier (6 pers), soit 38 %.

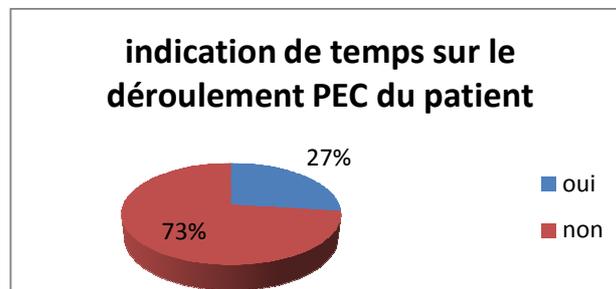


Je remarque que la moitié des accompagnants, n'ont pas reçu des informations de manière spontanée. Pour l'autre moitié, les informations sont données en majorité de la part du médecin (62 %)

### **Information attendue et orientation**

**Question n° 12 :** *Vous a-t-on donné une valeur approximative de temps du déroulement de la prise en charge du patient ?*

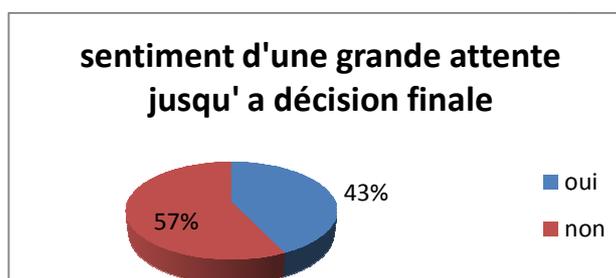
Sur 45 réponses, 12 personnes ont indiqué avoir reçu une valeur approximative, soit 27 % et 33 personnes n'en n'ont pas reçu, soit 73 %.



Je note, que 73 % des accompagnants interrogés indiquent ne pas avoir eu de valeur approximative de temps de prise en charge de la personne avec qui ils s'étaient présentés.

**Question n° 13 :** *Avez-vous le sentiment d'avoir beaucoup attendu jusqu'à la décision finale ?*

Sur 42 réponses, 18 ont indiqués avoir ce sentiment, soit 43 % et 24 personnes n' ont pas eu le sentiment d'avoir beaucoup attendu, soit 57 %.

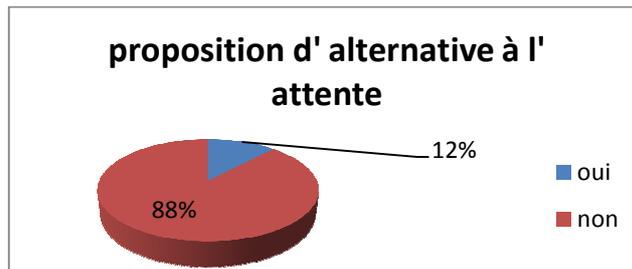


Je distingue que la plus de la moitié des accompagnants (57 %), n' a pas eu le sentiment d'avoir beaucoup attendu. Cependant pour les accompagnants qui ressentent un temps d'attente trop long avant la décision finale, ils évoquent que la sensation du temps d'attente est majorée par le stress et par le manque d'informations.

Ils évoquent également que le personnel soignant était occupé et qu' il ne donnait pas les résultats dans le temps prévu.

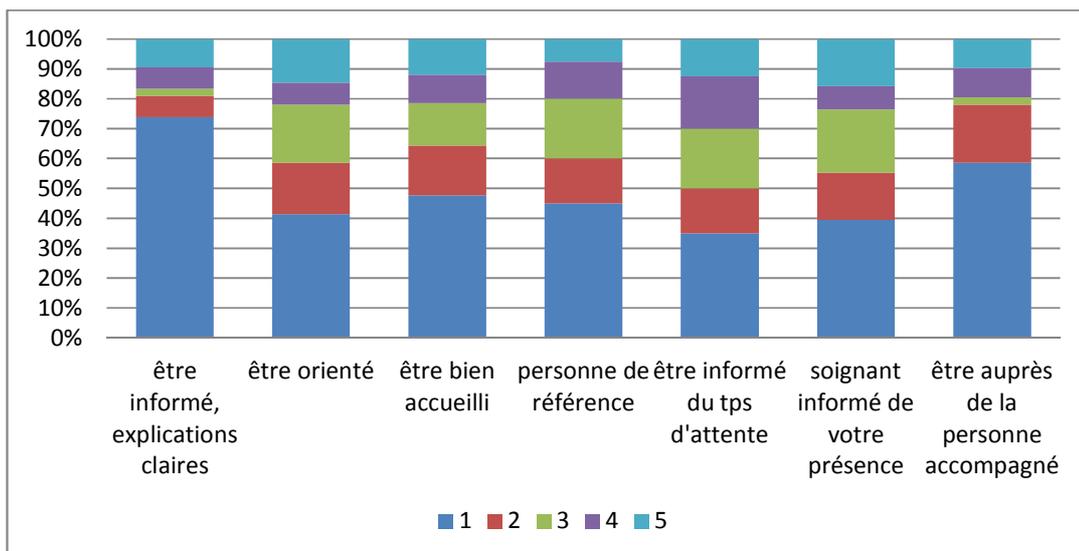
**Question n° 14 :** *Vous a-t-on proposé une alternative à l'attente ?*

Sur 42 réponses, 37 personnes disent qu'on ne leur a pas proposé d'alternative, soit 88 % contre 5 personnes, soit 12 %.



Je relève que peu d'alternatives sont proposées aux accompagnants. Pour les 12 % des accompagnants à qui une alternative à l'attente a été proposée, elle a été de revenir à une heure déterminée, de se restaurer ou de retourner à son domicile.

**Question n°15 :** *Quelles sont, pour vous, les priorités dans vos besoins en tant qu' accompagnant aux urgences ? Veuillez classer de 1 à 5, 1 étant le plus important, 5 étant le moins important*



Je constate par les 42 réponses à cette question, que les accompagnants se reconnaissent bien comme personne ayant des besoins en tant qu'accompagnateurs aux urgences. Je peux déterminer également une priorisation dans leurs besoins et j'obtiens :

- 1°- le besoin d'être informé, d'avoir des explications claires (74 %),
- 2°- le besoin d'être auprès de la personne accompagné (58.5%),
- 3°- le besoin d'être bien accueilli (47.5%),
- 4° - le besoin d'avoir une personne de référence à qui s'adresser (45%),
- 5° - le besoin d'être orienté (41.5%),
- 6° - le besoin de savoir que le personnel est informé de la présence de l'accompagnant (39%),
- 7° - le besoin d'être informé du temps d'attente (35%).

**Question n° 16 :** *Au(x)quels de ces besoins n'avons-nous pas répondu, selon vous ?*

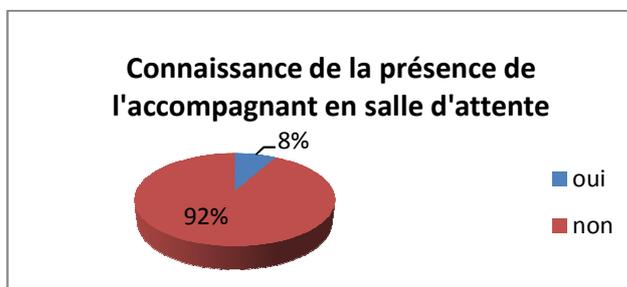
Sur 10 réponses à cette question, il ressort que nous n'avons pas répondu au besoin de l'information sur le temps d'attente (60%), au besoin d'être informé (20%), aux besoins d'orientation (10 %), de personne de référence (10%).

## 8.2 Analyse du questionnaire des infirmiers

### Reconnaissance des accompagnants

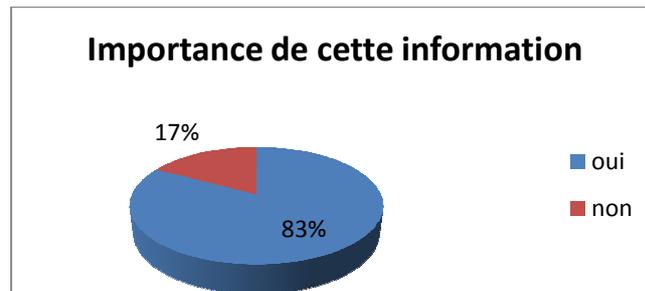
**Question n° 1 :** *Savez-vous systématiquement qui est l'accompagnant en salle d'attente ?*

Sur 24 réponses, 22 soignants disent ne pas savoir systématiquement, soit 92 % contre 2 soignants, soit 8%.



- *Ceci revêt-il une importance particulière, pour vous ?*

Sur 24 réponses, 20 soignants évoquent le fait que cela est important pour eux, soit 83 % contre 4 personnes 17 %.



Je constate que 92% des infirmiers indiquent ne pas savoir systématiquement qui est l'accompagnant en salle d'attente et que cela revêt une importance particulière pour 83%. Les arguments avancés par mes collègues pour expliquer cette importance sont :

- L'utilisation des accompagnants comme ressource pour les soignants,
- L'importance des accompagnants pour donner des informations et aller le chercher,
- Vision globale de la salle d'attente,
- L'importance des accompagnants comme soutien et ressource pour le patient,
- Permettent de compléter les anamnèses (atcd, traitement, survenue d'un incident/accident),
- Evite les oublis.

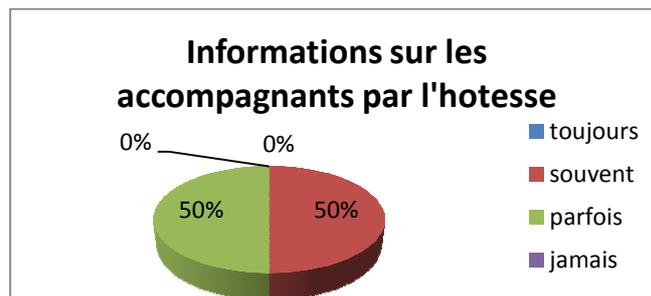
Pour 17 % de mes collègues, cette information ne revêt pas une importance particulière :

- Peu importante si ce sont des urgences mineures,
- Importante uniquement si le patient est agité, et/ou dément,
- Pas importante si le patient est orienté et parle français,
- Car les soins sont donnés au patient, pas à l'accompagnant.

### Information/hôtesse d'accueil

**Question n° 2 :** *Avez-vous des informations (liens, positionnement dans la salle d'attente..) sur les accompagnants du patient par l'hôtesse d'accueil, après leur arrivée ?*

Sur les 24 réponses, 12 soignants indiquent avoir *souvent* des informations de la part de l'hôtesse d'accueil, soit 50 % et 12 soignants indiquent en avoir *parfois*, soit 50 %.



Je note que la collaboration avec les hôtesse d'accueil est bonne, mais pas systématique dans l'information sur les accompagnants.

### Prise de contact

**Question n° 3 :** *Lors de la prise de contact avec le patient, demandez-vous systématiquement si le patient désire être avec son accompagnant durant sa prise en charge?*

Sur les 24 réponses, 6 soignants demandent systématiquement si le patient désire être avec son accompagnant durant la prise en charge, soit 25 % contre 18 qui ne le demande pas soit, 75 %.



Mes collègues qui demandent systématiquement, lors de la prise de contact, si le patient désire être avec son accompagnant avancent comme explication :

- Que celui-ci peut avoir un rôle de soutien, être une ressource,
- Cela permet d'avoir une idée sur la volonté et le désir du patient,

- Que cela facilite la communication, si il y a un problème linguistique,
- Que cela peut être plus agréable que tout le « monde patiente ensemble ».

