

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MÂTRISE
EN GESTION DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

PAR
JACYNTHE POULIN

La qualité des services offerts au
Centre Hospitalier St-Georges de Beauce.

Août 1994



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

*Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et
uniquement dans le but d'alléger le texte.*

TABLE DES MATIÈRES

Remerclements	III
Liste des tableaux.....	IV
Liste des figures	VI
Liste des annexes.....	VIII
Chapitre I	
Introduction.....	1
Chapitre II	
Définition du problème.....	9
2.1 Éléments historiques	14
2.1.1 Situation actuelle au Québec.....	21
2.1.2 Situation actuelle en Beauce	36
2.2 Situation actuelle au C.H.S.G.B.....	43
2.3 Formulation du problème	50
2.4 Importance du sujet pour le C.H.S.G.B.	51
2.5 Objectifs spécifiques de recherche.....	52
Chapitre III	
Modèle conceptuel	
3.1 Concepts clés reliés à l'étude.....	56
3.2 Revue de littérature.....	62
3.3 Choix du modèle théorique.....	78
Chapitre IV	
Méthodologie	
4.1 Milieu d'enquête	81
4.2 Instrument de mesure.....	82
4.3 Besoins en information	85

4.4	Échantillon.....	87
4.4.1	Population à l'étude.....	87
4.4.2	Échantillon.....	87
4.4.3	Potentiel d'erreur	88
4.4.4	Format de l'échantillon.....	89
4.5	Collecte de données.....	90
4.5.1	Méthode de collecte de données	90
4.5.2	Traitemet des données	92
4.5.3	Limites de l'étude	94
 Chapitre V		
Analyse et Interprétation des données		
5.1	Caractéristiques du répondant.....	102
5.2	Satisfaction des usagers à l'égard des services offerts au C.H.....	108
5.3	Accueil.....	110
5.4	Sols.....	116
5.5	Allmentation.....	123
5.6	Information	129
 Chapitre VI		
Conception de solution - discussion - recommandations		
Recommandations..... 148		
 Chapitre VII		
Conclusion..... 154		
 Bibliographie..... 157		
Annexes		

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à exprimer sa plus profonde gratitude à son directeur de recherche Alain Bouchard pour sa compétence et son support tout au long de la rédaction de ce mémoire. Merci également pour la révision des textes; ses critiques et ses précieux conseils auront aussi ajouté à la clarté et la pertinence du texte.

Des remerciements spéciaux vont à mon conjoint Mario Morissette pour sa compréhension et son appui soutenu; il a dû composer avec mes horaires surchargés et ma moins grande disponibilité.

A Danièle S. Rochette, mille fois merci pour le travail remarquable de dactylographie et de traitement de textes du document final.

A toute ma famille, mes plus sincères remerciements pour l'encouragement, l'intérêt et l'aide offerte tout au long de cette recherche.

Enfin, je veux dire merci à Huguette, Hélène, Serge et Claire pour le support accordé, la dactylographie, les graphiques et l'impression.

A tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à cette recherche, je dis un sincère merci.

TABLEAUX

1.	Qualité des soins.....	22
2.	Niveau de satisfaction: soins et services hospitaliers.....	25
3.	Niveau de satisfaction: ressources humaines	27
4.	Niveau de satisfaction: qualité de vie.....	28
5.	Technologie de soins selon les régions.....	30
6.	Perception des qualités des administrateurs des hôpitaux.....	31
7.	Hospitalwide qualité assurance / risk management program.....	35
8.	La qualité d'un produit, d'un soin, d'un service.....	58
9.	Modèle d'organisation.....	61
10.	Corrélation entre différentes variables	140

11. Corrélation entre le D.A. et les dimensions liées à la satisfaction et la connaissance.....	142
---	-----

FIGURES

1.	Age des répondants.....	102
2.	Diagnostic d'admission.....	103
3.	Nombre d'hospitalisations antérieures.....	104
4.	Nombre de Jours d'hospitalisation	105
5.	Sexe des répondants.....	106
6.	Statut civil des répondants.....	107
7.	Satisfaction des services offerts au C.H.S.C.B.	109
8.	Satisfaction face à l'accueil (verbal).....	111
9.	Connexion et appréciation de l'accueil.....	113
10.	Satisfaction face à l'accueil (non-verbal)	115
11.	Satisfaction des usagers face aux soins (lieu).....	117

12.	Satisfaction des usagers face aux soins (horaire).....	119
13.	Connaissance et appréciation des soins (lieu - horaire efficience).....	122
14.	Connaissance et appréciation de l'alimentation.....	125
15.	Satisfaction des répondants face à l'alimentation	127
16.	Satisfaction des répondants face à l'information.....	130
17.	Connaissance et appréciation des informations en prévention et éducation.....	131
18.	Satisfaction des services offerts.....	135
19	C.H. St-Georges recommandé à un parent ou ami.....	136

ANNEXES

- I. Questionnaire d'appréciation des services (adulte)
- II. Appréciation du séjour au Centre Hospitalier (pédiatrie)
- III. Fiche d'évaluation
- IV. Informations à l'usager lors de son admission
- V. Lettre à l'usager sur l'étude à l'égard des services
- VI. Formule de consentement
- VII. Satisfaction à l'égard de la clientèle
- VIII. Tableau de l'objet de mesure
- IX. Mesure de la satisfaction de la clientèle Interne versus les services offerts au Centre Hospitalier St-Georges de Beauce
- X. Corrélation entre variables décrivant les répondants et résultats aux items relatifs à la satisfaction

- XI. Corrélation entre variables décrivant les répondants et résultats à l'item Q.18
- XII. Corrélation entre variables décrivant les répondants et résultats relatifs à la connaissance et l'appréciation
- XIII. Corrélation entre variables décrivant les répondants et résultats à l'item Q.36
- XIV. Synthèse des dimensions reliées à la satisfaction et à la connaissance et appréciation

CHAPITRE I

INTRODUCTION

L'administration publique est l'outil indispensable à la vie en société. C'est pourquoi, il faut faire preuve d'un souci constant de l'excellence dans la gestion des affaires publiques.

La recherche de l'excellence dans la qualité des services offerts aux citoyens caractérise l'évolution du secteur de la santé et des services sociaux. Qu'on se rappelle les principaux défis de la Réforme de la Santé et des Services Sociaux (*Loi 120*) tant pour les membres du Conseil d'Administration, le directeur général et la régie régionale. Il y a deux points à retenir de tous les nouveaux standards de management : le premier, la qualité dont doit s'assurer le Conseil d'Administration, ne porte pas seulement sur les soins prodigués, mais sur l'ensemble des services c'est-à-dire l'ensemble de l'expérience qu'un client vit lorsqu'il est en contact avec un producteur de services, soit les événements entourant son admission, son accueil, les services d'hôtellerie, soit l'alimentation et la propreté, les relations avec les différents fournisseurs, les informations et les explications auxquelles il a droit, l'ambiance, l'assurance et la qualité. Le second point est le plan de développement annuel englobant tout ce qui favorise la croissance d'une personne au cours de sa carrière chez l'employeur.

La santé occupe dans la vie et la pensée de nos contemporains autant de place, peut-être, qu'en occupait la religion aux grandes époques de foi. Les services de santé coûtent très cher et partout il y a la perspective d'une croissance incontrôlable des dépenses.

On s'interroge en permanence sur l'efficacité des services. Une dynamique de fonctionnement du système est à prévoir, et plus précisément, des mécanismes d'évaluation de la qualité des services offerts au Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce.

La qualité, selon l'American Society for Quality Control, est une «quête systématique de l'excellence». Des enquêtes menées par le Strategic Planning Institute (*Centre de recherche affilié à l'Université Harvard*) ont déterminé que «le facteur unique et crucial de rentabilité à long terme d'une organisation était la qualité relative perçue de ses produits et services».

Lorsqu'on parle de qualité dans le secteur public, il faut penser à une ouverture à la population pour comprendre ses besoins et les satisfaire le plus efficacement possible. À ce propos, il serait intéressant de se poser la question suivante : le service à la clientèle profite-t-il, au bout du compte, au client ou à l'organisation?

Il existe dans la région de la Beauce, deux établissements de santé en soins généraux, soit le Centre Hospitalier de Beauceville fondé en 1920 et, à quelques

kilomètres, le Centre Hospitalier de Saint-Georges de Beauce fondé en 1948 et localisé à Saint-Georges de Beauce.

En 1982, dans un but de rationalisation, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux décrète la fusion des deux établissements sous l'appellation de Centre Hospitalier Régional de la Beauce.

Bon gré, mal gré, cette fusion se vivra jusqu'en 1988. Et ce n'est qu'en novembre 1988 que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux autorise la défusion pour en faire deux hôpitaux avec mission et orientations à redéfinir.

Au Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce, il faut donc revoir l'architecture, c'est-à-dire les systèmes, les structures et les technologies afin de répondre aux besoins de la clientèle. De plus, il faut tenir compte, dans cette restructuration, des ressources humaines, matérielles, physiques et financières disponibles pour atteindre des résultats tangibles.

Les activités sans cesse croissantes, la problématique «fusion» «défusion», l'environnement et le mouvement médical sont les facteurs qui ont contribué au blocage temporaire du devenir (*mission*) de l'institution. En conséquence, cette paralysie momentanée se traduisit pas un manque de planification et de contrôle, une structure inadaptée et instable, ainsi qu'un système d'information insuffisant.

Afin que l'effort de rationalisation soit profitable, l'implantation des outils de gestion doit se faire de façon situationnelle et continue. Les mécanismes de

contrôle, qui mesurent la qualité des services offerts au Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce, se situent à la dernière étape parmi les différents instruments de gestion. De ces derniers, certains sont à consolider, d'autres à développer et à implanter. Il s'ensuit donc un système de contrôle souple, précis, positif, décentralisé et représentatif, et cela, tout au long de l'année. Aussi, le résultat visé sera: des soins et services de qualité offerts à la population desservie par le Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce.

Le C.H.S.G.B. est de plus en plus soucieux d'évaluer les soins et services qu'il dispense à la population. La nécessité de savoir ce que pensent les utilisateurs des services importe donc pour l'institution.

Quatre thèmes importants sont ici retenus pour actionner les mécanismes d'évaluation. À savoir : l'accueil, les soins, l'alimentation et l'information.

Dans l'**introduction**, on retrouve une brève description de la problématique, le mandat, les objectifs généraux et le contenu des différents chapitres.

Au **second chapitre**, les bouleversements qui ont ébranlé notre organisation; ces derniers ont amené les deux centres hospitaliers à améliorer leur efficacité et leur efficience ainsi que leur performance. On commente la situation actuelle au niveau de la satisfaction des services, en général, au Québec, dans la région de la Beauce et au niveau local. De plus, il y a description de la situation problématique sous toutes ses facettes, ainsi que la précision des objectifs spécifiques de cette recherche.

Les concepts clés rattachés à cette recherche et les liens potentiels entre le modèle retenu et la réalité organisationnelle font l'objet du **troisième chapitre**.

La méthodologie utilisée est décrite au **chapitre 4**, c'est-à-dire, le type d'enquête, la cueillette des besoins d'information, l'échantillonnage ainsi que certaines balises retenues pour cette recherche.

Au **chapitre 5**, on y voit l'analyse et l'interprétation de ces données.

Au **chapitre 6**, la conception de solutions, discussion et recommandations sont émises (*le quoi - le comment*).

En guise de **conclusion**, une rétrospective de la problématique et de la solution.

Suite à la lecture de ce document, d'autres questions seront peut-être soulevées et susciteront l'intérêt d'une autre recherche afin d'y voir évoluer ce dossier.

Cette recherche vise l'obtention d'un éclairage précis sur le fonctionnement actuel des services offerts. Elle permet également de connaître l'évaluation de la population beauceronne à l'égard des services offerts par son centre hospitalier et la gestion du système hospitalier.

Il s'agit là d'un processus d'écoute de l'opinion publique.

Mandat

Dans le cadre de cette recherche, le mandat obtenu est d'évaluer la qualité des services offerts au Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce. Le mandat fait suite aux devoirs des Conseils d'Administration qui sont bien campés à l'article 128 de la Réforme: «Prévoir des mécanismes formels d'appréciation et d'amélioration, en ce qui a trait à la pertinence, la qualité et l'efficacité des services dispensés» et «s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines». Les ressources matérielles, financières et humaines doivent être gérées de façon intégrée pour assurer la qualité des services aux clients.

La recherche est axée sur la gestion du programme d'évaluation de la qualité et vise la mise en place de mécanismes de contrôle pour évaluer la qualité des services relatifs à l'accueil, aux soins, à l'alimentation et à l'information. Deux aspects considérés comme éléments essentiels de la qualité sont traités: la qualité dans les activités professionnelles et autres, et la qualité dans le degré de satisfaction de la clientèle.

Les activités d'appréciation de la qualité sont complexes et nécessitent l'utilisation d'instruments de mesure adaptée à la réalité d'un centre hospitalier. Les

résultats seront d'autant plus valables s'ils permettent l'identification et la correction des lacunes.

Objectifs généraux

Les objectifs généraux de recherche sont:

- mettre en évidence certaines caractéristiques de la clientèle ciblée.
- rendre accessible les résultats de l'enquête pour apporter une meilleure connaissance et compréhension sur la qualité des services offerts.
- susciter l'intérêt pour l'implantation de mécanismes d'évaluation de la qualité des services offerts au Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce.

La réalisation de ces objectifs implique l'identification des thèmes déjà cités et pour lesquels on désire connaître le degré de satisfaction de la clientèle hospitalisée au C.H.S.G.B. ainsi que ses opinions quant aux orientations et choix possibles pour répondre aux besoins de la population.

CHAPITRE II

DÉFINITION DU PROBLÈME

En 1970, le gouvernement du Québec installe un système d'assurance-maladie dont l'accessibilité, l'universalité et la gratuité sont assurées à tous les Québécois. Le système de santé vise à répondre à deux grands objectifs: protéger tous les citoyens et citoyennes, sans égard à leur revenu, des risques liés à la maladie et aux problèmes sociaux, et améliorer la santé et le bien-être de la population. Notre système québécois affiche une performance enviable à plusieurs égards. Par ailleurs, plusieurs lacunes ont été relevées ces dernières années: certaines ont conduit à la réorganisation du système des services et d'autres exigent la modification de l'orientation fondamentale de services.

Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, les nouveaux modes de vie matrimoniale et les nouvelles solidarités influencent la quantité de services offerts. De plus, d'autres éléments tels que les mouvements de femmes, l'évolution du marché du travail, le développement technologique et l'émergence de nouveaux problèmes agissent sur le système et augmentent ainsi la quantité de services à offrir.

Le Ministère de la Santé et des Service Sociaux (*M.S.S.S.*) mentionne que

*«le réseau de la santé et des services sociaux se trouve à une croisée des chemins. Des choix s'imposent donc: définir des orientations et faire des choix pour recentrer le système sur des objectifs plutôt que sur les moyens, bref placer le citoyen au centre du système».*¹

Pour ce faire, de nombreuses consultations, des travaux et des échanges, la Commission Rochon, la consultation ministérielle et de multiples rencontres ont conduit au projet de loi 120 qu'est la Réforme de la Santé². Celle-ci doit s'articuler autour d'une organisation régionale des services de santé comportant trois niveaux de soins: les soins généraux, les soins spécialisés et les soins ultra-spécialisés.

Cette perspective nouvelle entraînera, à tous les niveaux, tant pour les administrateurs, les gestionnaires et les employés, une manière différente de penser et d'offrir des services; d'où la nécessité d'un contrôle total de la qualité. Une qualité non seulement des soins prodigués mais une qualité sur l'ensemble des services qu'un usager requiert et dont il est l'acteur principal du système de santé.

Il existe six catégories d'établissement du Réseau de la Santé et des Services Sociaux:

- les Conseils Régionaux de la Santé et des Services Sociaux (**C.R.S.S.**) dans la Réforme, remplacés par les régies régionales.

¹ Bulletin d'Information, Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec (03-12) Les principaux défis de la Réforme, Vol 16, No 1, printemps 1991, 23 pages

² Ibid, pp. 7-10.

- les Centres Hospitaliers (**C.H.**) où viennent se greffer, selon le cas les Départements de Santé Publique (**D.S.P.**)
- Les Centres Locaux de Services Communautaires (**C.L.S.C.**)
- Les Régies Régionales (**R.R.**)
- le Centres d'Accueil et Hébergement (**C.A.H.**)
- les Centres d'Accueil et Réadaptation (**C.A.R.**)

Sans département de santé publique, le Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce (**C.H.S.G.B.**) se retrouve dans la deuxième catégorie des établissements et détient un permis d'exploitation de cent cinquante-cinq (**155**) lits affectés à des soins généraux et spécialisés. De plus, il collabore avec les organismes de recherche en vue de promouvoir et de faciliter l'émergence de connaissances nouvelles.

L'administration du Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce, établissement de soins de courte durée et offrant des services à une population d'environ 80,000 personnes, s'interroge sur l'existence des mécanismes en place pour évaluer la qualité des services offerts.

Après consultation et une cueillette de données secondaires, nous constatons que très peu de mécanismes existent pour mesurer la qualité des services et en référence à l'auteur Omar Aktouf, cette situation est problématique.

Pourquoi ce questionnement sur la qualité des services offerts? D'abord, les temps changent La société vit de profondes mutations. L'environnement économique change, se modifie sans cesse. Il n'y a pas seulement la décroissance

économique mais aussi la décroissance de la richesse collective, car auparavant on pouvait compter sur une richesse presqu'illimitée. Bien sûr, la concurrence s'installe. Mais qui sont les véritables gagnants? Ce sont ceux qui sont capables de satisfaire leurs clientèles, de les attirer et surtout de les garder.

Aussi, un changement s'opère dans l'environnement démographique: baisse de la natalité (*dénatalité*), population de plus en plus vieillissante, vieillissement de la main-d'oeuvre, féminisation de la population sur le marché du travail, l'arrivée d'immigrés. Alors comment peut-on contrer les impacts négatifs de ces changements?

Au niveau de l'environnement social et culturel nous remarquons des changements de valeurs, de religion, des changements au niveau de la famille, des loisirs, etc. Nous observons un élargissement de l'écart entre les riches et les pauvres.

Les nouvelles technologies apparaissent presque sans limite et le défi technologique présente un enjeu particulier, celui d'améliorer la qualité des services tout en préservant la qualité du contact humain dans la relation soignant - soigné.

Tous ces changements influencent nos habitudes de consommation, notre façon de voir et de faire les choses. Il faut se rendre à l'évidence!

L'avenir est dans l'innovation, la création; il faut faire plus et mieux avec moins: productivité, efficience, rendement, efficacité, performance, qualité, ce vocabulaire fait maintenant partie du travail de gestionnaire des services publics.

2.1 Éléments historiques

Dans la région de la Beauce, on retrouve deux centres hospitaliers situés à quelques kilomètres de distance : le Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce, (**C.H.S.G.B.**) et le Centre Hospitalier de Beauceville (**C.H.B.**). La présente recherche est axée principalement sur le C.H.S.G.B. dont la construction remonte à 1948.³ Chaque établissement offre une gamme de services similaires, des services spécifiques à chacun et cela pour sensiblement la même population.

Si on regarde l'historique du C.H.S.G.B., on note trois appellations différentes : de 1948 à 1982 : Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce.

En 1982, suite à une fusion décrétée par le Ministre de la Santé et des Services Sociaux, les deux centres hospitaliers beaucerons sont fusionnés sous l'appellation de Centre Hospitalier Régional de la Beauce.

³ Note : Les centres hospitaliers de Saint-Georges et de Beauceville sont identifiés selon leur appellation d'aujourd'hui C.H. Saint-Georges de Beauce : St-Georges, C.H. de Beauceville : Beauceville.

Lors de la défusion en 1988 des deux hôpitaux de la Beauce, l'hôpital de Saint-Georges s'appellera dorénavant le Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce (C.H.S.G.B.).

Dans les années 60, deux réalités sont identifiées dans le domaine hospitalier beauceron. D'une part, la construction récente du C.H. de Beauceville et son fonctionnement adéquat, la lenteur du développement de ses services. D'autre part, le C.H. de St-Georges, avec son taux élevé d'occupation, réussit difficilement à répondre au volume de sa clientèle. Il y a manque d'espace et d'équipement.

À proximité du C.H.S.G.B. se trouve l'école «traditionnelle» des infirmières jusqu'en 1970. Le C.H. peut compter sur une main-d'œuvre étudiante tout au long de l'année et cela à un coût minime. Pour répondre à sa clientèle, il est donc facile d'embaucher une main-d'œuvre qualifiée et expérimentée. Les modifications dans le secteur de l'éducation et les exigences de formation académique en techniques infirmières, amènent la dispensation de l'enseignement au niveau collégial.

Au cours des années 70, l'arrivée d'effectifs médicaux au C.H.S.G.B. redonne un nouvel essor et les activités se poursuivent en offrant des services additionnels.

À la fin des années 70, après dix (10) ans d'efforts et d'évolution de mentalité, les deux hôpitaux (*Beauceville et Saint-Georges*) poursuivent le plan de complémentarité déjà accepté par le Ministère et les différents groupes concernés dont l'objectif est d'offrir plus de services à la population. La situation financière révèle un problème sérieux dû à l'endettement de 8 millions⁴ de dollars pour les deux hôpitaux. Pour le Ministre, la solution réside dans la fusion des deux établissements. Ce qui permettrait l'utilisation rationnelle et optimale des ressources disponibles ainsi qu'un taux d'occupation équilibré dans chacun des C.H.

Suite à l'insuccès des pourparlers touchant la complémentarité des établissements pendant près de deux ans, le Ministre décrète la fusion des deux hôpitaux le 6 novembre 1981.

Cette prise de position réanime de vieilles querelles face aux soins aigus et aux soins prolongés.

De 1981 à 1988, la fusion est vécue tantôt amèrement, tantôt positivement par les intervenants. La rationalisation et la standardisation de tous les processus de fonctionnement exigent beaucoup de temps et d'énergie.

4 BÉGIN, Clermont. L'implantation de projet de rationalisation dans le domaine des Affaires Sociales : analyse décisionnelle, Rapport de recherche, Université Laval, septembre 1984, 134 pages.

Le développement du C.H.R.B. et son devenir étaient laissés en veilleuse, le temps de stabiliser les structures du C.H. Régional.

Dès cette fusion, les membres de la direction des deux C.H. ont repensé les structures organisationnelles dans le but d'un meilleur fonctionnement afin que tout le personnel participe au partage du savoir-faire. Malgré le bon vouloir et les efforts déployés par tous, certains membres traverseront des périodes difficiles et parfois «déchirantes» car chacun de son côté tente de conserver son acquis, ses habitudes, ses us et coutumes. Quelques années suffirent pour redéfinir des politiques et procédures adaptables et acceptables pour les deux pavillons regroupés sous une seule entité administrative. Au niveau du personnel d'encadrement, nous observons plus d'aisance à communiquer, à échanger, à mettre en commun les informations pour maximiser leur vécu quotidien.

La situation financière précaire (*accumulation de déficits importants*) d'année en année force la direction à appliquer certaines contraintes pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Pour ce faire, tous les acteurs du milieu démontrent des efforts de concertation, de collaboration et de communication.

Plusieurs intervenants et plus particulièrement le personnel syndiqué voient des menaces de pertes d'emplois, des heures de non remplacement lors de congés ou vacances, une lourdeur des tâches, de l'insatisfaction face

au contexte organisationnel et peut-être, comme conséquence, une variation de la qualité des services offerts.

L'absentéisme et le taux de roulement des effectifs se rattachent étroitement à la performance économique des organisations de travail. Selon le modèle de Steers et Rhodes⁵, on regroupe trois grandes catégories de facteurs associés à l'absentéisme : des variables d'ordre personnel (*état de santé, éducation, ancienneté etc.*), organisationnel (*autonomie, rémunération, relations interpersonnelles etc.*), et environnemental (*valeurs, conditions de transport, situations familiales*).

Ces variables, quoique considérées indépendantes, sont néanmoins interreliées et agissent conjointement lorsque l'on tente d'expliquer l'absentéisme.

Le taux de roulement des effectifs indique un faible mouvement d'entrée et de sortie du personnel au cours de ces mêmes années.

Que dire de la motivation du personnel : en juin 1990, un sondage sur le climat organisationnel révèle que le niveau de satisfaction et de motivation n'atteint que 50%. La théorie de Maslow nous livre le message suivant : à divers moments et dans diverses circonstances, les individus ressentent

5 BÉLANGER, Laurent. PETIT, André. BERGERON, Jean-Louis. Gestion des ressources humaines, une approche globale et intégrée, Gaëtan Morin Éditeur, 1983, 419 pages.

différents besoins qu'ils cherchent à satisfaire. Le personnel est motivé par ce qu'il recherche plutôt que par ce qu'il a déjà obtenu ou réussi⁶

En 1992-93, l'implantation d'éléments significatifs tels que : programmes de prévention, programme de formation, comité de santé et sécurité au travail, programme d'aide aux employés, sans oublier certaines mesures de gestion de ressources humaines engendrent une lueur d'espoir.

En révisant la structure organisationnelle du C.H. selon le modèle de Mintzberg⁷, on retrouve cinq composantes : la direction, l'encadrement, la techno-structure, le support et les opérations. Au C.H., nous comptons six gestionnaires au poste de directeur général, soit comme directeur général par intérim, directeur général ou administrateur provisoire et cela, sur une période de dix ans, sept. 1982 - nov. 1992, de quoi perturber une organisation.

Au niveau de l'encadrement, la fusion et la défusion des deux hôpitaux amènent des changements non seulement en terme d'individus mais en de nombreuses modifications opérationnelles.

Devant cette instabilité, les priorités retenues s'orientent sur la demande de la clientèle et nous oublions de connaître sa satisfaction ou son

⁶ Ibid, p. 369.

⁷ MINTZBERG, Henri, Structure et dynamique des organisations, Les Éditions Agence D'Arc Inc, 1982, 434 pages.

insatisfaction. Compte tenu des changements fréquents au niveau de la direction, existe-t-il une relation entre la qualité des soins et le mode de gestion au C.H.? Le mode de gestion utilisé par les cadres supérieurs est-il un élément de la structure organisationnelle qui influence la qualité des soins? D'où la nécessité de préciser le style de gestion pour le C.H. avant de parler de mesure pour évaluer la qualité des services.

Peut-on parler également, à l'exception des cinq dernières années, de la désuétude des connaissances et des habiletés du personnel car elles ne permettent plus une performance efficace? Se peut-il que certaines opinions empêchent de percevoir des signes de désuétude tels que des attitudes inappropriées, une faible performance, des procédures incorrectes ou dépassées?

Puisque la désuétude menace à divers degrés tous les membres de l'organisation, c'est un défi de taille que de vouloir la prévenir. Une façon de le faire consiste à évaluer périodiquement les besoins des employés et de leur offrir des programmes de développement de nouvelles habiletés.

2.1.1 *Situation actuelle en général au Québec*

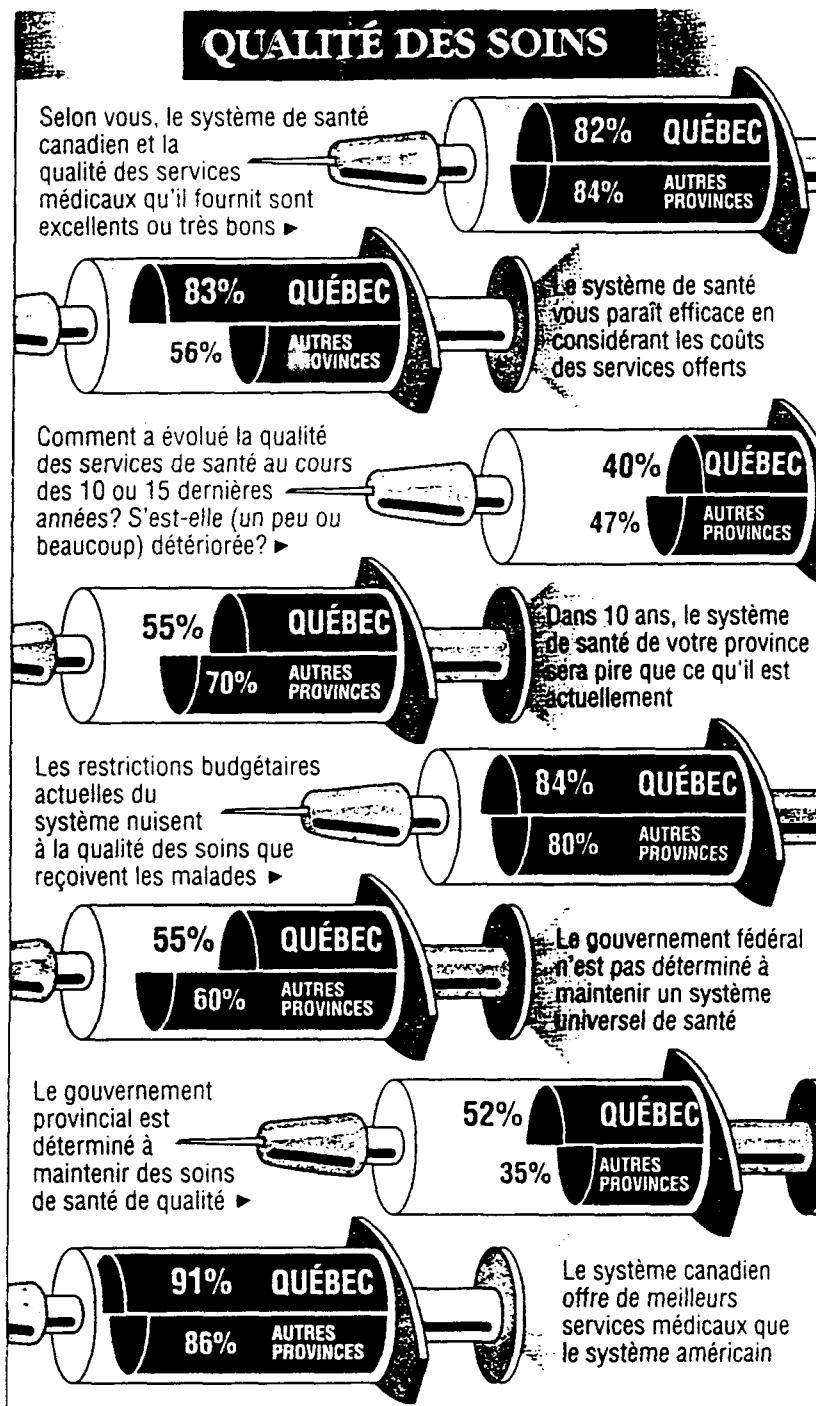
Au Québec comme partout ailleurs, la professionnalisation des services de santé s'est faite dans des conditions démographiques et économiques favorables. Son arrivée permit la création d'un marché et, pour les producteurs, l'échange de services contre rémunération. Nous croyons que cette professionnalisation hausse la qualité des soins et services en éliminant le charlatanisme et en améliorant la formation des producteurs de soins.

