

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Analyse des besoins des familles
accompagnant des patients adultes aux urgences du CHU Liège : une étude
quantitative descriptive**

Auteur : Mathieu, Rachel

Promoteur(s) : STIPULANTE, Samuel; 23683

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée patient critique

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/19904>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Analyse des besoins des familles
accompagnant des patients adultes aux
urgences du CHU de Liège : une étude
quantitative descriptive

Mémoire présenté par **Rachel MATHIEU**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Patient Critique

Année académique 2023-2024

Analyse des besoins des familles
accompagnant des patients adultes aux
urgences du CHU de Liège : une étude
quantitative descriptive

Mémoire présenté par **Rachel MATHIEU**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Patient Critique

Année académique 2023-2024

Promoteur : **Samuel STIPULANTE**

Co-promotrice : **Justine PIAZZA**

Remerciements

Ce mémoire représente le fruit de nombreuses heures de travail et de recherche étalées tout au long de ce master. Par ces quelques mots, mes remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette étude.

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement mon promoteur, Monsieur STIPULANTE Samuel, ainsi que ma co-promotrice, Madame PIAZZA Justine, pour leur disponibilité durant ces deux années et leurs précieux conseils.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes ayant participé activement au processus de traduction du questionnaire utilisé dans le cadre de ce mémoire à savoir Mesdames FRANCOIS Sylvie, HANOUL Nathalie, PIAZZA Justine et Messieurs BRUYERE Olivier, BORNHEIM Stephen, MATHIEU Fabrice, TESTA Sami, FAUST Kenny. Merci à mon amie de longue date, Madame HANOUL Marie, pour le pré-test du questionnaire traduit aux urgences de Huy.

Un grand merci à l'équipe de biostatistique du département de Santé Publique, et plus particulièrement à Madame DESCHAMPS Mélanie, pour son implication et son expertise.

Il me paraît essentiel de remercier les équipes infirmières des urgences du CHU de Liège et leurs infirmières en cheffe, Mesdames POL Alyssa et VIATOUR Nathalie, pour le temps qu'elles ont accepté de me consacrer.

Je remercie sincèrement Madame REDLEY Bernice, l'auteure du questionnaire d'origine sur lequel ce mémoire est basé, pour nos échanges courtois entre la Belgique et l'Australie.

Pour son aide à la réalisation de la collecte de données, je remercie vivement Madame MUNTEN Jacobine, gestionnaire de séjour aux urgences du Sart Tilman.

J'ai également une pensée pour mes relecteurs ainsi que Mesdames PAQUAY Méryl et BEAUDART Charlotte qui se sont avérées être de bon conseil aux prémices de ce travail.

Enfin, j'adresse une attention particulière à mon compagnon pour son soutien indéfectible et son implication lors de ma collecte de données. Merci à ma famille, mes amis et collègues qui m'ont encouragée dans la réalisation de ce mémoire et tout au long de mon cursus scolaire.

A tous, un immense merci !

Liste des abréviations

- AAF : Assistante Accueil Familles
- CCFNI : Critical Care Family Needs Inventory
- CCFNI-ED : Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- ELISA : Échelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission
- IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil
- KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
- NDB : Notre-Dame des Bruyères
- SD : Standard Deviation (écart-type)
- ST : Sart Tilman

Résumé

Introduction : A l'heure actuelle, les services d'urgences belges sont confrontés à une lourde charge de travail et souffrent d'un manque accru de professionnels de la santé. Tout comme les patients, les accompagnateurs sont indirectement impactés par cette situation. Pourtant, lorsqu'ils pénètrent dans un service d'urgences, ils manifestent une multitude de besoins qui passent bien souvent inaperçus. La prise en compte de leurs attentes par le personnel soignant est primordiale pour offrir des soins axés sur le patient et son entourage. L'objectif de cette étude est de déterminer les besoins des membres de la famille qui accompagnent un patient adulte aux urgences d'un hôpital tertiaire de la région liégeoise.

Matériel et méthodes : Une étude quantitative transversale a été menée dans les deux services d'urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Le Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department (CCFNI-ED) a été traduit en français en suivant la méthodologie standard de rétro-translation. Ce questionnaire comprend 40 items répartis en quatre catégories, à savoir : le "soutien", le "confort", la "communication" et la "participation". Bien que l'outil original ait déjà été validé lors d'une étude pilote menée en Australie, l'alpha de Cronbach a été calculé pour garantir la cohérence interne de la version traduite. Le questionnaire a été distribué aux familles entre décembre 2023 et février 2024.

Résultats : L'échantillon final compte 213 accompagnateurs. Les participants estiment que les besoins liés à la "communication" sont les plus importants, suivis de ceux de la "participation", du "soutien" et du "confort". Ils privilégient les besoins de leur proche avant leurs propres besoins personnels. Dans cette étude, certains groupes de personnes éprouvent plus de besoins que d'autres, à savoir : les personnes de sexe féminin, celles âgées de plus de 45 ans, mariées, qui accompagnent leur conjoint, qui sont déjà venues aux urgences ces deux dernières années et qui se présentent dans le service en matinée ($p < 0,05$).

Conclusion : Les familles occupent une place essentielle au sein de nos services d'urgences. Dans d'autres pays où le CCFNI-ED a été testé, les proches considèrent tout autant la communication et la participation comme étant essentielles. Ce sont deux concepts centraux des soins axés sur le patient et sa famille. A l'avenir, il est donc crucial que le personnel intègre la reconnaissance de ces besoins dans son rôle et ses responsabilités.

Mots-clés : besoins familiaux ; service d'urgences ; CCFNI-ED ; communication ; questionnaire

Abstract

Introduction : Belgian emergency departments are currently facing a heavy workload and a growing shortage of medical professionals. Like patients, attendants are indirectly affected by this situation. And yet, when they enter an emergency department, they express a multitude of needs that often go unnoticed. It is vital that nursing staff take their expectations into account, if they are to provide patient- and caregiver-centred care. The aim of this study is to determine the needs of family members accompanying an adult patient to the emergency department of a tertiary hospital in the Liège region.

Material and methods : A quantitative cross-sectional study was carried out in the two emergency departments of the University Hospital of Liège. The Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department (CCFNI-ED) was translated into French using standard back-translation methodology. The questionnaire comprises 40 items divided into four categories: "support", "comfort", "communication" and "participation". Although the original tool had already been validated in a pilot study carried out in Australia, Cronbach's alpha was calculated to ensure the internal consistency of the translated version. The questionnaire was distributed to families between December 2023 and February 2024.

Results : The final sample comprised 213 patient's companions. Participants rated "communication" needs as the most important, followed by "participation", "support" and "comfort". They put their loved one's needs before their own personal needs. In this study, certain groups of people had more needs than others, namely : female, those over 45 years, married, accompanying their spouse, having been to the emergency department in the last two years and presenting to the department in the morning ($p < 0,05$).

Conclusion : Families play an essential role in our emergency departments. In other countries where CCFNI-ED has been tested, family members consider communication and participation to be equally essential. These are two central concepts in patient- and family-centred care. In future, therefore, it is crucial that staff integrate recognition of these needs into their roles and responsibilities.

Keywords : family needs ; emergency department ; CCFNI-ED ; communication ; survey

Table des matières

1.	PRÉAMBULE	1
2.	INTRODUCTION	2
2.1	CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE	2
2.2	ENVIRONNEMENT DES SERVICES D'URGENCES	4
2.3	PRÉSENCE DES FAMILLES AUX URGENCES	4
2.4	ÉTAT DES LIEUX DE L'INTÉGRATION DES FAMILLES AUX URGENCES	6
2.5	QU'EN EST-IL DES BESOINS DES FAMILLES AUX URGENCES ?	8
2.6	QUESTION DE RECHERCHE	9
2.7	OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	9
2.8	HYPOTHÈSES	9
3.	MATÉRIEL ET MÉTHODES	10
3.1	TYPE D'ÉTUDE	10
3.2	POPULATION ÉTUDIÉE	10
3.3	OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES ET PARAMÈTRES ÉTUDIÉS	11
3.4	ÉCHANTILLON	12
3.5	ORGANISATION ET PLANIFICATION DU TRAVAIL	13
3.6	ASPECTS RÉGLEMENTAIRES	15
3.7	TRAITEMENT DES DONNÉES ET MÉTHODE D'ANALYSE.....	15
3.8	CONTRÔLE QUALITÉ.....	16
4.	RÉSULTATS	18
4.1	ALPHA DE CRONBACH	18
4.2	PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON.....	18
4.3	STATISTIQUES DESCRIPTIVES	20
4.4	STATISTIQUES INFÉRENTIELLES	22
5.	DISCUSSION	25
5.1	IMPORTANCE DES BESOINS DES FAMILLES AUX URGENCES	25
5.2	CARACTÉRISTIQUES DES ACCOMPAGNATEURS EXPRIMANT LE PLUS DE BESOINS.....	31
5.3	ANALYSE DES DONNÉES MANQUANTES.....	32
6.	LIMITATIONS	33
7.	PERSPECTIVES	33
8.	CONCLUSION	34
9.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
10.	ANNEXES	41
10.1	ANNEXE 1 : VERSION ANGLAISE DU CCFNI-ED	41
10.2	ANNEXE 2 : PRÉ-TEST DU QUESTIONNAIRE	42
10.3	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE FINAL	44
10.4	ANNEXE 4 : AFFICHE COULOIRS	48
10.5	ANNEXE 5 : AFFICHE SALLE DE TRI.....	49
10.6	ANNEXE 6 : DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ D'ÉTHIQUE (29/06/2023)	50
10.7	ANNEXE 7 : ACCORD DU COMITÉ D'ÉTHIQUE (25/07/2023)	54
10.8	ANNEXE 8 : CODEBOOK	55
10.9	ANNEXE 9 : TABLEAU N°4 COMPLET	63
10.10	ANNEXE 10 : TABLEAU N°5 COMPLET	65

1. Préambule

Travaillant en tant qu'infirmière spécialisée en Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente au sein du service des soins intensifs du Centre Hospitalier Régional de Namur (site Meuse), j'ai souhaité orienter mon mémoire vers un domaine connexe à ma spécialité tout en explorant une thématique peu étudiée. Après avoir réalisé mon Travail de Fin d'Études au terme de mon cursus infirmier sur la présence des familles aux urgences, que j'ai présenté lors de la 33^{ème} réunion scientifique de l'Association Francophone des Infirmiers d'Urgence, j'ai été animée par le désir de poursuivre mes recherches dans ce domaine. À travers ce travail de recension de la littérature, j'avais pu conclure que la communication entre le personnel soignant des urgences et les familles n'est pas toujours optimale. Rapidement redirigées vers la salle d'attente, elles ne reçoivent pas suffisamment d'informations concernant l'état de santé de leur proche et ne sont pas systématiquement invitées à accéder aux salles de soins. Elles éprouvent alors divers sentiments tels que l'incompréhension, le désarroi, la détresse et l'anxiété. Une communication active offre pourtant de réels avantages. Les accompagnateurs représentent une véritable source d'informations concernant l'état de santé de leur proche. Ils ne doivent donc pas être systématiquement perçus comme un frein au projet de soins.

Dès le début de mon Master en Sciences de la Santé Publique, j'ai immédiatement envisagé de confronter les enseignements tirés de la littérature scientifique à la réalité sur le terrain. Cette démarche m'a conduite à une nouvelle question de recherche, centrale dans ce mémoire : quels sont les besoins des nombreux accompagnants qui fréquentent quotidiennement les urgences ? En donnant la parole à ces familles et en cherchant à comprendre plus précisément leurs besoins, je pourrais contribuer à l'amélioration du fonctionnement de nos services d'urgences.

2. Introduction

2.1 Contexte de santé publique

Selon la Société Française de Médecine d'Urgence, l'urgence est définie comme « toute circonstance qui, par sa venue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement » (1). Cette notion d'urgence peut être perçue différemment par les patients qui l'associent plutôt à une rapidité de prise en charge. Cela explique notamment le fait que les services d'urgences, de par leur facilité d'accès, délivrent de plus en plus de soins primaires. D'après le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), la majorité des patients admis aux urgences pourraient être pris en charge par un médecin généraliste (2). Il existe donc une divergence entre l'urgence réelle et celle ressentie par le patient. Par ailleurs, les soins non urgents diminuent l'efficacité du service car ils mobilisent un espace et un personnel déjà restreints (3).

Depuis plusieurs années, les services d'urgences belges se trouvent à un véritable tournant. La demande de soins s'accroît continuellement alors que les ressources hospitalières restent limitées. Le nombre de patients admis sur 24 heures ne cesse d'augmenter. En 2018, les urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège ont accueilli 100.016 patients, soit 38 % de plus que 10 ans auparavant (4). Peu après la crise sanitaire causée par le Coronavirus, le nombre d'admissions dans ce même service est reparti à la hausse avec 96.927 admissions enregistrées en 2022, soit 12 % de plus que l'année précédente (5).

Bien qu'elles ne soient que rarement respectées, il existe des normes de sécurité nationales visant à déterminer le nombre optimal de patients par infirmier. Selon un rapport du KCE datant de 2019, un infirmier s'occupe en moyenne de 9,4 patients dans les services d'hospitalisation classiques alors que la norme est fixée à quatre pendant la journée et sept durant la nuit (6). Aux soins intensifs, un infirmier ne devrait pas prendre en charge plus de trois patients (7). Pour les urgences, aucun ratio patient/infirmier n'est mentionné dans la législation ce qui peut s'expliquer par le fait que le nombre d'admissions n'est pas prévisible. L'Arrêté Royal du 27 avril 1998 précise seulement qu'une fonction Soins Urgents Spécialisés doit disposer en permanence de minimum deux infirmiers, dont au moins un est porteur du titre professionnel particulier en Soins Intensifs et Soins d'Urgences (8).

À tout cela s'ajoute la pénurie qui touche tant le corps infirmier que médical et qui contraint à la fermeture de lits d'hospitalisation. En 2018, seuls 59 % des infirmiers en droit d'exercer étaient actifs dans le secteur des soins de santé (9). Dans le rapport du KCE, on peut y lire « un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail et 10 % envisagent de quitter la profession. 36 % présentent un risque d'épuisement professionnel » (6).

Ce défaut de ressources humaines concerne aussi la médecine générale, principalement en milieu rural. Cela peut s'expliquer par le vieillissement du personnel médical et la féminisation de la profession qui tend à réduire son temps de travail. En 2008 déjà, le KCE publiait un rapport alarmant concernant le manque d'attractivité pour cette spécialité (10). Selon l'Agence pour une Vie de Qualité, il faudrait 145 médecins généralistes supplémentaires rien qu'en Wallonie (11).

En parallèle, le vieillissement de la population en Belgique est une autre problématique toute aussi importante à prendre en considération. En 2022, l'espérance de vie à la naissance était estimée à 81,7 ans (12). Selon les perspectives du Bureau Fédéral du Plan, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront 27,6 % de la population wallonne en 2071 contre 19,5 % en 2023 (13). En plus d'être fragiles, nos aînés sont très souvent polypathologiques et polymédiqués ce qui rend leur prise en charge de plus en plus complexe. L'enquête de santé de 2018 de Sciensano a révélé que 44,1 % des personnes âgées de 75 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie chronique (14). Les séniors représentent donc des usagers fréquents de nos services d'urgences. Ils sont généralement accompagnés d'un proche qui joue un rôle important dans leur quotidien (15).

Tous les éléments précités ont pour conséquence de surcharger les services d'urgences et d'allonger le délai de prise en charge qui est en moyenne de quatre heures (16). Cette durée peut notamment s'expliquer par le temps nécessaire pour obtenir les résultats d'imagerie et de biologie mais aussi par l'indisponibilité des lits d'hospitalisation. Les premiers impactés par ce manque de ressources et cette surpopulation sont évidemment les patients, mais également les membres de leur famille qui les accompagnent.

2.2 Environnement des services d'urgences

Le personnel soignant des urgences a généralement tendance à se focaliser sur la stabilisation de l'état clinique du patient, ce qui laisse peu de place pour la prise en considération de l'expression des émotions (17). Pourtant, d'après de nombreuses études, les patients et leur famille éprouvent toute une série de sentiments lorsqu'ils franchissent la porte d'un service d'urgences, tels que la peur de l'inconnu, l'anxiété, la vulnérabilité et l'incertitude (18–20). Ils ont souvent l'impression d'être considérés comme des numéros et non pas comme des êtres humains à part entière (18).

De plus, le milieu des urgences est souvent synonyme d'insécurité car il y règne un flux continu de personnes, un bruit ambiant et un manque d'intimité (19,21,22). Le lieu peut aussi paraître impressionnant pour les visiteurs car il est hautement technique et regorge de multiples prestataires de soins (3,20). C'est un service unique où les patients, les familles et les soignants sont confrontés à de l'incertitude, de l'imprévu et à d'éventuelles dégradations rapides de l'état de santé (23,24).