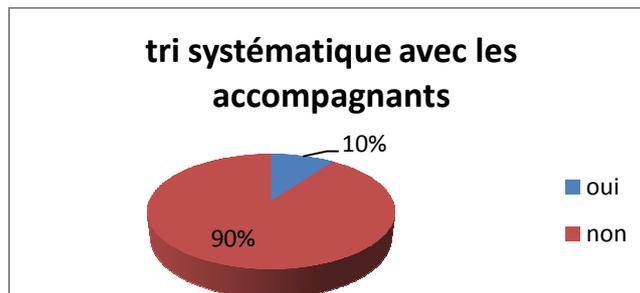
Mes collègues qui ne demandent pas systématiquement évoquent le fait :

- De préférer installer le patient en premier, pour permettre une meilleure prise de contact et de favoriser la confidentialité,
- Qu' il y ait peu de place dans les box de soins,
- Que cela évite un afflux massif de personnes à l'intérieur du service des urgences,
- Que cela dépend du motif de consultation et du lien avec l'accompagnant,
- Que la demande doit venir du patient,
- Que les médecins préfèrent voir les patients seuls au début de la PEC.

### **Lors de la PEC de l'IOA**

**Question n ° 4 :** *Lorsque vous avez la fonction d'IAO, effectuez- vous systématiquement votre tri avec les accompagnants ?*

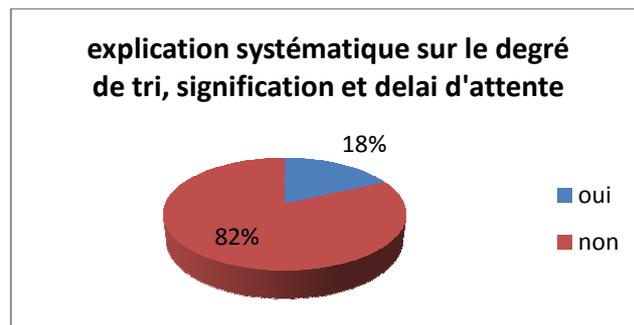
Sur 21 réponses, 2 soignants effectuent systématiquement le tri avec les accompagnants, soit 10 % contre 19 qui ne le font pas, soit 90 %. 3 soignants n' ont pas répondu.



La quasi-totalité de mes collègues (90 %) n'effectuent pas un tri systématique avec les accompagnants. Les 10% qui effectuent le tri avec les accompagnants, évoquent le fait que cela peut être rassurant pour le patient et que cela permet d'avoir plus d' informations sur le patient.

**Question n° 5 :** Lorsque vous avez la fonction d'IAO, donnez-vous systématiquement des explications sur le degré de tri, leur signification, le délai d'attente envisagé aux patients et aux accompagnants ?

Sur 22 réponses, 4 soignants le font, soit 18 % contre 19 personnes soit 82 %. 2 soignants n'ont pas répondu.



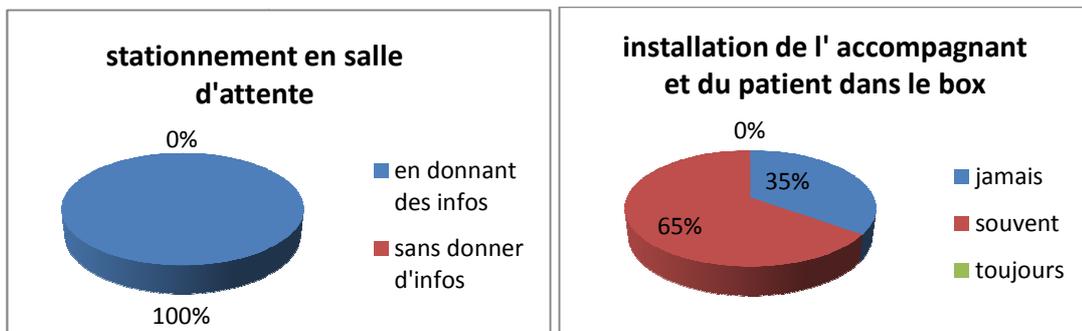
Cette réponse corrobore, le ressenti des accompagnants sur les informations données sur le temps d'attente, en fonction du degré d'urgence (question n°3 du questionnaire sur les accompagnants).

### Lors de la PEC infirmière

**Question n° 6 :** Lorsque vous allez chercher les patients en salle d'attente pour les installer dans le service, de quelle manière procédez vous avec les accompagnants ?

Sur 20 réponses, 13 soignants indiquent faire entrer l'accompagnant *souvent* en même temps que le patient dans le box, soit 65 % contre 7 qui ne font *jamais* entrer l'accompagnant en même temps, soit 35 %. *Aucun* soignant ne fait entrer systématiquement patient et accompagnant.

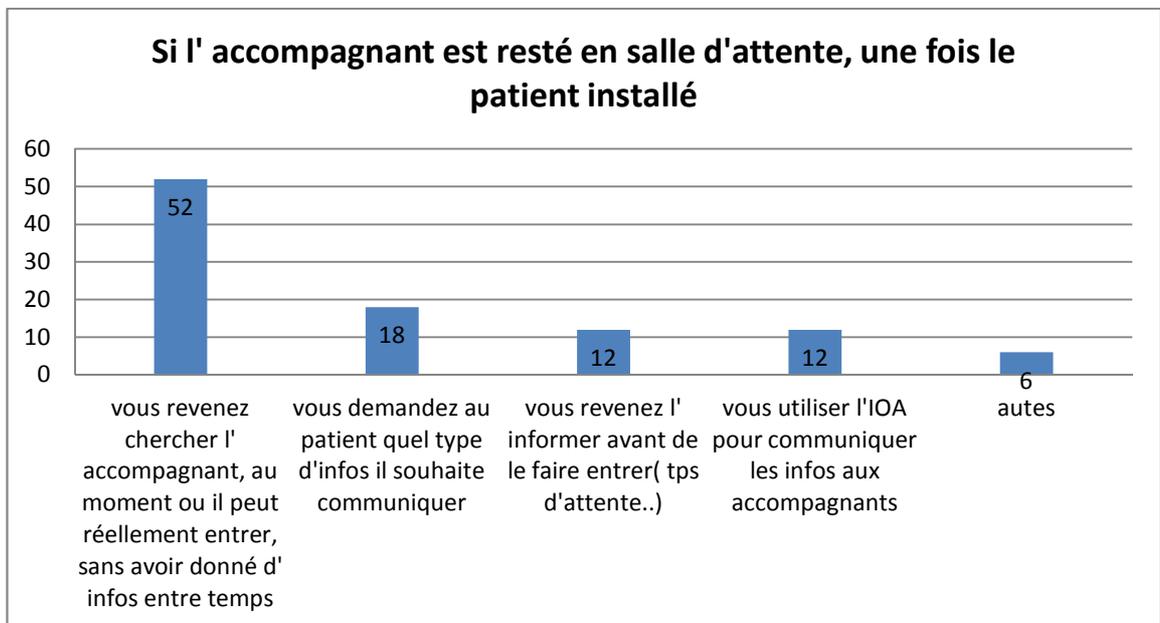
23 soignants sur 23 réponses indiquent que lorsqu' ils font patienter les accompagnants en salle d'attente, ils le font en leur donnant des informations, soit 100%.



Il est intéressant de noter que l'installation du patient ne se fait pas systématiquement avec l'accompagnant (confidentialité, respect de l'intimité, prise de contact...). Les infirmiers veillent à donner une information de manière systématique si l'accompagnant reste en salle d'attente.

**Question n ° 7 :** *Une fois le patient installé, si l'accompagnant est resté en salle d'attente, comment procédez vous alors ?*

Plusieurs réponses possibles, avec un total de 34 réponses données par les soignants.



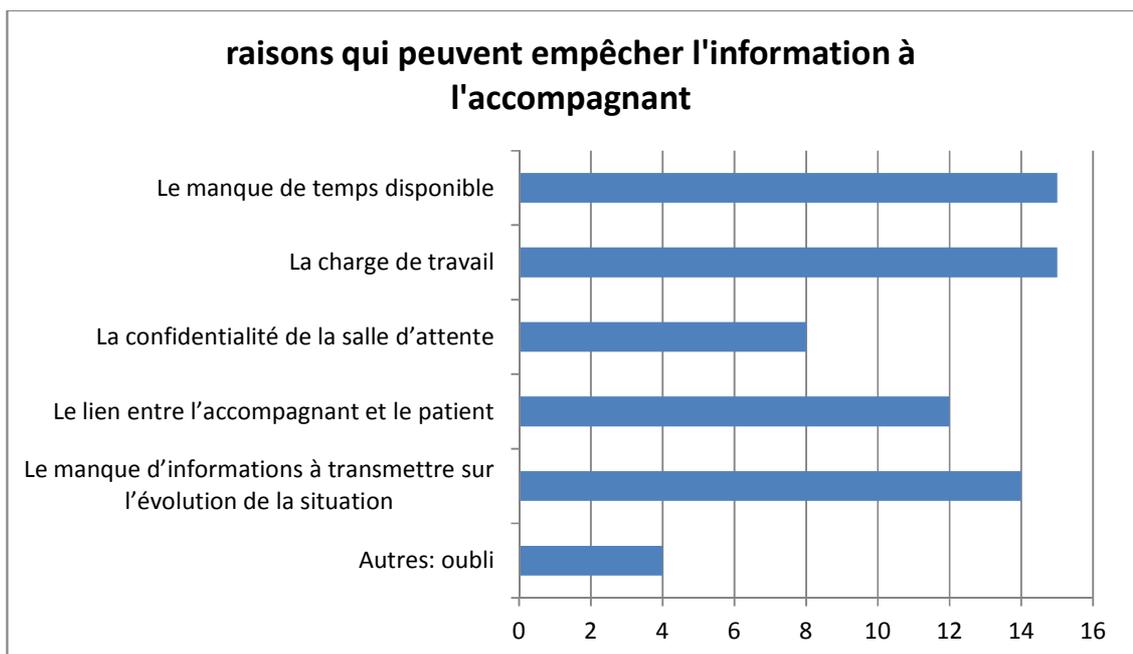
- 52% de mes collègues reviennent chercher l'accompagnant, au moment où il peut réellement entrer, sans avoir donné d'information entre temps,
- 18% demandent au patient quel type d'informations il souhaite communiquer à son accompagnant,
- 12% reviennent l' informer avant de le faire entrer, sur le temps d'attente ou l'avancement de la situation,
- 12% utilisent l' IOA comme vecteur à l' information des accompagnants,
- 6% demandent à l'hôtesse d'accueil de faire le lien avec les accompagnants.

### **Difficulté dans l'information aux accompagnants**

**Question n° 8 :** *Lorsque vous n'avez pas pu informer l'accompagnant qui attend, quelles seraient les raisons qui vous en auraient empêchées ?*

Sur cette question à choix multiples, j'ai récolté 68 réponses sur 6 items différents.

- 22% le manque de temps disponible,
- 22% la charge de travail,
- 20% le manque d'informations à transmettre sur l'évolution de la situation,
- 18% le lien entre le patient et l'accompagnant,
- 12% la confidentialité en salle d'attente,
- 6 % l'oubli.

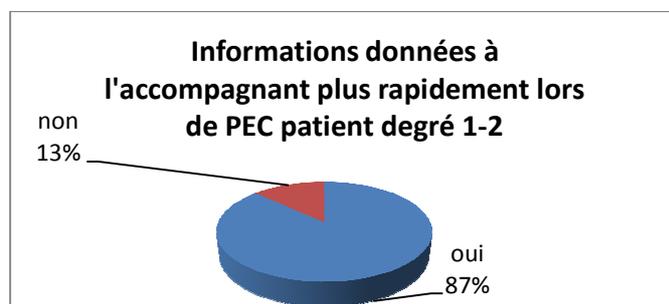


Je distingue une certaine homogénéité autour des 20% sur les différents facteurs qui peuvent entraver l'information aux accompagnants.

