

## **Mémoire Exploration de l'expérience patient par la méthode du "patient shadowing" dans une maison médicale de Liège : une étude qualitative**

**Auteur :** Emonts, Margaux

**Promoteur(s) :** Henrard, Gilles

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

**Année académique :** 2025-2026

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/26950>

---

### *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.*

---



**EXPLORATION DE L'EXPÉRIENCE PATIENT PAR LA MÉTHODE  
DU  
« PATIENT SHADOWING » DANS UNE MAISON MÉDICALE DE  
LIÈGE :  
UNE ÉTUDE QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **EMONTS Margaux**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences Infirmières  
Année académique 2025 - 2026  
Promoteur : **Dr Gilles Henrard**



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, le Docteur Gilles Henrard, pour son accompagnement, sa disponibilité et la pertinence de ses conseils tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe de la Maison Médicale Saint-Léonard, qui a accueilli ce projet avec ouverture et m'a permis de le mener à bien dans les meilleures conditions.

Je souhaite aussi remercier chaleureusement les patients qui ont accepté de participer à cette étude et de partager leur vécu avec moi : leur confiance et leur disponibilité ont rendu ce travail possible.

Merci à ma famille, pour son soutien constant tout au long de ce parcours.

Enfin, un merci tout particulier à mon conjoint, pour son soutien au quotidien, sa patience et ses encouragements, qui m'ont accompagnée à chaque étape de ce travail.

## Résumé

Les maisons médicales, bien que conçues pour offrir des soins accessibles et intégrés, pourraient complexifier le parcours de soins pour certains patients pour deux raisons principales : une moindre continuité relationnelle, propre à la pratique de groupe, qui amène le patient à consulter des professionnels différents d'une visite à l'autre, et un accès non direct au prestataire de soins, qui doit généralement passer par l'accueil plutôt que par un contact direct. Ce mémoire explore dans quelle mesure les difficultés de compréhension de l'information influencent l'expérience vécue par les patients dans ce contexte, et en quoi la méthode du «shadowing» permet de mieux les identifier. Le «shadowing», jusqu'ici documenté en milieu hospitalier, en Ehpad et en secteur du handicap, n'avait à notre connaissance jamais été mis en œuvre en maison médicale.

Une étude qualitative exploratoire a été menée à la Maison Médicale Saint-Léonard (Liège) selon la méthode Amppati (l'adaptation française du «shadowing»), combinant observation directe du parcours, entretien semi-structuré post-consultation et questionnaires. Six suivis ont été réalisés sur onze patients sollicités. Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive et d'une triangulation systématique des trois sources.

Des difficultés de compréhension et de rétention de l'information ont été observées dans la majorité des suivis, notamment en fin de consultation, sans toutefois affecter la satisfaction globale déclarée, systématiquement élevée. La relation de confiance avec les professionnels est ressortie comme le facteur le plus constamment associé à une expérience positive. La triangulation a permis de révéler des écarts qu'un questionnaire de satisfaction seul n'aurait pas montrés, notamment entre littératie auto-évaluée et compétence observée. L'étude confirme la faisabilité du «shadowing» en maison médicale, moyennant une adaptation du recrutement au contexte ambulatoire, et dégage des pistes concrètes d'amélioration, en particulier pour la fonction d'infirmier de pratique avancée.

**Mots-clés : littératie en santé, expérience patient, shadowing, maison médicale, méthode Amppati, soins primaires**

## Abstract

Primary care group practices (« maisons médicales »), although designed to provide accessible and integrated care, could make the care pathway more difficult for some patients, for two main reasons: a lower relational continuity, inherent to group practise, wich leads patients to see different professionals from one visit to the next, and indirect access to the care provider, who is usually reached through the front desk rather than directly. This dissertation explores the extent to which difficulties in understanding information shape patients' experience in this context, and how the « shadowing » method can help identify them. Shadowing, previously documented in hospital, nursing home and disability-sector settings, had not, to our knowledge, been implemented in a primary care group practice before this study.

An exploratory qualitative study was conducted at Maison Médicale Saint-Léonard (Liège, Belgium) using the Amppati method (the French adaptation of shadowing), combining direct observation of the care pathway, a semi-structured post-consultation interview, and questionnaires. Six shadowing sessions were completed out of eleven patients approached. Data were analysed through inductive thematic analysis (Braun & Clarke, 2006) and systematic triangulation of the three data sources.

Difficulties in understanding and retaining information were observed in most sessions, particularly at the end of consultations, yet did not affect overall satisfaction scores, which remained consistently high. Trust in healthcare professionals emerged as the factor most consistently associated with a positive experience. Triangulation revealed discrepancies that a satisfaction questionnaire alone would not have shown, notably between self-reported health literacy and observed competence. The study confirms the feasibility of shadowing in a primary care group practice, provided recruitment is adapted to the ambulatory context, and identifies concrete improvement levers, particularly for the advanced practice nurse role.

**Key-words:** health literacy, patient experience, shadowing, primary care, Amppati method

## Liste des abréviations

|                |                                                                                                                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AMPPATI</b> | Amélioration du parcours vécu par le patient et son entourage en immersion                                                  |
| <b>DMG</b>     | Dossier Médical Partagé                                                                                                     |
| <b>EHPAD</b>   | Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes                                                                |
| <b>HLO</b>     | Health Literate Organization (en français, organisation de soins pro-littératie ou favorable à l'exercice de la littératie) |
| <b>IPA</b>     | Infirmier(ère) de Pratique Avancée                                                                                          |
| <b>MM</b>      | Maison Médicale                                                                                                             |
| <b>MSI</b>     | Master en Sciences Infirmières                                                                                              |

## Table des matières

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction                                                                        | 9  |
| 1. Cadre théorique                                                                  | 11 |
| 1.1 Comprendre l'expérience vécue par les patients en maison médicale               | 11 |
| 1.2 La littératie en santé : un angle spécifique pour explorer l'expérience patient | 12 |
| 1.3 Les limites des approches classiques d'évaluation de l'expérience patient       | 12 |
| 1.4 Le shadowing : observer le parcours patient au plus près du vécu                | 13 |
| 1.5 Le shadowing comme outil d'amélioration de la qualité des soins                 | 13 |
| 1.6 Le modèle Amppati : une adaptation structurée du shadowing                      | 13 |
| 1.7 Apports, enjeux et limites du shadowing en maison médicale                      | 14 |
| Question de recherche                                                               | 16 |
| 2. Objectifs de l'étude                                                             | 17 |
| 2.1 Objectif principal                                                              | 17 |
| 2.2 Objectifs secondaires                                                           | 17 |
| 3. Matériel et méthodes                                                             | 18 |
| 3.1 Type d'étude                                                                    | 18 |
| 3.2 Choix du parcours et modélisation (étape 1)                                     | 18 |
| 3.3 Choix du suiveur (étape 2)                                                      | 19 |
| 3.4 Population étudiée et organisation du suivi (étapes 3 et 4)                     | 19 |
| 3.5 Outils de collecte et déroulement du suivi (étape 5)                            | 20 |
| 3.6 Traitement des résultats et analyse (étape 6)                                   | 21 |
| 3.7 Aspects éthiques                                                                | 21 |
| 3.8 Utilisation de l'intelligence artificielle                                      | 22 |
| 4. Résultats attendus                                                               | 23 |
| 5. Résultats                                                                        | 24 |
| 5.1 Profil des participants                                                         | 24 |
| 5.2 Résultats du «shadowing» : observations par segment                             | 25 |
| Segment 1 : Arrivée et accueil                                                      | 25 |
| Segment 2 : Salle d'attente                                                         | 25 |
| Segment 3 : Consultation                                                            | 25 |
| Segment 4 : Démarches administratives                                               | 26 |
| Segment 5 : Sortie et départ                                                        | 26 |
| 5.3 Résultats de l'analyse thématique (entretiens, observations et questionnaires)  | 26 |
| Le relais interprofessionnel comme garant de la continuité perçue (4/6)             | 26 |
| Des stratégies de compensation majoritairement individuelles (4/6)                  | 27 |
| La relation de confiance et la proximité comme facteur rassurant (6/6)              | 27 |

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Une signalétique existante mais non mobilisée au moment où elle serait utile (2/6)               | 27 |
| L'absence de récapitulatif structuré (4/6)                                                       | 27 |
| L'aménagement matériel du cabinet de consultation comme facteur favorisant la consultation (1/6) | 28 |
| Une gêne relationnelle propre à la situation de consultation (1/6)                               | 28 |
| 5.4 Résultats des échelles de littératie et de satisfaction                                      | 28 |
| Littératie en santé auto-évaluée                                                                 | 28 |
| Questionnaire de satisfaction                                                                    | 29 |
| 6. Discussion et perspectives                                                                    | 31 |
| 6.1 Discussion des résultats au regard de la littérature                                         | 31 |
| 6.2 Apports et limites méthodologiques                                                           | 32 |
| 6.3 Perspectives pour la pratique et pour la fonction IPA                                        | 33 |
| 7. Conclusion                                                                                    | 34 |
| Conflit d'intérêt                                                                                | 36 |
| Références bibliographiques                                                                      | 37 |
| Annexes                                                                                          | 39 |
| Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé                                                    | 39 |
| Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique                                                      | 41 |
| Annexe 3 : Grille d'observation («shadowing»)                                                    | 42 |
| Annexe 4 : Guide d'entretien semi-structuré                                                      | 45 |
| Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction (échelle Likert)                                        | 48 |
| Annexe 6 : Avis favorable du comité d'éthique                                                    | 50 |

## Introduction

Trouver le bon service de santé, comprendre les informations délivrées lors d'une consultation, savoir à qui s'adresser ou encore se repérer dans son parcours de soins : autant de situations qui peuvent sembler évidentes pour certains, mais qui représentent de véritables obstacles pour d'autres patients. Comme le soulignent Henrard et Mouillet (2019), les systèmes de santé restent souvent trop complexes au regard du niveau de littératie en santé des usagers.

