

Faculté de santé publique

Étude corrélationnelle de la qualité des soins
perçue par les patients en regard de leur prise en
charge par du personnel soignant intérimaire.

Mémoire réalisé par
Van Droogenbroeck Jerry

Promoteur : Monsieur Louiset Mathieu
Co-promoteur : Professeur D'Hoore William

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité gestion

REMERCIEMENTS

J'exprime ma profonde gratitude au Professeur William D'HOORE et à Monsieur Mathieu LOUISET, mes promoteur et Co-promoteur pour leur accompagnement, leur patience et leur confiance tout au long de la réalisation de ce mémoire. Leurs conseils, suggestions, expertises ont contribué à alimenter ma réflexion et permis l'aboutissement de ce travail.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes pour leur soutien dans l'accomplissement de cette recherche :

Madame Hélène GARIN pour sa disponibilité et sa patience lors du développement de la partie analyse de ce travail.

Madame Sylvie HANNON pour m'avoir réconcilié avec les équations de recherche des différents moteurs de recherche de données bibliographique tel que PubMed, Embase, Cochrane, pour ne citer qu'eux...

Je remercie également mes lecteurs qui ont acceptés de faire partie du jury lors de ma soutenance du mémoire :

Madame Joëlle DURBECQ, directrice du département infirmier des Cliniques Universitaires Saint-Luc et présidente du jury.

Monsieur Geoffroy BERCKMANS, coordinateur qualité à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. Plus qu'un lecteur, son expérience personnelle sur la qualité des soins et ses encouragements m'ont été d'une grande aide.

Enfin je tenais également à remercier mes collègues et amis Isabelle, Carine, Bénédicte, Marie, Evelyne qui ont rendu ce travail possible...

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 étudiant·e·s 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.

RÉSUMÉ

Face à la pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux, le secteur de la santé a recours à du personnel temporaire pour assurer la prise en charge quotidienne des patients. Cette approche présente certains avantages, notamment en permettant aux institutions de soins une flexibilité opérationnelle et la capacité de s'adapter aux fluctuations de la demande. L'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles ne faisant pas exception à la règle, il fait également appel à des soignants intérimaires pour assurer la continuité des soins.

La satisfaction des patients devenant un critère important pour évaluer la qualité des soins, ce travail pose la question de recherche suivante : « La prise en charge du patient par des infirmiers d'agences à l'hôpital Saint-Pierre influence-t-elle sa perception sur la qualité des soins reçus ? Pour éprouver cette problématique, cette étude énonce les hypothèses de recherche suivantes : Une proportion plus élevée de personnel temporaire est associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant « l'attitude du personnel infirmier », « l'information reçue », « les soins et la prise en charge » et « l'évaluation globale ». Afin de répondre à ces hypothèses, deux cent neuf patients répartis dans quatre services hospitaliers ayant recours à du personnel temporaire, ont répondu à un questionnaire de satisfaction auto-administré, développé par BSM management. La période de récolte a duré 4 mois. Les indicateurs composites en lien avec les hypothèses sont le résultat de la somme simple issue de variables distinctes présentes dans le questionnaire et mesurées à l'aide d'échelles de Likert. L'analyse des données suit une méthode quantitative et le coefficient de corrélation de Pearson est la mesure statistique utilisée pour définir la relation entre les variables. Ces analyses ont été réalisées grâce au logiciel SPSS.

Les résultats suggèrent que la qualité des soins perçue par le patient est maintenue lorsque l'on a recours à des prestataires intérimaires. Pour certaines variables, cette perception s'avère même meilleure lorsqu'ils sont présents. Sur cette base, nous émettons des recommandations sur leur participation au maintien, voire à l'amélioration de la qualité de vie au travail des infirmiers du terrain.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	X
INTRODUCTION	11
1.1 La pénurie d’infirmier dans le domaine de la santé	11
1.1.1 Situation en Belgique en quelques chiffres	12
1.1.2 Dotation infirmière dans les hôpitaux belges.....	13
1.2 Les ressources intérimaires comme alternative à la pénurie de soignant dans les hôpitaux.....	13
1.2.1 Infirmiers temporaires	14
1.2.2 Situation au CHU-Saint-Pierre.....	14
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	17
1.3 Modèle conceptuel lié à l’utilisation de prestataires d’agences.....	17
1.4 Précédentes recherches sur le sujet.....	19
1.4.1 Travailleur temporaire et mortalité patient.....	20
1.5 Que faut-il retenir ?	22
1.6 Question de recherche	22
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE.....	24
1.7 Qualité des soins	24
1.7.1 Définition	24
1.7.1.1 L’efficacité des soins	24
1.7.1.2 L’adéquation des soins	25
1.7.1.3 La sécurité des soins	25
1.7.1.4 La continuité des soins.....	25
1.7.1.5 L’équité du soin	26
1.7.1.6 La prise en charge centrée sur le patient.....	26
1.7.2 Approche patient :	26
1.7.2.1 Satisfaction.....	27
1.7.2.2 Utilisation en Belgique	28
CHAPITRE III METHODOLOGIE.....	29
1.8 Objectifs.....	29
1.9 Introduction de la méthodologie.....	29
1.9.1 Méthode choisie	29

1.9.2	La recherche corrélacionnelle	29
1.10	Dispositif de collecte des données	30
1.10.1	Outil de collecte des données :	30
1.10.2	Les variables	31
1.10.3	Les indicateurs composites ou « synthétique »	31
1.10.4	Technique de collecte des données	33
1.11	Description de l'échantillon	34
1.11.1	Public cible.....	34
1.11.1.1	Critères d'Inclusion	34
1.11.1.2	Critères d'exclusion	35
1.11.1.3	Echantillon.....	35
1.12	Analyse des résultats :	36
1.13	Considérations éthiques :	36
CHAPITRE IV RÉSULTATS.....		39
1.14	Nombre de répondants par unité.....	39
1.15	Présentation de l'échantillon	39
1.16	Résultat descriptif des indicateurs composites et de leurs variables distinctes.....	40
1.17	Résultat descriptif des indicateurs composites par services	42
1.18	Résultats des différences de moyennes de satisfaction entre unités.....	43
1.19	Analyse du lien entre les indicateurs composites et la proportion d'intérimaires.....	46
1.19.1	Description de la variable indépendante	46
1.19.2	Description des variables dépendantes	47
1.19.3	Résultats des corrélation bivariées entre la proportion d'intérimaire et les indicateurs composites	47
1.20	Analyse du lien (corrélation) entre les indicateurs simples et la proportion d'intérimaires .	48
CHAPITRE V DISCUSSION		50
1.21	Évaluation du plan de recherche	50
1.21.1	La qualité des soins perçue	50
1.21.2	La revue de la littérature	51
1.21.3	Le questionnaire et ses limites	51
1.21.4	Les indicateurs composites.....	52
1.21.5	Distribution des enquêtes	52
1.21.6	La récolte des données.....	52
1.22	Indicateurs de satisfaction et d'expérience patient.....	53
1.23	Indicateurs et proportion d'intérimaire.....	55
1.24	Perspectives.....	58

1.24.1	Préambule	58
1.24.2	Recommandations.....	60
1.24.3	Démarche participative	61
1.24.4	Redéfinition des profils.....	62
1.24.5	L'intérim comme solution ?	62
1.25	Les limites et suggestions	64
CONCLUSIONS		66
BIBLIOGRAPHIE.....		67
ANNEXES.....		72

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: HISTOGRAMME DE LA DISTRIBUTION DU NOMBRE D'INTÉRIMAIRE INFIRMIER EN ETP PAR MOIS AU CHU SAINT-PIERRE	15
FIGURE 2: HISTOGRAMME DE LA DISTRIBUTION DU POURCENTAGE D'INTÉRIMAIRES INFIRMIERS PAR SERVICE AU CHU SAINT-PIERRE DU PREMIER SEPTEMBRE 2022 À 2023	15
FIGURE 3: HISTOGRAMME DE LA DISTRIBUTION DU POURCENTAGE D'INTÉRIMAIRES INFIRMIERS PAR UNITÉ DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE AU CHU SAINT-PIERRE DU PREMIER SEPTEMBRE 2022 À 2023	16
FIGURE 4: CASTLE'S MODEL.....	17

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1 : VARIABLES, INDICATEURS, MODALITÉS ET INSTRUMENT STATISTIQUE À L'ÉTUDE	37
TABEAU 2: NOMBRE DE RÉPONDANTS PAR SERVICE	39
TABEAU 3: CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON (N=209)	40
TABEAU 4 : RÉSULTATS DESCRIPTIFS DES INDICATEURS ET DES VARIABLES DISTINCTES.	41
TABEAU 5 : RÉSULTATS DESCRIPTIFS DES INDICATEURS COMPOSITES PAR UNITÉ (407 – 408 – 507 - 409).....	42
TABEAU 6 : RÉSULTAT DES TESTS T POUR ÉCHANTILLONS INDÉPENDANTS POUR LES SCORES DES INDICATEURS COMPOSITES DES UNITÉS 407-408, 407-507,507-408.....	43
TABEAU 7 : RÉSULTATS TESTS U DE MANN-WHITNEY POUR LES SCORES DES INDICATEURS COMPOSITES ENTRE LES UNITÉS 407-409, 507-409, 408-409	44
TABEAU 8 : RÉSULTATS DESCRIPTIFS DES VARIABLES DISTINCTES DE L'UNITÉ 409 (N=28).....	45
TABEAU 9 : PROPORTION D'INTÉRIMAIRE DES UNITÉS 407-408-507-409 POUR LES QUATRE PREMIERS MOIS DE L'ANNÉE 2024.....	46
TABEAU 10 : COEFFICIENTS DE CORRÉLATIONS R DE PEARSON POUR CHAQUE HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.	48
TABEAU 11 : COEFFICIENTS DE CORRÉLATIONS R DE PEARSON POUR LES VARIABLES SIMPLES ET LA PROPORTION D'INTÉRIMAIRES	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

DI-RHM	Données infirmières du résumé hospitalier minimal
DPI	Dossier patient informatisé
DMS	Durée moyenne de séjour
ETP	Equivalent temps plein
IOM	Institute of medicine
ISQUA	The International Society for Quality in Health care
KCE	Centre Fédéral d'Expertise de Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PREM	Patient-reported Experience measures
PROM	Patient-reported outcomes measures
SPF	Service Public fédéral
VPP	Vlaams Patiënten Platform

INTRODUCTION

Ma question de recherche découle d'un constat observé au sein du CHU Saint-Pierre de Bruxelles, dans lequel je preste en tant que responsable des ressources mobile et intérim depuis 2 ans. Au fil des années, il est devenu incontournable que les infirmiers accomplissent leurs tâches en collaboration avec des prestataires externes. Cette situation est vécue dans de nombreux pays, où les directeurs d'hôpitaux font appel à du personnel temporaire pour faire face au manque de ressource, aux absences pour maladie et à l'évolution des modes de travail (1). Mes pistes de réflexions pour arriver à la question de recherche ont porté dans un premier temps sur la pénurie de soignants dans le monde et en Belgique. J'aborderai ensuite les alternatives mises en place pour pallier cette carence, notamment le recours au personnel intérimaire, puis son influence potentielle sur la qualité des soins et la perception du patient dans ce contexte.

1.1 La pénurie d'infirmier dans le domaine de la santé

La problématique visée dans cet ouvrage touche le domaine de la santé, considéré comme l'un des piliers fondamentaux de nos sociétés modernes (2). Il lui assure son bien être individuel et collectif et son développement durable. Il tend à jouer un rôle protecteur et de sécurité, à soutenir d'autres secteurs (comme l'éducation, le système de retraite, la vie économique), à la stabilisation sociale, à s'investir dans la recherche et à l'innovation, à jouer un rôle sur le coût économique des maladies, à développer un sens moral et éthique, à soutenir la vie sociale en offrant des services de soins, de réadaptation et de prévention.

La santé et le bien-être sont d'importants moteurs du développement économique et social, entraînant une augmentation de la productivité du travail, un vieillissement en bonne santé de la population et une réduction des dépenses consacrées aux services sociaux liés à la santé. En assurant des soins optimaux, les infirmiers ont un rôle primordial à jouer au centre de ce système. C'est une ressource précieuse qui permet d'atteindre les objectifs en matière de soins de santé (3). Au regard des chiffres présentés par l'OMS¹, les moyens mis en place pour répondre à ces besoins sont insuffisants.

¹ Il s'agit de l'institution spécialisée de l'Organisation des nations unies (ONU) pour la santé publique créée en 1948.

En effet, on prévoyait une pénurie mondiale de 5,9 millions d'infirmiers en 2020, l'OMS estime que ce déficit en personnel soignant passera à 14 millions d'ici 2030 (4).

1.1.1 Situation en Belgique en quelques chiffres

La Belgique occupe la 5^{ème} place en Europe en termes de nombre d'infirmiers par habitant soit 11 par 1000, ce nombre connaît une augmentation constante dans les services généraux (médecine interne et chirurgie).

Cette étude provenant du KCE², nous renseigne aussi que 10% des soignants souhaitent quitter la profession (5), à ma connaissance aucune recherche ne démontre si cela s'est confirmé dans la réalité. Selon les dernières données du S.P.F. Santé publique qui datent de 2018, le nombre de professionnels habilités à exercer la profession d'infirmier est de 214.352. Parmi ce nombre 59% (126.496) sont actifs dans le secteur des soins de santé (6). Ce qui veut dire que 41% de professionnel soignant n'exerce pas dans le milieu de la santé, et travaille dans d'autres domaines ou ne travaille pas.

Selon certains auteurs, le nombre d'infirmiers en Belgique ne suffit pas à répondre aux besoins croissants de soins, et les formations de soignants ne combleront pas ces exigences (7). Les hôpitaux belges dispose d'un infirmier pour 9.4 patients en moyenne, ce qui reste insuffisant selon les normes internationales qui nous renseigne qu'au-delà de 8 patients par soignants la sécurité n'est plus assurée (7).

Ce défi national s'est aggravé non seulement par le passage des études infirmières de 3 à 4 ans en 2016 conformément aux normes européennes (il manquait à l'époque 2.300 heures de stage en Belgique) et par la crise covid, en impactant d'une part les orientations de carrière mais aussi la volonté de poursuivre dans ce métier. Selon la ministre de l'Enseignement supérieur le nombre d'inscriptions aux études de soins infirmiers a chuté de presque 40% (8).

Sur le terrain, cela se traduirait par des conditions de travail dégradées, un absentéisme important et des fermetures de lits (9).

² Il s'agit d'un institut fédéral de recherche indépendant en Belgique, qui fournit des conseils scientifiques multidisciplinaires aux personnes et aux autorités compétentes sur les questions relatives aux soins médicaux.

A cette problématique se rajoute l'évolution des besoins médicaux, la fluctuation de la demande de service, et les contraintes budgétaires de nos politiques qui nous imposent une limitation de la croissance des dépenses de santé (la norme de croissance est passé de 2.5% à 2% en 2024).

1.1.2 Dotation infirmière dans les hôpitaux belges

Le nombre d'infirmiers dans les hôpitaux Belge se calcule en fonction des normes d'agrément et du financement hospitalier. Celui-ci est alloué sur base des normes en personnel par type de service infirmier, auquel se rajoute un montant supplémentaire en fonction de l'intensité de l'activité (que l'on justifie grâce au DI-RHM³), du type d'institution (aigu, universitaire, psychiatrique), des conventions collectives de travail et d'autres évaluations comme le financement de personnes supplémentaires dans l'équipe mobile de nuit ou de l'équipe d'hygiène hospitalière (5).

Des données datant de 2014 mentionnent que les hôpitaux sont progressivement obligés de réduire leur effectif en raison du budget par ETP⁴ inférieur aux coûts réels qui leur est alloué (10).

En ce qui concerne les normes d'agrément, les communautés sont compétentes pour leurs définitions, leurs attributions et leurs contrôles depuis la 6^{ème} réforme de l'état intervenue le 1^{er} juillet 2014. Ces normes définissent entre autres le cadre minimum d'infirmier par patient (Ex. : 1 infirmier par 30 patients pour les hôpitaux généraux la nuit), des spécificités particulières pour certains services comme la gériatrie (14.3 ETP pour 24 lits), certaines fonctions (comme par exemple la présence d'au moins 2 infirmiers par 6 lits aux soins intensifs, 24h/24).

1.2 Les ressources intérimaires comme alternative à la pénurie de soignant dans les hôpitaux

Il littérature fait mention, qu'un nombre suffisant d'infirmier autorisé est crucial pour que les hôpitaux puissent fournir des soins de haute qualité aux patients (11). Pour faire face à la pénurie, le secteur de la santé se trouve contraint d'adopter des solutions alternatives pour garantir une prise en charge optimale des patients et un personnel qualifié en nombre suffisant.

³ Constituent un outil minimal d'enregistrement d'interventions infirmières réalisées.

⁴ Indique la quantité de travail qu'une personne effectue proportionnellement au volume de travail d'un emploi normal à temps plein

Parmi ces stratégies, les hôpitaux ont recours notamment à des fermetures de lits délimitées dans certains services, la création d'équipe ayant pour fonction d'optimiser le travail et le recours à des infirmiers temporaires, qui reste sans doute la toute première mesure (9).

1.2.1 Infirmiers temporaires

Selon les articles scientifiques, les termes travailleurs intérimaires, mobile, temporaires, infirmier d'agence, occasionnels, itinérant ou flottant sont généralement utilisés de manière synonyme et font référence aux salariés qui sont mis temporairement à la disposition d'une institution, par l'intermédiaire d'une agence.

1.2.2 Situation au CHU-Saint-Pierre

Le CHU-Saint-Pierre de Bruxelles ne déroge pas à la règle. Que ce soit pour combler les postes vacants (le manque au cadre), renforcer l'équipe de soins existante ou pour faire face à des périodes de forte demande (comme nous l'avons connu avec la pandémie), une des solutions consiste à recourir à ces prestataires. Cette approche présente des avantages évidents, elle permet notamment la flexibilité opérationnelle et la capacité de s'adapter aux fluctuations de la demande.

Afin de mettre en évidence le caractère incontournable du recours aux personnels intérimaires dans notre hôpital, une analyse de cette demande est présentée ci-dessous sur une période allant du 1 septembre 2022 au 30 septembre 2023.

Durant cet intervalle le CHU Saint-Pierre (plus particulièrement les services de médecine, de chirurgie, de psychiatrie, de revalidation, d'urgences, le pôle mère-enfant et le médico-techniques) a enregistré 62704,67 heures prestées d'intérimaires infirmiers, ce qui représente 38,70 ETP⁵ en moyenne par mois.

Comme le montre la figure 1, cette tendance (ligne discontinue) est légèrement à la baisse pour la période.

⁵ Si nous prenons la base de la semaine de 5 jours ouvrés de travail. 1 ETP correspond à 1620 heures de travail sur une année civile ou 135h / mois.

Avec une moyenne de 35.72 ETP par mois, le maximum se situant en décembre 2022 avec 39,3 ETP et le minimum est de 32,4 ETP au mois de septembre 2022. Nous ne pouvons pas conclure que cet écart soit significatif.

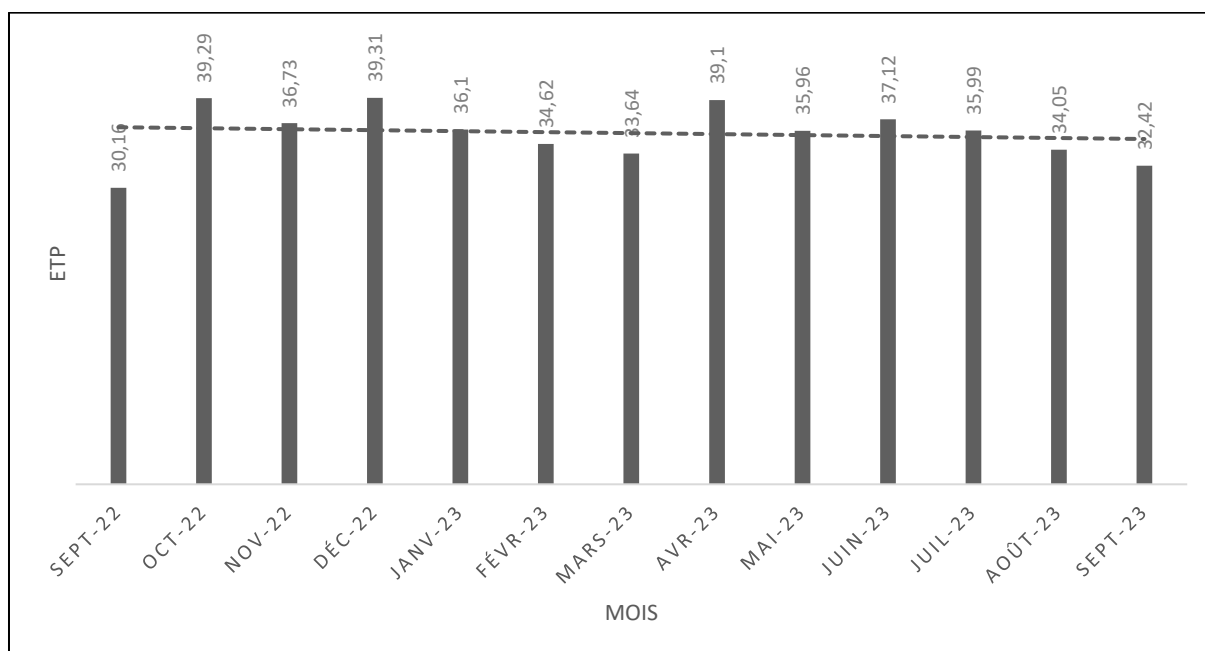


FIGURE 1: HISTOGRAMME DE LA distribution DU NOMBRE D'INTÉRIMAIRE INFIRMIER EN ETP PAR MOIS AU CHU SAINT-PIERRE

Il est dès lors intéressant de s'interroger sur la proportion de la demande par service. Comme le montre la figure 2, les services de médecine et de chirurgie représentent à eux seuls 63,12 % de cette demande intérimaire. Soit 24,41 ETP sur les 38.70 présent sur la période.