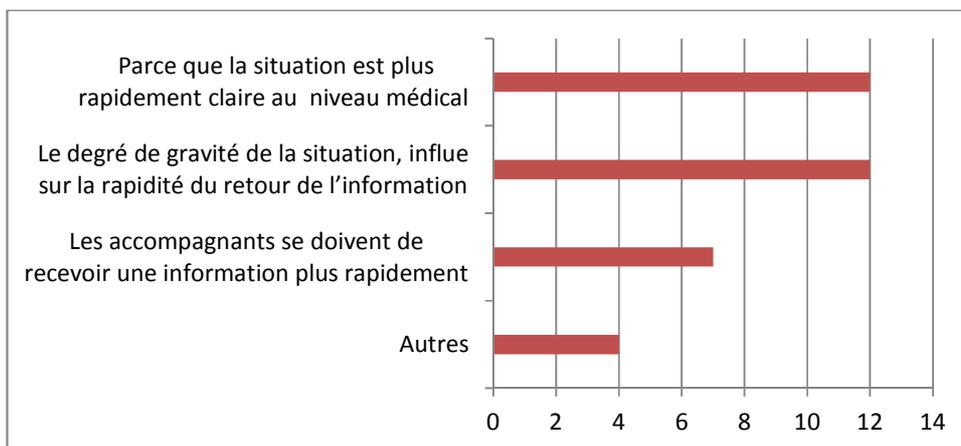
### Différence entre degré d'urgences

**Question n ° 9 :** *Avez-vous l'impression de donner des informations sur l'évolution de la situation plus rapidement lorsque vous prenez en charge des patients degré 1-2 que ceux catégorisés degré 3-4 ?*

Sur 24 réponses, 21 ont répondu donner des informations plus rapidement lors de prise en charge de degré 1-2, soit 87 % contre 3 personnes soit 13 %.



Mes collègues qui ont l'impression de donner des informations plus rapidement lors de prise en charge de patient de degré supérieur (1-2) avancent comme arguments :



- 34% parce que la situation est plus rapidement claire au niveau médical,
- 34% le degré de gravité de la situation, influe sur la rapidité du retour de l'information,
- 20% les accompagnants se doivent de recevoir une information plus rapidement,
- 12% l'évolution du patient est plus rapide et l'accompagnant est plus angoissé.

Il est intéressant de noter l'impact de l'importance et de la rapidité du retour de l'information aux accompagnants en fonction des degrés d'urgences.

**Question n°10 :** *Pensez vous que l'accompagnant peut être une ressource pour le patient ?*

Sur 24 réponses, 100% des infirmiers pensent que l'accompagnant peut être une ressource pour le patient.



Cette question fait l'unanimité, les infirmiers identifient et reconnaissent l' accompagnant comme potentielle ressource pour le patient.

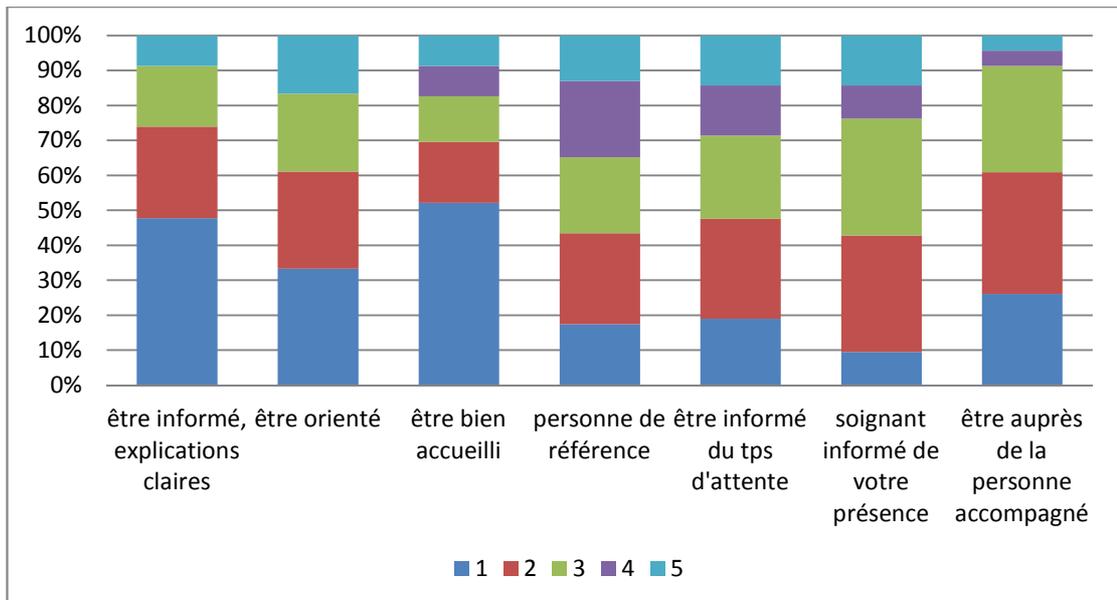
Les soignants explicitent leur réponse en indiquant que l' accompagnant peut avoir un effet calmant, rassurant et de soutien pour le patient. Il peut être un repère, tenir compagnie et effectuer une surveillance si le patient est désorienté.

L' accompagnant peut aussi être une ressource en complétant des informations sur le patient et peut permettre une meilleure compréhension des explications médicales dans la mise en place et/ou dans l' observance des thérapies.

Il est identifié également comme un lien entre l'hôpital et l'extérieur.

## Besoins des accompagnants

**Question n° 11 :** *Quels sont d'après vous les besoins des accompagnants aux urgences? (classer de 1 à 5, du plus important au moins important).*



23 soignants ont répondu à cette question. Il est intéressant de noter que cela sous entend que les soignants reconnaissent également l'accompagnant comme personne ayant des besoins à part entière.

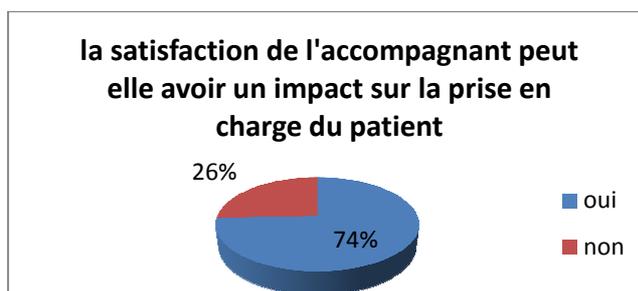
Je peux déterminer également une priorisation, dans cette projection des soignants sur les besoins des accompagnants. Si j'effectue une classification de la priorité de besoins, j'obtiens :

- 1°- le besoin d'être bien accueilli (52%),
- 2°- le besoin d'être informé, d'avoir des explications claires (48%),
- 3°- le besoin d'être orienté (33%),
- 4° - le besoin d'être auprès de la personne accompagnée (26%),
- 5° - le besoin d'être informé du temps d'attente (19%),
- 6° - le besoin d'avoir une personne de référence a qui s'adresser (17 %),
- 7° - le besoin de savoir que le personnel est informé de la présence de l'accompagnant (9.5%).

## Impact satisfaction

**Question n ° 12 :** *Pensez vous que la satisfaction des besoins de l'accompagnant peut avoir un impact sur la prise en charge du patient ?*

Sur 23 réponses, 17 pensent que la satisfaction des besoins de l'accompagnant peut avoir un impact sur la prise en charge du patient, soit 74 % contre 6 soit 26 %.



Je note que les  $\frac{3}{4}$  des soignants pensent que la satisfaction des besoins des accompagnants peut avoir une incidence sur la prise en charge du patient.

Mes collègues l'expliquent par le fait que l'état d'esprit de l'accompagnant peut se transmettre au patient aussi bien en positif que en négatif. Et il peut avoir un fort impact psychologique en majorant ou diminuant son angoisse.

## 9. Vérification des hypothèses

### 9.1 Constats

Dans ce chapitre, je compare les résultats obtenus dans mes questionnaires accompagnants et infirmiers avec mes hypothèses afin de confirmer ou d'infirmer celles-ci.

Il me paraît incontestable que les soignants reconnaissent le fait que les accompagnants, comme les patients ont des besoins. Il ressort de mon étude, que l'accueil et le besoin d'informations sont les deux besoins principaux qui ressortent dans cette projection.

L'implication des soignants pour l'accueil est confirmée par le ressenti des accompagnants. Ceci est pour moi, en lien avec la recherche d'amélioration initiée depuis ces deux dernières années (priorité de service de l'année 2012), la clarification du rôle et de la fonction de l'IAO, charte sur l'accueil (non affiché), la meilleure gestion et compréhension de notre outil de tri (Echelle Suisse de Tri) grâce à des formations internes dispensées par des collègues des urgences référents du tri.

Cependant, même si le besoin d'être informé semble être une priorité dans la vision du soignant, il ressort que les accompagnants ne sont pas satisfaits par les différentes

informations mises à disposition (informations sur le temps d'attente, en fonction des degrés d'urgences, sur les déroulements des prises en charges, sur la valeur approximative du temps de déroulement de la prise en charge).

J' ai à l'esprit cette réalité du terrain : lorsque le flux de patients est important, nombres de difficultés peuvent entraver le passage des informations (situations de gravité différentes, surcharge de travail, stress, fatigue, manque d'informations à transmettre, manque de temps, lien entre l'accompagnant et le soignant, l'oubli de la présence de l'accompagnant). Tous ces arguments sont vrais, ils font partis de notre quotidien.

La reconnaissance de ses difficultés doit nous permettre de mettre en œuvre une stratégie de communication et d'information plus efficace pour les accompagnants mais aussi pour les patients. Comme l'indiquait Guertler en 1997, « Il ne s'agit pas nécessairement de consacrer beaucoup de temps à ces tâches, mais plutôt d' utiliser judicieusement le temps disponible ».

A travers mon travail, j 'ai pu identifier et reconnaître les besoins principaux des accompagnants de façon précise et ciblée. Toutefois, mon questionnaire ne m'a pas permis de faire un lien direct entre la reconnaissance des besoins et la diminution des situations d'agressivité et de conflits.

Ma deuxième hypothèse supposait que la réponse aux besoins des accompagnants en salle d'attente (lien, infos...), pouvait avoir une répercussion positive sur la prise en charge du patient. L'accompagnant, pouvait être une ressource pour le patient et le soignant.

Les soignants reconnaissent à l'unanimité que l'accompagnant peut avoir un impact important. Il peut être aussi bien positif que négatif. Les infirmiers identifient et reconnaissent l' accompagnant comme potentielle ressource pour le patient, mais son utilisation en tant que tel n'est pas encore une systématique. De plus, je remarque une ambivalence. 9 soignants sur 10 ne connaissent pas systématiquement l'identité de l'accompagnant qui patiente en salle d'attente, bien que cela leur paraisse une information importante pour plus de 8 soignants sur 10. Je me rends compte qu' il manque un outil permettant d'avoir de façon systématique cette information.

Les soignants explicitent leur réponse en indiquant que l' accompagnant peut avoir un effet calmant, rassurant et de soutien pour le patient. Il peut être un repère, tenir compagnie et effectuer une surveillance si le patient est désorienté. L' accompagnant peut aussi être une ressource en complétant des informations sur le patient et peut permettre une meilleure compréhension des explications médicales dans la mise en place et/ou dans l' observance des thérapeutiques. Il est identifié également comme un lien entre l'hôpital et l'extérieur.

Cependant, pour que celui-ci reste une ressource positive, nous devons pallier au manque d'informations, facteur majorant le stress et l'anxiété de l' accompagnant.

Ma troisième hypothèse supposait qu'une meilleure gestion des accompagnants en salle d'attente permettrait :

- D'améliorer la satisfaction des accompagnants et des patients,
- D'améliorer la sécurisation des accompagnants et des patients,
- D'apporter plus de calme et de sérénité en salle d'attente.