Un sondage⁸ récent a été effectué par la firme Angus Reid pour L'Actualité médicale et le Medical Post auprès de 12,000 médecins sélectionnés au hasard sur les 46,700 médecins exerçant au Canada, soit le quart des effectifs médicaux du pays. Près de 3,400 médecins (28%) y ont répondu dont 939 du Québec. L'échantillon au Québec était composé à 41% d'omnipraticiens, 37% de spécialistes, 15% de chirurgiens. Les médecins interrogés avaient en moyenne 20 ans d'expérience dans la profession.

Ce sondage révèle que : (*Tableau 1 p. 22*)

⁸ GENDRON, L. GOYETTE, R. SIMARD, A.M. «Votre médecine et vous» L'Actualité, 15 novembre 1992, p. 57-60.

Tableau 1



Source : GENDRON, L. GOYETTE, R. SIMARD, A.M. «Votre médecin et vous» L'Actualité, 15 novembre 1992, p. 60.

- plus de huit médecins sur dix donnent une note excellente ou très bonne aux services médicaux, mais presque autant pensent que les compressions budgétaires dans les hôpitaux (81%) et le paiement à l'acte (67%) nuisent à la qualité des soins.
- 41% sont convaincus que les riches sont mieux soignés que les pauvres.
- au Québec, 84% pensent que les restrictions budgétaires nuisent à la qualité des soins. Suite à ce sondage⁹, on mentionne que 84% des Canadiens se disent satisfaits de la qualité des soins de santé; 55% qualifient même ces soins d'excellents et de très bons. Il s'agit quand même d'une diminution de six points par rapport à 1991. Chez les Québécois, le taux de satisfaction est demeuré stable à 78%, le même que lors d'un sondage précédent en 1991.

Le ministre de la Santé et des Services Sociaux, Marc-Yvan Côté souligne : «Nous avons effectué des compressions budgétaires. C'est ce qui laisse croire qu'il y aura une dégradation. Mais ce n'est pas le cas. Nous avons concentré nos ressources. Nous allons faire davantage avec moins, mais il n'y aura pas de dégradation»¹⁰.

⁹ DUBÉ, Guy. «Trois canadiens sur quatre approuvent l'imposition du ticket modérateur, Le Soleil, jeudi 27 mai, 1993, p. A-7.

¹⁰ GENDRON, L. GOYETTE, R. SIMARD, A.M. Loc. cit p. 58.

Le réseau de la santé et des services sociaux assume des choix difficiles en ce qui concerne les services et soins à offrir à la population.

Les centres hospitaliers utilisent avec efficience les ressources disponibles pour offrir ces services.

Un sondage¹¹ réalisé par l'Institut Québécois d'Opinion Publique (*I.Q.O.P.*) pour l'Association des Hôpitaux du Québec (*AHQ*) en septembre 1990 visait comme objectif général, un portrait assez fidèle de l'opinion de la population québécoise à l'égard du réseau hospitalier. Plus spécifiquement, mesurer le degré de satisfaction de la population versus les services utilisés.

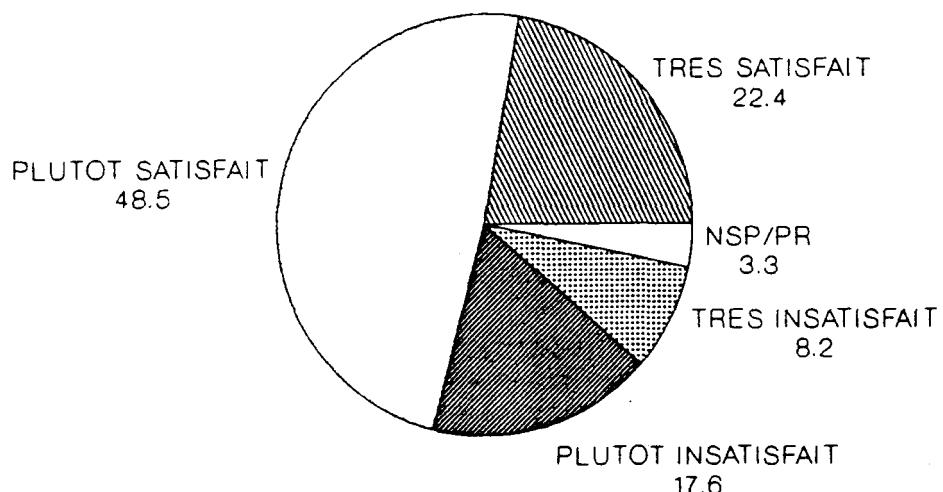
Les résultats¹² indiquent que 70.9% de la population est satisfaite des soins et services fournis par les centres hospitaliers : 22.4% des répondants se disent très satisfaits et 48.5% assez satisfaits. (*Tableau 2, p. 25*)

¹¹ Association des Hôpitaux du Québec, Sondage AHQ-IQOP, Opinions et enjeux concernant le réseau hospitalier, septembre 1990, 61 pages.

¹² *Ibid*, p. 16.

Tableau 2

NIVEAU DE SATISFACTION SOINS ET SERVICES HOSPITALIERS



Source : Association des Hôpitaux du Québec, Sondage AHQ-IQOP, Opinions et enjeux concernant le réseau hospitalier, septembre 1990, p. 15.

Par ailleurs 25.8% expriment de l'insatisfaction face au temps d'attente pour obtenir des services dans les urgences.

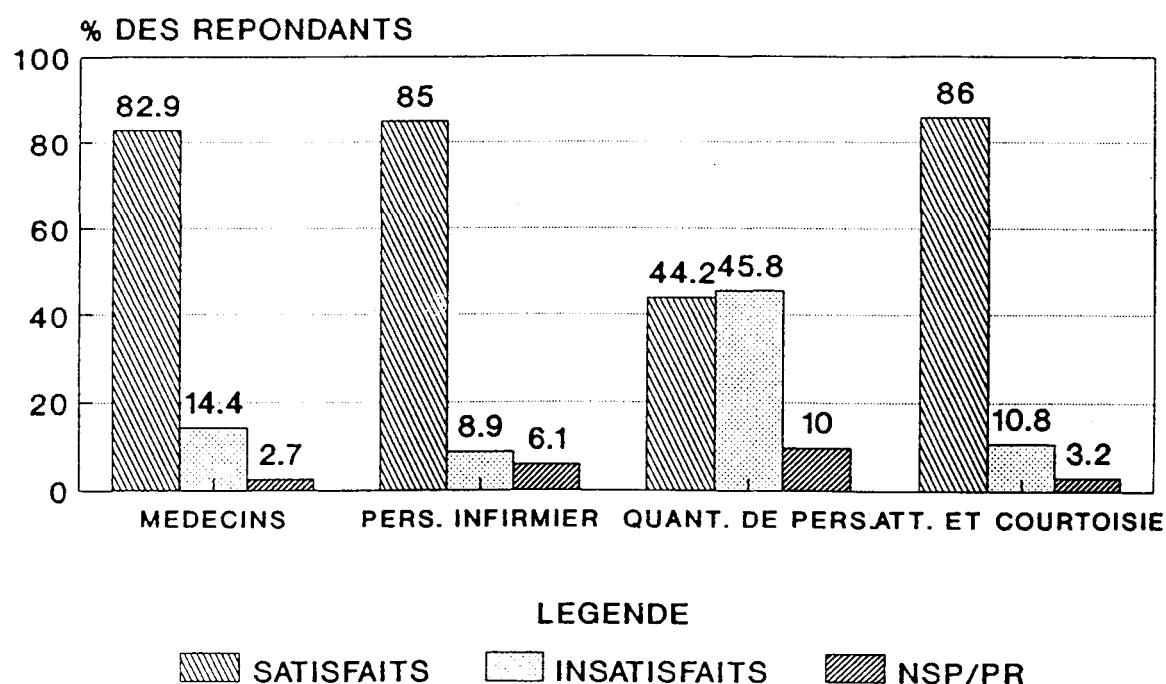
Les personnes interrogées manifestent leur satisfaction au taux de 82.9% pour les soins reçus par les médecins et 84.9% des répondants se disent satisfaits des soins reçus par le personnel infirmier pour leur attention et leur courtoisie. (*Tableau 3, p. 27*)

Pour ce qui est du niveau de satisfaction des autres aspects des services, on note que 71.1% s'estiment satisfaits du confort des C.H. et que 89.1% sont très ou assez satisfaits de la propreté des locaux.

(*Tableau 4, p. 28*)

Tableau 3

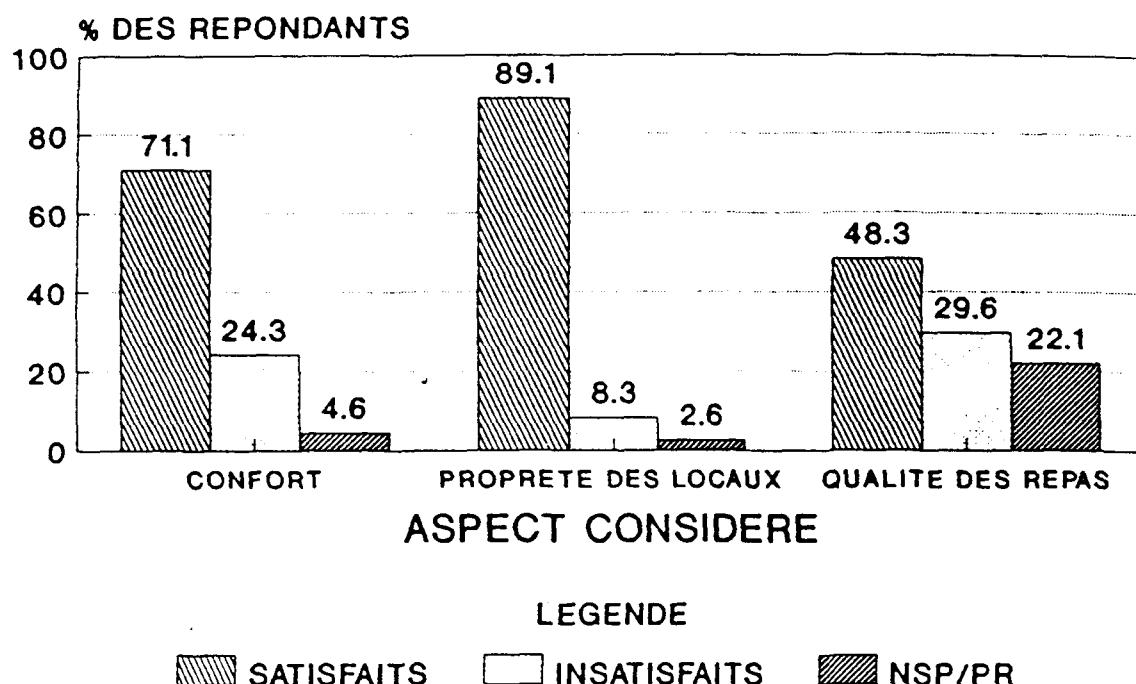
NIVEAU DE SATISFACTION RESSOURCES HUMAINES



Source : Association des Hôpitaux du Québec, Sondage AHQ-IQOP, Opinions et enjeux concernant le réseau hospitalier, septembre 1990, p. 17.

Tableau 4

NIVEAU DE SATISFACTION QUALITE DE VIE



Source : Association des Hôpitaux du Québec, Sondage AHQ-IQOP, Opinions et enjeux concernant le réseau hospitalier, septembre 1990, p. 19.

Quant à l'accessibilité des services, c'est dans une proportion de 43.5% que les répondants jugent insatisfaisantes les technologies disponibles dans les C.H.; on retrouve ces insatisfaits surtout dans les régions intermédiaires 44.1% (*Tableau 5, p. 30*) et éloignées 55.6%.

En conclusion, ce sondage révèle que 57.5% de la population québécoise perçoit les administrateurs d'hôpitaux très ou plutôt soucieux de la qualité des services. Il faut ajouter que le quart des répondants n'émettent pas d'opinion (*ni favorable, ni défavorable*) sans doute par manque d'information. (*Tableau 6, p. 31*)

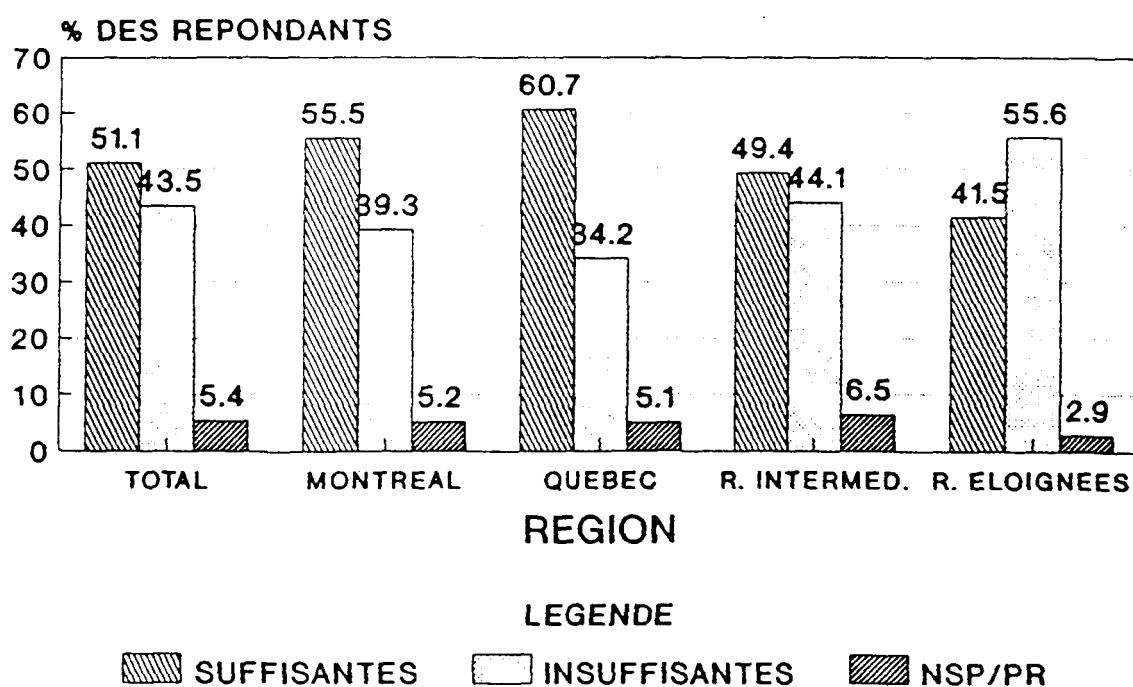
Lorsqu'on parle de qualité de soins et services, inous rappelons que la qualité se compose de deux éléments. 13

- qualité objective (*constituante de produit*)
- qualité subjective (*satisfaction du consommateur selon sa perception, ses attentes et ses attributs*).

13 EIGLER, Pierre. LANGEARD, Eric. Servuction, Le Marketing des services, McGraw-Hill, Stratégie et Management, 1988, p.40

Tableau 5

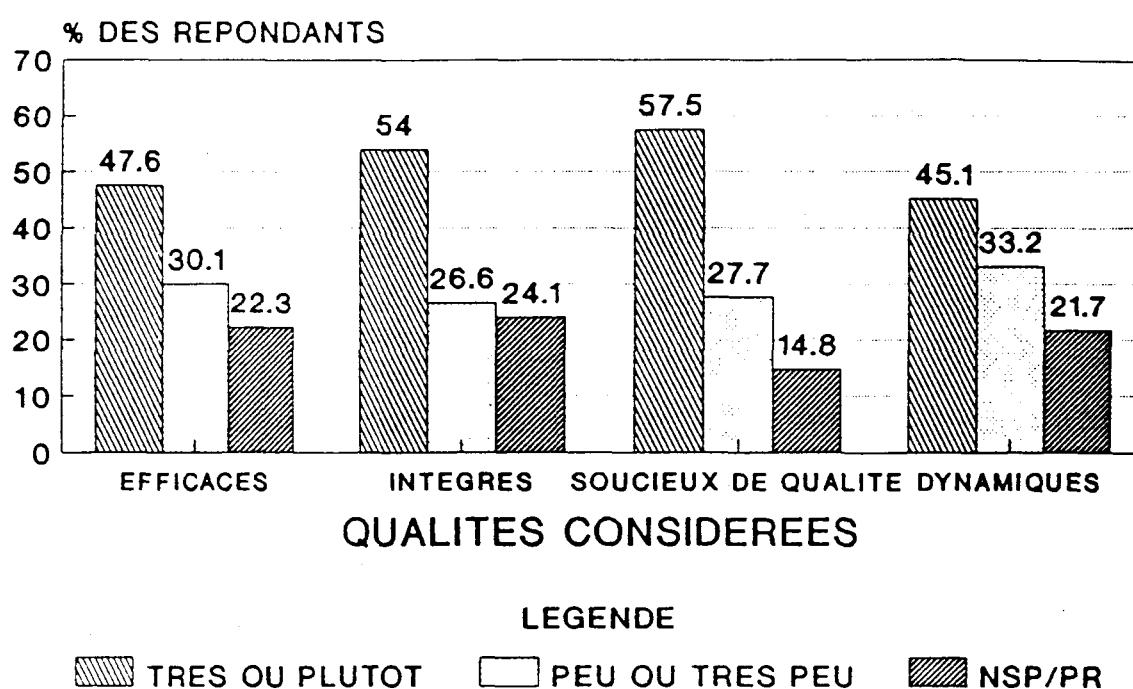
TECHNOLOGIES DE SOINS SELON LES REGIONS



Source : Association des Hôpitaux du Québec, Sondage AHQ-IQOP, Opinions et enjeux concernant le réseau hospitalier, septembre 1990, p. 21.

Tableau 6

PERCEPTION DES QUALITES DES ADMINISTRATEURS DES HOPITAUX



Source : Association des Hôpitaux du Québec, Sondage AHQ-IQOP, Opinions et enjeux concernant le réseau hospitalier, septembre 1990, p. 29.

Nous savons que les habitudes de vie et les comportements ne dépendent pas strictement de choix individuels; les circonstances, les valeurs, les croyances et certaines conditions de vie influencent l'être humain.

Or, la notion de contrôle n'est pas née dans le secteur de la santé. Déjà vers les années 1930, les milieux industriels des États-Unis et du Canada se préoccupent du contrôle de la qualité de leur production.

Vers les années 1960, cette notion déborde du secteur industriel vers le secteur tertiaire; ainsi la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec instaure un programme de vérification de la qualité. Dans ces mêmes années, la sensibilisation à cette qualité stimule les milieux hospitaliers, et la nécessité de contrôle apparaît alors dans de nombreux secteurs.

Depuis 1971, le premier alinéa de l'article 4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, assure à la population du Québec un droit à la santé : «Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissement qui dispensent ces services.»

Cet article sert de point d'ancrage à l'obligation des établissements de fournir des services de qualité. Pour Donabedian¹⁴, le terme «qualité» signifie des besoins et des services appropriés, opportuns, disponibles, accessibles et efficaces, le «just-in-time» quoi!

Au Québec, la qualité dans le milieu hospitalier prit son ampleur en 1981 avec le Conseil d'Agrément des Hôpitaux. Ce conseil donne au concept de qualité des services et des soins tout son caractère réglementaire et correctif.

Dès 1983, le Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux (C.C.A.H.) accorde un haut niveau d'importance à la mise en place d'un programme d'appréciation de la qualité. Pour recevoir l'agrément du Conseil Canadien, les établissements de santé doivent démontrer l'existence d'un programme fonctionnel et des mécanismes d'appréciation de la qualité des soins et services.

En 1984, le C.C.A.H. établi comme norme que le Conseil d'Administration des hôpitaux se dote de mécanismes pour assurer la dispensation de soins et services de qualité.

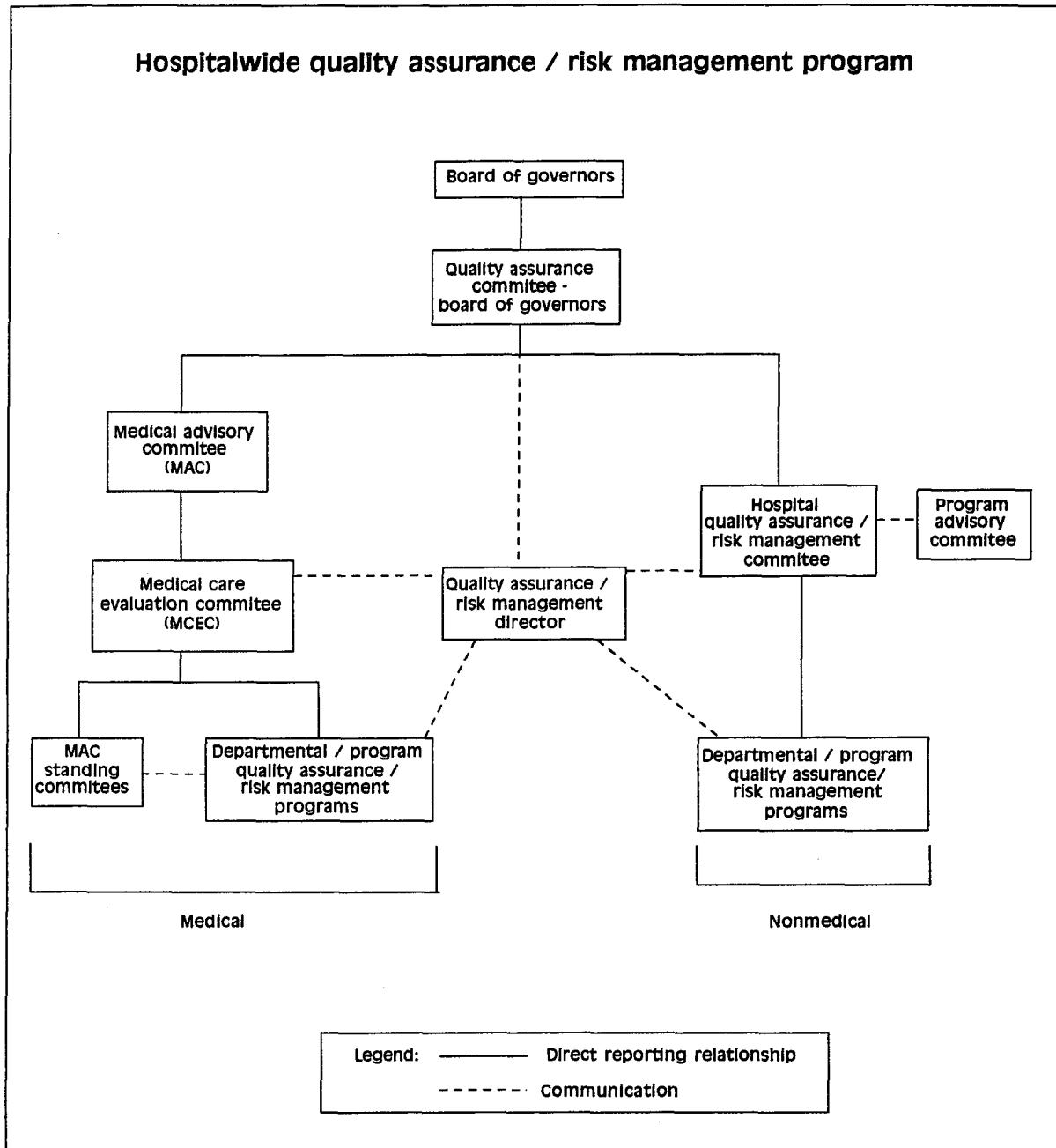
14 JACQUERYE, Agnès. Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, Édition du Centurion, Paris, 1983, p.31

Au cours de ces mêmes années, avec la crise dans le domaine des assurances touchant la responsabilité professionnelle et civile, une autre priorité se manifeste : la nécessité d'assurer une gestion efficace des risques reliés aux activités hospitalières.

Mais encore faut-il que le programme d'appréciation de la qualité et le programme de gestion des risques deviennent réalité pour le milieu et soient très bien adaptés à la structure, au fonctionnement et au style de gestion du centre hospitalier.

Ces deux programmes visent essentiellement le même résultat, celui de fournir de la qualité aux clients, qu'ils soient usagers, visiteurs ou intervenants du C.H. (*Tableau 7, p. 35*)

L'ensemble de ces programmes se situe sur un continuum de qualité exigeant la communication et le respect mutuel des intervenants impliqués. Ces programmes démontrent leur simplicité dans la mesure où ils s'intègrent à la routine quotidienne de l'institution et chacun des départements. C'est pourquoi il ne faut pas perdre de vue l'optimisation des soins et services, la protection du centre hospitalier Saint-Georges de Beauce avec ses ressources actuelles.

Tableau 7

Source : Thomas, Jil. «A hospitalwide», Revue Dimensions, February 1990, p.20.

En général, la population québécoise (**72.4%**) reconnaît l'accessibilité d'un bon éventail de services et dans l'ensemble se dit très satisfaite des services des hôpitaux.¹⁵

Par contre, plus de la moitié des Québécois (**58%**) considèrent que le gouvernement ne dépense pas suffisamment dans les services de santé et souhaitent un développement des services d'urgences. Enfin, 6.4% des répondants estiment que le gouvernement dépense trop d'argent.¹⁶

2.1.2 Situation actuelle en Beauce

Le C.H.S.G.B. fondé en mil neuf cent quarante-huit (**1948**) dessert actuellement de façon immédiate environ 80,000 personnes.

La décision de «fusion» du 6 novembre 1981, déclenche tout un processus de consternation extrêmement difficile pour les intervenants du milieu.

¹⁵ Association des Hôpitaux du Québec, op. cit. p. 21.

¹⁶ Ibid.

Les années passent et nous pensons que les services offerts sont de «qualité». Mais que «d'ajustements» de part et d'autre faut-il faire bien que la population continue de fréquenter les deux établissements et que le peu de «feedback» laisse croire que les usagers sont satisfaits des services.

Mais «la population beauceronne est écoeurée de ces querelles d'experts vaines et ridicules»¹⁷. Elle souffre du fait d'être soignée dans un milieu où règnent tensions et mésententes. De plus, l'incertitude de ne pas savoir quel service est donné, où il est offert et pour combien de temps, crée un malaise incontestable avec des conséquences sur les services prodigues. «Le climat prévalant est fortement conflictuel. Bien plus, l'histoire des établissements révèle que leur existence même est une des manifestations de rivalités culturelles, sociales, politiques et économiques caractérisant les rapports entre les villes qui les habitent.»¹⁸

Et pendant ces années de conflit, a-t-on oublié les améliorations qui s'imposent pour les établissements de santé?

«D'abord sur le plan administratif, avec l'informatisation des dossiers unifiés et inter-reliés, même avec les C.L.S.C.; au niveau gestion, avec l'application de méthodes modernes connues des

¹⁷ ROY, Michel. Éditorial : «L'intransigeance mène au chaos», Éditorial, Éclaireur Progrès, 8 novembre 1987, p. 11.

¹⁸ BÉGIN, Clermont, op. cit. p. 54

administrateurs compétents qui n'hésitent pas à les mettre au service du malade : planification stratégique, management du «troisième type», etc..»¹⁹

Mais où en sommes-nous rendus en 1994? La rivalité Saint-Georges/Beauceville existe depuis de nombreuses années : «Il y a et il y aura toujours une certaine rivalité entre paroisses de chez nous : c'est compréhensible et acceptable. Mais sur le plan hospitalier, il faut absolument unir nos forces et travailler ensemble». ²⁰

Malgré la conviction de rétablir un climat de collaboration, concertation entre l'administration, le corps médical, les employés, il va sans dire que tous les efforts seront déployés pour améliorer la qualité des soins et services de santé à la population beauceronne.