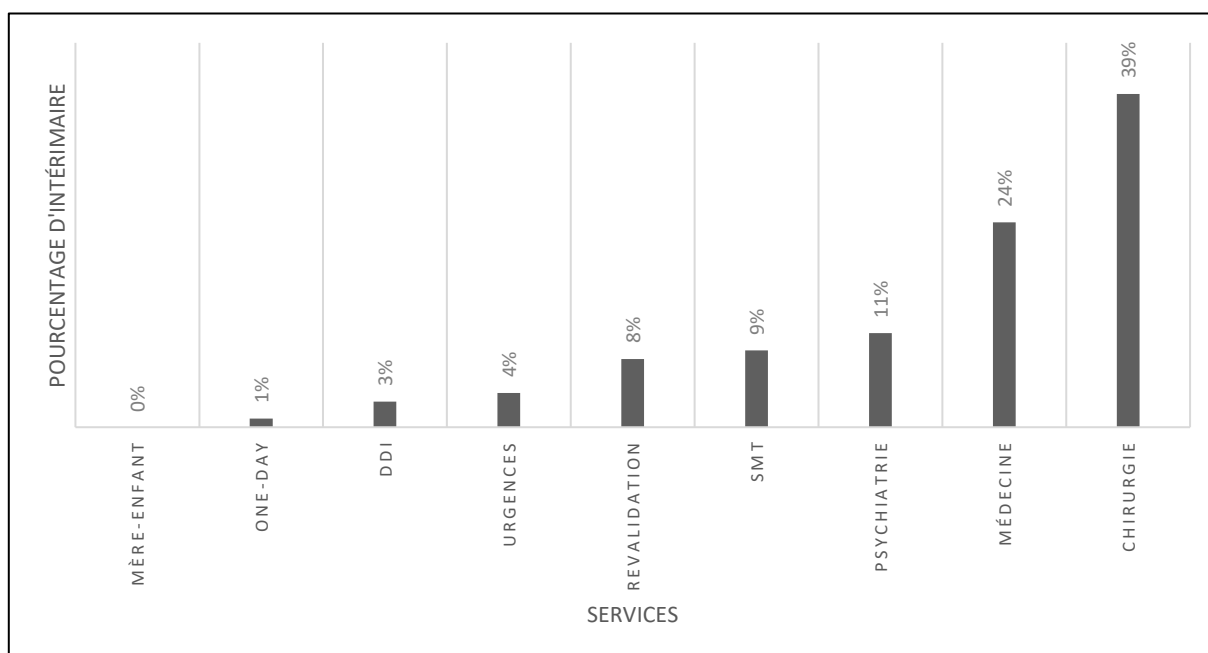


FIGURE 2: HISTOGRAMME DE LA DISTRIBUTION DU POURCENTAGE D'INTÉRIMAIRES INFIRMIERS PAR SERVICE AU CHU SAINT-PIERRE DU PREMIER SEPTEMBRE 2022 À 2023

Une analyse plus fine présentée dans la [figure 3](#), nous montre que la sollicitation la plus forte se situait au quartier opératoire et dans les unités 507 et 408 (chirurgie cardiaque et orthopédiques) avec respectivement 13, 10 et 9% de la demande.

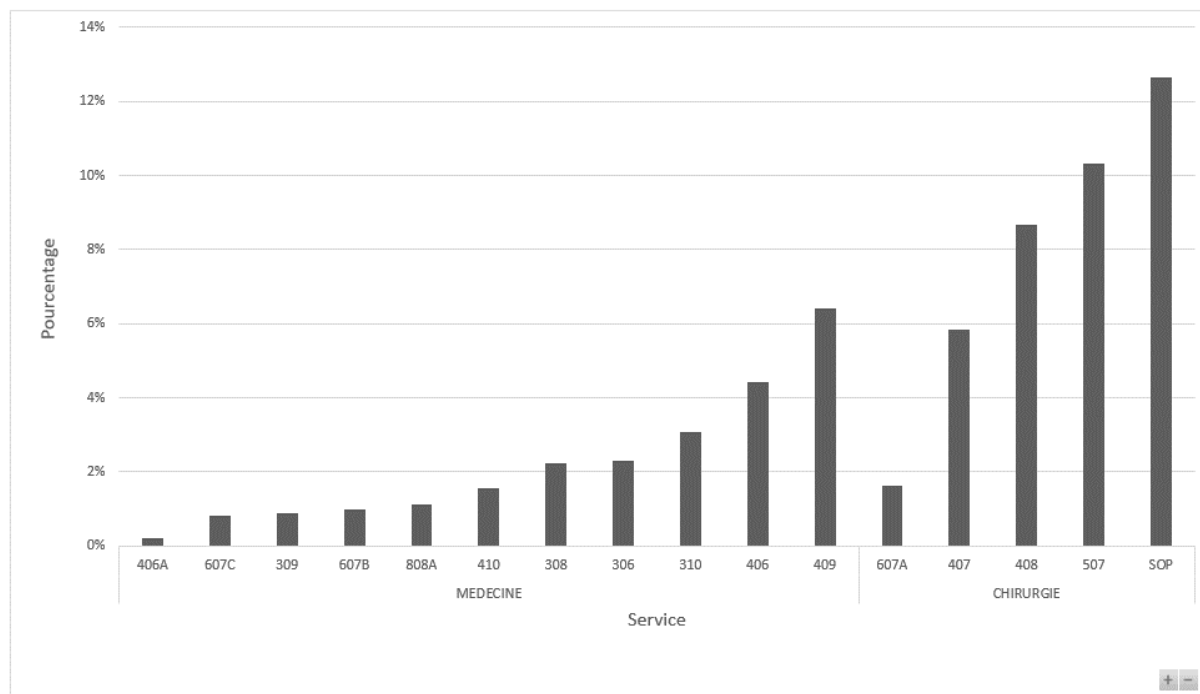


Figure 3: Histogramme de la distribution du pourcentage d'intérimaires infirmiers par unité dans les services de chirurgie et de médecine au CHU Saint-Pierre du premier septembre 2022 à 2023

En conclusion ces chiffres font état d'une utilisation quotidienne de prestataires temporaires à l'hôpital Saint-Pierre. Avec une demande qui varie d'un service à l'autre, d'une unité à l'autre, mais aussi d'un mois à l'autre. Les services de médecine et de chirurgie étant les plus gros consommateurs. Au CHU Saint-Pierre comme dans d'autre secteur, l'intérim s'est solidement installé dans les pratiques de gestion des ressources humaine de l'hôpital.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Outre le fait, que le recours aux agences intérimaires pour adapter les ressources infirmières dans les unités de soins représente potentiellement une solution coûteuse pour les hôpitaux en raison de frais substantiels et des taux de rémunération plus élevés lié à l'emploi du personnel (1), cet ajustement n'est pas sans conséquence, et soulève certains problèmes de sécurité (12). Dans ce chapitre nous aborderons un modèle conceptuel qui tente de nous expliquer les possibles effets de l'utilisation de prestataires externes à la fois sur le fonctionnement des services, le staff soignant et sur le patient. Il sera également question d'approcher d'autres études traitant de la corrélation entre la qualité des soins et l'utilisation de soignants intérimaires. Nous poserons ensuite la question de recherche.

1.3 Modèle conceptuel lié à l'utilisation de prestataires d'agences

Dans la littérature, il n'existe pas à ma connaissance de modèle qui renseigne la relation entre le recours temporaire au personnel infirmier et le résultat dans les hôpitaux. Cependant, le modèle conceptuel de Castle ([figure 4](#)) basé sur les maisons de retraite pourrait nous aider à comprendre cette accointance.

Il nous permet de concevoir que l'emploi de prestataires d'agence peut outre le fait d'augmenter les niveaux de dotation en soignants, également conduire à une mauvaise qualité des soins aux patients (13) en raison de son influence sur les autres membres du personnel.

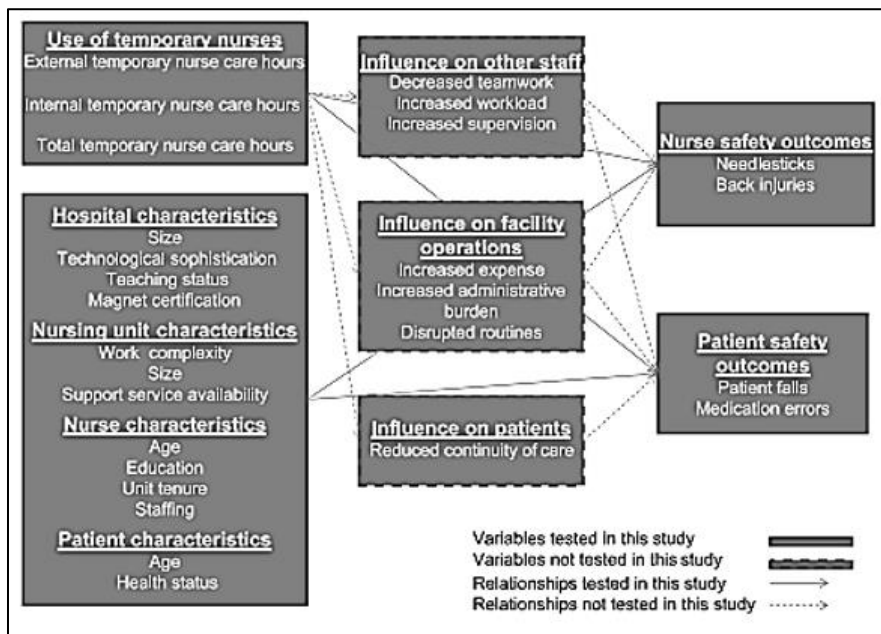


Figure 4: Castle's model

Etant donné que les infirmiers fixes et mobiles doivent travailler ensemble, le fait d'avoir recours aux intérimaires pourrait compromettre le travail d'équipe et augmenter la charge de travail (13). Les routines vont s'en retrouver perturbées.

Tout comme dans le secteur industriel, du BTP et de la distribution, les intérimaires sont le plus souvent contactés pour pallier une problématique de ressources humaines ou organisationnelles qui doit être traitée ponctuellement et rapidement (14). On pourrait penser, qu'ils ne sont donc en principe pas aussi familiarisés avec les protocoles et les pratiques courantes de l'établissement dans lequel ils prestent, par rapport à un employé permanent. Que leurs connaissances soient limitées sur les procédures spécifiques de l'établissement ou ils sont temporairement affectés. Et cela touche aussi bien les procédures de sécurité (14), les protocoles de soins, les systèmes informatiques (comme le DPI), les politiques internes (en matière d'hygiène par exemple) que d'autres éléments spécifiques liés à l'établissement. La littérature rapporte que des procédures même les plus simples peuvent devenir complexes, dans certains environnements, pour les infirmiers d'agence, qui peuvent se retrouver totalement désorientés (15).

Il est envisageable que leurs compétences en matière de communication soient moins développées avec l'équipe et les patients en raison de cette mobilité et qu'ils rencontrent des difficultés d'adaptation à leur nouvel environnement de travail (14). Du fait de leur déplacement, ils pourraient avoir plus de difficultés à établir des relations solides et durables avec les membres de l'équipe et les patients, entraînant un certain isolement, d'avoir le sentiment « de ne pas appartenir à une équipe » (15). Contrairement à un employé permanent qui a le temps de développer des relations plus étroites, l'intérimaire pourrait avoir des interactions plus courtes et moins fréquentes avec les autres suscitant des lacunes dans la transmission, la compréhension mutuelle et la confiance (16).

Cette contrainte quotidienne d'adaptation à son nouvel environnement nécessite des ajustements rapides dans un lieu de travail sans cesse modifié. Cela passe par une compréhension des dynamiques propres à chaque endroit, des connaissances tant de l'établissement que du service, des équipements spécifiques et à leurs utilisations.

Un manque d'acclimatation pourrait entraîner des difficultés à fournir des soins optimaux, à collaborer avec les équipes existantes et à s'intégrer harmonieusement dans l'environnement de travail. Cette incertitude quant à savoir où se situe le matériel par exemple, surtout s'il n'y a pas de liste de contrôle, peut être la cause d'un manque de confiance (15).

La littérature nous informe que les intérimaires sont souvent placés dans des emplois sans être formés adéquatement pour les tâches qu'ils doivent effectuer. Leurs missions successives nécessitent qu'ils doivent changer fréquemment de département (chirurgie, médecine, oncologie ...), de milieu professionnel, voire de rythme de travail. Cela ne les aide pas, selon des auteurs, à approfondir, perfectionner et apprendre de nouvelles connaissances et savoirs (17).

Ce manque de connaissance peut s'expliquer par la situation même des agences qui s'organisent souvent autour de quelques personnes. Ces conditions ne soutiendraient pas la mise en place d'action de formation. Ne disposant pas des mêmes connaissances et expériences que les travailleurs permanents pour identifier les risques, l'intérimaire peut être amené à commettre des erreurs dangereuses tant pour la sécurité des collaborateurs que pour celle du patient (16). Cette perte de compétences et d'aptitudes peut également provenir du fait que les soignants temporaires n'ont pas la possibilité d'être déployés auprès des patients dans la même mesure que le personnel fixe (15).

Il faut préciser que cette perte de compétence décrite repose le plus souvent sur des appréciations subjectives et qu'elle est très difficile à mesurer quantitativement.

1.4 Précédentes recherches sur le sujet

La recherche sur les soins de santé, contrairement aux recherches sur l'impact des employés temporaires dans divers autres secteurs, n'a généralement pas examiné exclusivement les effets des travailleurs temporaires sur la sécurité des patients et la qualité des soins (18).

Dans un premier temps, afin de trouver des articles de recherche originaux publiés en anglais, les termes suivants ont été utilisés (séparément et en combinaison) ; « Agency », « Temporary staff », « Temporary personnel », « Temporary worker », « Interim staff », « Floating staff », « Agency nurse », « Agency staff », « Agency employed », « patient », « Outcomes », « Quality », « Care », dans PubMed et Google Scholar. Au fil des documents découverts, nous avons également réalisé des recherches manuelles sur base des bibliographies de ces articles.

Ceci nous a permis de mettre en évidence une dizaine d'études pertinentes en lien avec notre problématique centrée patient et qualité des soins (mortalité, infections, chutes, erreurs de médicaments).

Il est à noter que nous retrouvons également dans la littérature quelques travaux faisant état de problèmes sécuritaires pour le personnel soignants (comme les blessures par piqûres (19) et les problèmes de dos (11) entre autres) en lien avec les prestataires externes, que je n'aborderai pas ici.

Dans un second temps et afin d'associer la problématique avec la satisfaction du patient les termes « Patient satisfaction », « Patient perception » ont été rajoutés à l'équation de recherche, mettant en évidence quelques articles.

1.4.1 Travailleur temporaire et mortalité patient

A l'heure actuelle, à notre connaissance, on ne retrouve dans la littérature que 2 études observationnelles réalisées à 6 ans d'intervalle portant sur l'association entre le personnel d'agence et la mortalité des patients.

La première est une étude transversale réalisée aux États-Unis en 2013 par Aiken et ses collègues. Elle tentait de démontrer les conséquences potentielles d'une pénurie de personnel soignant si les hôpitaux devaient recourir massivement à du personnel intérimaire.

Les résultats mettent en évidence que le risque de décès pour le malade est accru dans des unités où de nombreuses heures de soins infirmiers sont assurées par du personnel temporaire (19). Mais lorsque l'environnement de travail (caractérisé par un déficit en personnel et en ressource) est pris en compte, ces résultats en matière de mortalité deviennent non significatifs. Les institutions ayant recours à l'intérim ont en général des environnements de travail plus médiocres selon les auteurs. Ils en concluent que le recours accru au personnel temporaire n'était pas associé à une mortalité accrue. Ce qui va à l'encontre de ce qui pourrait être présumé.

La seconde étude observationnelle longitudinale prospective a permis de collecter des données sur une période de 3 ans dans un hôpital du sud de l'Angleterre. Elle met en exergue que le risque de décès pour le patient était accru dans les unités où de nombreuses heures de soins infirmiers étaient assurées par du personnel temporaire (12). Selon les auteurs, ces heures nettement plus élevées que celles observées dans la recherche d'Aiken justifient cette différence de résultat.

Ce qui semble d'après les auteurs être cohérent avec une autre étude qui mentionne qu'un emploi important d'intérimaire influe sur la qualité des soins et la satisfaction professionnelle, alors que l'utilisation dans une moindre mesure de personnel temporaire améliore les résultats (20).

On retrouve les mêmes conclusions, à savoir aucune association probante (21), dans une recherche systématique de la littérature datant de 2022, qui porte sur les liens possibles entre les travailleurs temporaires exerçant dans les services de soins intensifs et l'observation de la mortalité. La durée de séjour et l'hygiène ont également été étudiés. Le fait que seulement 3 études (une étude qualitative et deux études quantitatives) ont été retenues sur les 630 données consultées nous impose la prudence.

La problématique liée au recours de prestataires intérimaires dans les soins de santé est le plus souvent abordé sous l'angle de l'efficacité des soins sur base d'indicateur de résultats comme le taux de mortalité ou d'infections. La composante sécuritaire en relation avec l'administration des médicaments ou des chutes des patients est également approchée. En revanche on l'aborde très peu voire pas du tout sous l'angle de la perception du patient. Or la satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins est influencée par le contexte dans lequel ils sont traités mais aussi par les employés qui prodiguent les soins (22). A notre connaissance, il existe très peu d'études qui explorent l'effet du personnel employé temporairement sur la satisfaction du patient.

Une recherche concernant la relation entre la gestion stratégique des ressources humaines, les problèmes de pénurie de personnel et la satisfaction des patients à l'égard des soins, révèle une interaction négative significative entre le recours au personnel temporaire et la satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins (23). Mais que cet effet négatif pourrait résulter de la pénurie de personnel soignant.

Une autre étude nous révèle que des niveaux plus élevés de stress ont été constatés chez les infirmiers temporaires (24), qui, associé à l'insatisfaction, influencerait négativement la qualité des soins (25).

Ce qui amène certains auteurs à penser que l'emploi d'intérimaire serait susceptible de réduire la performance perçue et donc la satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins (23).

Elle mentionne également que l'un des déterminants de la satisfaction des patients porte sur la performance interpersonnelle et que sa continuité avec le patient s'en trouve altérée par les contrats temporaires et les changements réguliers d'employeur du prestataire temporaire (26).

1.5 Que faut-il retenir ?

En conclusion le recours aux intérimaires est devenu incontournable dans le secteur des soins en Belgique. Il permet aux individus d'occuper rapidement un poste de travail et constitue pour notre institution, comme pour d'autres entreprises utilisatrices, un instrument de flexibilisation du travail grâce à un ajustement rapide entre besoins de production, besoins en personnel et parfois besoins en qualifications (14).

Les personnel infirmier temporaire absorbe une part non négligeable de la masse salariale des hôpitaux (1). En raison des problèmes de recrutement, de rétention, d'absence pour maladie du personnel fixe, il est fort probable que la demande persiste.

Mais cet usage comporterait selon la littérature, des risques à la fois pour la sécurité des intérimaires, celle du personnel mais aussi et surtout celle du patient.

Sur cette base, il est légitime de se demander en quoi la qualité des soins peut-elle en être affectée et quelle influence cela a-t-il pour le patient ?

1.6 Question de recherche

La satisfaction des patients quant à la qualité des soins devient de plus en plus importante sur le marché hospitalier concurrentiel. La pénurie croissante de soignants impose aux hôpitaux de recourir aux marchés intérimaires. Dans ce contexte la question se pose de savoir si cette alternative a une influence sur la qualité des soins perçue par le patient.

Ce qui m'amène à poser la question de recherche :

Q. La prise en charge du patient par des infirmiers d'agences à l'hôpital Saint-Pierre influence-t-elle sa perception sur la qualité des soins reçus ?

Sur base du questionnaire de satisfaction patient utilisé à l'hôpital Saint-Pierre (voir annexe 1 et 2), trois hypothèses majeures peuvent être dégagées :

H.01 – Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant l’attitude du personnel infirmier.

H.02 - Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant l’information reçue.

H.03 - Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant leurs soins et prise en charge.

Une dernière hypothèse peut également être énoncée et relève de l’évaluation globale du patient.

H.04 - Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant l’évaluation globale de la prise en charge.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Dans ce chapitre nous présentons les différents modèles conceptuels et théoriques de la recherche. Il sera notamment question de traiter de la qualité des soins et de sa définition. Développer l'approche patient et la qualité des soins perçus ainsi que sa mesure. Nous traiterons notamment des résultats perçus par le patient, de l'expérience rapportée et de la satisfaction. Nous terminerons ce chapitre par un aperçut de l'utilisation de la mesure de l'expérience patient en Belgique.

1.7 Qualité des soins

La qualité des soins étant un terme trop générique, il convient d'en définir les concepts.

1.7.1 Définition

L'I.O.M. nous la définit comme étant « la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances scientifiques du moment » (27).

Dans leur rapport « vers une Belgique en bonne santé » le S.P.F. met en évidence 5 sous-dimensions à la qualité des soins : l'efficacité, l'adéquation, la sécurité, la continuité et la prise en charge centrée sur le patient. The Agency for Healthcare Research and Quality en définit une sixième : l'équité (28).

Nous présentons ci-dessous une brève description de chacune d'entre elles, mais nous nous intéresserons pour ce travail principalement à celle qui touche à la dimension du patient.

1.7.1.1 L'efficacité des soins

Fait référence à la capacité de fournir des soins de qualité tout en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. Autrement dit les soins sont proposés à toutes personnes susceptibles d'en tirer un bénéfice (29).

Différents indicateurs sont utilisés pour évaluer si les soins de santé sont fournis de manière efficiente, sécuritaire et efficace, dans le but d'obtenir de bons résultats pour le patient. Ces indicateurs servent à guider les décisions politiques en matière de santé.

Parmi ceux-ci nous retrouvons notamment ; le taux de réadmission, la durée moyenne de séjour, le taux de mortalité évitable, le taux de succès des traitements, le taux de complication, le taux de complication post-opératoire, l'utilisation des ressources (médicaments, personnel, équipements ...), la satisfaction des patients, ...