Arrivé à ce stade de mon travail, je me rends compte qu'il y a un décalage entre la formulation de mon hypothèse et ce que je voulais démontrer. Si je reformule mon hypothèse, je suppose qu'une meilleure gestion des accompagnants en salle d'attente permet d'améliorer la satisfaction et la sécurisation de ces derniers. Je peux en déduire un effet collatéral: plus de calme et de sérénité en salle d'attente. De cette méprise (le patient devenait alors le centre de mon hypothèse), j'ai cependant retiré des résultats qui sont exploitables. J'ai voulu savoir si des alternatives avaient été proposées dans ce but là. J'ai pu noter que pour 88% des accompagnants, aucune alternative n'a été proposée.

Devons nous réfléchir aux moyens à utiliser pour nous permettre d'optimiser la gestion de la salle d'attente (réorientation, cafétéria, retour à domicile, rappel par téléphone), et d'apporter plus de calme, de sérénité, d'améliorer la sécurisation et la satisfaction des accompagnants?

Je pense que j'ai pu répondre à ma question centrale. La prise en compte des besoins et des attentes des accompagnants ne se fait pas encore de manière systématique. Les soignants reconnaissent, que la satisfaction des besoins de l'accompagnant a un impact sur la prise en charge du patient (modulation du stress et de l'anxiété). Il en ressort l'importance de l'accompagnant pour le soignant (impact sur le patient, compléments d'informations, lien avec le patient et avec l'extérieur, participation à différents soins). Prenant conscience de la plus-value des accompagnants, je pense que les soignants vont être plus sensibilisés à leurs besoins et à leurs attentes.

## 9.2 Propositions d'améliorations

Dans ce chapitre, je vais vous expliquer les différentes réflexions que j'aimerais mener pour les accompagnants en salle d'attente aux urgences.

Une réflexion pourrait être initiée sur l'information aux accompagnants. J'ai remarqué que cela était le principal motif de mécontentement. La notion d'attente étant plus nuancée avec 57 % de personnes n'ayant pas l'impression d'avoir beaucoup attendu avant la décision finale et 61% n'ont pas eu l'impression d'avoir trop attendu pour avoir des nouvelles du patient. Pour répondre à ce premier point, j'ai réfléchi à quelques pistes d'améliorations:

- apporter différentes informations de manière pédagogique par le biais de dépliants en salle d'attente :
  - expliquer les notions des degrés d'urgences, avec le temps imparti pour être vu par le médecin et la notion de gravité par rapport aux différents degrés,

- le déroulement d'une prise en charge,
- les personnes disponibles par horaires aux urgences,
- la mission des urgences,
- le nombre de patients vus en consultations par an et par spécialité
- les droits des patients.

On peut imaginer d' autres supports médiatiques tels que des spots télévisuels ponctuels projetés en salle d'attente, des campagnes d'affichages toujours dans le lieu d'attente.

En ce qui concerne l' information de la présence de l' accompagnant pour le soignant, je propose le rajout d' un item sur la feuille de tri qui indiquerait la présence de cette personne ainsi que son lien avec le patient. Il ressort de l'étude que c'est une information importante pouvant manquer aux soignants.

La salle d'attente est perçue par les accompagnants comme un lieu où la confidentialité est respectée. Au vu de ce constat, il me semble judicieux d' enlever la séparation afin de permettre la visualisation globale des patients et des accompagnants par l' hôtesse d'accueil et par l' IOA, le but étant d' en améliorer la gestion.

Je constate de plus en plus la présence d'enfants en salle d' attente. L' aménagement actuel demande à être complété: un lieu avec des jouets, coloriage et des livres, ceci dans le but d'alléger leur attente.

Il me paraît également important de réfléchir sur les alternatives à l'attente. Je pense qu' il faut systématiser ces propositions d'alternatives comme: le retour à domicile, l' appel sur un natel en fin de consultation pour un accompagnant référent, l' orientation vers la cafétéria du public au niveau de l' entrée de l' hôpital. Ceci peut permettre de diminuer le temps de présence physique des accompagnants aux urgences.

Je pense à valoriser et responsabiliser les accompagnants par un aspect participatif : mise à disposition d' une urne pour le recueil des suggestions des accompagnants (remarques, attentes). Les accompagnants, se sentiront reconnus et écoutés dans le service des urgences.

Des travaux d'aménagements pour les urgences sont en réflexion actuellement. Il me paraîtrait intéressant d'effectuer une concertation et un travail commun entre l' architecte et le personnel des urgences. Ceci dans le but, d' amener des solutions pratiques à nos problématiques quotidiennes.

## 10. Conclusion

Dans ce chapitre, je vais conclure en prenant en compte le cheminement de ma démarche de recherche, ce que j'ai pu apprendre, ce que j'espère apporter aux autres et ainsi donner un sens à mon travail de recherche.

Ce travail n'a pas pour but de nous juger en tant que soignant, sur notre manière de faire, sur notre ressenti de professionnel. Il a uniquement pour but de trouver une solution à la problématique d'une situation, que j'ai vécu et de s'inscrire dans une démarche globale de recherche.

La construction de ce travail ne m' a pas paru simple. Je me suis confronté à la difficulté de trouver des informations sur la thématique peu usuelle que représentent les accompagnants. Le temps incluant la distribution et la récolte de mes questionnaires aux accompagnants est passé de 2 semaines à un mois, celui-ci en lien avec le flux des patients et les critères d'exclusions fixés. Je tiens à remercier mes collègues pour leur participation à ce travail. J' ai ressenti un grand intérêt dans l' élaboration et l'évolution de mon travail. Ce travail m'a permis d'adopter un positionnement différent, la distance nécessaire, me permettant de mieux cerner les différentes problématiques dans leur globalité. Cette vision peut m' accompagner dans ma pratique au quotidien.

En réalisant ce travail, je me suis rendu compte de l'importance d'une prise en charge globale, au sein de laquelle l'accompagnant a sa place. Face à ce constat, j' ai décidé de m' investir de façon plus active dans le service en m' inscrivant comme un des deux référents de la salle d'attente (compétence 2.4) souhaitant améliorer la qualité des prestations fournies par notre service des urgences.

Je souhaite également faire partager à mes collègues le résultat de mon travail en leur exposant mes conclusions, mes propositions d' améliorations et en ouvrant la discussion avec le groupe de tri sur cette thématique.

Ce travail m' a également permis d'aborder des compétences développées durant notre formation EPD ES en Soins d' Urgences.

### **Compétence 1.2 : Interventions en soins infirmiers dans les urgences.**

Cette compétence garantit, même sous la pression du temps et dans des conditions difficiles, la prise en charge de tous les patients qui lui sont confiés, ainsi que de leurs proches.

### **Compétence 1.3 : Interventions thérapeutiques dans les soins d'urgences.**

Cette compétence veille à ce que les renseignements nécessaires pour une évaluation médicale diagnostique et thérapeutique soient à disposition en temps voulu. Ainsi que la transmission des informations recueillies sur les patients en vue des prises de décision par le médecin. Nous avons vu l'importance que pouvait avoir l'accompagnant, dans le complément d'information sur le patient (traitement, observance, anamnèse, motif de consultation).

### **Compétence 1.4 : Communication et relations avec les patients et leurs proches.**

Cette compétence reconnaît l'importance d'établir dans des circonstances spéciales d'un service d'urgence, une relation d'accompagnement et de soutien avec les patients ainsi qu'avec leurs proches.

### **Compétence 3.1 : Protection personnelle**

Avoir conscience que la prise en compte des besoins et des attentes des accompagnants peut diminuer les situations de tensions et d'agressivité liées à l'angoisse et au stress d'une situation exceptionnelle. L'utilisation des accompagnants en tant qu'aidant naturel. Avoir conscience de ces éléments, permet d'adopter des stratégies afin d'être en mesure de réagir à des surcharges psychiques et physiques. Protéger et préserver sa propre santé.

### **Compétence 3.2 : Développement personnel**

Ceci dans la reconnaissance des exigences et de l'évolution de la pratique professionnelle. La place encore peu reconnue mais primordiale de l'accompagnant dans l'information et les soins.

### **Compétence 3.3 : Communication et dynamique de groupe**

Cette compétence reconnaît la nécessité de l'adaptation aux interlocuteurs les plus variés ainsi que l'application des modèles et techniques de communication appropriés.

### **Compétence 3.4 : Ethique professionnelle et droit**

Cette compétence se réfère aux normes de soins et aux principes spécifiques à la branche et aux dispositions légales. Elle est abordée dans la référence législative de la notion de proche ainsi que dans la directive institutionnelle de la communication de l'information.

## **11. Remerciements**

Un travail de fin d'étude ne se réalise jamais vraiment seul c'est pourquoi je tiens à remercier chacun et chacune pour son aide précieuse lors de ce travail.

Avant tout j'aimerais remercier mes 3 enseignants de Fribourg : Fabien Rigolet, Virginie Riesenmey et Thierry Jaffredou, pour cette formation qui me permet de développer mes connaissances et mes compétences. Un remerciement particulier pour Thierry Jaffredou et Virginie Riesenmey qui m'ont guidé tout au long de la construction de ce mémoire.

J'aimerais également remercier mes deux formatrices pratiques, Marianne Jacot et Christine Truel pour leur approche et leur soutien.

Je remercie également notre documentaliste Anne Gabrielle Evard pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Merci à Stéphanie pour son aide dans ce travail.

Pour finir un remerciement à mes collègues pour leur participation active durant cette expérience.

## 12. Bibliographie

E.GBEZO Bernard. *Les soignants face à la violence*. Relation soignant-soigné, Edition Lamarre, 2eme édition, Paris, 2011, 227p.

RAOULT Alain. *Démarche relationnelle*. Théories et Pratiques infirmières, Paris, Vuibert, 2004, 425p

RICHARD Claude et Marie-Thérèse LUSSIER. *La communication professionnelle en santé*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc, Québec, 2005, 786 p.

THIBAUT-WANQUET, Pascale. *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital*. Masson, Issy-les-Moulineaux, 2008, 107p.

N.GOTTLIEB, Laurie et Nancy FEELEY. *La collaboration Infirmière-Patient*. Brigitte Gendron, Montréal, Beauchemin Chenelière Education, 2007, 184p.

BUCKMANN, Robert. *S'asseoir pour parler*. InterEditions, Paris, 1994, 211p.

DAYDE, M-C et al. *Relation d'aide en soins infirmiers*. 2<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2010, 143p.

VANNOTTI, M et M CELIS-GENNART. *Malades et familles*. Editions Médecine et Hygiène, Genève, m+h, 1998, 257p.

CHARLEUX, François et Daniel GUAQUERE. *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale*. Issy- les- Moulineaux, ESF, 2004, 243p.(Collection Actions Sociales/Références).

LE GUERNIC, Agnès. *Etats du moi, transactions et communication*. InterEditions, Paris, Dunod, 2004, 221p.

BIOY, Antoine et Damien FOUQUES. *Manuel de psychologie du soin*. 2<sup>e</sup> édition, Rosny, Bréal, 2009, 313p.

GELIN, Sandrine et Khuê-Linh TRUONG. *Adopter l'accueil-attitude*. Editions d'Organisation, Paris, 2008, 148p.

BAYADA, Bernadette et al. *Conflit, mettre hors jeu la violence*. 2<sup>e</sup> éditions, Lyon, 1999, 142p.

FAURE, Jean-Philippe et Céline GIRARDET. *L'empathie, le pouvoir de l'accueil*. Editions jouvence, Dijon, 2003, 171p.

### **Articles**

BLEICHNER Gérard et al. *Architecture des services d'urgence*. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgences. Paris, 2004, 126p.

L'accueil personnalisé des familles aux urgences adultes, CHU- Hôpitaux de Rouen, 2010, 10p

*L'essentiel des droits des patients*. Sanimédia, s.l, 2010, 22p.

SANTALLIER D. *L'architecture comme réponse à l'état de crise*. Conférence de consensus « Agitation en urgence » Edition Masson, Paris, 2003, p237-241.