Un phénomène, bien connu aux urgences mais qui reste peu dénoncé, est l'apparition de violence pouvant s'exprimer sous différentes formes (verbale, physique voire psychologique) (25). Les services d'urgences sont les deuxièmes plus touchés par la violence intra-hospitalière en France, après la psychiatrie (26). Provenant des patients et/ou de leurs accompagnants, cette dernière apparaît généralement suite à un défaut d'informations, une absence de disponibilité de la part des soignants, des temps d'attente trop importants ou des douleurs non atténuées (23). Une étude s'intéressant à la violence subie par le personnel soignant travaillant aux urgences a conclu que « le mécontentement à l'égard des services d'urgence est un phénomène assez courant, il est exprimé par environ un patient sur quatre et un accompagnateur sur cinq » (25).

2.3 Présence des familles aux urgences

Suite à l'engorgement régulier des services d'urgences, il existe des failles en matière d'intégration et de communication entre les familles et le personnel soignant. Il arrive que les proches se sentent invisibles et complètement exclus de la prise en charge (15,20). Pourtant, une étude a dévoilé que « 75 % des patients considèrent que la présence d'un membre de la famille est importante. 60 % des patients souhaitent que le membre de leur famille soit informé de leur état de santé » (19).

Selon une autre étude, menée en Australie, « les patients souhaitent que leur famille connaisse le plan de soins, car cela atténue leur incertitude et leur donne l'assurance que, s'ils perdaient la capacité de s'exprimer eux-mêmes, leur famille serait bien informée pour agir en leur nom » (27). L'importance des proches semble intensifiée en cas de situation aiguë. Néanmoins, il convient d'obtenir le consentement du patient afin de s'assurer qu'il soit bien d'accord que des informations le concernant soient transmises à sa famille (19).

2.3.1 Bénéfices

L'inclusion des familles dans les discussions offre des avantages non négligeables. De fait, les proches représentent une source d'informations précieuse quant à la symptomatologie, les antécédents et les traitements du patient (15,28,29). Cela semble d'autant plus profitable si le patient est confus, intoxiqué ou inconscient (19). D'autre part, les accompagnants contribuent à augmenter la sécurité des soins de par leur vigilance et à améliorer la satisfaction des patients (17,22,27). Ils ont aussi leur mot à dire dans le processus de prise de décisions (15,25). De plus, le soutien émotionnel octroyé par la famille n'est pas comparable à celui offert par les soignants, étant donné leur proximité relationnelle (18).

Il a également été prouvé que les proches ont un rôle important à jouer lors du retour à domicile (15,19,28). Une étude menée au Danemark a démontré que les patients ont tendance à oublier les détails de leur prise en charge aux urgences et les instructions qui leur ont été fournies au moment de la sortie (18). Ils peuvent alors compter sur la personne qui les a accompagnés pour assurer le respect des recommandations données à la sortie. L'éducation thérapeutique, largement décrite dans la littérature, englobe les membres de la famille. Elle vise à ce que le patient devienne acteur de sa propre santé, ce qui diminue considérablement le nombre de réadmissions au sein des services d'urgences (30).

En parallèle, une revue systématique de la littérature a dévoilé que les conversations avec le personnel soignant des urgences sont souvent à sens unique ce qui contraint les visiteurs à ne pas poser de questions (31). Le personnel médical a souvent une perception surestimée du niveau de compréhension des citoyens et omet généralement de vérifier si les informations transmises ont été correctement assimilées (27). Certains auteurs s'accordent à dire que ce sont les infirmiers qui sont les mieux placés pour communiquer avec les familles aux urgences car ils sont au chevet du patient et utilisent des termes plus adaptés à leur niveau de compréhension (32–34). Ils contribuent notamment à améliorer la littératie en santé (27).

Une étude phénoménologique a révélé que « la perception qu'ont les patients et les membres de leur famille des infirmières des urgences est liée à leur esprit critique, à leur communication, à leur sensibilité et à leur capacité à prendre soin des patients » (3).

2.3.2 Accompagnement en salle de soins

Peu de pays autorisent l'accompagnement systématique du patient par un proche en salle de soins. La présence de la famille, définie comme « la permanence d'un ou de plusieurs membres de la famille dans un lieu permettant un contact visuel et/ou physique avec le patient pendant l'exécution des procédures dans les salles d'urgence et les unités de soins intensifs » (17), présente pourtant de réels intérêts. La proximité permet de maintenir une dynamique familiale et d'informer les autres membres de la famille non présents de l'avancée de la prise en charge (17). Les proches ont également tendance à réaliser spontanément certains soins non techniques comme le fait de donner à boire au patient ou de l'accompagner aux toilettes, ce qui a pour avantage de diminuer la charge de travail de l'équipe soignante (15,17). L'accompagnateur se sent responsable de prendre soin de l'être cher, en signe de reconnaissance (17). En 2018, une étude a mis en évidence que les proches se considèrent comme « les gardiens, les protecteurs et les représentants des patients dans l'environnement stressant et bureaucratique des urgences, étant donné que le jugement des patients est souvent altéré par la douleur, la souffrance et la peur de l'inconnu » (25).

Toutefois, cette pratique récente n'est pas encore totalement fondée. Elle est encouragée lorsque les conditions le permettent mais reste peu appliquée par crainte que la famille perturbe le fonctionnement du service ou ne soit pas capable de gérer ses émotions. C'est principalement pour cette raison que les accompagnants sont isolés et redirigés vers la salle d'attente, où le temps leur paraît long (23). Une revue systématique de la littérature a permis de démontrer que le niveau de satisfaction baisse en cas de séjour prolongé aux urgences (35). Les proches éprouvent alors divers sentiments tels que l'impatience, l'impuissance, l'inquiétude, la détresse et l'abandon (17,20). De plus, l'appréhension d'une mauvaise nouvelle contribue à exacerber ces émotions. La culture et les croyances des familles peuvent également influencer la perception de la situation (32).

2.4 État des lieux de l'intégration des familles aux urgences

À l'heure actuelle, il n'existe pas de dispositif permettant d'améliorer la communication avec les familles dans les services d'urgences à proprement parler.

Néanmoins, la communication thérapeutique pourrait être un outil de soins à envisager. Elle est définie comme « une technique d'écoute et d'échange qui favorise l'émergence d'un travail thérapeutique » (36). C'est une forme d'hypnose conversationnelle. Elle a le pouvoir de « faciliter l'adaptation aux situations stressantes et d'influencer le bien-être des personnes qui réagissent en fonction de leurs croyances, de leurs valeurs, de leur histoire de vie et de leur culture » (20). Une étude australienne a révélé qu'il existe une corrélation entre la réduction de l'anxiété et la satisfaction des familles aux urgences (23). La communication thérapeutique peut facilement être mise en place aux urgences en mobilisant des techniques telles que l'écoute active, l'empathie, la reformulation, l'utilisation du langage non verbal et le remplacement de mots à connotation négative par des expressions plus positives (37).

Malgré la prise de conscience de ce constat, la communication thérapeutique avec les familles n'est pas encore ancrée dans les habitudes des services d'urgences. Les priorités divergent entre les soignants et les familles dont le besoin d'obtenir des informations semble intensifié dans ce type de service (18,32). Néanmoins, une étude qualitative menée auprès de soignants travaillant aux urgences au Danemark a mis en lumière qu'« il existe un fossé entre ce que les prestataires de soins de santé sont "obligés" de gérer pour éviter les situations de surpeuplement et ce qu'ils apprécient réellement et veulent améliorer » (28).

En plus de l'Organisation Mondiale de la Santé, plusieurs études suggèrent que les soins soient davantage individualisés et centrés sur le patient et sa famille (15,27,38). Il faudrait également former davantage le personnel en terme de communication et prévoir des infrastructures adaptées à l'accueil des familles (18,20). De surcroît, il est fortement recommandé que les soignants se concertent afin de transmettre des informations identiques au patient et à sa famille au moment de la sortie (22,28). Fournir un document écrit au patient qui reprend les points essentiels de sa visite aux urgences est une solution parmi d'autres, à condition qu'elle soit associée à des explications orales (19,28,39). Des entrevues familiales d'environ 15 minutes peuvent aussi améliorer la communication avec les accompagnants (28). L'utilisation des nouvelles technologies peut s'avérer utile pour diffuser des informations, comme l'a prouvé une étude coréenne ayant mis au point une application mobile permettant une consultation du dossier médical (40). Une autre étude, menée en France, a conclu que la mise en place d'écrans dans les zones d'attente a un impact considérable sur les informations reçues quant à l'organisation du service (21).

En France, un projet innovant a vu le jour en 2010 dans le service des urgences du CHU de Rouen. À l'initiative d'une aide-soignante, il consiste en la mise en place d'une Assistante Accueil Familles (AAF) ayant pour mission de garantir un suivi personnalisé des accompagnants (41). Elle devient alors l'interlocutrice privilégiée des familles tout au long de la prise en charge. L'AAF « établit une relation de confiance, explique le parcours du patient, évalue le délai d'attente, dédramatise les situations, oriente et accompagne les familles dans les démarches administratives » (41). Ayant son propre bureau au sein du service, elle favorise également l'expression des émotions ce qui permet d'apaiser les éventuelles tensions. Bien que cette solution semble prometteuse, elle reste difficile à mettre en place dans les services d'urgences belges étant donné la pénurie de soignants qui frappe le pays.

2.5 Qu'en est-il des besoins des familles aux urgences ?

Les besoins des familles varient en fonction du contexte. Ils ont principalement été étudiés dans les services de soins intensifs, de pédiatrie et de soins palliatifs (42). Peu d'études s'intéressent aux préférences des proches accompagnant un patient adulte aux urgences (24,43). En réalité, il est difficile de savoir comment les accompagnants vivent leur passage aux urgences (18). Dans la littérature, il existe un outil permettant d'évaluer les besoins des familles dans les services de soins aigus. Développé par Leske et Molter dans les années 80, le « Critical Care Family Needs Inventory » (CCFNI) est destiné à être utilisé dans les services de soins intensifs (34,43). Il a été traduit en plusieurs langues, dont le français (44).

Deux chercheuses australiennes, Beanland et Redley, ont alors revisité cet instrument en 1996 et l'ont adapté à l'environnement des urgences (24). Il est alors devenu le « Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department » (CCFNI-ED). Il est composé de 40 items, 16 issus du CCFNI et 24 créés sur base d'entretiens qualitatifs menés avec des familles aux urgences (42). Ce nouvel outil a officiellement été validé et peut donc être utilisé dans la pratique. Sa langue d'origine est l'anglais (*cfr Annexe 1*) mais il a déjà été traduit dans deux autres langues : le chinois et le turc (32,45). Il a également été testé dans cinq pays : en Australie en 2004, en Afrique du Sud en 2009, en Turquie en 2012, à Taïwan en 2013 ainsi qu'en Égypte en 2016 (32,33,46,47).

À ce jour, cet outil n'a jamais été traduit en français et testé en Europe. Jusqu'à preuve du contraire, il n'est pas possible d'affirmer qu'il existe un manque de communication avec les familles aux urgences en Belgique puisqu'on ne connaît pas réellement leurs besoins. Il serait donc intéressant de les évaluer dans un premier temps grâce au CCFNI-ED.

2.6 Question de recherche

La question de recherche formulée est la suivante :

« Quels sont les besoins et attentes des familles accompagnant un patient adulte dans les services d'urgences du CHU de Liège (sites Sart Tilman et Notre-Dame Des Bruyères) ? »

2.7 Objectifs de l'étude

Dans le cadre de ce mémoire, les objectifs sont de :

- Déterminer les besoins des familles jugés comme les plus et les moins importants aux urgences du CHU de Liège ;
- Décrire le profil socio-démographique des accompagnants exprimant le plus de besoins au sein des services d'urgences du CHU de Liège.

2.8 Hypothèses

Les hypothèses établies sont :

- Les besoins des familles aux urgences du CHU de Liège sont identiques ou, à tout le moins, proches de ceux exprimés dans d'autres pays où le CCFNI-ED a été testé (48);
- La communication fait partie des besoins prioritaires pour les familles accompagnant un proche aux urgences du CHU de Liège.

3. Matériel et méthodes

3.1 Type d'étude

Une étude de type quantitative descriptive transversale a été conduite entre décembre 2023 et février 2024 dans les services d'urgences du CHU de Liège, c'est-à-dire sur les sites du Sart Tilman (ST) et de Notre-Dame des Bruyères (NDB).

L'outil utilisé est le CCFNI-ED mais, étant donné qu'il n'était pas disponible en français, sa traduction a été entreprise en suivant une procédure officielle de rétro-traduction telle que décrite par Beaton et al. (49). L'objectif était d'obtenir une équivalence linguistique et culturelle entre la version originale et la traduction. Au préalable, une prise de contact avec l'auteure du questionnaire d'origine a eu lieu par échanges de mail. Cette dernière a confirmé l'inexistence d'une version française et a donné son accord pour la traduction.

Une traduction initiale de l'anglais vers le français par trois traducteurs bilingues ayant le français comme langue maternelle a été réalisée. L'un d'entre eux était spécialiste dans le domaine de la santé et les deux autres novices sur le sujet. Une réunion s'est tenue pour uniformiser ces trois traductions et établir une première version française. Cette phase a été suivie d'une rétro-traduction du français vers l'anglais par deux traducteurs novices et ayant l'anglais comme langue maternelle. L'objectif était de s'assurer que la version traduite correspond bien à la version originale du questionnaire.

Ensuite, un comité d'experts s'est déroulé dans le but d'établir une version pré-finale. Il était composé des cinq traducteurs, d'un méthodologiste, d'un professionnel de la langue française, d'un professionnel de la santé et d'un médiateur. Enfin, une phase de pré-test a été menée aux urgences du Centre Hospitalier Régional de Huy auprès de 30 membres de la famille, lesquels n'ont pas été inclus dans l'étude (*cf* Annexe 2). L'objectif était de s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire traduit auprès de la population étudiée. Aucune modification n'a dû être apportée au questionnaire qui est devenu la version finale.

3.2 Population étudiée

Pour déterminer la population étudiée, il convient de définir des critères d'inclusion et d'exclusion. Tout membre de la famille accompagnant un patient adulte dans les services d'urgences du CHU de Liège durant la période de collecte des données a été inclus dans l'étude. Mais qu'entend-on par « membre de la famille » ?

En réalité, les accompagnateurs devaient avoir un lien de parenté du premier (enfants, parents) ou deuxième (grands-parents, petits-enfants, frères, sœurs) degré avec le patient pour pouvoir participer. Les conjoints et la belle-famille ont également été inclus.

S'appuyant sur les critères d'exclusion des différents pays où le CCFNI-ED a déjà été testé (48), les catégories suivantes de personnes accompagnantes ont été écartées de l'étude :

- Les accompagnateurs ayant moins de 18 ans. En effet, les mineurs accompagnant un adulte ont des besoins spécifiques ce qui justifierait une étude dédiée à leur situation ;
- Les personnes ne s'exprimant pas en Français (par oral et/ou par écrit) étant donné que l'étude s'est déroulée dans deux services d'urgences francophones ;
- Les personnes présentant des troubles cognitifs, évalués par un jugement personnel, puisque le questionnaire est auto-administré et qu'il n'y a donc pas de chercheur en permanence sur place pour les aider à le compléter ;
- Les personnes accompagnant un enfant de moins de 15 ans étant donné qu'on s'y intéresse déjà dans la littérature.

3.3 Outil de collecte des données et paramètres étudiés

3.3.1 CCFNI-ED traduit en français

Depuis l'étude de validation interculturelle réalisée par Redley et al. en 2019, le CCFNI-ED comprend 40 besoins qui sont répartis en quatre domaines (24) :

- Le "soutien" des professionnels de la santé ou de proches (besoin n°1 à 6) ;
- Le "confort" qui peut être physique ou émotionnel, fourni par les soignants ou les équipements présents dans le service (besoin n°7 à 17);
- La "communication" qui équivaut à la réception d'informations compréhensibles et de façon régulière (besoin n°18 à 27) ;
- La "participation" qui signifie être aux côtés du patient et s'impliquer dans les soins qui lui sont prodigués (besoin n°28 à 40).

La version initiale du CCFNI-ED comprenait un domaine supplémentaire nommé "signification", qui a été retiré lors d'une révision ultérieure. Ses items ont donc été redistribués parmi les quatre catégories citées ci-dessus.

Cet instrument utilise une échelle de Likert à quatre points pour évaluer chaque besoin : 1 = pas important ; 2 = peu important ; 3 = important ; 4 = très important. Un score total peut ainsi être calculé, allant de 40 (peu de besoins) à 160 (besoins élevés). Un score pour chacune des quatre catégories a également été estimé (de 6 à 24 pour le "soutien", de 11 à 44 pour le "confort", de 10 à 40 pour la "communication" et de 13 à 52 pour la "participation").