Du côté médical, l'injonction provisoire de novembre 82 pour forcer les médecins du C.H.R.B. à assurer une garde aux pavillons de Beauceville et Saint-Georges, ne fut pas sans causer de l'insatisfaction pour la plupart des médecins. Cela se manifeste par un désintérêtissement du fonctionnement hospitalier, une perturbation des activités médico-administratives. Alors comment ne pas justifier les moments de joie et de jubilation des médecins «contestataires» lors de l'annonce de la scission des listes de garde de Saint-Georges

¹⁹ CORRIVAUT, Martine. Bloc-notes «L'hôpital malade», Le Soleil, 19 novembre 1987, p. A12.

²⁰ BERNIER, Gilles. «CHRB : il faut unir nos efforts», Lettres ouvertes, Éclaireur-Progrès, 24 février 1988, p. 5.

et de Beauceville, par la Ministre Lavoie-Roux. Cette idée de «défusion» fait la quasi-unanimité dans le corps médical tant à Saint-Georges qu'à Beauceville.

En 1988, le Ministre de la Santé et des Services Sociaux (*M.S.S.S.*) défusionne ces deux établissements pour en faire deux hôpitaux avec missions et orientations à réviser. Le seul moyen choisi par la Ministre Madame Thérèse Lavoie-Roux pour mettre un point final à l'interminable saga des hôpitaux de la Beauce, c'est le retour au «statu quo anté», une paix sans vainqueurs et sans vaincus.

En mars de cette même année, une administration provisoire est nommée en raison des perturbations dans le fonctionnement général de l'établissement qui sont susceptibles de compromettre l'offre de certains services à la population.

«Depuis sa réalisation en 1982, la fusion des deux hôpitaux de la Beauce n'aura amené que des déboires. Elle aura été à la source de plus d'injonctions que de guérisons, de plus de démissions que de rémissions. Elle aura été le prétexte d'une mêlée confuse où les professionnels, les administrateurs et les syndicats se sont battus à coups d'ongles et de becs mais où finalement les intérêts de la population beauceronne n'auront jamais été à l'enjeu»²¹

21 BRETON, Pierre : «Statu quo anté» , Éditorial , Beauce Média, 24 mai 1988, p. 4A.

Les Beaucerons ont des besoins de santé à combler. Ils recherchent une meilleure qualité de vie et exigent des services plus nombreux et plus spécialisés. À l'automne 1993, la mission du C.H. sera clairement redéfinie pour dispenser aux usagers des soins et services correspondants à leurs besoins.

Toutefois, il ne faut pas croire à une qualité moindre en l'absence d'outils formels d'évaluation. C'est une préoccupation constante de tous les intervenants. Comme mentionné lors de la restructuration de la Fondation du C.H.S.G.B., «la qualité des soins offerts dans notre C.H., c'est l'affaire de tous et chacun et investir dans la Fondation, c'est se donner un outil de développement dans la santé de qualité». 22

Pour ne pas affecter la qualité des services, il faut divorcer d'avec le passé et développer ce pluralisme qui signifie faire participer davantage l'employé à la gestion de la santé, à la prise de décisions et au contrôle.

«Après avoir vécu six ans une union forcée marquée par des chicanes incessantes, les deux entités du C.H.R.B. retrouveront

22 BUSQUE, Simon. «Une Fondation pour promouvoir l'amélioration des services», Éclaireur Progrès, 25 février 1990, p. B-12.

bientôt leur autonomie». Comme disait l'administrateur provisoire (*mai 1988 - mars 1990*).

«C'était la seule décision possible pour ramener un climat harmonieux. Cette fusion n'a jamais été acceptée complètement, ni par la population ni par les employés, ni par les médecins des deux endroits. Ceci dit, je pense que la fusion a eu certains effets bénéfiques. Elle a apporté une certaine rationalisation et empêché la duplication de services. Mais dans les deux pavillons les gens n'ont jamais développé de sens d'appartenance vis-à-vis l'hôpital créé par la fusion. La plupart des personnes ne se sont jamais véritablement identifiées au C.H.R.B.. Le personnel continuait de se voir comme étant de Saint-Georges ou de Beauceville. Je pense qu'un besoin de complémentarité continuera de se manifester. Mais la fusion totale est un leurre, un rêve irréalisable». 23

Trois mois (**3 août 1988**) après la défusion, le journal local Éclaireur-Progrès rapporte que : «La défusion n'est que partiellement réalisée; il subsiste encore des problèmes bien sûr, mais il semble que petit à petit, les Pavillons Notre-Dame et Saint-Joseph prennent du mieux, chacun de leur côté.»

Pour les deux hôpitaux, l'insuffisance de budget reste un problème majeur. 24 On note des signes d'améliorations du côté médical. Mais qu'en est-il pour le personnel du centre? Comment peut-il vivre ces changements majeurs?

23 BRUNET, Jacques. «La fusion du Centre Hospitalier régional de Beauce était un leurre», Actualité Médicale, 15 juin 1988, p. 9.

24 LÉGARÉ, Jacques. «Le C.H.R.B. n'existe plus!», Éclaireur Progrès, 22 avril 1990, p. A 34.

Avec le taux d'occupation élevé au C.H.S.G.B. les demandes de services sont comblées et la préoccupation est moins centrée sur la recherche de la satisfaction du client. On répond à la demande le plus adéquatement possible, dans un temps minimal et ce, avec les ressources disponibles.

En général, malgré le peu d'outils formels d'évaluation des services offerts ainsi qu'en l'absence de données statistiques sur la satisfaction de la clientèle, on considère satisfaite la population desservie par les hôpitaux de la Beauce.

2.2 Situation actuelle au C.H.S.G.B.

Le C.H.S.G.B. est un hôpital de courte durée offrant des soins généraux et spécialisés et dessert une population d'environ 80,000 habitants.

La clientèle du centre hospitalier est répartie comme suit :

1. Principalement des municipalités de la région 12 telles que :

- Robert-Cliche (19,370)
- Beauce-Sartigan (44,863)
- Les Etchemins (19,700)

2. Partiellement

- La Nouvelle Beauce (24,479)
- L'Amiante (48,211)
- Bellechasse (31,120)

3. De la région 05 (M.R.C. Le Granit)

- Les usagers résidant au Lac Mégantic, Saint-Ludger, Saint-Robert, Bellarmin, Courcelles, Lac Drolet. 25

Le C.H.S.G.B. est un hôpital de courte durée offrant des soins généraux et spécialisés. La référence vers les hôpitaux offrant des services ultra-spécialisés s'effectue pour les usagers devant en bénéficier.

Au cours des cinq dernières années, les statistiques du C.H. nous indiquent les départs suivants , avec omission toutefois des nouveau-nés : ²⁶

- 5423 cas en 87-88
- 5200 cas en 88-89
- 5069 cas en 89-90
- 5142 cas en 90-91
- 5432 cas en 91-92
- 6415 cas en 92-93

Si on tient compte de la rareté des plaintes exprimées par les usagers, un taux normal de plaintes, ²⁷ on est porté à croire que la population desservie annuellement est satisfaite des soins et services reçus.

Mais qu'en est-il exactement? «Un indicateur de confiance pour nos soins et services n'est-il pas élevé quand les employés même du centre profitent des services offerts? Cela n'est pas évident si on en juge par ce qui

²⁶ Ibid, p. 9.

²⁷ DALLAIRE, Marcellin. : «Taux normal de plaintes au CHRB», Tribune libre, Beauce Média, 24 novembre 1987, p. 4A.

se dit et s'observe lorsque ces derniers bénéficient ailleurs de ces soins et services.»²⁸

La faiblesse du sentiment d'appartenance des employés du C.H.S.G.B. remonte probablement à la fusion : «On postule qu'en effaçant l'autonomie et l'identité respective des institutions au profit d'une corporation unique, on détruira les enjeux-clés qui font obstacle au regroupement.»²⁹ Les années subséquentes n'ont pas réussi à restaurer ce sentiment d'appartenance des années 70. «Donc, autant à l'interne qu'à l'externe, l'image du centre est à redorer tant par les soins et services qu'il offre, que par l'accueil accordé à ses usagers». ³⁰

On peut se demander si le degré de la qualité des soins et services et l'humanisation des soins ne sont pas proportionnels à la qualité de la vie au travail des intervenants, à la qualité de la vie au travail de l'ensemble des employés. Bref, si l'employé vit de bonnes relations de travail avec son environnement, cela se reflétera sur sa productivité, sa performance, sa qualité de service.

En ce qui a trait à l'évaluation des soins de la clientèle hospitalisée du C.H.S.G.B., il existe deux formules élaborées par le comité d'évaluation des soins infirmiers, une pour l'adulte (*annexe 1*) et l'autre pour la clientèle

28 Retraite réflexion du C.H.S.G.B., op. cit. p. 30.

29 Bégin, Clermont. op. cit. p. 19.

30 Ibid, p. 20.

pédiatrique (*annexe 2*). Cette mesure de satisfaction de la clientèle hospitalisée concerne uniquement les soins infirmiers. Cette évaluation s'effectue sur les unités de soins infirmiers et on peut dire que le taux de satisfaction est relativement élevé en regard des soins et traitements, de l'environnement (*chambres*), des repas, de l'accueil et de l'information. Il existe peu de formules d'évaluation concernant les soins et services donnés par les unités dites de «support» selon le modèle Mintzberg et ses cinq composantes.

Un questionnaire (*annexe 3*) d'appréciation des services offerts à la clientèle externe desservie par la clinique externe du C.H.S.G.B. a été remis à 500 usagers afin de connaître leurs opinions. Cet exercice s'échelonna sur une période de trois semaines du 93-01-25 au 93-02-10 et les questionnaires ont été remis par le personnel clérical du service de rendez-vous à tous les usagers se présentant pour des services de prélèvement sanguin, radiographie, consultation médicale ou accompagnement d'un malade. Des 205 questionnaires retournés, on peut conclure que les usagers externes sont satisfaits (79%) de la signalisation des lieux, de l'éclairage, de l'aération et de la propreté des locaux. Les répondants (71%) se disent non informés du délai d'attente pour recevoir leurs services et sont insatisfaits de ce délai qu'ils jugent beaucoup trop long. Ils déplorent la présence d'un seul médecin de garde à l'urgence. En général, les répondants trouvent l'accueil chaleureux, la salle d'attente calme, le personnel attentif et poli. Dans l'ensemble, l'hôpital a répondu à leurs attentes.

Selon Jacques Horovitz³¹, le client évalue le service en fonction de :

- l'expérience des autres
- la gentillesse de l'accueil
- la clarté de l'information
- l'image
- la crédibilité

et il n'en dissocie pas les différentes composantes. Les usagers du C.H. Saint-Georges de Beauce ne formulent pas ou très peu de plaintes, ils ont tendance à taire leur insatisfaction en matière de service pour ne pas incriminer quelqu'un.

«La perception de l'usager face à la qualité des besoins et services reçus lors de son hospitalisation est grandement influencée par l'attitude des professionnels, la qualité des relations et des communications entre le personnel et l'usager. Les plaintes, les enquêtes de satisfaction et les incidents sont des sources essentielles d'information pour mieux apprécier la perception de la qualité, et de ce fait, porter un jugement mieux éclairé sur les priorités d'action en matière de gestion de qualité». ³²

Depuis les deux dernières années, quelques unités ont élaboré un questionnaire d'appréciation de services pour leur clientèle mais il s'avère extrêmement difficile de regrouper ces données pour avoir une image réelle de la satisfaction ou non de la clientèle desservie par le C.H.

³¹ Horovitz, Jacques, La qualité de service à la conquête du client, 1987, 89 pages.

³² Association des Hôpitaux du Québec, l'Événement, Volume 6 No 1, mai, 1993, p. 2.

Des outils ou mécanismes sont à développer pour mesurer la satisfaction de la clientèle. On retrouve généralement trois principaux programmes d'évaluation de la qualité :

- programme d'appréciation de la qualité
- programme de gestion des risques
- programme de gestion de l'utilisation des ressources.

Dans cette recherche, le programme d'appréciation de la qualité sera retenu.

Il y a bien sûr des contrôles de qualité axés sur les techniques de soins et traitements mais ces données sont peu ou sous-utilisées de façon globale pour l'image du C.H.

«Concernant les ressources informationnelles, le centre hospitalier a pris un retard considérable sur le traitement des données. C'est pourquoi il s'avère important d'établir des règles et procédures de gestion ainsi que des outils nécessaires à la diffusion de l'information afin de se doter d'un système informationnel convenable.

Conscient qu'il existe un réseau informel de communication, il faut consolider une structure de communication à l'intérieur du centre afin de s'assurer de la diffusion exacte et efficace des messages.»³³

33 Retraite réflexion du C.H.S.C.B., op. cit. p. 25.

La mesure de la qualité permet de juger de l'efficacité, de l'efficiency des activités de planification, d'organisation, de direction et de contrôle. Il s'agit d'un processus intégré à la gestion. Un tel programme questionne la mission, la raison d'être du C.H.S.G.B., les structures, les processus et le résultat. On ne peut parvenir à cette étape avant d'avoir statuer sur les buts et objectifs de l'organisation.

2.3 Formulation du problème

Au moment de la fusion des hôpitaux, l'administrateur provisoire fixe l'objectif suivant : travailler en collaboration avec les instances impliquées et tous les intervenants afin de trouver des solutions qui améliorent la qualité des services offerts. Cet objectif a-t-il été atteint? Quelle attention a-t-on portée aux besoins de la population pendant ces années de «fusion» - «défusion»? Quel était le niveau de satisfaction de la clientèle desservie? Autant de questions sans réponse qui exigent une autre réflexion pour repenser l'ensemble de l'organisation et adapter celle-ci aux nouvelles conditions créées par un environnement de plus en plus turbulent et complexe. C'est un processus à développer en vue de l'amélioration de la santé et de l'efficacité organisationnelle.

Après vérification auprès de quelques dirigeants du Centre Hospitalier, Il m'a été confirmé le peu d'informations détenues sur la qualité des services offerts aux usagers internes. Compte tenu de mon intérêt et de la pertinence de ce sujet, il s'avère très utile d'élaborer un instrument de mesure pour mesurer la qualité des services offerts à la population hospitalisée au C.H.S.G.B. Depuis la défusion des deux centres hospitaliers, aucun exercice de planification stratégique n'a été effectué. Par conséquent, le C.H. de Saint-Georges de Beauce ignore ses forces et faiblesses internes. Il connaît mal les besoins actuels de la communauté et n'a pas défini ses axes de développement.

En résumé, les activités sans cesse croissantes, la problématique «fusion - défusion», l'environnement hospitalier et le mouvement médical sont les facteurs qui ont contribué au blocage temporaire du devenir (mission) du C.H.S.G.B. en raison d'un manque de planification et contrôle, d'une structure inadaptée et instable et d'un système d'informations insuffisant.

2.4 Importance du sujet pour le Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce.

Au C.H.S.G.B., comment le public peut-il être certain que cet hôpital procure des soins de haute qualité? Comment les membres du conseil d'administration peuvent-ils avoir la garantie que l'institution dont ils sont ultimement responsables fournit des soins et des services de qualité? Comment la direction elle-même peut-elle être assurée que chacun des départements produit un travail de qualité et contrôle cette qualité?

Ces questions soulevées démontrent l'importance de mettre en place des instruments de mesure pour connaître le degré de satisfaction de la clientèle desservie. Ces mécanismes d'évaluation utilisés régulièrement, puis analysés et diffusés seront la preuve formelle d'une «garantie» de qualité des services offerts.

L'importance de cette évaluation de services pour le centre hospitalier est capitale : faire bien du premier coup, coûte moins cher que tous les contrôles de qualité. Le souci de la performance invite à produire plus et mieux avec le moins d'énergies humaines et matérielles possibles. Aussi, il importe pour le corps médical, de créer un système d'informations sur le taux de satisfaction de leur clientèle face aux services fournis. Chaque employé, chaque intervenant, chaque gestionnaire devient donc «inspecteur» et «évaluateur»; chacun contribue, participe, apporte des suggestions à la création et au maintien des normes et critères de qualité.

Un autre élément important est d'obtenir la norme d'agrément, c'est-à-dire de répondre entièrement aux exigences du Conseil d'Agrément des Hôpitaux lors d'une prochaine visite.

Finalement, ces mécanismes d'évaluation permettront de conserver la clientèle actuelle, d'attirer d'autre clientèle et principalement éviter la migration des usagers vers d'autres centres.

2.5 Objectifs spécifiques de recherche

Dans le début des années 80, le courant ou discours «d'amélioration de la qualité» frappe avec insistance aux portes des hôpitaux. Les faits ou éléments suivants en justifient :

- l'évolution croissante des coûts du système de santé
- la nécessité de satisfaire une clientèle plus exigeante et mieux informée
- la diffusion d'information sur la pratique médicale d'un hôpital à l'autre, d'une région à l'autre.

Le but premier de l'évaluation de la qualité des soins et services devrait inculquer aux professionnels de la santé une attitude positive d'auto-apprentissage dont le résultat se traduit par des changements durables de pratique médicale et possiblement par une diminution des coûts de santé.

L'évaluation permet de porter des jugements de valeur éclairés; elle permet également de mieux comprendre afin de mieux agir d'un point de vue social C'est un élément positif de prise en charge si l'évaluation se situe dans un cadre explicite et objectif. L'évaluation professionnelle contribue aux choix sociaux éclairés ainsi qu'à la rationalisation des services, tout en favorisant la prise en charge de la communauté par ses propres moyens.

Le premier objectif spécifique de la recherche est *de s'assurer que le C.H.S.C.B. répond de façon optimale aux besoins de sa clientèle*. Une entreprise de service soucieuse de la qualité de ses services et de la satisfaction de ses clients se doit d'organiser les opérations de paiement avec un triple souci : éviter les files d'attentes, simplifier le processus pour le client et pour elle-même.

Le second objectif est d'accroître *la notoriété des soins et services* : encourager «l'essai» de nouveau service et/ou encourager «l'essai» d'un service existant par des non-usagers, garantir au public que la qualité des soins et services est constamment surveillée et que les lacunes observées soient corrigées.

Un troisième objectif poursuivi est *l'implantation d'un programme global d'appréciation de la qualité des services au C.H.S.G.B.* : inventorier les activités d'appréciation dans le C.H., susciter le développement de nouveaux mécanismes d'appréciation et finalement intégrer les usagers avec tous les intervenants dans ce processus d'appréciation.

Un dernier objectif est *de développer une profonde réflexion sur les liens à créer avec la clientèle*; le client adhère au mode de fonctionnement de l'organisation tandis que celle-ci s'engage à servir le client. Ce sont là les bases d'une fidélisation active et donc d'une politique de marketing à élaborer pour le C.H.S.G.B.: maintenir une relation équilibrée avec l'usager, reconnaître le rôle de l'usager, accroître sa participation, développer son autonomie, l'informer honnêtement et se différencier positivement de nos principaux concurrents par la manière dont on produit et distribue les services.

CHAPITRE III

LE MODÈLE CONCEPTUEL

Dans ce troisième chapitre, le lecteur pourra se faire une idée précise du cadre conceptuel de cette recherche; il se familiarisera avec ces concepts généraux reliés à la qualité, aux services, à l'évaluation de la qualité des services et à la satisfaction du client.

Le choix d'un modèle théorique servira de cadre de référence à la poursuite de cette étude.

3.1 Concepts clés reliés à l'étude

La qualité :

Lorsqu'on parle de qualité de soins et services, il faut se rappeler ce qu'est la notion de qualité. La qualité est le niveau d'excellence pour satisfaire sa clientèle cible;³⁴ un ensemble de caractéristiques qui appartient à

³⁴ HOROVITZ, Jacques. op. cit. p. 14

n'importe quel produit ou service rendu,³⁵ non seulement sur les soins prodigués mais sur l'ensemble de l'expérience que vit l'usager lorsqu'il entre en contact avec un producteur de services jusqu'à sa sortie du centre hospitalier.³⁶

La qualité du service rendu est une notion mouvante, adaptée aux fluctuations de conception de l'usager.

L'usager s'attend à trouver et recherche chez le personnel soignant un contact humain, un soutien moral, un conseil éclairé, de la gentillesse et de la prévenance. Toutefois on ne peut parler de qualité sans y associer les notions de quantité, coût, promptitude. En résumé, un service ou un produit donné ne pourra être jugé de bonne qualité s'il n'est pas rendu ou vendu au bon moment, au bon endroit, en quantité désirée et à un coût satisfaisant. Donc, satisfaire le client et réduire les coûts (*tableau 8, page 58*). Mais comment y parvenir? Par la mobilisation des ressources à tous les niveaux, par une gestion en fonction des résultats, par l'implication de tous les acteurs, par des stratégies de mesure et d'évaluation, par des approches stratégiques d'optimisation telles que le maillage clients/fournisseurs, une revue d'utilisation et un choix des alternatives, des groupes de performance, de l'entretien préventif, des analyses de la valeur... etc.

35 KAHN, Dr Joan. Gestion de la qualité dans les établissements de santé. Les Éditions Agence D'Arc Inc., 1987, 223 pages.

36 DUMAS, Paulin. «Les principaux défis de la Réforme», Bulletin d'information, Volume 16, numéro 01, Printemps 1991, p. 8.

Tableau 8**LA QUALITÉ**

d'un produit, d'un soin, d'un service...

L'ÉQUILIBRE IDÉAL

entre

LA QUALITÉ EXACTE DÉSIRÉE

**LA DISPONIBILITÉ
EN TEMPS
ET LIEU**

LE COUT

LA QUANTITÉ EXACTE DÉSIRÉE

POUR SATISFAIRE UN BESOIN DÉFINI

Source : MAILLÉ, Catherine. Programme global d'appréciation de la qualité dans un établissement de santé, Séminaires sur l'appréciation de la qualité, AHQ, 1984, 13 pages.

Et pour un service, il n'y a pas de rappel possible, après consommation, il est évalué instantanément.

Une production de qualité inclut des facteurs tels que la performance du produit, la régularité du service, le coût, la pertinence et l'accueil en misant sur la prévention des défauts et la responsabilité partagée avec tous les intervenants de différents systèmes-clients. Ce sont donc les concepts sur lesquels se base la définition de la qualité.

Les services :

Le produit ou service est une rencontre de besoins à satisfaire et de besoins satisfaits ;³⁷ une relation continue entre l'acheteur et le vendeur visant essentiellement la satisfaction de l'acheteur.³⁸ C'est l'ensemble des prestations auxquelles le client s'attend en fonction du prix, de l'image et de la réputation en cours.³⁹

Pour satisfaire les clients, il faut d'abord identifier et analyser les besoins de la population et, en fonction des ressources humaines, matérielles, physiques et informatives, offrir les services et soins auxquels la

37 CHEBAT, Jean-Claude, HENAUT, Georges M. «Stratégie de marketing» Les Presses de l'Université du Québec, 1977, 272 pages.

38 ALBRECHT, Karl, ZEMKE, Ron. La dimension service, Les Éditions d'Organisation, 1987, 188 pages.

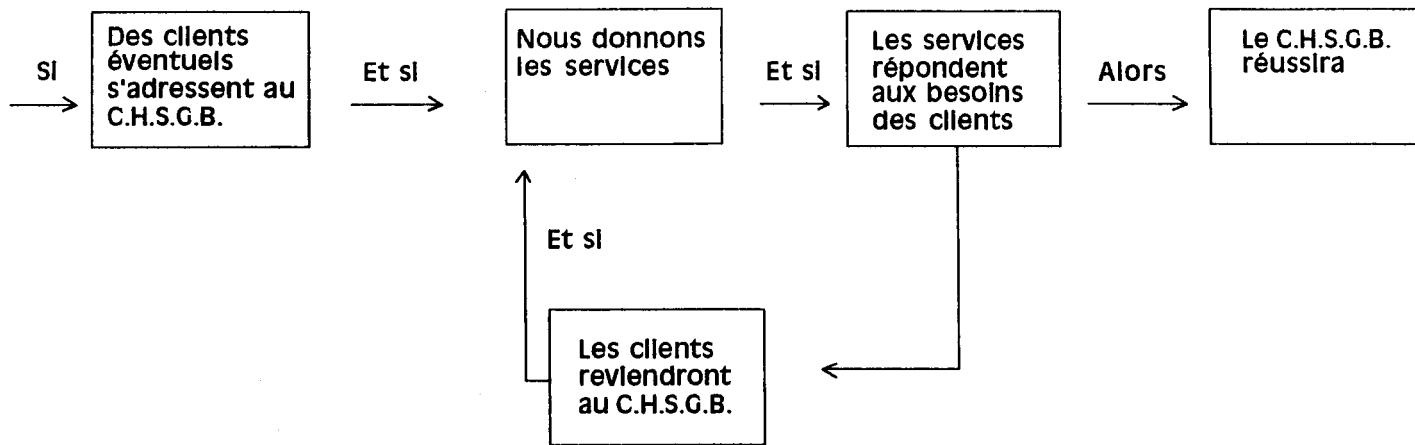
39 HOROVITZ, Jacques. op cit, p. 12.

population s'attend. La demande de service et soins exprimée par l'usager dépend de trois facteurs : le premier facteur est lié aux problèmes de santé ressentis par l'individu, le second facteur est lié à ce que l'usager considère comme un «état de santé normal» et le troisième facteur est associé au degré d'accessibilité du système de soins, accessibilité économique, géographique et organisationnelle.

Et si le C.H.S.G.B. répond aux besoins du client et que ces mêmes besoins comblent les critères d'évaluation appliqués lorsque le client juge la qualité, alors le client n'aura pas tendance à chercher ailleurs mais reviendra au C.H. lorsqu'un nouveau besoin ou le même besoin se fera sentir. (*tableau 9, page 61*)

Dans une pareille éventualité, les services du C.H. sont produits au moment de la livraison, la garantie de la qualité intervient avant la production du service, l'attente du client est minimale et le nombre d'intervenants ayant affaire avec le client est réduit.

Tableau 9



Modèle d'organisation

© Copyright 1994 par Jacynthe Poulin
On ne peut reproduire ce tableau sans l'autorisation écrite de l'auteure.

de la clarté de l'information, de l'apparence physique, de l'expérience des autres, de la gentillesse à l'accueil ainsi que plusieurs autres critères.

Lorsque l'usager évalue la qualité d'un service, il n'en dissocie pas les différentes composantes : il a tendance à s'arrêter sur le maillon le plus faible de la qualité et à généraliser les défauts. Par exemple, si l'usager reçoit un accueil médiocre et que tous les autres aspects du service sont satisfaisants, il aura tendance à généraliser le service dans sa globalité comme étant non satisfaisant.

On considère généralement que le nombre de caractéristiques observables sur un produit par rapport à celles liées à un service est de l'ordre de 1 à 10. Le risque d'insatisfaction augmente considérablement au fur et à mesure que s'accroît le nombre de paramètres de la qualité du service.

Pour la prestation de service, réduire l'erreur est une garantie de revenus tandis que pour la fabrication d'un produit, prévenir l'erreur permet de réduire les coûts.

Dans le domaine des services, l'amélioration de la qualité offre peu de possibilités de réduction de coûts. En revanche, les bénéfices de la non-erreur sont considérables. Il est donc nécessaire d'investir dans des activités de prévention et cela dans toute l'organisation afin de «bien faire du premier coup».

Qu'on se rappelle qu'en matière de service, le client veut toujours plus de qualité et sa conception de la qualité n'est pas nécessairement celle de l'organisation, d'où la nécessité de mesurer la satisfaction du client lorsqu'il consomme les services.

Concept de qualité de Karl Albrecht et Ron Zemke :

Pour ces auteurs, le service est une relation continue entre l'acheteur et le vendeur et vise essentiellement à ce que l'acheteur soit toujours satisfait.

Les gens travaillant dans une organisation de service ont besoin d'un modèle clairement défini pour gérer le service.

La gestion d'un service est une philosophie, un concept de transformation, un procédé intellectuel, un ensemble de valeurs, d'attitudes et de méthodes.