### **Directive institutionnelle**

SJB. *Directive institutionnelle relative à la communication de l'information au patient*. Hôpital Neuchâtelois, Neuchâtel, 2008, 12p.

### **Loi Cantonale**

*Loi de santé*. Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel. 1995.

## 13. Annexes

### 13.1 Photos de la salle d'attente des urgences de pourtalès



## 13.2 Directive institutionnelle relative à la communication de l'information au patient



### Directive institutionnelle

#### relative à la communication de l'information au patient

La présente directive inclut la forme féminine. Néanmoins, pour en faciliter la lecture, seule la forme masculine est utilisée.

##### 1. Introduction

La présente directive s'inscrit dans le cadre de la Charte relative à l'accès aux dossiers des patients et à son Règlement d'application qui définissent les grands principes de protection des données des patients et d'accès aux dossiers du patient.

De manière générale, la présente directive définit le champ global dans lequel chaque professionnel doit ou peut donner des informations au patient afin d'éclairer ce dernier sur son état de santé, de lui décrire la nature et le déroulement des soins et de lui fournir tous les autres éléments lui permettant de prendre des décisions en toute connaissance de cause.

Elle se rapporte également à l'information qui doit être dispensée aux personnes habilitées à prendre une décision à la place du patient incapable de discernement.

La directive tend, par ailleurs, à préserver le droit du patient à la confidentialité des données personnelles sensibles, notamment médicales, le concernant.

Aussi, toute communication d'informations au patient ainsi qu'à des tiers doit respecter les prescriptions légales fédérales, cantonales et éthiques.

A cette fin, chaque membre du personnel doit respecter la confidentialité des données du patient et le secret professionnel. Il ne doit diffuser que les informations utiles et nécessaires à la prise en charge du patient et uniquement aux collaborateurs impliqués dans le traitement de ce dernier. Il n'est pas autorisé à divulguer la présence ou des informations concernant un autre patient séjournant dans l'institution et dont il n'a pas la charge.

Le secret médical ainsi que le secret de fonction ne peuvent être levés que par une autorité compétente.

S'agissant du secret professionnel, le département de la santé et des affaires sociales est compétent en cas d'absence de consentement du patient (décès, refus, incapacité de discernement), par le biais du dépôt d'une demande motivée, par le professionnel concerné, au médecin cantonal ou, bien sûr, le patient lui-même.

En ce qui concerne le secret de fonction, il peut être levé par l'autorité de nomination du collaborateur, soit la direction générale de l'Hôpital neuchâtelois, le Conseil d'administration pour les membres de la direction générale. Les cas dans lesquels il existe une obligation ou la faculté de renseigner une autorité sont réservés.

Le séjour d'un patient dans une institution de soins s'effectue selon un flux qui ne varie guère quel que soit le service d'hospitalisation ou de prise en charge ambulatoire. Les professionnels rencontrés ainsi que les informations dont a besoin le patient (respectivement la personne habilitée à le représenter en cas d'incapacité de discernement) suivent eux aussi ce même flux. A chacune de ces étapes, le patient

(respectivement la personne habilitée à le représenter en cas d'incapacité de discernement) a le droit d'être informé par un personnel dispensant des informations autorisées par ses compétences.

Les informations concernant un patient admis en urgence sont traitées dans un chapitre spécifique. Les informations standard concernent principalement les patients dont l'hospitalisation ou l'intervention ambulatoire est programmée.

## 2. Rappel de quelques principes

Selon l'article 25 al. 1 et 2 de la Loi neuchâteloise de santé, du 6 février 1995 (LS, RSN 800.1), le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement est nécessaire pour toute mesure diagnostique et thérapeutique. Le consentement est valablement donné par le patient capable de discernement. En l'absence de discernement, le médecin demande l'accord du représentant légal, de la personne préalablement désignée par le patient (représentant thérapeutique) ou des proches.

Pour que le consentement soit valablement donné, il faut que le médecin ait suffisamment informé le patient. A défaut d'information claire et suffisante, le médecin, respectivement l'Hôpital neuchâtelois, devra répondre de tout dommage en lien de causalité adéquate avec l'intervention, quand bien même aucune règle de l'art n'aurait été violée.

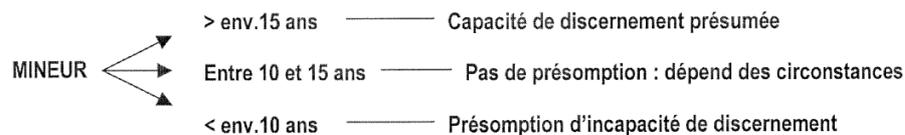
A noter qu'inversement, même si le patient a donné son consentement et qu'il a bien été informé, l'intervention est illicite en cas de violation des règles de l'art médical, qui se définissent comme les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens.

Aussi, toute intervention effectuée sans le consentement éclairé du patient est illicite, raison pour laquelle il est manifestement important de respecter les modalités de l'information au patient déclinées dans la présente directive.

### 2.1. Capacité de discernement

Juridiquement, la capacité de discernement signifie la faculté d'agir raisonnablement. Il s'agit d'une notion relative qui s'apprécie selon les circonstances et les personnes en cause. La capacité de discernement existe ou n'existe pas, il n'y a pas de niveaux intermédiaires. On la définit comme la faculté d'une personne d'apprécier raisonnablement la signification et la portée d'une action déterminée, sous réserve qu'elle ait reçu une information claire et loyale sur les conséquences présumées de cette action.

Selon les cas, un mineur peut donc être considéré comme capable de discernement.



Seul le médecin est habilité à juger de la capacité de discernement d'un patient.

### 2.2. En cas d'incapacité de discernement

L'article 25 al. 3 LS précise que dans les cas d'urgence, lorsque le patient n'est pas en mesure de se prononcer et qu'une intervention est vitale, le consentement est présumé.

Pendant qu'elle est capable de discernement, toute personne peut élaborer des directives anticipées sur les mesures thérapeutiques qu'elle entend recevoir ou non dans les situations où elle ne serait plus en mesure de s'exprimer, comme le prévoit l'article 25a al. 1 LS. Si l'on se trouve dans une situation visée par la directive anticipée, le contenu de cette dernière doit, en principe, être respecté (art. 25a al. 3 LS).

(respectivement la personne habilitée à le représenter en cas d'incapacité de discernement) a le droit d'être informé par un personnel dispensant des informations autorisées par ses compétences.

Les informations concernant un patient admis en urgence sont traitées dans un chapitre spécifique. Les informations standard concernent principalement les patients dont l'hospitalisation ou l'intervention ambulatoire est programmée.

## 2. Rappel de quelques principes

Selon l'article 25 al. 1 et 2 de la Loi neuchâteloise de santé, du 6 février 1995 (LS, RSN 800.1), le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement est nécessaire pour toute mesure diagnostique et thérapeutique. Le consentement est valablement donné par le patient capable de discernement. En l'absence de discernement, le médecin demande l'accord du représentant légal, de la personne préalablement désignée par le patient (représentant thérapeutique) ou des proches.

Pour que le consentement soit valablement donné, il faut que le médecin ait suffisamment informé le patient. A défaut d'information claire et suffisante, le médecin, respectivement l'Hôpital neuchâtelois, devra répondre de tout dommage en lien de causalité adéquate avec l'intervention, quand bien même aucune règle de l'art n'aurait été violée.

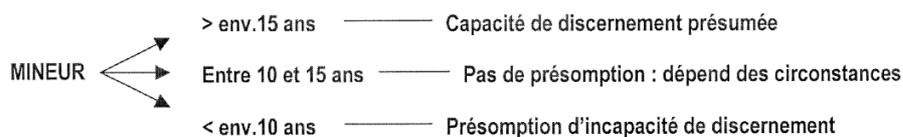
A noter qu'inversement, même si le patient a donné son consentement et qu'il a bien été informé, l'intervention est illicite en cas de violation des règles de l'art médical, qui se définissent comme les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens.

Aussi, toute intervention effectuée sans le consentement éclairé du patient est illicite, raison pour laquelle il est manifestement important de respecter les modalités de l'information au patient déclinées dans la présente directive.

### 2.1. Capacité de discernement

Juridiquement, la capacité de discernement signifie la faculté d'agir raisonnablement. Il s'agit d'une notion relative qui s'apprécie selon les circonstances et les personnes en cause. La capacité de discernement existe ou n'existe pas, il n'y a pas de niveaux intermédiaires. On la définit comme la faculté d'une personne d'apprécier raisonnablement la signification et la portée d'une action déterminée, sous réserve qu'elle ait reçu une information claire et loyale sur les conséquences présumées de cette action.

Selon les cas, un mineur peut donc être considéré comme capable de discernement.



Seul le médecin est habilité à juger de la capacité de discernement d'un patient.

### 2.2. En cas d'incapacité de discernement

L'article 25 al. 3 LS précise que dans les cas d'urgence, lorsque le patient n'est pas en mesure de se prononcer et qu'une intervention est vitale, le consentement est présumé.

Pendant qu'elle est capable de discernement, toute personne peut élaborer des directives anticipées sur les mesures thérapeutiques qu'elle entend recevoir ou non dans les situations où elle ne serait plus en mesure de s'exprimer, comme le prévoit l'article 25a al. 1 LS. Si l'on se trouve dans une situation visée par la directive anticipée, le contenu de cette dernière doit, en principe, être respecté (art. 25a al. 3 LS).

Toute personne peut également désigner par écrit dans ses directives anticipées une personne, le représentant thérapeutique, qui aura la responsabilité de se prononcer à sa place sur le choix des mesures thérapeutiques à lui prodiguer dans les mêmes circonstances (art. 25a al. 2 LS).

Lorsqu'il n'existe pas de directives anticipées ou que le patient n'a pas désigné de représentant thérapeutique, l'article 25 al. 2 LS prévoit qu'il appartient à son représentant légal (parents ou tuteur pour les patients mineurs, tuteur ou curateur pour les patients majeurs) ou, à défaut, ses proches de prendre la décision. Ces derniers sont des personnes ayant des liens affectifs très intenses avec le patient, sans forcément qu'il y ait un lien de « parenté » (filiation, mariage) entre eux. Dans chacune de ces situations et afin d'en faciliter la lecture, le texte de la présente directive fait allusion au « représentant » du patient.

Lorsqu'un patient est incapable de discernement, l'information nécessaire à la prise de décision doit être fournie à la personne habilitée à représenter le patient.

Il est important de rappeler que l'information médicale, administrative, financière et sociale doit être accessible et loyale. Sans discrimination, l'information doit être adaptée à la personne, à ses origines et à sa culture.

### 3. Convocation du patient

Les informations qui doivent être fournies par certains professionnels de la santé au patient avant et au moment de sa convocation sont les suivantes.

#### 3.1. Médecin

Toutes les informations médicales préalables à une hospitalisation programmée sont données par le médecin traitant et/ou le médecin qui convoque le patient.

#### 3.2. Secrétaire de la gestion des lits / secrétaire médicale

Les informations fournies lors de la convocation du patient concernent les modalités d'entrée, soit :

- la date et l'heure d'entrée ;
- le service d'hébergement ;
- les consignes relatives aux affaires personnelles nécessaires ;
- les explications complémentaires relatives à une préparation particulière (préparation colique, par exemple) ;
- les formalités administratives à remplir (conditions d'admission) ;
- les informations contenues dans la brochure d'accueil.

Le secrétaire de gestion des lits est en mesure de fournir toutes les explications nécessaires pour la prise en charge financière des soins ; dans le cas contraire, il oriente le patient (respectivement son représentant) vers une personne compétente.

### 4. Accueil

Dans le cas d'hospitalisation programmée, l'aspect financier est réglé avant l'hospitalisation.