Pour uniformiser les résultats et utiliser un langage commun, ces scores ont tous été ramenés à une valeur située entre 1 et 4. Un score supérieur ou égal à 3 a été considéré comme élevé. Les moyennes ont permis de classer les résultats obtenus, un score moyen plus élevé indiquant un besoin plus important. Les auteurs du CCFNI-ED n'ont pas émis de recommandation concernant la gestion des données manquantes.

3.3.2 Questions socio-démographiques

En plus du CCFNI-ED traduit, douze questions socio-démographiques ont été ajoutées au début du questionnaire concernant : le sexe, l'âge, la situation familiale actuelle, le niveau d'études le plus élevé, le statut professionnel actuel, le lien de parenté avec le patient, le moyen de transport jusqu'aux urgences, la fréquence de visite aux urgences, le niveau de stress, le degré de satisfaction des services d'urgences, le jour et la plage horaire.

Les modalités de réponse se présentent sous forme de cases à cocher ce qui permet aux participants de compléter le formulaire plus rapidement et facilite l'encodage dans la base de données. Une modalité « autre » a également été ajoutée pour la moitié des questions afin de ne pas forcer le répondant à choisir une case qui ne correspond pas à sa situation.

3.4 Échantillon

3.4.1 Méthode d'échantillonnage

Pour cette étude, la méthode d'échantillonnage choisie est celle de commodité car c'est la plus appropriée pour ce type de recherche et celle utilisée dans les études où le CCFNI-ED a déjà été expérimenté. Les participants ont donc été sélectionnés par facilité d'accès étant donné que la population présente aux urgences est relativement homogène.

3.4.2 Taille d'échantillon

Dans le cadre du protocole de recherche, un calcul de puissance basé sur le nombre d'admissions aux urgences du CHU de Liège en 2021 avait été réalisé.

Néanmoins, l'équipe de recherche a constaté durant la collecte des données que ce chiffre n'était pas pertinent étant donné que chaque patient admis aux urgences n'est pas systématiquement accompagné d'un membre de sa famille. En réalité, il semblait difficile de calculer une taille d'échantillon plus précise au vu du faible nombre d'études ayant expérimenté le CCFNI-ED (peu de moyennes et d'écart-types disponibles dans la littérature). Étant donné que ce mémoire a principalement des objectifs descriptifs/exploratoires, il a finalement été convenu avec l'équipe du Centre de Biostatistique de l'Université de Liège de collecter un maximum de données en tenant compte des contraintes de la recherche, à savoir :

- La limite de temps (fin de la collecte des données fixée à début mars) ;
- Les patients qui viennent seuls aux urgences ;
- Les accompagnants qui déposent le patient aux urgences puis repartent directement ;
- Les patients qui viennent pour de l'ophtalmologie, de la gynécologie, une demande d'imagerie et qui sont redirigés en dehors du service d'urgences ;
- Les critères d'exclusion (principalement les patients pédiatriques à NDB, les personnes analphabètes et ne s'exprimant pas en français).

3.5 Organisation et planification du travail

Les questionnaires ont été remis aux familles au moment du triage, juste après que l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) a attribué un niveau de tri au patient et avant de diriger l'accompagnateur vers la salle d'attente ou de soins. Ceux-ci étaient composés de deux parties : le CCFNI-ED traduit en français ainsi que des questions socio-démographiques (*cfr Annexe 3*). Les formulaires ont été imprimés en cinq couleurs concordantes avec celles utilisées aux urgences, en référence aux degrés de tri de l'Échelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission (ELISA) (16) :

- U1 (urgence vitale immédiate) = **rose** ;
- U2 (urgence rapide) = **jaune** ;
- U3 (urgence réelle) = **vert** ;
- U4 (urgence relative) = **bleu** ;
- U5 (absence d'urgence) = **mauve**.

Les accompagnateurs étaient invités à répondre au formulaire durant leur séjour aux urgences puis à le déposer dans une urne située en salle d'attente avant de quitter l'institution. Le questionnaire était donc auto-administré puisque les participants y répondaient en toute autonomie. Plusieurs affiches ont été déposées à des endroits stratégiques dans les services dans le but de sensibiliser les familles à participer à l'étude (*cf* Annexe 4).

Dans un premier temps, le questionnaire a été distribué aux accompagnants par les IOA de décembre 2023 à janvier 2024. Après avoir pris connaissance du niveau de tri, la gestionnaire de séjour du ST a également déposé des formulaires aux familles directement dans les box de soins. Le personnel a été formé à reconnaître les personnes à qui il était pertinent de distribuer le questionnaire sur base des critères d'inclusion et d'exclusion. Avec l'accord des infirmières en cheffe, cet apprentissage s'est fait par le biais d'une capsule vidéo et d'une affiche accrochée en salle de tri qui reprennent ces critères ainsi que le code couleur détaillé ci-dessus (*cf* Annexe 5). Un message a également été envoyé dans la newsletter du service pour prévenir le personnel du commencement de l'étude. Pour limiter le risque d'erreurs, le niveau de tri était rappelé dans le coin supérieur droit de chaque questionnaire en plus du site hospitalier (ST ou NDB). Durant cette période, le chercheur passait dans les services toutes les deux semaines pour récupérer les questionnaires complétés et les encoder au fur et à mesure dans la base de données.

Dans un second temps, l'équipe de recherche s'est elle-même rendue sur le terrain pour collecter les données dans le courant du mois de février 2024. Le chercheur était présent au triage et distribuait les documents aux accompagnants. Cette démarche a duré trois jours pour chaque site, soit un total de six jours. Elle a été planifiée pour compenser le fait que les IOA ne distribuaient pas toujours les questionnaires, ce qui peut facilement s'expliquer par l'encombrement continu du local de tri.

Si l'on compare ce qui était prévu de faire et ce qui a réellement été fait dans un diagramme de Gantt (**figure 1**), on constate quelques différences notamment quant à la durée de la traduction et de la collecte des données. En effet, la collaboration avec les traducteurs puis les IOA a allongé le temps de travail fixé initialement. De plus, une validation complète du questionnaire avait été planifiée dans le protocole de recherche mais un alpha de Cronbach a finalement été calculé.

Tâches	2023										2024					
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	
Prise de contact avec l'auteur du CCFNI-ED	X															
Réalisation du protocole de recherche	X	X														
Demande au comité d'éthique				X												
Traduction du questionnaire				X	X	X										
Validation du questionnaire													X			
Formation des équipes infirmières							X									
Collecte des données								X	X	X						
Création de la base de données												X				
Analyses statistiques													X			
Rédaction scientifique													X	X		
Préparation de la défense orale															X	

Orange : ce qui était prévu dans le protocole

X : ce qui a été réalisé

Figure 1 : diagramme de Gantt

3.6 Aspects réglementaires

Une demande d’avis au Comité d’Éthique du CHU de Liège a été envoyée fin juin 2023 (*cf* Annexe 6). Une réponse favorable de leur part est parvenue à l’équipe de recherche environ un mois plus tard sous la référence 2023/190 (*cf* Annexe 7). Cette étude n’entre pas dans le cadre de la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Aucun financement n’a été nécessaire à la réalisation de cette étude. Les principes du Règlement Général sur la Protection des Données ont été appliqués tout au long de l’étude, notamment celui de minimisation. En effet, seules les données nécessaires ont été collectées. La base de données a été sécurisée par un mot de passe puis détruite à la fin de l’étude. Les informations récoltées ne permettent en aucun cas d’identifier les personnes ayant répondu au questionnaire. L’anonymat a donc été respecté. Le consentement a été recueilli oralement auprès de chaque participant, après information préalable. À tout moment, l’accompagnateur ayant donné son consentement éclairé était libre de se retirer de l’étude.

3.7 Traitement des données et méthode d’analyse

Les données ont été retranscrites dans un classeur sur Microsoft Excel®. Un codebook a été créé afin de préciser les détails du codage (*cf* Annexe 8). Un numéro d’identification unique a été attribué à chaque individu. Les données manquantes ont été marquées « NA ». Les analyses statistiques ont été réalisées à l’aide du logiciel informatique *R Commander* (version 4.2.1). Le niveau d’incertitude α est fixé à 5 %. Un résultat est considéré comme significatif lorsque la p-valeur est inférieure ou égale à 0,05.

Toutes les variables qualitatives ont été transformées en facteurs. La normalité a été investiguée en comparant la moyenne et la médiane, en réalisant certains graphiques dont un histogramme, un Q-Q plot et un Boxplot puis en calculant la p-valeur du test de Shapiro-Wilk.

Dans un premier temps, des statistiques descriptives ont été réalisées afin de décrire l'échantillon. Étant donné que toutes les variables socio-démographiques sont de nature qualitative, elles ont été résumées à l'aide de nombres (n) et de fréquences (%). Ensuite, une analyse descriptive basée sur les moyennes a été réalisée dans le but de connaître les dix besoins les plus et les moins importants puis d'établir un classement en fonction des quatre thématiques du CCFNI-ED ("soutien", "confort", "communication" et "participation").

Des statistiques inférentielles ont été réalisées afin d'identifier ce qui prédispose à avoir des besoins importants. Pour ce faire, divers tests statistiques ont été réalisés dans le but de comparer les moyennes/médianes du score total des besoins entre les différents groupes définis par les variables socio-démographiques :

- T de Student si deux populations et normalité ;
- Mann-Whitney si deux populations et pas de normalité (ou variable ordinale) ;
- ANOVA-1 si plus de deux populations et normalité ;
- Kruskal-Wallis si plus de deux populations et pas de normalité (ou variable ordinale).

Pour les données suivant une distribution normale, un test de Fisher (si deux populations) et de Bartlett (si plus de deux populations) a été effectué pour évaluer l'homogénéité des variances. Enfin, une régression multiple a permis d'analyser l'influence des différentes variables socio-démographiques sur le score total. Les variables ayant présenté une p-valeur globale significative en univarié ($p \leq 0,05$) ont été incluses dans le modèle multivarié.

3.8 Contrôle qualité

Le CCFNI-ED ayant été traduit en respectant une procédure scientifique, cela suggère que l'instrument est de haute qualité. Toutefois, il convient de s'assurer de sa fiabilité. Pour ce faire, l'alpha de Cronbach représente l'indicateur de choix. Il évalue l'homogénéité du questionnaire, c'est-à-dire sa cohérence interne. S'il est compris entre 0,70 et 0,95, on peut affirmer que les questions sont corrélées entre elles (50). Au-dessus de 0,95, il y a un risque de redondance. Compte tenu des contraintes de temps liées au master et étant donné que ce mémoire n'a pas pour objectif de valider un questionnaire, les autres propriétés psychométriques n'ont pas été explorées. On ne peut donc pas conclure que le CCFNI-ED traduit en français est officiellement validé. Néanmoins, les validités apparente, de contenu et de construit du CCFNI-ED ont été établies dans des études antérieures (24).

De plus, la checklist STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) a été utilisée afin de garantir la qualité et la rigueur de l'étude (51). La phase de pré-test aux urgences de Huy a permis de limiter le risque de mauvaise compréhension des questions par les répondants. Différentes techniques ont également été mises en œuvre durant le traitement des données pour en assurer la qualité. Le numéro d'identification des participants a été inscrit manuellement sur la première page de chaque questionnaire pour pouvoir facilement y retourner au besoin. Au moment de l'encodage des données, une double vérification a été réalisée afin de limiter le risque d'erreurs humaines. Un message d'erreur apparaissait sur Excel® en cas d'encodage incorrect. La base de données a été figée en vue des analyses statistiques. Enfin, des tests ont été réalisés dans le logiciel R pour détecter d'éventuelles valeurs aberrantes (calcul du minimum et maximum, nuage de points).

4. Résultats

4.1 Alpha de Cronbach

L'alpha de Cronbach, calculé sur R Commander à l'aide du package « psych », est de **0,92**. Ce résultat est statistiquement significatif étant donné que l'intervalle de confiance se situe entre 0,90 et 0,93. Cela prouve donc que le questionnaire traduit est homogène. En parallèle, il est possible d'analyser les valeurs de l'alpha pour chaque item retiré. Cela permet de voir si une question est plus importante qu'une autre ou contradictoire. En effet, si l'alpha de Cronbach augmente considérablement quand on supprime un item, il faut alors se poser la question de sa pertinence (question mal posée, non comprise, hors sujet...). A contrario, s'il diminue fortement sans cet item, cela témoigne de son importance dans le questionnaire. Pour cette étude, l'alpha de Cronbach reste situé entre 0,91 et 0,92 pour chaque item retiré. Il n'y a donc pas de question jugée comme étant plus importante ou inadéquate.

4.2 Présentation de l'échantillon

La **figure 2** présente la flow chart de l'étude. Au total, 226 questionnaires ont été récoltés entre décembre 2023 et février 2024. Ce nombre est bien plus important comparativement aux études où le CFFNI-ED a déjà été testé puisqu'elles comptent environ une centaine de participants. En ce qui concerne les refus, trois personnes n'ont pas souhaité répondre au questionnaire pour cause de stress ou du manque d'intérêt porté à l'étude. En concertation avec l'équipe de recherche, il a été décidé d'exclure les participants n'ayant pas répondu aux trois quarts du CCFNI-ED traduit. Cela signifie que les personnes n'ayant pas répondu à plus de 30 items sur les 40 ont été effacées de la base de données, ce qui équivaut à 13 sujets. Le nombre final de participants est donc de 213.

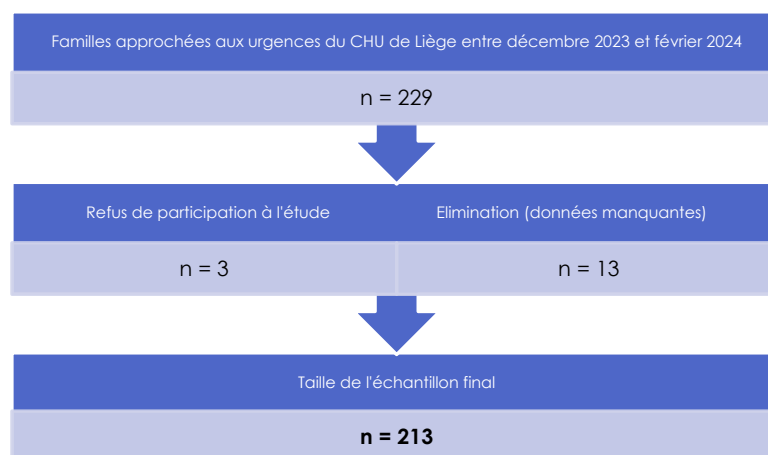


Figure 2 : flow chart

Les caractéristiques socio-démographiques des participants sont présentées dans le **tableau 1**. Sur l'échantillon final (n = 213), un peu plus de deux tiers des membres de la famille se sont rendus aux urgences du ST (65 %) et d'un tiers à celles de NDB (35 %). La majorité des accompagnateurs étaient des femmes (60 %). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 46-55 ans (27 %). Les participants sont principalement venus avec leur conjoint (39 %), qui était le plus souvent classé U3 (42 %) ou U4 (30 %) par l'IOA. Environ 8 patients sur 10 sont arrivés aux urgences accompagnés par leur proche. En ce qui concerne le stress, il était le plus souvent jugé comme étant moyen (46 %) voire élevé (21 %). 40 % des répondants ont indiqué qu'ils étaient satisfaits de la prise en charge aux urgences en Belgique. Les questionnaires ont davantage été distribués le mercredi (36 %) et une majorité l'ont été lors des matinées (54 %).