Ces indicateurs font spécifiquement référence à des résultats rapportés par le patient (PROMs), à des effets indésirables ou à des événements sentinelles (comme les erreurs de site chirurgical) (29).

1.7.1.2 L'adéquation des soins

Peut être défini comme le niveau de soins de santé approprié et adapté aux besoins individuels de chaque patient. Autrement dit un soin personnalisé en fonction des connaissances médicales, des caractéristiques personnelles et des préférences du patient.

Un des moyens le plus efficace pour la vérifier, consiste à identifier dans quelle mesure les pratiques médicales se conforment aux recommandations cliniques existantes. Une autre approche consiste à analyser la variabilité géographique des pratiques de soins (29).

1.7.1.3 La sécurité des soins

Se définit comme la capacité à dispenser des soins de santé qui ne nuisent pas au patient. Elle se réfère à la prévention, à la réduction et à la gestion des risques liés à la prestation des soins, qu'ils soient médicaux ou infirmiers. Parmi les différents indicateurs associés, on retrouvera différentes complications qui peuvent être liées à une chirurgie, à des soins infirmiers ou à la polymédication injustifiée chez les personnes âgées. Il y a également les infections nosocomiales... (29).

1.7.1.4 La continuité des soins

La continuité des soins pourrait se définir comme une coordination cohérente et fluide des soins de santé au fil du temps. Le patient reçoit des soins sans interruption, avec une information médicale pertinente qui circule entre les différents prestataires de soins et les établissements de santé. Ce qui assure une prise en charge personnalisée et cohérente.

Dans ce continuum, on retrouve comme indicateur, la continuité informationnelle, relationnelle, la continuité entre l'hôpital et la 1^{ère} ligne de soins ainsi que la coordination des soins (29).

1.7.1.5 L'équité du soin

Il s'agit de fournir des soins de qualité identiques pour tous, quelles que soient les caractéristiques personnelles que sont le sexe, l'origine ethnique, le statut socio-économique ou encore la situation géographique (28).

Le maximum à facturer qui garantit à tous un remboursement pour les risques liés à la santé en est un exemple. En fixant un niveau maximum de dépenses que les ménages font en un an et ce en fonction de leurs possibilités financières, il constitue un élément fondamental de protection sociale (30).

1.7.1.6 La prise en charge centrée sur le patient

Il s'agit d'une approche qui place le patient au centre de la prise en charge. Il en devient un partenaire actif. Contrairement à une approche paternaliste, les préférences du patient, ses besoins ainsi que ses valeurs sont pris en compte dans la planification et la prestation de soins. Il s'agit d'un partenariat qui inclut le patient, sa famille et le professionnel de la santé (29).

Le but est clairement d'améliorer la qualité des soins en favorisant la satisfaction du patient tout en reconnaissant que celui-ci a une connaissance unique de sa propre expérience tant de la maladie que de la santé.

Plusieurs principes directeurs sont à prendre en compte lorsque l'on aborde la prise en charge centrée sur le patient, citons : le respect de la dignité, la participation, la collaboration et le partage d'informations (31). Elle touche également à la qualité des échanges avec le professionnel soignant ainsi qu'à l'implication du patient et de sa famille dans le processus de soin (29). Il y a actuellement de nombreuses recherches sur le sujet car nous en sommes aux prémices de la mesure de cette approche de la qualité des soins. Elles portent, comme nous l'avons vu, sur les besoins, les désidératas et les préférences du patient.

1.7.2 Approche patient :

L'approche patient pose la question de savoir comment celui-ci va percevoir la qualité de l'offre de soins. Cette expérience va varier d'une personne à l'autre et d'un moment à un autre (32). On parle ici de qualité perçue. Cette donnée spécifique de chaque individu dépend du processus d'apprentissage et de l'expérience accumulée. Elle est subjective, cognitive et relative (33).

Il existe 3 manières d'aborder la mesure de la qualité des soins perçue par le patient. On peut l'approcher par le résultat des soins, par l'expérience des soins et par la satisfaction des soins.

Le résultat perçu par le patient ou « PROMs » permet au patient, d'évaluer sur base de caractéristiques, son propre état de santé sans l'intervention d'une tierce personne. Les résultats peuvent aller des symptômes ressentis, à la qualité de vie et reflètent la vision que le patient a de sa maladie et de ses traitements (34).

L'expérience rapportée par le patient ou « PREMs » s'intéresse à la façon dont le processus de soin est vécu par le patient et pourrait se définir comme suit : « L'ensemble des interactions que les patients ont avec le système de soins, y compris les soins qu'ils reçoivent des médecins, des infirmières et du personnel, dans les hôpitaux, les cabinets médicaux et les autres établissements de santé. Composante à part entière de la qualité des soins, l'expérience du patient comprend plusieurs aspects des soins importants et attendus par le patient, tels que des rendez-vous obtenus quand cela est nécessaire, une information facile d'accès et une bonne communication avec les offreurs de soins » (34).

1.7.2.1 Satisfaction

La satisfaction du patient est un indicateur crucial de la qualité des soins de santé. Dans ce domaine, certains auteurs la définissent comme « un jugement évaluatif d'un patient faisant suite à un acte de soin » (35). Il s'agit d'une vision purement transactionnelle et non relationnelle, dans le sens où le jugement est porté après le soin. L'avis du prestataire de soins n'est plus considéré comme le seul pertinent dans le résultat du service rendu.

La satisfaction du patient en constitue une partie (36). On retrouve cette disposition dans la définition de l'OMS⁶.

La satisfaction influe sur l'engagement des patients et leur inclinaison à participer au processus de guérison. Cela passe par le respect des protocoles de soins (35), des recommandations médicales, mais aussi par la coopération avec le personnel soignant. Ce qui conduit à l'obtention des meilleurs résultats de santé en limitant les risques d'incidents. Elle permet également d'influer sur l'image des établissements de soins de santé et leur fidélisation (35).

⁶ « l'évaluation de la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique **et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains** à l'intérieur du système de soins [...] c'est une procédure scientifique et systématique » Voir Dossier Solidarité et santé, N°2, Avril-Juin 2001.

Au niveau politique, on l'utilise pour monitorer la santé publique, mesurer les performances du système de santé au niveau national et évaluer des nouvelles technologies (37).

La mesure de la satisfaction repose sur des méthodes très diverses et variées allant du recueil de plaintes, aux questionnaires de sortie, en passant par des enquêtes spécifiques dirigées à l'initiative des établissements.

1.7.2.2 Utilisation en Belgique

La mesure de l'expérience patient est devenue un indicateur permettant d'évaluer la qualité des soins hospitaliers (38).

C'est sur base volontaire, que cinquante hôpitaux flamands ont répondu en 2017 au questionnaire de satisfaction mis en place par la Plateforme flamande des patients (V.P.P). La satisfaction des patients francophone est mesurée quant à elle sur base de questionnaires développés par BSM-Management et Santhea. Il y a aussi le PPE – 15 (Picker Patient experience) développé avec la ligue des usagers des services de santé et mit à disposition par la PAQS. Enfin, certains hôpitaux mesurent l'expérience des patients de manière indépendante. Selon le site officiel belge, l'évaluation globale est entravée par la disparité des mesures (38).

C'est dans l'optique d'un financement de type « **pay-for-performance** » (P4P) introduit dans le BMF que le recours aux PREM a été introduit en juillet 2018.

Il a été mis en œuvre dans les hôpitaux belges, dans le cadre de la réforme de leur financement.

Sur base d'indicateurs sélectionnés, les hôpitaux peuvent se voir récompenser financièrement. Ces indicateurs sont une référence pour les processus et l'organisation de l'hôpital, pour les soins prodigués et les résultats de santé des patients traités (39).

En 2023, les institutions participantes se voyaient répartir une enveloppe globale de plus de sept millions. Ce montant était liquidé en deux parties, une partie fixe (20%) et une partie variable (80%) octroyée sur base d'un système de point modéré en fonction de l'activité justifiée (37) de l'hôpital.

Au total 80 points étaient à répartir entre les établissements participants dont 15 dépendaient directement des « expériences patients ».

CHAPITRE III

METHODOLOGIE

Dans ce chapitre nous abordons la démarche méthodologique employée pour analyser la perception des patients sur la qualité des soins lorsque celle-ci intègre du personnel intérimaire. Par conséquent, nous présenterons le type de recherche menée pour cette étude, les particularités de notre population ainsi que de l'échantillon, l'outil de mesure déployé, la procédure de collecte des données ainsi que la méthode usitée pour analyser ces données collectées. Il sera également question des considérations éthiques qui entourent notre recherche.

1.8 Objectifs

L'objectif de cette étude est de rechercher l'existence d'une corrélation entre l'utilisation de prestataires intérimaires à l'hôpital et la perception de la qualité du patient sur ses soins.

1.9 Introduction de la méthodologie

1.9.1 Méthode choisie

L'analyse suit une méthode quantitative.

Pour répondre à la question de recherche, la première étape consiste à voir s'il existe un lien entre les différentes variables de l'étude. Le coefficient de corrélation de Pearson nous aidera à établir cette relation. Le coefficient de corrélation de Spearman, coefficient non paramétrique, sera utilisé pour vérifier ces résultats. Nous réaliserons un modèle de régression en cas de relation positive.

1.9.2 La recherche corrélacionnelle

Elle fait partie des méthodes de recherche non expérimentale, dont l'étude porte sur la relation existante entre deux variables à l'aide d'une analyse statistique. Cela peut concerner les associations qui existent entre des attitudes, des traits de caractère ou des processus cognitifs, ainsi que sur les disparités entre les individus ou « interindividuelles » (40).

Le coefficient de corrélation de Pearson est la mesure statistique utilisée dans notre étude pour définir la relation entre les deux variables et leur association.

1.10 Dispositif de collecte des données

1.10.1 Outil de collecte des données :

Les données sont recueillies auprès des participants au moyen d'un questionnaire de satisfaction qui est auto-administré (qui nous permettra d'évaluer la qualité des soins perçue).

Il s'agit du questionnaire de satisfaction belge (Annexe 1 : Enquête de satisfaction / Hospitalisation classique) reconnu par le SPF santé publique pour le financement du P4P et utilisé dans 18 hôpitaux francophones dont la propriété exclusive revient à BSM management⁷.

Il a été coconstruit par les hôpitaux participants et validé par des représentants des patients.

Ce questionnaire répond aux directives de l'OCDE (37), à savoir :

- Les mesures sont axées sur le patient ;
- Les objectifs du questionnaire sont clairs, les aspects visés sont l'amélioration de la qualité des soins ;
- Le questionnaire a été testé et les caractéristiques psychométriques sont connues ;
- Le questionnaire et ses analyses sont standardisés pour faire l'objet de comparaison internationale ;
- La méthode de rapportage des résultats est choisie avec soins.

On y retrouve des champs liés aux informations sociodémographiques et à l'hospitalisation en générale. La satisfaction du patient est abordée au travers de différents domaine d'investigation. Ces mesures composites se réfèrent à :

1. L'information et l'attitude du personnel
2. L'expérience patient durant son séjour
 - a. A son arrivée dans l'hôpital
 - b. Lors de son installation en chambre
 - c. Avec le personnel infirmier
 - d. Avec le médecin
 - e. Lors des soins et de la prise en charge
 - f. Concernant les informations et la communication
 - g. En relation avec l'hôtellerie et l'environnement

⁷ BSM Management est un organisme de conseils menant des recherches pour les institutions hospitalières et d'autres établissements.

3. L'intervention chirurgicale
4. La préparation de la sortie de l'hôpital
5. L'évaluation globale du séjour

Ce sont des indices-mesures, dont les observations spécifiques sont classées et résumées à l'aide d'échelle ordinale.

A l'hôpital Saint-Pierre nous utilisons ce questionnaire depuis 2018 dans un objectif d'amélioration des soins aussi bien au niveau de l'établissement, des unités que des patients. Au sein de l'institution ce questionnaire est passé de 4 à 2 pages depuis janvier 2024, afin d'augmenter le taux de participation des utilisateurs et la qualité des réponses.

C'est cette version qui est utilisée pour notre étude (voir annexe 2 : Enquête de satisfaction / Hospitalisation classique 2024).

1.10.2 Les variables

La recherche tente de déterminer si une association existe entre une variable explicative (indépendante) à savoir l'utilisation d'infirmier d'agence et une variable à expliquer (dépendante), la perception du patient sur ces soins.

La satisfaction du patient n'étant pas une donnée tangible, qui s'observe directement, elle se reflètera au travers de critères de jugements⁸ dont les variables vont permettre de conclure sur l'objectif de l'étude.

1.10.3 Les indicateurs composites⁹ ou « synthétique »

Sur base du questionnaire initial (Annexe 2), des codes établis par variables existants (Annexe 3) et des hypothèses formulées, nous avons retenus 3 indicateurs composites : « l'attitude du personnel soignant » scoré sur 16, « l'information donnée » scoré sur 15, et les « soins et la prise en charge » scoré sur 20.

⁸ Variable choisie pour évaluer l'effet de l'intervention à l'étude.

⁹ Agrégat d'indicateurs individuels valorisés.

Leurs résultats correspondent à la somme simple issue de la mesure de variables distinctes, qui sont-elles-même des échelles de Likert scorées de 1 à 4, pour le premier indicateur, et de 1 à 5 pour le deuxième et troisième. Ces indicateurs et ces variables sont repris ci-dessous :

Code	Attitude du personnel soignant (indicateur 1)
PR1-Identification	Le personnel soignant se présente (scoré de 1 à 4)
PR2-Identitovigilance	Le personnel soignant vérifie l'identité du patient (scoré de 1 à 4)
PR7-Soulagement	Le personnel se préoccupe de soulager rapidement la douleur du patient (scoré de 1 à 4)
PR8-Implication	Le personnel soignant implique le patient dans le processus décisionnel (scoré de 1 à 4)

Code	Information donnée (indicateur 2)
PH7-Infos_déroulement	Informations reçues sur le déroulement du séjour patient (scoré de 1 à 5)
PH10-Infos_soins	Informations sur la nature des soins et examens (scoré de 1 à 5)
PH11-Infos_cohérences	Cohérence des informations reçues de la part des différents intervenants (scoré de 1 à 5)

Code	Soins et prise en charge (indicateur 3)
PH8-Disponibilité_infirmier	Disponibilité du personnel infirmier (scoré de 1 à 5)
PH9-Soins_infirmiers	Perception de la qualité des soins infirmiers (scoré de 1 à 5)
PH15-PEC_globale	Prise en charge globale des problèmes de santé (scoré de 1 à 5)
PH16-Collaboration	Collaboration avec les différents intervenants (scoré de 1 à 5)

La réponse « non concerné » associée aux différentes variables sera considérée comme une valeur manquante. Ces variables sont pondérées de manière égale et seront également analysées de manière distincte. La sélection des indicateurs individuels du questionnaire, est réalisée sur base de leur pertinence dans l'évaluation des différents aspects de l'expérience des soins de santé, liés à la prise en charge par du personnel soignant infirmier. Ceux-ci étant souvent en première ligne pour fournir des soins directs aux patients, ils ont un rôle primordial à jouer notamment lors de la vérification de l'identité (identitovigilance¹⁰) et la prise en charge de la douleur du patient. La fréquence des interactions avec ce dernier offre la possibilité à l'infirmier de discuter avec lui des options de traitement, de s'assurer qu'il s'implique dans les décisions qui le concernent et de lui fournir de l'information concernant le déroulement de son séjour, de ses soins et ses examens.

¹⁰ Processus de surveillance et de prévention des erreurs relatives à l'identité des patients.

La disponibilité du personnel infirmier, la prise en charge globale des problèmes de santé ainsi que la perception du patient de la qualité des soins sont des critères que nous avons également retenus sous l'appellation « Soins et prise en charge ».

Comme nous l'avons vu dans le chapitre dédié aux limites rencontrées par le recours aux personnels intérimaires, la collaboration avec les différents intervenants et la cohérence de l'information reçue par le patient pouvait être remise en cause lorsque les soins étaient assurés par du personnel temporaire, c'est pourquoi nous avons décidé de retenir ces différentes variables. Ainsi les variables choisies tiennent compte du rôle central et de la proximité des infirmiers avec les patients, de leur implication dans des tâches cruciales attachées à la sécurité et à la coordination des soins.

Nous ne retenons pas les indicateurs qui sont soit non pertinents pour la recherche comme l'hôtellerie et l'environnement (p.ex. : repas proposés, propreté de la chambre etc. ...), soit touchent des services qui ne sont pas intégrés dans l'étude (p.ex. : les soins intensifs, le QOP, ...), soit ceux qui ciblent plus spécifiquement d'autres profils comme les médecins, les kinésithérapeutes, le personnel administratif, les brancardiers ou encore les familles.

Afin d'avoir une perspective holistique de la recherche, nous prenons également en compte « l'évaluation globale du patient » scoré sur 15. Celle-ci se fera sur base des variables distinctes suivantes scorées de 1 à 5, que nous retrouvons également en fin du formulaire de satisfaction :

Code	Evaluation globale (indicateur 4)
RG1-Satisfaction	Satisfaction globale du patient (scoré de 1 à 5)
RG2-Recommandation	Recommandation du service par le patient (scoré de 1 à 5)
RG3-Patient_partenaire	Patient partenaire (scoré de 1 à 5)

1.10.4 Technique de collecte des données

Le questionnaire de satisfaction a reçu l'approbation institutionnelle et l'aval des médecins responsables pour sa distribution auprès des patients. Ceux-ci l'ont reçu de préférence la veille de leur sortie, des différents services participants, des mains des infirmières.

Après l'avoir complété, les patients avaient la possibilité de le déposer dans une urne dédiée de l'unité respectant l'anonymat. Ce qui a permis lors de la récupération des formulaires d'identifier l'unité d'origine des répondants.

La distribution du formulaire et la récolte des données étaient prévues initialement sur trois mois à compter du premier janvier 2024. Celles-ci se sont prolongées d'un mois supplémentaire en raison du nombre insuffisant de retours pour 2 unités.

Nous pouvons entrevoir à cette étape du processus un possible biais de sélection. Le formulaire étant distribué par l'infirmière, nous ne pouvons pas dire avec certitude que cela se soit fait sans aucun parti pris.

1.11 Description de l'échantillon

1.11.1 Public cible

Cette recherche se déroule au sein de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. Situé au milieu de quartiers résidentiels, il compte actuellement 582 lits agréés repartis sur deux campus¹¹.

Le choix du site se justifie pour plusieurs raisons. Cette institution a recours à des prestataires soignants externes, les données des patients nous sont faciles d'accès, elle utilise déjà un questionnaire de satisfaction validé et reconnu.

1.11.1.1 Critères d'Inclusion

Tous les patients admis dans les services C et D¹² listés ci-dessous :

SERVICES	C	C	C	D
UNITES	407	408	507	409
	Orthopédie ORL Stomatologie Ophtalmologie Urologie Médecine interne	Gynécologie Gastro Chirurgie digestive	Cardiologie Chir. Cardiaque Chir. Vasculaire Hémo-Onco. Médecine interne	Pneumologie Chir. Thoracique Neuro & Neurochirurgie Médecine interne
LITS	30	29	30	30

La sélection des unités s'est faite sur base de la pluralité des pathologies rencontrées et de leur variabilité en ce qui concerne leur consommation en ressource intérimaire au sein de l'hôpital.

¹¹ Site des Alexiens qui comprend à la fois des services médico-techniques, de revalidations et de gériatrie. Et le site situé Porte de Hall regroupant l'ensemble des services de chirurgie, de médecine, d'urgences, des soins intensifs, du pôle mère-enfant, du quartier opératoire et de consultations.

¹² Respectivement chirurgie et médecine et gériatrie.

Pour l'études, les patients doivent :

- Parler et comprendre le français ;
- Être majeur, au moment de l'étude, leur âge est supérieur ou égal à 18 ans ;
- Avoir séjourné au moins une nuit dans l'institution.

1.11.1.2 Critères d'exclusion

Ni les jeunes patients demeurant dans les services de maternité et de pédiatrie, ni ceux ayant séjourné dans les services de soins intensifs ne sont inclus dans la recherche.

Nous n'avons pas non plus intégré les services de maladie infectieuse (L) en raison du faible turn-over des patients et du profil de ceux-ci (patients étrangers ne parlant pas le français). Les patients séjournant dans les services de gériatrie (G), sont également exclus de l'étude. Nous motivons ce choix par les troubles cognitifs (démence, troubles de la compréhension, ...) rencontrés au sein de cette population.

Les questionnaires dont les réponses sont incohérentes ne seront pas pris en compte. Nous prenons l'exemple de répondant dont l'évaluation globale du séjour à l'hôpital très satisfaisante est en inadéquation avec l'appréciation générale qui serait très insatisfaisante.

1.11.1.3 Echantillon

La taille de l'échantillon désiré, constitué sur base volontaire est de 120 participants, 30 par services. A la fin de la récolte, 209 personnes¹³ ont répondu à l'enquête de satisfaction.

Le tableau ci-dessous présente ce nombre réparti par unité :

<i>Unités</i>	<i>407</i>	<i>408</i>	<i>507</i>	<i>409</i>
<i>Participants</i>	75	73	33	28

Afin d'enrichir la compréhension des résultats et les caractéristiques de la population étudiée, des statistiques descriptives ont été réalisées pour décrire l'échantillon sur base des variables sociodémographiques liées à l'âge et au genre.

¹³ La taille de l'échantillon (>30) me permet d'approximer la normalité pour les variables numériques continues

Ces informations sont pertinentes pour déterminer la représentativité de l'échantillon, identifier les tendances et les corrélations, segmenter la population en groupes homogènes qui faciliteront une analyse plus approfondie.

1.12 Analyse des résultats :

Le logiciel SPSS a été utilisé pour réaliser l'ensemble de nos analyses statistiques, à la fois pour répondre aux hypothèses de recherche, mais également pour les analyses descriptives (mesures de tendance centrale et de dispersion).

1.13 Considérations éthiques :

Ce travail respecte les principes éthiques de la recherche sur les sujets humains, à savoir : le respect du consentement libre et éclairé, de la dignité humaine, de la vie privée et des informations personnelles. Le droit de se retirer de l'étude à tout moment.

