

EXECUTIVE SUMMARY – MODULE 2

EXPERIENCE DES PATIENT-E-S (PREMS)

**THÈME CENTRAL: INFLUENCE DE L'ADMISSION À L'HÔPITAL
SUR L'EXPÉRIENCE PATIENT-E-S 2025**

PLAN NATIONAL DE MESURE SOINS AIGUS

PÉRIODE DE MESURE : DU 15.09.2025 AU 15.11.2025

Date de publication : 20. Oktober 2026

Version : 1.0

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

INTRODUCTION

Le 1^{er} septembre 2026, l'ANQ a publié les résultats de l'enquête Expérience des patient-e-s 2025 sur le [portail web de l'ANQ](#). En plus du module 1 d'un [Executive Summary](#) et de graphiques dynamiques (en entonnoir), la publication des résultats contient des [graphiques supplémentaires](#) et une [infographie](#) synthétique. Une liste des hôpitaux et cliniques participants, ainsi que des informations méthodologiques complètes sont également disponibles en ligne.

Le présent rapport constitue le deuxième module de l'Executive Summary déjà publié. Il vient compléter le premier module avec des informations approfondies et s'adresse aux spécialistes et à un lectorat intéressé. Grâce à l'établissement d'un rapport complet, l'ANQ met à disposition des hôpitaux et cliniques une base étayée par des données, afin d'initier des processus d'amélioration ciblés.

Le premier module de l'Executive Summary a mis en évidence que les patientes et patients admis-e-s aux urgences ont tendance à évaluer leur expérience dans toutes les thématiques de manière moins positive que les personnes admises dans un hôpital ou une clinique de manière planifiée. Le deuxième module vient approfondir ces conclusions et aborde de manière détaillée l'influence de l'admission à l'hôpital sur l'expérience des patients.

RÉSULTATS

DESCRIPTION DES ÉCHANTILLONS

L'enquête nationale Expérience des patient-e-s (PREM¹) a eu lieu du 15 septembre au 15 novembre 2025 dans les services de soins aigus. La part des patientes et de patients admis-e-s au service d'urgence à l'hôpital ou en clinique, s'élève à environ 40 %. Les données concernant le type d'admission à l'hôpital/en clinique font défaut pour moins de 3 % des personnes interrogées. En conséquence, l'échantillon sur la base duquel il est possible de comparer l'expérience des patient-e-s selon le type d'admission est considérable : Près de 28'000 patientes et patients ont été admis-e-s de manière planifiée, tandis qu'environ 18'000 ont été admis-e-s en urgence.

Dans le cadre des analyses, les patientes et patients admis-e-s au service d'urgence seront désigné-e-s ci-après comme le *groupe Urgence*, et les patientes et patients dont l'admission à l'hôpital est planifiée formeront le *groupe Planifié*. Ces deux groupes se distinguent principalement par leur âge. Le groupe Urgence compte plus de deux fois plus de personnes de plus de 80 ans que le groupe Planifié : Alors qu'il s'élève à 13 % pour les patientes et patients dont l'admission est planifiée, il s'élève à 28,7 % pour les admissions en urgence. La répartition selon le

¹ Patient-Reported Experience Measures

sexe présente également des différences. Alors qu'une répartition largement équilibrée est observable dans l'échantillon global (voir [graphiques supplémentaires](#)), les femmes sont légèrement surreprésentées dans le groupe Planifié (52,7 %). A contrario, pour les admissions en urgence, les hommes sont légèrement plus représentés avec une part de 52,2 %.

En outre, il apparaît que les patientes et patients admis-e-s au service d'urgence estiment que leur état de santé est plus mauvais. La part de personnes qui évaluent leur état de santé comme étant *très mauvais* est presque deux fois plus élevée dans le groupe Urgence que dans le groupe Planifié (3,5 % contre 1,9 %). À l'inverse, moins de patientes et patients admis-e-s en urgence estiment que leur état de santé est *excellent* (5,8 % contre 9,9 %).