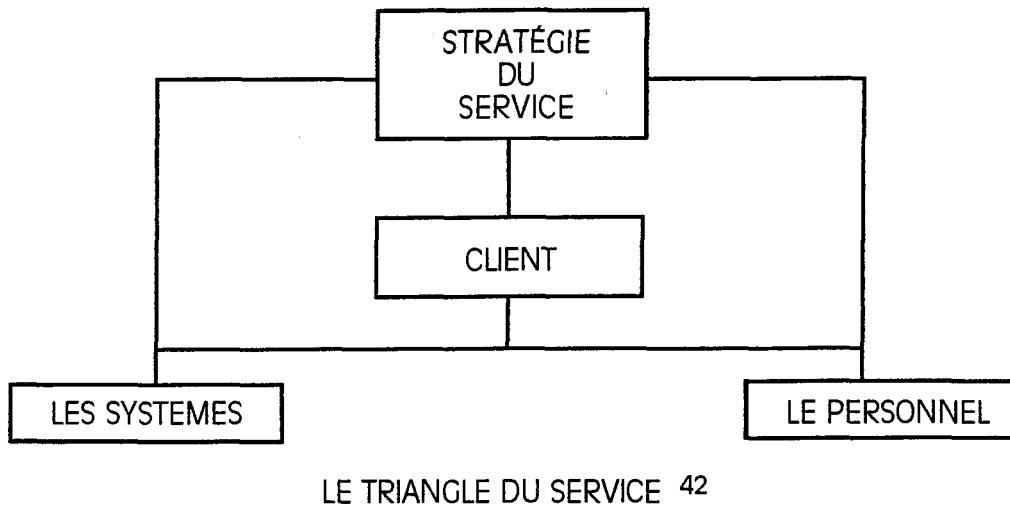
Donc, chaque fois qu'un usager reçoit un service, il en juge la qualité : on peut imaginer que l'usager a à l'esprit une sorte de barème en fonction duquel il décidera s'il utilisera de nouveau ce service ou s'il ira le chercher ailleurs.

Les auteurs⁴¹ ont identifiés dix caractéristiques d'un service :

1. le service est produit au moment de la livraison
2. la production, le contrôle, le stockage d'un service ne peuvent être centralisés
3. aucun échantillon ne peut être envoyé au client
4. la valeur du service dépend de son expérience personnelle
5. l'expérience personnelle ne peut se vendre, ni se transférer
6. en cas de mauvaise exécution, un service ne peut être retourné
7. la garantie de qualité doit intervenir avant la production
8. la livraison du service demande une intervention humaine
9. l'attente du destinataire de service fait partie intégrante de la satisfaction qu'il en retire
10. plus le client fait affaire avec des gens, moins il y a de chance d'être satisfait

Le triangle du service tel que proposé par les auteurs nous fournit un cadre conceptuel pour évaluer la qualité du service.

41 ALBRECHT, Karl. ZEMKE, Ron. op cit, p. 48.



La stratégie du service :

C'est un principe organisationnel qui permet aux employés d'une organisation de service de canaliser leurs efforts pour offrir des services susceptibles de les différencier de façon significative aux yeux du client.

La stratégie du service est basée sur la mission, la raison d'être de l'organisation, l'étude du marché ainsi que les valeurs et principes établis et connus.

La stratégie du service vise à positionner adéquatement le service offert afin que la publicité puisse être efficace et répondre à la population ciblée.

La révision de cette stratégie s'avère nécessaire pour remédier à une crise (*ré-active*) ou comme prévention de l'évolution du marché (*pro-active*).

Les clients :

Les clients expriment des besoins et l'organisation doit offrir ce dont ses clients ont besoin.

Au fur et à mesure que le client s'expérimente, ses besoins se modifient, ses attentes sont de plus en plus exigeantes et ses critères d'évaluation de plus en plus élevés : l'avenir est donc à l'innovation.

Une organisation de service existe à cause et pour le client et ce dernier s'attend à recevoir un service de qualité qui répond à ses besoins spécifiques dans un environnement sain.

Le personnel :

Pour assurer une relation de qualité entre le client et l'employé, celui-ci doit être satisfait dans l'accomplissement de son travail, une satisfaction étroitement reliée à sa qualité de vie au travail.

Le personnel embauché fera preuve de maturité et sera doué pour les contacts sociaux, du personnel qualifié, productif, relativement stable et soumis à l'influence des facteurs internes (*micro-environnement*) et des facteurs externes (*macro-environnement*) de l'organisation.

Les systèmes :

Afin d'être fournis correctement, les services sont conçus de façon systémique.

Une organisation de services atteint le maximum lorsque les intervenants connaissent bien leur système client c'est-à-dire ceux qu'ils doivent servir et quels sont les besoins à combler et les moyens ou méthodes pour y répondre.

Pour qu'un système existe, il est nécessaire que ses composantes soient interrelées et les activités s'influencent les unes les autres, directement ou indirectement.

Concept de qualité de Joan Kahn:

Pour cet auteur,⁴³ la qualité se définit comme un ensemble de caractéristiques qui appartient à n'importe quel produit ou service. Et pour que ce produit ou service soit de bonne qualité, d'autres dimensions telles que la quantité, le coût et la promptitude sont considérées.

La perception de la valeur globale du service obtenu est avantagée lorsqu'il y a concordance de la qualité, de la quantité, du coût et de la promptitude.

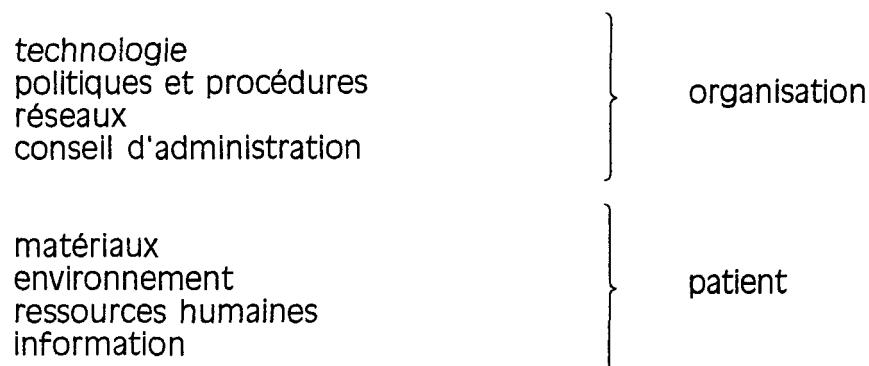
S'il y a déséquilibre dans une des dimensions il y a risque de baisse du niveau de qualité et par conséquent une insatisfaction de la clientèle à qui les services sont offerts.

Pour mesurer la qualité, l'auteur privilégie une approche orientée vers les problèmes, vers les normes et vers les buts. Cette mesure de qualité repose sur quelques axiomes tels que des critères définis, des méthodes valides et fiables pour connaître le degré de satisfaction du client.

Un modèle systémique est proposé pour classifier les problèmes d'écart : niveau critique, semi-critique ou non-critique entre les input et les output.

43 KAHN, Dr. Joan. op cit, p. 12

À l'aide de ce modèle, huit éléments de l'appréciation de la qualité sont identifiés dont quatre sont reliés aux croyances du patient et quatre reliés à l'organisation.



Concept de qualité de A. Donabedian⁴⁴

Le cadre de référence suggéré comporte trois paramètres qui correspondent aux principaux éléments de la distribution des soins : 1) le niveau d'agrégation du patient (*entité dont le service ou l'organisme de santé assume la responsabilité*); 2) le niveau d'agrégation du fournisseur de soins; 3) l'objet ou le sujet de l'évaluation.

44 DONABEDIAN, A. Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirement for Health Care, Harvard University Press, 1973 28 pages.

- 1) Niveau d'agrégation du patient :
 - soit le patient
 - sa famille
 - clientèle
 - 2) Niveau d'agrégation du fournisseur :
 - professionnels
 - programmes de soins
 - organismes ou
 - systèmes
 - 3) Objet ou sujet d'évaluation :
 - structure, processus, résultat en fonction des ressources, activités, objectifs et reliés aux programmes ou organismes de santé.

La qualité peut se mesurer selon trois dimensions :

- la structure
 - le processus
 - le résultat

La structure signifie les ressources disponibles, c'est-à-dire le personnel, les moyens et les outils en qualité et quantité suffisante.

Pour évaluer la structure, il faut avoir des données sur :

- la qualité des installations et de l'équipement;
- les caractéristiques de l'organisation (*taille, catégorie etc.*);
- l'organisation administrative et hiérarchique;
- l'organisation du personnel (*effectifs, catégories, profil etc.*);
- les aspects financiers;
- la disponibilité des professionnels médicaux;
- la disponibilité des installations spécialisées;

Toutefois, il faut reconnaître que l'utilisation de cette méthode pose en principe que des soins de meilleure qualité seront dispensés lorsque sont réunis un personnel plus qualifié, des installations plus perfectionnées et une organisation financière et administrative plus saine.

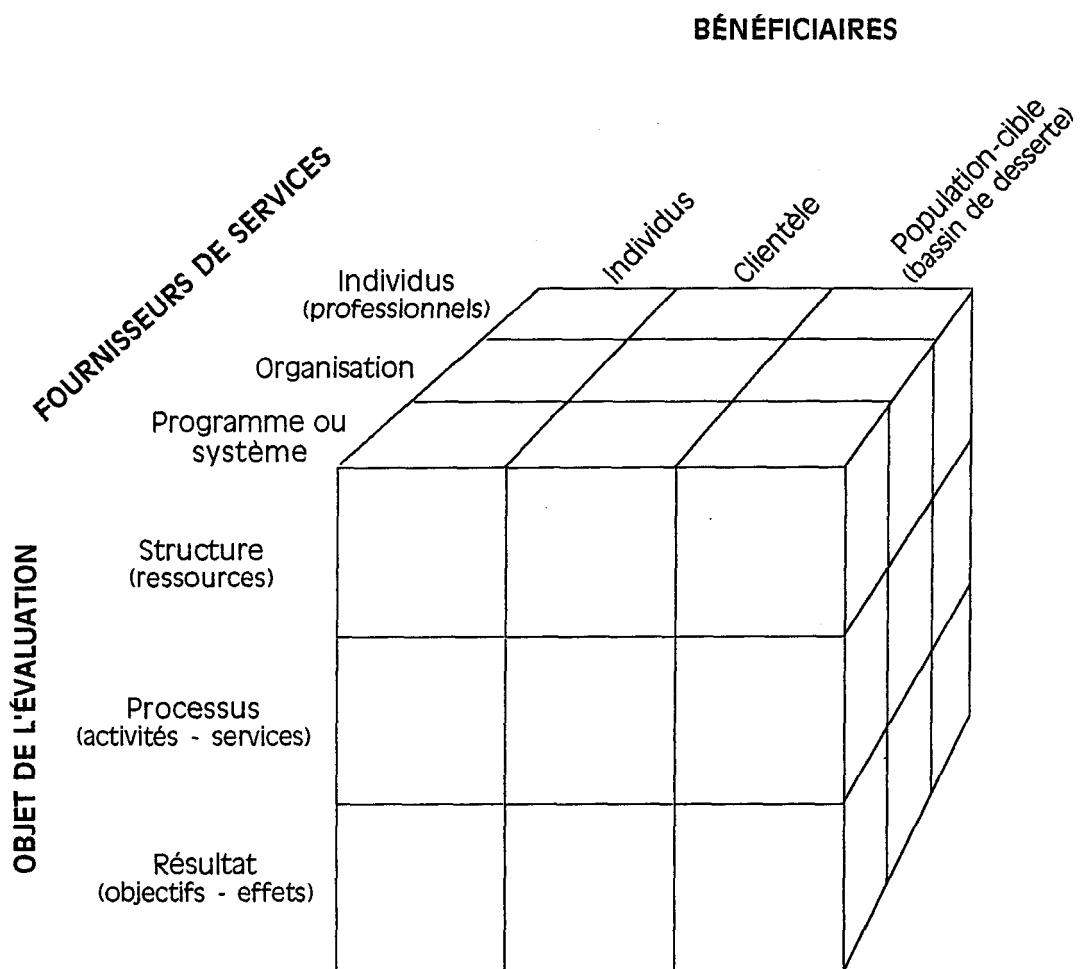
Le processus se rapporte à la démarche utilisée c'est-à-dire la planification, l'exécution et la continuité. C'est la manière dont on a utilisé les ressources et les méthodes utilisées afin de répondre aux besoins bio-psycho-sociaux des patients.

Pour évaluer le processus, les données nécessaires proviennent des rapports administratifs, de la revue des dossiers, des systèmes d'informations.

Le résultat signifie l'écart entre l'objectif premier et le but atteint. C'est une approche qui vise à vérifier le produit final directement lié aux services, aux soins et à la satisfaction de la clientèle. L'évaluation du résultat vise également trois aspects : l'efficacité, l'utilité, le rendement.

Un principe fondamental réside dans les relations mutuelles qui existent entre la structure, le processus et le résultat. Avec une organisation adéquate (*structure*), on favorise la qualité du comportement professionnel (*processus*) et par conséquent celle des résultats obtenus (*résultat*).

Plus fréquemment, c'est l'évaluation de la structure ou du processus plutôt que des résultats qui a servi de base à la répartition des ressources et à la prise de décision. En d'autres termes, lorsque la relation entre structure et résultat ou entre processus et résultat n'est pas établie, on présume que les ressources ou les méthodes utilisées sont justifiées quoique leur relation avec les résultats ne puisse pas être mise en évidence.



Modifié et adapté d'après Donabedian A.
pour une définition et approche de qualité. 45 46

Concept de qualité de Elglier et Langeard :⁴⁷

-
- 45 PINEAULT, Raynald. DAVELUY, Carole. La planification de la santé. Agence d'Arc inc. (les éditions) 1989, 480 pages.
- 46 Ibid, p. 417.
- 47 EIGLIER, P. et LANGEARD, E. L'offre de Services : Concepts et Décisions - Working Paper No. 275, France, Université d'Aix-Marseille 111, 1983, 128 pages.

Pour ces auteurs, la notion de qualité est associée à ces cinq éléments :

Q₁ Image de l'organisation : tout ce que le client voit tel que l'ordre, la modernité, la propreté, la tenue vestimentaire, la sécurité... etc.

Q₂ Organisation interne : a trait au personnel et aux instruments non visibles par le client mais nécessaires à la production des services et avec un degré de cohérence entre eux.

Q₃ Interaction : c'est une certaine qualité des relations entre clients et des relations clients/personnel en contact et support physique qui se trouvent à la base de ce que l'on appelle l'ambiance, élément important dans les services.

Q₄ Support physique : visible par les clients. C'est l'environnement physique, le personnel en contact, les instruments moyens ou méthodes.

Q₅ Service lui-même : l'output de la servuction (*mot équivalent à production pour exprimer le processus de création, de fabrication de service*). C'est la

qualité du service lui-même; de bonne qualité lorsqu'il satisfait exactement les besoins et les attentes du client d'où la nécessité de connaître ses attentes.

Selon Eiglier et Langeard,⁴⁸ la qualité d'un service s'évalue sur trois dimensions différentes : l'output : c'est la qualité du service lui-même, les éléments de la servuction : c'est la qualité intrinsèque de chaque élément pris séparément de même que leur degré de cohérence entre eux. Le processus : c'est l'ensemble des interactions nécessaires à la fabrication du service; l'interaction entre les personnes est fortement influencée par des traits culturels.

La qualité se compose de deux éléments :

- qualité objective (*constituantes du produit*)
- qualité subjective (*satisfaction du client selon sa perception, ses attentes et ses attributs*)

Dans les services, il n'y a ainsi de qualité objective que pour le support physique; pour le personnel de contact, c'est une qualité de résultat c'est-à-

48 IBID, p. 110.

dire qu'il n'y a aucun moyen de s'assurer de son niveau avant sa consommation par le client (*simultanéité, production et consommation*)

Concept de qualité de Gunmesson :

Selon Gunmesson⁴⁹ le concept de qualité de service se définit en quatre points :

1) La qualité intrinsèque de l'offre :

Le service est offert pour répondre aux besoins des clients.

2) La qualité de la servuction :

Le service possède une valeur aux yeux de son offreur comme à ceux du consommateur, son client.

3) La qualité relationnelle :

Le développement d'une entreprise de service se réalise en créant des liens avec la clientèle : le client adhère au mode de fonctionnement de l'entreprise et celle-ci s'engage à servir le client : ce sont les bases d'une fidélisation active.

⁴⁹ LANGLOIS, M. «Qualité des services et leadership dans la distribution», Revue Teoros, U.Q.A.M., Montréal, Vol 9, no 3, pp 7-11.

4) La qualité de l'accessibilité :

Le service doit être physiquement accessible au moment opportun.

3.3 Choix du modèle théorique :

Il s'agit à cette étape de choisir le modèle théorique qui permettra de classifier et d'analyser les résultats de cette recherche.

A l'intérieur des documents consultés et des concepts énumérés, il se dégage un consensus sur l'aspect suivant : un service est de qualité s'il répond aux attentes du consommateur et ce, même si le consommateur juge de la qualité sans dissocier les différentes composantes du service (*interaction*).

Le cadre conceptuel de ma recherche prend sa source dans les travaux de Joan Kahn; ce modèle semble le plus approprié pour évaluer la qualité d'un service car l'approche de cette auteure repose sur quelques axiomes tels que des critères définis, des méthodes valides et fiables pour connaître le degré de satisfaction du client.

Selon Kahn, en plus de satisfaire les besoins du client, pour qu'un service offert dans un établissement de santé soit de bonne qualité, d'autres dimensions telles que la quantité , le coût et la promptitude doivent être

considérées, d'où la pertinence des quatre dimensions lorsqu'on traite de la satisfaction de la clientèle.

Le modèle de Joan Kahn facilite la mesure de la qualité et tient compte des sept facteurs suivants pour dépasser les attentes du client et aller au-delà de sa simple satisfaction :

- service de qualité requis
- livré en quantité désirée
- livré à temps
- livré au lieu voulu
- au moindre coût
- relations harmonieuses avec le client
- procédures administratives adéquates

De plus, il faut comprendre comment les comportements des clients et des intervenants, le niveau et les types de ressources sont influencés par les forces qui s'exercent sur l'ensemble du système : les valeurs socio-culturelles, l'organisation du système de soins, la logique de production et la médicalisation de la santé.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre nous abordons succinctement la méthode de sélection des sujets à l'étude, l'échantillonnage, le questionnaire utilisé et le mode de cueillette de données.

4.1 Milieu d'enquête

Afin d'obtenir un sondage adapté aux réalités du C.H., nous nous inspirons des travaux de Campbell et Christopher⁵⁰ pour créer un questionnaire répondant davantage aux besoins des usagers. Parmi ces derniers, nous sélectionnons ceux qui répondent aux critères d'inclusion suivants :

- être capable de communiquer verbalement ou par écrit;
- avoir une intelligence «*normale*»;

⁵⁰ CAMPBELL, Donna. CHRISTOPHER, Keith. "The evolution of a patient satisfaction survey". Dimensions, février 1991, pp. 18-19-20.

- être sain d'esprit;
- être informé à son arrivée au C.H.;
- être bien orienté dans le temps et l'espace;
- être hospitalisé 24 heures et plus;
- être hospitalisé en médecine, chirurgie et centre mère-enfant.

Pour appuyer notre mémoire, nous recueillons des informations additionnelles et complémentaires par entrevue structurée auprès des gestionnaires de l'établissement, soit des directeurs, des chefs d'unité, des chefs médicaux de départements et des employés. Cette recherche s'est donc effectuée auprès de cinq groupes différents de répondants.

4.2 Instrument de mesure :

La première version du questionnaire est soumise à 10 personnes ayant pour tâche d'analyser la formulation des directives et des énoncés.

Des améliorations importantes au niveau des énoncés permettent de constituer une nouvelle version de l'instrument de mesure. Celui-ci est soumis une seconde fois à 25 personnes dont 10 travaillent dans le domaine

de la santé et 15 autres dans le secteur de l'éducation, de l'entreprise privée et commerciale pour les fins de généralisation.

Enfin, les quelques éléments de réflexion retenus et ajoutés aux énoncés composent la version finale du questionnaire. Le lecteur remarquera que nous prenons soin de rédiger des énoncés à la fois brefs, neutres, acceptables et unidimensionnels totalisant 36 énoncés.

Compte tenu des problématiques existantes et connues de la direction du C.H. à l'égard de l'accueil, nous retenons ce premier thème.

Par la suite, les constats faits de la faiblesse d'utilisation et dans certains secteurs, de l'absence de mécanismes d'évaluation, d'autres thèmes sont priorisés : les soins, l'alimentation et l'information.

À partir de ces quatre grands thèmes, nous dégageons un ensemble de critères qui sert à la formulation des énoncés pour évaluer la qualité des services.

Pour les fins de compréhension, à la dernière partie du tableau, nous indiquons les numéros des questions correspondant à la dimension explorée.

Le questionnaire est divisé en deux parties. La première vise à mesurer le niveau de satisfaction de l'usager lorsqu'il reçoit des soins et services au

C.H.S.G.B.. L'usager répond à la question suivante : êtes-vous satisfait(e) de... et ce, selon une échelle de mesure en cinq points allant de très insatisfait(e), plutôt insatisfait(e), indifférent(e), plutôt satisfait(e) et très satisfait(e). On retrouve 18 énoncés dans cette partie.

La seconde partie regroupe les énoncés #19 à #36 et précise le niveau de connaissance de l'usager en répondant aux questions selon un choix de cinq réponses : oui définitivement, oui un peu, je ne sais pas, non pas vraiment et non pas du tout. De plus, ces énoncés amènent un seuil d'appréciation de la qualité lequel sert à compléter notre étude.

Pour chacun des thèmes, les informations recueillies auprès des usagers hospitalisés confirment si, non seulement les besoins sont satisfaits mais également le sont en qualité, en quantité, dans un délai opportun et au moindre coût.

Une formule de consentement est élaborée et remise à l'usager à son admission au Centre Hospitalier. L'autorisation donnée à l'infirmière responsable de la recherche permet l'accès au dossier hospitalier afin de relever le diagnostic d'admission, le nombre d'hospitalisations antérieures ainsi que le nombre de jours d'hospitalisation.

Lors du retour du questionnaire, nous consignons les données constituées des variables socio-démographiques (*sexe, âge, statut*).

4.3 Besoins en information :

Les objectifs de cette enquête visent à mesurer la qualité des services offerts au Centre hospitalier Saint-Georges de Beauce.

L'atteinte de ces objectifs nécessite les besoins en informations sur les quatre thèmes principaux : l'accueil, les soins, l'alimentation et l'information.

Besoins en information

Thèmes	Sous-thèmes	Indicateurs	Questions
Accueil :	Attitude	Verbale	2-10-22-24
		Non verbale	6-13-14-18
Soins :	Adéquation	Lieu	8-9-26-27
		Horaire	3-11-32
		Efficience	21-28-34
Alimentation :	Équilibre	Présentation	4-12
		Composition	15
		Service	17-29-30
Information :	Prévention	Clarté	5-16-33
		Réglementation	7
	Éducation	Continuité	19-20-23-25-31
		Quantité	31

4.4 Échantillon :

4.4.1 *Population à l'étude :*

Le Centre Hospitalier St-Georges accueille annuellement environ 6,415 usagers pour hospitalisation.

4.4.2 *Échantillon :*

L'échantillonnage est privilégié au recensement en raison du temps nécessaire à la cueillette d'informations et des coûts associés à cette enquête. Cette méthode requiert peu de détails sur la population étudiée et l'enquêteur fait part d'objectivité face aux répondants.

La clientèle adulte hospitalisée et répondant aux critères d'inclusion suivants : homme ou femme, célibataire, marié ou autre, âgé entre 17 ans et 75 ans, hospitalisé pour 24 heures et plus, admis à l'unité de médecine, de chirurgie ou au centre mère-enfant, constitue notre échantillon. Tous les usagers admis dans ces unités de soins ont une chance connue et égale d'être sélectionnés. Nous sélectionnons les répondants de façon à ce que les résultats qui en découlent

correspondent étroitement à ceux que l'on obtiendrait si toute la population était soumise à l'étude.

Nous recensons tous les usagers adultes hospitalisés au Centre Hospitalier entre le 17 janvier et le 14 février 1994.

Au cours de ces deux mois, nous soulignons l'excellente collaboration des unités de soins en médecine, en chirurgie et à l'unité mère-enfant.

Nous croyons que la représentativité des répondants est assurée par une sélection au hasard. À partir du fichier des usagers admis au C.H., une rencontre est planifiée dès leur admission. Nous espérons ainsi recueillir entre 225 et 250 répondants.

4.4.3 Potentiel d'erreur

Nous estimons qu'il y a un potentiel d'erreur d'échantillonnage.

Quelques usagers ne sont pas rejoints en raison de la non disponibilité du chercheur et/ou du départ prématuré de l'usager hospitalisé.

Par ailleurs, notre rencontre personnalisée avec les patients hospitalisés permet l'identification des usagers non éligibles et par le fait même de susciter un nombre élevé de répondants.

4.4.4 Format de l'échantillon :

En 1992-93, 6415 usagers sont hospitalisés au C.H.. Nous avons donc une moyenne périodique (*13 périodes/année*) de 493 usagers. De ce nombre, on retranche les nouveaux-nés, les enfants et adolescents(es) en bas de 17 ans et tous les individus âgés de 76 ans et plus, ce qui nous donne une population-mère de 4665 patients hospitalisés pour l'année 1992-93, une moyenne périodique (*4 semaines*) de 359 patients. Parmi ces 359 patients, nous estimons à 30% les usagers non éligibles pour participer à cette enquête. Il nous reste donc 251 patients potentiellement éligibles pour compléter le questionnaire.

Si on estime que 80% des usagers sélectionnés complètent le questionnaire, nous pouvons espérer un échantillon de 200 répondants, ce qui constitue un échantillon représentatif de notre réalité mensuelle au C.H.S.G.B..

4.5 Collecte de données

Nos données sont recueillies selon les sources suivantes :

- Documents existants au C.H. : listes des usagers admis et hospitalisés en provenance du service d'accueil et d'admission;
- Dossier médical;
- Liste de départ des usagers;
- Entrevues non structurées avec les usagers hospitalisés;
- Questionnaires distribués, complétés et retournés;
- Cartes d'identification hospitalière de l'usager;
- Informations reçues par le personnel infirmier des unités de soins.
- Entrevues avec les gestionnaires.

4.5.1 Méthode de collecte de données :

Dès l'admission du patient, la préposée à l'accueil remet à ce dernier une note explicative annonçant la visite d'une infirmière dans le cadre d'un projet de recherche visant à améliorer la qualité des services au C.H.

Tous les sujets sont rencontrés dans les premiers jours de leur hospitalisation. Cette façon de rejoindre nos sujets possède quelques avantages :

- l'annulation des coûts d'envoi postal.
- le taux maximal de répondants en s'assurant que l'usager accepte de participer à cette recherche.
- la sélection des sujets selon les critères établis.
- la connaissance du questionnaire au début de son hospitalisation.
- la possibilité de contacter le responsable de la recherche pour plus d'information.
- la diminution des résistances à répondre verbalement à un enquêteur.
- l'aide aux sujets qui désirent compléter le questionnaire ou obtenir des précisions sur les questions.

Après consultation de la liste des usagers admis la veille, la chercheure rencontre l'usager hospitalisé et sélectionné selon les critères pré-établis. Cette rencontre quotidienne se déroule en fin de journée entre 17:00 heure et 20:30 heures.

Par la suite, si la formule de consentement est dûment signée par l'usager, le dossier médical est consulté. Le dépôt de cette formule de consentement s'effectue par la suite, au dossier médical.

Enfin, à l'aide de la liste émise par le service des archives notant le départ des usagers, nous identifions dans quel service l'usager est hospitalisé soit en médecine, en obstétrique ou en chirurgie.

4.5.2 *Traitement des données :*

Pour reprendre le discours d'Aktouf⁵¹ nous sommes maintenant à l'étape du nettoyage des données c'est-à-dire les vérifications préliminaires qui consistent à éliminer tout questionnaire susceptible de fausser les résultats.

Après une lecture rapide des questionnaires, nous retenons ceux qui sont correctement remplis et complétés.

Le numéro de dossier médical de l'usager est inscrit sur la formule de consentement pour assignation au dossier archivé.

Considérant que plusieurs formules de consentement ne sont signées mais le questionnaire complété, nous ne traitons pas les données relatives au diagnostic d'admission du répondant. Tout en

51 AKTOUF, Omar. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 129.

respectant la confidentialité et l'anonymat, il existe des situations particulières où un consentement libre et éclairé n'est pas requis⁵² : lorsque les données ne peuvent identifier des cas individuels, que la confidentialité n'est pas compromise et lorsque les autorisations préalables ont été obtenues c'est-à-dire l'autorisation du directeur des services professionnels du Centre Hospitalier St-Georges de Beauce.

Cette autorisation médicale permet l'accès au dossier afin d'obtenir le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours d'hospitalisation pour les répondants n'ayant pas signée la formule de consentement

Sur une période de quatre semaines soit du 17 janvier 94 au 14 février 1994, nous avons distribuons 305 questionnaires. Durant cette même période, 522 usagers sont admis et hospitalisés dont 309 usagers répondent aux critères établis : *(âgé de 17 à 75 ans, bien orienté et hospitalisation de 24 heures et plus)* représentant ainsi 59.2% des hospitalisés.

52 CONSTANDRIOPoulos, CHAMPAGNE, POTVIN, DENIS, BOYLE. Savoir préparer une recherche, Presses de l'Université de Montréal, 1990, p. 83.

Le temps alloué pour la visite aux répondants justifie probablement le pourcentage élevé (72.8) de répondants, ce que nous considérons comme très satisfaisant.

Les questionnaires rejetés (29) l'ont été parce qu'aucune question n'avait été répondue. Toutes les données sont compilées sur le logiciel.