Les patients reçoivent le questionnaire avant leur sortie du service et sont informés que leur choix de participer ou non à la recherche reste strictement confidentiel et anonyme, aucune réponse ou information nominale ne permettant de les identifier. Ils sont ensuite invités à compléter le document et à le remettre dans une boîte aux lettres à l'entrée du service. Celui-ci sera relevé par une personne tierce, de sorte qu'on évite les interactions avec les professionnels du service. Le questionnaire est disponible en FR et NL.

Le tableau 1 ci-dessous présente les variables à l'étude, les indicateurs, leurs modalités, ainsi que l'instrument statistique

Tableau 1 : Variables, indicateurs, modalités et instrument statistique à l'étude

Question de recherche	Hypothèse de recherche	Variables	Indicateurs	Modalités	Instrument de recherche	Instrument statistique
L'utilisation d'infirmiers d'agences à l'hôpital Saint-Pierre influence-t-elle la perception du patient sur la qualité de ses soins reçus ?	H.01 – Un niveau plus élevé de personnel temporaire sera associé à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant l'attitude du personnel	VI 1 : personnel intérimaire	Proportion d'ETP intérimaire par service et par mois pendant la période considérée.		Questionnaire	Corrélation de Pearson
		VD 2: Attitude du personnel soignant	Indicateur synthétique : Attitude du personnel soignant	5 modalités: 1-Jamais 2-Parfois 3-Souvent 4-Toujours NC- Non concerné		
			PR1-Identification PR2-Identitovigilance PR7-Soulagement PR8-Implication (Pondération à 1, toutes les valeurs de la série ont la même importance)			
	H.02 - Un niveau plus élevé de personnel temporaire sera associé à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant l'information reçue.	VI 1: personnel intérimaire	Proportion d'ETP intérimaire par service et par mois pendant la période considérée.			
		VD 3: information donnée	Indicateur synthétique : Information donnée	6 modalités: 1- Très insatisfait 2- Insatisfait 3- Ni satisfait- Ni insatisfait 4- Satisfait 5- Très satisfait NC- Non concerné		
			PH7-Infos_déroulement PH10-Infos_soins PH11_Infos_cohérences (Pondération à 1, toutes les valeurs de la série ont la même importance)			

Question de recherche	Hypothèse de recherche	Variables	Indicateurs	Modalités	Instrument de recherche	Instrument statistique
L'utilisation d'infirmiers d'agences à l'hôpital Saint-Pierre influence-t-elle la perception du patient sur la qualité de ses soins reçus ?	H.03- Un niveau plus élevé de personnel temporaire sera associé à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant leurs soins et prise en charge.	VI 1: personnel intérimaire	Proportion d'ETP intérimaire par service et par mois pendant la période considérée.		Questionnaire	Corrélation de Pearson
		VD 4: information donnée	Indicateur synthétique : Soins et prise en charge	5 modalités: 1-Jamais 2-Parfois 3-Souvent 4-Toujours NC-non concerné		
			PH8-Disponibilité_infirmier PH9-Soins_infirmiers PH15-PEC_globale PH16-Collaboration (Pondération à 1, toutes les valeurs de la série ont la même importance)			

VI = Variable indépendante, VD = Variable dépendante

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les résultats sont développés pour répondre à notre question et aux hypothèses de recherche. Dans un premier temps, nous présenterons les caractéristiques de l'échantillon. Ensuite ce sera au tour du résultat descriptif des indicateurs composites et de leurs variables distinctes d'être exposés. Comme les réponses aux hypothèses sont essentielles pour circonscrire la question de recherche qui est « La prise en charge du patient par des infirmiers d'agences à l'hôpital Saint-Pierre influence-t-elle sa perception sur la qualité de ses soins reçus ? Nous l'envisagerons en dernier.

1.14 Nombre de répondants par unité

Au total 209 patients ont répondu à l'enquête de satisfaction, ce qui représente une moyenne de 52,30 répondants par service. La majorité d'entre eux se situait dans les services 407 et 408 qui sont toutes deux des unités de chirurgie. Les unités 507 (unité onco et médico-chirurgicale) mais surtout la 409 (médecine) ont recensé un nombre réponse le plus faible avec respectivement 33 et 28 répondants. Ces résultats sont repris dans le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2: Nombre de répondants par service

Services	N (%)
407	75 (35.89%)
408	73 (34.93%)
409	28 (13.40%)
507	33 (15.79%)
TOTAL	209 (100%)

1.15 Présentation de l'échantillon

Le nombre d'hommes et de femmes ayant répondu au questionnaire est équivalent à une personne près, il est de 88 pour les femmes et 89 pour les hommes. L'âge est compris entre 17 et 90 ans et sa moyenne quant à elle est de 51.85 années. L'âge médian est de 55 ans (respectivement de 51 ans pour les femmes et 57 ans pour les hommes). Les percentiles nous renseignent également que 50% de l'échantillon a un âge compris entre 38 et 65 ans. 50% des femmes ont entre 51 et 79 ans contre 57 et 77 ans pour les hommes.

Ces résultats sont repris dans le tableau 3 ci-dessous :

Tableau 3: Caractéristiques de l'échantillon (N=209)

	Moyenne $\pm$ DS
Age, en années*	51.85 $\pm$ 17.46
Femmes	49.80 $\pm$ 18.10
Hommes	53.31 $\pm$ 16.46
*28 valeurs manquantes (13.40%)	
SEXES*	N (%)
Femmes	88 (42.10%)
Hommes	89 (42.60%)
Autre	01 (00.50%)

*31 valeurs manquantes (14.83%)

1.16 Résultat descriptif des indicateurs composites et de leurs variables distinctes

Le tableau 4 porte sur le résultat descriptif des indicateurs composites et de leurs variables distinctes. Celles-ci ont des modalités de score allant de 1 à 4 ou de 1 à 5. Ces scores sont ensuite sommés pour obtenir le résultat des indicateurs composites. Il est de maximum 16 pour « l'attitude du personnel soignant » (4 variables avec des modalités allant de 1 à 4), de 15 pour « l'information donnée et l'évaluation globale » (3 variables avec des modalités allant de 1 à 5) et de 20 pour « les soins et la prise en charge » (4 variables avec des modalités allant de 1 à 5). La moyenne et l'écart type sont calculés pour chaque variable ainsi que leur intervalle de confiance à 95%.

Globalement, les répondants se montrent plutôt satisfaits pour l'ensemble des indicateurs composites. Concernant « l'attitude du personnel soignant », la satisfaction moyenne est de 13.80/16 ($\pm$ 2.44 points). Située à 15/16, la médiane nous indique que la moitié des participants a attribué un score quasi maximal à cet indicateur. Le second indicateur, relatif aux « informations données aux patients », obtient un score de satisfaction moyen de 12.83/15 ($\pm$ 2.71 points). Sa médiane se situe à 14/15, montrant elle aussi que 50% de l'échantillon se déclare hautement satisfait quant aux informations qu'ils reçoivent des soignants.

Le troisième indicateur, qui concerne la satisfaction ressentie à l'égard des « soins et de la prise en charge » suit cette même tendance : sa moyenne vaut 17.79/20 ($\pm$ 3.27 points) et sa médiane, située à 20, révèle que la moitié des participants lui a attribué le score maximal. Le score moyen d'évaluation globale vaut 13.26/15 ($\pm$ 2.19 points), avec une médiane à 14/15.

Si on évalue le pourcentage de l'échantillon qui a donné un score inférieur à la moyenne calculée de chaque indicateur composite. Il se situe aux alentours de 6% pour « les soins et la prise en charge ». Il tombe à 5% pour « l'information donnée » et à 3% pour « l'attitude du personnel » et « l'évaluation globale ».

L'analyse des variables distinctes, met en évidence qu'avec 3.67/4 de moyenne, la prise en charge de la douleur (PR7-Soulagement) est l'indicateur qui reçoit le score le plus élevé de la part des répondants. La majorité de l'échantillon considère que les soignants se sont « toujours » préoccupés de soulager rapidement leur douleur, cette catégorie de réponse ayant été cochée le plus grand nombre de fois.

Avec 3.04/4 de moyenne, l'identification (PR1-Identification) est l'indicateur qui a reçu le moins bon score, la majorité des répondants estiment que le personnel s'est « souvent » présenté à eux en donnant son nom et sa fonction. Au vu du résultat des autres indicateurs, une marge d'amélioration pour « l'identification » est envisageable.

Tableau 4 : Résultats descriptifs des indicateurs et des variables distinctes.

Indicateurs	Moyenne $\pm$ DS	IC à 95%	Moyenne $\pm$ DS (%)	Valeurs manquantes
Attitude du personnel soignant (score /16)	13.80 $\pm$ 2.44	[13.44 ; 14.17]	86.25 $\pm$ 15.25	35 (16.75%)
PR1-Identification (/4)	3.04 $\pm$ 0.93	[2.92 ; 3.17]	76.00 $\pm$ 23.25	6 (2.90%)
PR2-Identitovigilance (/4)	3.43 $\pm$ 0.83	[3.32 ; 3.55]	85.75 $\pm$ 20.75	7 (3.30%)
PR7-Soulagement (/4)	3.67 $\pm$ 0.66	[3.58 ; 3.76]	91.75 $\pm$ 16.50	8 (3.80%)
PR8-Implication (/4)	3.53 $\pm$ 0.76	[3.43 ; 3.64]	88.25 $\pm$ 19.00	22 (10.50%)
Information donnée (score /15)	12.83 $\pm$ 2.71	[12.44 ; 13.23]	85.54 $\pm$ 18.07	26 (12.40%)
PH7-Infos_déroulement (/5)	4.26 $\pm$ 0.99	[4.12 ; 4.40]	85.20 $\pm$ 19.80	19 (9.10%)
PH10-Infos_soins (/5)	4.30 $\pm$ 1.00	[4.16 ; 4.44]	86.00 $\pm$ 20.00	11 (5.30%)
PH11-Infos_cohérences (/5)	4.22 $\pm$ 1.00	[4.08 ; 4.37]	84.40 $\pm$ 20.00	13 (6.20%)
Soins et prise en charge (score /20)	17.79 $\pm$ 3.27	[17.31 ; 18.27]	88.95 $\pm$ 16.35	30 (14.40%)
PH8-Disponibilité_infirmier (/5)	4.44 $\pm$ 0.90	[4.31 ; 4.56]	88.80 $\pm$ 18.00	9 (4.30%)
PH9-Soins_infirmiers (/5)	4.42 $\pm$ 0.93	[4.29 ; 4.54]	88.40 $\pm$ 18.60	9 (4.30%)
PH15-PEC_globale (/5)	4.50 $\pm$ 0.81	[4.38 ; 4.62]	90.00 $\pm$ 16.20	19 (9.10%)
PH16-Collaboration (/5)	4.35 $\pm$ 0.95	[4.21 ; 4.48]	87.00 $\pm$ 19.00	18 (8.60%)
Evaluation globale (score /15)	13.26 $\pm$ 2.19	[12.95 ; 13.56]	88.40 $\pm$ 14.60	7 (3.30%)
RG1-Satisfaction (/5)	4.38 $\pm$ 0.77	[4.28 ; 4.49]	87.60 $\pm$ 15.40	1 (0.50%)
RG2-Recommandation (/5)	4.45 $\pm$ 0.84	[4.33 ; 4.56]	89.00 $\pm$ 16.80	2 (1.00%)
RG3-Patient_partenaire (/5)	4.41 $\pm$ 0.81	[4.30 ; 4.52]	88.20 $\pm$ 20.00	7 (3.30%)

Ces résultats suggèrent un taux faible de mécontents, on pourrait à ce stade se demander si cela reflète exactement la réalité ?

On peut également noter l'écart des valeurs manquantes entre « l'évaluation globale » et les autres indicateurs composites. 10.50% des patients se sont abstenus de répondre ou se sont estimés non concernés à la question de savoir s'ils se sentaient impliqué dans le processus décisionnel (PR8-Implication).

Ce qui en fait la variable avec le plus grand nombre de valeurs manquantes. Avec une seule valeur manquante, la satisfaction globale (RG1-Satisfaction) a reçu le plus grand nombre de réponse de la part des répondants.

1.17 Résultat descriptif des indicateurs composites par services

Il est intéressant de se demander s'il existe une différence significative entre les scores moyens attribués aux indicateurs composites d'un service et ceux alloués aux autres unités. Pour ce faire nous présentons dans le tableau 5 les résultats descriptifs des indicateurs composites par services.

Tableau 5 : Résultats descriptifs des indicateurs composites par unité (407 – 408 – 507 - 409).

Services	Moyenne $\pm$ DS	IC à 95%	Moyenne $\pm$ DS (%)	Valeurs manquantes N (%)*
407 (n = 75)				
Attitude du personnel soignant (/16)	14.20 $\pm$ 1.87	[13.72 ; 14.68]	88.75 $\pm$ 11.69	14 (18.70)
Information donnée (/15)	12.79 $\pm$ 2.73	[12.14 ; 13.44]	85.27 $\pm$ 18.20	5 (6.70)
Soins et prise en charge (/20)	17.99 $\pm$ 2.80	[17.30 ; 18.67]	89.95 $\pm$ 14.00	8 (10.70)
Evaluation globale (/15)	13.47 $\pm$ 2.06	[12.99 ; 23.95]	89.80 $\pm$ 13.73	2 (2.70)
408 (n = 73)				
Attitude du personnel soignant (/16)	14.59 $\pm$ 2.04	[14.05 ; 15.12]	91.19 $\pm$ 12.75	15 (20.50)
Information donnée (/15)	13.54 $\pm$ 2.53	[12.90 ; 14.18]	90.27 $\pm$ 16.87	10 (13.70)
Soins et prise en charge (/20)	18.63 $\pm$ 2.16	[18.09 ; 19.18]	93.15 $\pm$ 10.80	10 (13.70)
Evaluation globale (/15)	13.42 $\pm$ 2.32	[12.87 ; 13.98]	89.47 $\pm$ 15.47	4 (5.50)
507 (n = 33)				
Attitude du personnel soignant (/16)	13.93 $\pm$ 1.82	[13.22 ; 14.64]	87.06 $\pm$ 11.38	5 (15.20)
Information donnée (/15)	12.62 $\pm$ 1.83	[11.87 ; 13.36]	84.13 $\pm$ 12.20	7 (21.20)
Soins et prise en charge (/20)	18.31 $\pm$ 2.02	[17.49 ; 19.12]	91.55 $\pm$ 10.10	7 (21.20)
Evaluation globale (/15)	13.30 $\pm$ 1.76	[12.68 ; 13.93]	88.67 $\pm$ 11.73	0
409 (n = 28)				
Attitude du personnel soignant (/16)	11.11 $\pm$ 3.09	[9.89 ; 12.33]	69.43 $\pm$ 19.31	1 (3.60)
Information donnée (/15)	11.33 $\pm$ 3.36	[9.92 ; 12.75]	75.53 $\pm$ 22.40	4 (14.30)
Soins et prise en charge (/20)	14.30 $\pm$ 5.47	[11.94 ; 16.67]	71.50 $\pm$ 27.35	5 (17.90)
Evaluation globale (/15)	12.22 $\pm$ 2.51	[11.23 ; 13.22]	81.47 $\pm$ 16.73	1 (3.60)

*Les valeurs manquantes ne sont pas prises en considération dans le calcul des scores

A ce stade nous constatons que les scores moyens attribués aux indicateurs composites de l'unité 409 sont plus faibles que ceux attribués aux autres unités. Mais nous ne pouvons pas affirmer que cette différence soit significative.

De même si les résultats nous montrent que les patients ont donné un score moyen plus élevé à « l'attitude du personnel soignant » ($14.59/16 \pm 2.04$ points), « l'information donnée » ($13.54/15 \pm 2.53$), « les soins et la prise en charge » (18.63 ± 2.16) pour l'unité 408 et à « l'évaluation globale » (13.47 ± 2.06) pour l'unité 407, nous ne pouvons pas affirmer que cet écart est significatif par rapport aux scores moyens donnés dans les autres services par les patients. Un test de significativité statistique de la différence est réalisé au point 5.5 ci-dessous pour confirmer ou infirmer ces hypothèses.

1.18 Résultats des différences de moyennes de satisfaction entre unités

Pour comparer la différence de moyenne de satisfaction ressentie en terme « d'attitude du personnel », « d'information donnée », « des soins et de la prise en charge » et de « l'évaluation globale » entre services, nous émettons les hypothèses suivantes :

- H_0 : il n'y a pas de différence en termes de moyenne de satisfaction entre les différentes unités.
- H_1 : il y a une différence en termes de moyenne de satisfaction entre les différentes unités.

Après avoir vérifié la distribution des variables ainsi que la variance entre les groupes, un test T non païré de student pour échantillon indépendant est réalisé entre ces variables pour les unités 407-408, 407-507, 507-408. Ces résultats sont repris dans le tableau 6. La p-valeur pour les différentes comparaisons étant supérieur à 5%, nous pouvons conclure qu'au seuil de 5%, nous n'avons pas assez de confiance pour affirmer qu'il existe une différence significative entre les moyennes de satisfaction ressentie en termes « d'attitude du personnel », « d'information donnée », « des soins et de la prise en charge » et de « l'évaluation globale » pour les unités susmentionnées. Les patients de ces trois unités de soins déclareraient donc des niveaux de satisfaction plutôt semblables pour ces quatre items.

Tableau 6 : Résultat des tests t pour échantillons indépendants pour les scores des indicateurs composites des unités 407-408, 407-507, 507-408

Unités	Indicateurs	t	p-valeur	IC (95%)
407-408	Attitude du personnel	-1.09	0.28	[-1.10 ; 0.32]
	Information donnée	-1.65	0.10	[-1.66 ; 0.15]
	Soins et prise en charge	-1.48	0.14	[-1.52 ; 0.22]
	Evaluation globale	0.12	0.90	[-0.68 ; 0.77]

<i>Unités</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>t</i>	<i>p-valeur</i>	<i>IC (95%)</i>
407-507	<i>Attitude du personnel</i>	0.63	0.53	[-0.57 ; 1.11]
	<i>Information donnée</i>	0.30	0.77	[-0.98 ; 1.32]
	<i>Soins et prise en charge</i>	-0.54	0.59	[-1.52 ; 0.87]
	<i>Evaluation globale</i>	0.39	0.69	[-0.66 ; 0.98]
507-408	<i>Attitude du personnel</i>	1.45	0.15	[-0.25 ; 1.56]
	<i>Information donnée</i>	1.69	0.10	[-0.16 ; 2.01]
	<i>Soins et prise en charge</i>	0.66	0.51	[-0.66 ; 1.31]
	<i>Evaluation globale</i>	0.26	0.80	[-0.79 ; 1.02]

L'échantillon pour l'unité 409 étant de taille inférieure à trente et la normalité non respectée, un test U de Mann-Whitney est quant à lui réalisé pour comparer la distribution des scores entre les unités 407-409, 507-409, 408-409. Nous émettons les hypothèses suivantes :

- H_0 : Il n'y a pas de différence de distribution des scores entre les différentes unités
- H_1 : Il y a une différence de distribution des scores entre les différentes unités.

Le tableau 7 reprend les résultats obtenus. Pour la plupart des variables et dans la majorité des cas, au seuil de 5%, nous pouvons affirmer qu'il existe une différence significative entre la distribution des scores attribuées à l'unité 409 pour les différents indicateurs composites et les trois autres unités. La p-valeur étant inférieure à 5%.

En revanche nous ne pouvons pas affirmer que cette différence soit significative pour « l'information donnée » entre l'unité 409 et les unités 507 et 407. Nous ne pouvons pas non plus l'affirmer pour « l'évaluation globale » entre l'unité 409 et 507.

Tableau 7 : Résultats tests u de Mann-Whitney pour les scores des indicateurs composites entre les unités 407-409, 507-409, 408-409

<i>Unités</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p-valeur</i>
407-409	<i>Attitude du personnel soignant</i>	350.000	< 0.001
	<i>Information donnée</i>	622.500	0.053
	<i>Soins et prise en charge</i>	498.000	0.010
	<i>Evaluation globale</i>	624.500	0.004
507-409	<i>Attitude du personnel soignant</i>	174.000	< 0.001
	<i>Information donnée</i>	256.500	0.275
	<i>Soins et prise en charge</i>	183.000	0.016
	<i>Evaluation globale</i>	330.500	0.081

<i>Unité</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p-valeur</i>
408-409	<i>Attitude du personnel soignant</i>	296.000	< 0.001
	<i>Information donnée</i>	426.500	< 0.001
	<i>Soins et prise en charge</i>	401.00	< 0.001
	<i>Evaluation globale</i>	589.00	0.004

Sur base de ces résultats on peut se demander si les moyennes de indicateurs composites de l'unité 409 sont influencées par une ou plusieurs variables qui les composent.

En regard du tableau 8, nous constatons que les moyennes des scores de chaque variable de l'unité 409 sont en dessous des moyennes calculées pour l'ensemble des services (cf. tableau 4). L'identification et l'identitovigilance (scorés à 4) ont obtenu un score compris entre 2.45 et 2.57, ce qui en font les variables qui ont été les moins bien scorés pour l'unité 409. Il ressort également que ces deux variables ont obtenus une médiane de 2, donc 50 % des répondants de l'unité 409 a donné un score inférieur à la moyenne de ces scores. Tous les patients interrogés de l'unité 409 ont émis un avis sur « identitovigilance et l'identification », il n'y a pas de valeur manquante. La question se pose de savoir si ces résultats sont dus au faible nombre de répondants, à la proportion d'intérimaires ou à d'autres facteurs ?

