



Recherche sur l'expérience du personnel infirmier des unités d'hospitalisation en ce qui concerne l'encombrement, l'accès et le flux des services d'urgence, ainsi que les résultats connexes pour les patients

Laurie Rosenzweig,¹ Shawna Peacock,^{1,5} Ivana Zdjelar,³ Craig Murray,^{1,2} et Mangat Vohra⁴

¹Fraser Health Authority

²University of British Columbia

³Simon Fraser University

⁴BC Support Unit – Advancing Patient-Oriented Research

⁵Douglas College

Auteure principale : Laurie Rosenzweig, 131-1386 Lincoln Drive, Port Coquitlam, Colombie Britannique

Courriel : lr_laurie14@hotmail.com ; Tél. : 604-828-4989

Résumé

Contexte : Les encombrements aux urgences, l'accès aux hôpitaux et la fluidité du système hospitalier sont des enjeux complexes et persistants qui ont un impact négatif sur la prestation des soins de santé. Les études portant sur le point de vue du personnel des urgences appuient les stratégies visant à réduire l'encombrement des urgences. En revanche, peu d'études s'intéressent aux perceptions du personnel infirmier des unités d'hospitalisation (PIUH) et d'autres intervenants clés. La présente étude vise à comprendre ces enjeux en tenant compte des perspectives du personnel infirmier de l'unité d'hospitalisation

Méthodes : La recherche s'est appuyée sur une analyse qualitative du contenu. Des entretiens virtuels semi-structurés ont été réalisés avec onze membres du PIUH de deux hôpitaux. Un outil d'enquête comportant 17 questions a facilité la collecte des données. Les entretiens ont été transcrits et codés en thèmes principaux. On a suivi les lignes directrices COREQ.

Résultats : Trois thèmes principaux sont ressortis de l'analyse : 1) les PIUH perçoivent le manque de personnel comme un facteur contribuant à l'engorgement des urgences ; 2) les PIUH croient que les patients subissent des conséquences négatives en raison de l'engorgement des urgences et des problèmes de fluidité et d'accès (FA) ; 3) les PIUH croient que l'engorgement des urgences, les problèmes de FA et l'encombrement des centres sont très importants et qu'il faut y remédier en améliorant le système de soins de santé.

Conclusion : La présente étude marque une première étape dans la compréhension des différentes expériences, perceptions et connaissances concernant l'engorgement des urgences et les processus de FA. La poursuite des recherches explorant les différents points de vue sur ce sujet est nécessaire compte tenu de la structure hiérarchique interconnectée des soins de santé aujourd'hui et de la façon dont les principaux intervenants, en dehors du service d'urgence, influencent fortement les problèmes de flux sortants et entrants de patients.

Mots-clés : Encombrement des SU, accès et flux, résultats pour les patients, soins infirmiers, unités d'hospitalisation

Contexte

L'engorgement des services d'urgence, soit l'incapacité des services d'urgence à fournir des soins de qualité aux patients en raison de la forte demande de services est un véritable problème dans le domaine des soins de santé (Affleck et coll., 2013). Selon Jones et ses collègues (2022), les patients qui ont dû attendre plus de cinq heures pour obtenir un lit d'hospitalisation sont associés à un taux de mortalité plus élevé (2022). D'autres études ont révélé que l'encombrement des urgences est lié à l'allongement de la durée du séjour (DS) et à l'augmentation des coûts pour les patients admis (Laam et coll., 2021; Sun et coll., 2013). Par exemple, Sun et ses collègues (2013) ont observé que les patients admis les jours de forte congestion des urgences avaient une DS plus longue de 0,8 % et des coûts associés plus élevés de 1 % que ceux admis les jours où les urgences étaient peu encombrées.

Divers facteurs sont à l'origine de l'engorgement des urgences, notamment les problèmes de flux entrant et sortant des patients, qui sont habituellement réglés par des procédures de fluidité et d'accès (FA). Les processus de FA sont conçus pour améliorer la qualité des soins aux patients en plaçant le bon patient dans le bon lit au bon moment (Middleton et coll., 2014). Citons par exemple la règle des 10 heures, un paramètre des systèmes hospitaliers qui mesure le pourcentage de patients admis qui sont transférés des urgences vers un lit d'hospitalisation dans les 10 heures suivant le triage. Cette règle vise à améliorer les résultats pour les patients en désencombrant les SU et en réduisant la DS des patients admis aux urgences (Fraser Health Authority, 2019). Des indicateurs clés de performance semblables sont communément utilisés par d'autres organismes de soins de santé pour améliorer les résultats pour les patients (Institut canadien d'information sur la santé, 2020).

Par ailleurs, dans le cadre de la présente étude, certains intervenants clés, notamment le personnel infirmier des unités d'hospitalisation (PIUH), se trouvent souvent à l'extérieur du service des urgences. Le PIUH contribue grandement à atténuer les problèmes de FA, en particulier le flux sortant du service des urgences (c.-à-d. le taux auquel les patients admis sont dirigés vers les unités d'hospitalisation). Il faut donc étudier l'expérience des unités d'hospitalisation pour obtenir une analyse complète de cet important problème de santé. À l'heure actuelle, on ne dispose que de peu d'informations sur la façon dont les unités d'hospitalisation perçoivent l'encombrement des urgences, les processus de FA et les résultats pour les patients concernés. L'étude comble les lacunes de la documentation en faisant participer le PIUH et en explorant leurs expériences, leurs perceptions et leurs connaissances de l'encombrement du service d'urgence dans les sphères suivantes :

- Terminologie et définitions de la FA (par exemple, congestion sur les lieux) ;
- L'engorgement des SU et ses effets sur les résultats pour les patients (par exemple, la durée du séjour, l'augmentation de la mortalité et des coûts) ;

- les processus de FA, tels que la prise en charge du patient par le service des urgences, et les thèmes et concepts praticables susceptibles de combler les lacunes des PIUH en matière de connaissances, d'expérience et de perception (le cas échéant) et l'amélioration des pratiques de FA ; et
- Facteurs d'engorgement des urgences et de la FA.

Méthodes

Nous avons utilisé une méthodologie qualitative d'entretiens semi-structurés pour répondre à la question de recherche : Quelles sont les expériences, les perceptions et les connaissances du PIUH en ce qui concerne la congestion des urgences, les processus de FA et les résultats pour les patients qui y sont associés ? Les lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative ont été suivies (Tong et coll., 2007 ; voir l'annexe A).

Participants

Y a pris part le personnel infirmier autorisé (IA) de deux sites hospitaliers de soins aigus de la région sanitaire de la vallée du Fraser. Le premier est un hôpital communautaire doté d'un service d'urgence qui accueille plus de 50 000 patients par an et comprend 39 salles de traitement et 168 lits d'hospitalisation. Le deuxième est un hôpital tertiaire qui compte 652 lits d'hospitalisation et dont le service d'urgence est le plus fréquenté du Canada. Ces deux hôpitaux ont été choisis pour assurer des perspectives inclusives des sites de soins aigus plus petits et plus grands au sein de la même autorité sanitaire.

On a retenu les critères d'inclusion suivants pour les participants : 1) être titulaire d'un poste permanent de IA, y compris occasionnel, à temps partiel ou à temps plein ; 2) avoir suivi l'orientation régionale et de l'unité de l'autorité sanitaire de Fraser ; et 3) avoir de l'expérience dans le traitement des patients admis par les urgences et dans la prise en charge des patients.

Échantillonnage et recrutement

Nous avons eu recours à une stratégie d'échantillonnage dirigée pour recruter les participants. Les participants ont été invités par courrier électronique et lors de réunions d'unité en face à face dans diverses unités d'hospitalisation des deux hôpitaux. Aucune relation particulière n'a été établie avant l'étude ; cependant, certains participants connaissaient les chercheurs par l'intermédiaire de l'organisme. Onze personnes ont participé à l'étude et aucune ne s'est désistée.