Tableau 1 : Description de l'échantillon étudié (n = 213)

Variables	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Site hospitalier		
Sart-Tilman	138	64,79
Notre-Dame des Bruyères	75	35,21
Niveau de tri selon l'ELISA		
U1	7	3,29
U2	31	14,55
U3	90	42,25
U4	64	30,05
U5	21	9,86
Sexe		
Homme	85	39,91
Femme	127	59,62
Non binaire	1	0,47
Âge		
18-25 ans	20	9,39
26-35 ans	26	12,21
36-45 ans	32	15,02
46-55 ans	57	26,76
56-65 ans	41	19,25
66-75 ans	17	7,98
Plus de 75 ans	20	9,39
Situation familiale actuelle		
Célibataire	39	18,40
En couple	59	27,83
Marié(e)	94	44,34
Divorcé(e)	12	5,66
Veuf/veuve	8	3,77
Niveau d'études le plus élevé		
Sans diplôme	4	1,90
Diplôme d'études primaires	9	4,27
Diplômes d'études secondaires	76	36,02
Formation professionnelle/technique	44	20,85
Bachelier/graduat	48	22,75
Master/licence	27	12,80
Doctorat	3	1,42
Statut professionnel actuel		
Étudiant(e)	11	5,24
Employé(e)	92	43,81
Indépendant(e)	12	5,71
Pensionné(e)	50	23,81

Sans emploi	27	12,86
Ouvrier(ère)	7	3,33
Invalide	10	4,76
Fonctionnaire	1	0,48
Proche accompagné aux urgences		
Enfant	49	23,44
Parent	40	19,14
Grand-parent	5	2,39
Petit-enfant	2	0,96
Fratrie	22	10,53
Conjoint(e)	82	39,23
Belle-famille	9	4,31
Transport du proche jusqu'aux urgences		
Par ses propres moyens	24	11,37
Accompagné(e)	172	81,52
En ambulance	15	7,11
Fréquence de visite aux urgences dans les 2 ans		
Première visite	53	25,00
2-5 visites	126	59,43
6-10 visites	14	6,60
Plus de 10 visites	19	8,96
Niveau de stress actuel		
Très bas	25	11,74
Bas	35	16,43
Moyen	99	46,48
Élevé	44	20,66
Très élevé	10	4,69
Degré de satisfaction des urgences en Belgique		
Très insatisfait(e)	15	7,11
Insatisfait(e)	22	10,43
Neutre	67	31,75
Satisfait(e)	85	40,28
Très satisfait(e)	22	10,43
Jour de la semaine		
Lundi	41	19,25
Mardi	33	15,49
Mercredi	76	35,68
Jeudi	40	18,78
Vendredi	11	5,16
Samedi	3	1,41
Dimanche	9	4,23
Moment de la journée		
Matin (8h-12h59)	114	53,52
Après-midi (13h-17h59)	85	39,91
Soirée (18h-21h59)	11	5,16
Nuit (22h-7h59)	3	1,41

4.3 Statistiques descriptives

Les **tableaux 2 et 3** présentent les classements des dix besoins du CCFNI-ED ayant été jugés les plus et les moins importants par les participants sur base de leur moyenne. La **figure 3** reflète le score moyen pour chacune des quatre catégories de besoins.

4.3.1 Top 10 des besoins les plus importants

Sept besoins sur les dix font partie de la catégorie "communication". Les familles ayant participé à l'étude ont jugé qu'il était important de savoir que leur proche est au centre des préoccupations ainsi que de recevoir des informations de façon fréquente et compréhensible.

Tableau 2 : Les 10 énoncés du CCFNI-ED les mieux classés

Classement	Énoncé	Moyenne \pm SD	Thème
1	Sentir que le personnel hospitalier prend soin de votre proche	3,74 \pm 0,46	Communication
2	Avoir des réponses honnêtes aux questions posées	3,72 \pm 0,46	Communication
3	Être assuré(e) que les meilleurs soins possibles ont été donnés à votre proche	3,71 \pm 0,50	Communication
4	Être assuré(e) du confort de votre proche	3,66 \pm 0,52	Communication
5	Connaître les résultats d'examens attendus	3,65 \pm 0,50	Communication
6	Voir votre proche dès que possible	3,64 \pm 0,56	Participation
7	Être traité(e) comme une personne à part entière	3,57 \pm 0,59	Confort
8	Avoir des explications données en termes compréhensibles	3,56 \pm 0,54	Communication
9	Être informé(e) des plans de transfert lorsqu'ils sont élaborés	3,55 \pm 0,53	Communication
10	Connaître l'état de votre proche malade avant de vous demander de signer des documents	3,54 \pm 0,57	Soutien

4.3.2 Top 10 des besoins les moins importants

La moitié des items font référence au "confort". Les participants portent peu d'intérêt à leur propre bien-être lorsqu'ils accompagnent un proche aux urgences. L'énoncé classé en deuxième position fait référence au fait que les familles souhaitent accompagner le patient en salle de soins. Le thème de la "communication" n'apparaît pas dans ce classement.

Tableau 3 : Les 10 énoncés du CCFNI-ED les moins bien classés

Classement	Énoncé	Moyenne \pm SD	Thème
1	Être informé(e) des services religieux	1,70 \pm 0,88	Confort
2	Rester à l'écart pendant les soins de votre proche	1,99 \pm 0,94	Participation
3	Être épargné(e) des détails pénibles concernant la maladie ou blessure de votre proche	2,12 \pm 1,03	Participation
4	Avoir un membre de l'équipe soignante avec vous pendant que vous rendez visite à votre proche	2,27 \pm 0,90	Soutien
5	Avoir un endroit privé pour attendre	2,61 \pm 0,85	Confort
6	Avoir des amis et/ou proches avec vous pendant que vous êtes aux urgences	2,69 \pm 0,94	Soutien
7	Avoir un téléphone dans ou proche de la salle d'attente	2,73 \pm 0,88	Confort

8	Avoir une personne pour s'occuper de la famille	2,84 ± 0,88	Soutien
9	Avoir de la nourriture et des rafraîchissements à proximité	2,88 ± 0,78	Confort
10	Partager ses émotions avec l'équipe soignante	3,02 ± 0,78	Confort

4.3.3 Importance des besoins en fonction des catégories du CFFNI-ED

La moyenne du score total des besoins est de $3,18 \pm 0,35$, avec un minimum de 1,48 et un maximum de 3,93. En concordance avec les **tableaux 2 et 3**, le thème "communication" est le plus important avec une moyenne de $3,59 \pm 0,39$ et celui du "confort" le moins important avec une moyenne de $2,96 \pm 0,44$.

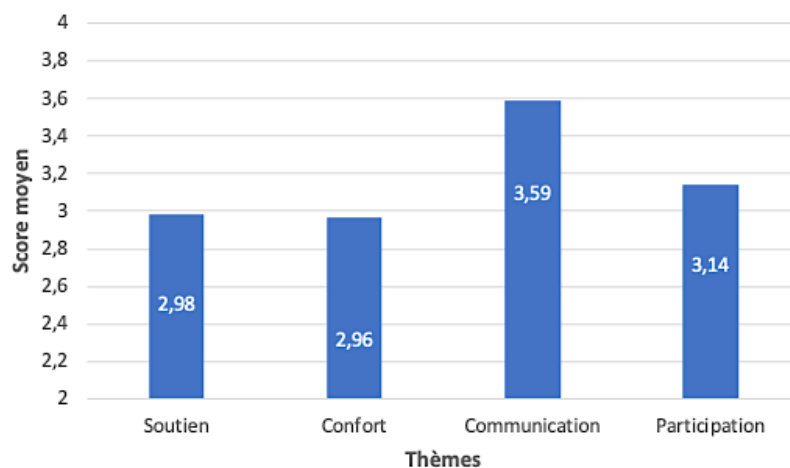


Figure 1 : Score moyen par catégorie de besoins du CFFNI-ED

4.4 Statistiques inférentielles

4.4.1 Analyse de la variation du score total des besoins

Le **tableau 4** présente les moyennes et médianes du score total du CFFNI-ED pour chaque variable socio-démographique. Des tests statistiques ont été effectués pour comparer ces moyennes et médianes entre les divers groupes de participants. Afin d'obtenir des analyses plus puissantes, les catégories comprenant le moins de sujets ont été rassemblées. Les groupes ainsi formés sont représentés en italique dans le **tableau 4**. À titre d'exemple, en ce qui concerne le moment de la journée, deux groupes ont été constitués : le groupe "journée" comprenant les participants du matin et de l'après-midi, et le groupe "soir" incluant ceux de la soirée et de la nuit. Les catégories « non binaire » et « fonctionnaire » n'ont pas été prises en compte car elles ne représentent qu'un seul individu dans la base de données. Les tests statistiques ont donc été réalisés sur l'ensemble des modalités de réponse puis sur celles regroupées. Le **tableau 4** reprenant toutes les variables étudiées est disponible en *Annexe 9*.

Les données présentées dans le **tableau 4** révèlent que le score total des besoins, évalués par le CCFNI-ED, est significativement plus élevé chez les groupes d'individus suivants :

- Les personnes de sexe féminin ($p = 0,001$) ;
- Les personnes d'âge moyen à avancé, soit de 46 à plus de 75 ans ($p = 0,03$) ;
- Les personnes qui se rendent aux urgences le matin ou la nuit ($p = 0,03$). A propos de la nuit, cette interprétation est limitée car elle ne tient compte que de trois individus.

Tableau 1 : Comparaison des moyennes du score total entre les différents groupes (n = 213)

Variabiles	Moyenne \pm SD Médiane (P25-P75)	Test utilisé	p-valeur
Sexe			
Homme	3,08 \pm 0,40	T de Student (normalité)	F = 0,0009 (égalité) ¹ p = 0,001
Femme	3,25 \pm 0,29		
(Non binaire)	(3,03 \pm NA)		
Âge			
18-25 ans (<i>âge jeune à moyen</i>)	3,05 (2,85-3,28)	Kruskal-Wallis (ordinaire) ²	p = 0,33
26-35 ans (<i>âge jeune à moyen</i>)	3,10 (2,89-3,25)		
36-45 ans (<i>âge jeune à moyen</i>)	3,19 (3,00-3,38)	Mann-Whitney (ordinaire) ³	p = 0,03
46-55 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,30 (2,95-3,53)		
56-65 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,28 (2,88-3,45)		
66-75 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,30 (2,93-3,45)		
> 75 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,20 (3,10-3,53)		
Moment de la journée			
Matin (<i>journée</i>)	3,30 (3,00-3,48)	Kruskal-Wallis (normalité) ²	p = 0,03
Après-midi (<i>journée</i>)	3,15 (2,88-3,33)		
Soirée (<i>soir</i>)	3,05 (2,85-3,40)	Mann-Whitney (normalité) ³	p = 0,68
Nuit (<i>soir</i>)	3,30 (3,15-3,36)		

4.4.2 Régression multiple

Le **tableau 5** présente la régression multiple (modèles univarié et multivarié) du score total des besoins en fonction des différentes questions socio-démographiques. La catégorie de référence (non présente dans le tableau) correspond toujours à celle comptant le nombre d'individus le plus élevé. De manière similaire aux résultats obtenus dans le **tableau 4**, le modèle univarié révèle une association statistiquement significative entre le score total des besoins et le sexe, ainsi que le moment de la journée ($p \leq 0,05$). En effet, le fait d'être un homme par rapport à une femme diminue de façon significative le score des besoins ($p = 0,0004$). Les personnes se présentant aux urgences en matinée ont plus de besoins que celles venant l'après-midi ($p = 0,003$). En multivarié, ces résultats sont similaires. Seuls 7,8 % de la variabilité du score global peuvent être expliqués par ce modèle. Même si la p-valeur globale n'est pas significative dans le modèle univarié, on peut également conclure que :

¹ Test de Fisher (p-valeur)

² Pas de regroupement des modalités de réponse

³ Regroupement des modalités de réponse en *deux groupes*

- Les personnes célibataires éprouvent moins de besoins comparativement à celles mariées ($p = 0,03$) ;
- Les gens qui accompagnent leur conjoint ont plus de besoins que ceux qui viennent avec un membre de leur belle-famille ($p = 0,03$) ;
- Le fait de venir aux urgences pour la première fois diminue les besoins par rapport au fait d'être déjà venu entre 2 et 5 fois ($p = 0,04$).

Comme dans le point précédent, certaines catégories de sujets ont été regroupées. Toutefois, cela ne modifie pas les résultats cités précédemment. Le seul autre test significatif obtenu permet de conclure que les personnes qui sont déjà venues aux urgences ces deux dernières années ont plus de besoins que celles qui s'y rendent pour la première fois ($p = 0,03$). Cela confirme donc ce qui a été expliqué ci-dessus. Le **tableau 5** reprenant toutes les variables étudiées est disponible en *Annexe 10*.

Tableau 2 : Influence des variables socio-démographiques sur le score total des besoins (n = 213)

Variables	Modèle univarié			Modèle multivarié		
	$\beta \pm SE$	p-valeur	R ²	$\beta \pm SE$	p-valeur	R ²
Intercept	/	/	/	132,39 \pm 1,44	0,0006	0,078
Sexe		<i>p globale = 0,002</i>	0,058		<i>p globale = 0,002</i>	/
Homme	-6,77 \pm 1,89	0,0004		-6,56 \pm 1,87	0,0005	
Non binaire	-8,94 \pm 13,56	0,51		-5,74 \pm 13,41	0,67	
Situation familiale		<i>p globale = 0,10</i>	0,037			
Célibataire	-5,88 \pm 2,62	0,03				
En couple	-3,76 \pm 2,28	0,10		/	/	/
Divorcé(e)	-7,84 \pm 4,22	0,06				
Veuf/veuve	-0,13 \pm 5,07	0,98				
Proche accompagné		<i>p globale = 0,28</i>	0,036			
Enfant	-2,40 \pm 2,50	0,34				
Parent	-3,02 \pm 2,67	0,26				
Grand-parent	-8,45 \pm 6,39	0,19		/	/	/
Petit-enfant	6,95 \pm 9,93	0,48				
Fratric	-0,19 \pm 3,33	0,96				
Belle-famille	-10,49 \pm 4,87	0,03				
Fréquence de visite		<i>p globale = 0,15</i>	0,025			
Première visite	-4,68 \pm 2,25	0,04		/	/	/
6-10 visites	-1,13 \pm 3,88	0,77				
Plus de 10 visites	1,98 \pm 3,39	0,56				
Moment de la journée		<i>p globale = 0,02</i>	0,045		<i>p globale = 0,03</i>	/
Après-midi (13h-17h59)	-5,97 \pm 1,95	0,003		-5,65 \pm 1,91	0,004	
Soirée (18h-21h59)	-5,50 \pm 4,30	0,20		-5,64 \pm 4,20	0,18	
Nuit (22h-7h59)	-0,19 \pm 7,97	0,98		-0,54 \pm 7,78	0,94	

5. Discussion

5.1 Importance des besoins des familles aux urgences

Après avoir traduit le CCFNI-ED en français et effectué le calcul de son alpha de Cronbach, il est désormais possible de répondre à l'objectif principal de cette étude qui était d'identifier les besoins prioritaires des familles aux urgences du CHU de Liège. En réalité, le terme « urgence » est intrinsèquement lié à celui de « besoin ». Ces besoins sont dus à un afflux incessant de visiteurs, une diversité de professionnels rencontrés, des temps d'attente importants, des allers-retours répétés d'un local d'examen à un autre, des transferts intra et/ou inter-hospitaliers, de l'imprévisibilité et aussi parfois, la confrontation à la mort (29,52). Les résultats de notre étude montrent que 77,5 % des items ont obtenu une cote supérieure à 3 points, ce qui les catégorise comme importants. Les besoins ayant été jugés prioritaires sont ceux liés à la "communication" suivis de la "participation", du "soutien" et du "confort".

Déjà en 2000, une enquête menée à Glasgow avait démontré que les infirmiers des urgences estiment que la prise en charge des familles fait partie de leur responsabilité et qu'il est essentiel de répondre à leurs besoins (53). Satisfaire les attentes des proches contribue à atténuer leur stress et à augmenter leur contentement vis-à-vis des soins, mais peut aussi favoriser le rétablissement du patient (32,47). Toutefois, cela peut s'avérer compliqué à mettre en pratique au vu des contraintes auxquelles fait face le personnel des urgences. Dans une étude antérieure, 86 % des infirmiers ont estimé qu'il était impératif de satisfaire les besoins des familles mais 77 % ont trouvé cette tâche difficile (32). Les soignants considèrent que répondre aux attentes des accompagnants est exigeant, ce qui accroît leur fatigue psychologique et occupe du temps qui pourrait être plus bénéfiquement consacré aux soins des patients (54). De plus, les besoins des familles peuvent être perçus différemment par le personnel des urgences. Par exemple, les proches accordent une plus grande importance à la communication et à la participation que les infirmiers (20,32). Cette divergence peut entraîner l'apparition de tensions, de plus en plus fréquentes aux urgences. Il est essentiel de les éviter pour favoriser une collaboration entre les deux parties, dans l'intérêt du patient (32,55).

Les problèmes de santé du patient impactent la vie quotidienne de ses proches. En réalité, l'admission aux urgences est vécue comme une « crise » pour la famille du patient car elle se retrouve brusquement déséquilibrée (52,56). Lorsque l'état du patient est critique, les accompagnants peuvent être affectés psychologiquement par de l'anxiété, de la dépression

voire un syndrome de stress post-traumatique. Une étude menée dans un service d'urgences en Tunisie a révélé que, sur les 149 membres de la famille ayant participé à l'enquête, 91 % d'entre eux présentent un trouble anxieux et 76 % un trouble dépressif (55). Les proches se retrouvent dans une position vulnérable en raison de l'instabilité de la situation à laquelle ils doivent faire face. Ils peuvent alors compter sur le personnel des urgences, que ce soit pour délivrer des soins optimaux au patient mais aussi pour les aider à surmonter cette crise familiale (29,33). Après avoir clairement identifié et compris les besoins des accompagnateurs, les soignants peuvent tenter d'y répondre de manière adéquate. La qualité de la relation thérapeutique entre l'infirmier et la famille influence considérablement leur expérience au sein du service d'urgences (33).