Cette complexité concerne également les structures de première ligne, telles que les maisons médicales. Pensées pour offrir des soins accessibles, globaux et intégrés, elles reposent sur une organisation interdisciplinaire qui constitue une richesse indéniable pour la prise en charge des patients. Cependant, cette organisation peut aussi rendre le parcours difficile à appréhender : multiplicité des intervenants, fonctionnement parfois implicite, manque de repères ou difficultés à assimiler certaines informations peuvent influencer significativement la manière dont les patients vivent leur prise en charge (Smith et Haggerty, 2003).

Dans ce contexte, la notion de littératie en santé apparaît particulièrement pertinente. Elle désigne la capacité des individus à accéder à l'information relative à leur santé, à la comprendre et à l'utiliser afin de prendre des décisions éclairées (Sørensen et al., 2012). Certaines difficultés rencontrées par les patients gagneraient à être réfléchies non seulement à partir de la littératie des professionnels et de l'organisation des soins, mais également à partir de la manière dont ces organisations sont comprises et vécues au quotidien par les patients eux-mêmes (Perrin et al., 2023).

Comprendre ce vécu implique de s'intéresser à la manière dont les patients traversent concrètement leur parcours : ce qu'ils comprennent, ce qui les rassure, ce qui les freine, ou encore les moments où ils se sentent désorientés. Cette perspective invite à mobiliser des approches permettant d'accéder directement et de façon contextualisée à l'expérience patient. Le « shadowing », en proposant de suivre des patients sur (un segment de) leur parcours de soin pour recueillir « à chaud » leurs expériences, apparaît comme une méthode particulièrement adaptée pour observer ces réalités souvent invisibles dans les approches plus classiques (Liberati, 2017 ; Wilson et al., 2019).

Cette réflexion s'inscrit dans le contexte de la Maison Médicale Saint-Léonard à Liège et dans la continuité des travaux menés autour de la littératie en santé et de la simplification

des parcours de soins en première ligne. Si le « shadowing » a déjà été utilisé dans différents contextes de soins, son application n'a, à notre connaissance, pas encore été réalisée en maison médicale.

La littératie organisationnelle en santé (c'est-à-dire la mesure dans laquelle une structure de soins facilite, par son organisation et ses pratiques, l'accès à l'information, sa compréhension et son utilisation par les patients (Henrard et Mouillet, 2019)) constitue un fil conducteur de ce travail. Dès lors, ce travail cherchera à comprendre dans quelle mesure le « shadowing » permet de mieux identifier les difficultés de littératie organisationnelle en santé rencontrées par les patients au cours de leur parcours en maison médicale, et en quoi il peut contribuer à améliorer concrètement leur expérience des soins.

## 1. Cadre théorique

### 1.1 Comprendre l'expérience vécue par les patients en maison médicale

Les maisons médicales ont pour vocation de proposer des soins accessibles, globaux et intégrés, en s'appuyant sur une approche interdisciplinaire centrée sur les besoins des patients. Si cette organisation constitue une richesse pour la qualité des prises en charge, elle peut également rendre le parcours de soins plus difficile à appréhender pour certains usagers par rapport aux soins primaires classiques (Perrin et al., 2023).

En effet, au-delà des consultations ou des actes médicaux, les patients doivent simultanément comprendre le fonctionnement de la structure, identifier les différents intervenants et s'orienter dans leur parcours au sein de la maison médicale : un enjeu qui n'est pas propre aux maisons médicales, mais qui peut y être renforcé par la diversité des intervenants et des services proposés au sein d'une même structure. Certaines situations, parfois perçues comme simples par les professionnels, peuvent ainsi devenir sources d'incompréhension, d'anxiété ou de désorientation pour les patients (Perrin et al., 2023).

Selon l'Institute of Medicine (2001), la qualité des soins repose sur six dimensions : la sécurité, l'efficacité, l'efficience, la rapidité de la prise en charge, l'équité et le caractère centré sur le patient. Ces éléments montrent que la qualité des soins ne dépend pas uniquement des aspects médicaux ou organisationnels de la prise en charge. Elle repose également sur la manière dont les patients vivent concrètement leur parcours. C'est dans ce contexte que la notion d'expérience patient a progressivement pris une place centrale dans les démarches d'amélioration des soins (Perrin et al., 2023).

L'expérience patient ne se limite pas à la satisfaction générale des usagers. Elle est définie par Wolf et al. (2014) comme l'ensemble des perceptions, des interactions et des événements vécus par le patient et ses proches tout au long de la trajectoire de soins. Aujourd'hui, cette expérience est reconnue comme une composante essentielle de la qualité des soins et comme une source d'information précieuse pour identifier les difficultés rencontrées par les patients et adapter les pratiques aux réalités du terrain (Perrin et al., 2023).

Si l'expérience patient occupe aujourd'hui une place importante dans les démarches d'amélioration des soins, la question de la méthode pour la recueillir et la comprendre est centrale.

## **1.2 La littératie en santé : un angle spécifique pour explorer l'expérience patient**

Parmi les nombreuses dimensions de l'expérience patient, ce travail choisit de mettre l'accent sur celles liées à la compréhension de l'information. La littératie en santé désigne la capacité des individus à accéder à l'information relative à leur santé, à la comprendre et à l'utiliser afin de prendre des décisions éclairées (Sørensen et al., 2012). Cette capacité ne dépend pas uniquement du patient : elle est aussi façonnée par la manière dont les structures de soins facilitent, ou au contraire compliquent, l'accès à l'information, sa compréhension et son utilisation, ce que Henrard et Mouillet (2019) désignent par la notion de littératie organisationnelle en santé.

C'est cette dimension organisationnelle qui constitue le fil conducteur de ce travail. La question de recherche, les grilles d'observation et le guide d'entretien ont ainsi été construits pour documenter spécifiquement les moments du parcours où l'information circule, ou non, de façon compréhensible pour le patient, plutôt que d'aborder l'expérience patient dans toute sa globalité.

## **1.3 Les limites des approches classiques d'évaluation de l'expérience patient**

Traditionnellement, l'évaluation de l'expérience patient repose principalement sur des outils tels que les questionnaires de satisfaction ou les entretiens. Ces approches permettent de recueillir des informations utiles et d'identifier certaines tendances générales. Toutefois, elles présentent des limites importantes lorsqu'il s'agit de comprendre finement les difficultés rencontrées au cours du parcours de soins (Lannes et al., 2022).

Les questionnaires, souvent centrés sur des résultats quantitatifs, ne permettent pas toujours de saisir les situations concrètes à l'origine des incompréhensions, des frustrations ou des sentiments d'inconfort vécus par les patients. Par ailleurs, ces outils reposent généralement sur un recueil réalisé a posteriori : les patients doivent alors revenir sur leur expérience après la consultation, ce qui peut introduire des biais liés à la mémoire, à la reformulation des événements ou à l'influence d'attentes sociales (Lannes et al., 2022).

Ces limites soulignent l'intérêt de développer des méthodes complémentaires, capables d'observer l'expérience du patient au moment même où elle se construit. C'est précisément dans cette perspective que le shadowing s'est progressivement imposé comme une approche prometteuse (Goodrich et al., 2022 ; Lannes et al., 2022).

#### **1.4 Le shadowing : observer le parcours patient au plus près du vécu**

Le shadowing est une méthode d'observation immersive qui consiste à accompagner un patient tout au long de son parcours de soins afin de comprendre son expérience en temps réel (Goodrich et al., 2022). Le terme provient de l'anglais « shadow » (ombre), renvoyant à l'idée de suivre discrètement le patient dans ses déplacements, ses interactions et les différentes étapes de sa prise en charge (Chabloz et al., 2019).

Développé initialement aux États-Unis avant de s'étendre à d'autres contextes anglo-saxons, le shadowing s'est progressivement intégré dans différentes démarches d'amélioration de la qualité des soins et de développement de pratiques centrées sur le patient (Chabloz et al., 2019). Son intérêt repose notamment sur sa capacité à rendre visibles des réalités souvent peu perceptibles pour les professionnels eux-mêmes, comme les moments d'attente mal vécus, les difficultés d'orientation ou les incompréhensions survenant lors des interactions (Goodrich et al., 2022).

Contrairement aux outils classiques, le shadowing ne repose pas sur un recueil a posteriori : l'observation directe et contextualisée permet d'accéder à des situations concrètes telles qu'elles se déroulent, offrant ainsi une compréhension plus fidèle du vécu patient (Goodrich et al., 2022 ; Chabloz et al., 2019).

#### **1.5 Le shadowing comme outil d'amélioration de la qualité des soins**

Au-delà de l'observation, le shadowing constitue un outil à part entière dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins. L'un de ses principaux apports réside dans sa capacité à mettre en évidence les écarts entre le parcours tel qu'il est pensé par les professionnels et celui réellement vécu par les patients (Goodrich et al., 2022 ; Chabloz et al., 2019).

En rendant ces réalités plus concrètes, le shadowing permet d'identifier des pistes d'amélioration directement ancrées dans le vécu des usagers.

Il est aussi utilisé pour son potentiel pédagogique lorsqu'il est réalisé par de futurs professionnels de la santé (Nolte, 2018). Cette méthode peut également favoriser une prise de conscience au sein des équipes soignantes et encourager une réflexion collective autour des pratiques et de l'organisation des soins (Goodrich et al., 2022).