Outil d'entretien

On comptait 17 questions d'entretien au total. Les questions 1 à 5 ont été élaborées par notre équipe de recherche, composée d'une infirmière autorisée, d'un médecin urgentiste, d'un patient partenaire et d'un assistant de recherche, tous ont acquis diverses expériences cliniques, éducatives et de recherches pertinentes pour l'étude. Les questions 6 à 11 ont été tirées de l'outil d'entretien de Van de Ruit et Willis (2020), qui a été élaboré par une équipe d'experts cliniques (voir l'annexe B). Il a été décidé de procéder ainsi après une recherche approfondie d'un outil précédemment validé. Lors de certains entretiens, des questions de clarification et d'approfondissement ont été posées afin d'obtenir davantage de données.

Collecte et analyse des données

Les entretiens se sont déroulés en ligne entre octobre 2021 et février 2022 par S.P. et L.P., deux chercheuses dans le domaine de la santé ayant une vaste expérience des soins infirmiers en milieu clinique et en milieu éducatif. S.P. est titulaire à la fois d'un permis et d'une maîtrise en sciences infirmières (2022) et a plus de 12 ans d'expérience en tant qu'IA, chef d'équipe et instructrice en soins infirmiers cliniques. L.P. est titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières en leadership et a 14 ans d'expérience en tant qu'IA, chef d'équipe, gestionnaire des opérations cliniques et instructrice en soins infirmiers cliniques. Les deux chercheuses s'intéressent à l'amélioration de la FA et de l'encombrement des urgences.

La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes et les données ont été recueillies sur le lieu de travail de L.P., dans un bureau confidentiel, en présence de personne d'autre. Aucun entretien n'a été répété. Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement sonore, d'une transcription intégrale et d'une numérotation de façon à préserver la confidentialité des participants. Les entretiens virtuels ont été réalisés en mode audio uniquement et enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal numérique. Aucune note supplémentaire n'a été prise sur le vif pendant ou après les entretiens. Les entretiens ont ensuite été transcrits à l'aide du service de transcription en ligne Temi (Temi, 2022). Pour assurer l'exactitude, chaque transcription a été vérifiée personnellement par I. Z. Chaque transcription a été écoutée et corrigée pour éviter les fautes d'orthographe ou d'interprétation, de sorte que les entretiens soient fidèlement retranscrits. Ensuite, les transcriptions ont été analysées afin d'identifier, d'examiner et de rapporter les thèmes qui ressortaient.

I.Z. a procédé à l'analyse des données. Tout d'abord, chaque entretien a été écouté et lu afin d'en déterminer le sujet général. Les données ont ensuite été importées dans le logiciel d'analyse des données qualitatives NVivo; QSR International Pty Ltd. Version 12, 2018, un logiciel de gestion des données qui permet aux chercheurs de coder et de catégoriser de grandes quantités de données. La base d'un cadre de codage a été constituée à partir des grandes catégories définies pour chaque question de l'entretien.

I.Z. a ensuite procédé à une analyse inductive du contenu afin d'identifier des sous-catégories au sein des catégories en question, sur la base des schémas identifiés à partir des données. L'analyse inductive du contenu est une méthode qualitative d'analyse du contenu qui permet aux chercheurs d'identifier des thèmes et d'élaborer une théorie en examinant et en triant les données brutes en catégories par le biais d'examen et de comparaisons répétés (Moules et coll., 2017). Un deuxième cycle de codage a été réalisé, au cours duquel on a peaufiné les codes et on les a combinés, le cas échéant. Au cours de ce processus, on a vérifié le contenu codé en ouvrant chaque code et en examinant son contenu pour s'assurer qu'il reflétait fidèlement les données codées. Une fois peaufinés, on a comparé les codes pour en déceler les points communs au moyen d'un processus de codage axial. À l'aide d'un codage sélectif, ces liens ont été développés en trois thèmes généraux à partir des données : pénurie de main-d'œuvre, conséquences négatives pour les patients et améliorations (voir l'annexe C). Les participants n'ont pas

donné leur avis quant aux résultats et les transcriptions n'ont pas été présentées aux participants. Après 11 entretiens, I. Z. et L.P. ont mis fin à la collecte de données, car nous avons atteint la saturation des données.

Éthique et autres autorisations

Cette étude a été révisée et approuvée par le comité d'éthique de la recherche comportementale de la *University of British Columbia* (H2100939), ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de la *Fraser Health*, la *Simon Fraser University* et le *Douglas College*.

Résultats

Caractéristiques démographiques des participants

La présente étude comptait 11 participants, tant des IA débutants que des IA expérimentés (nombre moyen d'années d'expérience = 13,8 ans; étendue = 31,3 ans). L'écart-type (ET) = 9,1, la médiane = 13,8 et l'intervalle interquartile (IIQ) = 10,3 (voir tableau 1). Tous les participants avaient travaillé en tant que PIUH et deux d'entre eux avaient également travaillé aux urgences.

Trois thèmes principaux ont émergé de la collecte et de l'analyse des données. Premièrement, le personnel infirmier estime que les hôpitaux ont un manque constant de personnel, ce qui entraîne l'encombrement des urgences, les problèmes de FA et la congestion, ainsi que le manque de soutien, le stress et l'accablement du personnel infirmier. Deuxièmement, le personnel infirmier affirme que les patients sont placés dans des conditions dangereuses et subissent des conséquences négatives en raison de l'encombrement des urgences, des problèmes de FA et de l'encombrement des sites. Enfin, les infirmières estiment que l'encombrement des urgences, la FA et l'encombrement des sites sont des problèmes majeurs qui doivent être résolus en améliorant l'environnement hospitalier et communautaire.

Tableau 1

Données démographiques des participants

Participant	Années d'expérience en soins infirmiers	Sexe (M/F)
002	3	M
0046	16.5	F
0047	19	F
0048	10	F
0049	22	F
0050	5	F
0051	1.5	F
0052	12	F
0053	33	F
0054	14	F
0055	16	F

Thème 1 : La pénurie de personnel dans les hôpitaux est grave et constante, ce qui a entraîné l'encombrement des urgences, des problèmes de FA et des congestions, ainsi que des infirmières mal soutenues, extrêmement stressées et accablées.

Au quotidien, les participants déclarent être en sous-effectif. La plupart des PIUH ont déclaré qu'ils s'inquiétaient souvent du manque de personnel à leur arrivée et qu'ils se demandaient comment ils allaient pouvoir s'occuper de tous leurs patients face à ce manque d'effectifs.

« Il y a moins d'entretien ménager, il y a moins de tout. Il y a moins de commis d'unité, il n'y a pas de pharmacie ni de médicaments. Il faut aller chercher les médicaments dans l'armoire de nuit parce qu'il n'y a rien à disposition. »

– Participant 0054

On a good workday, IUNs identified, 11 to 14 times throughout the interviews, having a manageable caseload and, thus, not compromising patient safety, and having adequate staffing. Similarly, descriptions of a bad workday included having trouble executing daily duties, working in a congested site, inadequate staffing, and feeling overwhelmed.

“Sending us five admissions, boom, boom, boom, and expecting us to be able to just take them and cope with it without giving us a breather. Sometimes they'll send an admission and then they'll be back on the phone 10 minutes later, are you ready for the next?” – Participant 0054

Des rapports inexacts ou inadéquats et la réception d'un rapport tardif après l'arrivée du patient ont été signalés 16 fois au cours des entretiens.

Le PIUH a ajouté que le personnel infirmier des urgences, très occupé, rédige des rapports de transfert sans passer suffisamment de temps avec les patients, avec pour conséquence des rapports imprécis.

« Je trouve que parfois, quand je parle aux urgences, je tombe toujours sur quelqu'un qui remplace une infirmière, donc souvent ils ne connaissent pas très bien le patient ou ils viennent juste de le recevoir eux-mêmes. » – Participant 0050

Les participants croient que le transfert des patients pourrait être amélioré en veillant à ce que les rapports soient correctement remplis avec les informations pertinentes et en améliorant la communication verbale afin de permettre aux unités d'hospitalisation de mieux se préparer pour les patients. Les PIUH ont également évoqué la nécessité d'améliorer l'accès et l'utilisation des technologies de communication telles que Vocera (Stryker, s.d.) et les traceurs.