Lors de l'entrée du patient dans l'établissement, il s'agit essentiellement de lui fournir (respectivement à son représentant) des informations administratives, des renseignements relatifs à l'organisation ou à l'aspect financier d'une hospitalisation.

#### 4.1. Réceptionniste

Le réceptionniste est tenu de se conformer aux dispositions suivantes :

- il ne peut donner aucune information ni à la famille, ni à l'entourage d'un patient, hormis l'indication de la présence dans l'établissement, à moins que le patient ne s'y soit expressément opposé ; en cas de réserve, le portier peut être amené à vérifier l'identité de son interlocuteur ;
- il oriente les patients ou les familles dans l'enceinte de l'établissement ;
- il peut donner aux visiteurs des renseignements concernant la localisation des patients lorsque ceux-ci ont été transférés dans un autre établissement de l'Hôpital neuchâtelois, à moins qu'ils ne s'y soient expressément opposés ;
- il donne des renseignements administratifs nécessaires au service des accueils et aux modalités administratives nécessaires ;
- il fournit des informations pratiques sur les conditions d'accès à l'hôpital.

#### 4.2. Personnel du service des accueils

Le personnel du service des accueils est tenu de se conformer aux dispositions suivantes :

- il donne les renseignements concernant les éléments financiers et, en cas de doute, incite les patients à consulter leur assurance ;
- il donne les renseignements administratifs nécessaires ;
- il informe sur les conditions de dépôt des objets de valeur ;
- il informe sur les conditions d'obtention du téléphone et de la télévision dans les chambres.

### 5. Admission

Le présent chapitre ne traite que des cas où le patient entre dans l'établissement de manière programmée. Les informations qui doivent être données au patient au moment de son admission par certains professionnels de la santé sont les suivantes.

#### 5.1. Infirmier des admissions

Les compétences de l'infirmier des admissions relatives aux renseignements à fournir au patient sont les suivantes :

- il informe le patient (respectivement son représentant) du déroulement des actes infirmiers et des examens éventuels ;
- il explique l'organisation de l'établissement ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) sur son unité d'hébergement.

#### 5.2. Aide-soignant des admissions

L'aide-soignant ou l'aide-infirmier donne au patient (respectivement à son représentant) des informations sur l'organisation de l'établissement.

#### 5.3. Transporteurs

Le transporteur donne au patient (respectivement à son représentant) des informations concernant la signalétique ou le fonctionnement général de l'établissement.

## 6. Hospitalisation ou hébergement ambulatoire dans une unité

Chaque patient doit être renseigné sur ses droits, notamment ceux qui découlent de la Loi neuchâteloise de santé.

Sa famille ou ses proches ne peuvent recevoir d'informations sur son état de santé sans qu'il n'ait donné son consentement. Le consentement à la transmission d'informations d'ordre très général est présumé ; le patient peut toutefois s'y opposer expressément.

Les collaborateurs **ne sont pas autorisés à donner des informations au téléphone**, sauf s'ils sont certains de l'identité de leur interlocuteur.

A chaque moment de son hospitalisation, le patient a le droit de consulter sur place et de manière immédiate son dossier médical et infirmier et de s'en faire expliquer la signification, comme le prévoit l'article 26 LS. Il a également le droit de faire transmettre des copies de son dossier au professionnel de la santé de son choix.

Dans les cas d'incapacité de discernement, le représentant du patient doit pouvoir accéder aux pièces du dossier lui permettant de prendre une décision. Il est de ce fait important de ne mettre par écrit que des renseignements objectifs ou factuels. De plus, la loi interdit de délivrer au patient des informations concernant une tierce personne.

Si l'information doit être partagée avec des tiers, il est impératif de s'interroger sur l'intérêt de diffuser les données pour la prise en charge du patient. Si l'information doit être partagée avec des partenaires d'autres institutions, l'autorisation du patient (respectivement de son représentant) est nécessaire et son accord doit être enregistré dans son dossier.

A noter que le Registre neuchâtelois des tumeurs (RNT) est au bénéfice d'une autorisation générale de recherche médicale spécifique aux registres médicaux délivrée par la Commission fédérale d'experts en matière de recherche médicale. Le RNT peut donc accéder au dossier des patients et effectuer ses recherches sur des données non anonymes dans la mesure où le patient a été informé par l'institution qui l'a pris en charge (brochure d'accueil) que, sauf opposition de sa part, ses données peuvent, le cas échéant, être transmises au registre neuchâtelois des tumeurs.

En ce qui concernent les recherches et les statistiques, celles qui sont effectuées sur la base de données anonymisées ne requièrent pas l'accord du patient, mais il peut s'y opposer a priori. Lors de recherches prospectives, l'accord écrit du patient est requis pour l'utilisation de ses données à des fins de recherche. Pour les recherches rétrospectives, l'institution est au bénéfice d'une autorisation générale de levée du secret médical émanant de la Commission fédérale d'experts en matière de recherche médicale. Ainsi, le patient est informé (brochure d'accueil) que, sauf opposition de sa part, ses données peuvent être utilisées à des fins de recherche.

S'agissant de la transmission des dossiers médicaux des patients, il y a lieu de se référer à la procédure y relative (Directive institutionnelle relative au traitement des demandes de dossiers patients par des utilisateurs externes, du 10 octobre 2007).

### 6.1. Médecin

Le médecin est tenu d'informer son patient (respectivement son représentant) de manière compréhensible et loyale. Il est autorisé à limiter l'information de son patient sur un diagnostic ou un pronostic grave. Cette mesure doit être fondée sur des raisons légitimes et dans l'intérêt du patient. Elle ne devrait être invoquée que de manière très exceptionnelle (principe de bienfaisance).

#### 6.1.1. Modalités de l'information

- l'information orale prime. Le médecin doit s'assurer, auprès du patient (respectivement auprès son représentant), de la compréhension de l'information donnée ;

## 6.2. Infirmier d'unité / infirmier spécialisé / sage-femme

Aucune information sur l'état de santé ne peut être donnée à des tiers sans l'accord préalable du patient (respectivement de son représentant).

Dans le cas des hospitalisations en pédiatrie et si le jeune patient est incapable de discernement, les informations sont données aux parents (le cas échéant, au tuteur). Une information doit néanmoins être donnée au jeune patient en fonction de sa capacité de compréhension. Si le patient mineur est capable de discernement, c'est à lui que l'information doit être donnée en priorité.

### 6.2.1. Arrivée du patient dans l'unité

Lorsque le patient arrive dans l'unité, l'infirmier d'unité, l'infirmier spécialisé ou la sage-femme respecte scrupuleusement les dispositions ci-après.

- il recueille les informations auprès du patient, respectivement de son représentant (identité, antécédents, traitement) et relève les coordonnées de la famille et des personnes à prévenir ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) des échéances (date et heures d'intervention, sortie), sous réserve que le médecin ait annoncé la date et le type d'intervention au préalable ;
- il présente l'organigramme du service (médecins, cadres infirmiers) ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) sur les badges permettant l'identification des membres du personnel ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) de l'organisation pratique de l'unité ;
- il précise les conditions de dépôt des valeurs ;
- en pédiatrie, il informe des possibilités d'hébergement d'un parent durant l'hospitalisation de l'enfant.

### 6.2.2. Pendant le séjour et à la sortie

Durant le séjour et à la sortie du patient, l'infirmier d'unité, l'infirmier spécialisé ou la sage-femme fournit les informations suivantes.

- il informe le patient (respectivement son représentant) sur les conditions dans lesquelles se déroule un examen ;
- il l'informe sur la prise en charge de la douleur, ainsi que sur la désaccoutumance au tabac ;
- il s'enquiert auprès du patient de ses douleurs et l'informe sur les possibilités de prise en charge antalgique ;
- il peut renouveler et compléter les informations données par le médecin à la demande du patient (respectivement son représentant), sous réserve que le médecin ait dûment informé l'équipe soignante du contenu de l'information déjà dispensé ;
- il aide le patient (respectivement son représentant) à reformuler les informations afin de s'assurer de sa bonne compréhension ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) sur les possibilités de sortie pendant le séjour (*à noter que la mention d'une « permission » de sortie pendant le séjour n'a pas de raison d'être, dans la mesure où le patient est libre de quitter l'hôpital à tout moment, le cas échéant après avoir reçu une information approfondie sur les risques encourus en cas de sortie prématurée*) ;
- il participe à l'éducation du patient pour la sortie : suivi de traitement, hygiène, attitude préventive ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) sur les possibilités qui lui sont offertes de formuler des réclamations, comme prévu dans la brochure d'accueil ;

- il l'informe sur les démarches qualité qui sont conduites dans l'unité ;
- il l'informe sur la politique de formation et la présence des étudiants ;
- la sage-femme donne tous les renseignements nécessaires lors d'un accouchement eutocique, complète et renouvelle les informations données par l'obstétricien.

### **6.3. Aide-soignant / nurse / aide-infirmier / assistant en soins**

L'aide-soignant, la nurse, l'aide-infirmier ou l'assistant en soins respecte les points suivants.

- il informe le patient (respectivement son représentant) et sa famille sur la vie du service et les conditions d'hébergement (horaires des repas, visites, sonnettes, lumières, téléphone, télévision...);
- il peut recueillir auprès du patient (respectivement de son représentant) les informations concernant ses habitudes de vie (toilette, hygiène...);
- il joue le rôle de relais entre les infirmiers et les patients ; il peut recueillir les besoins en informations du patient (respectivement son représentant) et les transmettre à la personne responsable ;
- il est à l'écoute du patient (respectivement de son représentant) et peut, s'il s'agit d'informations pratiques, s'assurer de sa bonne compréhension ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) sur les badges permettant l'identification des membres du personnel ;
- il l'informe sur l'organisation pratique de l'unité.

### **6.4. Personnel paramédical (physiothérapeute, ergothérapeute, diététicien, TRM)**

Le personnel paramédical veille au respect des dispositions suivantes.

- dans le cadre de la prescription médicale, il recueille les informations nécessaires à la prise en charge du patient auprès de ce dernier (respectivement auprès de son représentant) et de l'équipe médico-soignante ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) du déroulement de l'examen ainsi que des effets désagréables que le patient pourrait ressentir pendant ou après l'acte ;
- il informe le patient (respectivement son représentant) des traitements entrepris et motive le choix des techniques et méthodes qui lui paraissent les plus appropriées ;
- il explique au patient (respectivement à son représentant) le déroulement des actes thérapeutiques et diagnostiques et les effets attendus ;
- il peut, pour la spécialité qui le concerne, renouveler et compléter les informations données par le médecin, sous réserve que ce dernier ou l'équipe infirmière l'aient dûment informé du contenu de l'information dispensée ;
- en cas d'attente, le patient (respectivement son représentant) est informé de cette attente et de sa durée prévisible.

### **6.5. Personnel de maison et d'entretien**

Le personnel de maison et d'entretien renseigne sur l'organisation générale de l'hôpital et la localisation de certains espaces, tels la cafétéria ou le kiosque.

Il renseigne également sur des aspects pratiques de l'organisation liés à son activité, tels que la distribution des thés, l'entretien des locaux.

## 6.6. Personnel technique

Le personnel technique informe le patient des réparations qu'il vient effectuer et des désagréments potentiels.

Il renseigne également sur l'organisation générale de l'hôpital et la localisation de certains espaces, tels la cafétéria ou le kiosque.

## 6.7. Téléphoniste

Le téléphoniste veille au respect des dispositions suivantes.

- il peut uniquement informer de la présence ou non d'un patient lorsqu'une communication lui est demandée, sauf si le patient s'y est expressément opposé ; l'information à des tiers non proches du patient est interdite ;
- il peut donner à des tiers les horaires de visite de l'hôpital ou les conditions d'accès ;
- il n'est pas autorisé, par téléphone, à divulguer l'unité d'hébergement du patient, mais transmet l'appel à l'équipe de soins concernée.