4.5.3 Limites de l'étude

Limites temporelles :

La période au cours de laquelle se déroule la collecte de données, soit janvier et février 94, est une des périodes les plus achalandées en hospitalisation. Il est possible que certains usagers aient vécu des délais d'attente avant leur admission au C.H.; de plus, il y a probabilité que le type de chambre demandée (*privée, semi-privée*) n'a pas été disponible.

Pour s'assurer de la disponibilité du patient et de l'accessibilité à la chambre, l'entrevue se réalise en fin de journée.

Lors de la visite aux patients, bon nombre d'entre eux formulent des commentaires sur leur hospitalisation antérieure et leur état de

santé. Le temps d'écoute accordé augmente de façon significative la durée moyenne pour chacune des visites. De plus, cette période d'activité réduite et l'absence de visiteurs en début de soirée suscite la communication entre la chercheure et le client allant parfois même jusqu'aux confidences. En effet, le temps alloué à cette visite justifie probablement un pourcentage élevé de répondants.

Limites organisationnelles :

En décembre 92, avec l'arrivée d'une nouvelle directrice générale, le C.H. amorce une démarche de planification stratégique visant à redéfinir la mission du centre, ses buts, ses priorités d'action ainsi que les choix retenus en fonction des orientations futures.

Nous ne pensons pas que cette planification stratégique puisse agir sur notre clientèle consultée mais plutôt sur les dispensateurs de soins et services. Tout ce processus de consultation et de questionnement sur les valeurs du C.H., la culture, la clientèle desservie et/ou à venir, les organisations et méthodes de travail, la philosophie de gestion ainsi que les politiques et procédures en vigueur engendre certainement ce climat d'incertitude.

Limites pécuniaires :

Les exigences budgétaires énoncés par le M.S.S.S. obligent les établissements de santé à gérer de façon intégrée, les ressources humaines, matérielles et financières. Dans cette perspective, le C.H. utilise de façon optimale les ressources en place. En l'absence de la directrice des soins infirmiers pour une période indéterminée, j'accepte de combler ce poste et par conséquent annule le congé temporaire déjà planifié pour poursuivre cette recherche. Cette contrainte occasionne la révision des échéanciers et par le fait même une demande de prolongation de six mois pour compléter cette recherche.

Limites démographiques :

Nous soulignons que le C.H. St-Georges dessert la population des quatre MRC : Beauce-Sartigan, Robert Cliche, Les Etchemins et Nouvelle-Beauce. Près de 49% de la clientèle de Beauce-Sartigan consomme principalement ses services de santé au C.H.S.G.B. ⁵³

53 C.G.O., C.H.S.G.B., Analyse de la demande de soins de courte durée de la population de notre territoire de desserte, Avril 1994, p. 9.

Lors de notre enquête, le lieu de résidence de nos répondants est une variable méconnue. De plus, nous ne connaissons pas la provenance de l'usager hospitalisé : soit de son domicile, de l'urgence du C.H. ou d'un autre établissement de santé tel que C.H., C.H.L.D., C.A. etc. Par contre, la liste des usagers hospitalisés et répondants à nos critères révèle que 48% des usagers proviennent de leur domicile; nous croyons que ce pourcentage reflète principalement la clientèle de l'unité mère-enfant et une partie des bénéficiaires hospitalisés en chirurgie.

Limites de l'usager :

Le séjour moyen d'hospitalisation au centre mère-enfant est de trois jours comparativement à cinq jours pour la clientèle admise en chirurgie. Pour les usagers traités en médecine, le séjour moyen est de huit jours; nous retrouvons donc un nombre moindre d'usagers en provenance de cette unité. (*taux de roulement*)

En référence à l'année 92-93, nous remarquons que le C.H. a traité 23% de personnes âgées de 60 à 79 ans et 7% de personnes âgées de 80 ans et plus. Compte tenu que nos critères rejoignent les usagers de 17 à 75 ans, nous croyons que, pour atteindre un nombre satisfaisant de répondant, l'enquête doit s'échelonner sur une période de quatre semaines.

Nous nous attendons à rejoindre la majorité des usagers lors d'une première visite. Cependant, il faudra peut-être deux et même trois visites pour rejoindre certains usagers.

La plupart des patients complètent eux-mêmes le questionnaire. Un très faible pourcentage de patients réclament l'aide d'un membre de sa famille ou d'une tierce personne.

Les usagers inaptes à participer à cette enquête sont identifiés lors de l'entrevue, ce qui permet de réduire le nombre de questionnaires non complétés ou incomplets.

Lors de la passation des questionnaires, nous rencontrons des usagers (8) admis pour une seconde fois au cours de la période donnée de l'enquête; ces usagers ont déjà complété et remis leur questionnaire.

Il faut considérer que les croyances de l'usager, ses valeurs, sa compréhension, son style de vie et son environnement de même que ses besoins de santé influencent la façon dont la qualité des soins et services est perçue individuellement.

Règle générale, l'état de satisfaction du patient est en corrélation avec les attitudes sur les services de santé qu'il reçoit ou

qu'il a déjà reçus. Les mesures évaluent le degré de satisfaction en ce qui concerne les besoins, les désirs et les souhaits du patient.

Enfin, une dernière limite est tout l'aspect émotionnel vécu par l'usager avant son hospitalisation à l'égard de sa maladie, son environnement immédiat, ses préoccupations personnelles, familiales, sociales et autres.

CHAPITRE V

Analyse et interprétation des données

Dans le prochain chapitre, nous présentons l'analyse et l'interprétation des résultats de notre recherche en six volets.

Le premier volet décrit le portrait-type de notre répondant.

Le second volet traite de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des services offerts au C.H.S.G.B.

Les quatre derniers volets, les résultats pour chacun des thèmes énoncés au tableau de l'objet de mesure : l'accueil, les soins, l'alimentation et l'information.

Le traitement des données s'effectue à l'aide du logiciel SPSS*

Nous vous rappelons que la première partie de cette étude a pour objet le degré de satisfaction des usagers tandis que la seconde partie mesure la connaissance et l'appréciation des services reçus.

* Nie, N.H. et al (1975), SPSS : statistical package for the social sciences, 2e ed., New York : McGraw-Hill, 675 p.

5.1 Les caractéristiques de notre répondant :

Âge:

La figure 1 nous démontre une répartition relativement bien équilibrée concernant l'âge de nos répondants. Nous remarquons que la somme des 31 à 60 ans compose 51.5% de notre échantillon.

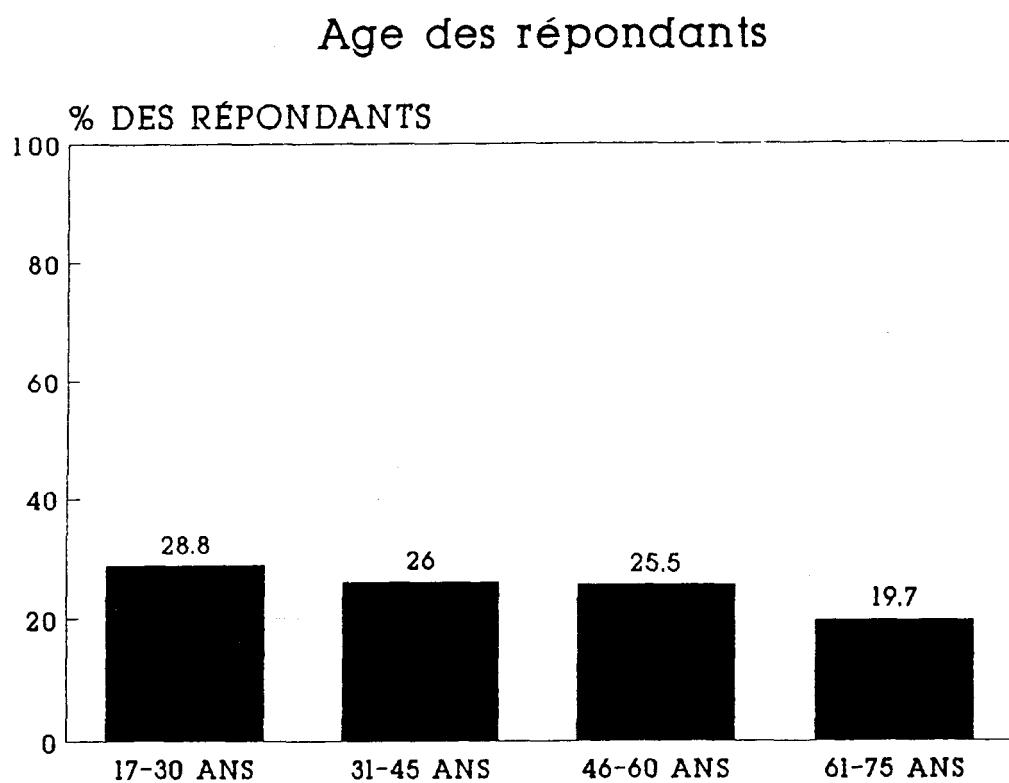


FIGURE 1

Diagnostic d'admission: Nos répondants ont été hospitalisés dans une proportion quasi similaire en médecine, chirurgie et au centre mère-enfant. Nous pourrons avoir ainsi une meilleure vision des services offerts par les trois catégories de clientèle.

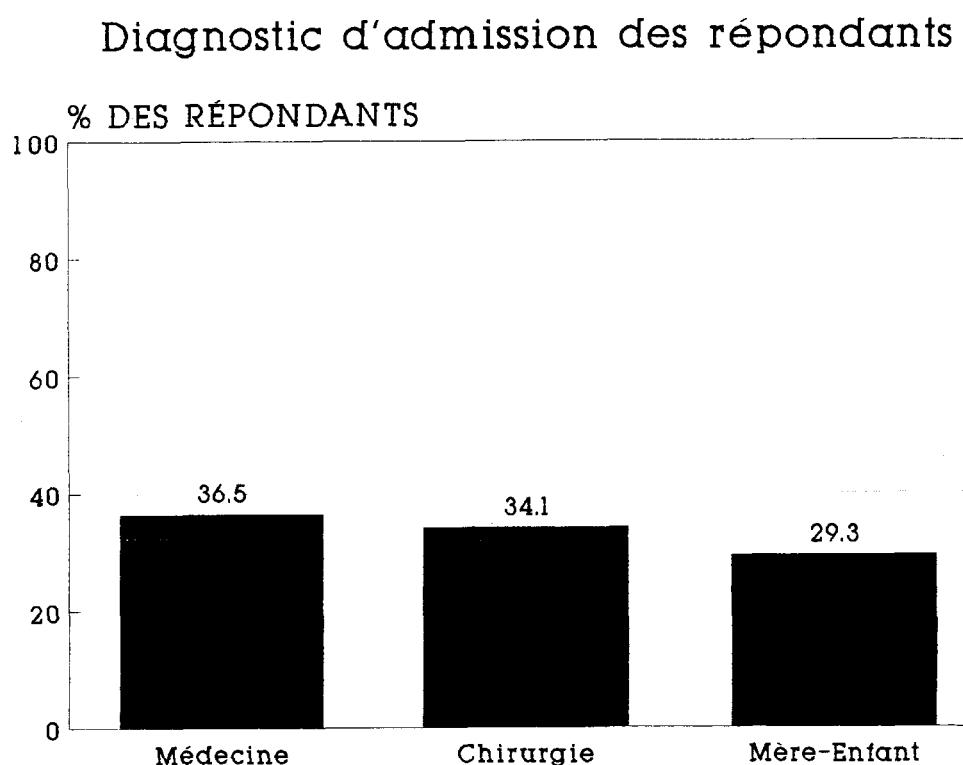


FIGURE 2

Hospitalisation antérieure: 59.3% des répondants ont déjà eu recours trois fois et plus à l'hospitalisation. Cette donnée nous permet de croire qu'ils connaissaient déjà la qualité des services. En conséquence ils seront plus en mesure d'évaluer correctement l'objet de notre enquête.

Nombre d'hospitalisations antérieures des répondants

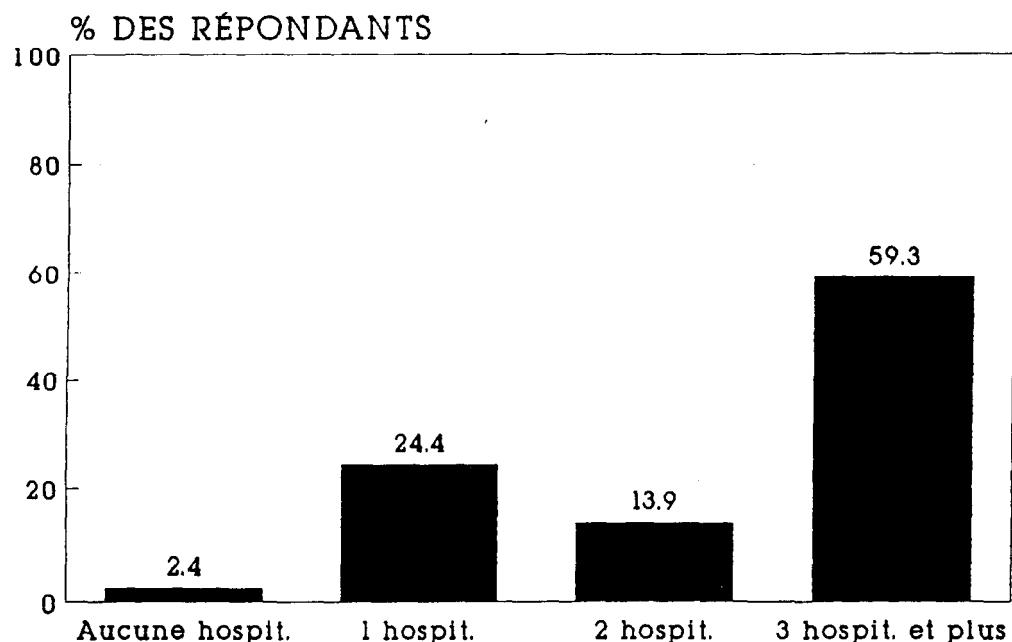


FIGURE 3

Durée d'hospitalisation : Pour 81.3% des répondants, la durée d'hospitalisation variait de un à huit jours, ce qui correspond au séjour moyen des usagers admis au C.H. soit neuf jours en médecine et sept jours en chirurgie.

Nombre de jours d'hospitalisation des répondants

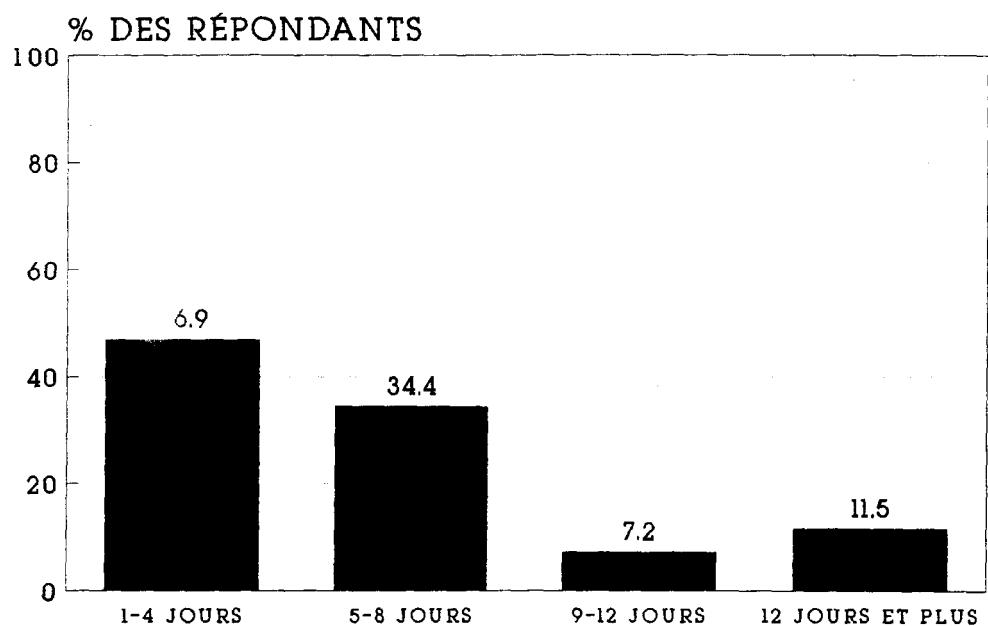


FIGURE 4

Sexe :

60.4% des usagers interrogés sont de sexe féminin. Si on considère que près du tiers (29.3%) des répondants ont fréquenté l'unité mère-enfant, cette clientèle vient donc hausser le nombre de femmes rejointes par notre enquête.

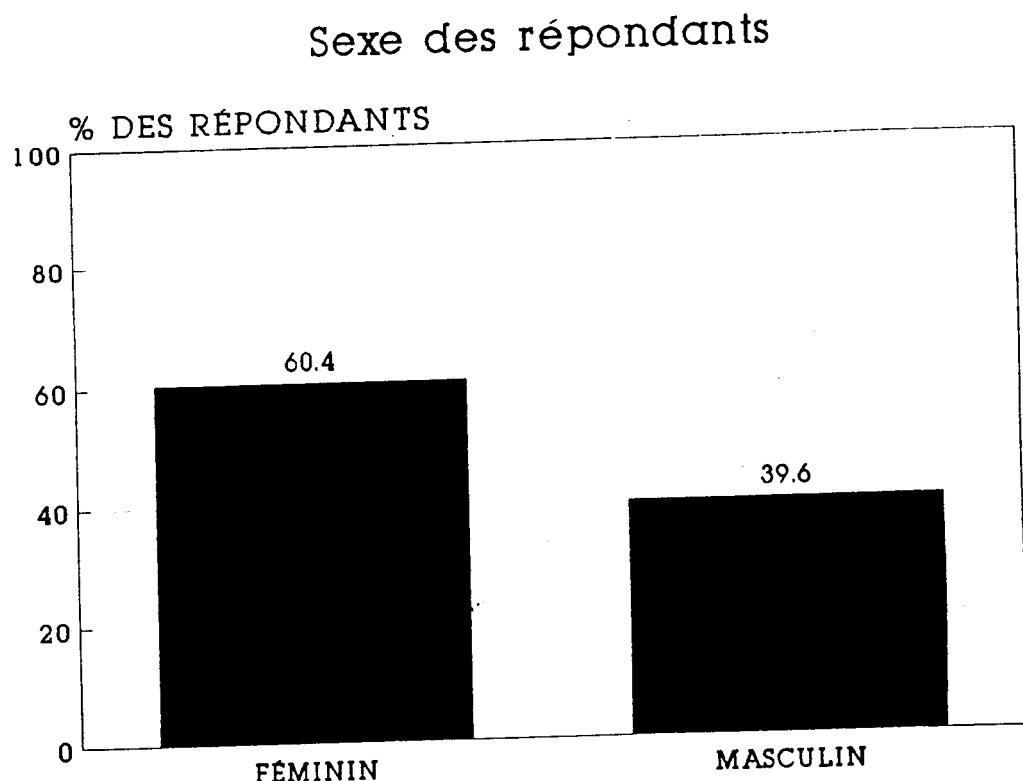


FIGURE 5

Statut civil :

marié(e).

70% des répondants étaient mariés(ées)

Statut civil des répondants

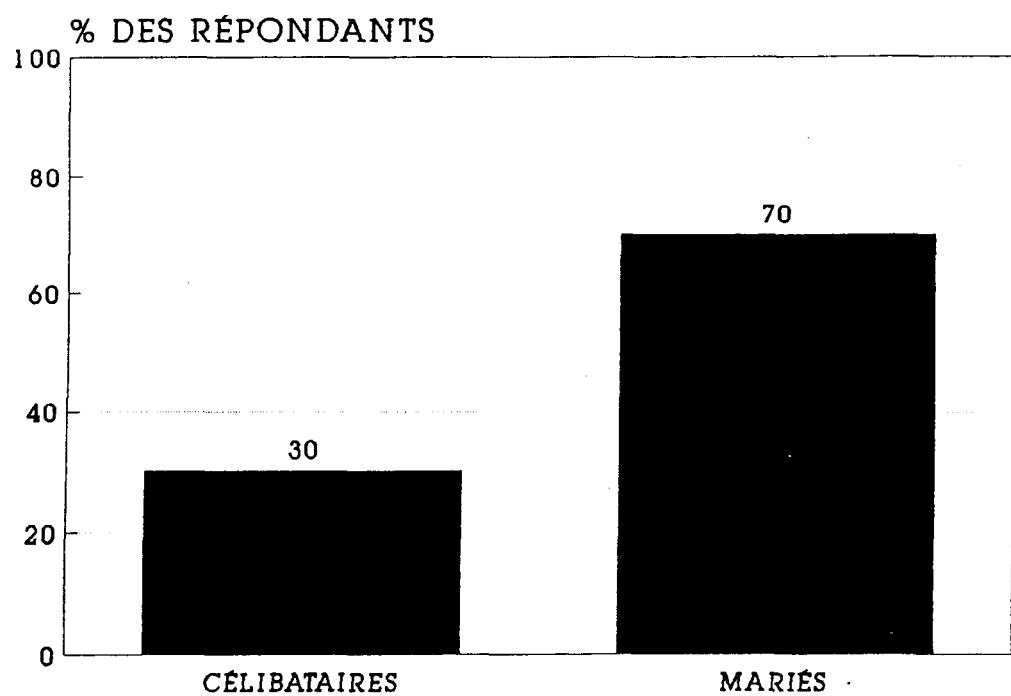


FIGURE 6

En résumé, le portrait robot de notre répondant est le suivant :

CARACTÉRISTIQUES	
Age	31 à 60 ans
Diagnostic d'admission	Médecine, chirurgie, mère-enfant en portion quasi égale
Hospitalisation antérieure	3 fois et plus
Durée d'hospitalisation	1 à 8 jours
Sexe	féminin (60.4%)
Statut civil	marié(e) (70%)

5.2 Satisfaction des usagers à l'égard des services offerts au C.H.

Dans cette recherche, notre objectif premier visait l'obtention d'un éclairage assez précis du fonctionnement actuel des services et l'évaluation de la population beauceronne à l'égard des services offerts par le C.H.S.G.B.

L'échelle de mesure utilisée par nos répondants variait sur cinq points : très insatisfait, plutôt insatisfait, indifférent, plutôt satisfait et très satisfait. Nous avions attribué une valeur (1-2-3-4-5) pour chacun des points de l'échelle.

A l'aide d'un premier énoncé qui se lisait comme suit :

Étes-vous satisfait de la qualité des services offerts au C.H. St-Georges?

nos résultats indiquent qu'une très forte majorité de la population, soit 91.8% est satisfaite de la qualité des services offerts au C.H.. Plus précisément, 60.7% se disent très satisfaits et 31.1% plutôt satisfaits. Par ailleurs, un très faible pourcentage (8.2%) exprime de l'insatisfaction, soit 5.8% très insatisfait et 2.4% plutôt insatisfait.

Satisfaction des services offerts au C.H.S.G.B.

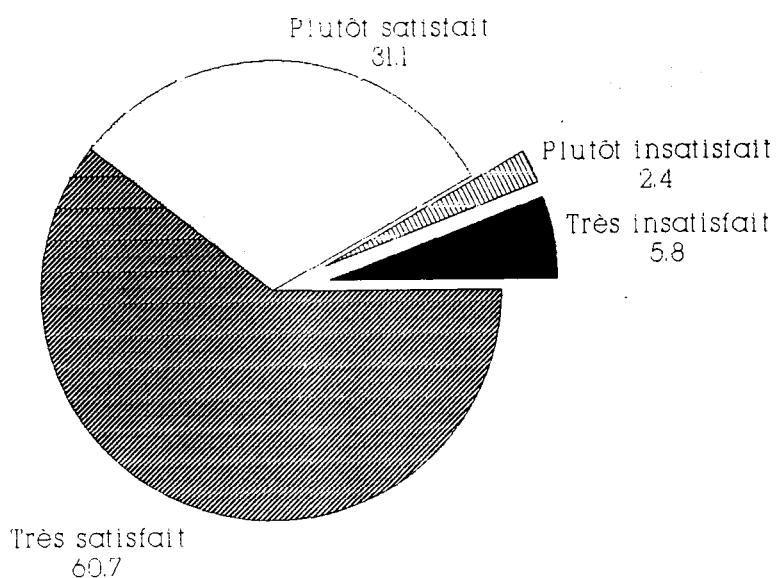


FIGURE 1

L'auteure du mémoire respectera rigoureusement l'approche analytique issue du tableau de l'objet de mesure (*Réf. page 86*).

5.3 Accueil

L'accueil s'évalue par l'attitude verbale et non-verbale du personnel à l'égard des usagers du C.H.

Nous désirons connaître la satisfaction des répondants face à l'attitude verbale reçue lors de leur hospitalisation au C.H.

Cette satisfaction se mesure grâce aux énoncés 2 et 10 ci-dessous :

Q.2

Étes-vous satisfait de la façon dont le personnel vous parle?

Q.10

Étes-vous satisfait lorsqu'on vous parle beaucoup à votre arrivée au département?

La figure 8 suivante nous indique qu'environ 90% des répondants se sont dits très satisfaits ou plutôt satisfaits de l'accueil verbal reçu.

A la lumière de ces résultats, le personnel du C.H. tentera de maintenir ce haut niveau de satisfaction des répondants.

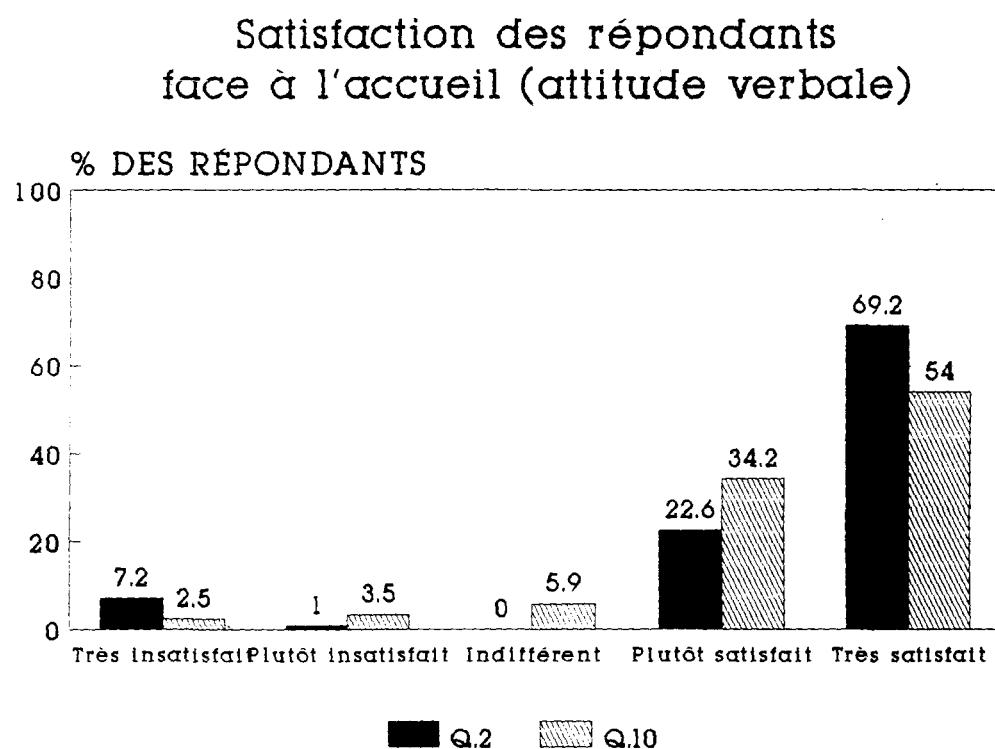


FIGURE 8

Aux énoncés 22 et 24 relatifs à la connaissance et l'appréciation des services,

Q.22

Selon vous, le personnel vous donne-t-il beaucoup d'explications lors de votre admission?

Q.24

Peut-on dire que le personnel vous regarde lorsqu'il vous parle?

nos répondants ont exprimé, à la figure 9, un taux de satisfaction à 89.2% à l'égard de la quantité d'explications données par le personnel et 96.1% satisfait à l'énoncé 24.