Thème 2 : Les PIUH affirment que les patients sont placés dans des conditions dangereuses et subissent des conséquences physiques et mentales négatives en raison de l'engorgement des urgences, des problèmes de FA et de la congestion de l'établissement.

Le PIUH a indiqué que l'encombrement des urgences et la congestion du site retardent les soins et les rendent inadéquats, et il estime que ces expériences négatives incitent les patients à quitter les urgences ou à les éviter complètement. La plupart du PIUH a souligné de manière explicite que l'encombrement des urgences est un problème dans son établissement.

« Ils sont admis, mais passent ensuite deux ou trois jours... avant d'être transférés dans une unité médicale et... où, par exemple, ils peuvent recevoir des soins spécialisés dans une unité neurologique... leur accès aux soins est donc décalé. »

– Participant 0051

En plus des délais de prise en charge, le PIUH a signalé une augmentation de la durée d'hospitalisation, une expérience négative pour le patient et une compromission de la sécurité et de l'intimité du patient comme conséquences de l'encombrement de l'établissement.

« Je suis vraiment frustrée lorsque mes infirmières essaient de donner les meilleurs soins aux patients et que je ne peux pas réussir à les faire sortir d'un couloir, ce qui entre en conflit avec tout ce que l'on nous a enseigné. » – Participant 0050

Au niveau des effets négatifs sur la santé physique, les participants ont associé les infections, les blessures, l'augmentation de la sévérité, le délire et le décès à l'encombrement du service d'urgence.

« Ils ont peur de venir aux urgences parce qu'ils vont attendre pendant des heures et des heures... et puis finalement... ils ont une infection... » – Participant 0048

En réponse à la question sur la compréhension du coût financier associé à l'engorgement des urgences, le PIUH a fait état d'une augmentation des coûts hospitaliers, des coûts de santé physique et mentale, et des coûts en temps liés à l'augmentation de la durée du séjour et du temps consacré par le personnel aux patients.

« Je pense au coût sur le plan de la mortalité et de la morbidité des patients, il y aurait une augmentation de la mortalité et de la morbidité avec... la surcharge. » – Participant 0053

Thème 3 : Le PIUH juge que l'encombrement des urgences, la FA et la congestion des établissements sont des problèmes majeurs et qu'il est nécessaire d'apporter de nombreuses améliorations en milieu hospitalier pour remédier à l'encombrement des urgences, aux problèmes de FA et aux conséquences négatives pour les patients.

Les participants précisent qu'il existe plusieurs améliorations susceptibles de remédier à l'engorgement des urgences, à la FA et aux conséquences qui en découlent pour les patients, telles que des modifications de la pratique infirmière, la création de ressources de soins de santé supplémentaires, une dotation adaptée en personnel, l'éducation du public et la communication entre les membres du personnel en vue de renforcer l'esprit d'équipe. Plus précisément, le PIUH a souligné la nécessité d'augmenter les ressources en soins de santé, y compris les services communautaires et les cliniques médicales, de créer un service de débordement des urgences et d'accroître le nombre de ressources disponibles pendant les fins de semaine.

« C'est un gros problème dans la communauté et il faudrait plus de services de soins à domicile... beaucoup de personnes âgées n'ont même pas besoin de venir à l'hôpital. » – Participant 0055

« Si on faisait savoir dans les médias qu'il ne faut utiliser le DE qu'en cas de nécessité... pour la communauté... pour les personnes qui sont capables de résoudre leurs problèmes elles-mêmes en leur donnant les outils nécessaires pour le faire. » – Participant 0053

Autre fait marquant, le personnel infirmier estime qu'il est possible d'améliorer la FA en cultivant le travail d'équipe et en formant le personnel infirmier des autres unités de soins pour favoriser la compréhension mutuelle.

« On pourrait peut-être les inviter à venir travailler pour un quart de travail, pendant un petit moment, juste pour qu'ils aient une idée de la situation, peut-être que cela les aiderait. »
– Participant 0051

Discussion

Déclaration sur les principales constatations

La présente étude montre que le PIUH a une bonne compréhension de l'encombrement de l'urgence, de la congestion de l'établissement et des questions et processus liés à la fluidité et l'accès (FA). Les participants ont décrit la journée de travail et les tâches liées à la FA et à la prise en charge des patients comme les admissions et les congés, la coordination des déplacements des patients et la prestation des soins aux patients. Ils ont également relevé la corrélation entre l'encombrement des urgences et les effets néfastes sur les patients. La plupart des participants ont fait remarquer que les problèmes de dotation en personnel rendent difficile la prestation de soins de qualité aux patients. Enfin, ils ont souligné le besoin d'améliorer la communication et les relations entre le personnel des services d'urgence et celui des unités d'hospitalisation. D'autres études portant sur l'expérience du personnel de l'urgence ont aussi fait état de facteurs qui contribuent au surpeuplement de l'urgence, comme le manque de personnel, le manque de lits et les contraintes organisationnelles (Anneveld et coll., 2013 ; Strada et coll., 2019 ; Van De Ruit et Wallis, 2020).

Interprétation dans le cadre de la documentation générale

Jusqu'à présent, les études portant sur l'encombrement des urgences, la FA et les résultats qui y sont associés se sont principalement concentrées sur le point de vue du personnel des urgences (Anneveld et coll., 2013 ; Strada et coll., 2019 ; Van De Ruit et Willis, 2020). Il est important de tenir compte de l'expérience des unités d'hospitalisation si l'on veut changer notre façon d'envisager la circulation fluide à l'hôpital (Rutherford et coll., 2017). L'amélioration de la prestation des soins de santé se caractérise par de meilleurs résultats pour les patients, comme la réduction de la mortalité et de la DS, ainsi que par un allègement du fardeau qui pèse sur le patient et sa famille (Jones et coll., 2022 ; Laam et coll., 2021). Notre étude a permis d'acquérir de nouvelles connaissances et de recontextualiser les problèmes et les solutions actuels pour atténuer les conséquences négatives de l'engorgement des urgences et de la FA à l'hôpital. Étant donné que tous les participants ont vécu des expériences similaires, cette étude peut s'appliquer à tous les sites de l'autorité sanitaire de Fraser et à d'autres hôpitaux aux prises avec ces problèmes hautement reconnus.

Forces et limites de l'étude

L'étude présente plusieurs points forts. L'adaptabilité et la polyvalence de la conception de l'étude ont permis aux chercheurs de recueillir de nombreuses données à un moment et dans un environnement qui convenait aux participants. Les chercheurs qui ont mené les entretiens avaient également une expérience

subjective en tant que personnel infirmier diplômé, leur permettant ainsi d'utiliser leur expérience et leur instinct pour extraire des données pertinentes des participants à l'enquête. Le principal facteur de réussite de cette étude est la production de nouvelles connaissances, car il s'agit de la première étude à se concentrer sur les expériences des PIUH en matière d'encombrement du service d'urgence. Toutefois, l'étude comporte également certaines limites, dont la taille restreinte de l'échantillon de participants et d'hôpitaux, et la possibilité d'un biais d'autosélection.

Incidences sur la politique, la pratique et la recherche future

Le personnel infirmier des urgences et le PIUH ont tous deux une incidence importante sur le transfert rapide des patients en milieu hospitalier ; les perceptions, les expériences et les cultures de travail de ces équipes individuelles, pourtant interconnectées, exercent une forte influence sur l'efficacité de leur fonctionnement organisationnel. Les politiques de FA pour les patients hospitalisés, tel que les procédures d'admission depuis le service des urgences peuvent être analysées et révisées afin de répondre aux préoccupations des unités d'hospitalisation. Parmi les autres secteurs de politique qui peuvent être concernés, citons l'assurance qualité, puisqu'il est établi qu'une transition rapide vers les unités d'hospitalisation favorise l'amélioration des résultats pour les patients, ainsi que le redéploiement approprié et rapide des ressources au sein de l'organisation afin de faciliter la FA. Il peut s'agir d'équipements physiques, tels que des lits d'hôpital, ou de personnel de santé spécialisé présent sur place. Le rendement de l'organisation pourrait aussi être amélioré par l'introduction d'une formation du PIUH axée sur les effets néfastes de l'encombrement des urgences et des problèmes corrélatifs de circulation des patients.