## 6.8. Personnel des archives

Le personnel des archives est le garant de la protection des données du dossier médical.

Il veille à ne transmettre des informations médicales uniquement en accord avec le patient (sauf urgence vitale). Il informe le patient sur ces droits en matière d'accès au dossier et sur les modalités d'accès, comme le prévoit la Directive institutionnelle relative au traitement des demandes de dossiers patients par des utilisateurs externes, du 10 octobre 2007.

## 6.9. Secrétaires médicales

Les secrétaires médicales ne donnent de renseignements aux patients et/ou à des tiers que dans la mesure où elles y sont autorisées, conformément à la Directive institutionnelle relative au traitement des demandes de dossiers patients par des utilisateurs externes, du 10 octobre 2007.

## 7. Sortie du patient

Si l'information doit être partagée, il est recommandé d'obtenir l'accord du patient (respectivement de son représentant) dans la mesure du possible (éléments historiques, vie privée, situation financière, familiale). La transmission d'une copie ou partie du dossier médical dans un établissement tiers ne faisant pas partie de l'Hôpital neuchâtelois doit impérativement être agréée par le patient (respectivement par son représentant). La Directive institutionnelle relative au traitement des demandes de dossiers patients par des utilisateurs externes, du 10 octobre 2007, règle les modalités, ce consentement est présumé lorsqu'il s'agit d'une suite de traitement.

### 7.1. Infirmier de liaison / Assistant social

L'infirmier de liaison ou l'assistant social informe le patient conformément à ce qui suit.

- il informe le patient (respectivement son représentant) des modalités pratiques de son départ, de la prise en charge par les soins à domicile, du transport, de l'organisation générale de l'établissement d'accueil ;
- en cas de transfert dans un autre établissement, il informe le patient (respectivement son représentant) des documents le concernant qui sont transmis à l'institution d'accueil ;

- il explique au patient (respectivement à son représentant) les conditions financières ainsi que la part des frais qu'il devra déboursier en cas de convalescence, de départ dans un centre de réadaptation ou de transfert dans un autre établissement.

## 7.2. Information en réseau

Dans le cas où l'information devrait être partagée, le patient (respectivement son représentant) doit être avisé avant le transfert de son dossier dans un autre établissement ou dans un service de soins à domicile.

Il est acquis comme pratique courante que le médecin traitant et le spécialiste qui ont adressé le patient à l'hôpital soient avisés par une lettre de sortie.

S'agissant de la transmission des informations du dossier médical et de l'accès-même au dossier médical, il convient de se référer au Règlement d'application de la Charte relative à l'accès aux dossiers des patients, du 15 janvier 2008, et à la Directive institutionnelle relative au traitement des demandes de dossiers patients par des utilisateurs externes, du 10 octobre 2007.

## 8. Cas particuliers

### 8.1. Patients entrés aux urgences ou aux soins intensifs

#### 8.1.1. Patients capables de discernement

Le procédé de communication des informations est le même que celui qui prévaut dans les services de soins conventionnels. Toutefois et si l'urgence le nécessite, seule une information minimale est donnée au patient.

#### 8.1.2. Patients incapables de discernement, en particulier inconscients

En cas d'urgence, lorsque le patient n'est pas en mesure de se prononcer et que l'intervention thérapeutique est vitale, le consentement est présumé. Toutefois et si le patient a formulé des directives anticipées visant la situation dans laquelle il se trouve et qui sont immédiatement accessibles, il y a en principe lieu de s'y conformer.

Lorsque le patient est incapable de discernement, les informations sont données en premier lieu à son représentant thérapeutique, à son représentant légal ou, à défaut, à ses proches.

S'il existe un représentant thérapeutique ou légal, les proches n'ont le droit de recevoir que des informations d'ordre très général. Sont réservés les cas dans lesquels le patient, dans ses directives anticipées, a autorisé une information complète de ses proches ou l'a au contraire complètement exclue.

Si ce sont les proches qui sont amenés à se prononcer, il y a lieu de désigner parmi eux une ou deux personnes de référence, qui seront identifiées par l'équipe soignante.

Le représentant thérapeutique, le représentant légal, respectivement la personne de référence assure le relais des informations auprès des membres de la famille et des proches.

Il convient de veiller à donner des informations claires et simples, à s'assurer de la compréhension, au besoin en reformulant les paroles par l'équipe médicale ou soignante.

Les infirmiers sont autorisés à donner des informations téléphoniques uniquement au représentant thérapeutique, au représentant légal, respectivement à la personne de référence après identification formelle.

Les autres interlocuteurs sont avisés qu'ils doivent se renseigner auprès du représentant thérapeutique, du représentant légal, respectivement de la personne de référence.

Une liste des personnes autorisées à venir visiter le patient dans le service est établie par la famille qui indique les noms de ces personnes.

Les informations concernant le traitement, le diagnostic, etc., sont données par le médecin, en présence de l'infirmier qui est en charge du patient.

Il convient de prévoir des rendez-vous réguliers avec le médecin.

### **8.2. Patients en fin de vie ou cas de décès**

L'infirmier informe le patient (respectivement son représentant) des possibilités d'accueil et d'hébergement de sa famille pendant son séjour.

Le médecin informe la famille en cas d'aggravation brusque de l'état de santé.

Dans une situation de fin de vie connue, et avec l'accord du médecin, lorsque le décès est imminent, l'infirmier est autorisé à avertir la famille (personne de référence indiquée dans le dossier).

Le médecin qui constate le décès informe la famille.

Le médecin informe la famille et requiert son accord avant de procéder à une autopsie.

Après le décès, l'infirmier du service renseigne la famille et les proches sur les possibilités de rencontre avec les médecins responsables ou soignants présents au moment du décès.

### **8.3. Refus d'information**

Le patient peut refuser d'être informé. Cette volonté doit être respectée par l'ensemble des professionnels et faire l'objet d'un avis écrit dans le dossier de soins ainsi que dans le dossier médical du patient.

## **9. Transmission/consultation du dossier du patient**

Toute transmission/consultation de dossier médical d'un patient doit scrupuleusement respecter la procédure prévue à cet effet par la Directive institutionnelle relative au traitement des demandes de dossiers patients par des utilisateurs externes, du 10 octobre 2007.

## **10. Réclamation/plainte de patient**

Tout patient qui en manifeste l'envie ou le besoin doit être renseigné sur la possibilité de faire part à la direction des difficultés rencontrées lors de son séjour ou des réclamations qu'il a à formuler à l'encontre du personnel relativement à sa prise en charge.

A cet effet, comme le prévoit la Directive institutionnelle relative à la gestion des réclamations des patients liées à l'assurance responsabilité civile médicale, du 19 décembre 2007, il est aiguillé, s'agissant des cas « bagatelles » tels que les demandes d'informations informelles, les réclamations relatives au comportement du personnel, à la communication, à la restauration, les questionnaires de satisfaction ou toute autre requête sans connotation juridique auprès des responsables des réclamations des patients des différents sites de l'Hôpital neuchâtelois.

S'agissant des réclamations qui sont susceptibles d'engendrer un litige juridique, il convient de renvoyer le patient auprès de la direction générale de l'Hôpital neuchâtelois.

Quoi qu'il en soit, tout incident, toute erreur médicale constatée dans la prise en charge d'un patient doit faire l'objet d'une déclaration auprès de la direction générale ainsi qu'auprès du directeur de département concerné, conformément à la Directive institutionnelle relative à la gestion des réclamations des patients liées à l'assurance responsabilité civile médicale, du 19 décembre 2007.

Direction générale

Communication de l'information au patient

### 11. Document associé

- Charte relative à l'accès aux dossiers des patients, de janvier 2007
- Directive institutionnelle relative au traitement des demandes de dossiers patients par des utilisateurs externes, du 10 octobre 2007
- Directive institutionnelle relative à la gestion des réclamations des patients liées à l'assurance responsabilité civile médicale, du 19 décembre 2007
- Règlement d'application de la Charte relative à l'accès aux dossiers des patients, du 15 janvier 2008

### 12. Entrée en vigueur

La présente directive est adoptée par la direction générale de l'Hôpital neuchâtois en séance du 3 septembre 2008 (Décision DG n°43) et entre immédiatement en vigueur.

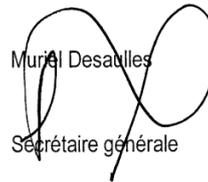
### 13. Validation, signatures

Pascal Rubin



Directeur général

Muriel Desautels



Secrétaire générale

### 13.3 Charte de qualité des urgences

## Charte de qualité

---

### **Prise en charge infirmière<sup>18</sup> du patient et de son entourage aux urgences adultes de l'Hôpital neuchâtelois.**

*Cette charte a pour objectif de clarifier le rôle des partenaires soignants-soignés durant le séjour du patient aux urgences.*

Le personnel soignant des urgences prend en charge avec empathie<sup>19</sup> des patients en difficulté de santé, dès leur arrivée.

Le personnel soignant reconnaît le patient comme partenaire actif dans sa prise en charge.

Les soins s'effectuent avec compétence, sans jugement et dans un respect mutuel.

#### **Nous considérons que le patient a besoin :**

- D'être rassuré.
- Être respecté en tant qu'individu et dans son intimité.
- De connaître notre identité et notre fonction dans le service.
- D'être informé tout au long de sa prise en charge.
- De communiquer et être entendu dans ses besoins personnels.
- D'être pris en charge de manière adaptée et personnalisée, quelles que soient les circonstances de son arrivée ( à pied ou en ambulance).
- De se sentir en sécurité.

**Nous considérons ces besoins comme essentiels dans une prise en charge et nous mettons donc en place la démarche suivante.**

#### **1) Pour le patient :**

- Instaurer un climat de confiance en écoutant, en informant et en étant disponible, tout en garantissant une confidentialité.
- Se présenter.
- Donner l'information et expliquer le déroulement du séjour aux urgences, avec un langage adapté.
- Garder un moment privilégié avec le patient à son installation et utiliser les informations recueillies par l'infirmière organisatrice de l'accueil, afin d'éviter les re-dites.
- Adapter un savoir être en terme de communication, d'information, de ré-information, adopter une attitude d'ouverture et d'empathie.
- Adapter son comportement à la situation et au patient (maîtrise de soi et gestion du stress).
- Assurer une sécurité optimale, en utilisant par exemple des moyens auxiliaires.
- Veiller au confort du patient.

---

<sup>18</sup> Ce terme s'entend autant au féminin qu'au masculin et concerne également nos ASSC( aide en soin et santé communautaire) et notre aide-soignante

<sup>19</sup> Définition du mot empathie : Capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions.

## 2) Pour l'entourage :

- Informer du déroulement du soin afin qu'il puisse s'organiser.
- Inviter les accompagnateurs à se rendre auprès du patient, au moment opportun.
- Faire le lien au téléphone par l'infirmière organisatrice de l'accueil entre soit la famille et l'infirmière responsable du patient, soit la famille et le médecin.

Une prise en charge de qualité amène le plus souvent à une satisfaction mutuelle patient-soignant.

De ce fait nous attendons du patient une participation active<sup>20</sup> pour développer notre partenariat :

- Donner aux professionnels et professionnelles de la santé compétents des informations requises pour le traitement, sur les mesures prises ou prévues.
- Observer le règlement de l'établissement.
- Respecter les autres patients et patientes ainsi que le personnel.
- Contribuer à un échange d'informations claires avec le personnel.

Nous comptons sur la compréhension des patients et de leur entourage lors de l'indisponibilité ponctuelle des soignants. Car la charge de travail d'un service d'urgences est fluctuante et non prévisible.

---

<sup>20</sup> Art 16 Ordonnance sur les droits et devoirs des patients et des patientes et des professionnels et professionnelles de la santé, 23 octobre 2002.