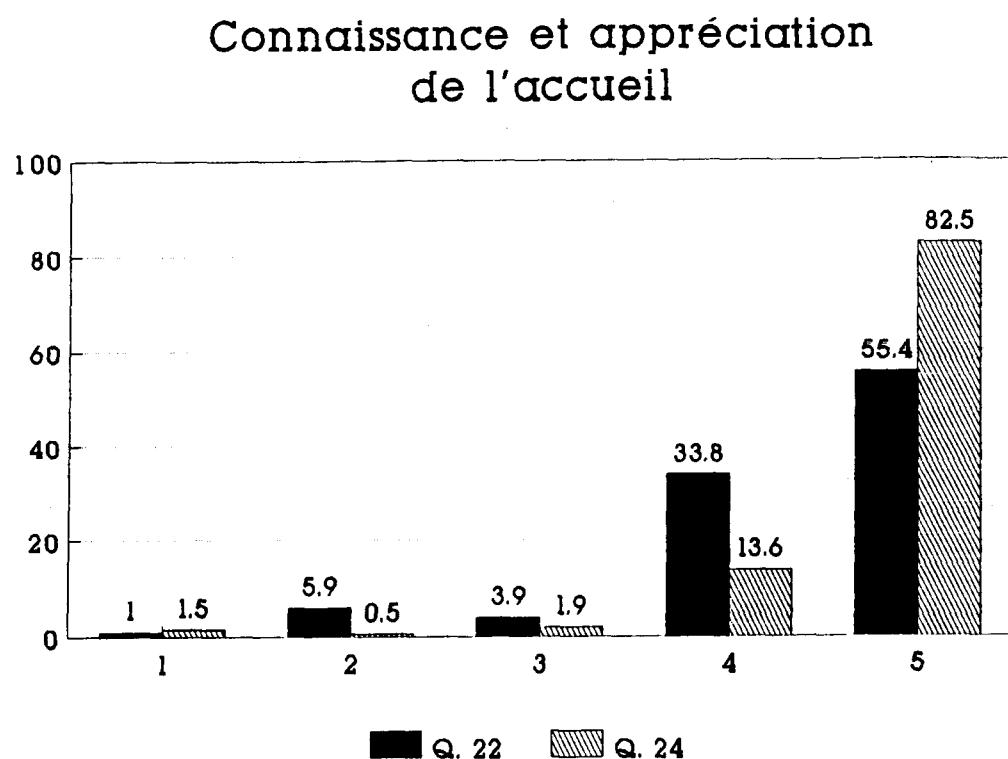


FIGURE 9

1 = Non, pas du tout

2 = Non, pas vraiment

3 = Je ne sais pas

4 = Oui, un peu

5 = Oui, définitivement

Quant à l'attitude non verbale, cet élément a été mesuré par les énoncés 6 - 13 - 14 - 18 :

Q.6

Êtes-vous satisfait de l'attention du personnel lorsque vous exprimez vos émotions?

Q.13

Êtes-vous satisfait de l'écoute des professionnels de la santé lorsque vous leur parlez de votre maladie?

Q.14

Êtes-vous satisfait de la manière dont le personnel non-clinique (*secrétariat, entretien ménager et sécurité*) agit avec vous?

Q.18

Êtes-vous satisfait de l'attention portée lors de votre arrivée au département?

Comme l'indique la figure 10, nous constatons qu'un très haut pourcentage (90%) sont plutôt satisfaits et très satisfaits de l'attitude non-verbale manifestée par le personnel oeuvrant au C.H.

Satisfaction des répondants face à l'accueil (attitude non-verbale)

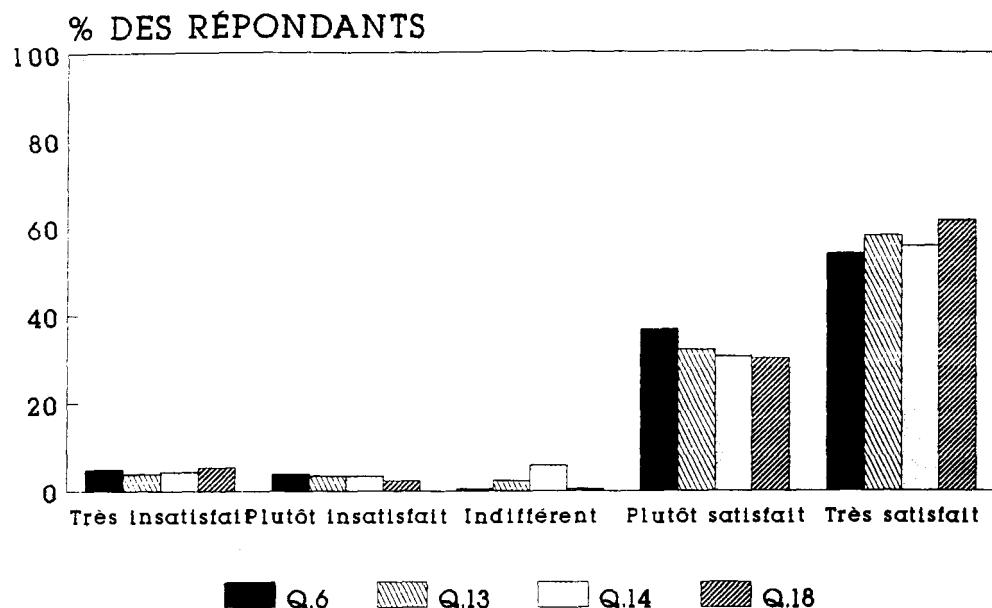


FIGURE 10

Nous pouvons donc conclure que 90% des usagers hospitalisés au C.H. St-Georges sont satisfaits de l'accueil (verbal et non-verbal) reçu par le personnel.

5.4 Soins

L'usager qui se présente au C.H. St-Georges évalue les soins et services depuis son admission jusqu'à son départ. Il évalue selon ses propres critères qui peuvent varier d'un individu à l'autre.

Par cette enquête, nous désirions faire ressortir l'adéquation des soins, c'est-à-dire si les soins et services ont été donnés au moment jugé opportun par le client, en quantité suffisante par le personnel formé et qualifié, à un moindre coût en fonction des budgets alloués et de bonne qualité en conformité avec les normes et critères établis. Pour la dispensation des services, le personnel réfère à des politiques et procédures. De plus, le C.H. doit assurer une coordination des éléments requis pour apprécier la qualité selon le modèle de Joan Kahn : les matériaux, la technologie, l'environnement, les ressources humaines, l'information, les réseaux de communication et finalement le conseil d'administration qui a la responsabilité légale d'apprécier la qualité des soins et services aux usagers.

Les énoncés 8 et 9 mesurent la satisfaction des usagers face à leur environnement.

Q.8

Êtes-vous satisfait de l'entretien de votre chambre?

Q.9

Êtes-vous satisfait du climat qui règne sur le département où vous êtes?

A la figure 11, nous observons que 82.7% des répondants sont plutôt satisfaits et très satisfaits de l'entretien de leur chambre tandis que 88.9% le sont en ce qui concerne le climat qui régnait sur le département où ils ont été hospitalisés.

Satisfaction des usagers face aux soins (lieu)

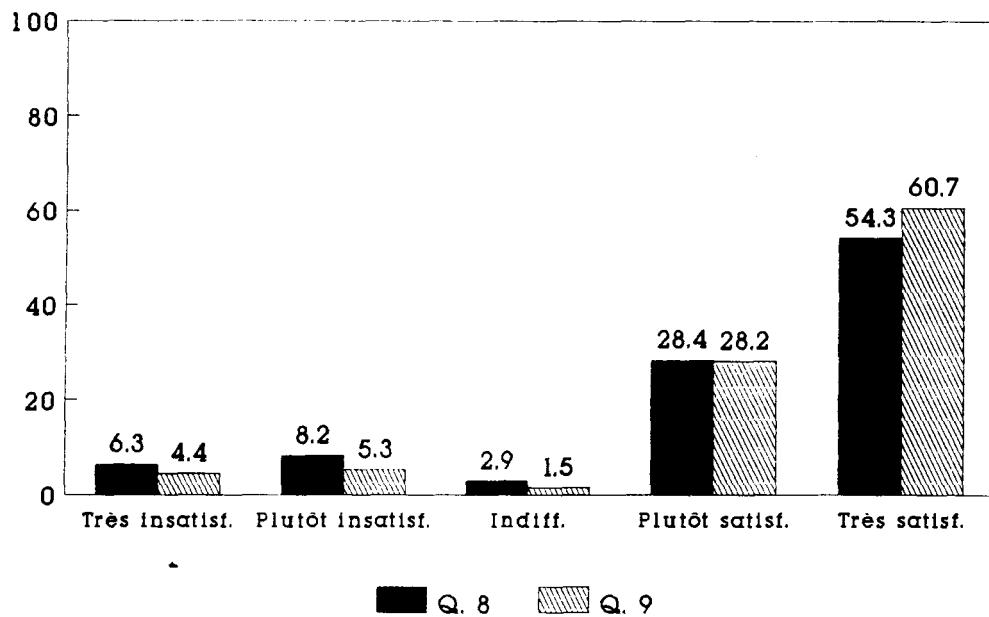


FIGURE 11

Nous retenons que 14.5% des patients interrogés expriment une opinion contraire pour l'entretien de leur chambre et que 11.2% sont également insatisfaits du climat départemental lors de leur hospitalisation.

En réponse aux énoncés 3 et 11 se rattachant à la dispensation des soins,

Q.3

Êtes-vous satisfait lorsqu'il y a un changement d'infirmière pour donner vos soins?

Q.11

Êtes-vous satisfait du temps alloué pour vous donner un soin ou un traitement?

la figure 12 indique que 89.8% ont affirmé qu'ils étaient satisfaits lorsqu'il y avait un changement d'infirmière pour donner les soins et 93.7% sont satisfaits du temps alloué pour donner ces mêmes soins.

C'est dans une proportion de 8.7% et 6.3% que les usagers sont insatisfaits lorsqu'il y a changements d'infirmières pour donner les soins et du temps alloué pour prodiguer ces soins.

Satisfaction des usagers face aux soins (horaire)

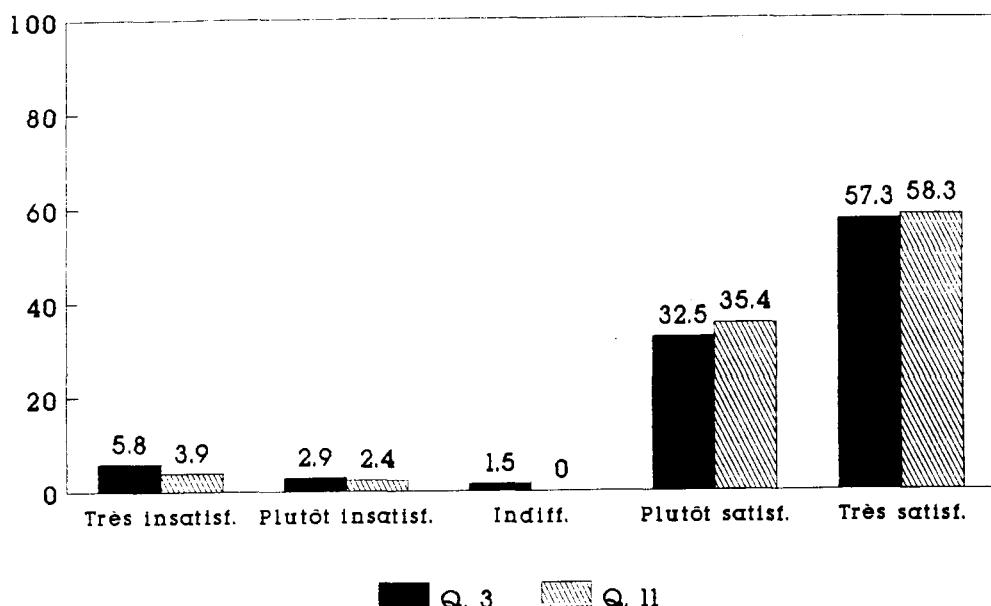


FIGURE 12

Comme déjà mentionné antérieurement, dans la seconde partie de notre instrument de mesure, (*Questions 19 à 36*) nous avons mesuré la connaissance et l'appréciation des services dispensés à notre clientèle.

À l'énoncé 26 :

Q.26

Vous arrive-t-il que les comportements (*crys-pleurs*) de certains bénéficiaires vous dérangent?

plus de la moitié soit 52.8% des usagers sont dérangés par des comportements de certains patients.

Quelques démarches mises de l'avant permettront de regrouper la clientèle ayant des comportements dérangeants pour les autres usagers.

Quant à l'énoncé 27 :

Q.27

Considérez-vous la grandeur de votre chambre adéquate pour y recevoir vos soins ou traitements?

90% jugent très et plutôt satisfaisant la dimension de leur chambre.

Près de 92% mentionnent à l'énoncé 32 :

Q.32

Peut-on dire que vous recevez vos soins et traitements à des heures régulières?

qu'ils reçoivent leurs soins à des heures régulières.

Invités à se prononcer sur les énoncés suivants :

Q.21

Pensez-vous que le personnel s'occupe suffisamment de vous?

Q.28

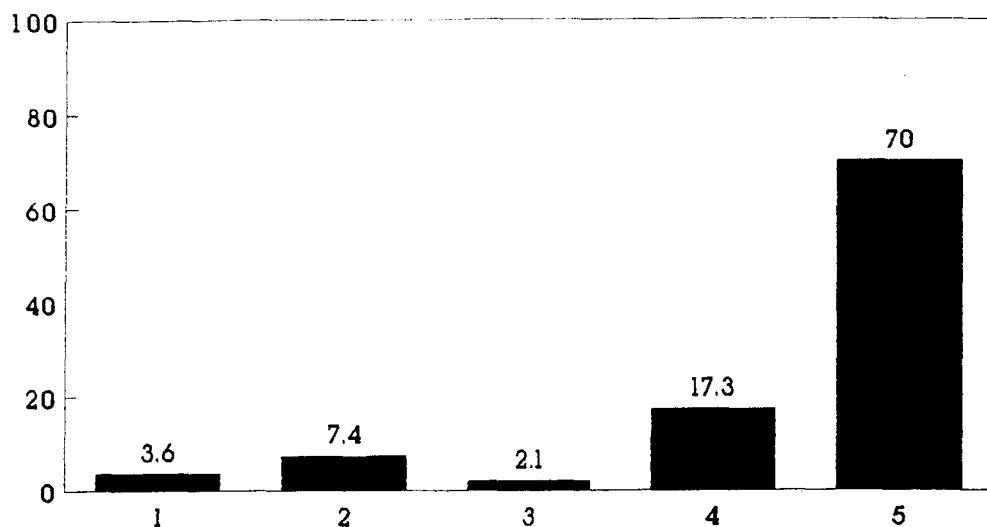
Est-ce que le personnel vous donne les bons soins au bon moment?

Q.34

Peut-on dire que l'on vous donne tous les soins et traitements requis pour votre maladie?

une très forte majorité (96.6% - 97.1% - 92.7%) apprécient que le personnel s'occupe d'eux et qu'ils reçoivent des soins de qualité dans le meilleur délai possible. La figure 13 nous indique la moyenne des énoncés se rapportant à la connaissance et l'appréciation des soins.

Connaissance et appréciation des soins (lieu - horaire - efficience)



Moyenne des Q. 26-27-32-21-28-34 pour chacune des variables de l'échelle.

FIGURE 13

Il ressort nettement que la population beauceronne connaît et apprécie à 94% les soins reçus lors de leur séjour hospitalier. Par ailleurs, il ne faudrait pas négliger que près de 53% des patients trouvent dérangeant les cris et les pleurs de certains bénéficiaires.

5.5 Alimentation

Nous avons utilisé notre instrument de mesure pour évaluer l'alimentation sous trois aspects : la présentation, la composition et le service des repas dispensés à la clientèle hospitalisée.

Par cette cueillette de données, nous voulons faire ressortir la satisfaction des usagers à l'égard de la température des aliments, de la variété des mets, de la quantité de nourriture à chaque repas et du service au moment de la distribution. De plus, nous voulons connaître leur degré de satisfaction pour ce qui est de l'heure de livraison de leur repas.

En référence au modèle de Kahn, les aliments se rattachent au rayon-matériaux, les matériaux non médicaux que l'on apprécie aux trois phases suivantes : l'input, les activités de transformation et l'output.

Afin d'obtenir l'opinion des usagers à l'égard de leur connaissance et de l'appréciation pour l'ensemble du service à l'heure des repas, nous avons utilisé la seconde partie de notre instrument de mesure plus précisément les énoncés 29 et 30 suivants :

Q.29

Peut-on dire que vous avez un bon service en ce qui concerne les repas?

Q.30

Vos repas sont-ils servis à la même heure chaque jour?

A ce sujet, la figure 14 indique que le service des repas est connu et apprécié à 93.8% des répondants et qu'une très forte majorité, soit 95.7%, affirment que les repas sont servis à la même heure et à chaque jour d'hospitalisation.

Connaissance et appréciation de l'alimentation

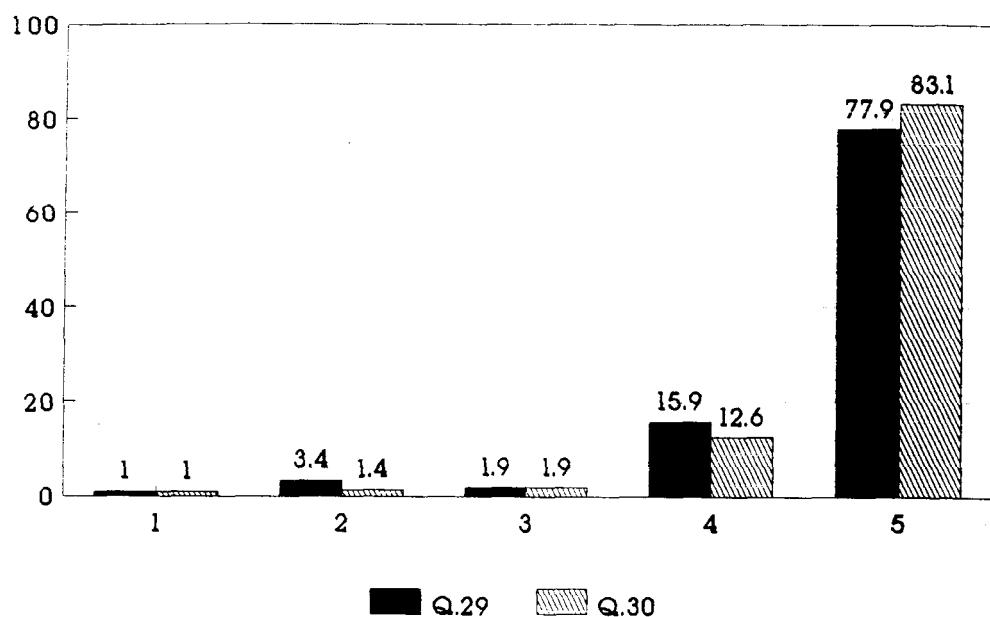


FIGURE 14

1 = Non, pas du tout

2 = Non, pas vraiment

3 = Je ne sais pas

4 = Oui, un peu

5 = Oui, définitivement

D'autres aspects de l'alimentation tels que la présentation, la composition et le service ont fait l'objet d'une évaluation du niveau de satisfaction des répondants. Ainsi, aux énoncés 4 - 12 - 15 - 17

Q.4

Êtes-vous satisfait de la température des aliments lorsque vous recevez votre repas?

Q.12

Êtes-vous satisfait de la variété des aliments lorsque vous recevez votre repas?

Q.15

Êtes-vous satisfait de la quantité de nourriture que vous recevez aux repas?

Q.17

Êtes-vous satisfait de l'heure des repas au Centre Hospitalier?

et comme la figure 15 l'illustre, 8 personnes sur 10 (**79.7%**) s'estiment satisfaits de la température des aliments et 88.4% sont très ou plutôt

satisfaits de la variété des aliments. Finalement 88% des répondants se disent satisfaits de la quantité de nourriture reçue et l'heure de distribution des repas satisfait les usagers à 85.4%.

Satisfaction des répondants face à l'alimentation

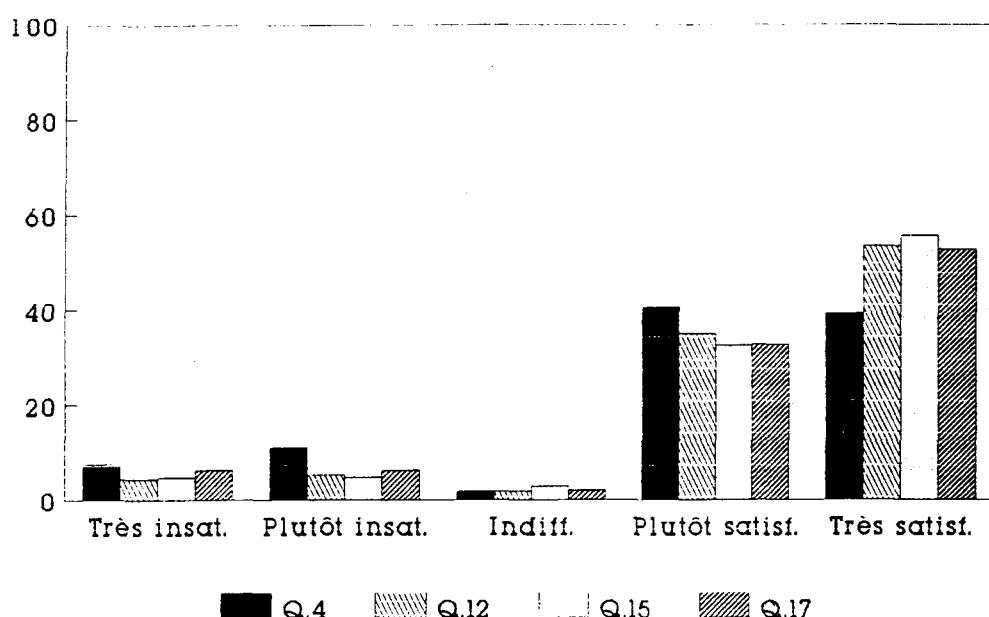


FIGURE 15

Quant à la température des aliments, 18.3% des répondants sont insatisfaits lorsqu'ils reçoivent leur repas. À cet effet, des mesures correctives sont en cours de réalisation. Sur le dernier énoncé, (Q. 17) 12.6% des personnes interrogées expriment leur insatisfaction à l'égard de l'heure de distribution des repas au C.H. Bien que de façon générale, la population beauceronne se considère satisfait à 85.4% (*moyenne de Q. 4 - 12 - 15 - 17*) de l'alimentation reçue au C.H., on ne peut négliger le fait que 15% des répondants sont insatisfaits et indifférents. Les commentaires recueillis et les plaintes formulées verbalement lors de l'entrevue avec les usagers portaient sur le court délai, en termes d'heures, entre chaque repas et plus spécifiquement entre le dîner et le souper.

Comme notre instrument de mesure n'évaluait pas cet élément, il serait peut-être pertinent d'explorer davantage du côté des insatisfaits afin de connaître leurs besoins véritables. De plus, nous pourrions étudier la faisabilité et l'impact du changement d'heure des repas dans l'organisation.

En conclusion, la population beauceronne exprime un taux de satisfaction à 85% mais il faudra tenir compte des insatisfactions recueillies. Ces données seront sans doute prises en considération afin d'offrir un service de qualité à nos usagers. A cet égard, le gestionnaire du service alimentaire a été informé de ces résultats et planifie à court terme une réorganisation majeure de son service.

5.6 Information

L'information est cruciale pour le bien-être des usagers et une atmosphère propice est requise à la libre circulation des informations dans toute l'organisation. L'objet de notre étude cherchait à connaître le niveau de satisfaction des usagers sélectionnés face aux informations touchant la prévention et l'éducation. De plus, sept énoncés de notre instrument de mesure se rattachaient à la connaissance et l'appréciation des informations transmises.

Les énoncés 5 et 16

Q.5

Êtes-vous satisfait de la clarté des explications données concernant les services offerts au C.H.?

Q.16

Êtes-vous satisfait des mots utilisés lorsqu'on vous informe de votre santé?

mesuraient la clarté des explications données et les mots utilisés pour informer; les répondants sont partagés, tel qu'illustré à la figure 16, entre 83.4% très et plutôt satisfaits des informations reçues et 90.8% de satisfaits

du langage commun utilisé tandis qu'un faible pourcentage soit 16.7% et 9.1% sont indifférents ou insatisfaits en regard de ces mêmes énoncés.

A l'énoncé 7,

Q.7

Êtes-vous satisfait de l'application des politiques et règlements sur la cigarette dans l'hôpital?

c'est dans une proportion de 81.4% que les répondants se sont dits satisfaits de l'application des politiques et règlements sur la cigarette.

Satisfaction des répondants face à l'information

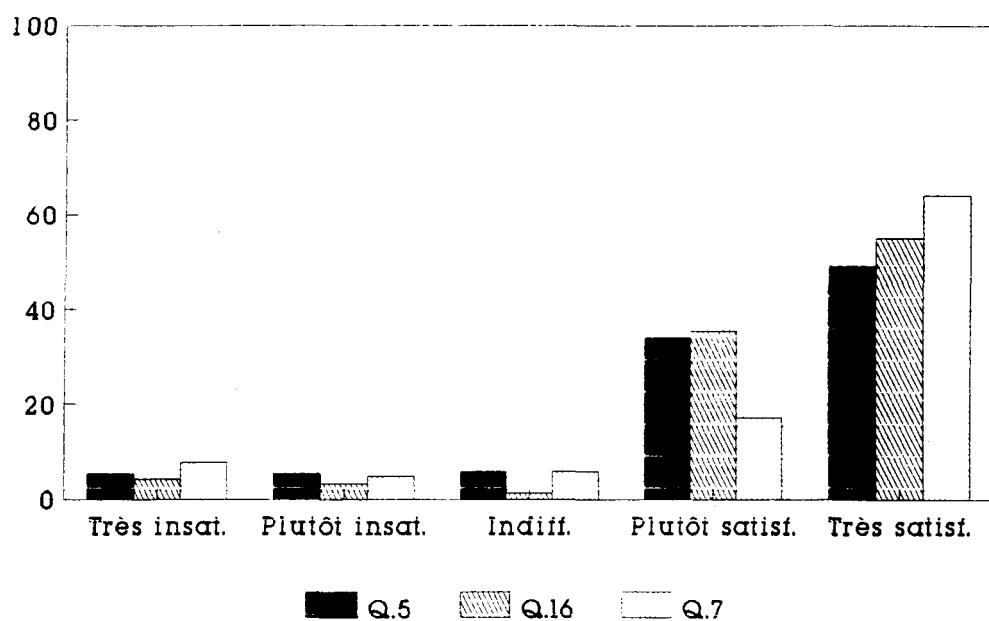
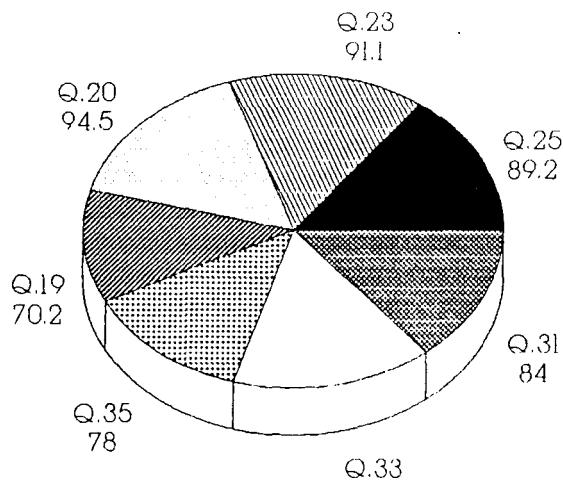


FIGURE 16

Si on examine maintenant la connaissance et l'appréciation de nos répondants sur la clarté, la continuité et la quantité d'informations reçues, on se rend compte que dans l'ensemble le résultat est positif. À cet effet, tel que l'illustre la figure 17

Connaissance et appréciation des informations en prévention et éducation



Les valeurs sont en pourcentage.

FIGURE 17

- Q 33 explications de la maladie
- Q 20 informations des soins et traitements
- Q 23 informations de la médication
- Q 25 informations pour la convalescence
- Q 31 informations aidantes pour la guérison
- Q 19 connaissance des services offerts
- Q 35 informations suffisantes au C.H.

les résultats des énoncés 33 - 20 - 23 - 25 - 31

Q.33

Les explications données concernant votre maladie, sont-elles faciles à comprendre?

Q.20

Êtes-vous informé des traitements et soins que l'on vous donne?

Q.23

Recevez-vous les informations nécessaires concernant les médicaments que vous prenez?

Q.25

À votre départ de l'hôpital, recevez-vous toute l'information nécessaire à votre convalescence?

Q.31

Diriez-vous que les informations données lors de votre hospitalisation, vous aideront pour votre guérison?

indiquent que la très grande majorité de la population connaît et apprécie les informations reçues. Plus précisément, 93.2% apprécient la clarté des explications données, 94.5% se disent bien informés des soins et traitements requis, 91.1% reçoivent toute l'information au sujet de leur médication, 89.2% apprécient les recommandations ou instructions nécessaires à leur convalescence et 84% pensent que ces données contribueront à leur guérison. Cependant, les énoncés 19 et 35

Q.19

Connaissez-vous les services offerts dans le Centre Hospitalier de Saint-Georges?

Q.35

Au C.H. St-Georges, donne-t-on suffisamment d'informations en prévention et en éducation lors d'une hospitalisation?

se distinguent des autres résultats : près du tiers (**29.9%**) des répondants ne connaissent pas les services offerts au C.H. St-Georges tandis que 22.1% affirment que le C.H. ne donne pas suffisamment d'information préventive et éducationnelle.

Puisque les énoncés 1 et 36 n'ont pas été inclus dans notre tableau de l'objet de mesure, nous les traiterons séparément.

Q.1

Êtes-vous satisfait de la qualité des services offerts au C.H. St-Georges?

Q.36

Si un parent ou un(e) ami(e) avait besoin de soins, lui conseilleriez-vous le Centre Hospitalier St-Georges de Beauce?

Comme l'indique les figures 18 et 19, les personnes interrogées sur la qualité des services offerts au C.H. expriment leur degré de satisfaction à 91.8% et c'est dans une même proportion que les répondants conseilleraient à un parent ou ami de recevoir des soins au C.H. St-Georges de Beauce.