Évidemment, il faudra mener d'autres recherches avec d'autres intervenants pour comprendre comment l'engorgement des urgences et le flux des patients sont vécus par le personnel qui reçoit et soigne les patients admis aux urgences, et qui prend la décision de leur donner leur congé. Comme l'ont indiqué les participants, les patients admis aux urgences n'utilisent pas toujours les ressources communautaires de manière appropriée : par conséquent, la compréhension des points de vue des différents intervenants, y compris des membres de la communauté, pourrait avoir un impact profond sur le flux de patients au niveau du système dans un établissement hospitalier.

Le point de vue du partenaire patient (M.V.)

Quand j'ai pris connaissance de cette étude, elle m'a rappelé l'expérience négative que j'avais vécue aux urgences lorsque ma mère avait eu une crise cardiaque. Je me souviens très bien de l'environnement chaotique des urgences, avec des gens qui entraient et sortaient et une longue file de patients. Le personnel infirmier avait l'air épuisé et surmené, et je n'avais pas l'impression d'être dans un endroit de guérison. Heureusement, ma mère s'est rétablie et a pu quitter l'hôpital. Son séjour m'a semblé précipité pour une légère crise cardiaque. Elle a malheureusement subi une crise cardiaque massive deux semaines plus tard et a été amenée au même hôpital, mais a été renvoyée parce qu'il

n'y avait pas de lits. Ma mère a été transportée dans un hôpital situé à plus de 45 minutes de là où elle est décédée le soir même. Je me demande souvent si ma mère aurait pu survivre si elle avait obtenu un lit immédiatement pour recevoir un traitement. Notre étude souligne l'impact de la dotation en personnel sur la FA et les soins aux patients, ainsi que la nécessité d'accroître les services de soins à domicile au niveau communautaire. Je considère que c'est un honneur de participer à cette étude et à la diffusion des connaissances qui en découlent.

Conclusion

Le PIUH considère que le manque de personnel est un problème majeur qui aggrave les encombrements aux urgences et établit une corrélation entre ces problèmes et la prestation de soins sous-optimaux et les conséquences néfastes pour les patients. Il précise aussi que les hôpitaux et les collectivités pourraient instaurer des stratégies pour améliorer la congestion des urgences, l'accès à l'hôpital et le flux des patients, ainsi que l'encombrement des établissements de soins. Il est impératif d'intégrer le point de vue du PIUH sur l'encombrement des urgences, les processus de FA et les résultats pour les patients afin de progresser dans l'élaboration de nouvelles stratégies visant à résoudre ce problème de longue date.

Incidences sur la pratique des soins infirmiers d'urgence

1. Il est urgent que les établissements favorisent le travail d'équipe et créent une meilleure compréhension des expériences entre le personnel infirmier des unités d'hospitalisation et celui des services d'urgence.
2. Les pénuries de personnel dans les unités d'hospitalisation et aux urgences ont un profond impact sur l'accès et la fluidité, l'encombrement des urgences et les résultats pour les patients; il est par conséquent impératif que les établissements continuent à élaborer des stratégies pour régler ces graves problèmes.
3. Le personnel infirmier connaît bien le problème de l'engorgement des urgences et reconnaît que le système de soins de santé doit être considérablement amélioré pour faciliter l'accès et la circulation des patients.

Les auteurs

Laurie Rosenzweig, M.Sc.Inf., B.Sc.Inf. a plus de 14 ans d'expérience dans le domaine de la santé, à titre d'infirmière praticienne dans divers rôles cliniques et, plus récemment, dans le domaine de l'administration. De 2017 à 2022, elle a été gestionnaire des opérations cliniques pour l'autorité sanitaire de Fraser et possède une expérience clinique en médecine d'urgence et en chirurgie. Elle est passionnée par l'amélioration de la qualité, l'amélioration de l'accès à l'hôpital et du flux des patients, et la prise en compte de la voix des patients et des familles dans l'amélioration des processus.

Shawna Peacock, M.Sc.Inf., B.Sc.Inf. est infirmière autorisée et membre de la faculté des sciences de la santé des soins infirmiers psychiatriques du Douglas College. Elle a plus de 14 ans d'expérience clinique au sein de l'Autorité sanitaire de Fraser en médecine aiguë et dans le domaine de l'accès et du flux hospitaliers. Depuis plus de huit ans, elle enseigne la pratique clinique et la théorie des soins infirmiers au Douglas College.

Ivana Zdjelar, BA, est étudiante en programme de maîtrise à l'université Simon Fraser. Elle a obtenu un baccalauréat ès arts et science sociale en criminologie, avec une spécialisation en psychologie. Elle a également obtenu un diplôme post-baccalauréat en études sur le genre, la sexualité et les femmes. Elle a la passion d'entrer en contact avec les gens pour écouter leurs histoires et de préconiser le changement à travers un travail qualitatif. Ses recherches actuelles portent sur l'inégalité entre les sexes, le genre, la paix et la sécurité, la pensée conspiratoire, la radicalisation et le terrorisme.

Craig Murray, MCDM, CCFP (EM), est médecin urgentiste au Surrey Memorial Hospital, en Colombie-Britannique, ainsi que directeur médical régional et chef du service de médecine d'urgence de Fraser Health. Il est instructeur clinique au sein du département de médecine d'urgence de l'UBC.

Mangatpreet Vohra, professionnel de la gestion de projet, titulaire d'une maîtrise en santé publique et d'une licence en ingénierie, est analyste politique au sein de l'unité chargée de l'équité en matière de santé et de la santé de la population de l'autorité sanitaire de Fraser. Il compte aussi plus de 10 ans d'expérience en ingénierie et en gestion. Ce qui le passionne, c'est de promouvoir des services de santé équitables et fondés sur des données probantes auprès des populations défavorisées sur le plan social et économique.

Remerciements

Pour leur part, Samar Hejazi, Adriel Orena, Ashley Kwon, et Christopher Condin, du département des services d'évaluation et de recherche de l'autorité sanitaire de Fraser, ont fourni des commentaires et des conseils concernant la subvention de recherche et ont révisé la version finale du manuscrit.

Conflits d'intérêts

Aucun. « Par la présente, nous déclarons que nous, l'équipe des auteurs, n'avons aucun conflit d'intérêts à déclarer en rapport avec ce manuscrit et que ce ».

Financement

Cette étude a été financée par la Surrey Hospital Foundation [Fraser Health Strategic Priority Research Grant].

Contributions de l'équipe des auteurs et déclaration de l'auteur (CRedIT)

L.P. a conçu l'idée du projet de recherche et a obtenu le financement du projet. L.P. et S.P. ont contribué à la conception de l'étude. I.Z. a apporté son expertise en matière de thématisation et a mené le codage et la thématisation de cette étude. C.M. et M.V. ont contribué à l'interprétation des données. Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision critique du manuscrit.

Déclaration sur le partage de données

Les données relatives à cet article ne peuvent être partagées publiquement en raison du respect de la vie privée des participants à l'étude. Les données seront partagées sur demande raisonnable à l'auteur correspondant.