## **1.6 Le modèle Amppati : une adaptation structurée du shadowing**

Afin de rendre l'utilisation du shadowing plus opérationnelle dans les démarches d'amélioration des soins, différentes adaptations ont progressivement été développées. Parmi celles-ci, le modèle Amppati, élaboré en France, propose un cadre d'observation organisé et centré sur l'expérience vécue par les patients (Chabloz et al., 2019).

Cette approche repose sur une observation immersive du parcours patient, réalisée par un « suiveur » qui accompagne le patient tout au long de sa prise en charge. L'objectif est de recueillir, en temps réel, les réactions, les émotions, les incompréhensions ou encore les éléments influençant positivement ou négativement l'expérience du patient. Le modèle s'appuie sur différentes étapes structurées, allant du choix du parcours à observer jusqu'à l'analyse des données recueillies et à l'identification de pistes d'amélioration (Chabloz et al., 2019).

L'un des intérêts spécifiques de cette approche réside dans sa capacité à structurer la réalisation de l'analyse du parcours patient étape par étape. Elle a notamment été utilisée dans des contextes où l'expression verbale du ressenti peut être plus difficile, comme dans le secteur du handicap, ce qui renforce l'intérêt d'une observation directe du vécu des patients plutôt que d'un recueil déclaratif (Perrin et al., 2023).

## **1.7 Apports, enjeux et limites du shadowing en maison médicale**

Bien qu'à notre connaissance la littérature portant spécifiquement sur le « shadowing » en maison médicale reste muette, cette méthode apparaît particulièrement pertinente dans ce contexte de soins, marqué par des parcours souvent complexes impliquant de multiples intervenants et interactions (Goodrich et al., 2022 ; Chabloz et al., 2019).

Le « shadowing » permettrait en effet d'explorer ces parcours de façon concrète, en mettant en évidence les points de friction, les incompréhensions ou les moments de satisfaction. L'absence d'études dans ce contexte spécifique ne constitue pas une limite en soi : elle représente au contraire une opportunité de recherche, soulignant l'intérêt d'explorer cette méthode dans cet environnement (Goodrich et al., 2022 ; Chabloz et al., 2019).

Comme dans d'autres contextes, le recours au « shadowing » soulève plusieurs enjeux méthodologiques et éthiques. Le chercheur doit notamment rester attentif à la manière dont son propre positionnement professionnel et social est perçu par les patients et à l'influence

que cela peut avoir sur leur liberté de parole, tout en veillant à clarifier explicitement que sa présence n'aura aucune incidence sur les soins reçus et en négociant avec chaque patient les modalités et la durée du suivi (Liberati, 2017). La présence d'un observateur peut influencer les situations observées, et l'interprétation des données repose en partie sur le regard du chercheur. Cette approche nécessite un cadre éthique rigoureux, notamment concernant le respect de l'intimité des patients, le recueil d'un consentement éclairé et la confidentialité des informations (Goodrich et al., 2022 ; Lannes et al., 2022).

Malgré ces limites, le «shadowing» offre des perspectives particulièrement intéressantes pour mieux comprendre l'expérience vécue par les patients en maison médicale et contribuer à l'amélioration des pratiques de soins (Goodrich et al., 2022 ; Chabloz et al., 2019). Au-delà de son intérêt pour la compréhension de l'expérience patient, le shadowing semble également avoir un effet réflexif sur le suiveur : en se plaçant physiquement dans la position du patient, le professionnel de santé rapporte une perception différente de l'expérience de soins, ce qui peut nourrir une évolution de sa propre pratique (Chabloz et al., 2019).

## Question de recherche

À travers cette réflexion théorique, une idée centrale se dégage : malgré une volonté affichée de proposer des soins accessibles et intégrés, certains patients peuvent encore éprouver des difficultés à comprendre, à suivre ou à vivre leur parcours de soins en maison médicale. Ces réalités, souvent peu visibles dans le fonctionnement quotidien des structures, influencent pourtant directement l'expérience vécue par les usagers.

Le «shadowing» apparaît comme une approche particulièrement adaptée pour accéder, au plus près du terrain, à ce que vivent concrètement les patients au cours de leur prise en charge. Bien que cette méthode reste, à notre connaissance, non explorée en maison médicale, elle semble offrir des perspectives intéressantes pour mieux comprendre les difficultés du parcours patient et contribuer à l'amélioration des soins.

Ce travail cherchera ainsi à répondre à la question suivante :

***Dans quelle mesure les difficultés de compréhension de l'information influencent-elles l'expérience vécue par les patients dans un parcours de soin en maison médicale, et en quoi le recours au «shadowing» permet-il de mieux les identifier afin d'améliorer cette expérience ?***

## 2. Objectifs de l'étude

### 2.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer dans quelle mesure le «shadowing» permet d'accéder à l'expérience globale vécue par les patients au cours de leur parcours à la Maison Médicale Saint-Léonard.

### 2.2 Objectifs secondaires

Quatre objectifs secondaires viennent préciser et opérationnaliser cet objectif principal :

Identifier les moments du parcours où les patients rencontrent des difficultés de compréhension : qu'il s'agisse de l'orientation dans la structure, des informations reçues lors des consultations, ou des interactions avec les différents professionnels de la maison médicale.

Explorer le vécu émotionnel des patients tout au long de leur passage : ce qui les rassure, ce qui génère de l'anxiété ou de la confusion, ce qui les désoriente, mais aussi les moments de soulagement ou de reconnaissance liés à une prise en charge bien vécue.

Mettre en évidence ce que le «shadowing» permet de révéler que les méthodes classiques d'évaluation de l'expérience patient (questionnaires de satisfaction, entretiens a posteriori) ne parviennent pas à capturer, en raison notamment de leur distance temporelle avec le vécu réel ; un apport qui rejoint directement l'objectif principal de tester cette méthode et d'en tirer un retour d'expérience concret pour la pratique en maison médicale.

Dégager des pistes d'amélioration concrètes pour rendre le parcours plus compréhensible, plus lisible et mieux vécu par tous les profils de patients fréquentant la maison médicale.

## 3. Matériel et méthodes

### 3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire reposant sur la mise en œuvre de la méthode Amppati, adaptation française du «shadowing», au sein de la Maison Médicale Saint-Léonard à Liège. Cette méthode vise à recueillir, en temps réel et de manière immersive, l'expérience vécue par les patients au cours de leur parcours de soins (Perrin et al., 2023).

La démarche s'inscrit dans une logique inductive et descriptive : il s'agit de comprendre ce que vivent concrètement les patients (leurs difficultés de compréhension, leurs ressentis émotionnels, leurs stratégies d'adaptation) sans partir d'hypothèses préétablies, l'observation restant néanmoins guidée par quelques axes prédéfinis, notamment ceux liés à la littérature (organisationnelle) en santé, également présents dans la grille d'observation utilisée durant le suivi, mais en laissant émerger les réalités du terrain. Ce positionnement est cohérent avec la visée exploratoire de l'étude, qui vise à documenter cette réalité vécue au moyen d'une méthode qui, à notre connaissance, n'a pas encore été appliquée dans le contexte spécifique des maisons médicales.

La méthode Amppati se structure en six étapes successives : le choix du parcours et sa modélisation ; le choix du suiveur ; l'organisation du suivi ; la prise de contact avec les patients ; le suivi et la compilation des observations ; et enfin le traitement des résultats et l'élaboration d'un plan d'actions (Perrin et al., 2023). Ces six étapes constituent le cadre méthodologique de la présente étude et sont décrites en détail dans les sections suivantes.

### 3.2 Choix du parcours et modélisation (étape 1)

Le parcours retenu pour cette étude est le parcours complet du patient au sein de la Maison Médicale Saint-Léonard, de son arrivée dans la structure jusqu'à sa sortie. Ce choix est justifié par la volonté de saisir l'expérience dans sa globalité : les difficultés de compréhension et les réactions émotionnelles peuvent en effet survenir à n'importe quelle étape : dès l'accueil, en salle d'attente, lors de la consultation ou au moment de la sortie.

Conformément à la méthode Amppati, le parcours a préalablement été modélisé et découpé en segments distincts, correspondant aux grandes étapes de la venue du patient : l'accueil à l'entrée de la structure ; l'attente en salle d'attente ; la ou les consultations avec les professionnels de santé ; les éventuelles démarches administratives ; et la sortie de la

structure. Cette modélisation a été réalisée en concertation avec l'équipe de la maison médicale, qui a donné son accord pour la conduite de l'étude.

### **3.3 Choix du suiveur (étape 2)**

Dans le cadre de cette étude, le rôle de suiveuse a été assumé par l'étudiante-chercheuse elle-même. Ce choix présente l'avantage d'un regard extérieur au fonctionnement quotidien de la structure, permettant d'observer les situations avec une certaine distance et sans les biais liés à une familiarisation excessive avec les lieux et les pratiques.

La suiveuse a adopté une posture d'observation non participante et bienveillante, accompagnant discrètement le patient tout au long de son parcours sans intervenir dans les interactions entre le patient et les professionnels. Conformément aux principes de la méthode, elle n'a constitué à aucun moment un évaluateur des pratiques professionnelles : son attention s'est portée exclusivement sur le vécu du patient et les conséquences des interactions sur son expérience (Perrin et al., 2023).

### **3.4 Population étudiée et organisation du suivi (étapes 3 et 4)**

L'étude a été menée auprès de patients adultes fréquentant la Maison Médicale Saint-Léonard à Liège. Les critères de sélection ont été définis de manière à garantir la pertinence et la richesse des données recueillies au regard des objectifs de l'étude.

Les critères d'inclusion sont les suivants : être âgé d'au moins 18 ans ; être suivi à la Maison Médicale Saint-Léonard depuis au moins six mois, à raison d'au moins trois consultations par an, afin de disposer d'une expérience suffisamment ancrée dans la réalité du parcours ; comprendre et s'exprimer en français, condition indispensable pour permettre des échanges spontanés et nuancés au cours du suivi et de l'entretien post-parcours ; être en capacité de donner un consentement libre et éclairé ; ne pas se trouver dans une phase aiguë de la maladie susceptible de mobiliser entièrement l'attention du patient vers sa prise en charge immédiate, ce qui rendrait une participation réflexive difficilement envisageable ; et être motivé à participer à la démarche.

Les critères d'exclusion sont : une barrière linguistique ne permettant pas une communication suffisante en français ; et une fréquentation de la maison médicale inférieure à six mois ou à trois consultations par an.

Un échantillonnage non probabiliste de convenance a été utilisé, avec recherche d'une variation maximale des profils inclus (Patton, 2002), notamment en termes de niveau de littératie en santé perçue et d'origine culturelle. Le nombre de patients visé était de quatre à six, conformément aux recommandations de la méthode Amppati qui préconise entre trois et cinq suivis par parcours (Perrin et al., 2023). Ce choix s'inscrit dans la logique des études qualitatives exploratoires, qui privilégient la profondeur des données à leur représentativité statistique.

La prise de contact avec les patients a été organisée en amont de chaque suivi : les patients ont été identifiés et informés de l'étude lors de leur prise de rendez-vous ou à leur arrivée à la maison médicale. Un briefing individuel a été réalisé avant le début du suivi pour présenter les objectifs de l'étude, le déroulement de l'observation et les modalités de participation. Le consentement éclairé a été recueilli à ce moment, et le patient a été informé de son droit à se retirer à tout moment sans conséquence sur sa prise en charge.

### **3.5 Outils de collecte et déroulement du suivi (étape 5)**

Le recueil des données s'est appuyé sur une combinaison d'outils complémentaires, pensés pour saisir à la fois les dimensions observables et les dimensions subjectives de l'expérience patient.

En amont du suivi, un questionnaire sociodémographique court a été proposé au patient. Il a permis de recueillir les données contextuelles indispensables à l'interprétation des observations : âge, sexe, langue maternelle, niveau d'études et auto-évaluation du niveau de littératie en santé à l'aide d'une échelle simplifiée à cinq niveaux, conçue spécifiquement pour cette étude afin d'être adaptée au contexte de la maison médicale.

Durant le parcours, la suiveuse a consigné ses observations dans la grille présentée en Annexe 3, structurée segment par segment. Pour chaque segment, quatre éléments étaient renseignés : ce que dit le patient, ses réactions non verbales, les émotions perçues et les points d'attention ou incidents relevés. Cette grille intégrait également, pour certains segments, des items ciblés : repérage dans la structure, information sur la durée d'attente, validation de la compréhension par le professionnel, questions posées par le patient, reformulation ou acquiescement sans compréhension apparente, connaissance des suites à donner, permettant de documenter de façon structurée les difficultés de compréhension et d'orientation rencontrées au fil du parcours.

À l'issue du parcours, un entretien semi-structuré d'une durée approximative de quinze à vingt minutes a été réalisé dans un espace tranquille et informel, favorisant la parole libre. Conduit à l'aide d'un guide d'entretien préalablement élaboré, il a permis au patient d'exprimer son vécu, de revenir sur les moments marquants de sa venue et d'apporter des précisions sur les situations observées. L'entretien a été enregistré avec l'accord du patient, puis retranscrit intégralement.

Enfin, une courte échelle de satisfaction de type Likert (cinq points), conçue spécifiquement pour cette étude, a été proposée en clôture. Ces données quantitatives légères ont servi de point de comparaison et d'ancrage pour la triangulation avec les données qualitatives.

### **3.6 Traitement des résultats et analyse (étape 6)**

À l'issue de chaque suivi, les notes de la suiveuse ont été synthétisées segment par segment, en distinguant pour chaque étape du parcours les éléments positifs à conserver et les points de vigilance identifiés, selon la logique de restitution propre à la méthode Amppati (Perrin et al., 2023). Cette synthèse a ensuite été croisée avec les verbatim issus des entretiens semi-structurés.

L'ensemble des données (notes de suivi, retranscriptions d'entretiens et questionnaires) a été analysé selon une approche thématique inductive telle que décrite par Braun et Clarke (2006). Cette méthode permet de faire émerger des catégories de sens directement à partir des données recueillies, sans cadre d'analyse préétabli, ce qui est cohérent avec la visée exploratoire de l'étude. Le processus a compris une lecture flottante de l'ensemble du corpus, un codage initial manuel, un regroupement des codes en thèmes provisoires, puis leur affinement et leur mise en lien avec les objectifs de recherche.

Une triangulation systématique entre les trois sources de données (observations directes, verbatim des entretiens et échelle de satisfaction) est venue renforcer la validité interne des résultats. L'analyse transversale des différents profils de patients a par ailleurs permis d'identifier des constantes et des variations dans les expériences vécues, en vue de formuler des pistes d'amélioration ancrées dans la réalité du terrain.

### **3.7 Aspects éthiques**

L'étude a été conduite dans le strict respect des principes éthiques applicables à la recherche impliquant des participants humains. Elle a reçu l'avis favorable du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège le 23 juillet 2026, préalablement au début de la collecte des données (Annexe 6), ainsi que l'accord institutionnel de la Maison Médicale Saint-Léonard.

Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été recueilli avant toute observation, à l'aide d'un formulaire de consentement clair et accessible. Les patients ont été informés des objectifs de l'étude, du caractère volontaire de leur participation et de leur droit à se retirer à tout moment sans que cela n'affecte leur prise en charge. L'enregistrement audio des entretiens a été soumis à un accord explicite. L'ensemble des données a été anonymisé et codé dès la collecte, et les enregistrements ont été détruits à l'issue de l'analyse. Les outils de collecte ont été préalablement soumis au promoteur pour validation et testés lors d'un suivi préliminaire, afin d'en vérifier la clarté et l'acceptabilité.

### **3.8 Utilisation de l'intelligence artificielle**

Conformément à la charte d'utilisation des intelligences artificielles génératives de l'Université de Liège, l'usage d'une IA générative dans le cadre de ce mémoire est ici précisé. L'outil Claude (Anthropic, 2026) a été utilisé comme assistant linguistique et d'aide à la rédaction, notamment pour reformuler certains passages, améliorer la clarté de la structure du texte et faciliter la mise en forme du document. La collecte des données, leur analyse, ainsi que les choix méthodologiques, les interprétations et les conclusions de ce mémoire sont le fruit du travail personnel de l'auteure.

## 4. Résultats attendus

Dans le cadre de cette étude exploratoire, il est attendu que la méthode du patient «shadowing» permette de mettre en lumière plusieurs réalités de l'expérience patient au sein de la Maison Médicale Saint-Léonard : des réalités souvent invisibles ou sous-estimées dans le fonctionnement quotidien (Goodrich et al., 2022), en particulier chez les personnes présentant une littératie en santé limitée (Henrard et Mouillet, 2019).

Sur le plan de la communication, l'analyse devrait révéler des situations concrètes où l'échange d'informations est insuffisamment ajusté au niveau de compréhension du patient : lors de l'accueil, de l'orientation dans les locaux ou de l'explication des consignes médicales. Des moments d'incompréhension silencieuse sont également attendus (ces instants où le patient ne demande pas de précisions malgré des signaux visibles de doute ou de confusion) révélant ainsi un écart entre ce que les professionnels croient transmis et ce qui est réellement compris (Lannes et al., 2022).

Sur le plan émotionnel, une diversité de vécus est attendue, cohérente avec la dimension relationnelle et perceptive de l'expérience patient (Wolf et al., 2014) : des moments d'anxiété ou d'isolement, mais aussi des instants de soulagement ou de reconnaissance liés à une posture soignante particulièrement attentive. Ces points forts (écoute active, reformulation, empathie) constitueront autant de bonnes pratiques à valoriser et à diffuser au sein de l'équipe.

Au-delà des résultats individuels, cette démarche devrait permettre d'identifier des leviers d'amélioration réalistes et ancrés dans la réalité du terrain, à l'image des plans d'action habituellement dégagés par les démarches de shadowing (Chabloz et al., 2019 ; Perrin et al., 2023) : ajustements dans les échanges avec les patients, amélioration de la signalétique et de l'orientation spatiale, ou encore validation systématique de la compréhension en fin de consultation. Ces résultats ont également vocation à alimenter une réflexion collective au sein de la maison médicale sur la manière de devenir une organisation de soins plus lisible, inclusive et adaptée à la diversité des profils de patients.

## 5. Résultats

Six suivis ont été réalisés entre le 30 juillet et le 3 août 2026. Les résultats sont présentés selon quatre axes : le profil des participants (5.1), les observations du «shadowing» organisées segment par segment (5.2), l'analyse thématique des entretiens (5.3) et les résultats des échelles de littératie et de satisfaction (5.4).

### 5.1 Profil des participants

Onze patients ont été sollicités pour participer à l'étude, selon un échantillonnage non probabiliste de convenance (voir 3.4) : ils ont été identifiés et invités lors de leur prise de rendez-vous ou à leur arrivée à la maison médicale. Six suivis ont été menés à leur terme, soit un taux de réalisation de 55 %. Deux patients ayant préalablement donné leur accord ne se sont pas présentés le jour prévu sans en avertir la suiveuse (18 %), et trois patients ont refusé de participer, invoquant un manque de temps (27 %).

**Tableau 1. Profil sociodémographique des six participants inclus dans l'étude**

|                  | Cas 1     | Cas 2      | Cas 3      | Cas 4       | Cas 5       | Cas 6       |
|------------------|-----------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Code participant | 301       | 302        | 031        | 051         | 052         | 053         |
| Âge              | 49 ans    | 38 ans     | 29 ans     | 20 ans      | 60 ans      | 22 ans      |
| Sexe             | Femme     | Femme      | Homme      | Trans. fém. | Femme       | Femme       |
| Niveau d'études  | Supérieur | Secondaire | Secondaire | Secondaire  | Supérieur   | Supérieur   |
| Ancienneté MM    | > 2 ans   | > 2 ans    | > 2 ans    | > 2 ans     | > 2 ans     | 6m-2 ans    |
| Fréquence        | ≥1x/mois  | ≥1x/mois   | ≥1x/mois   | Qq. fois/an | Qq. fois/an | Qq. fois/an |

L'ensemble des participants est francophone et fréquente la Maison Médicale Saint-Léonard depuis au moins six mois, conformément aux critères d'inclusion définis en 3.4.

## 5.2 Résultats du «shadowing» : observations par segment

Les observations sont synthétisées ci-dessous segment par segment, selon la logique de restitution de la méthode Amppati, et mises en regard des verbatims d'entretien qui les éclairent.

### Segment 1 : Arrivée et accueil

Les six patients se sont repérés facilement dans la structure et ont été accueillis sans incident relevé dans les grilles d'observation. La reconnaissance personnelle par l'accueil a été mentionnée spontanément dans trois des six entretiens (Cas 2, 3 et 6).

« *Quand on arrive à l'accueil, tout le monde vous sourit, ils sont très sympas et ça fait plaisir d'être accueilli.* » (Cas 5)

### Segment 2 : Salle d'attente

Aucune des six grilles d'observation ne rapporte d'information donnée au patient sur la durée d'attente prévue. La tolérance exprimée en entretien est restée globalement élevée ; un cas associe toutefois explicitement l'attente non annoncée à un inconfort émotionnel.

« *Par rapport à ma pathologie, ça me stresse toujours d'attendre sans rien faire.* » (Cas 5)

### Segment 3 : Consultation

Pour le Cas 4, le médecin a mobilisé une technique de type teach-back, en demandant à la patiente de résumer elle-même ce qu'elle retenait de la consultation ; cette question lui a permis de détecter, puis de corriger sur le moment, le fait que la patiente ne se souvenait plus du nom du médicament ni de l'heure de prise.

« *Si tu devais résumer la consultation, que dirais-tu ?* » (Cas 4, propos du médecin rapportés par la suiveuse)

« *Vous ne saviez plus le nom du médicament, vous ne saviez plus l'heure à laquelle vous deviez le prendre.* » (Suiveuse, décrivant en entretien ce qu'elle a observé pendant la consultation, Cas 4)

#### **Segment 4 : Démarches administratives**

Les démarches administratives n'ont pas posé de difficulté observée dans cinq des six suivis. Le Cas 5 documente une charge informationnelle ponctuellement excessive à cette étape, plusieurs démarches ayant été annoncées d'un coup sans être toutes retenues.

« C'était beaucoup d'informations d'un coup et je n'ai pas tout retenu. » (Cas 5)

#### **Segment 5 : Sortie et départ**

Aucun des six suivis ne comporte de récapitulatif oral structuré systématique en fin de parcours. Le besoin d'un tel récapitulatif, exprimé en entretien est allé de nul (Cas 3, Cas 6) à central (Cas 2, Cas 5).

« Ça tourne encore dans ma tête [...] il faut que je regarde les papiers pour me remémorer. » (Cas 5)

### **5.3 Résultats de l'analyse thématique (entretiens, observations et questionnaires)**

L'analyse thématique inductive du corpus (grilles d'observation, entretiens et questionnaires), menée selon la méthode de Braun et Clarke (2006), fait émerger sept thèmes. Le nombre de suivis concernés est indiqué pour chacun.

#### **Le relais interprofessionnel comme garant de la continuité perçue (4/6)**

Ce thème est abordé dans quatre suivis : positivement pour les Cas 1, 3 et 5, négativement pour le Cas 2, qui associe l'absence de dossier partagé à une difficulté à faire valoir son historique médical.

« Il assure la communication entre tout le monde. Et il me donne plein de pistes. » (Cas 5)

« J'attends pas que les médecins soient gentils avec moi, j'attends qu'ils fassent un travail de reconnaissance de mes symptômes et qui communiquent avec les autres. » (Cas 2)

### **Des stratégies de compensation majoritairement individuelles (4/6)**

Le Cas 2 illustre une compensation portée par la patiente elle-même (listes écrites, agenda) ; le Cas 3 remarque de lui-même une incohérence entre deux chiffres transmis par des professionnels différents et n'hésite pas à reposer directement la question au médecin plutôt que de laisser l'incompréhension sans réponse. Les Cas 1 et 5 montrent quant à eux une compensation initiée par le professionnel (écriture des consignes, coordination avec la pharmacie).

« J'ai toute une liste de choses que je pré-trie avant pour ne pas faire perdre trop de temps au médecin [...] c'est mon adaptation. » (Cas 2)

### **La relation de confiance et la proximité comme facteur rassurant (6/6)**

C'est le thème le plus constant de l'échantillon : la confiance relationnelle est mentionnée par l'ensemble des six participants comme un facteur rassurant. Elle se nuance toutefois avec le Cas 4 : la proximité n'est rassurante que si elle s'appuie sur une relation déjà installée.

« J'aime bien quand je connais le médecin, mais si je ne le connais pas, qu'il ne me connaît pas, je ne sais pas si je serais à l'aise avec le fait qu'il me tutoie. » (Cas 4)

### **Une signalétique existante mais non mobilisée au moment où elle serait utile (2/6)**

La maison médicale dispose d'un code couleur sur les portes, confirmé par la suiveuse. Dans les deux cas concernés (Cas 1, Cas 2), ce dispositif n'a pas été mentionné verbalement par l'accueil au moment d'orienter le patient vers un étage.

« [...] ils ont mis des codes couleur sur les portes [...] mais ça n'a pas été fait. » (Cas 2)

### **L'absence de récapitulatif structuré (4/6)**

Ce thème renvoie au besoin, exprimé par certains patients, de disposer d'un résumé oral ou écrit des points essentiels à retenir en fin de consultation (traitement, prochaines étapes, personnes à contacter). Il est documenté dans quatre suivis, avec une intensité contrastée : le besoin est central pour les Cas 2 et 5, qui décrivent une difficulté à se souvenir des informations une fois la consultation terminée, et nul pour les Cas 3 et 6, qui n'expriment pas ce manque.

### **L'aménagement matériel du cabinet de consultation comme facteur favorisant la consultation (1/6)**

Ce thème émerge du Cas 5 : la disposition de l'écran d'ordinateur, orientée pour être visible du patient plutôt que de faire écran, est perçue comme facilitant la communication.

« C'est vrai que c'est beaucoup plus facile pour la communication [...] chez les spécialistes, il y a l'ordinateur qui sépare vraiment les patients. » (Cas 5)

### **Une gêne relationnelle propre à la situation de consultation (1/6)**

Le Cas 6 rapporte une gêne ressentie sans lien avec la clarté de l'information ou l'organisation des soins.

« C'est toujours un peu gênant d'être seul à seul avec un médecin [...] c'est juste ma timidité. » (Cas 6)

## **5.4 Résultats des échelles de littératie et de satisfaction**

Les tableaux suivants présentent les scores de littératie en santé auto-évaluée et de satisfaction recueillis pour chacun des six participants (échelle de 1 à 5). Avec un échantillon de cette taille, ces scores sont rapportés à titre descriptif.

## Littératie en santé auto-évaluée

**Tableau 2. Niveau de littératie en santé autodéclarée des participants, sur une échelle de 1 (très difficile) à 5 (très facile) conçue pour cette étude, pour chaque dimension évaluée**

|                                                        | Cas 1 | Cas 2 | Cas 3 | Cas 4 | Cas 5 | Cas 6 |
|--------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Trouver les informations sur ma santé                  | 4     | 3     | 5     | 1     | 5     | 5     |
| Comprendre un professionnel de santé                   | 4     | 5     | 5     | 3     | 5     | 4     |
| Lire et comprendre les documents médicaux              | 3     | 2     | 5     | 3     | 5     | 3     |
| M'orienter dans un établissement de soins              | 4     | 5     | 5     | 5     | 5     | 5     |
| Prendre des décisions à partir des informations reçues | 3     | 3     | 4     | 4     | 5     | 4     |

Le Cas 4 s'auto-évalue à 1/5 sur l'item « trouver les informations dont j'ai besoin sur ma santé », le score le plus bas de l'échantillon, alors que la grille d'observation et l'entretien décrivent une patiente à l'aise et reformulant correctement les consignes reçues. Par ailleurs, l'item « lire et comprendre les documents médicaux » obtient les scores les plus bas de l'ensemble des dimensions de littératie évaluées (3, 2, 5, 3, 5, 3), ce qui converge avec l'absence de récapitulatif écrit relevée en 5.2 et 5.3.

## Questionnaire de satisfaction

**Tableau 3. Score de satisfaction des participants, sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) conçue pour cette étude, pour chaque affirmation**

|                                                 | Cas 1 | Cas 2 | Cas 3 | Cas 4 | Cas 5 | Cas 6 |
|-------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Bien accueilli(e) dès mon arrivée               | 4     | 3     | 5     | 4     | 5     | 5     |
| Facilement orienté(e) dans la maison médicale   | 4     | 2     | 5     | 5     | 5     | 5     |
| Compris les explications données                | 4     | 4     | 5     | 5     | 4     | 5     |
| Pu poser mes questions librement                | 4     | 3     | 5     | 5     | 5     | 5     |
| Professionnels ont vérifié ma compréhension     | 4     | 4     | 5     | 5     | 4     | 5     |
| Su ce que je devais faire après la consultation | 4     | 5     | 5     | 5     | 5     | 5     |
| Senti(e) écouté(e) et respecté(e)               | 4     | 5     | 5     | 5     | 5     | 5     |
| Satisfait(e) globalement de mon passage         | 5     | 5     | 5     | 5     | 5     | 5     |

Sur les six cas, la satisfaction globale est de 5/5 sans exception, y compris pour des cas où un item spécifique est plus bas, l'orientation et l'accueil pour le Cas 2 notamment. Le Cas 2 présente d'ailleurs les scores les plus bas de l'échantillon sur la quasi-totalité des items du questionnaire, un profil cohérent avec les difficultés qu'il exprime en entretien (répétitions inutiles, absence de consultation apparente du dossier partagé) : le questionnaire capte ici, au moins partiellement, ce que l'entretien détaille davantage.

## 6. Discussion et perspectives

Cette section met les résultats en perspective avec la littérature (6.1), discute les apports et limites méthodologiques de cette première mise en œuvre du «shadowing» en maison médicale (6.2), puis ouvre sur les perspectives pour la pratique et la fonction IPA (6.3).

### 6.1 Discussion des résultats au regard de la littérature

Cette discussion reprend la question de recherche posée en introduction, à savoir dans quelle mesure les difficultés de compréhension de l'information influencent l'expérience vécue par les patients en maison médicale et en quoi le «shadowing» permet de mieux les identifier, et la décline au regard des quatre objectifs secondaires fixés en 2.2. Chacun est mis en dialogue avec la littérature mobilisée au chapitre 1 et avec les résultats présentés au chapitre 5.

Le premier objectif visait à identifier les difficultés de compréhension rencontrées par les patients durant différents segments de leur parcours. Les résultats les situent principalement en fin de consultation et à la sortie : aucun des six suivis ne comporte de récapitulatif oral structuré, et le besoin exprimé en entretien va de nul (Cas 1) à marqué (Cas 4, Cas 5). Ce constat rejoint celui de Henrard et Mouillet (2019), selon lequel les structures de soins primaires restent souvent trop complexes au regard de la littératie en santé des usagers, même lorsqu'elles visent explicitement l'accessibilité, et confirme l'écart, déjà documenté par Goodrich et al. (2022) dans d'autres contextes de soins, entre le parcours tel qu'il est pensé par les professionnels et celui réellement vécu par les patients. Le segment consultation illustre toutefois qu'une réponse existe déjà sur le terrain : pour le Cas 4, une technique de type teach-back (demander au patient de résumer ce qu'il retient) a permis au médecin de détecter puis de corriger une incompréhension directement pendant la consultation, plutôt que de s'appuyer sur une reformulation à sens unique portée par le seul professionnel.

Le deuxième objectif portait sur le vécu émotionnel des patients tout au long de leur passage. Il reste majoritairement positif, porté par la relation de confiance et la proximité relationnelle, mentionnées par l'ensemble des six participants comme un facteur rassurant : c'est le thème le plus constant de l'échantillon. La littérature situe précisément la relation parmi les composantes centrales de l'expérience patient, aux côtés de l'organisation des soins et de l'information (Wolf et al., 2014), ce que confirme ici sa présence transversale. Les difficultés de compréhension identifiées ci-dessus n'empêchent donc pas une expérience globalement positive : elles coexistent, sans s'annuler, avec des moments d'inconfort plus

ponctuels, comme le stress lié à l'attente d'un résultat (Cas 5) ou la gêne relationnelle propre à la situation de consultation (Cas 6), cette dernière relevant davantage de la relation de soin elle-même que de la littérature organisationnelle.

Le troisième objectif consistait à mettre en évidence ce que le «shadowing» permet de révéler que les méthodes classiques d'évaluation ne parviennent pas à capturer. La triangulation des trois sources de données a ici révélé des éléments qu'un questionnaire de satisfaction seul n'aurait pas montrés : la divergence, chez le Cas 4, entre une littérature auto-évaluée très basse et une compétence observée en consultation, ou la persistance d'une satisfaction globale élevée malgré des difficultés réelles (Cas 2). Ce résultat confirme un constat du cadre théorique (1.2) : les outils classiques d'évaluation peinent à saisir les situations concrètes à l'origine des incompréhensions (Lannes et al., 2022), et le «shadowing» apparaît ici comme un complément pertinent plutôt qu'un substitut à ces outils.

Le quatrième objectif, dégager des pistes d'amélioration concrètes, trouve ses réponses de façon transversale dans les constats qui précèdent : systématiser la communication de la signalétique existante, structurer un récapitulatif de fin de consultation et s'appuyer sur des techniques de vérification actives comme le teach-back. Ces pistes seront développées en 6.3. Pris ensemble, ces résultats rejoignent, dans leurs grandes lignes, ceux attendus en amont de la collecte (section 4) : le «shadowing» tient ici sa promesse, donner à voir ce que les patients vivent réellement, au-delà de ce qu'ils en disent dans un questionnaire.

## **6.2 Apports et limites méthodologiques**

Le taux de déperdition au recrutement (45 % des patients sollicités n'ont pas abouti à un suivi complet) contraste avec celui de Chabloz et al. (2019) en contexte hospitalier et d'Ehpad, où seulement 6 refus sur 15 établissements sanitaires et 6 Ehpad ont été rapportés, soit un taux qualifié de très faible (0,8 %) par les auteurs. Cette différence tient peut-être au contexte : un patient de maison médicale, contrairement à une personne hospitalisée ou résidente, est sollicité pour un temps supplémentaire s'ajoutant à une consultation à laquelle il consacre déjà du temps, cohérent avec le motif de « manque de temps » déclaré par les trois patients ayant refusé. Le refus en amont coûte peu de temps à la suiveuse ; l'absence non prévenue, plus coûteuse, mobilise un créneau sans possibilité de le réaffecter. Le «shadowing» apparaît donc reproductible en maison médicale, mais pas directement transposable depuis un contexte hospitalier ou résidentiel sans adaptation : il conviendrait de prévoir environ deux

sollicitations par suivi visé et une confirmation de rendez-vous la veille pour limiter les absences non prévenues.

Deux limites doivent enfin être nommées. La saturation thématique n'a probablement pas été atteinte. Il s'agit donc d'une première organisation des thèmes, plutôt que d'une saturation complète des données. L'échantillon est par ailleurs assez homogène (tous francophones, déjà suivis depuis au moins six mois), conséquence directe des critères d'inclusion (3.4) plutôt qu'un biais de recrutement involontaire, mais qui exclut des profils pour lesquels des difficultés de littératie spécifiques sont documentées, notamment les personnes maîtrisant peu le français. Le cumul des rôles (la même personne a assuré le suivi puis l'entretien) a par ailleurs pu faciliter la mise en confiance tout en orientant certaines réponses. Ces limites nuancent la portée de l'étude sans la remettre en cause : elles n'enlèvent rien à l'apport de la triangulation systématique des trois sources de données, qui a permis de nuancer ou d'enrichir chaque donnée par les deux autres plutôt que de s'appuyer sur une source unique.

### **6.3 Perspectives pour la pratique et pour la fonction IPA**

Les difficultés de littératie organisationnelle observées ici interrogent plus largement la manière dont les structures de première ligne s'organisent pour rester compréhensibles et accessibles. Cette question rejoint les travaux de Lo Dico (2025) qui, à l'aide du modèle de collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008), constate qu'aucun acteur n'est explicitement chargé de piloter la coordination entre professionnels en maison médicale. L'auteure propose elle-même de tester un tel rôle de coordination confié à une infirmière, envisageant que la fonction d'IPA puisse s'en charger.

L'IPA apparaît en effet bien positionné pour ce rôle : au sein d'une maison médicale, il pourrait agir comme médiateur entre patients et équipe interdisciplinaire, en veillant à ce que les informations utiles circulent effectivement d'un professionnel à l'autre et jusqu'au patient : un registre directement mobilisable face aux difficultés de compréhension et d'orientation mises en évidence par le «shadowing». Au-delà de la coordination, la méthode elle-même pourrait devenir, entre les mains d'un IPA, un outil récurrent de diagnostic organisationnel : en observant régulièrement le vécu des patients à travers leur parcours, il serait en mesure d'identifier les points de friction liés à la communication, à la signalétique ou à la complexité administrative, puis de piloter, avec l'équipe, des actions concrètes pour rendre la maison médicale plus « pro-littératie » (Health Literate Organization) (Henrard et Mouillet, 2019).

C'est précisément dans l'écart entre ce que les patients disent et ce qu'ils vivent réellement que la fonction IPA a vocation à s'inscrire.

## 7. Conclusion

Ce mémoire s'est intéressé à la manière dont les patients vivent leur parcours de soin en maison médicale, et à ce que la méthode du «shadowing» permet d'en révéler. Les six suivis réalisés à la Maison Médicale Saint-Léonard montrent que ces difficultés, bien réelles, n'entament pas nécessairement la satisfaction globale des patients : celle-ci apparaît davantage portée par la qualité de la relation avec les professionnels que par l'absence de difficultés informationnelles. Le «shadowing», en particulier lorsqu'il est triangulé avec l'entretien et le questionnaire, a permis de mettre en évidence des éléments qu'une évaluation classique de l'expérience patient n'aurait pas révélés : qu'il s'agisse d'un dispositif de signalétique existant mais non mobilisé, ou d'un écart entre littérature auto-évaluée et compétence réellement observée.

Cette étude constitue, à notre connaissance, la première mise en œuvre documentée du «shadowing» en maison médicale. Elle en confirme la faisabilité, tout en montrant qu'une transposition depuis les contextes hospitaliers déjà documentés dans la littérature ne peut se faire sans adaptation, notamment au niveau du recrutement. Les pistes d'amélioration dégagées, à savoir sécuriser la communication verbale de la signalétique existante, associer systématiquement un support écrit à toute reformulation orale importante et adapter la fréquence des récapitulatifs de fin de consultation au patient plutôt que de l'uniformiser, sont directement transposables à la pratique.