TABEAU 8 : RÉSULTATS DESCRIPTIFS DES VARIABLES DISTINCTES DE L'UNITÉ 409 (N=28)

<i>Indicateurs</i>	<i>Moyenne ± DS</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>Moyenne ± DS %</i>	<i>Valeurs manquantes N (%)</i>
Attitude du personnel soignant				
PR1-Identification (/4)	2.46 ± 0.96	[2.09 ; 2.84]	61.50 ± 24.00	0
PR2-Identitovigilance (/4)	2.57 ± 0.96	[2.20 ; 2.94]	64.25 ± 24.00	0
PR7-Soulagement (/4)	3.26 ± 0.90	[2.90 ; 3.62]	81.50 ± 22.50	1 (3.60)
PR8-Implication (/4)	2.81 ± 0.98	[2.44 ; 3.20]	70.25 ± 24.50	0
Information donnée				
PH7-Infos_déroulement (/5)	3.88 ± 1.09	[3.43 ; 4.33]	77.60 ± 21.80	3 (10.70)
PH10-Infos_soins (/5)	3.80 ± 1.58	[3.28 ; 4.32]	76.00 ± 31.60	3 (10.70)
PH11-Infos_cohérences (/5)	3.64 ± 1.29	[3.11 ; 4.17]	72.80 ± 25.80	3 (10.70)
Soins et prise en charge				
PH8-Disponibilité_infirmier (/5)	3.57 ± 1.42	[3.00 ; 4.15]	71.40 ± 28.40	2 (7.10)
PH9-Soins_infirmiers (/5)	3.62 ± 1.42	[3.04 ; 4.19]	72.40 ± 28.40	2 (7.10)
PH15-PEC_globale (/5)	3.71 ± 1.37	[3.13 ; 4.29]	74.20 ± 27.40	4 (14.30)
PH16-Collaboration (/5)	3.56 ± 0.95	[3.03 ; 4.09]	71.20 ± 19.20	3 (10.70)
Evaluation globale				
RG1-Satisfaction (/5)	4.07 ± 0.92	[3.71 ; 4.44]	81.40 ± 18.40	1 (3.60)
RG2-Recommandation (/5)	4.07 ± 0.92	[3.71 ; 4.44]	81.40 ± 18.40	1 (3.60)
RG3-Patient_partenaire (/5)	4.07 ± 0.92	[3.71 ; 4.44]	81.40 ± 18.40	1 (3.60)

1.19 Analyse du lien entre les indicateurs composites et la proportion d'intérimaires

Après avoir fait une analyse descriptive des différents indicateurs et de leurs variables de façon générale et par service, confirmer voire infirmer l'existence de différences significatives entre leurs scores. Nous pouvons maintenant évaluer la présence ou non d'un lien entre les indicateurs composites, leurs variables et la proportion d'intérimaire au moyen du coefficient de corrélation de Pearson. Pour ce faire nous développerons d'abord le détail du calcul de la variable indépendante à savoir « la proportion d'intérimaire » puis nous répondrons aux hypothèses de recherche.

1.19.1 Description de la variable indépendante

Pour évaluer le coefficient de corrélation de Pearson, vous trouverez dans le tableau 9, les données concernant la variable indépendante, à savoir la proportion d'intérimaire par service pour les quatre premiers mois de l'année.

Ce tableau nous renseigne que l'ETP total moyen (soignant) pour l'ensemble des services se situe à 20.64 équivalent temps plein, sa médiane est de 20.30 ETP. L'ETP intérimaire (soignant) moyen pour l'ensemble des services est quant à lui de 2.42 équivalent temps plein, avec une médiane de 2.70 ETP. Nous obtenons donc une proportion d'intérimaire de 11.72%. Le tableau indique également une faible proportion d'intérimaire présente à l'unité 507 avec des pourcentages allant de 1.47 à 4.95%. En revanche les pourcentages les plus élevés se situent aux unités 407 et 408. Celles-ci pouvant avoir jusqu'à 18% d'intérimaires soignants par mois.

Tableau 9 : Proportion d'intérimaire des unités 407-408-507-409 pour les quatre premiers mois de l'année 2024

Unités	Mois	ETP total	ETP Intérim	Proportion %
407	Janvier	18,66	2,09	11,20
	Février	20,11	3,51	17,45
	Mars	20,41	3,68	18,03
	Avril	18,02	3,23	17,92
408	Janvier	20,17	3,79	18,79
	Février	19,75	3,58	18,13
	Mars	20,64	2,88	13,95
	Avril	20,03	3,08	15,38
507	Janvier	25,84	1,28	4,95
	Février	21,15	0,31	1,47
	Mars	22,22	0,63	2,84
	Avril	21,30	0,84	3,94
409	Janvier	19,99	2,22	11,11
	Février	21,89	2,51	11,47
	Mars	20,57	2,12	10,31
	Avril	19,41	2,96	15,25

1.19.2 Description des variables dépendantes

Les variables dépendantes correspondent aux quatre indicateurs composites, à savoir « l'attitude du personnel soignant, l'information donnée, les soins et la prise en charge, et l'évaluation globale ». Ils font le lien avec les quatre hypothèses de recherche :

H.01 – Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant « l'attitude du personnel infirmier ».

H.02 - Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant « l'information reçue ».

H.03 - Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant leurs « soins et prise en charge ».

H.04 - Une proportion plus élevée de personnel temporaire sera associée à des niveaux plus faibles de satisfaction des patients concernant « l'évaluation globale de la prise en charge ».

1.19.3 Résultats des corrélation bivariées entre la proportion d'intérimaire et les indicateurs composites

A l'aide du coefficient de Pearson, les scores des différents indicateurs composites sont confrontés à la proportion d'intérimaires au moment où les patients les ont complétés. Ces résultats sont repris dans le tableau 10.

Les résultats montrent qu'il existe des relations linéaires positives pour chaque hypothèse, mais les valeurs du coefficient de Pearson sont faibles, voire très faibles. En outre, aucune de ces relations n'est statistiquement significatives. Au vu des résultats, nous ne pouvons pas aller plus loin dans notre analyse. Les données n'étant pas significatives, un modèle de régression n'est pas envisageable. Avec les données existantes nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe une relation entre la satisfaction ressentie par les répondants à propos de l'« attitude du personnel soignant », « l'information donnée au patient », « les soins et la prise en charge », « l'évaluation globale » et la proportion de personnel intérimaire. Mais nous ne pouvons pas l'exclure non plus.

Le coefficient de corrélation de Spearman, coefficient non paramétrique a été utilisé pour vérifier et confirmer ces résultats.

Tableau 10 : Coefficients de corrélations r de Pearson pour chaque hypothèse de recherche.

<i>Hypothèses</i>	<i>Proportion d'intérimaires</i>	
	<i>Coefficient r</i>	<i>p-valeur</i>
<i>Hypothèse 1</i>	$r = 0.13$	0.10
<i>Hypothèse 2</i>	$r = 0.06$	0.41
<i>Hypothèse 3</i>	$r = 0.09$	0.25
<i>Hypothèse 4</i>	$r = 0.04$	0.60

1.20 Analyse du lien (corrélation) entre les indicateurs simples et la proportion d'intérimaires

Nous avons également réalisé pour chaque variable simple distincte (comprise dans les indicateurs composites) un test de corrélation de Pearson. Ces données sont reprises dans le tableau 11.

Nous constatons qu'il existe une relation linéaire positive assez faible entre « le soulagement » (prise en charge de la douleur), « la cohérence des informations » et la proportion d'intérimaire ($r = 0.15$ et 0.16). Ces relations sont significatives ($p < 0.05$). Autrement dit, contre toute attente, quand la proportion d'intérimaire augmente, la score de satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur augmente également. Il en va de même pour la cohérence de l'information. C'est donc l'inverse de ce que nous envisagions dans nos hypothèses.

Si nous devons aller plus loin dans un modèle de régression pour expliquer la variation de la variable « soulagement de la douleur » en fonction de la variation de la proportion d'intérimaire on pourrait conclure qu'en fonction du coefficient de détermination R^2 (avec $r = 0.16$; $R^2 = 0.03$), la proportion d'intérimaires explique à elle seule 3% de la variation de ce score.

De même en ce qui concerne la variation de la variable « cohérence de l'information » en fonction de la variation de la proportion d'intérimaire, le coefficient de détermination R^2 étant également de 0.02, nous arriverions à la même conclusion.

Cette variance expliquée étant très petite, il y a sûrement plusieurs autres facteurs qui jouent sur la satisfaction du patient en termes de gestion de la douleur et de cohérence de l'information.

Tableau 11 : COEFFICIENTS DE CORRÉLATIONS R DE PEARSON pour les variables simples et la proportion d'intérimaires

Variables	Proportion d'intérimaires	
	Coefficient <i>r</i>	<i>p</i> -valeur
PR1 - Identification	<i>r</i> = 0.01	0.87
PR2 - Identitovigilance	<i>r</i> = 0.05	0.44
PR7 - Soulagement	<i>r</i> = 0.16	0.02
PR8 - Implication	<i>r</i> = 0.11	0.13
PH7 – Infos_déroulement	<i>r</i> = 0.04	0.55
PH10 – Infos_soins	<i>r</i> = -0.01	0.94
PH11 – Infos_cohérences	<i>r</i> = 0.15	0.04
PH8 - Disponibilité_infirmier	<i>r</i> = 0.05	0.52
PH9 - Soins_infirmiers	<i>r</i> = -0.01	0.93
PH15 - PEC_globale	<i>r</i> = 0.07	0.36
PH16 - Collaboration	<i>r</i> = 0.12	0.10
RG1 - Satisfaction	<i>r</i> = 0.01	0.88
RG2 - Recommandation	<i>r</i> = 0.07	0.34
RG3 - Patient_partenaire	<i>r</i> = 0.01	0.86

CHAPITRE V

DISCUSSION

Nous voulions introduire ce chapitre en rappelant que ce travail relève d'une évaluation humaine et que malgré tous les efforts consentis pour lui donner son caractère objectif, il restera malgré tout, une part de subjectivité. Le choix de la méthode et des variables, l'analyse des résultats et leurs présentations seront le moins possible influencés (41) par cette prise de conscience.

1.21 Évaluation du plan de recherche

Nous amorçons cette discussion par une évaluation critique du plan de recherche qui a été la clé de voute de cette étude. En tentant de répondre aux exigences académiques, nous avons pu approfondir la question de recherche suivante : « La prise en charge du patient par des infirmiers d'agences à l'hôpital Saint-Pierre influence-t-elle sa perception sur la qualité des soins reçus ? ». Ce développement nécessite d'apporter quelques points de précisions concernant notamment le terme « qualité des soins perçue » et son utilisation dans notre recherche, les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la revue de la littérature, le questionnaire et ses limites, la sélection des indicateurs composites, la distribution du questionnaire et la récolte des données. Ces précisions sont développées ci-dessous.

1.21.1 La qualité des soins perçue

A ce stade, il nous paraît important de rappeler que la « qualité des soins perçue », est un terme générique comme nous l'avons vu dans la littérature (34) qui peut prendre plusieurs approches différentes. Dans notre étude, nous l'abordons à la fois dans ses composantes « expérience de soins » et « satisfaction des soins » mais nous ne touchons pas à la perspective « résultat des soins ». Afin de ne pas perdre le lecteur, le terme « satisfaction » est couramment employé, toutefois nous attirons son attention en précisant que ce vocable se substitue parfois à « l'expérience du patient », notamment lorsqu'on aborde les questions liées à « l'attitude du personnel soignant » dans le questionnaire. Dans sa définition, la satisfaction coïncide au degré de correspondance entre l'expérience vécue par le patient lors d'une situation donnée et ses attentes vis-à-vis de cette situation (42). Autrement dit, le soignant peut se présenter dix fois, si le patient n'a aucune attente par rapport à notre variable « identification », cela n'aura aucune influence sur sa satisfaction.

L'information utile que nous en retirons dans ce cas-ci est en lien avec la fréquence avec laquelle l'évènement se produit et peut nous renseigner sur le respect des procédures en lien avec la qualité des soins.

1.21.2 La revue de la littérature

En ce qui concerne la revue de la littérature, même si elle a permis de circonscrire le champ de l'étude, il est utile de mentionner les difficultés rencontrées lors de son élaboration. Premièrement, le terme intérimaire n'existe pas tel quel en anglais et peut revêtir plusieurs formes, ce qui n'a pas facilité la recherche. Deuxièmement, les articles abordant les effets des travailleurs temporaires sur la sécurité des patients et la qualité des soins sont peu nombreux (18) à notre connaissance, d'autant plus, lorsqu'on aborde la problématique dans sa dimension « satisfaction du patient » (23). Ces difficultés sont, également, mentionnées dans d'autres recherches.

Il faut également évoquer que la conception du système de santé diffère considérablement d'un pays à l'autre en termes de valeurs et de responsabilités (43), les résultats de ces études pourraient limiter leurs caractères généralisables face à notre contexte de recherche. Leurs enseignements ont toutefois servi de fil conducteur à la conception de la question et des hypothèses de recherche de ce mémoire.

1.21.3 Le questionnaire et ses limites

L'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles évalue la satisfaction de ses patients à l'aide d'un questionnaire auto-administré qui s'intègre dans le programme « pay for performance ». Pour 2024, les hôpitaux qui participent à une démarche validée « d'expériences des patients » avec l'un des partenaires du SPF Santé publique obtiennent d'office des points. Il nous semblait cohérent de poursuivre cette démarche méthodologique (quantitative) pour notre recherche. Cette pratique nous a permis de mesurer des phénomènes et des liens entre différents facteurs, mais pas d'exploiter des informations contextuelles sur le sujet, comme aurait pu le faire, par exemple, des entretiens semi-dirigés propre à une recherche qualitative (44). Même si l'enquête de satisfaction propose au patient d'émettre des remarques et suggestions dans une zone de texte libre, ces renseignements (qui touchaient notamment des problématiques liées aux prises en charge nocturnes et à l'altération du sommeil des malades) n'ont pas été exploités dans notre analyse. Or interrompre le sommeil d'un patient pour des soins qui ne se « justifient pas » ou pour d'autres raisons comme le bruit, seraient perçus selon certains auteurs comme de la maltraitance (45) et influenceraient possiblement la qualité des soins.

Il serait intéressant à l'avenir lors de recherches similaires de porter attention aux éléments textuelles du formulaire qui sont riches en informations et apprentissages et de les inclure dans les résultats.

1.21.4 Les indicateurs composites

C'est sur base d'éléments issus de la littérature que les variables du questionnaire ont été sélectionnées pour construire les indicateurs composites, à savoir « l'attitude du personnel », « l'information donnée », « les soins et la prise en charge » et « l'évaluation globale », ceux-ci servant de cadre à nos hypothèses. Le choix d'utiliser telle ou telle variable pour créer les indicateurs ne reposant sur aucun modèle préétabli, et la cohérence interne ou l'homogénéité de cette sélection n'ayant pas été testée, la fiabilité et la validité de ces choix reste à démontrer. Ceci aurait pu être fait par le coefficient alpha de Cronbach, par exemple.

1.21.5 Distribution des enquêtes

Concernant la distribution des enquêtes, celles-ci ont été présentées aux patients par l'intermédiaire du personnel soignant et administratif. Cette auto-sélection des malades conduit à un échantillon de convenance pas tout à fait représentatif de la population, dès lors un « biais de sélection » n'est pas à exclure (46). Si on considère que les questionnaires ont bien été distribués aux patients ayant effectué au moins une nuitée, la proportion d'enquêtes complétées par les patients pour les quatre premiers mois de l'année 2024, correspond à 10% pour les unités 407 et 408, 5% pour la 409 et 507¹⁴. Une prudence s'impose donc quant à l'interprétation des résultats.

1.21.6 La récolte des données

Il était initialement prévu que la distribution des questionnaires et la récolte des données s'étendent sur une période de trois mois à compter du premier janvier 2024. Notre souhait était d'atteindre un minimum de trente questionnaires complétés (30 répondants) par service, pour permettre d'avoir lors de l'analyse statistique, une distribution des moyennes échantillonnée approximativement normale. Ce quota n'ayant pas été atteint fin mars pour l'unité 409 (médecine), nous avons donc prolongé la durée de récolte d'un mois. Finalement, 209 formulaires ont été dénombrés dont 28 pour la 409, soit un écart de 47 enquêtes remplies par rapport à l'unité 407 (chirurgie).

¹⁴ Nombre de patients ayant au moins une journée réalisée : 748 pour l'unité 407, 736 pour la 408, 640 pour la 507 et 571 pour la 409.

Nous nous sommes dès lors posé la question de savoir quels auraient pu être les éléments expliquant cette différence de résultats entre la 409 et les autres unités. L'une des pistes pouvant l'expliquer pourrait être liée au turn-over des patients. L'unité 409 est, principalement, une unité de médecine interne, accueillant des patients souffrants de pathologies pulmonaires et endocriniennes et dans une faible mesure venant pour de la chirurgie thoracique et neurologique. La durée moyenne de séjour (DMS) pour les 4 premiers mois de l'année du service était de 6.16 jours¹⁵ comparativement à 3 jours pour les unités de chirurgie (407- 408) et 4 jours pour la 507. A taux d'occupation et nombre de lits identiques, on s'attend à ce que les retours des questionnaires provenant de la 409 soient moins nombreux, pour autant qu'ils aient été distribués à tous les patients. Nous mettons, également, en exergue un problème qui pourrait être lié à la barrière de la langue. Le CHU Saint-Pierre accueille des patients venant du monde entier. Cela couvre plus de 160 langues et dialectes (47). Les enquêtes ne sont disponibles qu'en français et en néerlandais. Il est donc possible que certaines d'entre elles n'aient pas été complétées pour cette raison. L'hôpital accueille également des populations défavorisées socialement et économiquement qui peuvent rencontrer des difficultés de communication dues à des différences culturelles, linguistiques ou éducatives.

Lors de l'analyse de la variable indépendante, nous avons également constaté que la proportion d'intérimaire, pour les quatre premiers mois de l'année, pour l'unité 507 était de 3.3% en moyenne. Bien en dessous des 10% constatés l'année dernière et du taux des autres services pour la même période. Nous l'expliquons par la fusion de l'unité 507 avec une ancienne unité (héмато-onco) devenant ainsi une unité de cardiologie, de chirurgie et d'hématologie. Cette restructuration a permis au service d'atteindre son cadre autorisé en ETP (ce qui n'était pas le cas avant), et de ce fait, de diminuer la demande intérimaire. Ce faible pourcentage d'intérimaire a toutefois ajouté de la variabilité dans nos données par rapport aux taux plus élevés recensés dans les autres unités.

1.22 Indicateurs de satisfaction et d'expérience patient

Si l'on s'intéresse aux résultats de la mesure de satisfaction attribués par les patients des unités 407, 408, 409 et 507 de l'hôpital Saint-Pierre, on constate que d'une manière générale la majorité d'entre eux ont donné des scores moyens allant de 86% à 89% pour les différents indicateurs (attitude du personnel – information donnée – soins et prise en charge – évaluation globale).

¹⁵ Estimation interne sur les 4 premiers mois de l'année (nombre de journée/ nombre de séjour)

Nos résultats sont légèrement en dessous de ceux rapportés par les patients dans le programme de paiement à la performance de 2022 dont les hôpitaux tirent une petite partie de leur budget (48). 96.2% des patient belges auraient rapporté une expérience positive pour les lits C et D¹⁶. Pour la région Bruxelloise ce chiffre passe à 90.5% (48). Ces niveaux élevés de satisfaction doivent toutefois être analysés avec prudence. Les réponses positives aux enquêtes de satisfactions ne sont pas toujours le signe d'une bonne prise en charge, le mécontentement ne s'exprimant en général que lorsqu'un événement indésirable se produit (49). Il faut également tenir compte du biais lié aux non-répondants pouvant surestimer ou sous-estimer le degré de satisfaction.

L'utilisation d'échelles de Likert validées pour répondre aux questions et le respect de l'anonymat font partie des éléments qui permettent de soutenir des réponses honnêtes et sincères de la part des répondants. Nous ne pouvons toutefois pas écarter la possible influence du biais de désirabilité sociale sur ces résultats et la part « d'attractivité » du soignant sur ce biais. Comme le mentionne la littérature dans le « modèle d'attractivité de la source », une personne connue, appréciée et similaire au sujet serait attractive et par conséquent persuasive (50). Dans notre cas, ce sont les infirmiers voire les secrétaires des différents services concernés qui ont distribué les questionnaires. Nous n'avons pas la maîtrise des liens qui se sont noués lors des différentes prises en charge, qui auraient pu influencer sur les choix de réponse des patients.

Interrogeons-nous maintenant aux résultats de l'unité 409. Pour la plupart des variables et dans la majorité des cas, nous avons également vu qu'il existait une différence significative au seuil de 5% entre les résultats de l'unité 409 (médecine) et ceux des 3 autres unités (chirurgie). Il en ressortait également que ces scores étaient, de manière générale, inférieurs. Une des pistes de réflexion sur ces conclusions pourrait être en lien avec les attentes des patients dans ces différents services qui s'organisent, accueillent, soignent, informent et les prennent en charge différemment. Dans un service de chirurgie, comparativement à un service de médecine, on pourrait émettre l'hypothèse qu'une intervention qui se déroule sans complication avec des résultats qui correspondent à ce qui est attendu, induirait le patient à exprimer positivement sa satisfaction sur les différentes composantes pour lesquelles il est interrogé (51). Dès lors, il y aurait lieu, pour les unités de chirurgie, d'être attentifs aux indicateurs qui n'ont pas complètement porté satisfaction.

¹⁶ C (Chirurgie), D (médecine)

Nous devons toutefois rester attentif. Il existe de nombreux éléments susceptibles de contribuer à la satisfaction du patient, ceux-ci pouvant l'influencer différemment. Il est fort probable que leurs poids varient en fonction de différents critères comme la pathologie, la durée de séjour et l'âge du patient (52). Il est, également, à noter que des éléments de satisfaction pouvant être considérés comme « basiques » pour certains patients (comme la prise en charge de la douleur ou l'attention de l'infirmière), influenceront fortement leurs insatisfactions s'ils ne sont pas pris en compte. D'autres les considéreront comme des « éléments clés » qui pèseront cette fois-ci sur leurs satisfactions (52).