- Affleck, A., Parks, P., Drummond, A., Rose, B. H., & Ovens, H. J. (2013). Emergency department overcrowding and access block. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 15*(6), 359–370. <https://doi.org/10.1017/s1481803500002451>
- Anneveld, M., Van Der Linden, C., Grootendorst, D., & Galli-Leslie, M. (2013). Measuring emergency department crowding in an inner-city hospital in The Netherlands. *International Journal of Emergency Medicine, 6*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1865-1380-6-21>
- Canadian Institute of Health Information. (2020). *Outcomes*. <https://www.cihi.ca/en/outcomes>
- Fraser Health Authority (2019). *Patient quality indicators: Health report card*. <https://analytics.fraserhealth.org/corporate/access-and-flow/Pages/acute-dashboard.aspx>
- Jones, S., Moulton, C., Swift, S., Molyneux, P., Black, S., Mason, N., & Mann, C. (2022). Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emergency Medicine Journal, 39*(3), 168–173. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2021-211572>
- Laam, L. A., Wary, A. A., Strony, R. S., Fitzpatrick, M. H., & Kraus, C. K. (2021). Quantifying the impact of patient boarding on emergency department length of stay: All admitted patients are negatively affected by boarding. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open, 2*(2), e12401. <https://doi.org/10.1002/emp2.12401>
- Middleton, J. M., Sharwood, L. N., Cameron, P., Middleton, P. M., Harrison, J. E., Brown, D., & Healy, S. (2014). Right care, right time, right place: Improving outcomes for people with spinal cord injury through early access to intervention and improved access to specialised care: Study protocol. *BMC Health Services Research, 14*, 600. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0600-7>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis. *International Journal of Qualitative Methods, 16*(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- QSR International Pty Ltd. (2018). *NVivo* (Version 12). <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Rutherford, P. A., Provost, L. P., Kotagal, U. R., Luther, K., & Anderson, A. (2017). *Achieving hospital-wide patient flow*. IHI White Paper. Institute for Healthcare Improvement.
- Strada, A., Bravi, F., Valpiani, G., Bentivegna, R., & Carradori, T. (2019). Do health care professionals' perceptions help to measure the degree of overcrowding in the emergency department? A pilot study in an Italian University hospital. *BMC Emergency Medicine, 19*(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0259-9>
- Stryker. (n.d.). *Vocera Smartbadge*. tryker.com/us/en/acute-care/products/vocera-smartbadge.html?utm_source=google&utm_medium=paidsearch&utm_campaign=Vocera-Smartbadge-Brand_US_SEM&utm_content=smartbadge&utm_term=vocera%20smart%20badge&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjAw6yuBhDrARIsACf94RWu_ALLv4nzFFcqVPa9U4jKfjjsRyy1W1t_ZsnacKEjxTDp2bOEEG0aAsXmEALw_wcB
- Sun, B. C., Hsia, R. Y., Weiss, R. E., Zingmond, D., Liang, L. J., Han, W., & Asch, S. M. (2013). Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Annals of Emergency Medicine, 61*(6), 605–611.
- temi. (2022). *Rev Transcription Services* (Version 1). <https://www.temi.com/>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Van de Ruit, C., Lahri, S., & Wallis, L. A. (2020). Clinical teams' experiences of crowding in public emergency centres in Cape Town, South Africa. *African Journal of Emergency Medicine, 10*(2), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2019.12.004>

Annexe A

Tableau supplémentaire des lignes directrices COREQ pour l'étude de l'expérience du personnel infirmier des unités d'hospitalisation concernant l'encombrement, l'accès et le flux des urgences et les résultats pour les patients

1^{er} domaine : équipe de recherche et réflexivité

Caractéristiques individuelles

1. Enquêteur/ animateur : Quels auteurs ont mené l'entretien ou le groupe de discussion ?	S.P. et L.P.
2. Titres de compétences : Quels sont les titres de compétences du chercheur (p. ex. médecin) ?	S.P. — Infirmière diplômée, baccalauréat en sciences infirmières, maîtrise en sciences infirmières (candidate) L.P. — Baccalauréat en sciences infirmières, maîtrise en sciences infirmières
3. Profession : Quelle était leur profession au moment de l'étude ?	S.P. — Infirmière autorisée en chef, instructrice en soins infirmiers cliniques L.P. — Gestionnaire des opérations cliniques pour la médecine interne, la cardiologie, les maladies infectieuses et la cardiologie diagnostique
4. Sexe : Les chercheurs étaient-ils des hommes ou des femmes ?	Toutes les deux femmes
5. Expérience et formation : Quelle est l'expérience ou la formation des chercheurs ?	L.P. a acquis une vaste expérience des soins infirmiers cliniques et de chevet, ainsi que des procédures d'accès et de flux dans le cadre de diverses fonctions. Elle a travaillé pendant quatre ans en tant qu'infirmière autorisée dans les services d'urgence et est titulaire d'un certificat en soins infirmiers d'urgence. S.P. a enseigné à des étudiants en soins infirmiers. S.P. et L.P. ont consulté divers experts en recherche pour la formulation des questions.

Relations avec les participants

6. Établissement des liens : Une relation a-t-elle été établie avant le début de l'étude ?	Aucune relation particulière n'a été établie au préalable.
7. Familiarité des participants avec l'enquêteur : Que savaient les participants à propos de la chercheuse (p. ex. ses objectifs personnels, les raisons pour lesquelles elle mène la recherche, etc.) ?	Le but de la recherche a été communiqué aux participants par courrier électronique au moment du recrutement, ainsi que verbalement au début de l'entretien.
8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles particularités ont été rapportées sur l'enquêteur/animateur (p. ex. préjugés, hypothèses, raisons et intérêts concernant le sujet de l'étude) ?	Les caractéristiques personnelles de S.P. et de L.P. ont été décrites ci-dessus. Les deux chercheuses s'intéressent à l'accès, à la circulation et à l'encombrement des urgences.

2^e domaine : conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été retenue pour appuyer l'étude ? (p. ex. théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse du contenu)	L'analyse thématique
--	----------------------

Sélection des participants

10. L'échantillonnage : Comment les participants ont-ils été retenus ? (p. ex. dirigé, commodité, consécutif, boule de neige)	Dirigé
11. Démarche méthodologique : comment les participants ont-ils été approchés (p. ex. face à face, par téléphone, par courrier, par courriel) ?	Recrutement par courriel et lors de réunions en personne.
12. Taille de l'échantillon : combien de participants ont participé à l'étude ?	11
13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Pour quelles raisons ?	Aucune

Cadre	
14. Cadre de la collecte des données : Où les données ont-elles été recueillies (domicile, clinique, lieu de travail, etc.) ?	Sur le lieu de travail, dans un bureau privé et intime
15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes que les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon : Quelles sont les caractéristiques essentielles de l'échantillon (p. ex. données démographiques, date) ?	Ont participé à cette étude onze membres du personnel infirmier, relativement nouveaux et expérimentés (nombre moyen d'années d'expérience = 12,9 ans ; écart-type = X ans ; fourchette = 1,7 à 33 ans). Tous les participants avaient travaillé en tant que PIUH et deux d'entre eux avaient également travaillé aux urgences
Collecte de données	
17. Guide d'entretien : Les questions et les messages-guides ont-ils été fournis par les auteurs ? Le projet a-t-il fait l'objet d'un essai pilote ?	On a utilisé un guide d'entretien basé sur un outil utilisé précédemment par Van De Ruit et coll. 2020 et on a parfois posé des questions supplémentaires pour obtenir des éclaircissements
18. Reprise des entretiens : Des entretiens répétés ont-ils été réalisés ? Si oui, combien ?	Il n'y a pas eu d'entretiens répétés
19. Enregistrement audiovisuel : L'étude a-t-elle recouru à des enregistrements audio ou visuels pour recueillir les données ?	Audio
20. Notes d'observation sur le terrain : Des notes ont-elles été prises pendant ou après l'entretien ou le groupe de discussion ?	Aucune note de terrain
21. Durée : Quelle a été la durée des entretiens ou du groupe de discussion ?	45 minutes en moyenne
22. Saturation des données : Cette question a-t-elle été abordée ?	Avec I.Z., l'adjoint aux recherches, et L.P., on a estimé qu'après 11 entretiens, les données étaient saturées
23. Retour des transcriptions : Les transcriptions ont-elles été rendues aux participants pour commentaires ou corrections ?	Non
3^e domaine : analyses et conclusions	
Analyse des données	
24. Nombre de codeurs : Combien de codeurs ont codifié les données ?	1
25. Arborescence de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arborescence de codage ?	I.Z. a utilisé une méthode de codage et de thématisation selon la section d'analyse détaillée des données
26. Dérivation des thèmes : Les thèmes ont-ils été identifiés à l'avance ou découlent-ils des données ?	À partir des données
27. Logiciel : Quel logiciel a été employé, le cas échéant, pour gérer les données ?	NVivo 12
28. Suivi des participants : Les participants ont-ils donné leur avis sur les résultats ?	Non
Rapports	
29. Citations : Des citations de participants ont-elles été présentées pour illustrer les thèmes ou les résultats ? Est-ce que chaque citation a été identifiée (par exemple, le numéro du participant) ?	Oui, nous citons plusieurs citations tout au long du document et dans un tableau de l'annexe
30. Cohérence des données et des conclusions : Y a-t-il eu cohérence entre les données présentées et les conclusions ?	Oui. Voir le tableau en annexe