Les membres de la famille donnent la priorité aux besoins centrés sur le patient et ont tendance à négliger leurs propres besoins fondamentaux (42,57). Dans notre étude, cela s'illustre par le fait que la thématique "confort" est classée en dernière position (score moyen de 2,96). Cela s'observe également par les items « Sentir que le personnel hospitalier prend soin de votre proche », « Être assuré(e) que les meilleurs soins possibles ont été donnés à votre proche » et « Être assuré(e) du confort de votre proche » qui font partie des besoins ayant été les mieux classés. En revanche, les items « Avoir un endroit privé pour attendre », « Avoir de la nourriture et des rafraîchissements à proximité », « Avoir des amis et/ou proches avec vous pendant que vous êtes aux urgences » et « Partager ses émotions avec l'équipe soignante » font partie du top 10 des besoins jugés les moins importants. Pour répondre aux besoins des familles, les soignants devraient donc se focaliser dans un premier temps sur leurs inquiétudes concernant le patient.

Bien que la thématique "soutien" n'ait pas été jugée comme la plus importante dans notre étude (score moyen de 2,98), de nombreuses recherches suggèrent que les proches qui sont accompagnés d'un autre membre de la famille ou d'un ami ont des besoins moins exigeants envers le personnel (42). L'apport de soutien social externe encourage les familles à percevoir plus positivement la satisfaction de leurs besoins. Or, dans nos services d'urgences belges, le nombre d'accompagnateurs est généralement limité à une seule et unique personne. Ce constat incite à réévaluer nos pratiques afin de permettre à un nombre plus important mais raisonnable de proches d'accompagner le patient durant son séjour aux urgences.

5.1.1 Analyse à l'échelle internationale

À mesure que les phénomènes migratoires progressent, le département des urgences doit se montrer de plus en plus attentif à la diversité culturelle et linguistique. Nos observations présentent des similitudes avec celles obtenues dans les services où le CCFNI-ED a déjà été testé, à savoir en Australie, en Asie, en Afrique du Sud, en Turquie et en Égypte (32,33,42,46,47).

Si l'on compare notre alpha de Cronbach ($\alpha = 0,92$) à celui obtenu lors des traductions antérieures, on constate que les résultats sont similaires. En effet, la valeur est de 0,90 pour la version anglaise, de 0,91 pour la turque et de 0,94 pour la chinoise (23,31,43). Pour le service des soins intensifs, l'alpha de Cronbach du CCFNI traduit en français est de 0,91 (44).

Bien que les besoins varient d'un pays à l'autre, notamment en raison de la culture et du contexte clinique, ceux de la communication et de la participation sont uniformément les deux plus importants (48). Néanmoins, la satisfaction des familles à leur égard reste faible (33). Ces observations coïncident aussi avec celles obtenues lors d'études antérieures menées aux soins intensifs (32). Dans cet autre service de soins aigus, la communication est elle-aussi jugée comme importante mais insuffisante par les proches du patient hospitalisé (58).

Dans notre étude, les scores moyens sont de 3,59 pour la communication et de 3,14 pour la participation. À Taiwan, ils s'élèvent respectivement à 3,66 et 3,49, tandis qu'à Johannesburg, ils sont de 3,58 et 3,49 (32,33). À Melbourne, la communication atteint une cote de 3,33 et la participation 3,41, alors qu'en Égypte, elles sont fixées à 3,24 et 3,23 (42,47). En Turquie, le score est de 3,57 pour la communication et 3,51 pour la participation mais, entre les deux, on retrouve le confort avec un score de 3,56 (46). Cela peut s'expliquer par le fait que les visiteurs ne jouissent pas d'infrastructures aussi confortables que les nôtres. On constate que les scores de la communication et de la participation sont tous situés entre trois et quatre, c'est-à-dire entre « important » et « très important », et ce peu importe le pays. Ces observations ne tiennent pas compte de la catégorie "signification", qui a été éliminée lors de l'étude de validation interculturelle du CCFNI-ED, comme indiqué précédemment.

Dans notre top 10 des besoins les mieux classés, neuf items sur les dix sont identiques au classement obtenu en Australie, sept en Asie, six en Turquie et cinq en Afrique du Sud ainsi qu'en Égypte (32,33,42,46,47). Nos trois premiers besoins jugés comme étant les plus importants font eux aussi partie du top 3 dans l'étude menée à Johannesburg et en Turquie

(33,46). Deux des trois se retrouvent également dans le top 10 des besoins à Taïwan et à Melbourne, à savoir « avoir des réponses honnêtes aux questions posées » et « être assuré(e) que les meilleurs soins possibles ont été donnés à votre proche » (32,42). Comme observé dans notre étude, les items « connaître les résultats d'examens attendus » et « avoir des explications données en termes compréhensibles » font partie du classement des dix besoins prioritaires en Australie, Asie, Afrique du Sud et Égypte (32,33,42,47). Tout cela montre que, face à l'admission imprévue d'un proche aux urgences, nos besoins restent sensiblement les mêmes en raison de la vulnérabilité à laquelle nous sommes exposés, et ce peu importe où nous nous trouvons dans le monde.

5.1.2 Mise en avant de la communication

La relation avec les familles se fonde principalement sur la transmission d'informations. Dans les années 90, Kercher estimait déjà que la communication représente la « pierre angulaire d'une intervention de crise réussie » (59). Lorsqu'elle est jugée efficace, elle permet de réduire le niveau de stress des proches du patient (48). En réalité, la communication est un droit pour tout un chacun. En Belgique, l'article 7 de la loi sur les droits du patient stipule que ce dernier peut se faire assister par une personne de confiance, notamment lors de la réception d'informations concernant son état de santé (60).

Dans notre étude, l'item intitulé « avoir des explications données en termes compréhensibles » a été classé en huitième position dans le top 10 des besoins les plus importants. Habituellement, les soignants s'expriment dans un jargon hautement technique et totalement étranger pour les personnes qui ne travaillent pas dans les soins de santé. Une étude prospective réalisée en France a montré que 50 % des interlocuteurs de patients hospitalisés en réanimation présentent une compréhension insuffisante concernant le diagnostic, le pronostic ou le traitement (61). Il semble essentiel d'adapter la communication afin de diminuer les écarts de compréhension entre les proches et le personnel soignant (32).

De plus, les informations devraient être transmises à la famille au fur et à mesure de l'avancement de la prise en charge, et non pas seulement quand l'état du patient se dégrade (32). A travers notre recherche, cela s'illustre par le fait que les familles ont classé les énoncés « connaître les résultats d'examens attendus » et « être informé(e) des plans de transfert lorsqu'ils sont élaborés » respectivement en cinquième et neuvième position des besoins prioritaires. Concernant les transferts, près d'un patient sur cinq admis aux urgences du CHU

de Liège en 2022 a nécessité une hospitalisation (5). Une réorientation du patient vers une autre institution est parfois nécessaire par manque de lits. Dans tous les cas, que le patient soit hospitalisé dans l'enceinte de l'établissement ou soit transféré vers une autre institution, il est important pour la famille d'en être informée afin qu'elle puisse s'organiser (46).

Dans notre étude, l'item intitulé « Parler à un(e) infirmier(ère) » enregistre un score moyen de $3,23 \pm 0,65$ ce qui souligne l'importance de ce besoin. Considérés comme des membres essentiels de l'équipe multidisciplinaire des urgences, les infirmiers sont fréquemment sollicités en raison de leur proximité avec les patients et leur famille (62). Dans la littérature, il est clairement démontré qu'ils sont les plus accessibles et les mieux placés pour soutenir les proches et répondre à leurs besoins (34,42). Néanmoins, nos résultats démontrent que le besoin de « Parler à un médecin » obtient une moyenne supérieure ($3,50 \pm 0,56$). Cela peut être expliqué par le fait que la responsabilité de prendre les décisions médicales finales lui incombe. Dans tous les cas, ces deux professions sont complémentaires pour fournir des explications de qualité aux familles. C'est la raison pour laquelle de plus en plus d'études suggèrent de former un binôme médico-infirmier, surtout lors d'annonce de mauvaises nouvelles (63).

« La communication à la famille est définie par l'étymologie même du mot, qui est, "mise en commun". De ce fait, ce partage va contribuer à une co-construction relationnelle qui va au-delà d'un énoncé somatique » (52). Selon une thérapeute familiale exerçant aux urgences du CHU de Lille, les entretiens soignants-familles peuvent être assimilés à un soin au vu de leur haute technicité (52). Face à une situation complexe, ils devraient avoir lieu en équipe à laquelle est conviée une psychologue et dans une pièce dédiée à cet effet. Il convient à chacun de se présenter et d'entamer la conversation en se basant sur ce que les proches connaissent déjà de la situation. Le rôle des soignants est de s'adresser à la famille avec bienveillance, d'expliquer les faits par chronologie, avec des termes abordables et de s'assurer de leur bonne compréhension (52). La technique de communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, est choisie sur base du jugement du professionnel de la santé (56). Les proches donnent le rythme de la discussion en fonction de ce qu'ils sont prêts à entendre. Les temps de silence ne sont pas à craindre. Cela met en lumière la diversité des approches de communication existantes, mais souligne qu'elles restent généralement peu utilisées aux urgences.

5.1.3 Mise en avant de la participation

Bien que cette étape soit souvent omise par le personnel, il convient de demander au patient, lorsqu'il est en mesure de s'exprimer, s'il désire être accompagné et par qui (29). Les politiques de santé actuelles recommandent activement la participation des familles aux soins et prises de décisions afin de respecter leurs valeurs et croyances (48). La présence d'une personne de confiance encourage la coopération du patient et facilite son acceptation des soins (29). Cette proximité, approuvée par tous les groupes culturels où le CCFNI-ED a été testé, contribue à garantir la qualité et la sécurité des soins. Dans notre étude, ce souhait des familles s'illustre par le fait que l'item « Rester à l'écart pendant les soins de votre proche » a été classé en deuxième position des besoins jugés comme étant les moins importants. En parallèle, l'intitulé « Voir votre proche dès que possible » se retrouve en sixième position des besoins prioritaires.

Néanmoins, la majorité des services d'urgences belges n'autorise pas l'accompagnement systématique des proches en salle de soins, et encore moins en cas de procédures invasives. Cette pratique n'est pas encore vraiment ancrée dans notre culture de soins. Les soignants se montrent réticents à inclure les accompagnateurs au processus de soins car ce phénomène, relativement récent, peut s'illustrer comme « l'ouverture des frontières jusqu'alors rigides et imperméables au non-médical » (52). Le personnel a naturellement tendance à écarter les familles du chevet du patient (42). Cette distance peut être interprétée par les accompagnateurs comme un manque de reconnaissance de leur rôle privilégié et de leurs connaissances à propos de la maladie du patient (29).

Les services qui prônent une politique de visites ouvertes enregistrent de meilleurs niveaux de satisfaction exprimés par les proches (33). Par exemple, à Taïwan, les familles restent aux côtés du patient durant toute son hospitalisation et réalisent certaines tâches déléguées par le personnel soignant (64). Si, pour raisons médicales, il n'est pas envisageable d'autoriser la présence des proches en salle de soins, il est recommandé de prévoir un bref accompagnement avec un membre de l'équipe ou de les inviter à participer au débriefing (29). Il semble donc crucial de réévaluer nos pratiques afin de conserver au maximum les interactions familiales.

Un exemple, bien connu dans la littérature mais peu pratiqué, est celui de l'inclusion des familles au cours des manœuvres de réanimation. Selon une étude randomisée contrôlée réalisée en France, les membres de la famille ayant eu la possibilité d'assister à la réanimation cardio-pulmonaire de leur proche aux urgences étaient moins à risque de stress post-traumatique, de dépression et de deuil compliqué (65). Ce qui est surprenant, c'est que leur présence n'a pas altéré la qualité des soins prodigués ni généré de stress supplémentaire pour les professionnels de santé (66). Cette pratique reste toutefois controversée par les soignants à cause de la charge de travail, du manque de formation et de l'absence de ligne directrice de la part des politiques hospitalières (67). Au vu du nombre limité de patients classés U1 dans notre échantillon, il n'est pas possible d'émettre des déclarations similaires. Dans le cadre d'une étude ultérieure, il serait donc pertinent de distribuer le questionnaire aux familles dont le proche est victime d'un arrêt cardio-respiratoire.

5.2 Caractéristiques des accompagnateurs exprimant le plus de besoins

Le second objectif de notre étude visait à décrire le profil socio-démographique de l'accompagnant exprimant le plus grand nombre de besoins dans les services d'urgences du CHU de Liège. Le fait de connaître à l'avance les caractéristiques des personnes qui manifestent des besoins élevés permet au personnel soignant de mieux cibler ses interventions. Toutefois, peu de nos conclusions ont été relevées dans les autres pays où le CCFNI-ED a été testé car les études antérieures se voulaient purement descriptives.

Une observation similaire à la nôtre est que, tant à Taïwan qu'en Turquie, les femmes manifestent davantage de besoins par rapport aux hommes et sont plus sujettes à l'anxiété (32,46,56). L'étude réalisée en Égypte a démontré que les besoins en matière de communication et de soutien augmentent significativement avec l'âge (47). Bien que nous ne l'ayons pas observé, une autre étude a également constaté que les personnes ayant un plus faible niveau d'éducation éprouvent des besoins plus importants (46). Contrairement à ce que nous aurions pu présumer, nos résultats révèlent que les niveaux de tri, de satisfaction et de stress n'ont pas d'impact sur les besoins des familles aux urgences ($p > 0,05$). Il serait nécessaire de mener d'autres études similaires afin de déterminer si elles aboutissent à la même conclusion.

5.3 Analyse des données manquantes

Concernant les données manquantes dans notre étude, elles touchent principalement le CCFNI-ED et, dans une moindre mesure, les questions socio-démographiques. Certains participants ont omis de répondre à une ou deux pages entières du questionnaire. Cela pourrait être dû à la longueur du formulaire, à l'âge avancé des répondants, au stress intense, mais également au fait que cette étude engage des participants humains dans l'environnement dynamique des urgences, caractérisé par des changements fréquents de locaux, un bruit constant et de nombreuses sources de distraction.

Après élimination des répondants n'ayant pas répondu au moins aux trois quarts du CCFNI-ED, des données manquantes persistent dans la base de données. Les raisons sont assez semblables à celles mentionnées ci-dessus. Pour les questions socio-démographiques, quelques individus ont coché la case « autre » mais n'ont rien précisé. Pour le CCFNI-ED traduit, certains items n'ont probablement pas été compris par un petit nombre de participants malgré la phase de pré-test. Si l'on dresse le top 3 des items ayant le plus de données manquantes, on retrouve :

- 1) L'item 29 « *Être épargné(e) des détails pénibles concernant la maladie ou blessure de votre proche* » : 9 participants n'y ont pas répondu. En réalité, il fallait répondre « pas important » si l'on veut tout savoir et « très important » si l'on préfère ne pas connaître les détails. Cette inversion d'appréciation peut porter à confusion et est peut-être plus difficilement compréhensible, surtout en période de stress ;
- 2) L'item 2 « *Avoir une personne pour s'occuper de la famille* » : 8 répondants se sont abstenus ce qui peut s'expliquer par le fait que ce poste n'existe pas en Belgique ;
- 3) L'item 32 « *Rester à l'écart pendant les soins de votre proche* » : 7 répondants n'ont rien coché ce qui peut se justifier par la même explication que celle de l'item 29.

6. Limitations

Bien que notre étude donne un premier aperçu des besoins familiaux aux urgences en Belgique, elle ne concerne qu'un seul hôpital de la Province de Liège. On ne peut donc pas généraliser les résultats à l'ensemble de la population. De plus, on ne peut pas affirmer que les résultats obtenus sont représentatifs de tous les accompagnateurs s'étant présentés aux urgences entre décembre 2023 et février 2024. Il y en a qui n'ont pas reçu le questionnaire durant cette période, notamment la nuit et le week-end au vu de l'absence de chercheur. En outre, les IOA n'ont pas distribué systématiquement le questionnaire à toutes les familles passant dans le local de tri. Il y a donc un risque de biais de sélection.

De plus, cette étude n'a pas permis d'inclure les personnes qui accompagnent un patient admis par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou Paramedical Intervention Team (PIT) étant donné qu'il ne passe pas par le local de tri. Les proches des patients classés U1 étaient plus rares et difficiles à approcher. Certaines catégories de personnes sont sous-représentées car elles comptent peu d'individus (ex : personnes non binaires, ouvriers, fonctionnaires ou personnes accompagnant leur petit-enfant).