Aucune différence notable n'apparaît en ce qui concerne le statut d'assurance et la langue dans laquelle le questionnaire a été rempli. Les différences précédemment constatées en matière d'âge et d'état de santé indiquent que les patientes et patients du groupe Urgence constituent un collectif de patient-e-s plus vulnérable.

INFLUENCE DE L'ADMISSION A L'HOPITAL

L'évaluation du [questionnaire PREM](#) indique que l'expérience du groupe Planifié est différente de celle du groupe Urgence. Pour les huit thématiques, une admission en urgence s'accompagne systématiquement d'une plus mauvaise expérience (voir [graphiques supplémentaires](#)).

Ce modèle ne s'observe pas uniquement au niveau agrégé des thématiques, mais il se confirme également si l'on tient compte des questions individuelles de l'expérience et de satisfaction. Une analyse de régression multivariée a tenu compte de facteurs d'influence potentiels supplémentaires. L'analyse a révélé que le type d'admission à l'hôpital présente également un lien uniforme avec les évaluations, et ce indépendamment du sexe, de l'âge, de l'état de santé, de la catégorie d'assurance, de la langue et de l'hôpital.

Alors que la figure 1 illustre les effets négatifs ajustés d'une admission en urgence sur les [valeurs des top-boxes](#) de toutes les questions de l'enquête PREM et de satisfaction, la figure 2 présente un modèle en miroir pour les [valeurs des bottom-boxes](#).

La figure 1 représente la diminution de la probabilité² (en points de pourcentage) d'obtenir une évaluation dans la meilleure réponse possible par rapport au groupe Planifié. A contrario, la figure 2 augmente la probabilité que des personnes issues du groupe Urgence donnent une réponse des catégories les plus négatives (comme « jamais » ou « parfois »). Le nombre plus

²Pour une meilleure intelligibilité, la notion de *probabilité* sera utilisée dans ce qui suit. Il s'agit des *valeurs escomptées* estimées à l'aide du modèle de régression, c'est-à-dire les parts attendues pour les évaluations des top-boxes et des bottom-boxes pour certains groupes de la population de patient-e-s.

élevé de résultats non significatifs s'explique par le fait que les réponses négatives sont nettement plus rares que les réponses positives. Il en résulte ainsi des sous-groupes plus petits, ce qui réduit la précision statistique des analyses.