31. Clarté des thèmes principaux : Les grands thèmes ont-ils été clairement présentés dans les conclusions ?	La collecte et l'analyse des données ont permis de définir trois thèmes principaux. Tout d'abord, le personnel infirmier estime que les hôpitaux souffrent constamment de pénurie de personnel, provoquant l'encombrement des urgences, les problèmes de FA et la congestion, ainsi que le manque de soutien, le stress et l'accablement du personnel infirmier. Deuxièmement, le personnel infirmier considère que les patients sont placés dans des conditions dangereuses et subissent des conséquences négatives en raison de l'encombrement des urgences, des problèmes de FA et de l'encombrement des établissements. Troisièmement, ils estiment que l'encombrement des urgences, la FA et l'encombrement des établissements sont des problèmes majeurs qui nécessitent des améliorations au niveau de l'hôpital et de la communauté.
32. Clarté des thèmes secondaires : Les différents cas sont-ils décrits ou les thèmes secondaires sont-ils abordés ?	Les lacunes au niveau de l'éducation et quelques autres thèmes secondaires sont abordées dans la section des résultats.

Annexer B

Outil d'entretien

Connaissances

- Examiner le niveau de connaissance du personnel des unités d'hospitalisation sur l'encombrement des urgences et les conséquences pour les patients, notamment la durée du séjour, l'augmentation de la mortalité et des coûts.
- Déterminer dans quelle mesure le personnel de l'unité d'hospitalisation connaît la terminologie et les définitions courantes en matière d'accès et de flux, telles que la « règle des 10 heures ».

1. Que signifient pour vous la terminologie et les concepts suivants ?
 - a) Encombrement des services d'urgence
 - b) Règle des 10 heures
 - c) Congestion de l'établissement
 - d) Fluidité et accès
 - e) Durée de séjour
 - f) Planification du congé
2. Qu'avez-vous appris sur ces termes et concepts dans le cadre de votre programme de formation ou de l'orientation de Fraser Health ?
3. Quelle est votre compréhension des résultats pour les patients concernant le problème de l'engorgement des services d'urgence ?
4. Quelle est votre compréhension des résultats pour les patients par rapport à l'encombrement de l'établissement ?
5. Quelle est votre compréhension du coût associé à l'engorgement des services d'urgence ?

Expérience et perception (d'après Van de Ruit & Wallis, 2020).

- Étudier les perceptions du personnel des unités d'hospitalisation sur ce qui définit l'encombrement, l'accès et le flux des urgences.
 - Examiner l'expérience du personnel des unités d'hospitalisation en ce qui a trait à la pratique des processus d'accès et de circulation, tels que la prise en charge des patients par les urgences.
1. Pouvez-vous nous donner un exemple d'une journée de travail habituelle ?
 2. Comment décririez-vous une journée de travail agréable ? (Sondez les discussions sur les rôles professionnels, le rythme de travail, la gestion de l'encombrement, la communication au sein de l'équipe.)
 3. Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? (Sondez pour toute autre discussion sur la trajectoire professionnelle, la satisfaction ou l'insatisfaction au travail.)
 4. Lorsque tout va mal, qu'est-ce qui se passe ? (Sondez toute discussion sur les problèmes liés aux rôles professionnels, au flux de travail, à la gestion de l'encombrement, à la communication au sein de l'équipe, aux soins aux patients, etc.)
 5. Comment décririez-vous vos tâches et vos rôles professionnels concernant l'accès et la fluidité ? (Approfondir s'il y a mention de travail d'équipe, de communication, de prise de décision, etc.)
 6. Comment gérez-vous le transfert des patients depuis le service des urgences ? (Encouragez la discussion sur les bons et les mauvais transferts.)
 7. Selon vous, la prise en charge des patients pourrait être améliorée ; si oui, comment ?
 8. Selon vous, quels sont les obstacles ou les défis dans votre unité qui empêchent votre équipe d'améliorer la prise en charge des patients et les résultats pour les patients ?
 9. Est-ce que l'encombrement est un problème pour votre service d'urgence ? (Encouragez la personne à fournir des précisions, idéalement en donnant des exemples d'encombrement et en expliquant comment l'équipe a résolu le problème.)
 10. Que faudrait-il changer en ce qui concerne l'encombrement dans votre DE, le cas échéant ? Quels obstacles prévoyez-vous à la réalisation de ces modifications ?
 11. Avez-vous d'autres inquiétudes ou préoccupations concernant l'amélioration de l'accès et du flux des patients, l'encombrement ou d'autres aspects de votre travail ?

Thème 1 : Les hôpitaux souffrent d'une grave pénurie de personnel, ce qui entraîne des problèmes d'encombrement, d'accès et de circulation, ainsi que des infirmières mal soutenues, terriblement stressées et débordées.

Signification	Preuves
<p>Les hôpitaux présentent un manque d'effectifs : de personnel infirmier, de médecins, de personnel de bureau, de pharmaciens.</p>	<p>« Il y a moins d'entretien ménager, moins de tout. Il y a moins de commis d'unité, pas de pharmacie, pas de médicaments. Il faut aller au garde de nuit pour obtenir les médicaments parce qu'il n'y a rien de disponible. » - Participant 0054</p> <p>« La dotation en personnel sera toujours un problème. » - Participant 0048</p> <p>« Les mauvais jours, euh, les mauvais jours, il n'y a pas de personnel. Euh, l'hôpital est occupé partout, alors le service d'entretien ménager ne peut pas venir nettoyer la chambre que vous devez nettoyer pour que les urgences puissent envoyer leur patient. Vous manquez de personnel, vous avez deux nouveaux diplômés qui peuvent à peine s'occuper de quatre patients, et encore moins d'une admission. » - Participant 0054</p>
<p>Le personnel infirmier se plaint souvent d'être en sous-effectif. Il s'inquiète souvent de savoir s'il y aura assez de personnel à son arrivée et comment il pourra s'occuper de tous ses patients alors qu'il est en sous-effectif. Il est constamment confronté à des manques de personnel qu'il essaie de résoudre en appelant des personnes et en redéployant du personnel infirmier. Cette pratique peut créer des problèmes de personnel dans d'autres services.</p>	<p>« Si les gens ne se présentent pas, comme ce fut le cas hier, je dois alors enquêter, multiplier les appels à la dotation en personnel, les appels au chef de site, si je suis très à court de personnel et pour voir s'ils ont quelqu'un qu'ils peuvent, redéployer. Je reçois également des appels de chefs de site pour redéployer vers d'autres unités. Et je dois trouver un équilibre avec les patients dans mon unité. Est-ce que je pouvais me permettre d'envoyer un membre du personnel hier en néphrologie, où il n'y avait plus d'infirmières ? J'ai envoyé quelqu'un, ce qui fait que nous avons manqué de personnel. Nous nous étions sous la ligne de base, mais le T sept était pire. » - Participant 0053</p> <p>« Souvent, ils se fichent que nous manquions de personnel. Ils s'en fichent vraiment. Ils ne veulent pas entendre que nous manquons de personnel et que nous avons du mal à prendre les patients. Ils ne veulent pas entendre cela. Nous essayons de déplacer des lits. Ils ne veulent pas entendre que nous attendons l'aide ménagère. Ils veulent que les patients soient transférés dans nos services. C'est donc très chaotique. C'est difficile parce que l'on essaie de s'occuper des patients. Beaucoup de gens vont et viennent, en particulier dans l'équipe du soir. On a moins de personnel de soutien, alors ces personnes se présentent et souvent elles ne sont pas fiables. » - Participant 0054</p>
<p>Le manque de personnel accable et stresse le personnel infirmier, car il ne parvient pas à gérer sa charge de travail et ne dispose pas du soutien des autres membres de l'équipe.</p>	<p>« Et parfois, c'est tout simplement accablant, même pour un personnel bien formé et expérimenté. Et il faut continuer à avancer. » - Participant 0054</p> <p>« Du point de vue des soins de santé, j'ai l'impression que lorsque je vais aux urgences, il y a plein de gens, des patients, qui ont des besoins différents et des problèmes différents, et c'est assez chaotique pour moi. » - Participant 0052</p> <p>« Il y a tellement de frustration et l'accumulation de stress est terrible. » - Participant 0055</p>
<p>Le manque de personnel a pour effet de prolonger la durée de séjour des patients aux urgences, faute de personnel suffisant pour s'occuper d'eux en temps voulu. De même, le manque de personnel signifie que les services ne peuvent pas accepter les patients, les laissant finalement plus longtemps aux urgences et contribuant à la congestion, à l'encombrement et à l'arrêt de l'accès et à la fluidité.</p>	<p>« Avec l'encombrement des services d'urgence, les infirmières sont débordées et ne sont pas en mesure de réaliser les ordonnances ou de les saisir, ce qui retarde les investigations ou les traitements prescrits. Et tout retard entraîne un retard de guérison, des admissions plus longues et un temps de guérison plus long. » - Participant 0048</p> <p>« Et donc, chaque fois qu'il y a un retard dans les diagnostics, l'imagerie médicale... il y a des retards dans l'imagerie médicale qui augmentent la durée du séjour. » - Participant 0053</p>