## 13.4 Tâches et fonctions de l' IOA/ IRF

### Tâches et fonctions de l' IOA<sup>21</sup>-IRF<sup>22</sup>

---

#### Rôles

##### IOA

- L'infirmière IOA est responsable d'accueillir le patient et d'évaluer son degré d'urgence, sous délégation médicale, de diminuer l'anxiété et d'établir un lien de confiance avec le patient et les accompagnants, durant l'attente.
- Pour cela, il-elle tient compte des éléments observés, mesurés et évalués selon l'échelle de Triage de gravité de l'hôpital neuchâtelois.
- L'IOA est la première personne que rencontre le patient à l'arrivée aux urgences.
- La prise en charge initiale par un-e infirmier-ère permet de diminuer l'anxiété et d'établir un lien de confiance. Ce lien doit avoir un impact positif sur la suite de la prise en charge.

##### IRF

- L'infirmier-ère IRF est responsable de gérer le flux avec l'aide du MURF<sup>23</sup>, et de faire le lien entre la salle d'attente (IOA et tableau de l'IOA) et les boxs de soins.
- Il-elle interviendra qu'en cas de surcharge de travail et de débordement ou à la demande de l'IOA.
- Il-elle prend le rôle de leadership.
- En cas de débordement, l'IRF peut être appelé-e pour aider l'IOA dans son rôle de tri.
- La fonction de l'IRF est assumée par l'ICUS ou le responsable du jour (horaire G).

#### Evaluation du patient par l'IOA

Le tri est une méthode qui sert à identifier, évaluer et classer les besoins de santé des patients qui se présentent aux urgences selon des critères établis et à inciter la meilleure prise en charge dans une limite de temps acceptable.

Etapas :

- L'accueil du patient et ses accompagnants
- L'évaluation du patient
- L'évaluation du degré de gravité
- L'orientation du patient. (médecine-chirurgie-gynécologie-ORL-Pédiatrie<sup>24</sup>)
- Réévaluation du patient en attente

---

<sup>21</sup> IOA : infirmière organisatrice de l'accueil

<sup>22</sup> IRF : Infirmière responsable du flux (rôle de l'ICUS, ICUS adjointe ou sur délégation en leur absence

<sup>23</sup> MURF : Médecin urgentiste responsable du flux

<sup>24</sup> en vert, spécifique à Pourtalès

Ce processus doit améliorer la prise en charge du patient au sein des centres d'urgences des hôpitaux neuchâtelois.

L'IOA exécute le triage à travers un acte médico-délégué, par l'outil de l'échelle de triage (Annexe), évalue et nomme un degré d'urgence.

L'IOA est en droit de demander à une collègue de la remplacer à tout moment.

Degré d'urgence ou de gravité		Délai d'attente
1	<b>Très urgent</b>	0min
2	<b>Urgent</b>	20min
3	<b>Urgence relative</b>	120min
4	<b>Non Urgent</b>	

**Degré 1 :** (situation **très urgente**, installation et prise en charge médicale immédiate)  
Situation pathologique pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe, si la prise en charge n'est pas immédiate.

**Degré 2 :** (situation **urgente**, délai de prise en charge médicale 20mn, délai d'installation selon situation)

Situation pathologique n'engageant pas le pronostic vital, mais qui est susceptible de s'aggraver dans l'immédiat.

**Degré 3 :** (situation **d'urgence relative**, délai de prise en charge médicale 120mn, délai d'installation selon situation).

Situation pathologique où le temps ne constitue pas un facteur critique. L'état du patient à son arrivée est jugée stable.

**Degré 4 :** (situation **non urgente**, pas de délai de prise en charge médicale, délai d'installation selon situation)

Situation pathologique jugée stable, et ne nécessitant pas de soins en urgence. Client pour la voie verte en devenir.

#### Compétences : IOA / IRF

- Capacités d'accueil, d'empathie.
- Gestion de l'agressivité
- Gestion de l'éventuelle agressivité
- Capacité de gérer son stress
- Capacité d'organisation et de gestion
- Observer avec tous ses sens
- Décider et prioriser
- Mobilisation rapide des connaissances physiopathologiques
- Mettre l'accent sur la collaboration, la communication et le travail d'équipe

## Responsabilités

### IOA

Le tri est un acte médico-délégué. En cas de doute, il- elle doit se référer au médecin.

La feuille de tri, qui fait partie du dossier médical, est un support permettant de documenter les observations recueillies au tri.

- L'infirmier-ère IOA doit gérer le flux des patients en l'absence de l'IRF
- Il-elle doit avoir une vision globale et anticipatrice.
- Il-elle doit formuler le degré d'urgence
- Il-elle doit connaître l'utilisation de la feuille de tri

### IRF

- Il-elle est responsable de gérer le flux en faisant appel si nécessaire au MURF
- Il-elle doit avoir une vision globale et anticipatrice

## Tâches IOA

L'IOA est présente 24h sur 24h.

- Il-elle recueille les données observées, mesurées et les retranscrit sur la feuille de tri et ceci pour chaque patient se présentant aux urgences.
- Il-elle effectue les premiers soins au patient lui permettant d'attendre dans les meilleures conditions.
- Les enfants de moins de 16 ans arrivant sans rendez-vous seront orientés immédiatement vers l'infirmière des urgences pédiatriques. Cette dernière fera elle-même son recueil de données (Pourtalès).
- L'IOA doit remplir les données du patient dans le logiciel de la gestion des lits, puis s'assurer que les données sont à jour en temps réel (Pourtalès).
- Après l'accueil et le triage, l'IOA dirigera le patient dans le lieu le plus adapté à son degré d'urgence, en attendant sa prise en charge dans la zone de soins.
- Durant l'attente, l'IOA est responsable des patients et des accompagnants
- L'IOA réévalue le patient selon besoin (dépassement du délai d'attente, modification de la clinique...), et si nécessaire marquera un nouveau degré d'urgence.
- En cas d'hospitalisation : l'IOA doit contacter la personne référente du service pour réserver un lit. Elle peut proposer au médecin un éventuel transfert vers une autre institution.
- Il-elle informe l'hôtesse/sécurité d'une éventuelle hospitalisation ou un éventuel transfert dans une autre institution.
- L'IOA doit imprimer chaque matin la liste des entrées électives par unité.
- L'IOA doit également contrôler et mettre à jour la liste des patients \* entrée aux urgences\* deux fois par horaire (une fois le matin et une fois en fin de journée)
- L'IOA connaît en permanence le nombre de place disponibles dans les unités (feuille de la gestion des lits)
- L'IOA connaît le nom et les coordonnées du cadre infirmier de garde jour et nuit

### Tâches IRF

L'IRF est présente de 07h à 16h

Sur appel de l'IOA :

- L'IRF peut aider au tri
- L'IRF fait appel au MURF afin de gérer la répartition des patients dans les boxs et accélérer les transferts
- L'IRF aide à la gestion de la salle d'attente
- L'IRF, avec l'accord du MURF ouvre la voie verte
- L'IRF répartit la charge de travail entre les soignants

Taches	Intervenants
<b>Accueil</b> du patient	<b>IOA</b>
<b>Recueil</b> des données et <b>évaluation</b> de l'urgences	<b>IOA</b>
<b>Admissions</b>	Hôtesse
<b>Triage des appels</b> téléphoniques	Hôtesse, IOA
<b>Déposer les dossiers</b> dans la mangeoire adaptée au degré d'urgence et au secteur	<b>IOA</b>
<b>Inscrire les données</b> dans le logiciel de la gestion des lits	<b>IOA</b>
<b>Chercher un box disponible</b>	L'infirmier disponible : Ou IRF
<b>Récupérer un dossier par ordre du degré d'urgence et l'heure d'arrivée</b>	L'infirmier disponible , IRF
<b>Réorganisation de la répartition des patients dans les box</b>	IRF, MURF, IOA
<b>Répartition de la charge de travail entre les soignants</b>	IRF, IOA
<b>Chercher le patient dans la salle d'attente</b>	L'infirmier responsable du patient
<b>Inscrire le patient au tableau et dans le logiciel de la gestion des lits</b>	L'infirmier responsable du patient
<b>Informé le corps médical et inscrire le médecin responsable au tableau</b>	L'infirmier responsable du patient
<b>Gestion de la salle d'attente</b>	IOA, IRF
<b>Information de l'attente dans les box</b>	L'infirmier responsable du patient
<b>Chercher une place à l'étage</b>	IOA
<b>Remise à jour du logiciel de la gestion des lits</b>	L'infirmier responsable du patient
<b>Recherche d'un dossier archivé</b>	En dehors des heures ouvrables des archivistes, appel transporteur, puis Inf responsable du patient
<b>Départ du patient</b> <b>Remise à jour du tableau</b> <b>Sortie informatique</b> <b>Remise en ordre du box</b> <b>Clôture du dossier et archivage</b>	L'infirmier responsable du patient

## IOA / IRF et relations fonctionnelles

### Relation avec l'équipe

#### a) notion de Leadership :

- L'IRF prend la responsabilité de ce rôle de leadership.
- Il-elle peut transmettre cette mission à l'IOA
- Le leadership (IOA ou IRF) garde une vue d'ensemble en visionnant régulièrement la distribution des différents patients dans les box.
- En cas de temps d'attente dépassé selon le degré d'urgence du patient, il- elle propose à un collègue de la zone de soins de prendre le cas.
- En cas de débordement, le leadership (IOA ou IRF) retrouve le MURF devant le tableau pour faire un point de la situation.
- Cependant, l'infirmier en charge du patient reste responsable de stimuler l'assistant dès l'installation du patient (ce dernier doit être vu pas l'assistant dans les 30 minutes maximum après son installation, ordre médical Dr Kehtari). Idem dans la suite de la prise en charge en cas d'attente exagérée.
- La nuit l'IOA garde son rôle de leadership, et selon la charge de travail prendra en charge des patients.

#### b) le corps médical

- L'IOA transmet les téléphones de demande d'hospitalisation au médecin trieur ou MURF (Pourtalès).
- L'IOA passe les demandes de renseignements (état de santé) téléphoniques aux médecins concernés.
- En cas de doute ou problème de tri, l'IOA fera appel au médecin trieur (jour), ou au médecin assistant (nuit) (Pourtalès).

#### c) l'hôtesse et sécuritas

- Le patient doit être accueilli en premier par l'IOA.
- Selon entente avec l'IOA, l'hôtesse /sécuritas pourra commencer l'entrée administrative avant le tri.
- la nuit le sécuritas annonce son absence au desk à l'IOA.

#### d) IRF

- En cas d'absence, ou à la fin de son horaire, l'IOA reprendra le rôle de l'IRF.

### L'accueil des ambulances

#### L'IOA et l'annonce radio polycom :

L'IOA est informée de l'arrivée d'une ambulance, afin qu'elle puisse accueillir le patient.

L'IOA oriente le patient vers la salle de soins avec l'infirmier-ère responsable du patient qui remplira la feuille de tri.

### Tri des Ambulances

- Dès l'annonce des ambulances, l'IOA doit rechercher un-e collègue disponible pour prendre en charge l'entrée et si nécessaire s'organiser afin de dégager un box.
- Dès l'arrivée, le patient est conduit dans le box. L'IOA ou l'ID doit tenir compte des signes cliniques et des paramètres vitaux des ambulanciers pour remplir sa feuille et déterminer le degré d'urgence.
- En fonction du degré de tri et du flux, le patient pourra être mis dans le couloir en attente. Il sera sous la responsabilité de l'ID.
- Les ambulanciers donnent les informations administratives à l'hôtesse pour faire la plaquette.

#### Aspects juridiques de la fonction tri

Notes de services à créer : la conduite à tenir lors de :

demande de renseignements de l'état d'un patient

demande de renseignements par la police

demande de conseils de santé téléphonique

présence de patients mineurs

Il est important de rappeler que, sur le plan juridique, tout ce qui n'est pas écrit laisse supposer que cela n'a pas été fait.