7. Perspectives

La réalisation d'analyses similaires serait d'un grand intérêt à l'avenir, notamment concernant le profil de l'accompagnateur qui éprouve le plus de besoins puisqu'il y a très peu de données à ce sujet dans la littérature. Pour une future étude, il serait intéressant de valider officiellement le questionnaire traduit en français sur base des différentes propriétés psychométriques. Il semblerait pertinent de distribuer le questionnaire sur une plus longue période afin d'avoir une meilleure représentativité de tous les groupes étudiés. Une étude multicentrique aurait une plus grande significativité des résultats pour la province de Liège. Il serait bon de tester le CFFNI-ED dans d'autres pays européens pour voir si les thématiques de la "communication" et "participation" sont elles aussi jugées comme les plus importantes.

Il pourrait aussi être utile de questionner le personnel des urgences, notamment les infirmiers et médecins, pour apprécier leur point de vue sur les besoins des familles. Cela permettrait de voir s'il existe des similitudes et/ou différences entre les besoins exprimés par les accompagnateurs et ceux perçus par les soignants.

Pour la suite, une étude longitudinale pourrait également être pertinente. La distribution du questionnaire au moment de l'admission et à la sortie du service d'urgences permettrait de voir si les besoins ont été satisfaits et s'ils évoluent au cours du temps.

8. Conclusion

L'admission d'un patient dans un service d'urgences représente une source significative de stress, aussi bien pour le patient lui-même que pour ses accompagnants. La gestion des familles est souvent perçue comme insatisfaisante. Ce mécontentement découle en partie de la charge de travail élevée dans ce service, du nombre important d'intervenants, de la nature potentiellement grave des affections traitées, mais également des malentendus dans les attentes mutuelles des différents acteurs impliqués. Cela peut provoquer des comportements agressifs verbaux et/ou physiques, couramment observés aux urgences. En réalité, ces tensions dissimulent une anxiété intense de la famille à la vue d'un des siens en détresse (29). Elles peuvent être apaisées par une attitude d'écoute active de la part du personnel soignant.

Cette étude offre une compréhension approfondie des besoins prioritaires des proches qui accompagnent un patient aux urgences du CHU de Liège. En concordance avec d'autres pays, nos résultats suggèrent que les accompagnateurs éprouvent surtout des besoins liés à la communication et la participation. Ce constat confirme nos hypothèses initiales et peut orienter les urgentistes qui souhaitent perfectionner leurs compétences non techniques.

Le concept de soins centrés sur la famille est largement décrit dans la littérature mais reste peu appliqué. La spécialité de médecine d'urgences faisant partie des dernières à s'être développée en Belgique, le rôle des soignants qui y exercent n'est pas encore totalement défini. Historiquement, les soins d'urgences se sont centrés en priorité sur le patient. De ce fait, la communication avec les membres de la famille, l'identification de leurs besoins et les tentatives pour réduire leur stress passent généralement au second plan.

La pratique clinique évolue constamment et doit désormais englober l'aspect essentiel de la prise en charge des familles. La formation d'une triade professionnelle patient-soignant-famille permet d'offrir des soins personnalisés et sécuritaires. Elle favorise la création d'une relation de confiance, ce qui limite les comportements négatifs voire agressifs. La satisfaction des familles aux urgences peut également servir d'indicateur de qualité.

Ces constats peuvent servir au développement de futures guidelines pour nos services d'urgences, visant à souligner l'impact positif de l'inclusion des familles et à accroître la satisfaction à l'égard des soins. Le cursus scolaire et les futures formations destinées aux soignants devraient davantage mettre l'accent sur l'intégration des familles au processus de soins et à la prise de décisions.

Je ne peux conclure ce travail qu'en reprenant les précieux propos de Redley B., auteure du CCFNI-ED, qui affirmait déjà en 2003 :

« Les membres de la famille sont un élément essentiel de l'approche holistique des soins dans les services d'urgence. Il s'agit en particulier d'un groupe vulnérable, qui a pourtant été négligé lors de l'examen des options de soins » (68).

9. Références bibliographiques

1. Société Française de Médecine d'Urgence. Critères d'évaluation des services d'urgence [Internet]. 2001 [cited 2024 Feb 19]. Available from: https://www.sfm.u.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/criteres-d-evaluation-des-services-d-urgence/ref_id/27
2. KCE. Services d'urgence et permanences de médecine générale en un seul lieu : plus clair et plus pratique pour le patient [Internet]. 2016 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/services-d-urgence-et-permanences-de-medecine-generale-en-un-seul-lieu-plus-clair-et-plus-pratique>
3. Cypress BS. Using the synergy model of patient care in understanding the lived emergency department experiences of patients, family members and their nurses during critical illness: a phenomenological study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;32(6):310–21.
4. CHU Liège. Rapport d'activité 2018 [Internet]. [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://www.chuliege.be/books/RA2018/>
5. CHU Liège. Rapport d'activités 2022 [Internet]. [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://www.chuliege.be/books/RA2022/>
6. KCE. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/dotation-infirmiere-pour-des-soins-plus-surs-dans-les-hopitaux-aigus>
7. Moniteur Belge. Wallex. 1998 [cited 2024 Apr 26]. Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée. Available from: <http://wallex.wallonie.be/cms/render/live/fr/sites/wallex/contents/acts/4/4759/1.html>
8. Moniteur Belge. Wallex. 1998 [cited 2024 Apr 26]. Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée. Available from: <http://wallex.wallonie.be/cms/render/live/fr/sites/wallex/contents/acts/5/5404/1.html>
9. Belgium.be. Vers une Belgique en bonne santé. 2022 [cited 2024 Feb 19]. Les infirmiers. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-infirmiers>
10. KCE. Médecin généraliste : des mesures sont nécessaires pour rendre la profession plus attractive [Internet]. 2008 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/medecin-generaliste-des-mesures-sont-necessaires-pour-rendre-la-profession-plus-attractive>
11. AVIQ. Cadastre des médecins généralistes actifs en Wallonie 2016-2022 [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 21]. Available from: https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2024-01/Cadastre%20Médecins%20Generalistes%20Wallonie-2016-2022%20RAPPORT.pdf
12. StatBel. Tables de mortalité et espérance de vie [Internet]. [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie#>
13. Bureau fédéral du Plan. Population des 65 ans et plus en Wallonie [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/>

14. Van Der Heyden J, Charafeddine R. Sciensano. 2018 [cited 2024 Feb 20]. Enquête de santé 2018 : maladies et affections chroniques. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-maladies-et-affections-chroniques>
15. Nikki L, Lepistö S, Paavilainen E. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2012;20(4):193–200.
16. Jobé J, Ghuysen A, D’Orío V. Presentation of ELISA : A new triage algorithm suitable for emergency department. *Revue médicale de Liège*. 2012;67(12):632–7.
17. Barreto M da S, Garcia-Vivar C, Santos JLGD, Maciel DGS, Matsuda LM, Marcon SS. Meanings attributed by family and patients to family presence in emergency rooms. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1684–91.
18. Oestervang C, Lassen AT, Jensen CM, Coyne E, Dieperink KB. What are the needs and preferences of patients and family members discharged from the emergency department within 24 hours ? A qualitative study towards a family-centred approach. *BMJ Open*. 2021 Nov 9;11(11):1–9.
19. Paavilainen E, Salminen-Tuomaala M, Kurikka S, Paussu P. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *J Clin Nurs*. 2009;18(15):2217–24.
20. Barreto M da S, Marcon SS, Garcia-Vivar C. Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(3):633–42.
21. Pouessel A, Chauvin A, Truchot J, Resche-Rigon M, Galichon B, Plaisance P. Évaluation d’un nouvel outil d’information dans un service d’Urgence. *Recherche en soins infirmiers*. 2016;126(3):93–106.
22. Winarti W, Jadmiko AW. The effect of informational support on anxiety and satisfaction among patients’ family members in the emergency room using path analysis. *Enfermería Clínica*. 2021 Apr 1;31:S391–4.
23. Ekwall A, Gerdtz M, Manias E. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. *J Clin Nurs*. 2009 Dec;18(24):3489–97.
24. Redley B, Beanland C. Revising the critical care family needs inventory for the emergency department. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):95–104.
25. Landau SF, Bendalak J, Amitay G, Marcus O. Factors related to negative feelings experienced by emergency department patients and accompanying persons: an Israeli study. *Isr J Health Policy Res*. 2018;7(1):1–9.
26. Ferrari R. La violence aux urgences : une triste réalité ? SFMU. 2013;1–9.
27. Mackie BR, Mitchell M, Marshall AP. Patient and family members’ perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(2):359–70.
28. Oestervang C, Lassen AT, Oelund K, Coyne E, Dieperink KB, Jensen CM. Health professionals’ perspectives of patients’ and family members’ needs in emergency departments and patient pathway improvement: a qualitative study in Denmark. *BMJ Open*. 2022;12(2):1–8.
29. Chopin MV. La famille aux urgences. In: *Guide Pratique des Urgences Psychiatriques* [Internet]. Elsevier; 2021 [cited 2024 Apr 30]. p. 1–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294766985000017>

30. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
31. Hoek AE, Anker SCP, van Beeck EF, Burdorf A, Rood PPM, Haagsma JA. Patient Discharge Instructions in the Emergency Department and Their Effects on Comprehension and Recall of Discharge Instructions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Emerg Med.* 2020;75(3):435–44.
32. Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han CY, Lin HR. Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2016;30:3–8.
33. Botes ML, Langley G. The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis.* 2016 Jun 24;39(1):1567.
34. Padilla Fortunatti CF. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(2):306–16.
35. Taylor C, Bengler JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal.* 2004;21(5):528–32.
36. Institut Français d’Hypnose. Regards croisés sur la communication thérapeutique [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://www.hypnose.fr/regards-croises-sur-la-communication-therapeutique/>
37. Emergences. C’est quoi la communication thérapeutique ? [Internet]. [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://www.hypnoses.com/toute-notre-actualite/c-est-quoi-la-communication-therapeutique>
38. Organisation Mondiale de la Santé. Qualité des soins [Internet]. [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>
39. Boyd JM, Burton R, Butler BL, Dyer D, Evans DC, Felteau M, et al. Development and Validation of Quality Criteria for Providing Patient- and Family-centered Injury Care. *Ann Surg.* 2017;266(2):287–96.
40. Kim SM, Kim T, Cha WC, Lee JH, Kwon IH, Choi Y, et al. User Experience of Mobile Personal Health Records for the Emergency Department: Mixed Methods Study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(12).
41. Ministère de la Santé et de la Prévention. L’accueil personnalisé des familles aux urgences adultes : compétences et nouveau métier au service de chacun [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/normandie/article/l-accueil-personnalise-des-familles-aux-urgences-adultes-competences-et-nouveau>
42. Redley B, LeVasseur SA, Peters G, Bethune E. Families’ needs in emergency departments : instrument development. *J Adv Nurs.* 2003;43(6):606–15.
43. Oyegbile YO, Brysiewicz P. Tools to measure families experience in the emergency department: A scoping review. *Int Emerg Nurs.* 2021 Sep;58:101038.
44. Coutu-Wakulczyk G, Chartier L. French validation of the critical care family needs inventory. *Heart Lung.* 1990;19(2):192–6.
45. Sucu Dağ G, Dicle A, Firat MZ. Psychometric properties of the critical care family needs inventory-emergency department. *Appl Nurs Res.* 2017;33:113–20.

46. Ocak U, Avsarogullari L. Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2019;26(6):328–35.
47. Mostafa MF, Abdelrahman HA, Mansour HES. The Needs of Critically Ill Patients' Relatives in Emergency Department, Egypt. 2017;
48. Redley B, Phiri LM, Heyns T, Wang W, Han CY. Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries. *J Clin Nurs*. 2019 Aug;28(15–16):2813–23.
49. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3186–91.
50. Bruyère O, Kaux JF, Locquet M. Traduction et validation d'un questionnaire. *SFMKS*. 2020;18–22.
51. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. 2019 Apr;13(Suppl 1):S31–4.
52. Rosenstrauch C. Les temps en service d'urgences. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2016;56(1):157–71.
53. Hallgrimsdottir EM. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9(4):611–9.
54. O'Connell E. Therapeutic relationships in critical care nursing : a reflection on practice. *Nursing in Critical Care*. 2008;13(3):138–43.
55. Chakroun-Walha O, Rejeb I, Ghorbel K, Boujelben M, Chtara K, Bouaziz M, et al. Anxiété, dépression et attentes des familles de patients hospitalisés aux urgences : état des lieux et comparaison familles-soignants dans un service tunisien. *Annales Françaises de Médecine d'Urgence*. 2015;5(6):301–10.
56. Demirtaş A, Güvenç G, Aslan Ö, Öksüz E, Uçar A. Determination of the anxiety and the needs of family members of critical care patients in emergency departments. *Gulhane Medical Journal*. 2020;62:231–8.
57. Yildirim T, Özlü Z. Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nursing and Midwifery Studies*. 2018;7:33–8.
58. Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and caring in the intensive care unit : Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*. 2015;30(3):557–61.
59. Kercher EE. Crisis intervention in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 1991;9(1):219–32.
60. Moniteur Belge. Wallex. 2002 [cited 2024 May 2]. Loi relative aux droits du patient. Available from: <http://wallex.wallonie.be/cms/render/live/fr/sites/wallex/contents/acts/6/6683/1.html>
61. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*. 2000;28(8):3044–9.
62. Socorro LL, Tolson D, Fleming V. Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(4):562–70.

63. Castioni J, Moser Boretti S, Teike Lüthi F, Vollenweider P. L'annonce de mauvaises nouvelles en binôme médico-infirmier : mise en pratique en médecine interne. *Revue Médicale Suisse*. 2015 Nov 4;493:2070–5.
64. Tzeng HM, Yin CY. Family involvement in inpatient care in Taiwan. *Clinical Nursing Research*. 2008;17(4):297–311.
65. Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, Borron SW, Belpomme V, Jacob L, et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med*. 2014;40(7):981–7.
66. Jabre P, Belpomme V, Adnet F. Place des familles pendant la réanimation cardiopulmonaire en préhospitalier. *Médecine Intensive Réanimation*. 2014;23(Suppl. 2):433–6.
67. Kieran McLaughlin VM. Family-centred care: review of opinions among staff [Internet]. *Emergency Nurse*; 2012 [cited 2024 Apr 23]. Available from: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/en2013.02.20.9.20.e1122>
68. Redley B, Beanland C, Botti M. Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;44(1):88–98.

10. Annexes

10.1 **Annexe 1 : version anglaise du CCFNI-ED**

Support needs

1. To have a doctor or nurse meet you on arrival at the hospital
2. To have one person to care for the family
3. To find out the condition of your ill relative before being asked to sign papers
4. To have friends and/or relatives with you while in the Emergency Department
21. To have a staff member with you while visiting your relative
35. To feel there is hope

Comfort needs

5. To have a private place to wait
28. To feel accepted by hospital staff
29. To be treated as an individual
32. To be encouraged to express emotions
33. To be reassured what normal emotional responses are
34. To share emotions with staff
36. To be told about religious services
37. To have food and refreshments nearby
38. To have a telephone in or near the waiting room
39. To have toilet facilities nearby
40. To be able to contact staff at a later date to ask questions

Communication needs

6. To have explanations given in understandable terms
7. To be kept updated frequently
8. To know all the specific facts concerning your relative's progress
11. To talk to a doctor
14. To know about the expected outcome
15. To have questions answered honestly
16. To be told about transfer plans while they are made
17. To be assured that the best care possible has been given to your relative
30. To feel hospital staff care about your relative
31. To be assured of the comfort of your relative

Participation needs

9. To know why things were done for your relative
10. To be spared distressing details about your relative's illness or injury
12. To talk to a nurse
13. To know about the expertise of staff caring for your relative
18. To stay out of the way during your relative's care
19. To see your relative as soon as possible
20. To have explanations about the treatment area before going in to see your relative for the first time
22. To see what was happening to your relative
23. To be with your relative at any time
24. To be given directions regarding what to do at the bedside
25. To feel helpful to your relative's care
26. To be included when decisions were made
27. To have time alone with your relative

Tiré de (48)

10.2 Annexe 2 : pré-test du questionnaire

Questionnaire visant à évaluer les besoins des familles aux urgences

Bonjour à tous ! Dans le cadre de mon mémoire de santé publique, je m'intéresse aux besoins **des familles** accompagnant un patient aux urgences. Ci-dessous, vous trouverez 40 questions. Je souhaiterais savoir si vous les trouvez compréhensibles. N'hésitez pas à écrire des suggestions dans la colonne « commentaires ». Merci de votre participation !