Thème 2 : Le personnel infirmier croit que les patients sont placés dans des conditions dangereuses et qu'ils subissent des conséquences physiques et mentales négatives en raison de l'encombrement des urgences, des problèmes d'accès et de flux, de l'encombrement des établissements.

Signification	Preuves
<p>La volonté de désengorger les urgences, de décongestionner l'établissement et de faire circuler les patients dans l'hôpital fait que les patients sont placés dans les couloirs ou doublés dans les chambres. Le personnel infirmier s'inquiète de cette pratique puisqu'elle place souvent le patient dans une position dangereuse : risque de vol d'objets personnels, manque d'équipement d'urgence dans la zone, risque de blessure en raison des mouvements dans le couloir. Elle compromet en outre l'intimité et la confidentialité du patient lui-même et des autres patients, qui se trouvent à proximité des postes de soins, des visiteurs et d'autres personnes.</p>	<p>« ... il est dangereux pour les patients de se trouver dans le couloir parce que nous n'avons pas d'équipement d'urgence à cet endroit. Il est risqué de déplacer des objets dans le couloir. Si vous devez déplacer un lit, vous devez, les ports doivent être amenés là. Il n'y a pas assez d'espace pour brancher les... les choses sont volées dans les couloirs. Des lunettes ont été volées, des téléphones portables aussi. C'est un peu ça la mauvaise situation. » - Participant 0049</p>
<p>De plus, l'encombrement, les problèmes d'accès et de circulation, la congestion du site pèsent sur le personnel infirmier, qui est trop dispersé entre de nombreux patients. Il leur est impossible de s'acquitter de toutes les tâches qui leur incombent à l'égard du patient ou d'être suffisamment présents pour lui, de sorte que les patients se retrouvent dans une situation dangereuse en cas de code ou de blessure.</p>	<p>« Mais c'est une vraie frustration quand mes infirmières essaient de donner les meilleurs soins aux patients et que je ne peux pas les sortir d'un couloir. Et puis c'est en conflit avec tout ce qu'on nous enseigne sur la sécurité des patients, la confidentialité, la dignité et l'intimité quand on est à l'hôpital. Alors quand j'ai des patients dans mon couloir qui doivent utiliser un bassin hygiénique ou qui sont assis en face d'un poste de soins infirmiers et qui écoutent tous les détails des soins prodigués à d'autres personnes, je suis stupéfaite de voir que c'est acceptable et je ne sais pas ce qu'on peut faire d'autre, mais je ne pense pas que les couloirs soient appropriés et nous devons trouver une solution d'une manière ou d'une autre. » - Participant 0050</p> <p>« D'être efficace sur le plan du temps et d'avoir l'impression de compromettre la sécurité des patients à un moment ou à un autre de la journée. Simplement parce que vous n'êtes qu'un et que cinq patients ont tous besoin de quelque chose. » - Participant 0051</p>
<p>L'encombrement, les problèmes d'accès et de circulation, la congestion des établissements sont tous des facteurs qui retardent la prise en charge des patients et prolongent leur séjour, ce qui entraîne : (1) une mauvaise santé mentale (les patients se sentent frustrés, stressés, sous-estimés, insatisfaits et négligés pendant leur séjour) et (2) des problèmes de santé physique tels que l'aggravation de l'état physique pendant l'attente/le retard dans la prise en charge, les infections, les blessures, l'augmentation de la gravité, le délire (pour la plupart des patients âgés) et, enfin, la mort.</p>	<p>« Ce n'est pas toute l'équipe, c'est juste l'infirmière qui est impliquée et moi-même. Et donc le fait d'avoir un imprévu comme ça nous empêche de soigner correctement le reste des patients, de le faire dans le temps dont on dispose pendant la garde. Dans ce cas, vous finissez probablement par prendre des raccourcis et des choses peuvent se produire. » - Participant 0053</p> <p>« Il s'agit davantage, je pense, de savoir comment les patients se sentent dans le système de santé, s'ils se sentent valorisés, ou je suppose que ce n'est pas nécessairement le bon mot, mais le fait d'avoir beaucoup de lits dans le couloir dans l'unité et la satisfaction des patients, leur séjour et leur dignité sont compromis, leur confidentialité et la confidentialité des autres patients sont compromises. C'est donc une sorte d'effet négatif sur leur séjour et leur expérience, et je pense que cela ajoute du stress à leur séjour. Ce n'est donc probablement pas une bonne satisfaction dans l'ensemble. » - Participant 0050</p>
<p>L'encombrement, l'accès et les problèmes de flux peuvent également contribuer à retarder les soins, à rater un diagnostic, un traitement ou un médicament. Le fait de repousser les soins et d'omettre des éléments prolonge la souffrance des patients et augmente la probabilité que leur état s'aggrave pendant qu'ils attendent des soins appropriés.</p>	<p>« Je pense que nous pouvons seulement, peut-être seulement traiter ce qui arrive et les urgences et le reste des personnes qui attendent pendant des heures pour se faire enregistrer et que le résultat du patient... cela affecte le résultat du patient parce qu'il pourrait y avoir n'importe quelle chose sérieuse qui peut être manquée quand nous gérons la congestion, parce qu'il est très important de gérer la circulation. » — Participant 0049</p> <p>« Je pense que tout retard dans les soins, pour quelque raison que ce soit, que ce soit parce que les gens ne viennent même pas aux urgences parce qu'ils ont peur d'attendre des heures et des heures ou parce que les gens sont assis aux urgences en attendant d'être vus par un médecin. Et il s'avère que pendant toute cette attente, ils ont une infection, une infection abdominale virulente, qu'il s'agisse d'une inflammation pelvienne ou d'une appendicite — tout ce qui retarde, l'évaluation retarde, l'initiation du traitement. Et donc, je veux dire, l'infection est la plus facile à traiter et tout retard conduit à la septicémie, n'est-ce pas ? » - Participant 0048</p> <p>« Le délire, les patients âgés qui sont coincés aux urgences au lieu d'être transférés dans une unité d'hospitalisation ont, je pense, plus de risques de délirer. Je pense juste, je veux dire, qu'il y a aussi des problèmes globaux à l'hôpital, comme l'infection urinaire. Je veux dire que cela peut également se produire dans une unité d'hospitalisation, la pneumonie nosocomiale. Ce sont donc les trois principaux facteurs auxquels je pense : les infections urinaires, la pneumonie nosocomiale et le délire. » - Participant 0053</p>

Thème 3 : Selon le personnel infirmier, l'encombrement des urgences, l'accès et le flux des patients, ainsi que la congestion des établissements sont des problèmes majeurs qui doivent faire l'objet d'une série d'améliorations afin de les résoudre et de remédier aux conséquences négatives pour les patients.