Diminution de probabilité d'une Top-Box

Groupe des urgences comparé au groupe électif

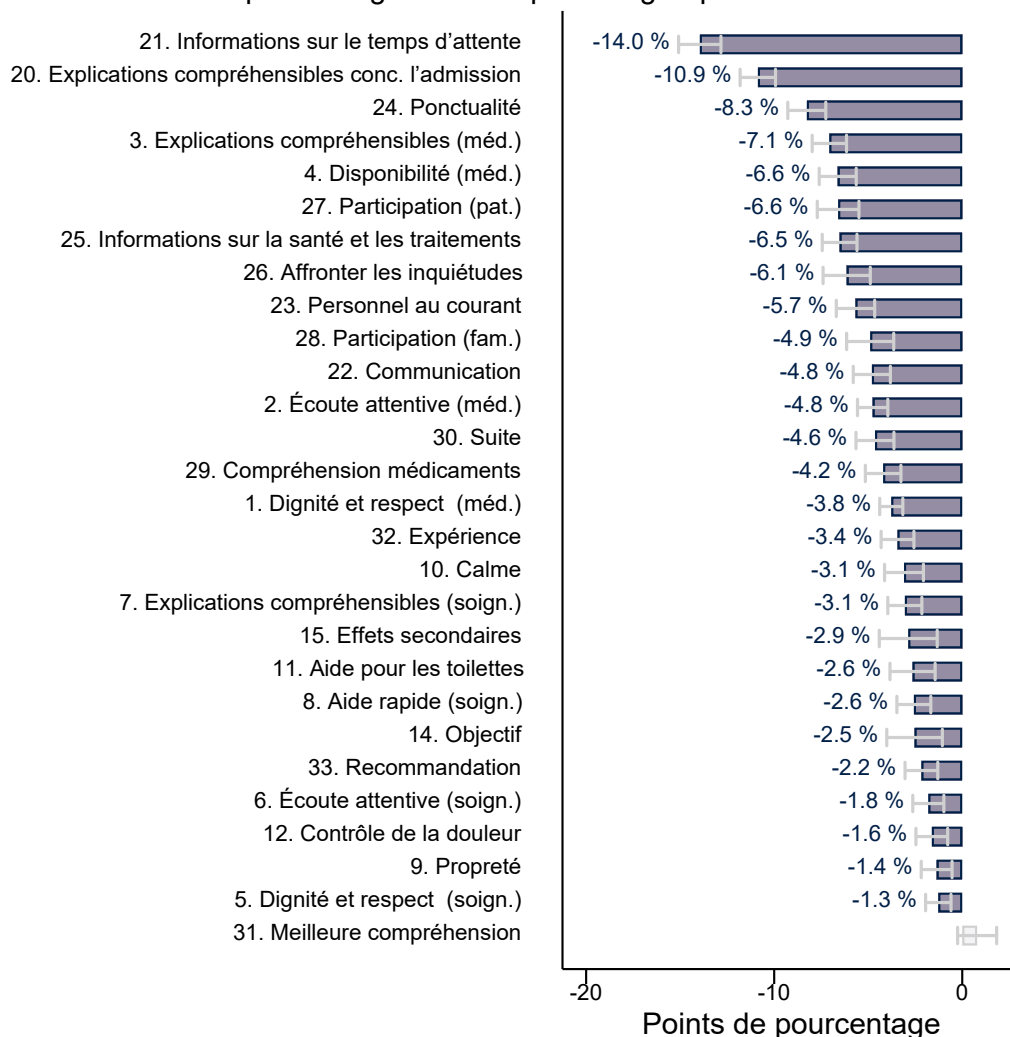


Figure 1 Lien entre les valeurs des top-boxes des questions individuelles de l'enquête PREM et de satisfaction et le type d'admission à l'hôpital. Par rapport au groupe Planifié, les personnes admises au service d'urgence ont moins de chances de choisir une note des top-boxes lors de leur évaluation. Cela se reflète dans les effets marginaux ajustés négatifs : plus la valeur s'étend sur l'axe négatif, plus la diminution du nombre de meilleures réponses possibles est élevée. La question 31 constitue cependant une exception, car aucun lien statistique significatif n'a pu être constaté (gris clair).

Augmentation de probabilité d'une Bottom-Box

Groupe des urgences comparé au groupe électif

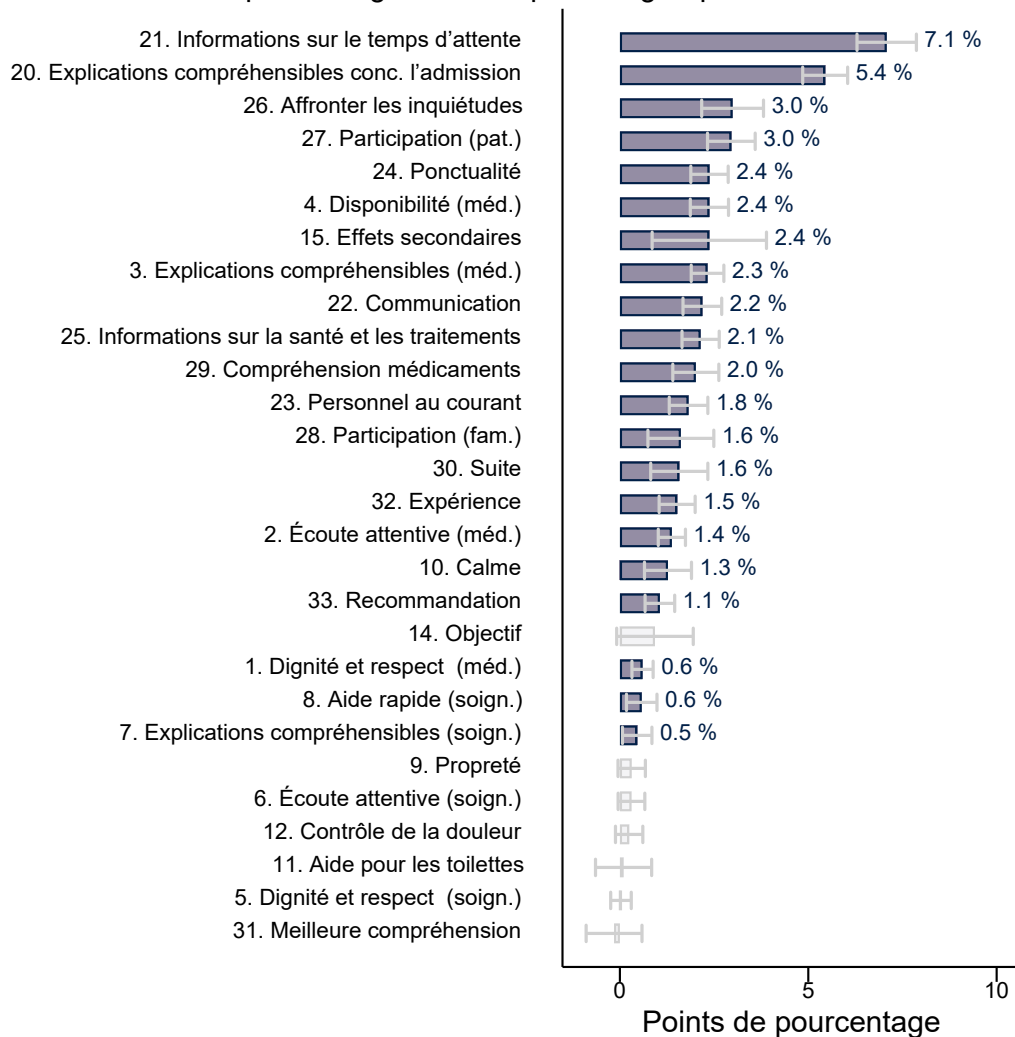


Figure 2 Lien entre les valeurs des bottom-boxes des questions individuelles de l'enquête PREM et de satisfaction et le type d'admission à l'hôpital. Par rapport au groupe Planifié, les personnes admises au service d'urgence ont plus de chance de choisir une évaluation des bottom-boxes lors de leur évaluation. Cela se reflète dans les effets marginaux ajustés positifs : plus la valeur est élevée, plus la probabilité de donner une évaluation négative est élevée. Les différences non significatives sont représentées en gris clair.

C'est au stade de l'admission que l'expérience des patientes et patients change le plus. Par rapport au groupe Planifié, la probabilité d'obtenir la meilleure réponse possible à la question 21 *Informations concernant le temps d'attente* diminue de 14 points de pourcentage en moyenne (voir Figure 1) dans le groupe Urgence. Parallèlement, la probabilité de choisir une

évaluation des bottom-boxes augmente de 7 points de pourcentage (voir Figure 2). On observe un schéma similaire, mais moins marqué, pour la question 20, relative aux *explications compréhensibles concernant l'admission*.

L'effet de l'admission en urgence sur l'expérience des patients se reflète également à la question 24, qui concerne la *ponctualité*, qui présente le troisième écart le plus élevé. Pour cette question également, la probabilité d'obtenir des valeurs des top-boxes nettement plus basses ou des valeurs des bottom-boxes nettement plus élevées est nettement supérieure à celle du groupe Planifié.

La perception de la qualité de la communication est, elle aussi, étroitement liée au type d'admission à l'hôpital : La probabilité d'évaluation positive diminue systématiquement, non seulement pour la question 22, relative à la *communication entre les spécialistes*, mais aussi pour les aspects spécifiques de la communication avec les patientes et patients, comme une *écoute attentive* (questions 2 et 6) et des *explications compréhensibles* (questions 3 et 7). Dans le groupe Urgence, la probabilité que le corps médical obtienne des notes dans les top-boxes lors de leur évaluation est nettement plus faible. La différence entre le groupe Urgence et le groupe Planifié est moindre pour les questions concernant la communication du personnel soignant. Cette tendance se retrouve également au niveau de la présence perçue : Ainsi, pour la question 4 concernant la *disponibilité des médecins*, il est également possible d'observer une probabilité systématiquement plus faible d'obtenir une note dans les top-boxes par rapport au groupe Planifié.

Des questions permettant de savoir à quel point les patientes et patients se sentent accompagnés et soutenus viennent s'ajouter à cela : Les questions 27 et 28 concernant l'*inclusion*, ainsi que la question 26 concernant la *gestion des inquiétudes et des peurs*, présentent des effets d'une ampleur similaire dans la fourchette moyenne.

DISCUSSIONS ET IMPLICATIONS PRATIQUES

Les résultats de l'enquête nationale Expérience des patient-e-s (PREM) montrent qu'après avoir été admis-e-s en urgence, les patientes et patients évaluent systématiquement leur expérience de traitement de manière moins positive que les personnes admises à l'hôpital de manière planifiée, et ce dans toutes les thématiques. Ce lien persiste, même en tenant compte des critères socio-démographiques et de l'hôpital traitant. Ces résultats suggèrent donc que l'admission via le service d'urgence exerce une influence à part entière sur la perception du traitement. Dans le même temps, les analyses ne permettent pas de se prononcer sur l'origine de ces différences. Elles peuvent toutefois servir de point de départ pour examiner plus en détail l'admission en urgence en tant qu'étape particulièrement sensible du *Patient Journey* (Parcours du patient) et de la faire évoluer de manière ciblée.

L'admission en urgence, une phase sensible du Parcours du patient

La prise en charge via un service d'urgence impose des exigences particulières en matière d'organisation. Les patientes et patients arrivent de manière imprévue, et se trouvent souvent dans un état de santé éprouvant. L'échantillon décrit ci-dessus explique également qu'il s'agit d'un groupe de patient-e-s plus vulnérable sur un plan clinique. Ces personnes ressentent une certaine incertitude concernant leur état de santé, la suite du traitement et les temps d'attente prévisibles. Cette incertitude marquée se reflète également de manière impressionnante dans les résultats présentés : C'est au niveau des *explications concernant l'admission* (question 20) que la différence entre les deux groupes de patient-e-s est la plus marquée. La probabilité que le groupe Urgence attribue la meilleure note est nettement plus faible que celle du groupe Planifié. Un effet négatif similaire est perceptible en ce qui concerne les *informations concernant le temps d'attente* (question 21, voir figure 1).

D'un côté se trouve le besoin de sécurité et d'attention immédiate exprimé par les patientes et patients. De l'autre, l'équipe soignante doit prioriser le traitement médical selon l'urgence. En principe, il est impossible de modifier ces conditions-cadres. Cependant, elles mettent en évidence l'importance d'une structuration des processus centrée sur le patient.

Structuration des processus

Des exemples pratiques issus des hôpitaux suisses montrent que des optimisations organisationnelles peuvent apporter une contribution considérable à l'amélioration de la prise en charge des patient-e-s. Cela inclut notamment l'optimisation des processus de tri, la mise en place de circuits rapides (« fast track ») pour les groupes de patient-e-s appropriés ou d'adaptations organisationnelles susceptibles de simplifier des processus administratifs, de raccourcir les temps d'attente ou de l'utiliser de manière ciblée. De même, les salles d'attente font l'objet d'une évolution continue en matière de confort et d'orientation. De telles mesures ont

un objectif commun : mettre en œuvre des processus de manière efficace et rendre le séjour des patientes et patients le plus compréhensible et le plus structuré possible. Les résultats de la question 24 qui concerne la *ponctualité* expliquent également que l'organisation temporelle joue un rôle prépondérant dans le processus d'admission en urgence. Ici, le groupe Urgence a systématiquement moins de chance d'attribuer une évaluation top-box que le groupe Planifié.

Communication

Du point de vue de l'expérience des patient-e-s, l'optimisation des processus à elle seule ne suffit pas. Lors de leurs entretiens, les spécialistes en soins d'urgence s'accordent pour souligner que la qualité de la communication exerce une influence primordiale sur la façon dont le traitement est vécu. À cet égard, les résultats de l'enquête auprès des patient-e-s fournissent une preuve empirique et démontrent une asymétrie remarquable : Tandis que la perception de la communication clinique (questions 6, 7 et 8) par les patient-e-s reste plutôt stable dans le groupe Urgence, la probabilité que les questions concernant la qualité des relations médicales obtiennent les meilleurs réponses possibles est nettement plus faible. Cela concerne notamment l'écoute attentive (question 2), des explications compréhensibles (question 3) et la disponibilité (question 4).

Il est particulièrement important de faire preuve de respect, de donner des informations adaptées aux destinataires, mais aussi d'orienter en continu les patientes et patients pendant leur séjour. Il ne s'agit pas seulement de transmettre des informations médicales, mais aussi de gérer les attentes, de réduire les incertitudes et d'assurer une certaine transparence concernant la suite du traitement.

Gestion des temps d'attente

Il existe souvent un besoin d'informations plus important, notamment pendant les temps d'attente. Il n'est pas toujours évident pour les patientes et patients de comprendre pourquoi d'autres personnes sont traitées avant elles ou pourquoi, malgré leur inscription, rien ne se passe dans l'immédiat. Les données de l'enquête confirment ce besoin d'information : Pour le groupe Urgence, la probabilité d'émettre une évaluation défavorable pour les *informations concernant le temps d'attente* (question 21) est plus élevée que pour le groupe Planifié.

Une explication compréhensible du principe de tri et de la priorisation selon l'urgence médicale peut contribuer à rendre le processus de traitement plus compréhensible et à augmenter l'acceptation des temps d'attente. Outre la communication personnelle, des supports d'information complémentaires, comme de courtes vidéos d'information ou des écrans numériques dans la salle d'attente, peuvent être utilisés pour expliquer clairement le fonctionnement d'un service d'urgence et anticiper les réponses aux questions fréquentes.

Conclusions

Les résultats de l'enquête auprès des patient-e-s indiquent que l'admission en urgence n'influe pas seulement sur l'évaluation de l'admission en elle-même, mais qu'elle est également liée à la perception du déroulement du traitement dans son ensemble. Cela souligne l'importance du premier contact entre le personnel soignant et les patientes et patients. Une structuration de l'admission en urgence centrée sur le ou la patient-e englobe non seulement des processus bien organisés, mais aussi une communication transparente, continue et compréhensible. Ces deux aspects se complètent et constituent la base d'une expérience positive pour le patient.

Les présents résultats offrent aux hôpitaux et aux cliniques une possibilité de mener une réflexion ciblée sur le traitement des patientes et patients admis-e-s en urgence. L'aspect qui semble déterminant n'est pas tant l'adoption de mesures individuelles, mais plutôt la question de savoir comment structurer au mieux la transparence, l'orientation et la communication conformément aux conditions-cadres locales respectives. Par conséquent, les résultats peuvent faire office de point de départ pour l'évolution des processus existants et le développement de solutions centrées sur le patient dans un contexte qui leur est propre.

MENTIONS LEGALES

Titre principal et sous-titres	Plan national de mesure en soins aigus. Executive Summary – Module 2 Thème central: influence de l'admission à l'hôpital sur l'expérience patient-e-s (PREMs) 2025, version 1.0
Année de publication	2026
Auteurs	Dr. sc. nat. Julien Junod Dr. rer. nat. Stefanie Daniel Barbara Hänni
Rédigé en collaboration avec	Unisanté Lausanne Spital Thurgau AG GQ Expérience auprès des patients (PREMs)
Contact - Adresse de correspondance	barbara@haenni@anq.ch
Mandante	ANQ
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 3015 Berne Unisanté Lausanne Département Epidémiologie et systèmes de santé Route de la Corniche 21 1010 Lausanne
Citation recommandée	ANQ, Bern, unisanté, Lausanne & Spital Thurgau AG. (2026) : Plan national de mesure en soins aigus. Executive Summary – Module 2 Expérience des patient-e-s (PREMs) 2025, version 1.0. Berne