Questionnaire	Oui/non	Commentaires
1) Avoir un médecin ou un(e) infirmier(ère) qui vous rencontre à votre arrivée à l'hôpital		
2) Avoir une personne pour s'occuper de la famille		
3) Connaître l'état de votre proche malade avant de vous demander de signer des documents		
4) Avoir des amis et/ou proches avec vous pendant que vous êtes aux urgences		
5) Avoir un membre de l'équipe soignante avec vous pendant que vous rendez visite à votre proche		
6) Sentir qu'il y a de l'espoir		
7) Avoir un endroit privé pour attendre		
8) Se sentir accepté(e) par le personnel hospitalier		
9) Être traité(e) comme une personne à part entière		
10) Être encouragé(e) à exprimer ses émotions		
11) Être rassuré(e) sur ce que sont les réactions émotionnelles normales		
12) Partager ses émotions avec l'équipe soignante		
13) Être informé(e) des services religieux		
14) Avoir de la nourriture et des rafraîchissements à proximité		
15) Avoir un téléphone dans ou proche de la salle d'attente		
16) Avoir des toilettes à proximité		
17) Pouvoir contacter le personnel soignant ultérieurement pour poser des questions		
18) Avoir des explications données en termes compréhensibles		

19) Être fréquemment tenu(e) au courant		
20) Connaître tous les faits spécifiques concernant l'évolution de votre proche		
21) Parler à un médecin		
22) Connaître les résultats d'examens attendus		
23) Avoir des réponses honnêtes aux questions posées		
24) Être informé(e) des plans de transfert lorsqu'ils sont élaborés		
25) Être assuré(e) que les meilleurs soins possibles ont été donnés à votre proche		
26) Sentir que le personnel hospitalier prend soin de votre proche		
27) Être assuré(e) du confort de votre proche		
28) Savoir pourquoi les soins ont été faits à votre proche		
29) Être épargné(e) des détails pénibles concernant la maladie ou blessure de votre proche		
30) Parler à un(e) infirmier(ère)		
31) Connaître l'expertise du personnel soignant qui s'occupe de votre proche		
32) Rester à l'écart pendant les soins de votre proche		
33) Voir votre proche dès que possible		
34) Avoir des explications sur la zone de soins avant d'aller voir votre proche pour la première fois		
35) Voir ce qu'il est arrivé à votre proche		
36) Être avec votre proche à n'importe quel moment		
37) Recevoir des instructions sur ce qu'il faut faire au chevet du patient		
38) Se sentir impliqué lors des soins de votre proche		
39) Être inclus dans les décisions prises		
40) Avoir du temps seul(e) avec votre proche		

10.3 Annexe 3 : questionnaire final

Questionnaire sur les besoins des familles aux urgences

Ce questionnaire vise à évaluer les besoins des proches accompagnant un patient aux urgences. Il est entièrement anonyme et divisé en deux parties. Ci-dessous, vous trouverez 12 questions plus générales puis 40 items. Pour chacun, veuillez indiquer si le besoin mentionné n'est pas important, est peu important, important ou très important pour vous. Quand vous avez terminé, merci de rendre le questionnaire complété **aux infirmiers**.

A. Questions socio-démographiques

1) Quel est votre sexe ?

- Masculin Autre :
- Féminin

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 18 à 25 ans 46 à 55 ans Plus de 75 ans
- 26 à 35 ans 56 à 65 ans
- 36 à 45 ans 66 à 75 ans

3) Quelle est votre situation familiale actuelle ?

- Célibataire Divorcé(e)
- En couple Veuf/veuve
- Marié(e) Autre :

4) Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?

- Sans diplôme Bachelier/graduat
- Diplôme d'études primaires Master/licence
- Diplôme d'études secondaires Doctorat
- Formation professionnelle/technique Autre :

5) Quel est votre statut professionnel actuel ?

- Étudiant(e) Pensionné(e)
- Employé(e) Sans emploi
- Indépendant(e) Autre :

6) Qui accompagnez-vous aux urgences ?

- Mon fils / ma fille Mon frère / ma sœur
- Mon père / ma mère Mon conjoint / ma conjointe
- Mon grand-père / ma grand-mère Autre :
- Mon petit-fils / ma petite-fille

7) Comment votre proche est-il arrivé aux urgences ?

- Par ses propres moyens En ambulance
- Accompagné (par vous, un proche...) Autre :

8) A quelle fréquence vous êtes-vous rendu(e) aux urgences ces 2 dernières années (pour vous ou un proche) ?

- Première visite Entre 6 et 10 visites
- Entre 2 et 5 visites Plus de 10 visites

9) Comme qualifieriez-vous votre niveau de stress actuel ?

- Très bas Moyen Très élevé
- Bas Élevé

10) Quel est votre degré de satisfaction global des services d'urgences en Belgique ?

- Très insatisfait(e) Neutre Très satisfait(e)
- Insatisfait(e) Satisfait(e)

11) Quel jour de la semaine sommes-nous aujourd'hui ?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Vendredi |
| <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Samedi |
| <input type="checkbox"/> Mercredi | <input type="checkbox"/> Dimanche |
| <input type="checkbox"/> Jeudi | |

12) A quel moment de la journée correspond votre passage aux urgences ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le matin (entre 8h et 12h59) | <input type="checkbox"/> La soirée (entre 18h et 21h59) |
| <input type="checkbox"/> L'après-midi (entre 13h et 17h59) | <input type="checkbox"/> La nuit (entre 22h et 7h59) |

B. Version française du « Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department »

1) Avoir un médecin ou un(e) infirmier(ère) qui vous rencontre à votre arrivée à l'hôpital

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

2) Avoir une personne pour s'occuper de la famille

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

3) Connaître l'état de votre proche malade avant de vous demander de signer des documents

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

4) Avoir des amis et/ou proches avec vous pendant que vous êtes aux urgences

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

5) Avoir un membre de l'équipe soignante avec vous pendant que vous rendez visite à votre proche

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

6) Sentir qu'il y a de l'espoir

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

7) Avoir un endroit privé pour attendre

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

8) Se sentir accepté(e) par le personnel hospitalier

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

9) Être traité(e) comme une personne à part entière

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

10) Être encouragé(e) à exprimer ses émotions

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

11) Être rassuré(e) sur ce que sont les réactions émotionnelles normales

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

12) Partager ses émotions avec l'équipe soignante

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Important |
| <input type="checkbox"/> Peu important | <input type="checkbox"/> Très important |

- 13) Être informé(e) des services religieux
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 14) Avoir de la nourriture et des rafraîchissements à proximité
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 15) Avoir un téléphone dans ou proche de la salle d'attente
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 16) Avoir des toilettes à proximité
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 17) Pouvoir contacter le personnel soignant ultérieurement pour poser des questions
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 18) Avoir des explications données en termes compréhensibles
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 19) Être fréquemment tenu(e) au courant
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 20) Connaître tous les faits spécifiques concernant l'évolution de votre proche
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 21) Parler à un médecin
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 22) Connaître les résultats d'examens attendus
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 23) Avoir des réponses honnêtes aux questions posées
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 24) Être informé(e) des plans de transfert lorsqu'ils sont élaborés
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 25) Être assuré(e) que les meilleurs soins possibles ont été donnés à votre proche
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 26) Sentir que le personnel hospitalier prend soin de votre proche
- Pas important Important
 Peu important Très important
- 27) Être assuré(e) du confort de votre proche
- Pas important Important
 Peu important Très important

Etude visant à évaluer les besoins des familles aux urgences

Si vous accompagnez votre fils ou fille, père ou mère, grand-père ou grand-mère, petit-fils ou petite-fille, frère ou soeur, conjoint ou conjointe aux urgences, n'hésitez pas à répondre au questionnaire destiné à cet effet puis à le remettre à un infirmier.

*Merci pour votre
participation !*



Etude visant à évaluer les besoins des familles aux urgences

Merci de distribuer le questionnaire à tout accompagnateur ayant un lien de parenté de premier degré (enfant, parent) ou deuxième degré (grand-parent, petit-enfant, frère, soeur) avec le patient. Les conjoints peuvent aussi participer à l'étude.

Chaque couleur de questionnaire correspond à un niveau de tri : U1 = rose, U2 = jaune, U3 = vert, U4 = bleu et U5 = mauve.

Veillez à ne pas distribuer le questionnaire aux personnes suivantes :

- ✓ Accompagnateurs ayant moins de 18 ans
- ✓ Personnes ne s'exprimant pas en Français
- ✓ Personnes présentant des troubles cognitifs, sur base d'un jugement personnel
- ✓ Personnes accompagnant un enfant de moins de 15 ans

Merci pour votre collaboration !



10.6 Annexe 6 : demande d'avis au Comité d'Éthique (29/06/2023)



Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Éthique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) :

MATHIEU Rachel (rachel.mathieu@student.uliege.be)

2. Finalité spécialisée : Patient critique (soins intensifs et urgences)

3. Année académique : 2023-2024

4. Titre du mémoire : Les besoins des familles accompagnant un patient adulte dans le service d'urgences du CHU Liège

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Service des urgences

6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la
Président-e de Département : Pr. GHUYSEN Alexandre

7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

Mr STIPULANTE Samuel – Directeur de la Centrale 112 de Liège (samuel.stipulante@uliege.be)

Dr PIAZZA Justine – Médecin urgentiste au CHU Liège (justine.piazza@chuliege.be)

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Les objectifs de ce mémoire sont :

- De réaliser une traduction scientifique du CCFNI-ED en français ;
- De valider l'instrument traduit afin d'assurer sa qualité et reproductibilité ;
- De connaître les besoins des proches accompagnant un patient adulte aux urgences en Belgique, et plus particulièrement au CHU de Liège ;
- De déterminer s'il existe un manque de communication entre soignants et familles dans ce service d'urgences ;
- D'envisager des solutions pour remédier à ce problème de santé publique.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Depuis plusieurs années, les services d'urgences en Belgique font face à un véritable tournant. La demande en soins d'urgence s'accroît continuellement alors que les ressources hospitalières restent limitées. À cela s'ajoute la pénurie qui touche tant le corps infirmier que médical. Les premiers touchés par ce manque de ressources et ce surpeuplement sont bien évidemment les patients mais aussi les membres de la famille. De ce fait, il existe des lacunes en matière de communication entre le personnel soignant et les accompagnants dans les services d'urgences. De nombreuses études s'accordent pour dire que l'intégration des familles dans les discussions offre pourtant des bénéfices non négligeables.

À l'heure actuelle, aucun outil ne permet d'améliorer la communication avec les familles dans les services d'urgences. Néanmoins, il existe un questionnaire validé permettant d'évaluer leurs besoins. Créé en 1995, le « Critical Care Family Needs Inventory » (CCFNI) était destiné à être utilisé dans les services de soins intensifs. Deux chercheuses australiennes ont alors revisité cet instrument en 2004 et l'ont adapté à l'environnement des urgences. Il est alors devenu le « Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department » (CCFNI-ED). Ce questionnaire comprend 40 items et utilise une échelle de Likert à quatre points pour évaluer chaque besoin : 1 = pas important ; 2 = légèrement important ; 3 = important ; 4 = très important. À ce jour, le CCFNI-ED n'a jamais été traduit en Français et testé en Europe.

Dans un premier temps, il conviendra de traduire de manière scientifique le CCFNI-ED en français sur base de la méthode Delphi. Une traduction initiale de l'anglais vers le français par deux traducteurs bilingues ayant le français comme langue maternelle sera suivie d'une rétro-traduction du français vers l'anglais par deux traducteurs anglophones. Une fois traduit, l'instrument sera validé en tenant compte des différentes propriétés psychométriques.

Dans un second temps, il conviendra de réaliser une étude quantitative descriptive de type transversale. Le questionnaire traduit et validé sera distribué à toute personne accompagnant un patient dans le service des urgences du CHU de Liège (site du Sart-Tilman) durant la période de collecte des données. Les accompagnateurs devront avoir un lien de parenté du premier (enfants/parents) ou deuxième (grands-parents/petits-enfants/frères/sœurs) degré avec le patient se présentant aux urgences pour pouvoir participer à l'étude. Les conjoints pourront également être inclus. S'appuyant sur les critères d'exclusion des pays où le CCFNI-ED a déjà été testé, les catégories suivantes de personnes accompagnantes seront écartées :

- Les personnes accompagnantes ayant moins de 18 ans ;

- Les personnes ne s'exprimant pas en Français (par oral ou par écrit) ;
- Les personnes n'étant pas en mesure de fournir leur consentement éclairé ;
- Les personnes présentant des troubles cognitifs, évalués par un jugement individuel ;
- Les personnes restant moins de 30 minutes dans le service d'urgences ;
- Les personnes accompagnant un enfant de moins de 15 ans.

La méthode d'échantillonnage sélectionnée est celle de commodité. Sur base d'un calcul de puissance s'appuyant sur le nombre d'admissions aux urgences du CHU de Liège en 2021, il faudra que l'échantillon compte au minimum 383 participants pour qu'il soit le plus représentatif de la population étudiée. Le consentement des participants sera récolté oralement et par écrit. L'anonymat sera respecté. Le questionnaire sera auto-administré et distribué par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA). Les familles seront invitées à répondre au questionnaire durant leur séjour aux urgences puis de le déposer dans une urne dédiée avant de quitter le service. En parallèle du CCFNI-ED, il sera judicieux d'interroger les participants quant à certaines données socio-démographiques comme le sexe, l'âge et le lien de parenté avec le patient. Les IOA indiqueront le niveau de tri sur le questionnaire avant de le remettre à l'accompagnant. Cela permettra de déterminer si les besoins des familles diffèrent selon la gravité de l'état clinique.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Oui
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Non
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non

9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non

10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Oui

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : 29/06/2023

Nom et signature du promoteur :

STIPULANTE Samuel

PIAZZA Justine



10.7 Annexe 7 : accord du Comité d'Éthique (25/07/2023)

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 11 juillet

Monsieur le **Prof. A. GHUYSEN**
Madame **Mme Rachel MATHIEU**
Service de **URGENCES**
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Éthique
Notre réf: **2023/190**

"Les besoins des familles accompagnant un patient adulte dans le service d'urgences du CHU de Liège."
Protocole :

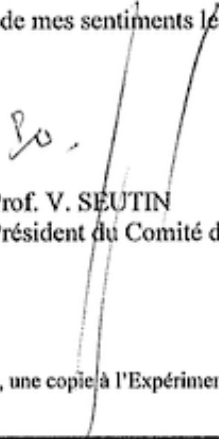
Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Éthique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Éthique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif : 04/323.21.58 – Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orgqgen.html#ceh>

10.8 Annexe 8 : codebook

Codebook : Besoins des familles aux urgences

Nombre d'observations : 226

Nombre de variables : 60

Données manquantes : NA

N°	Variable	Explications
1	id	Numéro d'identifiant (1-...)
2	site	Site hospitalier <ul style="list-style-type: none">• 0 = Sart-Tilman• 1 = NDB
3	tri	Niveau de tri <ul style="list-style-type: none">• 1 = U1• 2 = U2• 3 = U3• 4 = U4• 5 = U5
4	sexe	Sexe <ul style="list-style-type: none">• 0 = Homme• 1 = Femme• 2 = Non binaire
5	age	Âge <ul style="list-style-type: none">• 0 = 18-25 ans• 1 = 26-35 ans• 2 = 36-45 ans• 3 = 46-55 ans• 4 = 56-65 ans• 5 = 66-75 ans• 6 = plus de 75 ans
6	famille	Statut familial <ul style="list-style-type: none">• 0 = célibataire• 1 = en couple• 2 = marié(e)• 3 = divorcé(e)• 4 = veuf/veuve
7	etude	Niveau d'études le plus élevé <ul style="list-style-type: none">• 0 = sans diplôme• 1 = diplôme d'études primaires• 2 = diplôme d'études secondaires• 3 = formation professionnelle/technique• 4 = bachelier/graduat

		<ul style="list-style-type: none"> • 5 = master/licence • 6 = doctorat
8	profession	Statut professionnel actuel <ul style="list-style-type: none"> • 0 = étudiant(e) • 1 = employé(e) • 2 = indépendant(e) • 3 = pensionné(e) • 4 = sans emploi • 5 = ouvrier(ère) • 6 = invalide • 7 = fonctionnaire
9	proche	Proche accompagné aux urgences <ul style="list-style-type: none"> • 0 = fils/fille • 1 = père/mère • 2 = grand-père/grand-mère • 3 = petit-fils/petite-fille • 4 = frère/sœur • 5 = conjoint/conjointe • 6 = belle-famille
10	transport	Moyen de transport du proche pour arriver aux urgences <ul style="list-style-type: none"> • 0 = par ses propres moyens • 1 = accompagné • 2 = en ambulance
11	frequence	Fréquence de visite aux urgences ces 2 dernières années <ul style="list-style-type: none"> • 0 = première visite • 1 = entre 2 et 5 visites • 2 = entre 6 et 10 visites • 3 = plus de 10 visites
12	stress	Niveau de stress actuel <ul style="list-style-type: none"> • 0 = très bas • 1 = bas • 2 = moyen • 3 = élevé • 4 = très élevé
13	satisfaction	Degré de satisfaction des services d'urgences en Belgique <ul style="list-style-type: none"> • 0 = très insatisfait(e) • 1 = insatisfait(e) • 2 = neutre • 3 = satisfait(e) • 4 = très satisfait(e)
14	jour	Jour de la semaine <ul style="list-style-type: none"> • 0 = lundi