Signification	Preuves
<p>Tout au long de l'entretien, ils proposent des solutions et des suggestions. En voici quelques-unes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser le personnel infirmier aux autres services afin de cultiver la compréhension, la patience et la compassion. • Privilégier le travail d'équipe et le soutien mutuel afin de pouvoir mieux résoudre les problèmes d'encombrement, d'accès et de flux, étant donné qu'un plus grand nombre de soignants s'occupent d'un patient ou d'un problème quelconque. • Améliorer la communication entre le personnel ou les unités lors des transferts. On peut y parvenir en modifiant la manière dont les documents de transfert sont remplis, en favorisant la communication verbale, en ayant accès à un prompteur et en donnant plus de détails. De plus, le personnel infirmier devrait avoir un meilleur accès aux technologies de communication et les utiliser davantage. Cela leur permettra de prodiguer des soins en temps opportun et de réduire les conséquences négatives pour les patients. 	<p>« Je pense aussi qu'il faudrait peut-être que des infirmières de recherche médicale viennent faire un quart de travail ou deux, juste pour qu'elles puissent comprendre pourquoi nous ne faisons pas tant de choses quand elles prennent la relève et qu'elles doivent faire les prélèvements de MRA, le PSQ, le 48-6 et le da, da, da, il y a tellement de choses à faire. Et j'ai l'impression qu'il y a un peu d'animosité parce qu'ils ont l'impression que nous leur laissons tellement de travail, mais je me sens comme ça aussi, jusqu'à ce que je commence à travailler à l'urgence.</p> <p>Donc, peut-être les faire passer par là pour un petit moment, un ou deux quarts de travail, pour qu'ils aient une idée de la situation. Je ne sais pas. Peut-être que ça aiderait. » Participant 0051</p> <p>« Dans les unités médicales... si vous décrochez le téléphone et que la personne n'est pas là, gardez-vous d'en parler, prenez simplement le rapport pour elle. Il faut donc encourager les collègues à s'entraider de cette façon. » - Participant 0051</p> <p>« Peut-être qu'une version électronique serait utile. Je sais qu'aux urgences, nous avons ces fiches de transfert que nous remplissons, mais là aussi, nous ne les remplissons pas toujours. » - Participant 0051</p> <p>« Je pense que le personnel médical devrait utiliser Vocera... parce que je trouve que c'est exceptionnellement efficace aux urgences, parce qu'il suffit d'appeler une infirmière et il n'est pas nécessaire de connaître son nom. Vous n'avez pas besoin de savoir quoi que ce soit à son sujet. Il suffit de l'appeler par le numéro du lit et même si elle est dans une chambre, elle peut décrocher. Cela rend l'infirmière beaucoup plus accessible » — Participant 0051</p> <p>« Je n'ai pas accès au traceur comme EH — j'ai accès à itracker — c'est différent. Parfois, les patients n'apparaissent pas sur meditech lorsque les admissions sont en attente, mais nous savons que leur admission est imminente. Il n'est pas possible de le trouver dans le système, il faut attendre que la paperasse soit effectuée. Il serait plus pratique d'avoir accès à l'ensemble du système ERTracker. » - Participant 002</p>
<p>Disposer d'un personnel infirmier suffisant ainsi que d'un personnel dans l'ensemble de l'hôpital. L'accent doit être mis sur le recrutement du personnel infirmier. Avec plus de personnel infirmier, les patients peuvent se déplacer plus facilement et plus rapidement dans l'hôpital, leurs problèmes peuvent être résolus plus rapidement et les conséquences négatives sur les patients peuvent être évitées.</p>	<p>« ... ils doivent également se pencher sur la formation, le recrutement et les postes d'infirmières. Il faut aussi se pencher sur les médecins et s'assurer qu'il y a suffisamment de médecins dans la communauté. » - Participant 0053</p>

La création d'un plus grand nombre de ressources de soins de santé au sein et en dehors de l'hôpital afin d'offrir plus d'options de soins aux patients tout en décongestionnant les urgences et l'hôpital en général.

« C'est un énorme problème pour la communauté et elle doit disposer de plus de services de soins à domicile pour pouvoir s'occuper des patients. Beaucoup de personnes âgées n'ont même pas besoin de venir à l'hôpital. » – Participant 0055

« ... la ligne des infirmières de la Colombie-Britannique — je pense que ce que j'ai entendu, parce que je ne l'ai pas utilisée moi-même, c'est qu'elles ne donnent pas de conseils médicaux. Donc, s'il y a quelque chose de complexe ou même si ce n'est pas complexe, ils vous suggèrent simplement d'aller aux urgences. Et ce n'est pas une bonne idée. Tout d'abord, pour le service des urgences — je ne sais même pas si on aurait assez de ressources pour mettre en place une ligne, pour que les gens puissent résoudre eux-mêmes leurs problèmes. Mais on parle à une infirmière qui ne peut pas donner de conseils médicaux et, vous savez, il y a des implications légales si des médecins donnent des conseils par téléphone ». — Participant 0053

« Je viens d'y penser : si on peut accéder à certains de ces services avant de se présenter aux urgences, si on peut résoudre le problème soi-même, c'est possible. Qu'est-ce qui existe dans la communauté ? Je sais que les médias ont parlé du fait de n'utiliser les services d'urgence qu'en cas de nécessité, mais il faudrait mener des campagnes d'éducation au sein de la communauté. Avez-vous essayé ? Avez-vous fait appel à la télésanté ? Avez-vous accédé au centre ambulatoire ? Ainsi, pour les personnes qui peuvent résoudre leurs problèmes elles-mêmes, il s'agit de leur donner les outils nécessaires pour y parvenir. Et puis, bien sûr, si ce n'est pas possible, si c'est inévitable, alors il faut évidemment aller aux urgences. » – Participant 0053

Modifier les pratiques infirmières en demandant à des infirmières plus expérimentées ou à l'infirmière principale de prendre les rapports, en décalant les quarts de travail pour garantir la vigilance des infirmières et des soins appropriés, en élargissant les pouvoirs des infirmières pour faciliter la décharge, et en mettant davantage l'accent sur le ratio infirmière-patient pour fournir des soins adéquats aux patients et mieux planifier les prochaines étapes des transferts.

« Il n'est pas toujours bon que le personnel débutant fasse le rapport. Il est préférable que ce soit l'infirmière en chef/l'ACP qui fasse le rapport. » – Participant 002

« Je me souviens avoir pensé que les urgences devraient disposer de plusieurs médecins, mais aussi d'infirmières praticiennes, parce que nous sommes tellement douées pour évaluer les choses. Les personnes qui deviennent infirmières praticiennes ne sont peut-être pas en mesure d'ordonner tout ce que les médecins peuvent ordonner, mais elles peuvent au moins aider à évaluer et à traiter ou à évaluer et à suggérer un traitement, ce qui permet de se décharger de cette tâche plutôt que de ne pas avoir seulement le temps de le faire. » – Participant 0046

« Il me semble que l'infirmière en bas devrait dire quel est son ratio et dire quelque chose comme : "si vous croyez que c'est le plus sûr, mais juste pour que vous le sachiez, mon ratio actuel est de 1 pour 17.

Quel est votre ratio ?" Et si votre ratio est inférieur à un pour 17, ou supérieur à un pour 17, alors bien sûr, je serais heureuse de garder ce patient ici » – Participant 0048