Au-delà de ces résultats, cette étude ouvre des perspectives pour la fonction d'infirmier de pratique avancée, développées en 6.3 : un rôle de leadership clinique et de coordination interdisciplinaire, et un rôle de veille de la littérature organisationnelle en santé, pour lequel le «shadowing» pourrait devenir un outil récurrent de diagnostic organisationnel. Les six suivis réalisés dans le cadre de ce travail ne permettent pas d'atteindre une saturation complète des données ; ils constituent une première exploration à approfondir, notamment auprès de profils de patients non représentés dans cet échantillon, en particulier les personnes peu familières du français. Observer les patients reste, en définitive, le meilleur moyen de comprendre ce qu'ils vivent.

## Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été identifié par l'étudiante-chercheuse dans le cadre de cette étude.

## Références bibliographiques

- Anthropic. (2026). Claude (Sonnet 4.5) [Modèle de langage]. <https://claude.ai>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chabloz, C., Bagouet, F., Van Straaten, P., Oriol, J.-M., & Colin, C. (2019). Le shadowing pour recueillir le vécu des usagers et améliorer la qualité des soins : une expérimentation régionale. *Risques & Qualité en milieu de soins*, 16(3), 145–149. [https://doi.org/10.25329/rq\\_xvi\\_3-2](https://doi.org/10.25329/rq_xvi_3-2)
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Goodrich, J., Ridge, D., & Cartwright, T. (2022). A qualitative study exploring patient shadowing as a method to improve patient-centred care: 10 principles for a new gold standard. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(2), mzac018. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac018>
- Henrard, G., & Mouillet, M. (2019). Des centres de santé primaires plus simples et plus clairs. *Santé conjugée*, (88), 26–28.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Lannes, M., Mandeville, E., Maure de Lima, A.-S., & Moret, L. (2022). Recueil de l'expérience patient : expérimentation du shadowing à l'Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) du CHU de Nantes. *Santé Publique*, 34(HS1), 4b. <https://doi.org/10.3917/spub.220.0004b>
- Liberati, E.G. (2017). What is the potential of patient shadowing as a patient-centred method? *BMJ Quality & Safety*, 26, 343–346. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005308>

- Lo Dico, L. (2025). Rôle de l'infirmier en pratique avancée dans le processus de transition de patient insuffisant cardiaque : une approche innovante pour une meilleure continuité des soins [Mémoire de master, Université de Liège]. MatheO. <http://hdl.handle.net/2268.2/22595>
- Nolte, J.A. (2018). Physician-nurse relationships after participation in a shadowing program. *Nursing*, 48, 66–69. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000547726.15352.ac>
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Sage Publications.
- Perrin, A., Thomas, G., Payen, A., Liautaud, S., Gentile, P., Beija, M., Van Straaten, P., & Podevin, M. (2023). Expérimentation du recueil de l'expérience patient avec la méthode Amppati (issue du shadowing) au sein d'une consultation de soins courants dans le secteur du handicap. *Risques & Qualité en milieu de soins*, 20(1), 23–29. <https://doi.org/10.3917/rqms.201.0023>
- Smith, J.L., & Haggerty, J. (2003). Literacy in primary care populations: is it a problem? *Canadian Journal of Public Health*, 94, 408–412.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Wilson, J.W., Baer, R.D., & Villalona, S. (2019). Patient shadowing: a useful research method, teaching tool, and approach to student professional development for premedical undergraduates. *Academic Medicine*, 94, 1722–1727. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002882>
- Wolf, J.A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S.L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>

## Annexes

### Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé

#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

---

*Étude qualitative par la méthode du patient shadowing, Maison Médicale Saint-Léonard, Liège*

### Présentation de l'étude

Je m'appelle Margaux Emonts, infirmière étudiante en Master 2 en Sciences Infirmières à l'Université de Liège (finalité pratique avancée). Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude visant à mieux comprendre comment les patients vivent leur parcours de soins à la Maison Médicale Saint-Léonard.

Pour cela, j'utilise la méthode du patient shadowing : je vous accompagnerai discrètement tout au long de votre venue, en observant votre expérience en temps réel. À l'issue de votre passage, je vous proposerai un court entretien (15 à 20 minutes) ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.

Cette étude a reçu l'accord de la Maison Médicale Saint-Léonard ainsi que l'avis favorable du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège.

### Ce que vous devez savoir

Votre participation est entièrement volontaire.

Vous pouvez refuser de participer ou vous retirer à tout moment, sans justification et sans aucune conséquence sur votre prise en charge médicale.

L'observatrice adoptera une posture discrète et bienveillante. Elle n'interviendra jamais dans vos soins.

L'entretien pourra être enregistré uniquement avec votre accord explicite. Les enregistrements seront détruits à l'issue de l'analyse.

Toutes les données vous concernant seront strictement anonymisées dès la collecte et traitées de manière confidentielle. Aucun élément permettant de vous identifier ne sera divulgué.

Les résultats de l'étude seront utilisés uniquement à des fins académiques et pour l'amélioration des soins.

## Déclaration de consentement

En signant ce formulaire, je déclare :

- ☐ Avoir reçu des explications claires sur les objectifs et le déroulement de cette étude.
- ☐ Participer volontairement à cette étude.
- ☐ Comprendre que je peux me retirer à tout moment, sans justification ni conséquence.
- ☐ Comprendre que toutes mes données resteront anonymes et confidentielles.
- ☐ Donner mon accord pour l'enregistrement audio de l'entretien. ☐ Oui ☐ Non

**Nom et prénom du/de la participant(e) :**

---

**Nom et prénom de l'étudiante-chercheuse :**

EMONTS Margaux

---

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**

---

**Signature :**

---

## Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique

### QUESTIONNAIRE SOCIOLOGIQUE

---

*À compléter avant le début de l'observation (confidentiel et anonyme)*

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| Code participant : _____ | Date : ____ / ____ / ____ |
|--------------------------|---------------------------|

### Données personnelles

|                   |                                                                                                                                         |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Âge               | _____ ans                                                                                                                               |
| Sexe              | <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre : _____                                    |
| Langue maternelle | _____                                                                                                                                   |
| Pays d'origine    | _____                                                                                                                                   |
| Niveau d'études   | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur |

### Expérience à la maison médicale

|                                                                 |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Depuis combien de temps fréquentez-vous cette maison médicale ? | <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois à 2 ans <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans               |
| À quelle fréquence consultez-vous ?                             | <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Quelques fois par an <input type="checkbox"/> Régulièrement (1x/mois ou +) |

## Littératie en santé : auto-évaluation

Pour chaque affirmation, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation habituelle.

Échelle : 1 = Très difficile 2 = Difficile 3 = Ni facile ni difficile 4 = Facile 5 = Très facile

|                                                                                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Trouver les informations dont j'ai besoin sur ma santé                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comprendre ce que me dit un professionnel de santé                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lire et comprendre les documents médicaux (ordonnances, résultats...)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M'orienter dans un établissement de soins (trouver le bon service, la bonne salle...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prendre des décisions concernant ma santé à partir des informations reçues            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

Merci pour votre participation. Ces informations resteront strictement confidentielles.

### Annexe 3 : Grille d'observation («shadowing»)

#### GRILLE D'OBSERVATION : PATIENT SHADOWING

*Méthode Amppati : à remplir en temps réel durant l'observation*

|                             |                                    |                                        |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| Code participant :<br>_____ | Date : ____ / ____ / ____<br>_____ | Heure début : ____ Fin : ____<br>_____ |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|

*Posture du suiveur : observation non participante, discrète et bienveillante. Ne pas intervenir dans les soins. Observer les réactions verbales et non verbales du patient à chaque étape du parcours.*

#### SEGMENT 1 : ARRIVÉE ET ACCUEIL

*Repérage dans la structure, premier contact avec l'équipe administrative, orientation.*

Heure d'arrivée : \_\_\_\_\_ Le patient se repère facilement ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide

| Ce que dit le patient | Réactions non verbales | Émotions perçues | Points d'attention / Incidents |
|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |

#### SEGMENT 2 : SALLE D'ATTENTE

*Comportement pendant l'attente, gestion de l'incertitude, interactions spontanées.*

Durée d'attente : \_\_\_\_\_ Le patient semble informé de l'attente prévue ? ☐ Oui ☐ Non

| Ce que dit le patient | Réactions non verbales | Émotions perçues | Points d'attention / Incidents |
|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |

### SEGMENT 3 : CONSULTATION(S)

*Interactions avec les professionnels, compréhension des informations transmises, questions posées.*

Professionnel(s) rencontré(s) : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

| Ce que dit le patient | Réactions non verbales | Émotions perçues | Points d'attention / Incidents |
|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |

Le professionnel valide-t-il la compréhension du patient ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement

Le patient pose des questions ? ☐ Oui, spontanément ☐ Oui, si invité ☐ Non

Le patient reformule ou acquiesce sans sembler comprendre ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

### SEGMENT 4 : DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

*Ordonnances, rendez-vous, facturation, documents à compléter.*

Démarches effectuées : \_\_\_\_\_

| Ce que dit le patient | Réactions non verbales | Émotions perçues | Points d'attention / Incidents |
|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |

## SEGMENT 5 : SORTIE ET DÉPART

*Clôture de la venue, compréhension des suites à donner, ressenti global.*

Le patient connaît les suites à donner (traitement, rdv, consignes) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement

| Ce que dit le patient | Réactions non verbales | Émotions perçues | Points d'attention / Incidents |
|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |
|                       |                        |                  |                                |

### Synthèse globale du suivi

|                                                                                                                   |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Points forts à valoriser</b> |  <b>Points de vigilance / axes d'amélioration</b> |
| <hr/>                                                                                                             | <hr/>                                                                                                                              |

Impression générale du suivi :

---

---

## Annexe 4 : Guide d'entretien semi-structuré

### GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

---

*À mener à l'issue du parcours observé (durée : 15 à 20 minutes)*

|                          |                            |               |
|--------------------------|----------------------------|---------------|
| Code participant : _____ | Date : ____ / ____ / _____ | Durée : _____ |
|--------------------------|----------------------------|---------------|

## Introduction : à lire au participant

*« Merci beaucoup d'accepter de partager votre expérience. Toutes vos réponses resteront anonymes et ne seront utilisées qu'à des fins académiques. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : c'est votre vécu qui nous intéresse. L'entretien durera environ 15 à 20 minutes. Êtes-vous d'accord pour que je l'enregistre ? »*

## Thème 1 : l'arrivée et l'accueil

### Question principale :

Comment avez-vous vécu votre arrivée ici aujourd'hui ? Est-ce que vous avez facilement trouvé où aller ?