On peut conclure que la population desservie par le C.H.S.G.B. est très satisfaite des services offerts au C.H. Cependant 30% des répondants ne connaissent pas suffisamment la gamme de services dispensés par l'établissement. De plus, près de 25% des personnes interrogées mentionnent l'insuffisance d'information en prévention et en éducation.

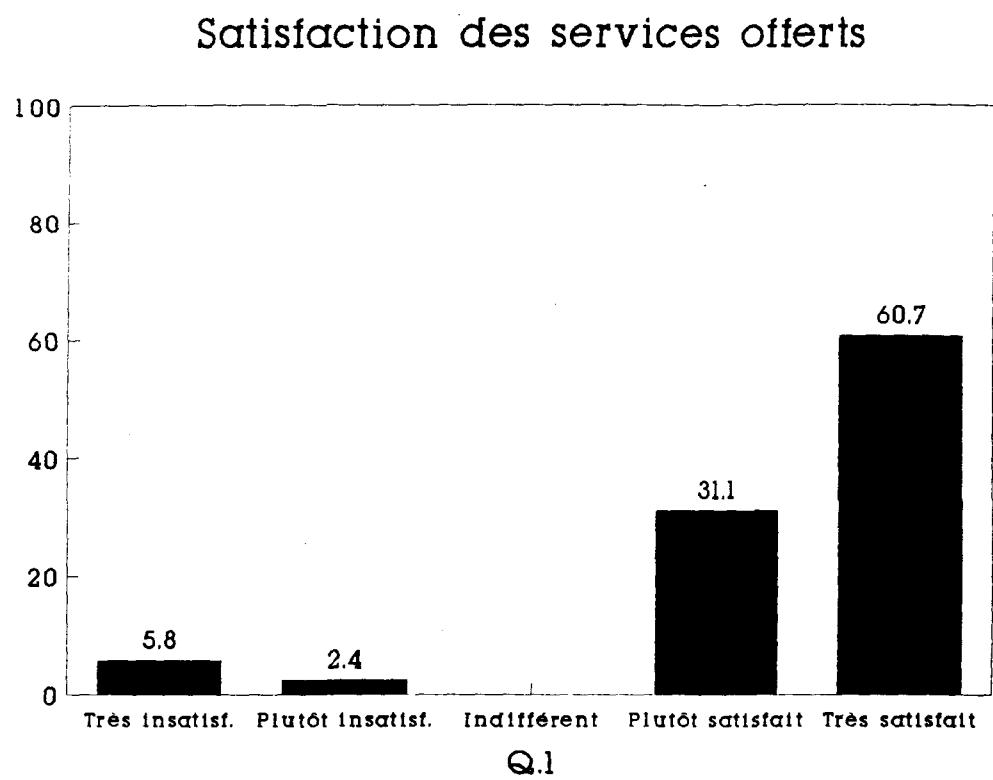


FIGURE 18

C.H.S.G.B.
recommandé à un parent ou un ami.

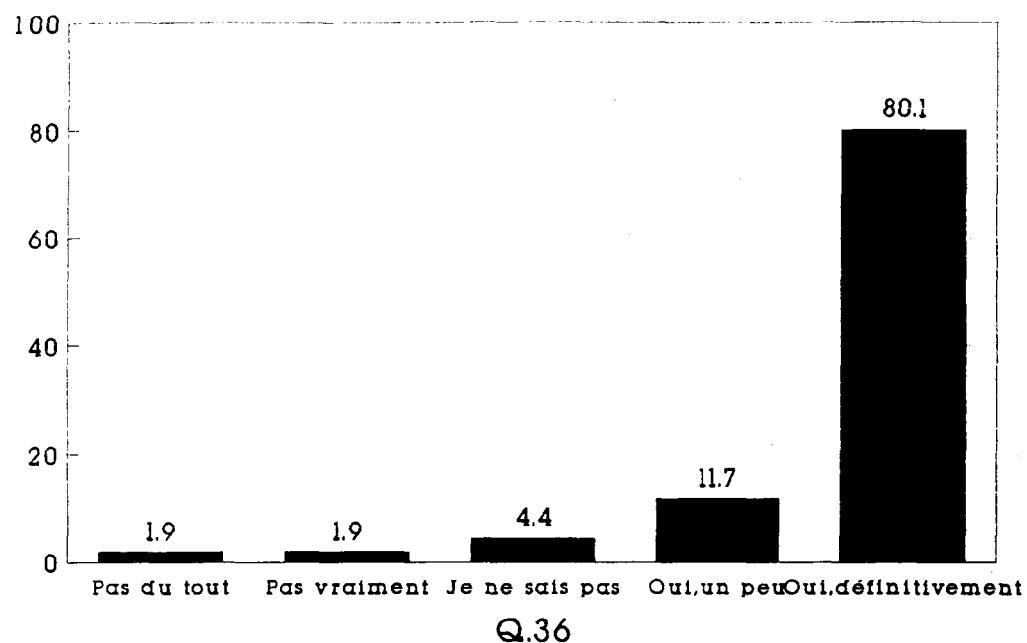


FIGURE 19

En somme, même si la satisfaction de la population à l'égard des services offerts au C.H. est plutôt positive dans l'ensemble, il demeure qu'une proportion non négligeable (**30%**) de répondants considère que ces services dispensés ne sont pas suffisamment connus des usagers. (*Annexe 14*)

Comme la qualité est une denrée fragile et vulnérable, on peut conclure que les intervenants du C.H. utilisent les moyens appropriés pour atteindre le meilleur équilibre entre la qualité, la quantité, le coût et la promptitude dans les services dispensés à la clientèle.

A la lumière de l'analyse univariée, il nous semble opportun d'analyser quelques perspectives issues du croisement des variables jugées significatives aux fins de ce mémoire. Nous avons donc retenu 13 croisements dont les résultats figurent au tableau 10:

- | | |
|------------------------------|--|
| Y a-t-il une relation entre: | le degré de satisfaction des hommes et des femmes (Q.1 - sexe) |
| Y a-t-il une relation entre: | le diagnostic d'admission et la satisfaction (D.A. - Q.1) |
| Y a-t-il un lien entre: | le diagnostic d'admission et le niveau de connaissance et d'appréciation (D.A. - Q.36) |

- Y a-t-il une corrélation entre: le degré de connaissance et d'appréciation des hommes et des femmes (Q.36 - sexe)
- Y a-t-il une relation entre: le nombre de jours d'hospitalisation et la satisfaction (J.H. - Q.1)
- Y a-t-il une liaison entre: l'âge et la satisfaction (Age - Q.1)
- Y a-t-il un rapport entre: le nombre d'hospitalisations antérieures et la satisfaction (H.A. - Q.1)
- Y a-t-il une rapprochement entre: le nombre de jours d'hospitalisation des hommes et des femmes (J.H. - sexe)
- Y a-t-il une relation entre: le diagnostic d'admission et l'âge (D.A. - âge)
- Y a-t-il un lien entre: la connaissance et l'appréciation des services et le nombre d'hospitalisations antérieures (Q.36 - H. A.)
- Y a-t-il une corrélation entre: l'âge et le nombre d'hospitalisations antérieures (âge - H. A.)

- Y a-t-il un rapport entre: le diagnostic d'admission des hommes et des femmes (D.A. - sexe)
- Y a-t-il une relation entre: la durée du séjour hospitalier et l'âge (J.H. - âge)

Nous avons regroupé les items de satisfaction Q.2 à Q.18 dans le but d'établir les corrélations avec l'énoncé 1. Ainsi, nous n'avons considéré que la Q.1 pour traiter de la satisfaction globale.

Nous avons utilisé la même procédure pour ce qui est de la connaissance et de l'appréciation mais avec la Q.36. Cela explique les corrélations énoncées au Tableau 10.

Tableau 10.**Corrélation entre les différentes variables**

	Sexe	Age	Diag. adm.	J. hosp.	Hosp. ant.	Q.1	Q.36
Sexe	1.00						
Age	---	1.00					
Diag. adm.	-0.19 *	-0.41 *	1.00				
J. hosp.	0.04	0.30 *	---	1.00			
Hosp. ant.	---	0.11	---	---	1.00		
Q.1	0.00 *	0.08	-0.06	0.17 *	-0.09	1.00	
Q.36	-0.36 *	---	-0.07	---	-0.07	---	1.00

* correspond à une valeur statistiquement significative de «r».

Sexe et Q.1: puisque «r» = 0, cela signifie que le degré de satisfaction des hommes et des femmes semble le même.

Sexe et D.A.: On remarque que «r» = -0.19, cela signifie qu'il est significatif au seuil de 0.05. Il semble donc qu'il y a plus de femmes dans l'unité mère-enfant, ce qui est tout à fait normal, mais plus d'hommes en chirurgie. Puisque le coefficient est très faible, on peut penser qu'en fait, il y a autant d'hommes que de femmes en chirurgie.

Sexe et Q. 36: le «r» = -0.36, cela correspond à une valeur statistiquement significative; il nous semble que les femmes connaissent et apprécient davantage les services que les hommes.

D.A. et Age: puisque «r»=-0.41, cela signifie que les personnes âgées se retrouvent plus fréquemment en chirurgie et par le fait même les personnes plus jeunes sont hospitalisées à l'unité mère-enfant.

Q.1 et J. H.: le «r»=0.17, valeur statistiquement significative; il nous apparaît que plus le nombre de jours d'hospitalisation augmente, plus les usagers sont satisfaits.

Nous désirions connaître si la clientèle de l'unité mère-enfant exprimait une satisfaction plus élevée qu'une autre clientèle. C'est pourquoi, au tableau 11 nous avons questionné sur l'existence de liens entre le diagnostic d'admission et les dimensions liées à la satisfaction:

- le diagnostic d'admission et l'accueil verbal
- le diagnostic d'admission et l'accueil non-verbal
- le diagnostic d'admission et le lieu des soins
- le diagnostic d'admission et l'horaire des soins
- le diagnostic d'admission et l'efficience des soins
- le diagnostic d'admission et la présentation des repas
- le diagnostic d'admission et la composition des repas

- le diagnostic d'admission et le service des repas
- le diagnostic d'admission et la clarté des informations
- le diagnostic d'admission et la réglementation sur la cigarette
- le diagnostic d'admission et la continuité des informations

Tableau 11

Corrélation entre le diagnostic d'admission et les dimensions liées à l'échelle de satisfaction et de connaissance et appréciation.

DIAGNOSTIC D'ADMISSION	Dimension - Thèmes	Satisfaction	Connaissance Appréciation
A. Accueil verbal	-0.01	-0.02	
B. Accueil non verbal	0.00	---	
C. Lieu des soins	-0.02	-0.11	
D. Horaire des soins	-0.08	0.03	
E. Efficience des soins	---	-0.01	
F. Présentation de la nourriture	-0.03	---	
G. Composition des repas	-0.13	---	
H. Service des repas	-0.01	-0.07	
I. Clarté des informations	-0.08	-0.00	
J. Réglementation de la cigarette	-0.05	---	
K. Continuité de l'information	---	-0.02	
L. Quantité d'information	---	-0.00	

Aucune valeur statistiquement significative pour les répondants hospitalisés soit en médecine, soit en chirurgie ou au centre mère-enfant et leur niveau de satisfaction ainsi que leur degré de connaissance et d'appréciation des services reçus lors de leur séjour.

Le lecteur intéressé à d'autres corrélations peut référer au texte en annexe 10 - 11 - 12 - 13.

CHAPITRE VI

Conception de solution - Discussion - Recommandations

Après l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus par cette recherche, nous croyons que les objectifs généraux de ce mémoire ont été atteints. En effet, certaines caractéristiques de notre clientèle cible se dégagent de notre analyse. Malgré le pourcentage élevé soit 91.8% de satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts au C.H. St-Georges, nous établissons que notre pourcentage à atteindre se situe entre 95% et 100%. Même si nous nous attendions à un degré élevé de satisfaction, nous avions malgré tout une inquiétude justifiée par le peu de feedback de nos usagers. Ainsi, aucune découverte significative n'est décrite .

La Réforme de la Santé et des Services Sociaux axée sur le citoyen préconise que des mécanismes formels de médiation et de traitement des plaintes soient instaurés dans chaque établissement. Au C.H., avec la publicité entourant la mise en application de la politique des plaintes pour les usagers, nous prévoyons que la clientèle desservie utilisera plus fréquemment ce mécanisme pour exprimer son insatisfaction ou satisfaction suite à une visite dans un centre de santé. En contre-partie, cette formulation de «plainte» demeurant un mécanisme plus transparent, crédible et efficace, permettra au C.H. de questionner sa qualité des services dispensés dans le respect des droits des usagers et d'en améliorer le service globalement.

À la lecture des commentaires recueillis lors de l'entrevue ou inscrits sur notre questionnaire, il s'avère essentiel de réviser ces données, d'identifier les éléments d'insatisfaction et d'y apporter les mesures correctives dans les plus brefs délais.

Il faut reconnaître que le C.H. n'a pas publicisé ses critères et standards de qualité mais, tout au moins, les intervenants sont sensibilisés à miser sur la qualité totale. Dans une perspective d'avenir, chaque service devrait préciser ses standards de qualité et en assurer le maintien.

Nous tenons à souligner que l'importance du sujet traité pour le C.H. est de fournir la preuve formelle d'une «*garantie*» de qualité. Par cette recherche exploratoire, ce mémoire ne touche qu'une parcelle du programme d'appréciation de qualité. En résumé, l'équilibre de qualité recherché au C.H. visera le coût du service, la quantité de services, la qualité du service ainsi que la promptitude du service.

Il est vrai que notre clientèle est satisfaite mais devons-nous laisser aux oubliettes les insatisfactions résultant des comportements dérangeants de certains bénéficiaires? De plus, si la panoplie de services offerts au C. H. faisait l'objet d'un marketing soutenu et continu, aurions-nous un effet d'attraction sur d'autres clientèles? Que pourrions-nous faire de «différent» pour justifier que la clientèle fréquente notre C.H. plutôt qu'un autre C.H.?

étaient proportionnels à la qualité de vie des employés? A la lumière des résultats obtenus, nous affirmons que la population desservie est très satisfaite des services reçus mais qu'en est-il de la qualité de vie des travailleurs, qualité de vie qui influence la productivité et la performance de l'organisation? Doit-on explorer ce domaine?

Également en se référant à la problématique du C.H. St-Georges où l'on mentionne que très peu de mécanismes existent pour mesurer la qualité des services dispensés, nous recommandons l'implantation d'un programme global d'appréciation de la qualité selon le modèle de Joan Kahn. L'élaboration d'un tel programme contribuera à répondre entièrement aux exigences du Conseil Canadien d'Agrément des hôpitaux.

Une seconde recommandation vise le développement d'outils d'évaluation des services pour chacun des secteurs d'activités.

Nous recommandons également l'élaboration d'un guide marketing des services dispensés par le C.H. suivi d'une campagne publicitaire au niveau local, régional et provincial.

En quatrième lieu, il serait pertinent de reprendre la même démarche avec l'instrument de mesure utilisé et comparer les résultats de l'année 1 et 2.

L'auteure de notre modèle retenu, Joan Kahn mentionne que «*le pont ou le lien entre la qualité de vie au travail et l'appréciation de la qualité repose sur le*

prémissse suivant : chacune de ces deux approches renforce positivement l'autre.»⁵⁴ À ce sujet, l'auteure du mémoire suggère une recherche exploratoire sur la Q.V.T. (qualité de vie au travail) des employés du C.H. L'emphase mise sur la satisfaction au travail contribuera à stimuler la motivation des travailleurs et ainsi atteindre de hauts niveaux de performance dans la dispensation des services tout en protégeant les droits et la dignité des usagers.

Recommandation 1 : Programme global d'appréciation de qualité

Le nouveau plan d'organisation du C.H. prévoit trois postes de conseillers en programmation. La direction générale pourrait confier à ces conseillers (*coordonnateurs d'appréciation*) le mandat d'élaborer un programme global d'appréciation de qualité dont l'objectif est de s'assurer que le C.H. réponde de façon optimale aux besoins de ses clients. Par la suite, un comité de travail représentatif des secteurs d'activités serait formé. Pour respecter pleinement les droits des usagers et prendre en compte la mission et les valeurs de l'établissement, le C.H. n'aura d'autre choix que de mettre en oeuvre une stratégie et une approche de gestion centrée sur la qualité totale.

À l'aide du modèle de Kahn, nous aurions un programme avec une approche orientée vers les problèmes, vers les normes et vers les buts; nous pourrions retrouver ces quelques composantes dans notre programme :

54 KAHN, Joan. op. cit. p. 38.

- manuel de politiques et procédures (*manuel de gestion*)
- paramètres (*normes*) des indicateurs
- indicateurs de résultat
- gestion des ressources humaines, matérielles, financières
- contrôle de qualité
- mécanisme d'évaluation (*à l'Interne, à l'externe*)
- satisfaction de la clientèle
- autres.

En tenant compte de certaines clés de succès⁵⁵ (*climat organisationnel propice, implication du conseil d'administration et de la direction, utilisation des structures en place, processus de sensibilisation continu, modèle d'implantation*) dès le début de l'implantation, nous croyons qu'un an plus tard, le C.H. serait en mesure de démontrer l'existence de mesures pour surveiller la qualité des services. Il va sans dire que ce programme s'intègrera progressivement à la gestion quotidienne des unités ou départements et assurera ainsi une «*garantie*» de qualité.

Recommandation 2 : Outil d'évaluation pour tous les secteurs d'activités.

Pour cette recherche, nous n'avons utilisé que quatre thèmes pour l'évaluation de la satisfaction des usagers ainsi que leur degré de connaissance et

55 MAILÉ, Catherine, BOUDREAU, Christian. «*L'appréciation de la qualité, au-delà du concept*», Revue Artère, novembre 1988, p. 17.

d'appréciation. Notre recommandation vise à élaborer une grille d'évaluation pour tous les services et sous-services du C.H.

La directrice générale par l'entremise des directeurs concernés pourra confier au chef d'unité la responsabilité d'élaborer son outil d'évaluation selon des indicateurs de résultats.

Secondé par les conseillers en programmation, le chef du service procédera selon la méthodologie utilisée par l'auteure de ce mémoire.

Par la suite, l'implantation de ce mécanisme d'évaluation et le suivi rigoureux de son application permettront d'alimenter la banque d'informations du programme global d'appréciation de la qualité au C.H.S.G.B.

Recommandation 3 : Guide marketing

Le Centre hospitalier offre une gamme de services à sa population. Par notre enquête, nous avons appris que 30% des répondants ne connaissent pas suffisamment les services offerts. Ceci justifie la recommandation d'un guide marketing, d'un plan marketing.

La fonction première d'un service de marketing est de «*décoder les messages des consommateurs et de les transmettre en termes compréhensibles au personnel*

*du marketing, d'où la nécessité que l'ensemble du personnel pense en fonction des besoins des consommateurs et y pense de la même façon : une unité de pensée».*⁵⁶

Selon les auteurs Darmon, Laroche, Pétrof⁵⁷, les services possèdent six caractéristiques spécifiques importantes au plan marketing :

- les services sont des biens intangibles
- les services sont périssables
- la performance n'est pas standard
- l'implication de l'acheteur
- une industrie décentralisée
- un faible taux de productivité (*services fondés sur main-d'oeuvre et ne peuvent être automatisés*)

Nous suggérons que le plan marketing soit réalisé à court terme et par une firme privée spécialisée dans le domaine des services hospitaliers. Préalablement, ce processus marketing impliquera des décisions, recherches et analyses de toutes sortes auprès des personnes concernées. Ce plan réflétera toutes les décisions stratégiques prises et qui devront être appliquées au cours de l'année couverte par le plan marketing ainsi que les éléments essentiels pour son exécution.

56 CHÉBAT, Jean-Charles. HÉNAULT, Georges. M. Stratégie du marketing, Les Presses de l'Université du Québec, 1977, p. 14.

57 DARMON, René Y. LAROCHE, Michel., PÉTROF, John V. Le marketing, fondements et applications, 3e édition, McGraw-Hill, Éditeurs, 1986, p. 720-721.

Ainsi, le C.H. deviendra une organisation dévouée à ses usagers car il aura le contrôle des services, une stratégie mise au point, une éducation faite au personnel, la mise en oeuvre de groupes de travail, comités ou autres et le maintien des acquis.

Recommandation 4 : Reprendre la même démarche avec l'instrument de mesure

Nous recommandons la formation d'un comité de travail regroupant des employés des unités de chirurgie, de médecine et de l'unité mère-enfant.

Le mandat confié pour l'an prochain sera la distribution des questionnaires auprès des usagers hospitalisés sur les unités désignées. Les membres du comité utiliseront le même instrument de mesure tout en suivant la même méthodologie. Ainsi, une comparaison sera possible avec les résultats obtenus et consignés dans ce mémoire.

Recommandation 5 : Recherche exploratoire de la Q.V.T. des employés du C.H.

Nous proposons à la direction générale la formation d'un groupe de chercheurs (*par exemple des étudiants universitaires - stagiaires ou autres*) pour préparer un projet de recherche sur la qualité de vie (Q.V.T.) des employés du C.H. La Q.V.T. reliée aux besoins des travailleurs fait référence à cinq niveaux possibles d'intervention : le contenu des tâches, l'environnement physique, le contexte

organisationnel, la relation entre la vie au et hors travail et la participation à la prise de décision⁵⁸. Une telle classification servirait d'outil de diagnostic pour l'étude du milieu et finalement obtenir une vision cohérente et globale de l'organisation.

Les éléments reliés à la motivation (*tâches, possibilités de croissance, reconnaissance etc.*) et à la satisfaction (*relations de travail, conditions de travail, salaire, politiques etc.*) serviront de base pour la conception d'un instrument de mesure pour connaître la Q.V.T. des employés. La même démarche poursuit par l'auteure de ce mémoire pourra être utilisée. Par la suite, un programme d'amélioration de la Q.V.T. peut s'avérer utile ainsi que les lignes de conduite à suivre pour y arriver efficacement. La formulation d'objectifs, les méthodes d'approche, l'orientation du programme, les niveaux d'interventions, la forme et la structure que prendra le programme ainsi que les ressources nécessaires sont d'autant d'éléments à considérer dans l'élaboration d'un tel programme.

Comme dans d'autres programmes visant les ressources humaines, certains obstacles peuvent nuire à l'implantation; c'est pourquoi les coordonnateurs du programme devront non seulement expliquer les motifs des changements mais de plus être attentifs aux objections, craintes, suggestions exprimées par les membres de l'organisation.

58 JACOB, Réal. «Introduction à la qualité de la vie au travail», Comportement organisationnel 1, Notes de cours, p. 13.

CHAPITRE VII

CONCLUSION

Au C.H. St-Georges, les activités sans cesse croissantes, la problématique «*fusion - défusion*», l'environnement hospitalier et le mouvement médical tels sont les éléments problématiques qui ont bloqué le devenir de l'établissement.

Comme le C.H. possède peu de mécanismes d'évaluation des services offerts à sa clientèle, nous voulions connaître si les usagers hospitalisés étaient satisfaits de la qualité des services dispensés et comment nous pouvions garantir cette qualité. Nous désirions également connaître leur appréciation et leur connaissance à l'égard de ces mêmes services.

L'instrument de mesure utilisé pour cette recherche exploratoire conclut à un haut niveau de satisfaction de la population beauceronne mais indique des insatisfactions face aux comportements dérangeants de certains bénéficiaires. De plus, nous constatons que les services offerts sont peu connus et/ou méconnus des répondants (53%) dont nous avons grandement apprécié la maturité pour l'intérêt manifesté à cette étude.

Dans le cadre de la Réforme de la Santé et des Services Sociaux, ces mécanismes d'évaluation de la qualité deviennent des défis majeurs afin d'en faire

un processus totalement intégré à la gestion qui s'harmonisera avec l'ensemble des autres composantes de la réalité hospitalière.

Les changements de plus en plus rapides de l'environnement amènent les organisations qui veulent «*rester dans la course*» à reconsiderer leurs façons traditionnelles de faire les choses. Comme la relation avec le client est la cinquième dimension du marketing mix, s'ajoutant aux fameux 4 «*P*» bien connus, (*product, pipe-lines, promotion, prix*) la direction optimisera l'utilisation des ressources humaines existantes qui suppose la recherche de la satisfaction des employés et des usagers. Il importe avant tout que de saines communications et une excellente collaboration et concertation s'instaurent entre le personnel clinique et les gestionnaires afin de bien intégrer les activités de qualité.

Nous constatons que les structures de fonctionnement de l'établissement sont en pleine évolution. Par contre, les préoccupations de l'heure (*qualité, formation, performance, efficacité, efficience, productivité... etc*) forcent une modification du fonctionnement du C.H. Il devient donc impérieux de se doter de modèles d'organisation qui «*capitalisent*» sur la valorisation et la motivation du personnel en tenant compte de l'arrière-plan tissé⁵⁹ par les traditions, les symboles, les attitudes, les philosophies, les perceptions, les mythes et les principes dans lesquels imbibe une organisation jour après jour.

59 FILLION, L. Jacques. Recueil de textes, 6e Colloque de la Fondation de l'entrepreneurship, Université du Québec à Trois-Rivières, Janvier 1989.

BIBLIOGRAPHIE

A.H.Q. Association des hôpitaux du Québec. Programme d'appréciation de la qualité d'un service du centre hospitalier : concepts de base, contenu-type, application. Direction : organisation des services de santé, Avril 1987, 99 pages.

A.H.Q. Association des hôpitaux du Québec. Programme d'appréciation de la qualité en soins de longue durée, démarche pratique d'implantation, Direction : organisation des services de santé, Mars 1988, 125 pages.

A.H.Q. Association des hôpitaux du Québec. Sondage A.H.Q. - I.Q.O.P., Opinions et enjeux concernant le réseau hospitalier, Septembre 1990, 61 pages.

A.H.Q., Association des hôpitaux du Québec. L'évènement, Bulletin de gestion des risques du Programme de gestion en responsabilité de l'A.H.Q., Volume 6, numéro 1, 8 pages.

AKTOUF, Omar. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, Presses de l'Université du Québec, 1987, 213 pages.

ALBRECHT, Karl. ZEMKE, Ron. La dimension service, Les éditions d'organisation, 1987, 188 pages.

ALBRECHT, Karl. ZEMKE, Ron. La dimention service, Paris : Les Éditions d'organisation, 1987, 188 pages.

BÉGIN , Clermont. L'implantation de projet de rationalisation dans le domaine des affaires Sociales : analyse décisionnelle, Rapport de recherche, Université Laval, Septembre 1984, 134 pages.

BÉLANGER, Laurent. PETIT, André. BERGERON, Jean-Louis. Gestion des ressources humaines, une approche globale et intégrée, Gaétan Morin, éditeur, 1983, 419 pages.

BERNARD, M. Caron, J. BELLAVANCE, BILODEAU, F. GIROUX, H. Document de travail : retraite - réflexion, Octobre 1992, 74 pages.

BERNIER, Gilles. «CHRB : Il faut unir nos efforts», Lettres ouvertes, Éclaireur Progrès, 24 février 1988.

BILODEAU, Michel. «Appréciation de la qualité au niveau du département : un programme complet, réaliste et efficace», Administration hospitalière et sociale, Mars, Avril, 1986, pages 23 à 29.

BLANCHET, Suzanne. «Gestion intégrale de la qualité, À la vie, à la mort» Nursing Québec, Volume 13, numéro 4, Juillet, Août, 1993, pages 21-22.

BONNET-LECUIR, M. FADIER, M. CIRIER-DESPORTES, C. GRANCHETTE, F. KAPP, B. Des groupes qualité pour les hôpitaux et les cliniques, Les éditions d'organisation, Paris, 1988, 122 pages.

BOURASSA, Jean. La fréquentation hospitalière au C.H.R.B., une étude descriptive et évolutive de 1981 - 82 à 1984 - 85, D.S.C. du C.H.R.B., Septembre 1989, 37 pages.

BRASSARD, Normand. «Implantation et évaluation d'un programme d'assurance de qualité des soins médicaux» Colloque : parlons qualité, Bulletin, Vol XXXII, no. 6, Novembre 1992.

BRETON, Pierre. «Statu quo anté», Éditorial, Beauce Média, 24 mai 1988.

BRUNET, Jacques. «La fusion du Centre Hospitalier régional de Beauce était un leurre», Actualité Médicale, 15 juin 1988.

C.G.O. Pour C.H.S.G.B., Analyse de la demande de soins de courte durée de la population de notre territoire de desserte, Avril 1994, 37 pages.

CAMPBELL, D. CHRISTOPHER, K. «The evolution of a patient satisfaction survey», Dimensions, Février 1991, pages 18 à 20.

CAPIELLO, André. «La qualité totale serait-elle le seul moyen de sauver le système?», Actualité médicale, Juin 1993, page 3.

CHAMPAGNE, François. «Le marketing et la planification des services de santé», Administration hospitalière et sociale, Septembre, Octobre 1981, pages 18 à 28.

CHÉBAT, Jean-Charles. HENAUT, Georges M. Stratégie de marketing, Les Presses de l'Université du Québec, 1977, 272 pages.