L'unité 409 ayant une DMS plus longue pour les 4 premiers mois de l'année comparativement aux autres services, nous nous sommes, également, interrogés quant à l'existence d'une relation entre la durée moyenne de séjour et la satisfaction des patients. En se référant à certaines études, cette corrélation n'aurait pas été démontrée (53, 55). Une recherche menée au Pays-Bas fait exactement le même constat, à une exception près, pour les services de pneumologie pour lesquels une corrélation négative entre la durée de séjour et la satisfaction des patients s'est montré significative (56). L'unité 409 est, nous le rappelons, un service de pneumologie et d'endocrinologie et dans une moindre mesure de chirurgie. Pour les auteurs, cette correspondance pourrait s'expliquer par la complexité de la communication avec des patients dont les prises en charges seraient vécues comme plus difficiles et nécessiteraient plusieurs professionnels de la santé. Une information sur le pronostic de la maladie qui ne serait pas toujours satisfaisante pour les patients pulmonaires (54). Nous n'avons pas vérifié si ces problématiques sont superposables à l'unité 409, mais il serait pertinent d'y prêter réflexion.

1.23 Indicateurs et proportion d'intérimaire

Notre recherche ne nous permet pas d'établir une relation significative entre la satisfaction ressentie par les patients à propos de « l'attitude du personnel soignant », « l'information donnée au patient », « les soins et la prise en charge », « l'évaluation globale », et la proportion de personnel intérimaire.

En conséquence, et c'est plutôt rassurant pour l'hôpital Saint-Pierre, ce travail souligne que la qualité des soins serait maintenue lorsque l'on utilise des prestataires intérimaires. Il s'agit d'une donnée importante à prendre en compte, étant donné que les travailleurs occasionnels sont essentiels au fonctionnement et à la continuité des soins de certains services, en raison de l'absentéisme et/ou du manque au cadre dont ces derniers sont frappés.

Ce qui va dans le sens de la littérature qui nous rappelle que l'intérimaire devrait être considéré comme une personne qui vient soulager les équipes avec ses compétences, sa polyvalence et sa flexibilité qu'il a acquises au cours de ses différentes missions (57).

Toutefois et même si ces conclusions sont rassurantes, il est possible que l'absence de significativité entre la proportion d'intérimaire et la qualité des soins perçue, soit la conséquence d'une insuffisance de variance dans la distribution des données. En effet, celles-ci ont été collectées mensuellement sur une période de quatre mois. La faible participation de certains services (dont la 409) a possiblement influencé la variabilité des résultats. Il serait peut-être intéressant d'envisager la recherche sur une plus longue période et de collecter les données hebdomadairement ou bimensuellement. Mais vu le taux de participation dans certains services, cela resterait compliqué.

Notre étude met, également, en exergue une relation linéaire positive entre la proportion d'intérimaire et les 2 variables distinctes suivantes, « la prise en charge de la douleur » et la « cohérence des informations ». Autrement dit, quand la proportion d'intérimaire augmente, la satisfaction du patient augmente également pour ces deux items. Cette information nous permet, en conséquence, de rester optimiste quant à l'utilisation des prestataires infirmiers externes, qui en raison de leurs mobilités, seraient peut-être plus sensibilisés et attentifs à ces enjeux, par rapport à du personnel fixe qui aurait acquis certains automatismes. Ces résultats n'ayant jamais été démontrés à notre connaissance dans d'autres études, cela nécessiterait une réflexion plus approfondie.

Nous ne devons, cependant, pas négliger la problématique « des comparaisons multiples » (58). Le risque de conclure à l'existence d'un effet alors qu'il n'y en a pas, augmente avec la multiplicité des tests statistiques. Mentionnons également le fait que l'équipe mobile de l'hôpital Saint-Pierre a aussi recours à des intérimaires. Celle-ci, lorsqu'elle n'est pas utilisée pour suppléer l'absentéisme ou le manque au cadre est parfois mise en renfort dans les différentes unités. Il y a lieu de se demander si le dépassement du « cadre autorisé » engendré par ce soutien n'a pas influé sur la satisfaction des patients. Avec des prises en charge peut être plus rapide de la douleur, une information plus soutenue et cohérente. Il ne s'agit ici que de suppositions qui demanderaient à être vérifiées.

Quoiqu'il en soit, nos résultats ne vont pas dans le sens de certaines études réalisées sur cette thématique. Nombre d'entre elles nous renseignent d'une relation négative entre l'emploi d'intérimaires et la qualité des soins.

Cependant, comme nous l'avons vu, la littérature aborde très peu notre sujet et présente des conclusions souvent contradictoires (59). Un manque de cohérence sur la définition du personnel intérimaire ainsi que les différentes méthodologies utilisées peuvent en être la cause. A cela se rajoute la diversité des éléments contributifs de la qualité des soins dans les hôpitaux. Il nous paraissait donc important de nuancer les résultats de ces différentes études. Ce que nous tentons de faire ci-dessous :

Premièrement, la simple existence d'une relation entre des variables ne permet pas de conclure que l'une est à l'origine de l'autre, même si la relation est forte. La corrélation ne démontre pas toujours la causalité, et l'existence possible d'une explication alternative peut remettre en question la validité interne d'une recherche (60). Il est donc important de traiter et d'analyser les données corrélationnelles avec rigueur.

Deuxièmement, la grande majorité des observations ont été réalisées dans des pays anglo-saxons, notamment aux Etats-Unis. Si une importante partie des infirmiers sont des femmes comme chez nous (61), qui possèdent toutes un diplôme post secondaire, la similitude entre nos deux pays s'arrête à la taille du marché. Outre-Atlantique, celle-ci influencerait la propension d'un infirmier à travailler comme intérimaire (61). Les femmes mariées ou avec des enfants seraient moins libres de se déplacer entre les différents marchés locaux et donc moins susceptibles d'occuper un poste temporaire (61). Au milieu de la vingtaine et de la trentaine, les infirmiers américains ont une plus grande probabilité de faire des missions intérimaires et profitent de celles-ci pour découvrir différents hôpitaux, sans compter que l'employeur qui les embauche propose souvent un logement à proximité de leur lieu de travail, ce qui rend l'hôpital plus attractif. A partir de 39 ans, cette probabilité s'inverse au profit d'un poste fixe.

La taille du marché va également de pair avec la volatilité des besoins locaux en soins de santé et à l'existence de plusieurs types d'organisation de soins de santé. Cette diversité de structure de personnel d'agence peut amener des incohérences dans la qualité des soins dispensés (61). Pour des marchés plus petits avec moins de concurrences, les structures de soins peuvent exercer une influence et offrir des salaires inférieurs aux produits marginaux des infirmières, avec une forme de discrimination salariale entre les intérimaires et le personnel fixe (61). Cette disparité financière peut participer au mécontentement des employés réguliers et peser, aussi, sur la qualité des soins. Tout ceci pouvant expliquer, en partie, les résultats contrastés des différentes recherches réalisées sur le sujet.

A l'inverse, en Belgique, 43% des intérimaires actifs dans les soins de santé sont âgés de plus de 40 ans et près d'un sur quatre a passé la cinquantaine selon une étude de la société Randstad (62). Leur orientation vers l'intérim s'expliquerait par une volonté de maîtriser leurs conditions de vie en évitant les contraintes de planning et d'organisation rencontrées par les infirmières fixes. Il ne serait pas faux de penser, qu'au fil des années, ils ont acquis expériences, connaissances et compétences au travers de leur parcours professionnel.

A l'hôpital Saint-Pierre, nous avons quelques intérimaires fidélisés qui reviennent régulièrement dans les mêmes services ou l'organisation, les procédures, l'agencement, les pathologies leurs semblent connues. Il est courant que ceux-ci réalisent plusieurs missions consécutives dans le même service. La perception des patients sur la qualité des soins peut s'en trouver influencée et rendent cohérents nos résultats. Il faut, toutefois, évoquer dans certains cas, l'existence de difficultés d'organisation et de prise en charge, rapportées par les infirmières fixes, lorsqu'un intérimaire se présente pour la première fois dans leurs unités.

Au vu de ce que nous venons de mentionner, nous ne devons donc pas sous-estimer le contexte organisationnel et géographique des différentes recherches ainsi que leurs conceptions. Ces éléments peuvent être une des raisons de ces divergences et associations négatives entre le recours à du personnel temporaire et la qualité des soins prodigués au patient (63).

1.24 Perspectives

1.24.1 Préambule

Dans ce travail, nous nous interrogeons quant à l'influence des prestataires temporaires sur la qualité des soins. Mais au fond, la problématique n'est-elle pas ailleurs ? L'utilisation de ressources intérimaires n'est qu'un moyen parmi d'autres pour faire face à la pénurie et à l'absentéisme infirmiers dans le secteur de soins, qui s'élève selon l'étude MAHA de 2023 à 11 %. Outre son influence sur la gestion quotidienne de l'hôpital, l'organisation du travail des équipes, la qualité et la sécurité des soins, l'absentéisme aurait causé entre 5 et 10 % de fermeture de lits d'hôpitaux pour la période 2021-2022 (64).

A côté de cela, la pénurie de soignant pose question, car comme nous l'avons vu, ce ne sont pas les professionnels habilités à exercer la profession d'infirmier qui manquent (6).

Dès-lors, il y a lieu de se s'interroger sur les raisons de l'absentéisme infirmier, sur la volonté de certains d'entre eux à quitter la profession ou à s'orienter vers l'intérim.

Selon certaines publications, l'explication trouverait sa source dans les ratios patients/infirmiers, ainsi que dans les conditions de travail (65). Les soignants seraient soumis à de nombreuses pressions, au manque de temps à consacrer aux patients et à l'augmentation des tâches administratives et logistiques (66). La littérature fait également mention d'une déshumanisation et d'une déprofessionnalisation du travail, où l'exigence des pratiques ne concorderait plus avec les valeurs misent en avant, entraînant la perte de sens au travail, conduisant dans certains cas au burnout (67).

Dans la dernière étude du KCE qui aborde cette notion, la prévalence de l'épuisement professionnel et de l'intention de quitter son emploi est fortement influencée par les conditions de travail, qui semblent être la solution pour améliorer la satisfaction des infirmiers dans les hôpitaux (7). La qualité de l'environnement y est faite référence au travers de facteurs tels que, la participation à la politique hospitalière, le leadership du personnel soignant, la qualité des relations médecin-infirmier. Bien que cette étude ne touche que les infirmiers des soins intensifs, il est évident que ce sujet pourrait s'étendre à d'autres services.

En tenant compte de ce qui vient d'être dit, et en se basant sur une autre publication, nous pourrions supposer que certains soignants s'orientent vers le marché de l'intérim pour fuir l'investissement institutionnel (impératifs de planning, organisation des services, de l'hôpital...), en se mettant à l'abris de sa lourdeur présumée (57). Ainsi, le recours aux prestations intermittentes permettrait aux infirmiers de se protéger des conditions de travail difficiles, qui plus ponctuelles, en deviendraient plus « acceptables ». Selon l'auteur, la mise à l'écart de l'histoire de la maladie, de sa charge émotionnelle et affective, aurait pour corollaire, une plus grande disponibilité du soignant auprès du patient.

Pour compléter notre réflexion, il faut encore mentionner que 40% des infirmiers travaillent principalement à temps partiel. Et ce pour deux raisons, la première vient du fait que les femmes sont majoritairement représentées dans la profession et que des inégalités de genre persistent toujours (68). L'emploi partiel leur permettrait de concilier plus facilement leur vie familiale et professionnelle. La deuxième raison proviendrait de la pénibilité du travail dont nous avons fait mention.

Différentes mesures financières ont été mises en place par le gouvernement pour répondre à la pénurie de personnel et rendre la profession plus attractive tout en améliorant les soins aux patients.

On citera notamment l'établissement du Fond Blouses Blanches qui a permis d'engager 5000 personnes supplémentaires et la mise en place de l'IFIC qui assure à un jeune qui commence sa carrière d'infirmier d'avoir un salaire plus attractif. Ces investissements se sont accompagnés par des initiatives de formations supplémentaires et des mesures plus qualitatives pour le personnel (66). Pour diminuer les tâches logistiques, administratives et d'hygiène de base qui pèsent sur les soignants, un éventail plus large de profils professionnels est en train d'être mis en place au sein de la profession infirmière, comme « l'assistant pratique » et « l'assistant infirmier » (66), même si ce dernier fait polémique.

Avec l'arrivée en Belgique d'une nouvelle majorité au pouvoir, suite à la dernière élection, de nombreuses questions restent en suspens. Quelle sera l'évolution des décisions politiques sur le secteur des soins santé et leurs influences sur la qualité et la sécurité des soins. Une modification de la norme de croissance qui est actuellement de 2% sera-t-elle envisagée ? Tiendra-t-on compte des perspectives économiques du Bureau fédéral du Plan de juin 2023, qui estime que les déterminants des prestations de soins de santé amèneront un taux de croissance annuel moyen de 3.2% en termes réels sur la période 2025-2029 (69).

Des politiques d'austérité seront-elles menées au détriment du personnel soignant et, indirectement, sur la qualité et la sécurité des soins ? Le choix de s'orienter vers l'intérim restera-t-il une des solutions des soignants pour améliorer leurs conditions de vie au travail ?

1.24.2 Recommandations

La politique actuelle de l'hôpital Saint-Pierre est de diminuer le recours aux intérimaires pour des raisons budgétaires. Toutefois, le coût de leur recrutement devrait être mis en balance avec les bénéfices engrangés (les formalités administratives sont réalisées par l'agence qui prend également à sa charge une partie des formations, etc...). Il est important que cette diminution ne se fasse pas au détriment de la qualité de vie au travail des infirmiers.

Pour motiver le personnel infirmier à rester, à l'attirer dans les soins, à diminuer le burn-out et à améliorer la perception de la qualité des soins, le KCE préconise, dans deux rapports (7, 70), de diminuer le ratio patient/infirmier et de mettre en place des actions pour agir sur la qualité des environnements de travail dans les hôpitaux. La flexibilité de l'intérim permet d'assurer la continuité des soins et de maintenir voire d'améliorer la qualité des soins perçue dans certains cas, comme le suggèrent nos résultats.

L'intérim aurait donc son rôle à jouer dans la qualité de vie au travail des équipes, qui sans cet apport, en cas d'absence ou de manque au cadre, se retrouveraient en sous-effectif. Si d'autres solutions ne sont pas trouvées.

L'amélioration de la qualité de vie au travail passe, selon certaines publications scientifiques, par la collaboration et les échanges entre les différents métiers et profils de la santé. A l'hôpital Saint-Pierre, il existe différents moments d'échanges pour le soignant. Il y a ceux qui sont consacrés au personnel soignant comme les réunions d'équipe et les formations en interne. Et puis d'autres, centrés sur le patient comme le rapport infirmier, le rapport médical et les réunions multidisciplinaires. Pour ces deux derniers staffs, l'équipe soignante est, généralement, représentée par l'infirmière en chef. Ce qui limite les moments où l'ensemble des soignants a la possibilité d'être en interaction avec les autres disciplines de la santé pour parler d'un projet commun, le patient. Nous rajoutons à cela qu'avec l'arrivée du dossier patient informatisé, la communication électronique se fait au détriment des échanges directs. Ceci ayant pour corollaire une diminution des relations, de la reconnaissance mutuelle et de l'identification à l'institution (71).

Or la littérature mentionne l'importance pour chacun de pouvoir donner son avis et recevoir l'avis de l'autre. C'est une des conditions pour que les soignants se sentent soutenu par leurs pairs et leurs supérieurs, et développent un sentiment de satisfaction au travail et d'épanouissement professionnel, qui retentira sur la qualité des soins et la prise en charge du patient (72).

Il existe un modèle de management qui permet de répondre à ces défis. Il s'agit de la démarche participative. Celle-ci pourrait être une des réponses aux interventions en lien avec la participation des soignants à la politique institutionnelle, le leadership infirmier et la relation médecin-infirmier que prônent le KCE (70). La place des intérimaires et des nouveaux profils que sont l'assistant infirmier et l'assistant en pratique avancée dans cette démarche devrait, tout autant, être examinée.

1.24.3 Démarche participative

Cette démarche propose, par un modèle de management, de diminuer la souffrance des soignants en améliorant leur qualité de vie au travail et par la même les soins prodigués aux patients. Elle agit sur la cohésion d'équipe ainsi que la satisfaction, et permet de lutter contre le stress et l'intention de changer de travail (73). Elle a vu le jour au sein des services palliatifs pour s'étendre ensuite à d'autres secteurs.

Ce modèle, basé sur des espaces d'échanges doit être promu et soutenu au sein de nos différents services afin que chaque équipe élabore des réponses aux différentes problématiques auxquelles elle est confrontée.

Afin d'encourager ce projet, la création de nouveaux espaces d'échanges qui impacteraient le temps de prise en charge du patient n'est pas requise. Il serait, en revanche, légitime d'avoir une réflexion sur l'apport d'une mise en commun du rapport médical et infirmier au vu de ce que nous venons de développer. Nous sommes conscients qu'il s'agirait d'un bouleversement dans l'organisation du rythme de travail des équipes, qui devront être accompagnées dans ce changement. Même si certains managers sont déjà sensibilisés à cette démarche, nous encourageons les professionnels à en être conscientisés.

1.24.4 Redéfinition des profils

Avec l'arrivée dans le secteur des soins du nouveau profil d'assistant infirmier et d'infirmier en pratique avancée, il y a lieu de redéfinir les collaborations, la fonction et les missions de chaque professionnel de soins en y incluant les aides-logistiques. Le but est de réfléchir à une répartition plus équitable des tâches, en vue de permettre au soignant de retrouver plus de temps auprès du patient et d'agir sur sa qualité de vie au travail. Ce qui nécessite que l'attribution des activités soit connue par tous et en parfaite adéquation avec les profils concernés.

Il s'agit d'un travail qui doit être réalisé par les équipes afin de garantir leur adhésion. A l'hôpital Saint-Pierre, cette réflexion a commencé dans certains services, notamment la gériatrie et des fiches techniques sont en cours d'élaboration.

Concernant l'assistant infirmier, dont le rôle sera notamment d'accompagner le patient quotidiennement en lui procurant une aide physique et psychologique, sa définition stipule qu'il pourra agir de manière autonome dans des situations « moins complexes ». Une collaboration sera nécessaire avec l'infirmier ou le médecin en cas de conditions plus compliquées. Le législateur ne définit pas le terme « complexe » et laisse aux hôpitaux la responsabilité et le soin de le formaliser. C'est une réflexion que l'hôpital Saint-Pierre doit amorcer en gardant à l'esprit le cas où l'intérimaire infirmier et l'assistant infirmier devront collaborer.

1.24.5 L'intérim comme solution ?

En envisageant le recours aux intérimaires comme une solution et non comme une problématique, ceux-ci peuvent devenir des atouts pour l'hôpital.

Nous encourageons l'institution à promouvoir la collaboration des intérimaires dans les discussions cliniques et les réunions d'équipes. En effet, selon l'idée émise par certains auteurs, leur sollicitation dans différentes institutions leur a permis d'acquérir des connaissances, mais également des compétences particulières, qui ne sont pas toujours connues des autres hôpitaux.

Ce partage d'information ne peut être que bénéfique pour l'hôpital et nécessite un environnement de travail propice aux échanges. Nous plaidons en faveur de la promotion d'un climat favorable au développement du sentiment d'appartenance. Ce sentiment est à l'origine selon Maslow de la motivation au travail. Satisfaire à ce besoin permet aux personnes d'avoir des objectifs semblables en exerçant une influence directe sur leur motivation, leur engagement, leur mobilisation et leur rendement dans l'institution (74).

En fidélisant l'intérimaire, il aura envie de revenir et de s'impliquer dans l'institution. Pour ce faire, plusieurs actions peuvent être envisagées. Nous pensons notamment à lui permettre d'assister aux journées des nouveaux engagés, qui représentent le premier contact du travailleur avec son environnement de travail. Elles lui donnent également un aperçu des valeurs et de la culture de l'hôpital. Ces journées favorisent l'engagement et le sentiment d'appartenance. D'autres actions comme l'accès à la lingerie, l'octroi de codes informatique de longue durée et d'un badge d'accès sont également des pistes de réflexion à mettre à l'étude.

Pour agir sur la qualité des soins et la sécurité des patients, il est important que tous les travailleurs aient accès aux formations. Il en va de même pour nos collaborateurs intérimaires. Leur donner accès à nos formations serait, également, un moyen de faciliter leur intégration et de développer un environnement propice aux échanges. Les agences intérimaires prennent, actuellement, à leur charge pour leurs employés un certain nombre de jours de formations au sein de notre institution. Mais par manque de transparence concernant l'agenda et les disponibilités de celles-ci, beaucoup d'intérimaires n'y participent pas. Pour pallier cela, nous encourageons l'institution à mettre en place un plan de formation de base qui devra être transmis aux agences et proposé à tous les intérimaires souhaitant effectuer des prestations au sein du CHU Saint-Pierre.

Un intérimaire qui revient souvent dans le même service, et de préférence plusieurs fois d'affilée, intègre probablement plus rapidement son organisation, la composition de l'équipe, les pathologies rencontrées, les prises en charge spécifiques et la localisation du matériel. A l'inverse, ceux qui exécutent des prestations ponctuelles pourraient être perçus, dans certains cas, comme une charge supplémentaire de la part des soignants qui doivent tout leur expliquer.

L'hôpital Saint-Pierre dispose d'un outil informatique de gestion des intérimaires partagé avec les agences. Celui-ci permet à l'infirmier de créer des demandes qui sont directement attribuées aux agents temporaires de leur choix, ce qui engendre une fidélisation de ceux-ci au sein de leurs services. En revenant dans la même unité, les intérimaires sont de réels partenaires et participent dans ce cas à l'amélioration de vie au travail des infirmiers de terrain.

En parallèle de notre étude quantitative, nous aurions souhaité mettre en place une approche qualitative. Nous avons, malheureusement, manqué de temps pour le faire. Pourtant, il aurait été intéressant d'interroger le personnel intérimaire et le personnel fixe pour confronter les pratiques et les connaissances entre ces deux groupes.

1.25 Les limites et suggestions

Plusieurs limites réduisent la portée des résultats obtenus. La première réside dans l'exclusion de plusieurs services lors de l'élaboration de notre recherche. Les unités exclues, l'ont été sur base de leur plus grande probabilité à avoir des patients qui ne sont pas en mesure de répondre à l'enquête de satisfaction. Il s'agit notamment des services de gériatrie, de maternité, de pédiatrie et des soins intensifs. Cette délimitation ne nous permet pas de généraliser les résultats. De plus, les données analysées concernaient des services pour lesquels il y avait effectivement une demande d'intérimaire. Nous n'avons pas confronté ces résultats à des unités où les ressources intérimaires étaient nulles. Ce qui aurait pu permettre de nuancer notre étude.