		<ul style="list-style-type: none"> • 1 = mardi • 2 = mercredi • 3 = jeudi • 4 = vendredi • 5 = samedi • 6 = dimanche
15	heure	Moment de la journée <ul style="list-style-type: none"> • 0 = matin (8h-12h59) • 1 = après-midi (13h-17h59) • 2 = soirée (18h-21h59) • 3 = nuit (22h-7h59)
16	b1	Besoin 1 : médecin ou infirmier à l'arrivée <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
17	b2	Besoin 2 : personne qui s'occupe de la famille <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
18	b3	Besoin 3 : informations avant la signature de documents <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
19	b4	Besoin 4 : amis et proches aux urgences <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
20	b5	Besoin 5 : accompagnement de l'équipe soignante <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
21	b6	Besoin 6 : espoir <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important

22	b7	<p>Besoin 7 : endroit pour attendre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
23	b8	<p>Besoin 8 : se sentir accepté</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
24	b9	<p>Besoin 9 : personne à part entière</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
25	b10	<p>Besoin 10 : expression de ses émotions</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
26	b11	<p>Besoin 11 : réactions émotionnelles normales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
27	b12	<p>Besoin 12 : partage des émotions</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
28	b13	<p>Besoin 13 : services religieux</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
29	b14	<p>Besoin 14 : nourriture et boissons</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important

		<ul style="list-style-type: none"> • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
30	b15	<p>Besoin 15 : téléphone</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
31	b16	<p>Besoin 16 : toilettes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
32	b17	<p>Besoin 17 : contacter ultérieurement</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
33	b18	<p>Besoin 18 : explications compréhensibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
34	b19	<p>Besoin 19 : être tenu au courant</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
35	b20	<p>Besoin 20 : faits spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
36	b21	<p>Besoin 21 : parler à un médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important

		<ul style="list-style-type: none"> • 4 = très important
37	b22	<p>Besoin 22 : résultats d'examens</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
38	b23	<p>Besoin 23 : réponses honnêtes aux questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
39	b24	<p>Besoin 24 : plans de transfert</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
40	b25	<p>Besoin 25 : meilleurs soins possibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
41	b26	<p>Besoin 26 : le personnel prend soin du proche</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
42	b27	<p>Besoin 27 : confort du proche</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
43	b28	<p>Besoin 28 : pourquoi les soins sont faits</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important

44	b29	Besoin 29 : détails pénibles <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
45	b30	Besoin 30 : parler à un infirmier <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
46	b31	Besoin 31 : expertise du personnel <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
47	b32	Besoin 32 : rester à l'écart pendant les soins <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
48	b33	Besoin 33 : voir le proche dès que possible <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
49	b34	Besoin 34 : explications sur la zone de soins <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
50	b35	Besoin 35 : voir ce qu'il est arrivé au proche <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
51	b36	Besoin 36 : être avec le proche à n'importe quel moment <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important

		<ul style="list-style-type: none"> • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
52	b37	Besoin 37 : instructions au chevet du patient <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
53	b38	Besoin 38 : se sentir impliqué lors des soins <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
54	b39	Besoin 39 : inclusion dans les décisions <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
55	b40	Besoin 40 : temps seul avec le proche <ul style="list-style-type: none"> • 1 = pas important • 2 = légèrement important • 3 = important • 4 = très important
56	score	Score total (40 à 160)
57	soutien	Score du thème « soutien » (6 à 24)
58	confort	Score du thème « confort » (11 à 44)
59	communication	Score du thème « communication » (10 à 40)
60	participation	Score du thème « participation » (13 à 52)

10.9 Annexe 9 : tableau n°4 complet

Tableau 4 : Comparaison des moyennes du score total entre les différents groupes (n = 213)

Variables	Moyenne \pm SD Médiane (P25-P75)	Test utilisé	p-valeur
Site hospitalier			
Sart-Tilman	3,19 \pm 0,32	T de Student (normalité)	F = 0,06 (égalité) ¹ p = 0,43
Notre-Dame des Bruyères	3,15 \pm 0,39		
Niveau de tri selon l'ELISA			
U1 (<i>urgent</i>)	3,13 (2,79-3,36)	Kruskal-Wallis (ordinaire) ²	p = 0,80
U2 (<i>urgent</i>)	3,10 (2,99-3,38)		
U3 (<i>urgent</i>)	3,20 (3,03-3,44)	Mann-Whitney (ordinaire) ³	p = 0,57
U4 (<i>non-urgent</i>)	3,18 (2,91-3,43)		
U5 (<i>non-urgent</i>)	3,25 (2,85-3,40)		
Sexe			
Homme	3,08 \pm 0,40	T de Student (normalité)	F = 0,0009 (égalité) ¹ p = 0,001
Femme	3,25 \pm 0,29		
(Non binaire)	(3,03 \pm NA)		
Âge			
18-25 ans (<i>âge jeune à moyen</i>)	3,05 (2,85-3,28)	Kruskal-Wallis (ordinaire) ²	p = 0,33
26-35 ans (<i>âge jeune à moyen</i>)	3,10 (2,89-3,25)		
36-45 ans (<i>âge jeune à moyen</i>)	3,19 (3,00-3,38)	Mann-Whitney (ordinaire) ³	p = 0,03
46-55 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,30 (2,95-3,53)		
56-65 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,28 (2,88-3,45)		
66-75 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,30 (2,93-3,45)		
> 75 ans (<i>âge moyen à avancé</i>)	3,20 (3,10-3,53)		
Situation familiale actuelle			
Célibataire (<i>personne seule</i>)	3,05 (2,83-3,38)	Kruskal-Wallis (normalité) ²	p = 0,12
En couple (<i>personne non-seule</i>)	3,15 (2,94-3,38)		
Marié (<i>personne non-seule</i>)	3,30 (3,03-3,48)	Mann-Whitney (normalité) ³	p = 0,09
Divorcé (<i>personne seule</i>)	3,05 (2,88-3,43)		
Veuf (<i>personne seule</i>)	3,29 (3,18-3,38)		
Niveau d'études le plus élevé			
Sans diplôme (<i>pas d'étude ou de base</i>)	3,33 (3,25-3,41)	Kruskal-Wallis (ordinaire) ²	p = 0,64
Études primaires (<i>pas d'étude ou de base</i>)	3,35 (3,20-3,48)		
Études secondaires (<i>pas d'étude ou de base</i>)	3,25 (3,03-3,45)	Mann-Whitney (ordinaire) ³	p = 0,30
Professionnelle/technique (<i>pas d'étude ou de base</i>)	3,15 (2,87-3,33)		
Bachelier/graduat (<i>études supérieures</i>)	3,09 (2,91-3,43)		
Master/licence (<i>études supérieures</i>)	3,15 (2,94-3,41)		
Doctorat (<i>études supérieures</i>)	3,20 (3,00-3,34)		
Statut professionnel actuel			
Étudiant (<i>pas de travail</i>)	3,13 (2,98-3,31)	Kruskal-Wallis (normalité) ²	p = 0,65
Employé (<i>travail</i>)	3,13 (2,91-3,45)		
Indépendant (<i>travail</i>)	3,24 (3,14-3,36)	T de Student (normalité) ³	F = 0,37 (égalité) ¹ p = 0,49
Pensionné (<i>pas de travail</i>)	3,24 (2,96-3,48)		
Sans emploi (<i>pas de travail</i>)	3,25 (2,94-3,38)		
Ouvrier (<i>travail</i>)	3,38 (3,24-3,49)		
Invalide (<i>pas de travail</i>)	3,26 (3,16-3,39)		
(Fonctionnaire)	2,68 (2,68-2,68)		
Proche accompagné			
Enfant (<i>1^{er} degré</i>)	3,18 (2,95-3,38)	Kruskal-Wallis (normalité) ²	p = 0,18
Parent (<i>1^{er} degré</i>)	3,14 (2,84-3,45)		

¹ Test de Fisher (p-valeur)

² Pas de regroupement des modalités de réponse

³ Regroupement des modalités de réponse en deux ou trois groupes

Grand-parent (<i>2^e degré</i>)	3,03 (2,80-3,05)	Kruskal-Wallis (normalité) ³	p = 0,73
Petit-enfant (<i>2^e degré</i>)	3,40 (3,35-3,45)		
Fratrie (<i>2^e degré</i>)	3,28 (2,99-3,46)		
Conjoint (<i>autre</i>)	3,25 (3,03-3,45)		
Belle-famille (<i>autre</i>)	3,03 (2,88-3,15)		
Transport du proche		Kruskal-Wallis	p = 0,96
Par ses propres moyens (<i>voiture</i>)	3,21 (2,91-3,48)	(normalité) ²	
Accompagné (<i>voiture</i>)	3,20 (2,97-3,40)	Mann-Whitney (normalité) ³	p = 0,84
En ambulance (<i>ambulance</i>)	3,15 (2,88-3,45)		
Fréquence de visite			
Première visite (<i>première fois</i>)	3,15 (2,85-3,38)	Kruskal-Wallis	p = 0,35
2-5 visites (<i>déjà venu</i>)	3,21 (2,96-3,45)	(ordinaire) ²	
6-10 visites (<i>déjà venu</i>)	3,24 (3,05-3,38)	Mann-Whitney (ordinaire) ³	p = 0,10
Plus de 10 visites (<i>déjà venu</i>)	3,18 (3,10-3,40)		
Niveau de stress actuel			
Très bas (<i>pas de stress</i>)	3,16 ± 0,51	Kruskal-Wallis	p = 0,12
Bas (<i>pas de stress</i>)	3,09 ± 0,32	(ordinaire) ²	
Moyen (<i>stress</i>)	3,17 ± 0,32	Mann-Whitney (ordinaire) ³	p = 0,24
Élevé (<i>stress</i>)	3,26 ± 0,31		
Très élevé (<i>stress</i>)	3,28 ± 0,27		
Degré de satisfaction			
Très insatisfait (<i>insatisfait</i>)	3,03 (2,89-3,40)	Kruskal-Wallis	p = 0,26
Insatisfait (<i>insatisfait</i>)	3,29 (3,11-3,49)	(ordinaire) ²	
Neutre (<i>ni insatisfait ni satisfait</i>)	3,20 (2,96-3,39)	Kruskal-Wallis	p = 0,66
Satisfait (<i>satisfait</i>)	3,15 (2,88-3,40)		
Très satisfait (<i>satisfait</i>)	3,28 (2,98-3,58)		
Jour de la semaine			
Lundi (<i>semaine</i>)	3,25 (2,95-3,48)	Kruskal-Wallis	p = 0,81
Mardi (<i>semaine</i>)	3,15 (3,03-3,43)	(normalité) ²	
Mercredi (<i>semaine</i>)	3,18 (2,93-3,40)	Mann-Whitney (normalité) ³	p = 0,51
Jeudi (<i>semaine</i>)	3,25 (2,99-3,43)		
Vendredi (<i>semaine</i>)	3,23 (3,14-3,38)		
Samedi (<i>week-end</i>)	3,48 (3,20-3,56)		
Dimanche (<i>week-end</i>)	3,00 (2,80-3,35)		
Moment de la journée		Kruskal-Wallis	p = 0,03
Matin (<i>journée</i>)	3,30 (3,00-3,48)	(normalité) ²	
Après-midi (<i>journée</i>)	3,15 (2,88-3,33)	Mann-Whitney (normalité) ³	p = 0,68
Soirée (<i>soir</i>)	3,05 (2,85-3,40)		
Nuit (<i>soir</i>)	3,30 (3,15-3,36)		

10.10 Annexe 10 : tableau n°5 complet

Tableau 3 : Influence des variables socio-démographiques sur le score total des besoins (n = 213)

Variables	Modèle univarié			Modèle multivarié		
	$\beta \pm SE$	p-valeur	R ²	$\beta \pm SE$	p-valeur	R ²
Intercept	/	/	/	132,39 ± 1,44	0,0006	0,078
Site hospitalier						
Notre-Dame des Bruyères	-1,57 ± 1,99	0,43	0,003	/	/	/
Niveau de tri selon l'ELISA		<i>p globale = 0,67</i>	0,011			
U1	-5,70 ± 5,46	0,30				
U2	-1,62 ± 2,90	0,58		/	/	/
U4	-1,84 ± 2,27	0,42				
U5	-3,94 ± 3,37	0,24				
Sexe		<i>p globale = 0,002</i>	0,058		<i>p globale = 0,002</i>	/
Homme	-6,77 ± 1,89	0,0004		-6,56 ± 1,87	0,0005	
Non binaire	-8,94 ± 13,56	0,51		-5,74 ± 13,41	0,67	
Âge		<i>p globale = 0,48</i>	0,026			
18-25 ans	-4,25 ± 3,60	0,24				
26-35 ans	-5,37 ± 3,28	0,10				
36-45 ans	-2,60 ± 3,06	0,40		/	/	/
56-65 ans	-1,02 ± 2,84	0,72				
66-75 ans	-2,11 ± 3,83	0,58				
Plus de 75 ans	2,65 ± 3,60	0,46				
Situation familiale		<i>p globale = 0,10</i>	0,037			
Célibataire	-5,88 ± 2,62	0,03				
En couple	-3,76 ± 2,28	0,10		/	/	/
Divorcé(e)	-7,84 ± 4,22	0,06				
Veuf/veuve	-0,13 ± 5,07	0,98				
Niveau d'études		<i>p globale = 0,82</i>	0,014			
Sans diplômes	5,26 ± 7,17	0,46				
Diplôme d'études primaires	3,35 ± 4,93	0,50				
Formation professionnelle/technique	-1,90 ± 2,65	0,48		/	/	/
Bachelier/graduat	-2,61 ± 2,58	0,31				
Master/licence	-0,95 ± 3,13	0,76				
Doctorat	-1,65 ± 8,23	0,84				

Statut professionnel		<i>p globale = 0,40</i>	0,035			
Étudiant(e)	0,74 ± 4,40	0,87				
Indépendant(e)	5,28 ± 4,23	0,21				
Pensionné(e)	2,48 ± 2,42	0,31		/	/	/
Sans emploi	1,76 ± 3,02	0,56				
Ouvrier(ère)	8,71 ± 5,41	0,11				
Invalide	5,88 ± 4,59	0,20				
Fonctionnaire	-18,72 ± 13,87	0,18				
Proche accompagné		<i>p globale = 0,28</i>	0,036			
Enfant	-2,40 ± 2,50	0,34				
Parent	-3,02 ± 2,67	0,26				
Grand-parent	-8,45 ± 6,39	0,19		/	/	/
Petit-enfant	6,95 ± 9,93	0,48				
Fratrie	-0,19 ± 3,33	0,96				
Belle-famille	-10,49 ± 4,87	0,03				
Transport du proche		<i>p globale = 0,92</i>	0,079			
Par ses propres moyens	-1,00 ± 3,02	0,74		/	/	/
En ambulance	-0,94 ± 3,74	0,80				
Fréquence de visite aux urgences		<i>p globale = 0,15</i>	0,025			
Première visite	-4,68 ± 2,25	0,04		/	/	/
6-10 visites	-1,13 ± 3,88	0,77				
Plus de 10 visites	1,98 ± 3,39	0,56				
Niveau de stress		<i>p globale = 0,20</i>	0,028			
Très bas	-0,69 ± 3,09	0,82				
Bas	-3,50 ± 2,71	0,20		/	/	/
Élevé	3,46 ± 2,50	0,17				
Très élevé	4,37 ± 4,57	0,34				
Degré de satisfaction des urgences		<i>p globale = 0,12</i>	0,035			
Très insatisfait(e)	-3,78 ± 3,84	0,33				
Insatisfait(e)	6,25 ± 3,28	0,06		/	/	/
Neutre	0,54 ± 2,24	0,81				
Très satisfait(e)	4,97 ± 3,28	0,13				
Jour de la semaine		<i>p globale = 0,86</i>	0,012			
Lundi	0,67 ± 2,71	0,80				
Mardi	-1,11 ± 2,91	0,70				
Jeudi	-0,67 ± 2,73	0,81		/	/	/
Vendredi	1,19 ± 4,51	0,79				

Samedi	6,55 ± 8,22	0,43				
Dimanche	-5,67 ± 4,92	0,25				
Moment de la journée		<i>p globale = 0,02</i>	0,045		<i>p globale = 0,03</i>	/
Après-midi (13h-17h59)	-5,97 ± 1,95	0,003		-5,65 ± 1,91	0,004	
Soirée (18h-21h59)	-5,50 ± 4,30	0,20		-5,64 ± 4,20	0,18	
Nuit (22h-7h59)	-0,19 ± 7,97	0,98		-0,54 ± 7,78	0,94	