CLEMMER, Jim. MC NEIL, Art. La stratégie V.I.P., développer le leadership et atteindre un rendement champion, Éditions du Trécarré, 1990, 346 pages.

Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec (03). Bulletin d'information, Volume 14, numéro 2, automne 1989, 15 pages.

Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec (03-12). Bulletin d'information, Volume 15, numéro 2, printemps 1990, 19 pages.

Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec (03-12). Bulletin d'information, Volume 16, numéro 1, printemps 1991, 23 pages.

Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec (03-12),
Bulletin d'information, Volume 16, numéro 2, automne 1991, 15 pages.

Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec (03-12),
Bulletin d'information, Volume 17, numéro 01, printemps 1992, 27 pages.

CONTANDRIOPoulos, André-Pierre. CHAMPAGNE François. POTVIN, Louise.
DENIS, Jean-Louis. BOYLE, Pierre. Savoir préparer une recherche, Les Presses de l'Université de Montréal, 1990, 195 pages.

CORRIVAUlT, Martine. «L'hôpital malade», Bloc-notes, Le Soleil, 19 novembre 1987.

D.S.C. région de Québec, Chaudière-Appalaches et C.S.S.S. Description des principaux problèmes de santé et de bien-être pour la santé et le bien-être de la population des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches, Septembre 1990, 220 pages.

DAIGNEAULT, R. TURGEON, J.M. BOUCHER, J. «Un remède inusité pour l'amélioration de la qualité», Bulletin, Volume XXXII, numéro 6, Novembre 1992, pages 37 à 41.

DALLAIRE, Marcellin. «Taux normal de plaintes au CHRB», Beauce Média, 24 novembre 1987.

DARMON, René Y. LAROCHE, Michel. PÉTROF, John V. Le marketing, fondements et applications, 3e édition. McGraw-Hill, Éditeurs, 1986, 865 pages.

DEGON, Renaud. Les études marketing. Pourquoi? Comment?, Les éditions d'organisation, 1990, 268 pages.

DENONCOURT, Serge. GRÉGOIRE, Jean. VEILLEUX, Marie-France. Le support au rôle de parent, rapport de recherche, D.S.C. Département de santé communautaire du C.H. de Beauceville, Mai 1993, 99 pages.

DONABEDIAN, A. Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirement for Health care, Harward University Press, 1973, 28 pages.

DUBÉ, Guy. «Trois canadiens sur quatre approuvent l'imposition du ticket modérateur», Le Soleil, jeudi 27 mai, 1993.

DUFRESNE, Jacques. DUMONT, Fernand. MARTIN, Yves. Traité d'anthropologie médicale, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985, 1245 pages.

EIGLIER, Pierre. LANGEARD, Eric. L'offre de services : concepts et décisions - working paper, no. 275, France, Université d'Aix-Marseille 111, 1983, 128 pages.

EIGLIER, Pierre. LANGEARD, Eric. Servuction, le marketing des services, McGraw-Hill, Stratégie et Management, 1988, 202 pages.

FAVRE, Henri. «Les centres hospitaliers à l'heure de la qualité totale, L'Étape du savoir-faire» Artère, A.H.Q., Volume 8, numéro 6, Juillet, Août, 1990, page 4.

FESSLER, Jean-Marie. GEFFROY, Louis-René. L'audit à l'hôpital, Les éditions ESF , Entreprise Moderne d'Édition, 1988, 151 pages.

GAGNON, Monique. D'AMOUR, Danielle. M.A.Q.S.I. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers, Tome 3, Mise à jour, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1989, 346 pages.

GAGNON, Monique. LANGE-SONDACK, Pierrette. ARLOT-TOVEL, Danièle. M.A.Q.S.I. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers, Tome 1, Rapport de recherche, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1982, 253 pages.

GAGNON, Monique. LANGE-SONDACK, Pierrette. ARLOT-TOVEL, Danièle. M.A.Q.S.I. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers, Tome 2, Manuel de l'usager, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1982, 409 pages.

GOYETTE, Robert. GENDRON, Louise. SIMARD, Anne-Marie. «Votre médecin et vous», L'Actualité, 15 novembre 1992, pages 57 à 61.

GRENIER, Raymond. DRAPEAU, Janine. DESAUTELS, Jacqueline. Normes et critères de qualité des soins infirmiers, Décarie Éditeur Inc, 1989, 221 pages.

HOROVITZ, Jacques. La qualité de service. À la conquête du client, Paris : Inter-Editions, 1987, 178 pages.

JACQUERYE, Agnès. Guide d'évaluation de la qualité des soins infirmiers, Édition du Centurion, Paris, 1983, 307 pages.

KAHN, Dr. Joan. Gestion de la qualité dans les établissements de santé, Les Éditions Agence D'Arc Inc, 1987, 223 pages.

LAFLAMME, Marcel. Diagnostic organisationnel et stratégies de développement : une approche globale, Gaétan Morin, Éditeur, 1977, 224 pages.

LAFLAMME, Marcel. Dix approches pour humaniser et développer les organisations, Gaétan Morin, Éditeur, 1976.

LANGLOIS, M. «Qualité des services et leadership dans la distribution», Revue Teoros, U.Q.A.M., Montréal, Vol. 9, no 3, pp 7-11.

LAURIN, Jacqueline. «L'évaluation de la qualité des soins infirmiers : ce n'est plus du latin», Gésiqualité, Volume 4, numéro 2, Novembre 1986, pages 3 à 5.

LAURIN, Jacqueline. Évaluation de la qualité des soins infirmiers, 2e édition, Edisem, Paris : Maloine, 1988, 261 pages.

LÉGARÉ, Jacques. «Le C.H.R.B. n'existe plus», Éclaireur Progrès, 22 avril 1990.

- LEICHNER, Pierre. PERREAULT, Michel.** Développement et validation d'une échelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie, Rapport final, Avril 1990, 92 pages.
- LEVINE, David.** Rapport d'observation au C.H.S.G.B., Avril 1992, 29 pages.
- LEVIN, R. DEVEREUX, S.** «Surveying patient satisfaction by interviewing in person», Dimensions, Juin 1986, pages 30-31.
- LORRAIN, Jean. PETTERSEN, Normand. JACOB, Réal.** Comportement organisationnel 1, Notes de cours, Département d'administration et d'économique, Université du Québec à Trois-Rivières, 1984, 542 pages.
- M.S.S.S. Ministère de la Santé et des Services Sociaux**, La Politique de la santé et du bien-être, 1992, 192 pages.
- M.S.S.S., Ministère de la Santé et des Services Sociaux**, Une réforme axée sur le citoyen, Décembre 1990, 91 pages.
- MAILLÉ, Catherine. BOUDREAU, Christian.** «L'appréciation de la qualité, au-delà du concept», Revue Artère, novembre 1988.
- MAILLÉ, Catherine.** Programme global d'appréciation de la qualité dans un établissement de santé, Séminaires sur l'appréciation de la qualité, AHQ, 1984, 13 pages.
- MARTEL, Rita. LATOUCHE, Françoise.** Le contrôle statistique de la qualité en milieu hospitalier : un modèle opérationnel, Presses de l'Université Laval, 1990, 119 pages.
- MINTZBERG, Henry.** Structure et dynamique des organisations, Les éditions Agence D'Arc Inc, Les éditions d'organisation, 1982, 434 pages.
- MORISSETTE, Dominique. GINGRAS, Maurice.** Enseigner des attitudes, planifier, intervenir, évaluer, Les Presses de l'Université Laval, De Boeck-Wesmael, 1989, 193 pages.
- PÉRUSSE, Michel.** Aspects psycho-sociaux en santé au travail MOX - 63334, Recueil de textes, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine Université Laval, septembre 1982, 551 pages.
- PINEAULT, Raynald.** «Rationalisation de l'évaluation et du contrôle dans les organismes de santé», Administration hospitalière et sociale, Mars, Avril, 1977, pages 14 à 25.
- PINEAULT, Raynald. DAVELUY, Carole.** La planification de la santé, les éditions Agence d'Arc inc., 1989, 480 pages.

PROULX, Marc-Urbain. Espace, interaction et économie, Recueil de textes, Groupe de recherche et d'intervention régionale, Université du Québec à Chicoutimi, Cours séminaire de spécialisation, décembre 1990, 46 pages.

ROY, Michel. «L'intransigeance mène au chaos» Éditorial, Éclaireur Progrès, 8 novembre 1987.

SAYEM, Nour. «La qualité en milieu hospitalier, évolution ou révolution?» Artère, A.H.Q., Juillet, Août, 1986, pages 17 et 18.

SELLTIZ, Claire. WRIGHTSMAN, Lawrence S. COOK, Stuart W., Les méthodes de recherche en sciences sociales, les éditions H.R.W., Montréal, 1977, pages 90 à 113.

Table de concertation régionale Chaudière-Appalaches Santé et Services Sociaux, Bâtir ensemble une région en santé, Actes du colloque, Juin 1990, 72 pages.

THOMAS, Jill. «A hospitalwide», Revue Dimensions, February 1990, 35 pages.

THURSTON, Heather. «Nursing QA programe puts patients on a pedestal» Dimensions, February 1986, page 24.

WERTHER Jr, William B. DAVIS, Keith. LEE-GOSSELIN, Hélène. La gestion des ressources humaines, McGraw-Hill, Éditeurs, 1985, 716 pages.

WHITE, Jennifer. «Five principles to simplify the QA process» Dimensions in Health Service, Volume 58, numéro 11, Février 1986, pages 15 à 17.

ZUCCARO, Geneviève. Un plan marketing pour le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, Édition : Montréal, 1991, 130 pages.

ANNEXE I

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DES SERVICES

Questionnaire d'appréciation des services

Identification de l'unité: _____

Vos réponses nous permettront de mieux percevoir vos besoins et d'améliorer la qualité de votre centre. Cocher

Soins et traitements

	Toujours	quelquefois	rarement
1. Vous a-t-on informé de:			
- Vos examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vos traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous reçu les soins et l'aide nécessaire?			
- Du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au départ vous a-t-on donné les informations utiles pour votre retour à la maison?	oui	non	

Environnement - votre chambre

	oui	non
4. Avez-vous été satisfait de la propreté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les visiteurs vous ont-ils dérangé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'interdiction de fumer était-elle respectée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous été incommodé par le bruit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quel bruit: _____

Repas

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. L'heure des repas vous convenait-elle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vos aliments étaient-ils à la bonne température? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vos aliments étaient-ils apétissants, bien présentés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Accueil et information

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. À votre arrivée, vous a-t-on bien accueilli? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous lu le guide d'accueil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Quels renseignements devraient être ajoutés ou enlevés de ce guide d'accueil. | <hr/> <hr/> | |

Appréciation générale

14. Le personnel dans l'ensemble des services a-t-il été

<input type="checkbox"/> attentif	<input type="checkbox"/> poli
<input type="checkbox"/> peu attentif	<input type="checkbox"/> impoli

15. L'hôpital a-t-il répondu à vos attentes?

<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non

Pourquoi?

Questionnaire d'appréciation à remplir.

Faites parvenir à la direction générale le formulaire d'appréciation avec vos commentaires et suggestions concernant nos soins et services, ou encore remettez-le au poste de garde de l'unité.

ANNEXE II

APPRÉCIATION DE SÉJOUR AU CENTRE HOSPITALIER (PÉDIATRIE)

**APPRÉCIATION DE SÉJOUR
AU CENTRE HOSPITALIER**

PÉDIATRIE

Afin de nous aider à maintenir et / ou améliorer la qualité de nos services nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Accueil

	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
On vous a bien accueilli à votre arrivée au département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel vous a donné des informations selon vos besoins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On est poli et respectueux avec vous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez lu les politiques que l'on vous a remises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soins

On vous a informé des traitements de votre enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a reçu des soins avec respect et délicatesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On vous a aidé, si besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel Infirmier: degré de satisfaction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Environnement

Le lit et la chambre sont propres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température est confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit est tolérable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les visiteurs ne vous ont pas dérangé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires et suggestions.

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire.

ANNEXE III

FICHE D'ÉVALUATION

Fiche d'évaluation.

Qualité des services offerts à notre clientèle

Monsieur, Madame,

Dans le but de vous offrir des services de qualité, nous aurons besoin de quelques minutes de votre temps afin que vous répondiez à notre enquête.

Ce questionnaire est confidentiel et les résultats nous permettront d'évaluer si nos services répondent à vos besoins et d'apporter les correctifs s'il y a lieu.

(Merci de nous aider à vous aider.)

Titre: Services de la clinique externe.

Heure d'arrivée:

Visite: oui non

Avec rendez-vous:

But de la visite: **Prise de sang:** **Test:**

Radiographie:

Consultation médicale:

Accompagne un malade

Accompagne un malade:

Autres raisons: _____

Combien de temps avez-vous attendu? _____ minutes

Vous a-t-on informé du délai d'attente?: **oui** **non**

Expliquez: _____

Environnement

Comment trouvez-vous l'accueil?		oui	non
	Chaleureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiède	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La salle d'attente?	Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bruyante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel bruit? _____

Etes-vous satisfait de

	Oui	non	plus ou moins
Signalisation des lieux:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éclairage:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aération:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des lieux:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expliquer: _____

L'interdiction de fumer est-elle respectée? oui non

Orientation

Le local du rendez-vous était-il

Facile à trouver:
Difficile à trouver

Avez-vous reçu l'aide nécessaire? oui non

Appréciation générale:

Le personnel dans l'ensemble a-t-il été:

Attentif?	<input type="checkbox"/>	Poli?	<input type="checkbox"/>
Très attentif?	<input type="checkbox"/>	Impoli	<input type="checkbox"/>
Peu attentif?	<input type="checkbox"/>		

L'hôpital a-t-il répondu à vos attentes?

oui non plus ou moins

Pourquoi? _____

Au départ, vous a-t-on donné les informations utiles pour votre retour à la maison?

oui non
Information non nécessaire

Commentaires: _____

Merci de nous aider à vous aider

Déposer ce questionnaire complété à votre sortie dans la boîte placée à cet effet.

Merci

ANNEXE IV

INFORMATION À L'USAGER LORS DE SON ADMISSION

Bonjour,

Dans le but d'améliorer les services offerts à notre clientèle, une infirmière du Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce vous rendra visite dans le cadre d'une étude sur la satisfaction des services reçus lors de votre hospitalisation.

Elle vous expliquera en quoi consiste cette recherche.

Jacynthe Poulin, infirmière

Responsable de la recherche

Préposée à l'admission

A détacher

CONSERVER CETTE PARTIE À L'ADMISSION

Nom : _____

Dossier : _____

Date d'admission : _____

Chambre : _____

Merci de votre collaboration pour cette recherche

Jacynthe

ANNEXE V

LETTRE À L'USAGER SUR L'ÉTUDE À L'ÉGARD DES SERVICES

1500, 18e Rue, Saint-Georges-Ouest
(Québec), G5Y 4T8

(418) 228-2031
Télécopieur
(418) 227-3825

Bonjour,

Je suis infirmière au Centre Hospitalier Saint-Georges de Beauce et avec l'autorisation de Madame Julie Doyon-Proulx, directrice générale, je mène actuellement une étude sur la satisfaction de l'usager à l'égard des services reçus lors de son hospitalisation.

Pour ce faire, un questionnaire vous sera remis pour compléter avant votre départ de l'hôpital.

Le temps requis pour répondre aux questions est d'environ dix (10) minutes.

Soyez persuadé que les réponses données seront traitées avec la plus stricte confidentialité. Aucun renseignement ne sera ajouté à votre dossier médical.

Par la suite, un rapport sera rédigé pour le centre hospitalier et comprendra l'ensemble des opinions de la clientèle rencontrée; aucun nom ne sera divulgué.

Cette recherche vise l'amélioration des services offerts à la clientèle.

Soyez donc bien à l'aise pour dire franchement tout ce que vous pensez.

Votre participation sera grandement appréciée.

Jacynthe Poulin, Infirmière
Responsable de la recherche

Vous pouvez me rejoindre au centre hospitalier au poste : 7071

ANNEXE VI

FORMULE DE CONSENTEMENT

 Centre hospitalier
Saint-Georges de Beauce

1, 18e Rue, Saint-Georges-Ouest
(bec), G5Y 4T8

(418) 228-2031
Télécopieur
(418) 227-3825

**Étude sur la satisfaction de la clientèle hospitalisée au Centre Hospitalier
Saint-Georges de Beauce.**

FORMULE DE CONSENTEMENT

Dans le cadre de cette recherche, j'accepte de rencontrer l'infirmière responsable de cette enquête et de donner accès à mon dossier pour connaître le diagnostic de mon admission.

J'ai reçu l'assurance que le contenu de notre rencontre demeurera confidentiel et aucun renseignement ne sera ajouté à mon dossier médical.

Je pourrai mettre fin à ma participation en tout temps si je le juge nécessaire.

Date : _____ Signature : _____

Infirmière responsable de la recherche

Jacynthe Poulin

ANNEXE VII

SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA CLIENTÈLE

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

S'il vous plaît cocher la case appropriée

SEXÉ : féminin _____
masculin _____

GROUPE D'ÂGE : 17-39 ans _____
 31-45 ans _____
 46-60 ans _____
 61-75 ans _____

STATUT : célibataire _____
marié(e) _____

_____ (à compléter par la responsable de la recherche) _____

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ANTÉRIEURES :

AUCUNE _____
1 _____
2 _____
3 et plus _____

DIAGNOSTIC D'ADMISSION : _____

ANNEXE VIII

TABLEAU DE L'OBJET DE MESURE

TABLEAU D'ANALYSE DE L'OBJET DE MESURE

	THÈMES	SOUS-THÈMES	DIMENSION	QUESTIONS
QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS au C.H. St-Georges de Beauce	Accueil	Attitude	1. Verbale	A
			2. Non verbale	B
	Soins	Adéquation	1. Lieu	C
			2. Horaire	D
			3. Efficience	E
	Alimentation	Équilibre	1. Présentation	F
			2. Composition	G
			3. Service	H
	Information	Prévention et Éducation	1. Clarté	I
			2. Règlementation	J
			3. Continuité	K
			4. Quantité	L

ANNEXE IX

MESURE DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE INTERNE

VERSUS

LES SERVICES OFFERTS AU CENTRE HOSPITALIER ST-GEORGES DE BEAUCE

**MESURE DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE INTERNE VERSUS LES SERVICES OFFERTS AU
CENTRE HOSPITALIER SAINT-GEORGES DE BEAUCE**

COCHER LA RÉPONSE DE VOTRE CHOIX

Etes-vous satisfait(e)...

	Très Insatisfait(e)	Plutôt Insatisfait(e)	Indifférent(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
1. de la qualité des services offerts au C.H. Saint-Georges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. de la façon dont le personnel vous parle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. lorsqu'il y a changement d'infirmier(ère) pour donner vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. de la température des aliments lorsque vous recevez votre repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. de la clarté des explications données concernant les services offerts au C.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. de l'attention du personnel lorsque vous exprimez vos émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. de l'application des politiques et règlements sur la cigarette dans l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. de l'entretien de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. du climat qui règne sur le département où vous êtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COCHER LA RÉPONSE DE VOTRE CHOIX

Etes-vous satisfait(e)...

10. lorsqu'on vous parle beaucoup à votre arrivée au département
11. du temps alloué pour vous donner un soin ou un traitement
12. de la variété des aliments lorsque vous recevez votre repas
13. de l'écoute des professionnels de la santé lorsque vous leur parlez de votre maladie
14. de la manière dont le personnel non-clinique (secrétariat, entretien-ménager et sécurité) agit avec vous
15. de la quantité de nourriture que vous recevez aux repas
16. des mots utilisés lorsqu'on vous informe de votre santé
17. de l'heure des repas au centre hospitalier
18. de l'attention portée lors de votre arrivée au département

Très Insatisfait(e)	Plutôt Insatisfait(e)	Indifférent(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
------------------------	--------------------------	----------------	------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

COCHER LA RÉPONSE DE VOTRE CHOIX

	Oui, définitivement	oui, un peu	Je ne sais pas	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
19. Connaissez-vous les services offerts dans le Centre Hospitalier de Saint-Georges?	<input type="checkbox"/>				
20. Êtes-vous informé des traitements et des soins que l'on vous donne?	<input type="checkbox"/>				
21. Pensez-vous que le personnel s'occupe suffisamment de vous?	<input type="checkbox"/>				
22. Selon vous, le personnel vous donne-t-il beaucoup d'explications lors de votre admission?	<input type="checkbox"/>				
23. Recevez-vous les informations nécessaires concernant les médicaments que vous prenez?	<input type="checkbox"/>				
24. Peut-on dire que le personnel vous regarde lorsqu'il vous parle?	<input type="checkbox"/>				
25. À votre départ de l'hôpital, recevez-vous toute l'information nécessaire à votre convalescence?	<input type="checkbox"/>				
26. Vous arrive-t-il que les comportements (cris-pleurs) de certains bénéficiaires vous dérangent?	<input type="checkbox"/>				
27. Considérez-vous la grandeur de votre chambre adéquate pour y recevoir vos soins ou traitements?	<input type="checkbox"/>				
28. Est-ce que le personnel vous donne les bons soins au bon moment?	<input type="checkbox"/>				

COCHER LA RÉPONSE DE VOTRE CHOIX

	Oui, définitivement	oui, un peu	Je ne sais pas	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
29. Peut-on dire que vous avez un bon service en ce qui concerne les repas?	<input type="checkbox"/>				
30. Vos repas sont-ils servis à la même heure chaque jour?	<input type="checkbox"/>				
31. Diriez-vous que les informations données lors de votre hospitalisation, vous aideront pour votre guérison?	<input type="checkbox"/>				
32. Peut-on dire que vous recevez vos soins et traitements à des heures régulières?	<input type="checkbox"/>				
33. Les explications données concernant votre maladie, sont-elles faciles à comprendre?	<input type="checkbox"/>				
34. Peut-on dire qu'on vous donne tous les soins et traitements requis pour votre maladie?	<input type="checkbox"/>				
35. Au C.H. Saint-Georges, donne-t-on suffisamment d'informations en prévention et en éducation lors d'une hospitalisation?	<input type="checkbox"/>				
36. Si un parent ou un(e) ami(e) avait besoin de soins, lui conseilleriez-vous le Centre Hospitalier de Saint-Georges de Beauce?	<input type="checkbox"/>				

MERCI DE PARTICIPER À L'AMÉLIORATION DE NOS SERVICES**VEUILLEZ METTRE LE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE,
CACHETER ET DÉPOSER AU POSTE DE GARDE****LA RESPONSABLE DE CETTE RECHERCHE FERA LA CUEILLETTE CHAQUE JOUR**

ANNEXE X

**CORRÉLATION ENTRE
VARIABLES DÉCRIVANT LES RÉPONDANTS
ET
RÉSULTATS AUX ITEMS RELATIFS À LA SATISFACTION**

Corrélations (PEARSON CORR) entre variables décrivant les répondants
et résultats aux items relatifs à la satisfaction

- - Correlation Coefficients - -

	AGE	DA	HA	JOURS	SEXE	STAT.
Q02	.0243	-.0300	-.0424	.0723	-.0187	.0351
Q03	.1181	-.0584	.0012	.0764	.0343	.0135
Q04	.0600	.0167	-.0864	.0529	.0241	-.0083
Q05	.1319	-.0943	-.0256	.2164**	.0029	.0151
Q06	.0454	.0046	.0730	.1395*	-.0236	.0007
Q07	-.0193	-.0462	-.0509	-.0180	-.0858	-.0578
Q08	.0836	-.0404	-.1124	.0295	.0379	.0135
Q09	.0119	.0023	-.0023	.0853	-.0332	-.0230
Q10	.1425*	.0067	.0251	.0482	.0600	.0306
Q11	.1110	-.0751	.0222	.0905	.0488	.0063
Q12	.0952	-.0721	-.0873	.1075	.0241	-.0263
Q13	-.0426	.0450	.0177	.0856	-.0231	-.0464
Q14	.2050**	-.0725	-.0537	.1674*	.0628	-.0066
Q15	.1704*	-.1267	-.0447	.1548*	.0441	.0328
Q16	.0842	-.0433	-.0390	.1451*	.0274	-.0242
Q17	.1401*	-.0147	-.0110	.0988	.1445*	.1440*
Q18	.1525*	-.0130	-.0076	.0982	.1777*	.1353

* = Signif. LE .05 ** = Signif. LE .01 (2-tailed)

" . " is printed if a coefficient cannot be computed

ANNEXE XI

**CORRÉLATION ENTRE
VARIABLES DÉCRIVANT LES RÉPONDANTS À L'ITEM Q18**

Corrélations (PEARSON CORR) entre variables
décrivant les répondants et résultats à l' item Q18

- - Correlation Coefficients - -

	AGE	DA	HA	JOURS	SEXE	STAT.
Q01	.0763	-.0607	-.0907	.1650*	-.0004	-.0020

* = Signif. LE .05 ** = Signif. LE .01 (2-tailed)

" . " is printed if a coefficient cannot be computed

ANNEXE XII

**CORRÉLATION ENTRE
VARIABLES DÉCRIVANT LES RÉPONDANTS
ET
RÉSULTATS RELATIFS À LA CONNAISSANCE ET L'APPRÉCIATION**

Corrélations (PEARSON CORR) entre variables décrivant les répondants
et résultats relatifs à la connaissance et à l'appréciation

-- Correlation Coefficients --

	AGE	DA	HA	JOURS	SEXE	STAT.
Q19	.0748	-.0752	.2890**	-.0409	-.1360	.0154
Q20	-.1705*	.0110	.1029	.0332	-.4143**	-.1056
Q21	-.1110	-.1533*	.0000	-.0014	-.4211**	-.2940**
Q22	-.0621	-.0904	-.0683	-.0229	-.2417**	-.1647*
Q23	-.1343	.0196	.0648	-.0161	-.2775**	-.0904
Q24	-.2710**	.0140	.0702	-.0237	-.4598**	-.2170**
Q25	-.1391	.0162	.0237	-.1435*	-.3080**	-.0714
Q26	-.1825*	-.0319	-.0220	-.0725	-.1753*	-.0655
Q27	.0456	-.1147	.0713	.0208	-.2521**	-.1350
Q28	-.1378*	-.0713	.0935	-.0453	-.4610**	-.2730**
Q29	.0244	-.0707	-.0009	-.0392	-.2707**	-.1430*
Q30	-.0313	-.1963**	-.0182	.0103	-.4166**	-.2077**
Q31	-.0767	-.0301	.0543	.0110	-.3097**	-.1465*
Q32	-.0478	-.0733	-.0337	.0246	-.3211**	-.2237**
Q33	-.1576*	-.0521	-.0336	-.1099	-.3486**	-.1363
Q34	-.1921**	-.0560	.0564	.0058	-.4466**	-.2156**
Q35	-.0644	-.0149	-.0465	.0523	-.2270**	-.1068

* - Signif. LE .05 ** - Signif. LE .01 (2-tailed)

" . " is printed if a coefficient cannot be computed

ANNEXE XIII

**CORRÉLATION ENTRE
VARIABLES DÉCRIVANT LES RÉPONDANTS
ET
RÉSULTATS À L'ITEM Q36**

Corrélations (PEARSON CORR) entre variables
décrivant les répondants et résultats à l'item Q36

-- Correlation Coefficients --

	AGE	DA	HA	SEXЕ	STAT.
Q36	-.1013	-.1236	-.0697	-.3579**	-.1988**

* - Signif. LE .05 ** - Signif. LE .01 (2-tailed)

". ." is printed if a coefficient cannot be computed

ANNEXE XIV

**SYNTHÈSE DES DIMENSIONS RELIÉES À LA SATISFACTION
ET
À LA CONNAISSANCE ET APPRÉCIATION**

**Synthèse des dimensions reliées à la satisfaction
et à la connaissance et appréciation**

THÈMES	Dimension	% Satisfaction *	% Connaissance et appréciation **
ACCUEIL	A	Q 2 : 91.8% Q 10 : 88.2%	Q 22 : 89.2% Q 24 : 96.1%
	B	Q 6 : 90.8% Q 13 : 90.2% Q 14 : 86.3% Q 18 : 91.7%	
SOINS	C	Q 8 : 82.7% Q 9 : 88.9%	Q 26 : 52.8% Q 27 : 90.2%
	D	Q 3 : 89.8% Q 11 : 93.7%	Q 32 : 91.8%
ALIMENTATION	E		Q 21 : 96.6% Q 28 : 97.1% Q 34 : 92.7%
	F	Q 4 : 79.7% Q 12 : 88.4%	
INFORMATION	G	Q 15 : 88%	
	H	Q 17 : 85.4%	Q 29 : 93.8% Q 30 : 95.7%
	I	Q 5 : 83.4% Q 16 : 90.8%	Q 33 : 93.2%
	J	Q 7 : 81.4%	
	K		Q 19 : 70.2% Q 20 : 94.5% Q 23 : 91.1% Q 25 : 89.2% Q 31 : 84.5%
	L		Q 35 : 78%

* Nous avons considéré le % des répondants très satisfaits et plutôt satisfaits.

** Nous avons considéré le % des répondants exprimant oui, un peu et oui, définitivement.