La taille de l'échantillon est également à prendre en considération. Même si le nombre de répondants était d'une manière générale suffisant pour obtenir une distribution des moyennes échantillonnées approximativement normales, un plus grand nombre de variables incluses auraient peut-être permis d'augmenter la précision du coefficient de corrélation. La mensualité du calcul de la proportion d'intérim n'a pas permis d'avoir une grande variabilité dans les données. Il pourrait s'avérer productif pour des analyses futures d'étendre la période de recensement (peut-être de le faire bimensuellement ou hebdomadairement).

Notre étude manque, aussi, comme nous l'avons vu, de contenu qualitatif. Des entretiens avec le personnel d'agence et le personnel sur le terrain auraient pu enrichir la réflexion et amener des éléments supplémentaires aux résultats quantitatifs. Il aurait été intéressant de cerner les préoccupations des deux parties par la mise en place de groupes de discussion. Et sur base des éléments recueillis, affiner les questions transmises aux patients.

Une autre limite est liée à la non-exploitation de la zone de texte du questionnaire de satisfaction. Or certains patients l'ont utilisée pour transmettre des informations spécifiques sur leur prise en charge de nuit. Notre étude ne fait pas de distinction entre la qualité des soins perçue par le patient selon le jour ou la nuit. Ayant de nombreux intérimaires prestant exclusivement pendant les heures nocturnes, il serait pertinent de faire une distinction de la satisfaction des patients en fonction de ces deux horaires de prise en charge.

Il nous paraissait également approprié de mettre en évidence le fait que nous n'avons pas tenu compte du ratio « soignants par patient » pour évaluer la satisfaction. Or certaines études nous renseignent qu'il existe une corrélation entre les réponses des patients aux enquêtes et le nombre d'infirmiers en poste (75). Par ailleurs, il est important de mentionner que les niveaux de qualification du personnel soignant sur le terrain n'ont pas été examinés et que le rapport « soignants par patient » n'a pas toujours été constant. Les infirmiers absents n'étaient pas toujours remplacés, et s'ils l'ont été, c'est parfois par d'autres profils comme des aides-soignants. Ceci ayant possiblement influencé nos résultats.

Une autre limite concerne les données recueillies. Celles-ci l'ont été à l'échelle de notre hôpital et sur les 4 premiers mois de l'année, or selon certaines études l'utilisation de personnel temporaire peut être influencé par les saisons (Audit Commission 2001, Healthcare Commission 2005). Il serait donc intéressant d'analyser les données de manière saisonnière.

CONCLUSIONS

La pénurie de personnel infirmier actif dans le secteur des soins, le manque d'attractivité de la profession, l'absentéisme (de longue et de courte durée) font partie des problématiques rencontrées par les hôpitaux pouvant mettre à mal la continuité et la qualité des soins. Pour combler le déficit infirmier causé par ces absences et la pénurie de soignants, certains hôpitaux ont recours à du personnel temporaire. Mais ce moyen permet-il de garantir la qualité des soins perçue par le patient ? C'est la question que nous posons dans cette recherche. Les études sur le sujet semblent controversées et contextuellement dépendantes. Pour nombre d'entre elles, l'utilisation d'intérimaires serait associée à une diminution de la qualité des soins.

Les résultats de notre mémoire ne vont pas dans ce sens. S'inscrivant dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques, notre travail se propose d'approcher cette problématique au travers de la vision des patients. Il montre que la qualité des soins perçue est maintenue lorsque l'on utilise des prestataires intérimaires. De plus, pour certains indicateurs, comme la prise en charge de la douleur et la cohérence de l'information donnée, la satisfaction en serait même améliorée.

Malgré les limites et biais possibles, cette étude fournit des informations précieuses et propose des implications pratiques pour le gestionnaire de l'hôpital. Elle envisage l'intérim comme une solution, au moins pour partie, et non comme une problématique, en évoquant les possibles avantages liés à son intégration dans le processus décisionnel des services.

Les apports de littérature à ce sujet, et plus particulièrement sur les bénéfices potentiels liés à la flexibilité des intérimaires, leurs connaissances et compétences acquises aux cours de leurs parcours semblent limitées, ce qui laisse peu de place à la critique. Pour atténuer cette lacune, des recherches futures devraient être envisagées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hurst K, Smith A. Temporary nursing staff – cost and quality issues. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(2):287-96.
2. Le Guen JM. L'État, au cœur de la régulation des comportements et des soins. *Regards croisés sur l'économie*. 2009;5(1):194-200.
3. Peña-Sánchez AR, Ruiz-Chico J, Jiménez-García M. Dynamics of Public Spending on Health and Socio-Economic Development in the European Union: An Analysis from the Perspective of the Sustainable Development Goals. *Healthcare*. mars 2021;9(3):353.
4. de Vries N, Boone A, Godderis L, Bouman J, Szemik S, Matranga D, et al. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *Inquiry*. 2023;60:469580231159318.
5. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C., Sermeus W. . Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE);
6. PlanCad Infirmiers 2004-2018, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, février 2021.
7. Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325B. DOI: 10.57598/R325BS.
8. Ecolo. Près de deux fois moins d'inscriptions en soins infirmiers en cinq ans : pour Ecolo il est urgent de revaloriser cette vocation ! [Internet]. Ecolo. 2021 [cité 11 nov 2023]. Disponible sur: <https://ecolo.be/actualites/pres-de-deux-fois-moins-dinscriptions-en-soins-infirmiers-en-cinq-ans-pour-ecolo-il-est-urgent-de-revaloriser-cette-vocation/>
9. Infirmiers.com [Internet]. [cité 29 oct 2023]. Des mesures stratégiques contre la pénurie infirmière : l'exemple de la Belgique. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/international/des-mesures-strategiques-contre-la-penurie-infirmiere-lexemple-de-la-belgique>
10. Busse R, Magnussen J, Camaly O, Devriese S, Gerkens S, Misplon S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. 2014;
11. Bae SH, Mark B, Fried B. Use of temporary nurses and nurse and patient safety outcomes in acute care hospital units. *Health Care Management Review*. déc 2010;35(4):333.
12. Dall'Ora C, Maruotti A, Griffiths P. Temporary Staffing and Patient Death in Acute Care Hospitals: A Retrospective Longitudinal Study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020;52(2):210-6.
13. Castle NG. Perceived advantages and disadvantages of using agency staff related to care in nursing homes: a conceptual model. *J Gerontol Nurs*. janv 2009;35(1):28-36.
14. Scalvinoni B, Montcharmont L, Belkacem R. Les intérimaires, des travailleurs surexposés aux accidents du travail. *La Revue de l'Ires*. 2023;109(1):61-88.
15. Hass H, Coyer FM, Theobald KA. The experience of agency nurses working in a London teaching hospital. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1 juin 2006;22(3):144-53.

16. Quels sont les risques liés à la sécurité des intérimaires ? | Mon CDI [Internet]. [cité 29 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.mon-cdi.fr/blog/risques-securite-travailleurs-interimaires>
17. Belkacem R, Lhotel H. Les pratiques de formation dans l'intérim. Formes, évolutions et limites. Travail et emploi. 2012;132(4):49-63.
18. Aek P, Page AEK. Travailleurs temporaires, intérimaires et autres travailleurs occasionnels. Dans : Hughes RG, éditeur. Sécurité et qualité des patients : un manuel fondé sur des données probantes pour les infirmières. Rockville (MD) : Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé (États-Unis) ; Avril 2008, chapitre 27. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2655/>.
19. Aiken LH, Shang J, Xue Y, Sloane DM. Hospital use of agency-employed supplemental nurses and patient mortality and failure to rescue. Health Serv Res. juin 2013;48(3):931-48.
20. Maenhout B, Vanhoucke M. Analyzing the nursing organizational structure and process from a scheduling perspective. HEALTH CARE MANAGEMENT SCIENCE. 2013;16(3):177-96.
21. Hermes C, Petersen-Ewert C. Leih- und Zeitarbeit in der Intensivpflege. Med Klin Intensivmed Notfmed. 1 févr 2022;117(1):16-23.
22. Greenslade JH, Jimmieson NL. Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. International Journal of Nursing Studies. oct 2011;48(10):1188-98.
23. Oppel EM, Winter V, Schreyögg J. Evaluating the link between human resource management decisions and patient satisfaction with quality of care. Health Care Manage Rev. 2017;42(1):53-64.
24. Yeh YJY, Ko JJR, Chang YS, Chen CHV. Job stress and work attitudes between temporary and permanently employed nurses. Stress and Health. 2007;23(2):111-20.
25. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. Health Care Management Review. sept 2007;32(3):203.
26. Aiken LH, Xue Y, Clarke SP, Sloane DM. Supplemental nurse staffing in hospitals and quality of care. J Nurs Adm. 2007;37(7-8):335-42.
27. Comité de l'Institute of Medicine (États-Unis) chargé de concevoir une stratégie d'examen et d'assurance de la qualité dans le cadre de Medicare ; Lohr KN, rédacteur. Medicare : Une stratégie pour l'assurance qualité : Volume 1. Washington (DC) : National Academies Press (États-Unis) ; 1990. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235462/> doi : 10.17226/1547.
28. Six domaines de la qualité des soins de santé. Contenu révisé pour la dernière fois en décembre 2022. Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>.
29. author-kce. Vers une Belgique en bonne santé. 2019 [cité 29 oct 2023]. Qualité des soins. Disponible sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/qualite-des-soins>
30. Vandenbroucke F. Équité en soins de santé. Reflets et perspectives de la vie économique. 2003;XLII(1):31-7.
31. Rachel. Les principes des soins centrés sur la personne - Lésion Cérébrale Canada [Internet]. 2020 [cité 29 oct 2023]. Disponible sur : <https://braininjurycanada.ca/fr/professionnels-de-la-sante/soutien-aux-patients-et-aux-clients/soins-centres-sur-la-personne/>
32. Boyer, A. & Nefzi, A. (2009). La perception de la qualité dans le domaine des services : Vers une clarification des concepts. La Revue des Sciences de Gestion, 237-238, 43-54. <https://doi.org/10.3917/rsg.237.0043>.
33. Bressolles Grégory. La mesure de la qualité des services des sites web commerciaux : Une étude exploratoire de l'adaptabilité de ServQual. Actes du Colloque International M.A.A.O.E., 2001, Versailles, pp75-87.

- Carman M. James. Consumer perceptions of service quality : An assessment of ServQual dimensions. *Journal of Retailing*, 1990, Vol. 66, N° 1, pp33-55.
34. Cong-Tri T. Haute Autorité de Santé. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs: panorama d’expériences étrangères et principaux enseignements. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2021.
35. Kobeissi K, Aubert B. Le patient, un « client » presque comme les autres... *L’Expansion Management Review*. 2014;154(3):51-7.
36. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de sante | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 5 nov 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/29321-mesure-de-la-satisfaction-des-usagers-des-etablissements-de-sante>
37. Desomer Anja, Van den Heede Koen, Triemstra Mattanja, Paget John, De Boer Dolf, Kohn Laurence, Cleemput Irina. L’utilisation des résultats et expériences rapportés par les patients (PROM/PREM) à des fins cliniques et de gestion. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. KCE Reports 303B. DOI: 10.57598/R303BS.
38. author-kce. Vers une Belgique en bonne santé. 2022 [cité 5 nov 2023]. Soins centrés sur le patient. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/soins-centres-sur-le-patient>
39. 848. For a Healthy Belgium. 2020 [cité 5 nov 2023]. Pay for performance. Disponible sur: <https://www.healthybelgium.be/en/key-data-in-healthcare/general-hospitals/quality/pay-for-performance>
40. Borst G, Cachia A. Chapitre II - La méthode corrélationnelle et les mesures en psychologie. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2016 [cité 12 nov 2023]. p. 40-59. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-en-psychologie--9782130633884-p-40.htm>
41. Coron, C. (2020). Outil 6. Les limites de la quantification. Dans : , C. Coron, La Boîte à outils de l’analyse de données en entreprise (pp. 24-25). Paris: Dunod.
42. Lambin JJ, de Moerloose C. Chapitre 4. Analyser le processus de réponse du client. In: Marketing stratégique et opérationnel [Internet]. Paris: Dunod; 2016. p. 118-63. (Management Sup; vol. 9e ed.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/marketing-strategique-et-operationnel--9782100745463-p-118.htm>
43. Grignon M. Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ? *Revue économique*. 2009;60(2):545-58.
44. Coron C. Outil 1. Approche quantitative ou qualitative ? In: La Boîte à outils de l’analyse de données en entreprise [Internet]. Paris: Dunod; 2020. p. 12-3. (BàO La Boîte à Outils). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-p-12.htm>
45. Ingwiller S, Molinier P. « On ne va pas prendre les patients en otage... ». *Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gériatrie*. Travailler. 2010;23(1):59-75.
46. Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based-Medicine)*. Issy-les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson S.A.S.
47. Médiation interculturelle [Internet]. CHU Saint-Pierre | UMC Sint-Pieter. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.stpierre-bru.be/mediation-interculturelle/>
48. SPF santé publique - Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Programma Pay for Performance (P4P) voor aalgemene ziekenhuizen [Page Web]. Bruxelles; 2023 [cité le 6 septembre 2023]. Disponible à partir de : <https://www.health.belgium.be/nl/programma-pay-performance-p4p-voor-algemene-ziekenhuizen>.
49. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*. 1 déc 1997;45(12):1829-43.
50. McGuire, W.J. (1985) Attitudes and Attitude Change. In: Lindzey, G. and Aronson, E., Eds., *Handbook of Social Psychology*, 3rd Edition, Vol. 2, Random House, New York, 233-346.

51. Canoui-Poitaine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2008;39(4):323-30.
52. Llosa S. Quatre manières de contribuer à la satisfaction du patient hospitalisé : Les éléments Basiques, Plus, Clés et Secondaires. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2012;30(6):367-77.
53. Lorish TR, Tanabe CT, Waller FT et al. Correlation between health outcome and length of hospital stay in lumbar microdiscectomy. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998;23:2195 –2200.
54. Litwin MS, Shpall AI, Dorey F Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy. *Urology* 1997;49:898–905.
55. Siebens K, Miljoen H, Fieuws S et al. Implementation of the guidelines for the management of patients with chest pain through a critical pathway approach improves length of stay and patient satisfaction but not anxiety. *Crit Pathw Cardiol* 2010;9:30–4.
56. Borghans I, Kleefstra SM, Kool RB, Westert GP. Is the length of stay in hospital correlated with patient satisfaction? *Int J Qual Health Care*. 2012 Oct;24(5):443-51. doi: 10.1093/intqhc/mzs037. Epub 2012 Jul 12. PMID: 22789666.
57. L'intérim infirmier en question | Infirmiers.com [Internet]. [cité 21 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/linterim-infirmier-en-question>
58. Taux d'erreur de type 1 - Statistiques [Internet]. Physiotutors. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.physiotutors.com/fr/wiki/type-1-error-rate-control/>
59. Beauvais B, Pradhan R, Ramamonjiravelo Z, Mileski M, Shanmugam R. When Agency Fails: An Analysis of the Association Between Hospital Agency Staffing and Quality Outcomes. *Risk Manag Healthc Policy*. 2024 May 23;17:1361-1372. doi: 10.2147/RMHP.S459840. PMID: 38803621; PMCID: PMC11129761.
60. Wallen, N.B. et Frankel, J.R. (2001). *Education research: a guide to the process*. London : Lawrence Erlbaum associates.
61. Goodman-Bacon, Andrew et Ono, Yukako, Qui sont les infirmières temporaires ?. *Economic Perspectives*, vol. 31, n° 1, 2007, disponible sur SSRN : <https://ssrn.com/abstract=962364>.
62. Un intérimaire sur quatre a plus de 50 ans dans le secteur des soins de santé | Randstad [Internet]. [cité 21 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.randstad.be/fr/over-ons/nouvelles/un-interimaire- quatre-plus-50-ans-secteur-soins-sante/>
63. Vander Weerd C, Peck JA, Porter T. Travel nurses and patient outcomes: A systematic review. *Health Care Manage Rev*. 2023 Oct-Dec 01;48(4):352-362. doi: 10.1097/HMR.0000000000000383. Epub 2023 Aug 24. PMID: 37615945.
64. admin-kce. Vers une Belgique en bonne santé. 2024 [cité 6 juill 2024]. Résilience. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/resilience>
65. Bruyneel A, Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Detollenaere J, Kohn L, Pirson M, et al. Association of burnout and intention-to-leave the profession with work environment: A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *International Journal of Nursing Studies*. 1 janv 2023;137:104385.
66. Soutien supplémentaire au personnel soignant en 2024 | Frank Vandenbroucke [Internet]. [cité 3 juill 2024]. Disponible sur: <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/soutien-suppl-mentaire-au-personnel-soignant-en-2024>
67. Henri-Philippe Godeau. Faire face à une perte de sens au travail : un enjeu majeur pour beaucoup de soignants. [Internet]. 2019. Disponible sur: https://sfap.org/system/files/faire_face_a_une_perte_de_sens_au_travail_0.pdf

68. Pénurie infirmière, une bombe à retardement pour le système de santé [Internet]. [cité 24 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.lespecialiste.be/fr/debats/penurie-infirmiere-une-bombe-a-retardement-pour-le-systeme-de-sante.html>
69. Bureau fédéral du Plan - Publication - Perspectives économiques 2024-2029 – Version de juin 2024 [Internet]. [cité 3 juill 2024]. Disponible sur: https://www.plan.be/publications/publication-2499-fr-perspectives_economiques_2024_2029_version_de_juin_2024
70. Van den Heede Koen, Bouckaert Nicolas, Detollenaere Jens, Kohn Laurence, Maertens de Noordhout Charline, Vanhooreweghe Julie, Bruyneel Arnaud, Sermeus Walter. Dotation infirmière dans les soins intensifs belges: impact de deux ans de pandémie de COVID-19. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2022. KCE Reports 353B. DOI : 10.57598/R353BS.
71. Haberey-Knuessi, V. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers, 115, 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>.
72. Estryn-Béhar, M. (2008). 1. La situation des infirmiers. Dans : , M. Estryn-Béhar, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe (pp. 25-76). Rennes: Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.stry.2008.01.0025>.
73. Colombat P, Altmeyer A, Bauchetet C, Trager S. La démarche participative dans les soins. 2016;2.
74. DESCHÊNES, G., (2018). Cultiver le sentiment d'appartenance, RH Bourassa, Brodeur, Bellemare, consulté le 6 juillet 2024. <https://www.bbb-grh.com/actualites/2018/02/cultiver-le-sentiment-d-appartenance>.
75. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. BMJ Open. 2018 Jan 11;8(1):e019189. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019189. PMID: 29326193; PMCID: PMC5781188.

ANNEXES

ANNEXE 1: ENQUÊTE DE SATISFACTION – HOSPITALISATION CLASSIQUE (©BSM 2018)	73
ANNEXE 2: ENQUÊTE DE SATISFACTION – HOSPITALISATION CLASSIQUE 2024 ((©BSM 2018)	75
ANNEXE 3: TABLEAU DES VARIABLES ET CODES ASSOCIÉS	77

Enquête de satisfaction – Hospitalisation classique



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de toujours améliorer la qualité de notre service, nous vous remercions de nous faire part de votre avis au travers de ce questionnaire. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par : ☐ le/la patient(e) ☐ un accompagnant du patient ☐ les deux ensemble
- Age du patient : ans Sexe du patient : ☐ féminin ☐ masculin Code postal du patient :
Etes-vous en situation de mobilité réduite ? ☐ Non ☐ Oui, temporairement ☐ Oui, de manière permanente
Pourquoi avez-vous choisi notre hôpital ? (Vous pouvez cocher **plusieurs réponses**) :

☐ Réputation de l'hôpital	☐ Confiance dans la qualité des soins
☐ Réputation du service de l'hôpital	☐ Conseil de votre médecin traitant
☐ Réputation d'un médecin spécialiste de l'hôpital	☐ Conseil d'un médecin spécialiste extérieur
☐ Proximité de l'hôpital par rapport à votre logement	☐ Conseil d'un proche (famille, ami, voisin, ...)
☐ Suite à une hospitalisation antérieure satisfaisante	☐ Pour être soigné(e) plus rapidement
☐ Suite à une consultation réalisée dans cet hôpital	☐ Pour faciliter financières (mutualités, assurances, ...)
☐ Par habitude	☐ Pas choisis (urgence, ambulance, ...)
☐ Pour une réhospitalisation suite à un même problème	☐ Autre raison :

VOTRE HOSPITALISATION

- Savez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée)?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Avez-vous été pris(e) en charge par le service des urgences juste avant d'être hospitalisé(e) ?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Après les formalités d'admission à votre arrivée, avez-vous obtenu rapidement votre chambre ?

- Combien de temps avez-vous dû attendre votre chambre ?	☐ Pas d'attente	☐ Moins de 30 minutes
	☐ Entre 30 min et 1 h	☐ Plus d'1 h

Durant votre séjour, dans quel type de chambre avez-vous séjourné ?

- Était-ce votre demande de pouvoir séjourner dans ce type de chambre ?	☐ 1 lit	☐ 2 lits
- Avez-vous dû changer de chambre durant votre séjour (excepté le service d'urgences)?	☐ Oui	☐ Non
- Quel est le numéro de votre chambre actuelle ? [] [] [] .	☐ Oui	☐ Non
- Quel est le numéro de votre chambre actuelle ?	☐ Oui	☐ Non

Dans l'heure suivant votre installation en chambre, avez-vous rencontré une infirmière du service ?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Avez-vous rencontré l'infirmier(e)-chef ou sa remplaçante dans les 24h après votre arrivée ?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Avez-vous rencontré un médecin dans les 24h suivant le début de votre hospitalisation ?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Avez-vous rencontré un(e) assistant(e) social(e) de l'hôpital durant votre séjour ?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

A votre arrivée à l'hôpital, par rapport à votre santé :

- comment jugez-vous votre état de santé ?	☐ Excellent	☐ Moyen
- quel était votre niveau d'anxiété ?	☐ Aucun	☐ Élevé
	☐ Modéré	☐ Extrême

Avez-vous été opéré(e) au cours de ce séjour (intervention chirurgicale) ?