### Questions de relance :

- *Est-ce que quelqu'un vous a accueilli et orienté dès votre arrivée ?*
- *Y a-t-il eu un moment où vous ne saviez pas exactement quoi faire ou où aller ?*
- *Comment vous êtes-vous senti(e) en arrivant ?*

## Thème 2 : l'attente

### Question principale :

Comment avez-vous vécu le temps d'attente aujourd'hui ?

### Questions de relance :

- *Saviez-vous combien de temps vous attendriez ? Aviez-vous été informé(e) ?*
- *Avez-vous eu des inquiétudes ou des questions pendant ce temps d'attente ?*

## Thème 3 : la consultation et les informations reçues

### Question principale :

Pouvez-vous me dire comment s'est passée votre consultation ? Avez-vous compris ce qu'on vous a dit ?

### Questions de relance :

- *Y a-t-il eu des explications que vous avez trouvées difficiles à comprendre ? Pourquoi ?*
- *Avez-vous pu poser toutes vos questions ? Qu'est-ce qui vous en a empêché, si vous ne l'avez pas fait ?*
- *Est-ce que le professionnel a vérifié que vous aviez bien compris ? Comment ?*
- *Saviez-vous à qui vous adresser si vous aviez une question après la consultation ?*

## Thème 4 : le ressenti émotionnel

### Question principale :

Y a-t-il eu des moments au cours de votre passage qui vous ont semblé stressants, rassurants, ou qui vous ont surpris ?

### Questions de relance :

- *À quel moment vous êtes-vous senti(e) le plus à l'aise ? Le moins à l'aise ?*
- *Y a-t-il eu une situation où vous ne saviez pas quoi faire et n'avez pas osé demander de l'aide ?*
- *Vous êtes-vous senti(e) écouté(e) et pris(e) en compte aujourd'hui ?*

## Thème 5 : la sortie et les suites

### Question principale :

En repartant, saviez-vous exactement ce que vous deviez faire ensuite ?

### Questions de relance :

- *Aviez-vous bien compris votre traitement, vos consignes, votre prochain rendez-vous ?*
- *Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu demander mais que vous n'avez pas demandé ?*

## Thème 6 : pistes d'amélioration

### Question principale :

Si vous deviez changer une seule chose pour que votre passage ici soit plus clair ou plus agréable, ce serait quoi ?

### Questions de relance :

- *Est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer l'accueil ou les explications ?*
- *Y a-t-il quelque chose qui vous a particulièrement aidé aujourd'hui et que vous voudriez qu'on garde ?*

## Clôture : à dire au participant

*« Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de votre témoignage. Vos réponses nous aideront vraiment à améliorer les soins pour les patients de cette maison médicale. »*

### Notes post-entretien (à compléter immédiatement après) :

## Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction (échelle Likert)

### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

*À compléter à la fin de votre passage (confidentiel et anonyme)*

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| Code participant : _____ | Date : ____ / ____ / ____ |
|--------------------------|---------------------------|

Pour chaque affirmation, cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous avez vécu aujourd'hui.

*Échelle : 1 = Pas du tout d'accord    2 = Plutôt pas d'accord    3 = Ni l'un ni l'autre    4 = Plutôt d'accord    5 = Tout à fait d'accord*

| Affirmation                                                                 | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| J'ai été bien accueilli(e) dès mon arrivée.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis facilement orienté(e) dans la maison médicale.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai compris les explications qui m'ont été données.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai pu poser mes questions librement.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les professionnels ont pris le temps de s'assurer que j'avais bien compris. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai su ce que je devais faire après ma consultation.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) écouté(e) et respecté(e).                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je suis globalement satisfait(e) de mon passage aujourd'hui.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Question ouverte

Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter sur votre expérience d'aujourd'hui : un point positif, une difficulté, ou une suggestion ?

---

*Merci pour votre participation. Vos réponses contribuent à l'amélioration des soins.*

## Annexe 6 : Avis favorable du comité d'éthique

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



Sart Tilman, le 23/07/2026

Monsieur le **Dr Gilles HENRARD**  
Madame Margaux **EMONTS**  
Maison Médicale Saint-Léonard à Liège

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

**"Exploration de l'expérience patient par la méthode du patient shadowing dans une maison médicale : une étude qualitative."**

Protocole : Version 1

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
  - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
  - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'exams ou protocoles d'exams) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
  - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
  - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
  - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
  - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique : 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

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



Sart Tilman, le 23/07/2026

Monsieur le Dr Gilles HENRARD  
Madame Margaux EMONTS  
Maison Médicale Saint-Léonard à Liège

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072025000069 ; Notre réf: 2025/330

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

**"Exploration de l'expérience patient par la méthode du patient shadowing dans une maison médicale : une étude qualitative. "**  
Protocole : **Version 1**

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

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

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Copie à la Direction de l'AFMPS

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2025 / 330  
Nr EudraCT : B7072025000069

**COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE  
(707)**

**Approbation d'une demande d'étude clinique  
*Approval form for a clinical trial***

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data* :

Protocole, Titre, *Title*

**Exploration de l'expérience patient par la méthode du patient shadowing dans une maison médicale : une étude qualitative.**

Numéro d'étude, *Study Number* : Version 1

**Nr EudraCT ou Nr belge: B7072025000069**

Promoteur, *Promoter*:

**ULIEGE**

| Liste des documents approuvés    |                                                                                                            |                      |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Demande d'avis "Loi 7 mai 2004"  | 27/05/2025                                                                                                 |                      |
| Protocole complet                | Version 1                                                                                                  | 29/05/2025           |
| Résumé du protocole en Français  | Version 2                                                                                                  | 09/05/2026           |
| Attestation assurance            | Ethias                                                                                                     | 02/07/2026           |
| FIC destiné à                    | Participants                                                                                               | Version 2 09/05/2026 |
| CV de l'investigateur principal  | M. Emonts                                                                                                  |                      |
| GCP de l'investigateur principal | M. Emonts                                                                                                  | 20/05/2025           |
| Questionnaires                   | Annexes_Questions_Entretiens_semi_dirigés_V1<br>Questionnaire démographique<br>Questionnaire post-parcours |                      |
| Autres:                          | Grille analyse<br>Littérature pertinente                                                                   |                      |

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2025 / 330

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)  
*Approval form for a clinical trial (following page)*

Protocole

Exploration de l'expérience patient par la méthode du patient shadowing dans une maison médicale : une étude qualitative.

Service de : Maison Médicale Saint-Léonard à Liège  
Clinical unit

Chef de Service : Dr Gilles HENRARD  
*Director of the clinical unit*

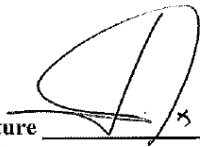
Expérimentateur principal : Margaux EMONTS  
*Principal investigator*

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :  
*By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :*

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée  
*has accepted the performance of the study*

☒ ☐

Signature   
Signature

Nom : Prof. D. LEDOUX Président  
*Printed name :*

Date, Date :

23/07/2026

*The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures*

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.  
*This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE



Monsieur le Professeur **Didier LEDOUX**  
Intensiviste, CHU

**Président**

Monsieur le Docteur **Etienne BAUDOUX**  
Expert en Thérapie Cellulaire, CHU

**Vice-Président**

Monsieur le Docteur **Guy DAENEN**  
Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU

**Vice-Président**

Monsieur le Professeur **Pierre FIRKET**  
Généraliste, membre extérieur au CHU

**Vice-Président**

Monsieur **Resmi AGIRMAN**  
Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU

Madame **Viviane DESSOUROUX** / Madame **Jacqueline EVELETTE** (suppléante)  
Représentantes des patients, membres extérieures au CHU

Madame **Régine HARDY** / Madame la Professeure **Adélaïde BLAVIER** (suppléante)  
Psychologue, CHU                      Psychologue, membre extérieure au CHU

Madame **Céline KEMPENEERS**  
Pédiatre, CHU

Madame **Sophie KESSELER**  
Infirmière, CHU

Madame **Marie LIEBEN**  
Philosophe, membre extérieure au CHU

Monsieur **Jacques LOMBET**  
Pédiatre, Citadelle

Madame **Patricia MODANESE**  
Infirmière cheffe d'unité, CHU

Madame la Professeure **Anne-Simone PARENT**  
Pédiatre, CHU

Monsieur **Stéphane ROBIDA**  
Juriste, membre extérieur au CHU

Madame **Isabelle ROLAND**  
Pharmacienne, CHU

Monsieur le Professeur **Vincent SEUTIN**  
Pharmacologue, membre extérieur au CHU