

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

L'implémentation d'un tableau de communication dans les
chambres d'une unité de soins permet-elle d'améliorer la
satisfaction des patients hospitalisés ?

Mémoire réalisé par
Antoine Jonckheere

Promoteur(s)
Pr. De Coster P.
Mme Bouzette A.

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

L'implémentation d'un tableau de communication dans les
chambres d'une unité de soins permet-elle d'améliorer la
satisfaction des patients hospitalisés ?

Mémoire réalisé par
Antoine Jonckheere

Promoteur(s)
Pr. De Coster P.
Mme Bouzette A.

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

En premier lieu, je remercie mon promoteur et par ailleurs directeur Pr. Patrick De Coster pour son appui et son enthousiasme vis-à-vis de l'entreprise de ce mémoire-projet.

Merci, également, à ma co-promotrice Mme Ariane Bouzette pour ses conseils avisés et ses témoignages précieux par rapport à des observations collectées lors de ses visites dans des hôpitaux reconnus dans l'implémentation du Lean Management à travers le monde.

Mes remerciements vont également aux membres de la cellule « Qualité et Amélioration Continue » du CHU UCL Namur, qui ont répondu à mes besoins et m'ont procuré de précieux conseils. Une mention spéciale s'adresse à M. Dimitri Lionnet que je gratifie pour ses remarques constructives et pragmatiques en plus du travail d'orfèvre dont il a fait preuve lors de la mise en œuvre du projet.

Je remercie chaque membre de l'équipe soignante de l'unité de soins « médecine physique et réhabilitation et médecine interne » qui a participé quotidiennement à la mise en pratique de ce projet. Grâce à leurs remarques pertinentes révélant des pistes d'amélioration, nous continuerons de faire évoluer un outil de communication au service de l'optimisation de l'information dispensée à nos patients et leur entourage.

A titre privé, je suis particulièrement reconnaissant à l'égard de mon épouse qui m'a soutenu sans défaillir pendant toute la durée de mes études et sans qui l'atteinte de mes ambitions professionnelles n'aurait pas été réalisable.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Conflit d'intérêts

Avant de nous lancer dans l'entreprise de ce mémoire, nous avons saisi l'opportunité d'accéder à la fonction d'infirmier-chef au sein du service de revalidation et médecine interne du CHU UCL Namur – site Godinne. C'est dans l'exercice de cette fonction qu'a été mené ce travail.

Soucieux d'améliorer la communication et de promouvoir l'ambition du concept « patient partenaire », nous avons choisi de gérer un projet qui a l'avantage d'aligner nos préoccupations de manager d'équipe avec les objectifs poursuivis par la réalisation d'un mémoire en santé publique.

Le protocole expérimental a été pensé à chaque étape dans le respect du principe d'objectivité afin que les résultats aient une valeur scientifique. Néanmoins, notre position de manager exige que nous mobilisions toutes nos ressources pour développer, diffuser, améliorer et faire aboutir le projet, d'autant plus que nous en sommes l'initiateur.

L'aboutissement de ce projet présente, dès lors, pour moi un « double intérêt » (personnel et professionnel) qui à mon sens ne sont pas incompatibles et ne compromettent pas les résultats observés dans l'étude mais qu'il me semblait important de mentionner en toute bonne foi.

Accord du comité d'éthique

Etant donné que la phase expérimentale de ce projet de mémoire prend place en situation réelle au sein d'une unité de soins et que les patients séjournant au sein de cette unité sont directement concernés et impliqués par la mise en œuvre du projet, la « fiche projet » initiale a été soumise à l'avis du comité d'éthique du CHU UCL Namur – site de Godinne.

Après une demande de clarification par rapport à des interrogations relatives au respect des droits du patient, au respect du code de déontologie et au respect du secret professionnel, le comité d'éthique a rendu un avis favorable.

Table des matières

Partie théorique

1. Introduction.....	10
2. Concept de « satisfaction-patient ».....	13
2.1 Facteurs d'influence de la « satisfaction-patient ».....	14
2.1.1 Les déterminants de la « satisfaction patient ».....	14
2.1.2 Les attentes des patients.....	16
2.1.3 Les caractéristiques des patients.....	16
3. Validité et limite du concept de « satisfaction-patient ».....	16
4. Validité et limite des mesures de la « satisfaction-patient ».....	18
5. « La satisfaction-patient » comme indicateur de performance.....	19
6. Le concept d'«expérience-patient ».....	22

Partie expérimentale

1. Raisons pour agir.....	25
2. Etat des lieux.....	27
2.1 Cadre politique.....	27
2.2 Cadre institutionnel.....	28
2.3 Initiatives existantes.....	28
3. Objectifs.....	30
4. Causes racines.....	33

5. Solution.....	34
5.1 Méthodologie et chronologie du projet.....	34
Phase I : Etudes préliminaires	
Étape 1 : Conceptualisation.....	34
Étape 2 : Choix et achat du matériel.....	35
Étape 3 : Conception des tableaux.....	36
A. Architecture et contenus des tableaux.....	36
B. Installation et confection des tableaux.....	37
5.2 Mise en œuvre du projet.....	37
Phase II : phase test	
A. Description du terrain expérimental.....	37
B. Description des acteurs.....	38
5.3 Evaluation du projet.....	39
Phase III : phase d'évaluation et mesure de la satisfaction	
A. Outil de mesure.....	39
B. Méthode d'échantillonnage.....	40
C. Description de l'échantillon.....	41
D. Collecte des données et analyses statistiques.....	41
E. Validité du test et sources de biais.....	42
F. Résultats.....	44
G. Discussion.....	48
6. Conclusion.....	55
7. Bibliographie.....	57
8. Annexes.....	60

Partie théorique

1. Introduction

Le contexte économique ambiant surajouté au processus de rationalisation des coûts relatifs aux soins de santé, en cours dans notre pays depuis une dizaine d'année, a donné lieu à la mise en concurrence des hôpitaux en Belgique. Les modalités de financement de l'activité contraignent les hôpitaux à développer des plans stratégiques qui devraient garantir leur pérennité au sein du paysage, à condition qu'ils attirent toujours davantage de patients tout en réduisant leurs coûts de production. Ce constat est renforcé par « *l'émergence récente d'un mouvement consumériste qui amène à considérer les patients comme des consommateurs de service et comme des clients potentiels* » qu'il faut attirer en prodiguant des soins de qualité pour que l'hôpital puisse survivre. Dès lors, l'approche marketing apparaît dans le domaine des soins de santé »¹.

Cette évolution des systèmes de soins de santé est une réalité qui peut paraître difficile à accepter et à intégrer dans un environnement qui se fonde historiquement sur des valeurs de solidarité et dont la mission est d'offrir un service « humanitaire » à la population. Il en découle que les entreprises du secteur « non-marchand » sont bousculées et doivent intégrer les contraintes économiques qui impactent inévitablement leurs modes de fonctionnement et remettent en question leurs missions. Dans le secteur hospitalier, « *le management doit s'efforcer de garantir l'équilibre financier, de maintenir minimal le taux de rotation du personnel, d'optimiser l'occupation des lits, d'éviter des durées de séjour trop longues, de respecter les normes de personnel soignant, d'obtenir un pourcentage élevé de patients satisfaits de leur séjour, et d'assurer la qualité* ».²

Dorénavant, les gestionnaires d'hôpitaux doivent composer avec des indicateurs d'activité, des mesures de part de marché et autres outils de gestion importés du secteur marchand.

1-2 GUISSSET A-L., SICOTTE C., LECLERCQ P., D'HOORE., *Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux*. [Version électronique]. Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104. Disponible sur le site http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_2_1553

Ce constat n'est pas propre au contexte belge mais constitue désormais une sorte de modèle managérial généralisable à l'échelle mondiale et face auquel les systèmes de soins santé doivent s'efforcer de proposer des stratégies d'adaptations concurrentielles.

Au-delà des considérations éthiques liées à la mise en tension et à l'opposition de valeurs issues des deux grands secteurs économiques, nous devons reconnaître que la mise en concurrence peut constituer un moteur pour l'amélioration de la qualité et la recherche de performance. En effet, le simple fait de se comparer à ses semblables permet au moins la remise en question des pratiques. Dès lors, les institutions de soins développent des politiques d'amélioration continue et investissent dans le management de la qualité.

Dans une revue de littérature, les auteurs considèrent que « *l'évaluation de la satisfaction des patients devrait générer un retour d'informations capable d'alimenter un processus d'amélioration continue de la qualité de service des établissements* »³

C'est dans cette perspective que les différentes institutions qui composent le paysage des soins de santé en Belgique réalisent un *benchmarking* du niveau de satisfaction de leurs patients. Ainsi, nous voyons des enquêtes de satisfaction menées sous différentes formes au sein des services hospitaliers, des mutualités chrétiennes, des maisons médicales,...

Deux finalités évidentes en rapport avec la mesure de la satisfaction peuvent être soulignées. La plus avouable et néanmoins louable est celle qui vise à développer des projets d'amélioration à partir des résultats d'enquêtes, des remarques ou encore des plaintes formulées par les utilisateurs. L'objectif poursuivi étant de mener à bien leur mission qui consiste à offrir à la population des soins d'excellence et des services de qualité.

La seconde finalité de plus en plus assumée dans notre contexte, consiste à rester ou devenir toujours plus attractif que la concurrence avec une optique davantage « marketing commercial ». Dès lors, il s'agit de comparer les résultats obtenus afin d'évaluer le potentiel de l'hôpital à répondre aux attentes de leurs patients. Simultanément, les résultats offrent un éclairage aux gestionnaires des institutions de soins lors de l'analyse des indicateurs de gestion et permettent de mettre en évidence les points forts et les potentiels d'amélioration.

³LABARERE J., FRANCOIS P. *Évaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins*. Revue de la littérature. Revue d'épidémiologie et de santé publique A. 1999, vol. 47, n° 2, pp. 175-184

Comparer son potentiel d'attractivité avec les hôpitaux concurrents mais aussi ceux qui sont partenaires constitue désormais une nécessité pour établir un plan stratégique visant à garantir la pérennité de l'institution de soins. Des organismes indépendants réalisent un *benchmarking* de la satisfaction des patients et rendent une analyse globale sur base de toutes les données collectées. Les hôpitaux reçoivent également les résultats pour leur propre institution avec deux comparaisons détaillées. L'une par rapport à la moyenne des hôpitaux et l'autre par rapport aux résultats de l'année antérieure.

Pour améliorer leur image médiatique, certains hôpitaux publient leurs résultats des enquêtes de satisfaction sur la page d'accueil de leur site internet. À travers un document de synthèse, ces hôpitaux communiquent sur des projets et sur des investissements mis en lien avec leurs résultats et signifient l'impact positif de ces mesures sur la satisfaction de leurs patients.

L'analyse des enquêtes de satisfaction menées en Belgique dans les années précédentes révèle une source d'insatisfaction liée à un manque d'information. Par exemple, les patients hospitalisés souhaiteraient être davantage informés sur la nature des soins qui composent leur programme de soin et sur le déroulement de leur séjour hospitalier⁴.

Dès lors, il nous paraît évident que les initiatives cherchant à favoriser la communication à destination des patients doivent être encouragées étant donné le potentiel d'amélioration dans différents domaines directement ou indirectement liés à l'information du patient.

C'est dans cette perspective d'amélioration qu'a mûri le projet d'implémentation d'un support de communication dont la finalité souhaitée est de mieux et davantage informer nos patients. Convaincu que par le biais d'une meilleure communication, le patient informé sera davantage impliqué et partenaire de son programme de soin.

Nous faisons l'hypothèse que la qualité des soins sera également améliorée. Différentes approches existent pour mesurer la qualité des soins. Celle qui nous paraît la plus appropriée et adaptée à notre sujet consiste à mesurer la qualité perçue à travers les résultats des enquêtes de satisfaction remplies par les patients hospitalisés dans notre unité de soins.

En intégrant les différents aspects développés ci-dessus, nous sommes arrivés à la formulation de la question de recherche qui fait l'objet de notre travail : L'implémentation de tableau de communication dans les chambres d'une unité de soins permet-elle d'améliorer la satisfaction

⁴ Source : présentation powerpoint de la cellule « Qualité et Amélioration Continue » du CHU UCL NAMUR. « *Mettre en place des mécanismes de communications entre les patients et le corps soignant pour rencontrer nos promesses* » 23 février 2016

des patients hospitalisés ? L'hypothèse qui en résulte se résume par l'affirmation : le niveau de satisfaction des patients qui bénéficient d'un tableau de communication dans leur chambre est plus élevé.

La structure de notre travail est scindée en deux grandes parties. La première reprend les notions théoriques se rapportant au concept de satisfaction qui constitue le cadre conceptuel de notre projet. La seconde partie décrit le développement, la mise en œuvre ainsi que l'évaluation du projet.

2. Concept de « satisfaction-patient »

Le concept de « satisfaction-patient » est une des composantes essentielles lorsqu'on cherche à évaluer la qualité des soins. En effet, la mesure de la « satisfaction-patient » est multidimensionnelle et permet aux institutions de soins d'évaluer la qualité perçue par les utilisateurs de leurs services. *« En définitive, il appartient surtout au patient de déterminer si les soins dispensés ont contribué à améliorer sa santé ou sa qualité de vie. Non seulement le résultat en termes de gain de santé ou de besoins rencontrés est important, mais également la manière dont les soins sont dispensés: l'accessibilité des soins, l'organisation des services, l'attitude du personnel soignant, l'information du patient et la manière dont se déroule la communication entre le personnel soignant et le patient ».*⁵

Par ailleurs, à travers des concepts émergents tels que *l'empowerment du patient* ou encore le patient-partenaire, la tendance actuelle consiste à rendre aux patients un rôle plus central dans la détermination et la gestion de leurs soins de santé. *« La participation du patient ne joue pas seulement un rôle dans une perspective éthique. Les patients sont beaucoup mieux informés qu'auparavant et représentent dès lors des interlocuteurs importants lors des discussions relatives au traitement optimal de leur affection »*⁶

Dans cette optique, il est primordial de prendre en compte cette composante dans la recherche d'une organisation efficace capable d'offrir des soins de qualité. D'autant plus, que c'est au patient que revient l'évaluation du résultat des soins.

⁵⁻⁶ VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715 [version électronique]. Consulté le 15 janvier 2018. Disponible sur https://www.wivisp.be/epidemiologie/epifrcrospfr/hisfr/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf

L'importance de la collecte d'informations concernant la satisfaction des patients se justifie pour les trois raisons suivantes⁷:

1. Elle fournit de la sorte une description des soins du point de vue du patient;
2. En se basant sur l'approche conceptuelle classique de la qualité par Donabedian⁸ où une distinction est faite entre la structure, le processus et le résultat des soins dispensés. La satisfaction des patients équivaut, alors, à mesurer le "processus" de prestation des soins. Cette approche permet d'identifier les zones problématiques et de proposer des solutions;
3. La fonction la plus importante en ce qui concerne l'étude de la satisfaction des patients est l'évaluation des soins.

2.1 Facteurs d'influence de la « satisfaction-patient »

2.1.1 Les déterminants de la « satisfaction-patient »

Dans leur revue de littérature⁹, Sitzia et Wood font référence à deux approches différentes du concept de satisfaction à travers ce qu'ils appellent les déterminants.

La première approche émanant des travaux de Linder-Pelz¹⁰ envisage la satisfaction comme une résultante de plusieurs variables dites psycho-sociologiques. Dès lors, la satisfaction constitue l'expression d'une réponse affective qui doit être corrélée d'une part à la croyance que le soin posséderait certains attributs et d'autre part à l'évaluation individuelle de ces attributs.

Dans l'autre approche, développée par Fitzpatrick¹¹, il s'agirait de distinguer trois modèles indépendants de satisfaction reposant chacun sur un seul déterminant. Le premier déterminant de la satisfaction fait référence aux attentes socialement construites. Selon cet argument, on ne peut pas être satisfait par quelque chose qui ne nous est pas familier. Le second modèle

^{7,9} SITZIA J., WOOD N. *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. Social Science and Medicine 1997; 45(12):1829-1843. Cités dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.

⁸ DONABEDIAN A. *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44:166-206. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715

¹⁰ LINDER-PELZ S. *Toward a theory of patient satisfaction*. Social Science & Medicine 16, 1982, pp 577-582. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715

¹¹ FITZPATRICK R., HOPKINS A. and Harvard-Watts O., *Social dimensions of healing: a longitudinal study of outcomes of medical management of headaches*. Social Science & Medicine 17, 1983, pp 501-510. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715

affirme que la majorité des patients ne se sentent pas concernés par la satisfaction mais que leur intérêt réel se situe dans la résolution singulière de leur problème particulier de santé. Enfin, le troisième modèle affirme que la majorité des patients se sentent capables d'évaluer uniquement les compétences non-techniques des professionnels de la santé.

D'après Bielen F.¹² « la qualité perçue du service par le patient est mesurée à l'aide de deux composantes distinctes, appelées «Prise en charge » et «Communication ». D'après son modèle, la qualité perçue par le patient est la résultante de ces deux composantes qui interagissent.

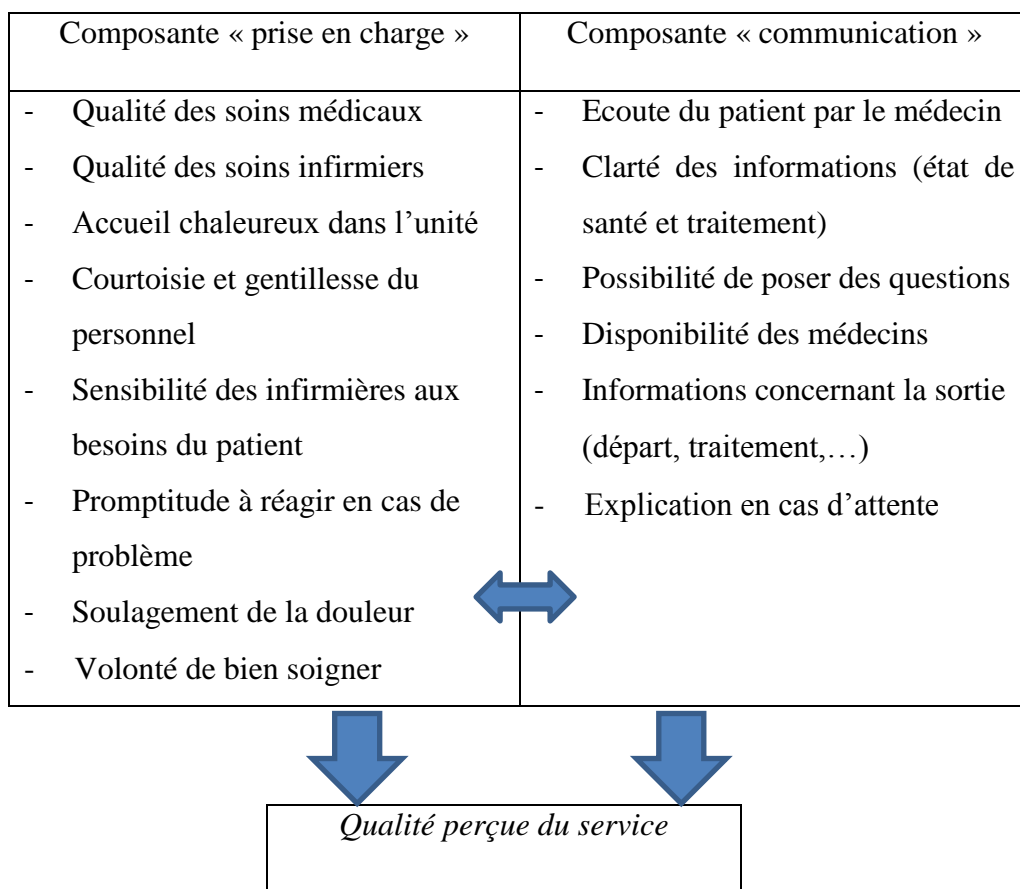


Figure 1 : Modélisation de la qualité perçue du service (Source : thèse de Bielen F., 2001)

¹² Chapitre 13 : Synthèse et Recommandations de la thèse de BIELEN F. Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière. Sous-titre : L'hôpital centré sur le patient, Etude de l'offre et de la demande. Thèse publiée sous la référence N°372 de la Collection de la Faculté de Sciences Economiques, Sociales et Politiques de l'Université Catholique de Louvain, Editions CIACO, 2001, 457 pages.

2.1.2 Les attentes des patients

Le niveau des attentes des patients est fondamental dans l'expression de la satisfaction. Or, le niveau d'attente doit être relié à des variables confondantes telles que le statut socio-économique¹³. En outre, Bond et Thomas¹⁴ associent la satisfaction à des attentes comblées. Ils ont mis en évidence que les attentes varient en fonction du niveau de connaissance et de l'accumulation d'expérience. Ils ont observé que l'augmentation de la qualité des soins augmente les attentes et que par ailleurs l'augmentation des attentes peut donner lieu graduellement à une insatisfaction associée à des soins pourtant dits de « haute qualité ».

*« La satisfaction du patient de ses soins est définie comme le reflet de ses préférences, perceptions et attentes personnelles. Elle représente l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est perçu »*¹⁵

2.1.3 Les caractéristiques socio-démographiques des patients

Le bon sens voudrait que la satisfaction à l'égard des soins de santé soit influencée par des caractéristiques démographiques telles que la classe sociale, le genre, le statut marital et en particulier l'âge. En fait, une méta-analyse¹⁶ sur le sujet montre que les caractéristiques sociodémographiques constituent au mieux un faible prédicteur de la satisfaction.

3. Validité et limite du concept de « satisfaction patient »

*« La satisfaction des patients par rapport aux soins reçus, ou le jugement que les patients portent sur la qualité de leurs soins est maintenant reconnue comme essentielle dans l'appréciation de la qualité des soins de santé »*¹⁷. Cette reconnaissance est à l'origine de

¹³ ABRAMOWITZ S., COTE A., BERRY E. *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach*. Quality Review Bulletin 13, 1987, pp 122-130.

¹⁴ BOND S., THOMAS L.H., *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of Advanced Nursing 17, 1992, pp 52-63. Cité dans ABRAMOWITZ S., COTE A., BERRY E. *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach*. Quality Review Bulletin 13, 1987, pp 122-130.

¹⁵ ANAES. *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé*. Revue de la littérature médicale, Paris, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. 1996

¹⁶ HALL J., DORNAN M.C. all, J. A. and Dornan, M. C. (1990) Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 30, pp 811-818. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.

¹⁷ CROW R, et al. *The measurement of satisfaction with health care : implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technologies Assessment. 2002;6 (32):1-244. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.

nombreuses enquêtes ciblées sur l'évaluation de la satisfaction des patients vis-à-vis des services du secteur des soins de santé.

Cependant, la littérature comporte des avis controversés par rapport à la validité de ces enquêtes. En effet, il apparaît qu' « *un sentiment de satisfaction à l'égard d'un service n'implique pas un service de qualité mais plutôt qu'un niveau suffisant ou acceptable de réponse à ce service a été obtenu* »¹⁸ et que par ailleurs « *une réponse d'insatisfaction par rapport aux soins ne survient que lorsque le patient a vécu une expérience de soins qu'il perçoit et interprète comme une négligence ou une faute grave* »¹⁹.

Toujours dans cette remise en question de la validité, la littérature sur le sujet fait mention « *d'enquêtes de satisfaction rapportant des niveaux élevés de satisfaction alors que d'importantes lacunes sont relevées au niveau des soins* »²⁰. « *Les recherches montrent que l'insatisfaction ne s'exprime que lorsque des événements extrêmement négatifs se sont produits* »²¹. « *Une réponse positive dans une enquête de satisfaction ne doit donc pas être interprétée comme si les soins dispensés étaient "bons", mais plutôt que quelque chose d'"extrêmement mauvais" ne s'est pas produit* »²².

Par ailleurs, comme indiqué lorsque nous avons abordé les déterminants, « *la satisfaction reflète le degré de concordance entre l'expérience vécue par un patient dans une situation donnée et ses attentes vis-à-vis de cette situation* ».²³

Il nous faut garder à l'esprit que la mesure de la satisfaction est subjective et que l'évaluation de la qualité perçue est par définition une notion relative. « *Une expérience peut être jugée satisfaisante par une personne car elle répond adéquatement à ses attentes, tout en étant insatisfaisante pour une autre. Ainsi quand la satisfaction est mesurée, les individus évaluent*

¹⁸⁻²⁰ SITZIA J., WOOD N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medecine* 1997; 45(12):1829-1843. Cités dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.

²¹ WILLIAMS B. *Patient satisfaction : a valid concept?* *Social Sciences and Medecine* 1994; 38(4):509-516. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.

²² VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.

²³ BOND S., THOMAS L.H., *Measuring patients' satisfaction with nursing care.* *Journal of Advanced Nursing* 17, 1992, pp 52-63. Cité dans ABRAMOWITZ S., COTE A., BERRY E. *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach.* *Quality Review Bulletin* 13, 1987, pp 122-130

*plus leurs perceptions des soins reçus à partir de leurs propres valeurs et besoins, que la qualité des soins reçus de manière neutre ».*²⁴

Les considérations développées ci-dessus nous amènent au questionnement légitime suivant : les enquêtes de satisfaction permettent-elles réellement d'évaluer ce qu'elles prétendent évaluer ? La réponse à cette question ne fait pas l'objet de ce travail mais elle nous semble importante à considérer lors de la discussion des résultats.

4. Validité de la mesure de « la satisfaction-patient »

*« La mesure de la satisfaction des patients est une méthode parmi d'autres pour estimer la qualité des soins, à côté de celles qui abordent la qualité professionnelle, la qualité des effets (l'impact sur la santé, le processus de guérison), l'efficacité ».*²⁵

Selon Vuori²⁶, les principaux arguments pour mesurer la satisfaction des patients sont les suivants :

- 1. la variation en ce qui concerne la satisfaction des patients reflète effectivement une variation au niveau de la qualité des services prestés*
- 2. la satisfaction des patients est une composante importante de la qualité de la vie*
- 3. Ce sont les patients qui ressentent les résultats d'un traitement*
- 4. les patients sont de plus en plus au courant, conscients d'eux-mêmes, critiques, en mesure de porter leur propre jugement, etc.*
- 5. le patient est le plus à même de porter un jugement sur ses relations sociales*
- 6. dans un scénario purement commercial, la satisfaction du client au sujet du produit acheté est l'ultime critère de qualité*
- 7. dans une société démocratique, mesurer la satisfaction des patients est un moyen pour réaliser une participation accrue des citoyens, garantir davantage le respect pour l'intégrité individuelle et assurer une autodétermination plus grande.*

²⁴⁻²⁵ VAN DER HEYDEN J. Satisfaction du patient, enquête de santé par interview, 2008. p 710-715.

²⁶ VUORI H. *Patient satisfaction, does it matter?* Quality Assurance Health Care 1991; 3(3):183-189. Cité dans VAN DER HEYDEN J. Satisfaction du patient, enquête de santé par interview, 2008. p 710-715

Lors de l'analyse des données sur la satisfaction du patient, il convient de comparer les résultats entre différents groupes de patients ou entre différents aspects des soins. De même, Il faut garder à l'esprit lors de l'interprétation des résultats que le « *degré de satisfaction est toujours la conséquence d'une interaction entre trois facteurs : les attentes du patient, les besoins objectifs du patient, les soins prodigués au patient* ». ²⁷

5. « La satisfaction-patient » comme indicateur de performance

Selon Bielen F. « *Il est important que nous justifions l'importance de la mesure de la satisfaction comme élément de mesure de la performance hospitalière car cette conception est relativement nouvelle dans l'histoire de l'organisation hospitalière* ». ²⁸

Dans sa thèse, Bielen F. établit le constat suivant : « *les indices de performance, indicateurs macro et micro-économiques et indicateurs d'évaluation de la qualité des soins se sont surtout développés depuis une trentaine d'années dans les milieux hospitaliers et que certaines constatations ont été faites concernant ces indicateurs, parmi lesquelles* ²⁹ :

- *les indices synthétiques sont fort peu suffisants tant l'offre et la demande en soins de santé sont variables en temps et en espace;*
- *les indicateurs partiels sont tous imparfaits mais leur concordance peut informer sur le niveau de performance atteint par chaque établissement;*
- *l'évaluation de la qualité des soins est confiée aux médecins car ils sont supposés être les individus les mieux indiqués pour remplir cette tâche* ³⁰
- *la perspective de la performance selon le patient est très peu considérée dans l'ensemble des recherches effectuées* ³¹

²⁷ WARE J.E, SNYDER M.K., WRIGHT R., DAVIES A. R. *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. Evaluation and Program Planning 6, 1983, pp 247-263. Cité dans VAN DER HEYDEN J. Satisfaction du patient, enquête de santé par interview, 2008. p 710-715

²⁸⁻²⁹ BIELEN F. Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière. Sous-titre : L'hôpital centré sur le patient, Etude de l'offre et de la demande. Thèse publiée sous la référence N°372 de la Collection de la Faculté de Sciences Economiques, Sociales et Politiques de l'Université Catholique de Louvain, Editions CIACO, 2001, 457 pages.

³⁰ D'HOORE W., *Mise en oeuvre de l'évaluation de la qualité des soins par l'approche des résultats*, Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université Catholique de Louvain. 1993. Cité par Bielen F. en 2001.

³¹ PARIS M. C. (1994), "*Gestion hospitalière : des contraintes aux opportunités*", Gestions Hospitalières, n° 336, pp. 369-371. Cité par Bielen F. en 2001.

D'après le modèle³² conceptuel qui suit, il nous faut distinguer trois niveaux et trois dimensions parmi les indicateurs de qualité des services de santé présentés dans le tableau suivant.

	Structure	Processus	Résultats
Technique	-Caractéristiques technico-professionnelles -Sécurité	- Compétence - Tâches	Efficacité
Sociale	- Adaptation - Disponibilité	- Empathie (Respect) - Continuité - Ethique	Satisfaction
Economique	- Accessibilité	Productivité - Opportunité	Efficiences

Tableau 1 : *Les dimensions de la qualité des services de santé (adapté de Dussault, 1994 et Saulquin, 1995)*³³

D'après ce modèle, l'évaluation de la qualité des services passe par l'évaluation des résultats en termes de bien-être et de satisfaction des patients et du personnel. Cet indicateur appartient à la dimension sociale qui inclut les interactions entre les intervenants, les patients et leur entourage. « *Au niveau des résultats, la satisfaction du patient, de son entourage et des intervenants est une façon de mesurer la dimension sociale de la qualité des services de santé* »³⁴.

³²⁻³³ D'après les travaux réalisés par Dussault G. (1994) et Saulquin (1995) repris dans BIELEN F. Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière. Sous-titre : L'hôpital centré sur le patient, Etude de l'offre et de la demande. Thèse publiée sous la référence N°372 de la Collection de la Faculté de Sciences Economiques, Sociales et Politiques de l'Université Catholique de Louvain, Editions CIACO, 2001, 457 pages

³⁴ BIELEN F. Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière. Sous-titre : L'hôpital centré sur le patient, Etude de l'offre et de la demande. Thèse publiée sous la référence N°372 de la Collection de la Faculté de Sciences Economiques, Sociales et Politiques de l'Université Catholique de Louvain, Editions CIACO, 2001, 457 pages.

En résumé, au-delà des indicateurs de mesures de la performance largement utilisés dans le domaine de la gestion financière et administrative des hôpitaux, il paraît indispensable dans le contexte actuel que les hôpitaux s'enquêtent du niveau de satisfaction de leurs patients.

En effet, les résultats des enquêtes permettent aux gestionnaires de mettre en parallèle des indicateurs d'activité, de rentabilité avec une évaluation qualitative de leurs services. A l'heure actuelle, les hôpitaux disposent de services de *Data Management* qui étudient les relations entre de tels indicateurs et fournissent des données précieuses d'aide à la décision notamment en termes d'investissement et de déploiement stratégique.

La voix des patients qui s'expriment à travers les enquêtes de satisfaction constitue un baromètre précieux par rapport à l'évaluation des choix réalisés et ceux à entreprendre. En effet, du point de vue marketing, les enquêtes permettent l'évaluation des services par les consommateurs et dès lors de mieux appréhender les attentes et les besoins des clients. La finalité étant de s'adapter en permanence à leurs attentes afin de rester concurrentiel.

Ann-Lise Guisset et ses collaborateurs sont les auteurs d'une recherche sur « La satisfaction patient comme indicateur de la performance des hôpitaux ». Ils ont mis en évidence que les indicateurs de performance privilégiés varient selon l'appartenance à une catégorie de fonction. Leurs résultats montrent « *une orientation plus marchande : Efficience, Esprit d'entreprise, Obtention de ressources, Satisfaction (pouvant être comprise dans sa dimension marketing) — pour les non-soignants et une orientation plus professionnelle ou corporatiste : Actualisation des connaissances, Cohésion interne, Reconnaissance sociale, Qualité des outcomes pour le personnel soignant* »³⁵. Ces résultats constituent une contre-hypothèse selon laquelle « *les infirmières s'intéresseraient plus à la satisfaction des patients car elles ont une vision plus « holistique » du patient et que l'expression de la satisfaction leur fournit un feedback et une valorisation immédiate de leurs soins.* »³⁶ Dans la discussion, l'hypothèse formulée pour expliquer cette divergence est que « *les infirmières interrogées sont en réalité des infirmières ayant pris de la distance par rapport au patient individuel pour aborder un aspect plus collectif ou communautaire. Il semble que les directrices infirmières aient une orientation non*

³⁵ GUISSSET A-L., SICOTTE C., LECLERCQ P., D'HOORE., *Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux*. [Version électronique]. Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104. Disponible sur le site http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_2_1553

³⁶ STORDEUR S., VANDENBERGHE C., D'HOORE W. Influence du leadership de l'infirmière-chef et du climat de coopération infirmières/médecins sur la de satisfaction de l'équipe, son efficacité et sur la satisfaction des patients, Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé, Porto, septembre 2000.

pas centrée sur l'hôpital et ses patients mais beaucoup plus centrée sur la collectivité et les relations qu'entretient l'hôpital avec celle-ci »³⁷.

Le paragraphe précédent illustre parfaitement l'idée selon laquelle « *les dimensions de la performance privilégiées et leurs indicateurs sont étroitement liés à la personne qui désire obtenir cette information et à l'objectif poursuivi par la mesure de la performance. Ils tendent à refléter les intérêts des acteurs stratégiques qui composent la coalition dominante de l'organisation*³⁸ . »

En appliquant cette approche au secteur hospitalier, « *les groupes d'acteurs stratégiques se retrouvent tous autour d'un intérêt commun qui est « l'hôpital » mais ne sont pas spécialement d'accord sur le sens à accorder à ce terme ni sur la manière de l'évaluer. Non seulement l'approche diffère suivant les groupes d'intérêt mais, plus fondamentalement, les valeurs qu'ils privilégient peuvent être différentes et parfois mêmes opposées. Par exemple, les employeurs et les agences gouvernementales de financement sont préoccupés par des questions d'efficacité (produire au moindre coût) alors que les patients et les médecins sont plutôt préoccupés par la qualité clinique et la satisfaction des patients »³⁹.*

6. Le concept d'« expérience-patient »

« L'expérience des patients peut être définie comme la valeur patient concernant leur expérience des soins reçus et ce qu'ils considèrent inacceptables »⁴⁰ ou « l'expérience consentie par la personne soignée de la transparence, l'individualisation, la reconnaissance,

³⁷ GUISSSET A-L., SICOTTE C., LECLERCQ P., D'HOORE., *Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux*. [Version électronique]. Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104. Disponible sur le site http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_2_1553

³⁸ WAGGONER D.B.n NEELY A.D, KENNEDY M.P. The forces that shape organisational performance measurement Systems: an interdisciplinary review, *International Journal of Production Economics* 1999. 60-61, 53-60. Cité par Ann-Lise Guisset et al., en 2016

³⁹ FOTTLER M.D., 1987, Health care organizational performance: present and future research, *Journal of Management*, 13, 367-391. cité par Ann-Lise Guisset et al., 2016

⁴⁰ *Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care, 1987*

le respect, la dignité et de la possibilité de faire des choix dans tous les domaines qui touchent aux situations ou relations du soin la concernant »⁴¹

Le *Picker Institute* qui est un organisme de référence dans cette matière définit le concept comme une « approche d'amélioration des soins de santé à travers les yeux du patient ». Cette démarche d'amélioration aborde huit dimensions essentielles liées aux soins de santé qui sont l'accessibilité ; le respect des valeurs et des préférences des patients ; la coordination des soins ; l'information, la communication et l'éducation ; le confort physique, le soutien émotionnel ; l'implication de l'entourage proche ; la préparation à la sortie et assurer la continuité de soins.

Les huit dimensions qui précèdent ont été traduites en huit grands principes à respecter⁴² :

- *Un traitement efficace administré par une équipe de confiance*
- *L'implication dans les décisions et respect des préférences*
- *Un accès rapide à un avis professionnel fiable*
- *Une information claire, compréhensible et un soutien à « l'empowerment »*
- *Le confort physique et un environnement propre et sûr.*
- *L'empathie et un soutien moral*
- *La participation de la famille et des amis*
- *La continuité des soins et des transitions progressives.*

La notion d'« expérience-patient » est voisine et se confond souvent avec celui de la satisfaction du patient à travers les outils de mesures utilisés par les hôpitaux lorsqu'ils cherchent à collecter des informations concernant le vécu de l'hospitalisation de leurs patients. Une revue de littérature portant sur la diversité d'emploi de ces outils a permis de tirer l'enseignement suivant : « *une distinction peut être faite entre les questionnaires destinés à la mesure de l'expérience-patient qui formulent des questions attendant une réponse factuelle soit « oui » soit « non » alors que les réponses dans les questionnaires d'enquête de*

⁴¹ BERWICK D. « What « patient-centered » should mean: confessions of an extremist » *Health Affairs*, 28, no.4 (2009): pp 555-565

⁴² Traduit à partir de «The Institute of Medicine report, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*,10, 2001.

satisfaction sont davantage subjectives et consistent à l'évaluation d'un domaine au moyen d'une échelle de Likert »⁴³. « Cette distinction amène parfois un patient à exprimer un niveau élevé de satisfaction et dans le même temps, rapporter une expérience nettement moins optimale »⁴⁴.

Selon un rapport du King's Fund, « *les mesures de l'expérience rapportées par les patients ou PREMS (Patient-Reported Experience MeasureS) fournissent des informations utiles qui par nature reflète l'expérience du process plutôt que le résultat du soin »⁴⁵.*

⁴³ MELDER A., GARRUBA M., ALLEN K.. Measuring Patient Experience: A literature review. Centre for Clinical Effectiveness, Monash Innovation and Quality, Monash Health, Melbourne, Australia. 2013

⁴⁴ DE SILVA D. Measuring Patient Experience. Evidence Scan. London: Health Foundation; June 2013.

⁴⁵ DEVLIN N., APPLEBY J. King's Fund. Getting the most out of proms Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making. The King's Fund. Mars 2010.

Partie expérimentale

1. Raisons pour agir

1.

En tant qu'infirmier-chef du service de revalidation et médecine interne du CHU UCL NAMUR - site Godinne, ce projet est une occasion donnée de concrétiser plusieurs idéaux. Ceux-ci se sont forgés lors de mes cursus d'études et ont continué de s'alimenter grâce à mon expérience en tant qu'infirmier en contact direct avec les personnes hospitalisées et leurs familles. Je fais référence, entre autres, à l'application concrète du concept de « patient-partenaire » qui repose sur le droit à l'information repris dans la loi sur les droits du patient

J'ai constaté au cours de ma pratique, que les patients sont trop souvent trop peu ou mal informés. Trop peu informés par rapport à leurs pathologies ou les motifs qui justifient leur hospitalisation. Ils sont également mal informés sur leurs traitements, les examens diagnostiques, les effets secondaires. De manière plus générale, les patients ne sont pas assez informés sur les différents aspects qui composent ce que nous appelons le programme de soins. Les conséquences sont nombreuses pour les patients et leurs proches. Mentionnons simplement la non-compliance aux traitements, la déshumanisation de la relation de soins, la perte de confiance vis-à-vis du « corps soignant », une « expérience-patient » décevante et une insatisfaction liée à la qualité perçue des soins prestés. En plus de compromettre l'objectif d'amélioration de la santé du patient, commun aux professionnels de soins, il est fort à croire que de telles pratiques impactent la réputation de l'institution et donc son potentiel d'attractivité. Dès lors, les hôpitaux qui développent des initiatives et mènent des projets qui visent à améliorer l'information des patients augmentent leur chance d'améliorer l'expérience du patient. Or, l'expérience-patient est un facteur responsable de la fidélisation des patients et participe au potentiel d'attractivité de l'hôpital.

D'après l'analyse des enquêtes de satisfaction menées en Belgique dans les années précédentes, il ressort que les patients identifient une source d'insatisfaction liée à l'information. Ainsi, les patients hospitalisés souhaiteraient être davantage informés sur la nature des soins qui composent leur programme de soin et sur le déroulement de leur séjour hospitalier. Nous pouvons prendre pour exemple les examens diagnostiques à réaliser et plus spécifiquement ceux qui requièrent des conditions spécifiques à respecter. Nous constatons

régulièrement que lorsque le patient ne dispose pas des informations nécessaires, cela occasionne des reports voire des annulations d'examens.

Ces retards impactent la qualité des soins avec des conséquences plus ou moins graves pour les patients. En effet, dans certains cas, des conditions de préparation doivent être strictement et scrupuleusement respectées pour garantir la sécurité du soin prodigué. Il en va de la responsabilité des soignants de communiquer les informations liées à la réalisation de tout acte dont le patient va bénéficier pendant son séjour à l'hôpital. Cette obligation est reprise dans l'article 7 de la loi relative aux droits du patient et constitue le préalable indispensable au respect du droit au consentement libre qui fait l'objet de l'article 8 ⁴⁶.

En termes d'organisation du travail, le manque d'information des patients cause des dysfonctionnements dans la gestion du flux et de l'activité. En effet, les reports et annulations peuvent créer des goulots d'étranglement et des files d'attente dans le déroulement des processus de soins. Cela génère des gaspillages dans la consommation ou l'utilisation des différentes ressources. L'impact sur l'activité peut *in fine* se traduire par un manque à gagner voire par une perte liée au coût d'opportunité.

En entravant le déroulement normal du programme de soin, les reports et les annulations se répercutent indirectement sur la durée de séjour et donc sur les coûts supportés par l'hôpital.

Enfin, les imprévus et les temps d'attentes sont des sources connues d'insatisfaction dans le chef des patients et leurs proches installant un climat de méfiance délétère pour la construction d'une relation de partenariat entre le patient et l'équipe soignante.

En considérant les différents aspects qui précèdent, il nous paraît évident que les initiatives cherchant à favoriser la communication à destination des patients doivent être encouragées étant donné le potentiel d'amélioration dans différents domaines directement ou indirectement liés à l'information du patient.

En tant qu'infirmier chef, notre responsabilité concerne effectivement ces différents domaines et c'est dans cette perspective d'amélioration qu'a mûri le projet d'implémentation d'un support de communication dont la finalité souhaitée est de mieux et davantage informer nos patients. Convaincu que par le biais d'une meilleure communication, le patient informé sera davantage impliqué et partenaire de son programme de soin.

⁴⁶ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Nous émettons l'hypothèse que la qualité des soins sera également améliorée. Différentes approches existent pour mesurer la qualité des soins. Celle qui nous paraît la plus appropriée et adaptée à notre sujet consiste à mesurer la qualité perçue à travers les résultats des enquêtes de satisfaction remplies par les patients hospitalisés dans notre unité de soins.

2. État des lieux

2.1 Cadre politique

Notre projet prend place dans un contexte où la sécurité et la qualité des soins sont des préoccupations qui sont à l'origine de politiques de santé partout dans le monde.

En Belgique, le deuxième plan pluriannuel de 2013-2017 conçu par le SPF Santé Publique fait mention de thèmes génériques dont fait partie l'*empowerment* du patient et de sa famille. A travers ce plan, le SPF formule des attentes à l'égard des hôpitaux. Il est notamment fait mention des aspects suivants :

- *la responsabilisation des patients quant à leur propre rôle dans leur trajet de soins individuel*
- *l'éducation des patients, liée à leurs besoins*
- *la possibilité qu'ont les patients de communiquer avec les prestataires de soins en utilisant leur langage*⁴⁷

En outre, les institutions hospitalières sont incitées à entamer un processus visant à obtenir l'accréditation. Ce label reconnaît les institutions qui œuvrent pour l'instauration d'une culture de la sécurité et pour l'amélioration continue de la qualité des soins. Différents référentiels existent en fonction des organismes qui délivrent l'accréditation. « *Cependant, les exigences communes des référentiels sont orientées « patients » et définissent des attentes optimales réalisables en vue de stimuler l'amélioration continue ; sont basées sur la littérature scientifique, les bonnes pratiques, l'avis d'experts, les données des visites ; sont développées par consensus et évoluent dans le temps et concernent tous les acteurs* ». ⁴⁸

⁴⁷ Note d'accompagnement du plan pluriannuel 2013-2017, SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, janvier 2013

⁴⁸ Source : PAQS asbl, échanges réguliers sur l'accréditation N°4, 2 décembre 2015

Trois référentiels sont majoritairement reconnus dans le secteur des soins de santé. Dans chacun de ces référentiels, nous trouvons des critères qui renvoient aux objectifs poursuivis par notre projet.

Pour l’HAS (Haute Autorité de Santé, France) :

« *La participation du patient et, s’il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé des soins est favorisée* ».

« *L’expression des patients et de leurs proches est favorisée* ».

Pour L’ACI (Accréditation Canada International, Canada) :

« L’organisation met en place une procédure d’évaluation par les patients des soins et services de soin ».

Pour la JCI (Joint Commission International, USA) :

« *L’hôpital soutient le droit du patient et des familles de participer au processus de soin* ».

2.2 Cadre institutionnel du projet

La cellule « Qualité et Amélioration continue » du CHU UCL Namur est une équipe de 6 personnes (5,6 ETP) qui s’occupent de proposer et implémenter des projets visant à soutenir et favoriser la qualité, la sécurité des soins mais aussi des services aux patients et autres usagers. La stratégie qui fonde leurs actions est le *Lean Management*.

Notre projet de mémoire entre dans le cadre d’un projet plus vaste qui ambitionne de mettre en place des mécanismes de communication entre les patients et le corps soignant pour rencontrer la promesse institutionnelle. Cet engagement formule que « *chaque jour, nous promettons à nos patients de les rendre dans les meilleures conditions à leur vie normale tout en maintenant une qualité des soins optimale* ». Cette promesse doit être réalisée dans un délai prévu et ne peut être perturbée par des problèmes organisationnels, de procédures, de planning,... La proposition faite par un groupe de travail multi-métiers, dont la mission était de définir un moyen de remplir cette promesse, consiste à créer et développer des tableaux collaboratifs.

2.3 Initiatives existantes

Au cours de la phase de conceptualisation, nous avons effectué une recherche sur l’existence d’initiatives qui visent des finalités similaires à celles qui soutiennent notre projet. Quelques

exemples pratiques issus du terrain nous ont à la fois inspiré et en même temps conforté sur la pertinence des moyens utilisés pour atteindre nos objectifs.

Une initiative⁴⁹ déployée par le staff infirmier d'un service de transplantation hépatique au sein d'un hôpital californien utilise des posters personnalisés aux chevets des patients. Les objectifs poursuivis par cette initiative consistaient à favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et les patients afin d'améliorer la qualité des interactions. À terme, l'évaluation relative à l'utilisation de tels posters a démontré un impact positif sur la satisfaction des patients.

Une autre initiative se rapportant à notre intervention est testée à l'*Abington Memorial Hospital* en Pennsylvanie⁵⁰. Elle consiste à fournir au patient, un plan de soin écrit afin que ce dernier soit informé quotidiennement des détails qui composent son programme de soin.

En outre, un rapport émis par l'*Advisory Board Company* intitulé « *Global Centre for Nursing Executive Grades* » fait mention d'un projet, identique à celui que nous mettons en pratique dans ce travail, consistant à installer des tableaux effaçables au chevet du patient. Ces tableaux sont conçus comme un support visuel au service de la transmission d'informations à destination du patient et des prestataires multi-métiers. Les informations inscrites au tableau sont typiquement relatives au plan de soin et à la planification de la sortie d'hospitalisation.

D'après le compte rendu de l'*Advisory Board Company*, il semblerait que le tableau de communication soit un outil implémenté sous différentes formes dans beaucoup d'hôpitaux à travers le monde mais que son utilisation est apparemment sous-exploitée. Une raison évoquée pour expliquer ce constat semble résider dans le fait qu'il existe une confusion par rapport à l'attribution de la responsabilité de la complétude des informations. Les conclusions d'une enquête⁵¹ semblent désigner le personnel infirmier qui est en première ligne au chevet du patient comme étant la fonction qui dispose d'une position privilégiée pour adopter la responsabilité de la mise à jour quotidienne des informations relatives au plan de soin du patient.

⁴⁹ Source: Ronald Reagan UCLA Medical Center, Los Angeles, Californie; "Getting to Know You Poster"

⁵⁰ Source: Abington Memorial Hospital, Abington, Pennsylvanie, "The Patient-Centred Daily Care Plan"

⁵¹ Source: Sehgal NL, et al., "Patient Communication Boards as a Communication Tool in the Hospital Setting: A Survey of Practices and Recommendations," *Journal of Hospital Medicine*, 2010: 234-239

49, 50, 51 in Global Centre for Nursing Executives interviews and analysis, pp74-86 (version électronique) disponible sur le site <https://www.advisory.com/international/research/global-centre-for-nursing-executives>

Enfin, le réseau *Thedacare*⁵² aux Etats-Unis a édité un guide destiné à l'implémentation d'un tableau de communication qui nous a servi de référence lors de l'initiation du projet. Ce guide offre une méthodologie dont nous nous sommes inspirés bien que la chronologie recommandée n'ait pas pu être adaptée au délai imparti pour la réalisation de ce mémoire.

3. Objectifs

Les objectifs poursuivis sont pluriels. Nous souhaitons offrir une réponse aux constats faits sur base des analyses d'enquêtes de satisfaction. Notre projet servira de support pour améliorer l'information des patients par rapport au déroulement de leur hospitalisation et sur la nature des soins dont ils sont les bénéficiaires. A travers le remplissage du tableau par les différents professionnels, le patient pourra accéder à une meilleure représentation mentale de son programme de soin. En effet, le tableau comprendra le résumé synthétique des différentes informations communiquées par les différents professionnels qui interagissent avec le patient. Les professionnels auront à leur disposition un support écrit pour y inscrire les recommandations ou les consignes qu'ils auront préalablement expliqué au patient comme par exemple : se peser tous les matins ; rester à jeun ; épaissir les liquides ; changer de position régulièrement etc...

La mise à disposition d'un support et l'invitation du patient et de son entourage à l'utiliser pour y inscrire leurs propres informations ainsi que les questions qu'ils souhaiteraient aborder en présence d'un soignant constitue une démarche qui promeut l'application du concept patient-partenaire. Notre volonté consiste à impliquer le patient et son entourage dans la construction et l'évolution du programme de soin tout au long de l'hospitalisation. A cet effet, chaque zone du tableau a une utilité.

Les zones préaffectées aux différents métiers servent à informer le patient, écrire une recommandation en relation avec la fonction qu'exerce l'intervenant. Par exemple, la diététicienne inscrit une consigne par rapport au suivi du bilan calorique qui est accroché au tableau. Le patient et/ou son entourage est stimulé à compléter le bilan calorique avec l'aide

⁵² Thedacare est un réseau de prestataires de soins qui collaborent pour offrir des soins de qualité à la population. <https://www.thedacare.org/Why-Thedacare/accountable-care-organization.aspx>

des soignants si besoin et de manière autonome après contrôle du respect de la consigne laissée par la diététicienne.

Nous pensons, également, que le fait que des zones soient étiquetées avec des fonctions permet aux patients d'obtenir une information sur les différents services offerts par l'hôpital auxquels ils pourraient avoir besoin de recourir. Nous pensons, par exemple, que les compétences du service social pourraient être davantage activées par les patients par le simple fait qu'une case du tableau est intitulée « social ». De même, la composition de l'équipe pluridisciplinaire est rendue plus visible et permet aux patients une meilleure représentation de cet aspect du programme de soin.

Les cases situées dans la partie supérieure gauche du tableau sont dédiées à des informations figées comme le nom du médecin responsable, le nom de l'infirmier chef, le numéro de chambre et le numéro de téléphone. Le fait de disposer en permanence de ces informations aide le patient à se situer dans son environnement et lui permet de mieux identifier les personnes responsables de leur programme de soin.

Une case est destinée à inscrire la date de sortie provisoire. Celle-ci est notifiée par le médecin responsable et sert essentiellement de repère temporel pour préparer une sortie d'hospitalisation en concertation avec les personnes concernées et en fonction des besoins. En effet, la sortie est un moment important qui fait partie intégrante du séjour et donc il relève de la responsabilité des professionnels qui ont participé aux activités du programme de soin d'assurer une transition de qualité. Le fait de permettre au patient et son entourage d'anticiper ce moment est primordial car beaucoup d'aspects doivent être envisagés : le moyen de transport, l'aide de tiers, la continuité des soins (traitements, prestataires à domicile), le projet (retour à domicile avec ou sans aide, convalescence en court séjour, institutionnalisation).

Une case située à l'extrême gauche du tableau permet d'afficher les examens diagnostiques avec leur date de réalisation. En plus de rappeler au patient les différents éléments qui composent son programme de soin, cette information a une fonction d'organisation puisque le patient connaît l'horaire de son examen, il est moins sujet à attendre sans explication apparente et est libre de quitter sa chambre entre temps. Cet aspect devrait constituer une plus-value importante sur le niveau de satisfaction et aussi sur la gestion des flux liés aux plannings des prestataires extra-muros (services d'imagerie médicale, consultations, quartier opératoire,...)

Une case située à l'extrême droite montre une échelle d'évaluation de la douleur. Cette échelle visuelle est à la fois numérique (de un à dix) et à la fois analogique car à 5 niveaux (0 ; 3 ; 5 ; 7 ; 10) de l'échelle sont associés un « smiley » aimanté. Ce principe double permet une évaluation plus efficace de la douleur et par là même plus adaptée à la majorité des profils de patients qui composent la population de notre service. L'objectif poursuivi consiste à optimiser l'évaluation et les actions qui en découlent afin de mieux gérer la douleur dont nos patients peuvent souvent se plaindre. Le fait de s'intéresser et de mener des actions afin de réduire les symptômes permet de favoriser la confiance du patient envers les prestataires de soins. En outre, la démarche qui consiste à rendre ce processus visible et transparent améliore encore ce sentiment de confiance. Or, la confiance est un principe fondateur du concept de soins centrés sur le patient qui favorise une expérience positive des soins, une plus grande satisfaction et rend possible l'établissement d'une relation où le patient accepte d'être un partenaire.

La zone centrale est prévue pour permettre au patient de personnaliser son tableau et donc le mur de sa chambre avec des photos, dessins, ou autre. Le tableau constitue une surface qui se prête bien à l'affichage d'éléments qui permettent au patient de s'approprier son espace par l'installation de repères qui l'aident à affronter l'épreuve de la maladie et de l'hospitalisation. D'un point de vue logistique, il paraît plus pratique de disposer d'une surface murale prévue à cet effet plutôt que d'encombrer les surfaces utiles aux déroulements des soins comme les tables de nuit ou encore d'assister à l'affichage « sauvage » qui laisse des traces peu esthétiques sur les murs et les armoires.

La partie inférieure du tableau est destinée à un calendrier. Cet objet est un élément essentiel du tableau car les chambres d'hospitalisation en sont dépourvues. Nous pensons que ce simple outil améliorera l'expérience des patients, surtout ceux qui ont des longues durées de séjour ou encore ceux qui souffrent de désorientation temporelle.

La mise à disposition du tableau pour les professionnels du service aura aussi pour objectif de servir la communication interdisciplinaire.

En guise de synthèse les objectifs directs et indirects du tableau sont :

Directs :

- Donner un support écrit pour le partage d'information

- Rendre visible le programme de soin
- Favoriser la préparation optimale de la sortie
- Améliorer la gestion de la douleur
- Favoriser l'orientation spatio-temporelle
- Offrir un espace personnalisable aux patients et leurs familles
- Afficher le menu hebdomadaire des repas

Indirects

- Améliorer la qualité des soins
- Développer un partenariat avec les patients et leur entourage
- Améliorer l'organisation du programme de soin
- Encourager le travail et la communication interdisciplinaire
- Favoriser le sentiment de confiance
- Réduire les durées de séjour
- Améliorer l'expérience vécue de l'hospitalisation et le niveau de satisfaction

4. Causes racines

Nous identifions plusieurs causes qui peuvent être à l'origine d'une perception de la part des patients d'être mal ou peu informé. Soit l'information n'est pas transmise du tout ou son mode de transmission, à savoir la communication verbale, ne laisse pas de trace tangible pour se souvenir des messages clés de la communication. Dans les deux cas, le patient et ses proches ne disposent pas des informations nécessaires leur permettant de garder un certain contrôle sur la gestion de leur hospitalisation, de leur plan de soin, de leur traitement et de prendre les décisions éclairées s'y rapportant.

Différents constats sont à faire en termes de communication dans la pratique des soins au sein d'un hôpital. La succession permanente de personnes différentes qui véhiculent et se transmettent, tour à tour, des informations susceptibles de varier dans le temps est une réalité qui rend difficile l'exercice de la communication d'informations fiables qui doivent être rendues au patient. De même, la nature de certaines informations médicales relevant du secret professionnel pose la question de la responsabilité partagée en ce qui concerne la garantie pour le patient que son droit à la confidentialité est bien respecté, tout en bénéficiant des

informations dont il a besoin. D'autre part, les informations transmises peuvent varier ou être nuancées en fonction des informations provenant des prestataires extérieures au service concerné.

Le nombre important de personnes, qui collaborent ensemble et qui communiquent avec le patient, rend complexe l'émission d'une information unanime et cohérente. L'incohérence du message perçue par le patient peut résulter du manque de communication entre les différents professionnels. Par ailleurs, la modalité de communication peut être teintée par un certain tropisme propre à chaque métier. En effet un même contenu peut être formulé sous différentes formes variant selon la fonction, de la personne qui formule le message. Le degré de compréhension du message reçu par le patient et ses proches fluctuera également.

La communication écrite présente plusieurs avantages qui permettent de pallier aux difficultés liées à la communication verbale soulevées ci-dessus.

Le premier avantage est intrinsèquement lié au caractère « écrit » dans ce sens où une trace tangible du message reçu reste après son émission. Or, nous savons que le fait d'accroître la tangibilité permet d'augmenter la satisfaction et la confiance vis-à-vis d'un service⁵³.

Par ailleurs, certains patients présentent des troubles cognitifs qui perturbent la mémoire, l'orientation spatio-temporelle, la prise d'initiative qui réduisent leur capacité de gestion autonome et leur faculté de décision. L'accès permanent à un support visuel qui résume les informations clés liées au plan de soin paraît être une solution possiblement efficace pour aider à pallier aux déficits de ces patients.

5. Solution

5.1 Méthodologie et chronologie du projet

Phase I : études préliminaires

Étape 1 : conceptualisation

La première phase s'est déroulée du 1^{er} Octobre 2017 au 31 Décembre 2017. Durant cette période, j'ai effectué un travail de recherche sur l'utilisation de tableau de communication dans le secteur hospitalier. Ma recherche était ciblée sur des rapports d'utilisation pratique de ce type d'outil et sur leur évaluation en termes d'impact sur la satisfaction du patient ou

⁵³ Notions exploitées du cours WFSP2254 gestion des processus, partie de M.Bielen.

d'amélioration de l'expérience patient. Parallèlement à cette démarche, j'ai réalisé des observations en lien avec la mise en place de tableaux blancs aux chevets des patients dans trois unités de soins « pilotes » appartenant au CHU UCL Namur-site Godinne. L'objectif poursuivi était de récolter des témoignages du personnel de terrain participant au développement du projet institutionnel qui ambitionne de progresser significativement sur l'axe « satisfaction-patient » par la mise en place de mécanismes de communication entre le patient et le « corps soignant ». Par la rencontre des infirmières chefs des unités où sont développés les tableaux et par l'intermédiaire d'entretiens informels avec des membres de la cellule « Qualité et Amélioration Continue », j'ai progressivement intégré les avantages et les limites du support. Notons que nous ne disposons pas d'évaluations objectives de la mise en place de ces tableaux.

Tableau 2 : Avantages et limites du support des tableaux de communication

Avantages :
Accessibilité : toutes personnes alphabètes ne souffrant pas de cécité
Opérationnalité : utilisation facile, simple, rapide, interactive
Qualité : personnalisable en fonction des besoins du service et du patient, patient partenaire, échange dynamique d'information
Coût : achat raisonnable (cfr budget prévisionnel en annexe), consommables peu onéreux
Limites :
Déontologique : utilisation limitée à l'échange d'informations ne relevant pas du secret médical
Opérationnalité : compliance de tous les utilisateurs pour la mise à jour
Accessibilité : pas adapté à tous les types d'invalidité
Modernité : support non informatisé

Étape 2 : Choix et achat du matériel

Le support choisi pour la phase expérimentale est un tableau blanc émaillé (tableau blanc effaçable) qui est délimité en de multiples zones de différentes tailles. La délimitation des zones est réalisée aux moyens d'un ruban adhésif opaque de couleur bleue (largeur : 3mm).

Selon la nature des informations à partager, les acteurs utiliseront tantôt des pictogrammes aimantés préfabriqués, tantôt des marqueurs effaçables. (Voir Annexe 5)

Un budget prévisionnel (voir annexe 2) a été présenté et accepté par la cellule d'amélioration continue avant la commande effective des tableaux qui ont été livrés à la fin du mois de novembre 2017.

Étape 3 : Conception des tableaux

A. Architecture et contenus du tableau

Le nombre de zones ainsi que leurs surfaces ont été déterminés à partir des observations sur le terrain de projets similaires menés dans trois autres unités de l'institution. En outre, l'attribution d'une zone à chaque métier paraissait être une évidence dans une perspective d'utilisation interdisciplinaire. Cette dimension se justifie d'autant plus au regard du caractère pluridisciplinaire de la prise en charge intra-hospitalière. La perspective poursuivie est bien de faire correspondre les potentiels d'utilisation de l'outil avec la diversité et la complexité des besoins de la population qui fréquente notre unité. En outre le projet institutionnel mentionné ci-dessus, dans lequel notre projet de mémoire s'inscrit, repose sur les résultats antérieurs des enquêtes de satisfaction. Ceux-ci permettent d'identifier des points d'attention qui relèvent de l'information fournies aux patients et leurs proches. Il s'agit de :

- L'information par rapport au déroulement de la journée
- L'information sur la sortie d'hospitalisation
- La nature des soins et des examens
- L'information relative à son entourage.

Par ailleurs, je me suis également inspiré des recommandations faites par *The Global Centre for Nursing Executives* concernant les éléments potentiels du tableau de communication⁵⁴. Sans être exhaustif, ces derniers sont notamment le numéro de chambre et le numéro de téléphone, les noms des professionnels responsables du patient, une échelle de la douleur,...

Pratiquement, certains contenus sont imprimés sous la forme de document-type, validés par l'institution, et simplement affichés au moyen de pinces préfixées sur le tableau. Par exemple,

⁵⁴ Source: Women and Infants Hospital of Rhode Island, Providence, Rhode Island in Global Centre for Nursing Executives interviews and analysis, pp74-86 (version électronique) disponible sur le site <https://www.advisory.com/international/research/global-centre-for-nursing-executives>

le menu de la semaine occupe une case en regard de celle où l'évaluation nutritionnelle est complétée par l'équipe nursing et utilisée par les diététiciennes pour le calcul du bilan calorique. De même, notre logiciel OMNIPRO© dispose d'une fonction de planification à partir de laquelle nous pouvons extraire les fiches de rendez-vous personnalisées (consultations et examens médicaux) et ensuite les afficher sur le tableau en face du patient.

B. Installation et confection des tableaux

La matrice de découpage en zones (Voir Annexe 3) a été produite le 30 novembre 2017 et sa reproduction sur les tableaux a été confiée à un membre de la cellule « Qualité et Amélioration Continue » de l'institution. L'installation des tableaux dans les chambres « simple » a été réalisée par le service technique. Le tableau est accroché au pan de mur faisant face au lit dans chacune des 10 chambres « simple » de l'unité, de sorte que le patient puisse consulter les informations contenues sur le tableau lorsqu'il est couché.

5.2 Mise en œuvre du projet

Phase II : phase test du projet

La phase test du projet s'est déroulée du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2018. Elle a consisté dans l'utilisation quotidienne des tableaux comme support pour la communication avec les patients. Précisons que chaque membre de l'équipe soignante a reçu au préalable une explication sur les différents usages du tableau et a été invité à s'en servir d'une part et à veiller à la mise à jour régulière des informations. De même, une explication a été donnée aux patients séjournant dans les chambres pourvues de tableaux par rapport à l'utilité du tableau.

A. Description du terrain expérimental

Le projet a été développé dans l'unité d'hospitalisation au sein duquel nous exerçons la fonction d'infirmier-chef. Cette unité appartient au CHU UCL Namur site de Godinne et elle compte un total de 30 lits qui se répartissent selon deux disciplines médicales distinctes. D'une part la médecine interne qui occupe 10 lits et d'autre part la réhabilitation qui en occupe 20. Le projet décrit dans ce travail a bénéficié d'une opportunité inattendue pour sa mise en œuvre. En effet, il se fait que les locaux ont été entièrement rénovés en profondeur, si bien que l'installation du matériel de support pour le projet a coïncidé avec l'emménagement des patients dans les nouvelles chambres du service.

En ce qui concerne les chambres, deux statuts différents coexistent : « simple » et « double ». Les chambres ne sont pas pré-affectées en fonction de l'une ou l'autre spécialité. Ceci implique que l'attribution d'une chambre simple n'étant pas prédéterminée, les patients y séjournent pour les trois motifs suivants : faute de place en chambre double, chambre privée payante à la demande du patient, chambre privée pour raison médicale. Le service compte 10 chambres « simples » et 10 chambres « doubles ».

B. Description des acteurs

Le terme « acteurs » désignent tous les intervenants qui participent potentiellement à la complétude du tableau. Il s'agit de l'équipe pluridisciplinaire, des patients et de leurs familles. Nous pouvons aussi inclure les brancardiers, les membres de l'équipe d'entretien et toute autre personne qui interagit directement avec le patient (bénévoles, stagiaires, membres du service technique et maintenance,...)

Dans l'impossibilité d'établir une liste exhaustive des acteurs, l'intérêt du tableau suivant est bien de permettre une représentation synthétique de la composition des professionnels soignants qui prennent part au projet.

Tableau 3 : répartition des effectifs par métier

Métier	Effectif	Proportion (%)
Nursing	22	52,4
Médecin*	6	14,3
Ergothérapeute	3	7,1
Kinésithérapeute	7	17,7
Logopède	1	2,4
Assistant social	2	4,8
Psychologue	1	2,4
TOTAL	42	100

* Permanents + assistants

5.3 Evaluation du projet

Phase III : mesure de la satisfaction

A. Outil de mesure

L'outil de mesure utilisé dans ce travail n'est autre que le questionnaire d'enquête de satisfaction institutionnel. Duquel nous avons extraits 12 items ciblés sur la communication et l'information. Le questionnaire est distribué systématiquement lors de l'admission du patient et ce dernier le complète au terme du séjour et ensuite le poste dans une boîte aux lettres prévue à cet effet fixée à l'entrée de la salle de garde du service.

Ci-dessous la liste des 12 items qui ont été sélectionnés à partir du questionnaire d'enquête de satisfaction :

Q1 : Avant mon hospitalisation ou à mon entrée, j'ai été bien informé(e) des conditions pratiques d'hospitalisation (horaires, durée, effets personnels,...)

Q2A : Tout au long de mon séjour, j'ai reçu une information claire sur le déroulement de la journée

Q2B : Tout au long de mon séjour, j'ai reçu une information claire sur la nature des soins et examens

Q3 : Le personnel infirmier a été à mon écoute et sensible à mes besoins

Q4 : Le personnel infirmier m'a consacré suffisamment de temps

Q5 : Le personnel s'est préoccupé de soulager rapidement mes douleurs

Q6 : L'information fournie à mes proches correspond à mes souhaits

Q7 : J'ai le sentiment que les informations me concernant restent bien confidentielles

Q8 : J'ai l'impression que les différents professionnels collaborent entre eux pour le bon suivi de ma prise en charge

Q9 : Les différents professionnels m'ont apporté une information cohérente

Q10 : J'ai bénéficié d'une prise en charge globale de mes problèmes de santé

Q11 : J'ai reçu les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (conseils, prescriptions, poursuite du traitement, aide sociale, etc...

B. Méthode d'échantillonnage

La population est composée d'adultes hospitalisés au sein de l'unité de revalidation et médecine interne. Les admissions au sein du service se font selon 4 modalités :

1. L'entrée programmée classique : l'hospitalisation du patient est prévue et convenue avec un des médecins du service.
2. L'hospitalisation programmée dite « extra-muros » : le patient séjourne dans notre unité mais la responsabilité médicale est portée par un médecin attaché à un autre service qui n'a pas la capacité d'accueillir le patient faute de place disponible.
3. L'hospitalisation est programmée par l'intermédiaire d'une demande de transfert (intra ou extra-hospitalier) d'un patient.
4. L'hospitalisation d'urgence : le patient est admis via le service des urgences et ensuite hospitalisé au sein du service pour continuer son traitement. Il s'agit alors principalement de patients adressés pour la discipline de médecine interne.

L'inclusion dans l'étude se fait au « tout venant ». Dès lors, elle dépend du taux de rotation des patients et du taux d'occupation dans le service mais pas de la spécialité pour laquelle le patient est adressé ni même de la modalité d'admission.

Les conditions d'inclusions retenues sont donc « le fait de séjourner au sein de l'unité de soins », « la sortie d'hospitalisation se situe entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 mars 2018 » et « le questionnaire d'enquête de satisfaction est rendu complété »

L'échantillon de patient est divisé en deux groupes. Le groupe expérimental est composé des patients qui ont séjourné en chambre « simple » alors que le groupe témoin est formé par les patients hospitalisés en chambre « double »

C. Description de l'échantillon

La taille de l'échantillon est déterminée par le taux d'occupation du service et le turn-over des patients pendant la période allant du 1er janvier 2018 au 31 mars 2018. Au terme de la période de collecte de données, nous avons réceptionné un total de 37 questionnaires de satisfaction.

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des deux groupes

	Groupe expérimental (N= 17)		Groupe témoin (N= 20)	
	n	%	n	%
Sexe				
Femme	6	0.353	7	0.350
Age				
18-40	0	0	3	0.150
41-60	4	0.235	5	0.250
61-80	12	0.705	10	0.500
>80	1	0.059	2	0.100

D. Collecte de données et analyses statistiques

Nous avons comptabilisé 90 sorties d'hospitalisation entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 mars 2018 et nous avons collecté 37 questionnaires répartis en 17 « expérimentaux » et 20 « témoins. Dès lors, notre taux de réponse atteint 41,11 %⁵⁵.

La collecte de données a consisté à relever les réponses aux 12 items extraits du questionnaire de satisfaction et à les encoder en fonction du statut chambre « simple » ou « double » coché par le patient. Le statut de la chambre détermine le groupe auquel le patient est attribué.

En outre, des données extraites des enquêtes de satisfaction de l'année 2017 ont été fournies par la cellule « Qualité et Amélioration Continue » du CHU UCL Namur. L'extraction de ces

⁵⁵Donnée produite par la cellule de gestion et data management du CHU UCL NAMUR le 30/04/2018

données a été ciblée sur les résultats pour les 12 items sélectionnés (cfr supra) dans les enquêtes de satisfaction des patients qui ont séjourné en chambre simple entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 mars 2017.

Les questions qui composent l'enquête attendent toutes que le patient s'exprime en situant son « degré d'accord » sur une échelle de Likert à 5 niveaux (où 1 = pas du tout d'accord et 5 = tout à fait d'accord).

Pour effectuer nos analyses, nous avons attribué un pourcentage à chaque réponse de la manière suivante : 1=0% ; 2=25% ; 3=50% ; 4=75% ; 5= 100%. Cette liberté statistique permet une meilleure visualisation lors de la présentation des résultats et rend la comparaison de nos données avec celles de 2017 possible car elle est appliquée par la cellule « Qualité et Amélioration Continue ».

L'analyse statistique a consisté à comparer le niveau de satisfaction exprimé en pourcentage pour les trois groupes : le groupe expérimental, le groupe témoin 2018 et le groupe témoin 2017. Etant donné la petite taille de notre échantillon, nous avons réalisé des tests exact de Fisher (test non paramétrique) pour tester l'hypothèse qu'il existe un effet des tableaux de communication sur le niveau de satisfaction

E. Validité du test et sources de biais

L'étude est menée en simple aveugle. Les patients ne savent pas que le tableau fait l'objet d'une étude et que l'impact du tableau est mesuré à travers le questionnaire de satisfaction. En effet, comme à l'habitude les questionnaires de satisfaction sont collectés au moment de la sortie du patient. Précisons qu'aucune démarche supplémentaire par rapport à l'accoutumée (c'est-à-dire un simple rappel la veille ou le matin du jour de sortie) n'a été entreprise pour inciter le patient à remplir l'enquête.

Par contre, avant la mise en œuvre de la phase expérimentale, afin de faciliter l'adhésion et la compliance à participer au projet, les professionnels qui appartiennent à l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de soins, ont reçu une information au sujet du protocole. Il se peut, dès lors, que leurs habitudes de travail notamment en matière de communication avec les patients aient été quelque peu modifiées par cette information reçue. En poursuivant cette idée, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'utilisation fréquente et répétée du support de communication dans les chambres « simple » ait pu influencer la nature des communications avec les patients séjournant dans les chambres « double » qui n'en sont pas équipées.

Etant donné la courte période de collecte de données, la taille réduite de notre échantillon diminue la puissance statistique de nos analyses. Dès lors, nous pourrions tout au plus discuter de l'éventualité d'une tendance. Pour les mêmes raisons, les résultats ne permettront pas d'établir une éventuelle corrélation entre l'intervention et l'impact sur le niveau de satisfaction des patients mais nous tenterons malgré tout de mettre en évidence l'existence d'une association entre le niveau de satisfaction et l'implémentation du tableau de communication.

Il faut noter que certains patients ont connu un changement de statut de leur chambre en cours de séjour. Dès lors, une proportion inconnue des questionnaires est sujette à un biais car ces changements impliquent que certains patients ont connu l'intervention en chambre simple et puis ont poursuivi l'hospitalisation en chambre double et inversement. Rappelons que l'attribution au groupe témoin ou au groupe expérimental a été fixée selon la case cochée sur la première page du questionnaire.

Un biais à considérer réside dans le fait que les personnes bénéficiant de ressources financières confortables possèdent régulièrement une assurance privée couvrant leurs frais d'hospitalisation leur donnant accès à l'hospitalisation en chambre simple sans raisons médicales. Nous savons qu'il existe une corrélation entre le niveau d'éducation et les ressources financières et que par ailleurs une étude (cfr point 2.1.2, les caractéristiques sociodémographiques) conclut que les patients présentant un niveau élevé d'éducation sont en moyenne moins satisfaits que les patients dont le niveau est bas.

Plusieurs biais peuvent potentiellement exister lors de la comparaison avec les données relatives aux patients séjournant en chambre « simple » au premier trimestre de l'année 2017. Premièrement, à cette période l'unité de soins était implantée dans des locaux provisoires en attente de la transformation et la rénovation complète des locaux actuels au sein desquels s'est déroulée notre étude. Les locaux « provisoires » faisaient état d'une vétusté régulièrement dénoncée par les patients tant sur le terrain qu'à travers les commentaires rédigés dans les enquêtes de satisfaction, Il est probable que cette différence de contexte peut avoir un impact non négligeable sur les résultats d'enquêtes de satisfaction et donc sur le seuil de significativité de nos analyses statistiques. Deuxièmement, la composition de l'équipe soignante au sens large a également changée. Or, les interactions singulières du patient avec chaque professionnel influence son niveau de satisfaction. La satisfaction liée à ces échanges humains est elle-même influencée en fonction de critères rationnels, irrationnels, personnels, fluctuant dans le temps et dans l'espace. Néanmoins, il est fort à croire que certaines

personnes sont davantage « productrice de satisfaction » que d'autres par leurs attitudes, par leurs connaissances, par leur proactivité,...En outre, ces aspects peuvent à leur tour varier en fonction des conditions de travail, des comportements du chef d'équipe, de la reconnaissance individuelle,....

En outre, comme nous l'avons vu dans notre recherche bibliographique, la littérature décrit l'existence de nombreux facteurs qui influencent la mesure du niveau de satisfaction des patients. Le contrôle de la variabilité de ces facteurs n'étant pas une exigence de ce type de recherche et toutes autres choses ne pouvant pas être égales par ailleurs, il nous faudra, cependant, adopter une attitude réservée et prudente lors de l'interprétation et de la discussion des résultats.

F. Résultats

Tableau 5 : Différences de taux de satisfaction global

groupe	N	% satisfaction	p valeur	Odds Ratio	IC 95%
Expérimental	17	92,45			
Témoin 2018	20	88,77	1	1,75	0,08 ; 111,26
Témoin 2017	51	81,77	0,43	3,38	0,41 ; 159,41
Témoin 2017-2018	71	83,74	0,44	3,32	0,41 ; 147,59

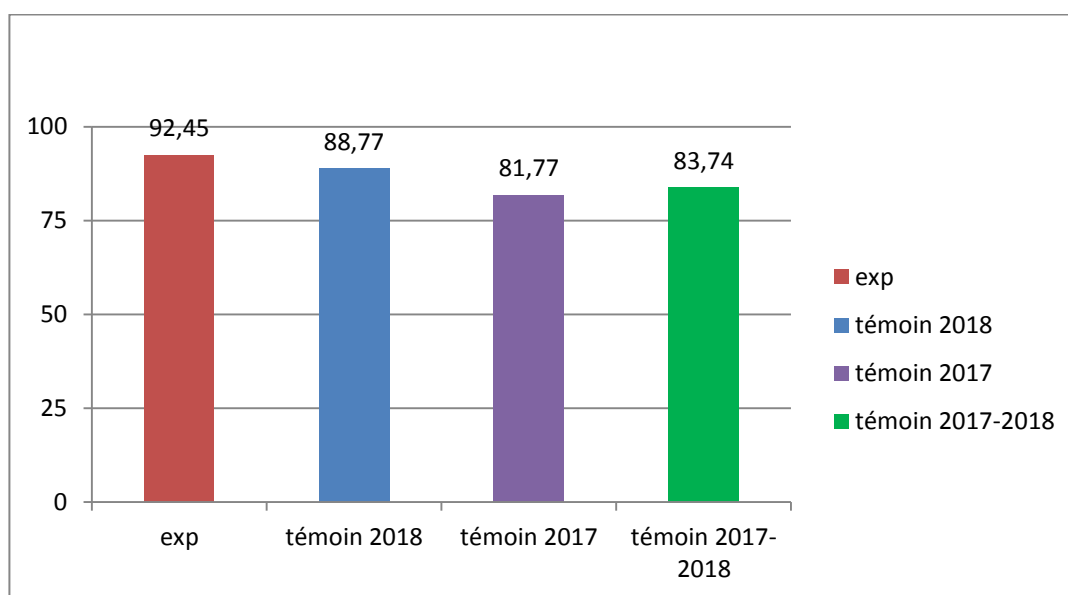


Figure 2 : Comparaison du taux moyen de satisfaction global

Tableau 6 : Taux moyen de satisfaction global lié à l'information (Q1, Q2A, Q2B, Q6, Q9, Q11)

Groupe	N	% de satisfaction	p valeur	Odds ratio	IC 95%
Expérimental	17	90,78			
Témoin 2018	20	85,21	1	1,31	0,13 ; 17,73
Témoin 2017	51	75,69	0,490	2,28	0,42 ; 23,41
Témoin 2017-2018	71	78,37	0,507	1,99	0,39 ; 19,9

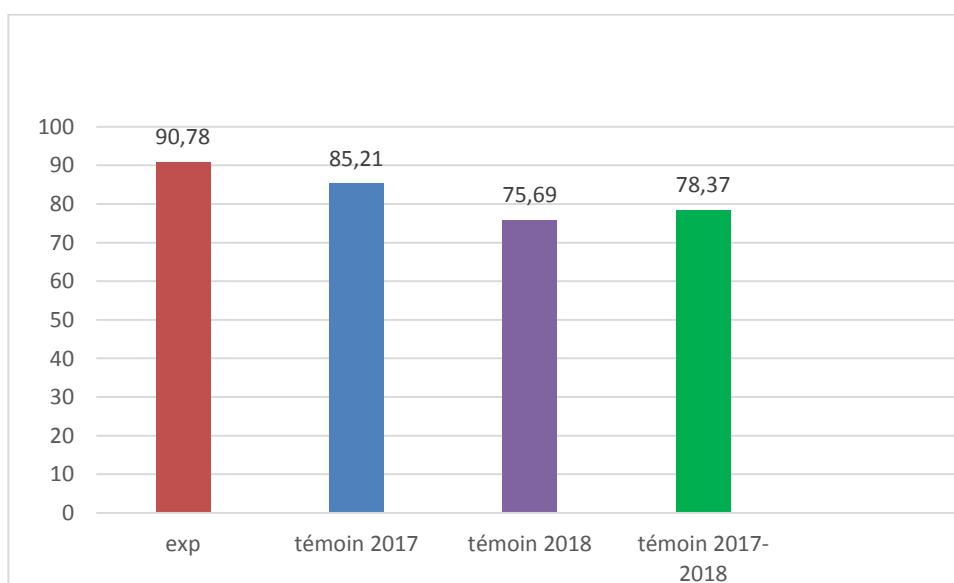


Figure 3 : Taux moyen de satisfaction pour les questions liées à l'information (Q1, Q2A, Q2B, Q6, Q9, Q11)

Tableau 7 : Différences de proportions qui sont significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin 2018 pour chaque score de réponses.

réponse	n exp (N=204)	% exp	n témoin (N=240)	% témoin	Diff % (pvaleur)
1	0	0	3	0.013	0.0485*
2	1	0.0049	10	0.041	0.008**
3	6	0.029	10	0.041	0.2483
4	42	0.206	33	0.138	0.0281*
5	134	0.657	161	0.67	0.3745
NC	21	0.103	23	0.096	0.4052

*significatif ($\alpha=0.05$)

**très significatif ($\alpha=0.01$)

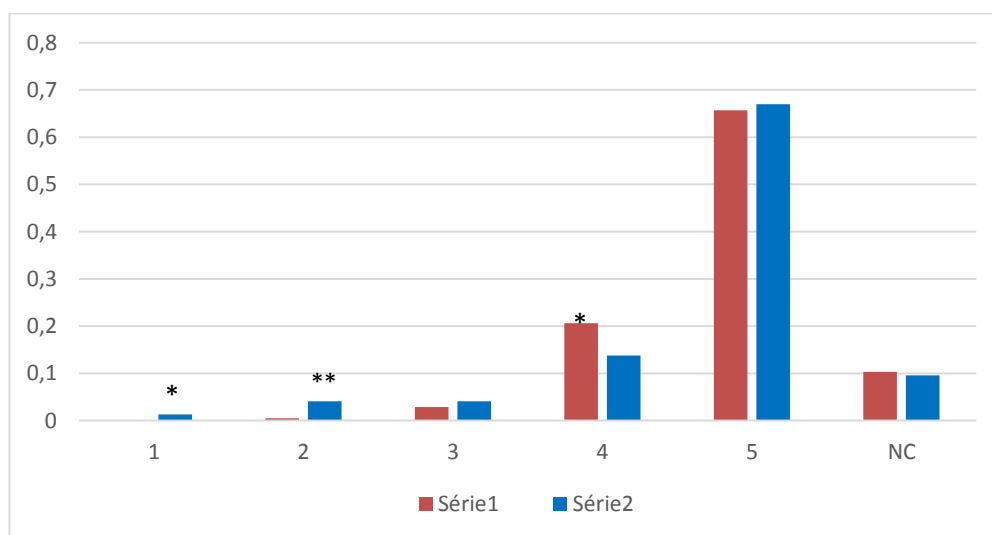
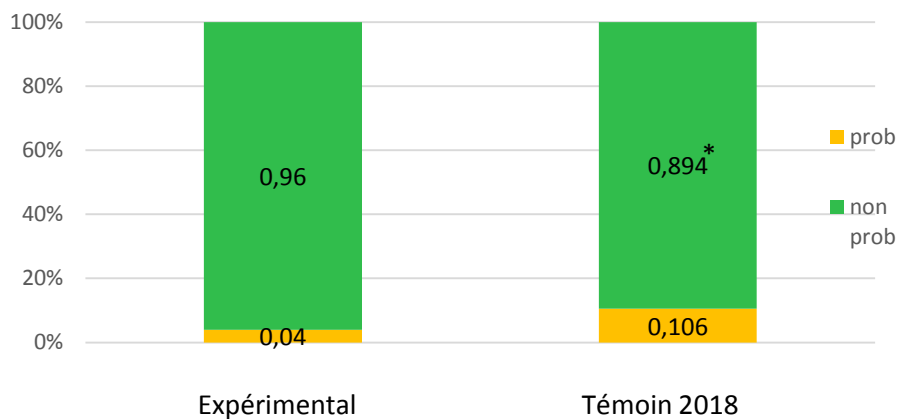


Figure 4 : Proportion des réponses entre le groupe expérimental et le groupe témoin 2018.

Les figures ci-dessous montrent la proportion de réponses « non-problématiques » et de réponses « problématiques » dans chaque groupe. Les réponses considérées comme problématiques sont celles qui ont reçu les scores allant de 1 à 3 sur une échelle de 5 où 1= pas du tout d'accord et 5 = tout à fait d'accord. Les réponses NC = non-concernées sont ignorées et ne sont pas reprises au dénominateur.

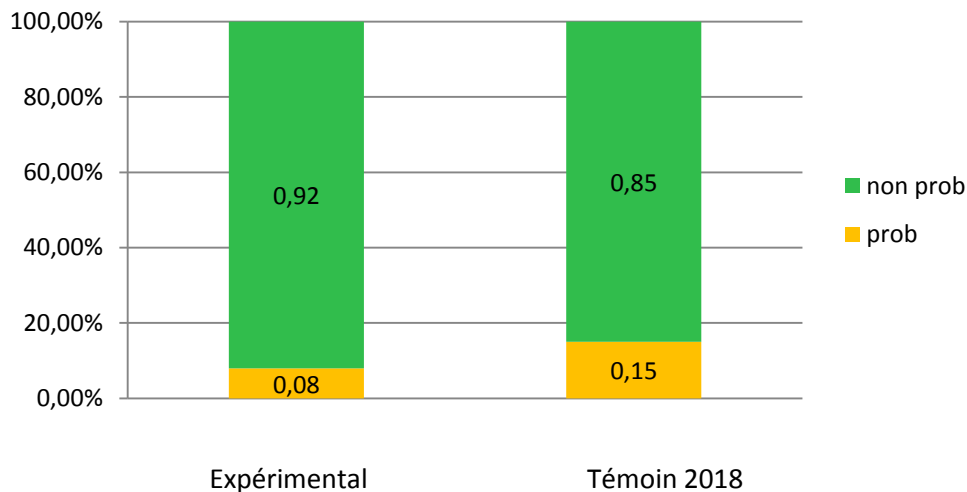


*Différence de proportion significative (p valeur = 0.013)

Figure 5 : Différence de proportion de réponses « problématiques » pour tous les items

Mesure d'association (CHI² d'association)

Nous avons réalisé un test de CHI² pour établir une association entre la variable « réponse problématique » et la variable « groupe ». Sous l'hypothèse H₀, les deux variables sont indépendantes. Nous obtenons un χ^2_{obs} de 6,25. Ceci nous amène à rejeter l'hypothèse nulle (au seuil critique $\alpha=0,05$)



p valeur = 0.1348

Figure 6 : Différence de proportion de réponses « problématiques » pour les questions en lien avec l'information.

G. Discussion

L'analyse comparative des taux de satisfaction globale met en évidence que les patients du groupe expérimental obtiennent de meilleurs résultats. Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, nos résultats nous permettent de dégager une tendance parmi les patients hospitalisés qui semblent plus satisfaits lorsqu'ils ont bénéficiés du support de communication implémenté grâce à notre projet. Il est à noter que cette tendance se marque alors que les taux de satisfaction sont élevés dans tous les groupes.

La comparaison du groupe expérimental avec les témoins de 2018 nécessite quelques commentaires. En effet, nous avons vu que les attentes des patients sont des facteurs d'influence du niveau de satisfaction et que, par ailleurs, le niveau d'éducation et les ressources financières sont des facteurs socio-économiques confondants avec le niveau des attentes. Notre expérience du terrain nous permet d'affirmer que les patients qui possèdent ces ressources sont également détenteurs d'assurances privées leur offrant l'accès à l'hospitalisation en chambre individuelle. Dès lors, bien que des efforts aient été réalisés pour que la répartition des patients de l'étude dans un groupe soit aléatoire, nous ne pouvons pas nier qu'il existe un biais associé aux caractéristiques socio-économiques. Ces arguments, nous mènent à penser qu'une partie de la population qui a bénéficié de notre intervention est aussi celle qui aurait le plus d'attentes et donc serait plus encline à être insatisfaite si celles-ci ne sont pas comblées. Dès lors, si ce biais existe, le fait de constater un taux de satisfaction

supérieur parmi le groupe expérimental constitue un argument qui plaide en faveur d'un impact positif de notre projet sur le niveau de satisfaction des patients.

Lorsque nous comparons le groupe expérimental avec les témoins de 2017, nous voyons que l'écart de taux de satisfaction est plus prononcé. Ce constat corrobore ce qui précède avec la prudence qui est de mise lorsqu'on sait que le contexte et l'environnement a radicalement changé suite au déménagement du service en décembre 2017. Dès lors, une telle différence de taux pourrait être mise sur le compte d'une insatisfaction accentuée par la qualité plus que douteuse des infrastructures de l'année 2017. De même, en sachant que le confort et la modernité des infrastructures influencent le niveau de satisfaction, nous devons envisager qu'ils ont contribué à l'obtention d'un meilleur taux de satisfaction global parmi les patients de notre échantillon et donc à creuser encore davantage l'écart observé entre ces deux populations.

Afin de minimiser quelque peu les effets des biais susmentionnés, nous avons calculé un taux de satisfaction global proratisé en fonction des effectifs des groupes de témoins de 2017 et 2018. Nous constatons toujours une différence nette en faveur du groupe expérimental nous ramenant à l'affirmation prudente que l'implémentation du tableau de communication peut être associée à un meilleur niveau de satisfaction.

Le fait d'améliorer le taux de satisfaction des patients nous renseigne sur la pertinence de notre projet mais cela ne nous permet pas de tirer des conclusions sur la finalité du tableau qui consiste avant tout à favoriser la transmission d'informations. A cette fin, nous avons effectué une analyse portant sur un regroupement des items qui sont strictement liés à l'évaluation de la qualité de l'information.

Bien que les différences de taux ne soient pas significatives, nous observons une tendance semblable à celle mise en évidence lors de l'analyse du taux de satisfaction global. Le fait que les deux courbes de tendance présentent la même allure signifie que les items liés à l'information sont déterminant pour l'évaluation du taux de satisfaction globale. Remarquons, également, le fait que les écarts soient davantage marqués pourrait vouloir dire que la qualité perçue par rapport à la transmission de l'information est plus différencié en fonction du groupe. Ceci rejoint l'hypothèse que notre tableau a un impact positif sur la satisfaction des patients qui est liée à l'information.

En considérant les résultats observés dans le tableau 3, nous pouvons mettre en évidence que la proportion des réponses qui traduisent une insatisfaction est significativement plus élevée

parmi le groupe des témoins de l'année 2018 en comparaison du groupe expérimental. À l'inverse, la proportion de réponses qui traduisent une satisfaction est significativement plus élevée parmi le groupe expérimental. Ces deux remarques laissent penser que les patients qui ont bénéficié de notre intervention, ont une tendance à être davantage satisfaits sans pouvoir pour autant tirer de conclusion sur la relation causale de cette tendance. En effet, ces résultats ne permettent pas d'attribuer un effet quelconque du tableau de communication sur la probabilité d'être plus satisfait mais permettent néanmoins de constater que les patients, ayant séjourné en chambre « simple », sont significativement moins souvent insatisfaits et significativement plus souvent satisfaits. À l'identique, nous ne pouvons pas, non plus, affirmer que cette tendance n'est pas corrélée à un effet du tableau sur le niveau de satisfaction.

En analysant les résultats qui sont illustrés à la figure 5, nous remarquons que la proportion de réponses dites problématiques, c'est-à-dire qui obtiennent les scores de 1, 2 et 3 est significativement plus élevée dans le groupe témoin en comparaison du groupe expérimental. Cette différence notable renforce notre hypothèse selon laquelle les patients qui ont bénéficié de l'intervention sont plus souvent satisfaits. À nouveau, cette observation ne permet pas de conclure à l'existence d'une relation causale entre la variable « réponse problématique » et la variable « groupe ». Néanmoins, notre analyse statistique permet de mettre en exergue une association entre ces deux variables et de conclure qu'elles ne sont pas indépendantes ($\chi^2_{\text{obs}} = 6,25$). Cette découverte mériterait d'être investiguée plus en profondeur afin de préciser si la variabilité dans la proportion des réponses pourrait être expliquée par l'influence potentielle du tableau sur le niveau de satisfaction des patients.

En ce qui concerne les résultats illustrés à la figure 6, la même démarche que celle développée au paragraphe précédent n'a, cette fois, pas permis de mettre en évidence l'éventualité d'une association entre les deux variables lorsqu'on considère uniquement les réponses problématiques relatives aux items concernant directement l'information et la communication. Ce constat s'explique peut-être par la réduction substantielle des observations à considérer pour cette seconde analyse. Néanmoins, nous attirons l'attention sur le fait qu'il existe une différence qui, bien que non-significative en raison de notre taille d'échantillon, est suffisamment marquée pour qu'elle suscite notre intérêt. En effet, la tendance observée devrait être confrontée à un échantillon plus large afin de vérifier si l'implémentation du tableau de communication peut être associée à un niveau plus élevé de satisfaction relatif à la qualité de la transmission d'information et de la communication.

Avant de procéder à l'analyse statistique de nos données, nous avons fait le choix de ne pas inclure les réponses « non-concerné », ce qui a pour conséquence de réduire de 10% la taille de notre échantillon et de diminuer la probabilité d'atteindre le seuil de significativité ($\alpha=0.05$). Ce choix délibéré nous semble acceptable et justifié en suivant la logique de l'audit des expériences vécues qui ne peut, par définition, pas inclure les personnes qui n'ont pas vécu l'expérience. Néanmoins l'option de ne pas considérer les « non-concerné » peut être discutable lorsqu'il s'agit d'un audit de la satisfaction. En effet, nous nous devons d'évaluer les différents *scénarii* qui se cachent derrière cette réponse. Le plus évident consiste à prendre cette réponse au premier degré et donc de considérer que la personne n'est réellement pas concernée par la question car l'événement n'a pas eu lieu. Le second scénario, proche du premier, envisage cette fois que l'événement a bien eu lieu mais que la personne répondante y est totalement indifférente car il ne correspond pas à un besoin ou une attente. Le troisième scénario concerne les répondants indécis face à la question et qui choisissent l'option d'esquiver la réponse. Un quatrième scénario fait appel au concept de littératie qui concerne l'aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne. Selon nous, les deux premiers *scénarii* ne correspondent pas à des réponses problématiques. Par contre en ignorant les réponses « non-concerné », nous éliminons aussi les deux derniers scénarii qui à notre sens constituent des réponses problématiques. En définitive, le choix consiste à déterminer si les réponses « non-concerné » doivent être assimilées à des réponses problématiques ou pas. Le fait d'exclure ce type de réponses annule le débat. Or, cette attitude est couramment adoptée notamment dans un algorithme du *Picker Institute* et par la cellule « Qualité et Amélioration Continue » de notre institution.

Un raisonnement identique peut être appliqué pour les réponses « ni d'accord, ni pas d'accord ». Cette réponse doit-elle être interprétée comme un score intermédiaire (5/10) ou une position de neutralité (choix de ne pas se prononcer) ou une indécision (je ne sais pas choisir) ou comme pour la solution préconçue lorsqu'on ne souhaite pas faire de choix ou encore parce qu'on n'est pas concerné. Pour limiter cette confusion, les questionnaires à vocation psychométrique sont de plus en plus conçus en intégrant le principe du choix forcé avec une échelle de Likert à quatre niveaux au lieu de cinq.

Nos résultats doivent être interprétés en tenant compte du contexte dans lequel notre projet a débuté. En effet, nous l'avons brièvement évoqué lorsque nous avons abordé les différents biais possibles, l'unité de soins a déménagé le 18 décembre 2017 pour intégrer des locaux entièrement rénovés. Nous concevions ce déménagement comme une opportunité pour la

mise en œuvre du projet dont la chronologie coïncidait presque parfaitement avec le changement de locaux. Dans les faits, l'installation dans notre nouveau service s'est accompagnée d'un climat positif et de motivation mais ce déménagement a également bouleversé les repères des conditions de travail des membres de l'équipe. En outre, le taux élevé d'occupation du service à cette période n'a guère été un élément facilitateur pour la mise en œuvre du projet d'autant plus que nous avons augmenté, dans le même temps, notre nombre de lit de quatre unités (de 26 à 30 lits) sans pour autant augmenter les effectifs en ressources humaines. Tous ces éléments de contexte ont donné lieu à une augmentation de la charge de travail concomitamment au début de la phase test du projet, ce qui a eu pour effet de ralentir l'utilisation effective des tableaux de communication mis à disposition des patients.

Nous avons appris que l'implémentation d'un tel projet nécessite une période d'appropriation progressive basée sur l'adoption de nouveaux comportements. L'acquisition de ceux-ci ont été favorisés par notre engagement qui lui-même peut être relié au soutien et au support hiérarchique offert par la cellule « Qualité et Amélioration Continue ». Ensuite, ces nouveaux comportements sont renforcés, d'une part grâce aux réactions positives des patients et, d'autre part par le *feed-back* positif donné par le manager d'équipe.

Cependant, nous constatons qu'une partie de l'équipe n'utilise pas encore le tableau. Ceci nous amène à penser que nous devrions prévoir un programme de formation ou d'éducation à l'utilisation de ce nouvel outil. En effet, nous émettons l'hypothèse que pour une partie de nos collègues de travail, la plus-value que peut apporter le tableau n'est pas perçue et que son utilisation leur semble superflue voir inutile. Peut-être, devrions-nous expliciter chacun des objectifs poursuivis en les reliant à l'utilisation de chaque zone qui compose le tableau ? Cette démarche participerait à donner du sens à notre projet aux yeux des professionnels de soins.

Nous observons également une compliance relative à utiliser le tableau qui est dépendante de la fonction. Sans jugement, les médecins semblent moins enclins à utiliser cet outil malgré la manifestation de leur approbation lors de la phase de conceptualisation du projet. Par exemple, un médecin trouvait le projet pertinent pour le patient et porteur d'amélioration pour la communication mais force est de constater que les annotations médicales sont peu fréquentes. Dès lors, pour arriver à l'objectif de l'utilisation pluridisciplinaire, il nous faudra comprendre les raisons qui sous-tendent les réticences et peut-être proposer des améliorations de l'outil pour le faire correspondre aux besoins et aux attentes de l'ensemble des professionnels.

En ce qui concerne le sens du tableau du point de vue des bénéficiaires, il semble au regard des retours collectés sur le terrain, qu'il soit évident ou intrinsèque. En effet, notre expérience acquise au cours de la phase test montre que le design du tableau est explicite et intuitif. Après quelques brèves explications sur les modalités pratiques de son utilisation, peu de questionnement subsiste. Par ailleurs, il nous semble pertinent de partager, ici, quelques témoignages formulés par des patients qui ont bénéficié du tableau en chambre.

- Un homme (55ans) souffrant de troubles neuropsychologiques liés à des séquelles d'un accident vasculaire cérébral nous a dit : « *le calendrier est très important pour moi et je trouve qu'il est facile à utiliser* » (petit cadre aimanté qu'on déplace sur la ligne du temps composée de dates et située dans la partie).
- Une dame âgée (83 ans) qui a vécu de nombreuses hospitalisations nous partageait son impression : « *l'idée est géniale mais c'est dommage qu'il ne soit pas assez utilisé* ».-
- Un homme (50 ans) présentant des troubles phasiques nous disait : « *grâce au tableau, je sais quand ont lieu mes séances avec le logopède* ».
- Un homme (74 ans) souffrant de lésions médullaires avec un déficit moteur de type tétra-parétique nous demandait : « *Est-ce que la fréquence de rééducation vésicale notée au tableau est suffisante pour retrouver la sensation du besoin d'uriner ?* ».
- Une dame (87 ans) atteinte d'un accident vasculaire cérébral et souffrant d'hémiplégie nous confiait : « *grâce au tableau en face de moi, je me rappelle que je dois bouger ma mauvaise jambe pour ne pas avoir d'escarre* ».
- Un homme (80 ans) souffrant de troubles de la déglutition et de troubles neuropsychologiques suite à un accident vasculaire cérébral me rappelait au moment où je lui versais un verre d'eau pour prendre ses médicaments que : « *la logopède a noté au tableau la quantité de poudre (épaississant) à mélanger* ».
- De notre point de vue, le témoignage suivant nous paraît fort intéressant dans ce sens où il émane d'un patient (28ans) qui a vécu un changement de chambre en cours d'hospitalisation, passant d'une chambre simple à une chambre double. Son expérience du tableau se résume par cette phrase : « *c'est vraiment dommage qu'il n'y ait pas des tableaux dans toutes les chambres ! Ma maman qui est ergothérapeute le trouvait trop pratique* ».

A travers ces quelques extraits, nous percevons l'intérêt porté par les patients à l'égard des contenus du tableau. De plus, en tant que praticien de l'art infirmier, nous apprécions particulièrement les illustrations d'une forme d'*empowerment* qui, dans nos extraits, se

traduisent par l'adoption de comportements visant à réduire les risques de complications et contribuent en même temps à l'amélioration de la qualité des soins en termes de résultats.

Nos observations sur le terrain à propos de l'utilisation effective du tableau nous ont permis de remarquer une utilisation plus complète et régulière parmi les patients qui séjournent pendant longtemps au sein du service (majorité de séjour en revalidation). Deux hypothèses accompagnent ce constat : la première sous-entend qu'une période d'adaptation est nécessaire pour apprivoiser l'usage des différentes fonctions du tableau. La seconde hypothèse s'appuie sur la probabilité que plus la durée du séjour est longue, plus l'intérêt pour le tableau se justifie, et plus son utilité s'impose.

Mise à part une potentielle meilleure transmission d'informations, d'autres sources de satisfaction pourraient être reliées à la présence du tableau. Nous pensons, par exemple, au support ludique que cette surface représente. En effet, au cours de la phase test, nous avons fréquemment observé la présence de dessins, annotations personnelles, messages bienveillants des proches qui ornaient différentes zones du tableau. Ces témoignages de soutien, d'amour, d'amitié sont autant de choses essentielles dans l'expérience du patient (concept de soutien moral perçu). Or, ici le tableau constitue un support pour visualiser en permanence ces mots porteurs de sens. Dès lors, nous pouvons imaginer qu'une partie du sentiment de satisfaction à l'égard du tableau serait attribuable à cette fonction inattendue du support.

Dans le même ordre d'idée, certains professionnels inscrivent des messages d'encouragement ou de congratulations par rapport aux efforts accomplis en revalidation, etc...il est probable que ces messages donnent de la satisfaction au patient et ce sentiment est renforcé lorsque les proches en prennent également connaissance.

En partant du constat que le niveau de satisfaction est sensible à beaucoup de facteurs et que par ailleurs notre étude est sujette à plusieurs biais, nous devons nous obliger à évaluer la pertinence de notre choix d'outil de mesure. Cette décision était motivée par deux exigences visant à respecter le caractère scientifique d'un mémoire en santé publique. La première demande le recours à un outil de mesure validé et la seconde repose sur l'objectivité de l'observateur. Toutefois, il nous faut admettre que notre choix ne permet pas d'appréhender l'effet réel de notre intervention. Le questionnaire d'enquête de satisfaction a une portée généraliste qui ne permet pas d'isoler l'évaluation directe du tableau de communication même après notre effort de sélection des items qui pouvaient selon nous être impactés. En résumé, nous pouvons considérer avec toute la transparence nécessaire que si ce choix est limitant

pour conclure à l'efficacité du projet mené, il apporte l'avantage de l'objectivité grâce à notre méthode d'évaluation indirecte.

D'un point de vue purement scientifique, cherchant à maîtriser les effets liés au contexte, cette conclusion peut sembler compromettre la pertinence des résultats observés voir de l'entièreté de notre travail. Par contre, si nous optons pour la position d'un manager d'équipe, œuvrant dans un environnement de travail complexe, en contact permanent avec des patients et leurs familles, la rigueur scientifique est une valeur quelque peu nuancée par des observations directes qui malgré leur subjectivité nous amène à considérer nos résultats comme une source de motivation justifiant la pertinence et la viabilité de notre projet.

6. Conclusion

En conclusion, les résultats observés ne permettent pas de relier un effet potentiel du tableau de communication sur le niveau de satisfaction des patients hospitalisés. Néanmoins, nous remarquons à travers nos différentes analyses qu'une tendance peut être dégagée et que celle-ci va dans le sens de notre hypothèse de recherche qui affirmait que les patients bénéficiant de l'implémentation du tableau de communication ont un niveau de satisfaction plus élevé. Dès lors, nous pouvons dire que cette affirmation est partiellement vérifiée bien que non valable sur le plan statistique car les différences de taux de satisfaction ne sont pas significatives. Malgré le manque de puissance, nous insistons sur le fait que nos analyses nous ont, toutes fois, permis de mettre en exergue l'existence de cette tendance et que cette dernière est, non seulement, suffisamment marquée pour susciter notre intérêt mais aussi nous devons tenir compte du fait qu'elle apparait en comparant des niveaux de satisfaction très élevés dans tous les groupes. Nous pensons que la mise en évidence de cette tendance suffit à justifier de plus amples investigations afin de vérifier un éventuel effet du tableau de communication.

La prolongation de notre étude pourrait nous permettre d'élargir notre échantillon afin de produire des analyses statistiques plus puissantes. En gardant la même hypothèse de recherche, nous pourrions vérifier si la tendance dégagée se confirme et nous autoriser à attendre des résultats qui atteignent le niveau de significativité exigée pour toute démonstration scientifique.

Le respect des étapes du cycle PDSA (Plan-Do-Study-Act)⁵⁶ largement plébiscité dans le domaine de la gestion de la qualité va nous mener à procéder à l'évaluation directe de notre

⁵⁶ Selon le modèle original de « La Roue de Deming »

projet. Pour ce faire deux approches doivent être envisagées. L'une implique l'évaluation du point de vue des professionnels de la santé. L'autre prend le point de vue des bénéficiaires. Les modalités précises de ces évaluations sont déterminantes en fonction des résultats attendus et doivent encore être définies.

Une perspective d'approfondissement qui nous semble incontournable, dans le cadre d'une recherche qui concerne l'expérience et la satisfaction des patients, consiste à recourir à des méthodes qualitatives afin d'appréhender leurs vécus en profondeur. Le point de vue des patients nous semble essentiel à recueillir car ils tiennent un statut particulier dans notre projet. En effet, ils sont, en même temps, des utilisateurs, les bénéficiaires et les évaluateurs (sans le savoir) de notre projet.

En considérant tout ce qui précède, nous sommes satisfaits des résultats observés car nous pensons qu'ils sont déjà révélateurs d'une tendance positive dans l'amélioration de la satisfaction des patients. Il reste à déterminer si cette amélioration peut être attribuée en partie à une meilleure communication perçue grâce à l'intermédiaire du tableau. Tout le moins, nous sommes enthousiastes à l'idée de continuer de développer ce projet de service.

Enfin, au-delà de la fonction première de notre projet qui consiste à offrir un support facilitateur pour l'amélioration de la communication vers le patient et sa famille, nous entrevoyons le potentiel que ce tableau peut offrir en termes de construction et de suivi du projet thérapeutique. En effet, par l'annotation de recommandations et d'objectifs, le tableau de communication constitue un élément qui permet de rendre le projet thérapeutique plus tangible. Cet argument nous semble, à lui seul, suffisant pour nous motiver à diffuser notre projet à une plus large échelle. Cette diffusion pourrait s'appuyer sur les nouvelles technologies qui offrent un potentiel encore inexploité notamment dans le développement d'application au service de la communication. En effet, nous pourrions imaginer transposer notre tableau sur une interface numérisée qui offrirait de nombreux avantages inaccessibles à notre support. Cette interface serait intégrée au support *bedside* (écran tactile adapté à l'utilisation multimédia) dont les chambres sont déjà équipées. Dès lors, une extraction informatisée des données introduites par l'intermédiaire de l'application pourrait être incrémentée au dossier patient informatisé. Toutes ces prouesses « futuristes » sont désormais accessibles et nous sommes convaincus que les institutions de soins qui offriront des services de qualité rendus tangibles grâce au développement et l'exploitation des technologies modernes pourront compter sur des résultats prometteurs en termes de satisfaction de leurs patients.

7. Bibliographie

1-2, 35, 37 GUISSET A-L., SICOTTE C., LECLERCQ P., D'HOORE., *Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux*. [Version électronique]. Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104. Disponible sur le site http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_2_1553

3 LABARERE J., FRANCOIS P. *Évaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins*. Revue de la littérature. Revue d'épidémiologie et de santé publique A. 1999, vol. 47, n° 2, pp. 175-184

4 Présentation powerpoint de la cellule « Qualité et Amélioration Continue » du CHU UCL NAMUR. « *Mettre en place des mécanismes de communications entre les patients et le corps soignant pour rencontrer nos promesses* ». 23 février 2016.

5-6, 22, 24-25 VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715 [version électronique]. Consulté le 15 janvier 2018. Disponible sur https://www.wivisp.be/epidemiologie/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf

7, 9, 18-20 SITZIA J., WOOD N. *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. Social Science and Medicine 1997; 45(12):1829-1843. Cités dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.

8 DONABEDIAN A. *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44:166-206. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715

10 LINDER-PELZ S. *Toward a theory of patient satisfaction*. Social Science & Medicine 16, 1982, pp 577-582. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715

11 FITZPATRICK R., HOPKINS A. and Harvard-Watts O., *Social dimensions of healing: a longitudinal study of outcomes of medical management of headaches*. Social Science & Medicine 17, 1983, pp 501-510. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715

12, 28-29, 34 BIELEN F. *Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière. Sous-titre : L'hôpital centré sur le patient, Etude de l'offre et de la demande*. Thèse publiée sous la référence N°372 de la Collection de la Faculté de Sciences Economiques, Sociales et Politiques de l'Université Catholique de Louvain, Editions CIACO, 2001, 457 pages.

13 ABRAMOWITZ S., COTE A., BERRY E. *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach*. Quality Review Bulletin 13, 1987, pp 122-130.

14, 23 BOND S., THOMAS L.H., *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of Advanced Nursing 17, 1992, pp 52-63. Cité dans ABRAMOWITZ S., COTE A., BERRY E. *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach*. Quality Review Bulletin 13, 1987, pp 122-130.

- 15 ANAES. *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé*. Revue de la littérature médicale, Paris, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. 1996
- 16 HALL J., DORNAN M.C. all, J. A. and Dornan, M. C. (1990) *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis*. Social Science & Medicine 30, pp 811-818. Cité dans VAN DER HEYDEN J. Satisfaction du patient, enquête de santé par interview, 2008. p 710-715.
- 17 CROW R, et al. *The measurement of satisfaction with health care : implications for practice from a systematic review of the litterature*. Health Technologies Assessment. 2002;6 (32):1-244. Cité dans VAN DER HEYDEN J. Satisfaction du patient, enquête de santé par interview, 2008. p 710-715.
- 21 WILLIAMS B. *Patient satisfaction : a valid concept?* Social Sciences and Medecine 1994; 38(4):509-516. Cité dans VAN DER HEYDEN J. *Satisfaction du patient, enquête de santé par interview*, 2008. p 710-715.
- 26 VUORI H. *Patient satisfaction, does it matter?* Quality Assurance Health Care 1991; 3(3):183 189. Cité dans VAN DER HEYDEN J. Satisfaction du patient, enquête de santé par interview, 2008. p 710-715
- 27 WARE J.E, SNYDER M.K., WRIGHT R., DAVIES A. R. *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. Evaluation and Program Planning 6, 1983, pp 247-263. Cité dans VAN DER HEYDEN J. Satisfaction du patient, enquête de santé par interview, 2008. p 710-715
- 30 D'HOORE W., *Mise en œuvre de l'évaluation de la qualité des soins par l'approche des résultats*, Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université Catholique de Louvain. 1993. Cité par Bielen F. en 2001.
- 31 PARIS M. C. (1994), "*Gestion hospitalière : des contraintes aux opportunités*", Gestions Hospitalières, n° 336, pp. 369-371. Cité par Bielen F. en 2001
- 32-33 DUSSAULT G. *L'analyse des systèmes de santé : un cadre conceptuel*, Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal, 1994, 44 pages.
- SAULQUIN J. Y. *Le concept d'efficacité. Acceptations et perceptions dans le contexte du Soin*. Centre d'Etudes et de Recherche en Marketing et Organisation(France) n°144, Mai 1995 repris dans BIELEN F. Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière. Sous-titre : L'hôpital centré sur le patient, Etude de l'offre et de la demande. Thèse publiée sous la référence N°372 de la Collection de la Faculté de Sciences Economiques, Sociales et Politiques de l'Université Catholique de Louvain, Editions CIACO, 2001, 457 pages
- 36 STORDEUR S., VANDENBERGHE C., D'HOORE W. *Influence du leadership de l'infirmière-chef et du climat de coopération infirmières/médecins sur la de satisfaction de l'équipe, son efficacité et sur la satisfaction des patients*, Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé, Porto, septembre 2000.
- 38 WAGGONER D.B.n NEELY A.D, KENNEDY M.P. *The forces that shape organisationnal performance measurement Systems: an interdisciplinary review*, International Journal of Production Economies 1999. 60-61, 53-60. Cité par Ann-Lise Guisset et al., en 2016

39 FOTTLER M.D., 1987, *Health care organizational performance: present and future research*, Journal of Management, 13, 367-391. cité par Ann-Lise Guisset et al., 2016.

41 BERWICK D. « *What « patient-centered » should mean: confessions of an extremist »* Health Affairs, 28, no.4 (2009): pp 555-565

43 MELDER A., GARRUBA M., ALLEN K.. *Measuring Patient Experience: A literature review*. Centre for Clinical Effectiveness, Monash Innovation and Quality, Monash Health, Melbourne, Australia. 2013

44 DE SILVA D. *Measuring Patient Experience. Evidence Scan*. London: Health Foundation; June 2013.

45 DEVLIN N., APPLEBY J. *Getting the most out of proms Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making*. The King's Fund. Mars 2010.

Sources web

www.chmoucron.be

www.health.belgium.be

www.paqs.be

<https://kce.fgov.be/fr/etude-comparative-des-programmes-d'accréditation-hospitalière-en-europe>

http://www.gbsvbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopi_taux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf

https://www.wivisp.be/epidemiologie/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf

JONCKHEERE ANTOINE

Master en Sciences de la Santé Publique-2^{ème} Année

Titre du mémoire : L'implémentation d'un tableau de communication dans les chambres d'une unité de soins permet-elle d'améliorer la satisfaction des patients hospitalisés ?

Promoteur et Co promoteur : Pr. De Coster P. et Bouzette A.

RESUME

En Belgique, les modalités de financement des hôpitaux basées sur l'activité ont progressivement installé un environnement concurrentiel incitant les hôpitaux à développer des plans stratégiques qui doivent garantir leur survie au sein du paysage à condition qu'ils attirent toujours davantage de patients. Dorénavant, les gestionnaires d'hôpitaux doivent composer avec des indicateurs d'activité, des mesures de part de marché et autres outils de gestion importés du secteur marchand. En dehors de ces aspects micro- et macroéconomiques, cette mise en concurrence constitue un moteur pour l'amélioration de la qualité et la recherche de performance. Le simple fait de se comparer à ses semblables permettant, au moins, la remise en question des pratiques. C'est dans ce contexte que les institutions hospitalières qui composent le paysage des soins de santé en Belgique réalisent un *benchmarking* du niveau de satisfaction de leurs patients. L'analyse des enquêtes de satisfaction révèle une source d'insatisfaction liée au manque d'information. C'est dans une perspective d'amélioration de l'information qu'a mûri notre projet d'implémentation d'un support de communication au sein de l'unité de soins dans laquelle nous travaillons. L'hypothèse de recherche se résume par l'affirmation : le niveau de satisfaction des patients qui bénéficient d'un tableau de communication dans leur chambre est plus élevé.

Notre échantillon de données est constitué des réponses au questionnaire d'enquête de satisfaction institutionnel qui nous a servi d'instrument de mesure. La collecte de données s'est déroulée pendant 3 mois au cours desquels nous avons comptabilisé un total de 37 questionnaires répartis en 17 expérimentaux et 20 témoins. Le groupe expérimental est constitué de patients qui ont bénéficié de l'installation d'un tableau de communication dans leurs chambres d'hospitalisation. Les analyses statistiques ont consisté à comparer les niveaux

de satisfaction de ces deux groupes. Un troisième groupe, constitué de données historiques issues de 2017, a été utilisé dans nos analyses pour contrôler un biais lié au statut « simple » ou « double » de la chambre d'hospitalisation.

Les résultats observés ne permettent pas de relier un effet du tableau de communication au niveau de satisfaction des patients hospitalisés. Cependant, nous remarquons à travers nos analyses qu'une tendance peut être dégagée et que celle-ci va dans le sens de notre hypothèse de recherche, bien que, non valable sur le plan statistique car les différences de taux de satisfaction ne sont pas significatives. Néanmoins, notre intérêt par rapport à l'existence de cette tendance est suscité par son allure suffisamment marquée, et renforcé lorsque nous savons qu'elle apparaît malgré des niveaux de satisfaction très élevés dans tous les groupes. Ce constat nous semble suffisant à justifier de plus amples investigations afin de vérifier un éventuel effet du tableau de communication.

Une perspective d'approfondissement qui nous semble incontournable dans le cadre d'une recherche qui concerne l'expérience et la satisfaction des patients consiste à recourir à des méthodes qualitatives afin d'appréhender leurs vécus en profondeur. Le point de vue des patients nous semble essentiel à recueillir car ils tiennent un statut particulier dans notre projet. En effet, ils en sont, en même temps, des utilisateurs, les bénéficiaires et les évaluateurs. Les enseignements produits par ces recherches nous serviront de substrat pour le développement d'améliorations de notre outil avant d'envisager une diffusion élargie de son utilisation.

Mots-clés : satisfaction-patient, expérience-patient, gestion de projet, tableau de communication.