- Si oui, cette opération était-elle planifiée avant votre admission à l'hôpital ?	☐ Oui	☐ Non
- Si oui, avez-vous rencontré le chirurgien avant le jour de l'opération ?	☐ Oui	☐ Non
- Si oui, avez-vous rencontré l'anesthésiste avant le jour de l'opération ?	☐ Oui	☐ Non

Lors du séjour, avez-vous éprouvé des douleurs ? Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐

Avez-vous été pris(e) en charge par l'unité des soins intensifs pendant votre hospitalisation ?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Avez-vous reçu des informations sur vos droits et devoirs en tant que patient ?

	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Quelle aura été la durée totale de votre hospitalisation pour ce séjour-ci ? [] jours

0
 0
 00 00
 00 0000
 0000 00
 0000 00
 000000 00
 000000

 0
 0000 00

[illegible]**VALUATION GLOBALE :**

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre séjour à l'hôpital ?
- ☒ Très insatisfait(e) ☐ Insatisfait(e) ☐ Neutre ☐ Satisfait(e) ☒ Très satisfait(e)
- Recommanderiez-vous le service dans lequel vous venez d'être hospitalisé(e) à des proches ?**
- ☒ Certainement pas ☐ Probablement pas ☐ Neutre ☐ Probablement ☒ Certainement
- Si vous deviez à l'avenir être hospitalisé(e), choisiriez-vous notre hôpital ?
- ☒ Certainement pas ☐ Probablement pas ☐ Neutre ☐ Probablement ☒ Certainement
- Vous êtes-vous senti(e) considéré(e) par le personnel comme un(e) **réelle**(s) **partenaire**(s) dans votre prise en charge ?
- ☒ Pas du tout ☐ Plutôt pas ☐ Neutre ☐ Plutôt oui ☒ Tout à fait
- Les attentes relatives à votre santé ont-elles été rencontrées au terme de cette hospitalisation ?**
- ☒ Certainement pas ☐ Probablement pas ☐ Neutre ☐ Probablement ☒ Certainement
- Avez-vous confiance dans la volonté de l'hôpital de tout mettre en œuvre pour bien vous soigner ?**
- ☒ Certainement pas ☐ Probablement pas ☐ Neutre ☐ Probablement ☒ Certainement

VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL

- Comment ressentez-vous votre départ de l'hôpital ? ☐ Trop précoce ☐ Au bon moment ☐ Trop tardif
- Avez-vous pu donner votre avis sur le moment de votre sortie de l'hôpital ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous des remarques ou suggestions par rapport à votre séjour ou pour améliorer les services proposés ?

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire !
Tous droits réservés

Tous droits réservés www.bsm-management.be

Ci-dessous, nous vous demandons d'exprimer comment le personnel de l'hôpital s'est comporté à votre égard durant ce séjour, en exprimant au mieux la fréquence allant de « jamais » à « toujours » sur les affirmations qui vous concernent.

INFORMATION ET ATTITUDE DU PERSONNEL	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Sans avis
Le personnel de l'hôpital (dans son ensemble) :					
- est poli et courtois.	☐	☐	☐	☐	☐
- s'est présenté à vous en vous donnant son nom et sa fonction dans l'hôpital.	☐	☐	☐	☐	☐
- a pris le temps de vous écouter attentivement.	☐	☐	☐	☐	☐
- vous a clairement informé sur votre état de santé et a répondu à vos questions à ce sujet.	☐	☐	☐	☐	☐
- s'est inquiété de vos douleurs.	☐	☐	☐	☐	☐
- s'est préoccupé de soulager rapidement vos douleurs.	☐	☐	☐	☐	☐
- vous a clairement informé en quoi consistait les soins, traitement, intervention et/ou examens réalisés et leurs conséquences ou risques associés.	☐	☐	☐	☐	☐
- a été attentif à vous impliquer dans les décisions vous concernant (traitement, soins,...).	☐	☐	☐	☐	☐
- s'est lavé ou désinfecté les mains avant d'effectuer des soins, examens, traitements et/ou intervention.	☐	☐	☐	☐	☐
- a vérifié votre nom, prénom, date de naissance et/ou bracelet d'identification lors des soins, examens, traitements et/ou intervention.	☐	☐	☐	☐	☐
- a été attentif au respect de votre intimité et de votre pudeur.	☐	☐	☐	☐	☐
- a été attentif à respecter vos convictions personnelles, philosophiques ou religieuses.	☐	☐	☐	☐	☐

Par rapport à votre expérience, nous vous demandons de nous donner votre appréciation à propos de chaque élément cité, sur une échelle allant de 1 à 5 (1 = très insatisfaisant ☹️ à 5 = très satisfaisant 😊). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à cocher la case NC (= Non Concerné).

VOTRE ARRIVÉE A L'HÔPITAL	1	2	3	4	5	Non concerné
Informations reçues avant votre séjour pour préparer votre hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intérêt du site Internet de l'hôpital si vous l'avez consulté	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Accès à l'hôpital (signalisation, transport, parking, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge aux urgences si passage par ce service	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Servabilité du personnel administratif à l'accueil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informations sur les aspects administratifs et financiers de l'hospitalisation.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Facilité d'orientation dans l'hôpital (signalétique,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
INSTALLATION DANS VOTRE CHAMBRE	1	2	3	4	5	NC
Accueil lors de votre arrivée dans le service	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Attention portée à votre bonne installation en chambre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informations données lors de votre installation pour votre séjour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utilité de la brochure d'accueil si vous l'avez lue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RELATIONS AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER	1	2	3	4	5	NC
Disponibilité du personnel infirmier à votre égard durant votre séjour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sensibilité du personnel infirmier à vos besoins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecoute et réponses à vos questions par le personnel infirmier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Réactivité du personnel infirmier à vos demandes ou en cas de problème	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RELATIONS AVEC LES MEDECINS	1	2	3	4	5	NC
Rencontre suffisante du ou des médecins durant votre séjour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Explications médicales claires sur votre état de santé et traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecoute et réponses à vos questions par les médecins	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS et PRISE EN CHARGE	1	2	3	4	5	Non concerné
Personnalisation des soins à votre situation et à votre état de santé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge globale de vos problèmes de santé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perception de la qualité des soins infirmiers	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perception de la qualité des soins médicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Collaboration entre les différents intervenants pour bien vous soigner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par le/la kinésithérapeute	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par le/la diététicien(ne)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecoute et soutien par l'assistant(e) social(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Organisation des soins et examens en dehors de votre chambre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par le service de brancardage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Contact avec des bénévoles	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sentiment de sécurité ressenti à l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge aux soins intensifs si passage par ce service	☐	☐	☐	☐	☐	☐
INFORMATIONS et COMMUNICATION DURANT LE SEJOUR	1	2	3	4	5	NC
Informations sur le déroulement de votre séjour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informations sur la nature des soins et examens	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informations sur le traitement médicamenteux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informations sur vos droits et devoirs en tant que patient	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informations données en cas de retard (médecin, infirmière, rendez-vous,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Possibilité de poser des questions sur votre état de santé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cohérence des informations reçues de la part des différents intervenants	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sentiment que les informations vous concernant restent confidentielles	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informations fournies à vos proches	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HOTELLERIE et ENVIRONNEMENT	1	2	3	4	5	NC
Aspect de l'hôpital (apparence, décors, propreté,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Facilité de déplacement et de circulation au sein de l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Modernité des équipements hospitaliers	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Espace de détente et/ou de balade en dehors de votre chambre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services commerciaux à disposition (magasin, cafétéria, distributeur,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aspect et décoration du service dans lequel vous êtes hospitalisé(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Calmé dans le service durant la nuit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aspect et confort de votre chambre (lit, sanitaires, fauteuil,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Équipement à disposition dans la chambre (TV, tél., Internet, frigo,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Propreté et entretien de votre chambre durant votre séjour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Repas proposés au patient	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Horaires des visites	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Confort nécessaire pour l'accueil des visiteurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Respect de votre bien-être par les autres patients et les visiteurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Possibilité de se reposer quand souhaité	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Enquête de satisfaction - Hospitalisation classique

Logo de l'hôpital

Madame, Monsieur,

Afin de toujours améliorer la qualité de nos services, nous vous invitons à nous faire part de votre avis à l'égard de cette hospitalisation au travers de ce questionnaire anonyme. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par : ☐ le/la patient(e) ☐ un proche du patient ☐ les deux ensemble
- Age du / de la patient(e) : ans Genre du / de la patient(e) : ☐ féminin ☐ masculin ☐ autre
- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi notre hôpital ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Réputation de l'hôpital ou du service	☐ Proximité de l'hôpital	☐ Conseil de votre médecin généraliste
☐ Réputation d'un médecin de l'hôpital	☐ Suite à une consultation ici	☐ Conseil d'un spécialiste externe
☐ Expérience antérieure satisfaisante	☐ Pour une réhospitalisation	☐ Conseil d'un proche (famille, ami,...)
☐ Confiance dans la qualité des soins	☐ Pas eu le choix (urgence,...)	☐ Autre :

- A quel moment votre hospitalisation a-t-elle débuté ? ☐ En semaine ☐ Durant le week-end ou un jour férié
- Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée) ? ☐ Oui ☐ Non
- Dès votre arrivée dans le service, avez-vous obtenu rapidement votre chambre ? ☐ Oui ☐ Non
- Durant votre séjour, dans quel type de chambre avez-vous séjourné principalement ? ☐ 1 lit ☐ 2 lits
- Était-ce votre demande de pouvoir séjourner dans ce type de chambre ? ☐ Oui ☐ Non
- Votre numéro de chambre actuelle : et/ou le nom/la spécialité du service :
- Avez-vous rencontré l'infirmier/e-chef ou son/sa remplaçant/e dans les 24h après votre arrivée ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous rencontré un médecin dans les 24h suivant le début de votre hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous été opéré(e) au cours de ce séjour (intervention chirurgicale) ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous reçu des informations sur vos droits et devoirs en tant que patient ? ☐ Oui ☐ Non
- Quelle aura été la durée totale de votre hospitalisation pour ce séjour-ci ? jours

Ci-dessous, nous vous demandons d'exprimer comment le personnel de l'hôpital s'est comporté à votre égard durant ce séjour, en exprimant au mieux la fréquence allant de « jamais » à « toujours » sur les affirmations qui vous concernent.

INFORMATION ET ATTITUDE DU PERSONNEL	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Non concerné
Le personnel de l'hôpital (dans son ensemble) :					
- s'est présenté à vous en vous donnant son nom (ou son prénom) et sa fonction dans l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
- a vérifié votre nom, prénom, date de naissance et/ou bracelet d'identification lors des soins, examens et/ou transfert	☐	☐	☐	☐	☐
- a été poli et courtois	☐	☐	☐	☐	☐
- vous a clairement informé(e) en quoi consistaient les soins, traitement, intervention et/ou examens réalisés et leurs conséquences ou risques associés	☐	☐	☐	☐	☐
- a pris le temps de vous écouter attentivement	☐	☐	☐	☐	☐
- a répondu à vos questions concernant votre état de santé	☐	☐	☐	☐	☐
- s'est préoccupé de soulager rapidement vos douleurs	☐	☐	☐	☐	☐
- a été attentif à vous impliquer dans les décisions vous concernant (traitement, soins,...)	☐	☐	☐	☐	☐
- a été attentif au respect de votre intimité et de votre pudeur	☐	☐	☐	☐	☐
- vous a informé(e) en cas de retard (pour un soin, examen, rdv,...)	☐	☐	☐	☐	☐

Au verso, nous vous présentons une série de propositions qui correspondent à différents aspects de votre hospitalisation. En fonction de cette expérience-ci, nous vous demandons d'entourer, pour chaque proposition, le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation, sur une échelle allant de 1 à 5 (de 1 = très insatisfait(e) à 5 = très satisfait(e)). Si vous n'êtes pas concerné(e) par la proposition, veuillez entourer les lettres NC (= Non concerné).

	Très insatisfait 		Très satisfait 	Non concerné		
VOTRE ARRIVEE A L'HÔPITAL :						
- Informations reçues avant votre séjour pour préparer votre hospitalisation	1	2	3	4	5	NC
- Prise en charge aux urgences si entrée par ce service	1	2	3	4	5	NC
- Serviabilité du personnel administratif à l'accueil	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur les aspects administratifs et financiers de l'hospitalisation	1	2	3	4	5	NC
- Facilité d'orientation dans l'hôpital (signalétique,...)	1	2	3	4	5	NC
PENDANT VOTRE HOSPITALISATION :						
- Accueil lors de votre arrivée dans le service	1	2	3	4	5	NC
- Informations reçues sur le déroulement de votre séjour	1	2	3	4	5	NC
- Disponibilité du personnel infirmier à votre égard durant votre séjour	1	2	3	4	5	NC
- Perception de la qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5	NC
- Informations reçues sur la nature des soins, examens et traitement	1	2	3	4	5	NC
- Cohérence des informations reçues de la part des différents intervenants	1	2	3	4	5	NC
- Rencontre suffisante du ou des médecin(s) durant votre séjour	1	2	3	4	5	NC
- Explications médicales claires sur votre état de santé et traitement	1	2	3	4	5	NC
- Perception de la qualité des soins médicaux	1	2	3	4	5	NC
- Prise en charge globale de vos problèmes de santé	1	2	3	4	5	NC
- Collaboration entre les différents intervenants pour bien vous soigner	1	2	3	4	5	NC
- Organisation des soins et examens en dehors de votre chambre	1	2	3	4	5	NC
- Prise en charge au bloc opératoire en cas d'intervention chirurgicale	1	2	3	4	5	NC
- Prise en charge aux soins intensifs si passage par ce service	1	2	3	4	5	NC
- Vécu en cas de transfert de service ou de site durant le séjour	1	2	3	4	5	NC
- Apparence et confort de votre chambre (lit, fauteuil, sanitaires,...)	1	2	3	4	5	NC
- Propreté et entretien de votre chambre durant votre séjour	1	2	3	4	5	NC
- Repas proposés au patient	1	2	3	4	5	NC
PREPARATION DE VOTRE SORTIE :						
- Organisation de votre sortie avec les différents intervenants en vue de votre retour à domicile ou vers une autre institution	1	2	3	4	5	NC
- Informations reçues pour votre sortie de l'hôpital concernant :						
o la prise de médicaments, le traitement et leurs éventuelles adaptations	1	2	3	4	5	NC
o les prescriptions, les nouveaux rendez-vous,...	1	2	3	4	5	NC
o les conseils pour la suite, les aides éventuelles,...	1	2	3	4	5	NC
Les informations relatives à votre traitement médicamenteux de sortie vous ont été fournies par :						
☐ un médecin ☐ un(e) infirmière ☐ un(e) pharmacien(ne) ☐ autre :						

EVALUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre séjour à l'hôpital** ?
☐  Très insatisfait(e)
☐ Insatisfait(e)
☐ Neutre
☐ Satisfait(e)
☐ Très satisfait(e) 
- Recommanderiez-vous le service** dans lequel vous venez d'être hospitalisé(e) à des proches ?
☐  Certainement pas
☐ Probablement pas
☐ Neutre
☐ Probablement
☐ Certainement 
- Vous êtes-vous senti(e) considéré(e) par le personnel comme **un(e) réel(le) partenaire** dans votre prise en charge ?
☐  Pas du tout
☐ Plutôt pas
☐ Neutre
☐ Plutôt oui
☐ Tout à fait 

- Comment ressentez-vous votre départ de l'hôpital ? ☐ Trop rapide ☐ Au bon moment ☐ Trop tardif
- Avez-vous des remarques ou suggestions par rapport à votre séjour ou pour améliorer les services proposés ?

.....

.....

.....

Annexe 3: TABLEAU DES VARIABLES ET CODES ASSOCIÉS

CODES	VARIABLES
V1. POIDS	
V2. Questionnaire	
V3. Code	
V4. Hopital	
V5. Consentement	
V6. Repondant	
V7. Langue	
V8. Langue_Autre	
V9. Age	Age du / de la patient(e) :
V10. Sexe	Genre du / de la patient(e) :
V11. Motivations	Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi notre hôpital ? (Plusieurs réponses possibles)
V12. Motivations_Autre	
V13. Debut-hospit	A quel moment votre hospitalisation a-t-elle débuté ?
V14. Programmation	Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée) ?
V15. Obtention-chambre	Dès votre arrivée dans le service, avez-vous obtenu rapidement votre chambre ?
V16. Type-chambre	Durant votre séjour, dans quel type de chambre avez-vous séjourné principalement ?
V17. Souhait-chambre	Etait-ce votre demande de pouvoir séjourner dans ce type de chambre ?
V18. Numero-chambre	Votre numéro de chambre actuelle :
V19. Nom-service	Et/ou le nom/la spécialité du service :
V20. Denomination-Unite	
V21. Services-medicaux	
V22. Services-medicaux_Autre	
V23. Infirmiere-chef-24h	Avez-vous rencontré l'infirmier/e-chef ou son/sa remplaçant/e dans les 24h après votre arrivée ?
V24. Medecin-24h	Avez-vous rencontré un médecin dans les 24h suivant le début de votre hospitalisation ?
V25. Operation	Avez-vous été opéré(e) au cours de ce séjour (intervention chirurgicale) ?
V26. Droits	Avez-vous reçu des informations sur vos droits et devoirs en tant que patient ?
V27. Duree	Quelle aura été la durée totale de votre hospitalisation pour ce séjour-ci ?
V28. PR1-Identification	S'est présenté à vous en vous donnant son nom (ou son prénom) et sa fonction dans l'hôpital
V29. PR2-Identitovigilance	A vérifié votre nom, prénom, date de naissance et/ou bracelet d'identification lors des soins, examens et/ou transfert
V30. PR3-Courtoisie	A été poli et courtois

V31. PR4-Info_soins	Vous a clairement informé(e) en quoi consistaient les soins, traitement, intervention et/ou examens réalisés et leurs conséquences ou risques associés
V32. PR5-Ecoute	A pris le temps de vous écouter attentivement
V33. PR6-Questions	A répondu à vos questions concernant votre état de santé
V34. PR7-Soulagement	S'est préoccupé de soulager rapidement vos douleurs
V35. PR8-Implication	A été attentif à vous impliquer dans les décisions vous concernant (traitement, soins, ...)
V36. PR9-Intimité	A été attentif au respect de votre intimité et de votre pudeur
V37. PR10-Retard	Vous a informé(e) en cas de retard (pour un soin, examen, rdv, ...)
V38. AH1-Infos_preparatoires	Informations reçues avant votre séjour pour préparer votre hospitalisation
V39. AH2-Urgences	Prise en charge aux urgences si entrée par ce service
V40. AH3-Serviabilite_accueil	Serviabilité du personnel administratif à l'accueil
V41. AH4-Infos_financieres	Informations sur les aspects administratifs et financiers de l'hospitalisation
V42. AH5-Orientation	Facilité d'orientation dans l'hôpital (signalétique, ...)
V43. PH6-Accueil	Accueil lors de votre arrivée dans le service
V44. PH7-Infos_deroulement	Informations reçues sur le déroulement de votre séjour
V45. PH8-Disponibilite_infirmier	Disponibilité du personnel infirmier à votre égard durant votre séjour
V46. PH9-Soins_infirmiers	Perception de la qualité des soins infirmiers
V47. PH10-Infos_soins	Informations reçues sur la nature des soins, examens et traitement
V48. PH11-Infos_coherence	Cohérence des informations reçues de la part des différents intervenants
V49. PH12-Rencontre_medecin	Rencontre suffisante du ou des médecin(s) durant votre séjour
V50. PH13-Explications_medicales	Explications médicales claires sur votre état de santé et traitement
V51. PH14-Soins_medicaux	Perception de la qualité des soins médicaux
V52. PH15-PEC_globale	Prise en charge globale de vos problèmes de santé
V53. PH16-Collaboration	Collaboration entre les différents intervenants pour bien vous soigner
V54. PH17-Organisation_soins	Organisation des soins et examens en dehors de votre chambre
V55. PH18-PEC_bloc	Prise en charge au bloc opératoire en cas d'intervention chirurgicale
V56. PH19-PEC_USI	Prise en charge aux soins intensifs si passage par ce service
V57. PH20-Transfert	Vécu en cas de transfert de service ou de site durant le séjour
V58. PH21-Chambre	Apparence et confort de votre chambre (lit, fauteuil, sanitaires, ...)
V59. PH22-Proprete	Propreté et entretien de votre chambre durant votre séjour
V60. PH23-Repas	Repas proposés au patient

V61. SO24-Organisation	Organisation de votre sortie avec les différents intervenants en vue de votre retour à domicile ou vers une autre institution
V62. SO25-Infos_medicaments	Informations reçues pour votre sortie de l'hôpital concernant : la prise de médicaments, le traitement et leurs éventuelles adaptations
V63. SO26-Infos_prescriptions	Informations reçues pour votre sortie de l'hôpital concernant : les prescriptions, les nouveaux rendez-vous, ...
V64. SO27-Infos_conseils	Informations reçues pour votre sortie de l'hôpital concernant : les conseils pour la suite, les aides éventuelles, ...
V65. Qui-infos-traitement	Les informations relatives à votre traitement médicamenteux de sortie vous ont été fournies par :
V66. Qui-infos-traitement_Autre	
V67. RG1-Satisfaction	Globalement, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre séjour à l'hôpital ?
V68. RG2-Recommandation	Recommanderiez-vous le service dans lequel vous venez d'être hospitalisé(e) à des proches ?
V69. RG3-Patient_partenaire	Vous êtes-vous senti(e) considéré(e) par le personnel comme un(e) réel(le) partenaire dans votre prise en charge ?
V70. Ressenti-depart	Comment ressentez-vous votre départ de l'hôpital ?
V71. Commentaires	Avez-vous des remarques ou suggestions par rapport à votre séjour ou pour améliorer les services proposés ?

LOUVAIN-LA-NEUVE | BRUXELLES | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp