

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
AUDREY SIMARD

MESURE ET ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS
QUI ONT FRÉQUENTÉ L'HÔPITAL DE JOUR
DU CENTRE CLÉOPHAS-CLAVEAU

FÉVRIER 2005



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.

Résumé

L'hôpital de jour est un service externe gériatrique spécialisé de deuxième instance. On y retrouve une clientèle à domicile référée pour un ou des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux qui peuvent engendrer une perte d'autonomie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994; Roy, 2001). Les établissements ont la responsabilité générale de s'assurer de la qualité des services fournis aux usagers (McNeil, 1999). Ce projet, abordé selon l'approche de consultant élaborée par Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003), avait pour but de mesurer et d'évaluer la satisfaction des usagers eu égard aux soins et services reçus à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau et ce, dans une approche de partenariat avec le milieu. Au total, 20 sujets ont participé à l'étude et présentaient quatre caractéristiques : ils demeuraient au Saguenay, avaient fréquenté l'hôpital de jour pendant un minimum de trois semaines, n'avaient pas été hospitalisés ou réinscrits à l'hôpital de jour pendant l'enquête et avaient les aptitudes cognitives nécessaires pour fournir un consentement éclairé et pour répondre au questionnaire. La procédure utilisée pour l'enquête était une entrevue dirigée à domicile d'une durée d'environ 30 minutes. La cueillette des données a été faite à l'aide du questionnaire de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001). Le questionnaire préalablement validé et utilisé pour cette enquête regroupait 44 attentes sous 12 dimensions de service et ce, dans 3 secteurs d'activités. Toutefois, les attentes des usagers n'ont pas été mesurées pour limiter la durée de l'entrevue et ce, afin de maintenir l'attention et la concentration des sujets. L'interprétation des résultats a été faite selon l'échelle d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil (1999). Les résultats obtenus auprès des 20 sujets interrogés ont été disposés et interprétés de manière à ce que les questions ne soient pas regroupées de façon aléatoire mais plutôt réparties selon les 12 dimensions du concept de service et ce, aux fins de cette étude. Les résultats ont été analysés et interprétés selon le pourcentage moyen de satisfaction chez les répondants et selon le pourcentage des répondants qui se sont dits très satisfaits. L'interprétation des résultats a révélé que le niveau de satisfaction des usagers était très élevé et a indiqué que le secteur relationnel regroupait les dimensions qui ont obtenu les plus hauts taux de satisfaction chez les répondants, suivi des secteurs organisationnel et professionnel. Enfin, cette étude a permis aux gestionnaires du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau de connaître le niveau de satisfaction des usagers qui fréquentent l'hôpital de jour, de cibler les éléments qui influencent leur satisfaction et d'identifier les points forts et les points faibles au regard des soins dispensés à l'hôpital de jour. Elle offre également aux gestionnaires l'opportunité d'établir des priorités d'actions afin d'améliorer la qualité des soins et des services, à la lumière des résultats obtenus.

Table des matières

Résumé.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Premier chapitre : La problématique.....	4
Le vieillissement de la population	5
L'hôpital de jour	7
La problématique générale et la question de recherche.....	10
Deuxième chapitre : La recension des écrits.....	13
La qualité des soins.....	14
La satisfaction	16
Facteurs associés à la satisfaction	21
Concept de service.....	24
Mesure et évaluation de la satisfaction.....	33
Troisième chapitre : La méthodologie.....	37
L'approche de consultant.....	38
Application du modèle à la démarche d'enquête	40
Aspects éthiques.....	49
Quatrième chapitre : Présentation des résultats.....	51
Cinquième chapitre : Discussion.....	57
L'analyse des résultats de l'enquête.....	58
Constats.....	65
Recommandations.....	67
Limites du projet.....	68
Critique de la démarche.....	71
Retombées pour le milieu.....	74
Publication ou diffusion des résultats.....	74

Conclusion.....	76
Références.....	79
Appendices.....	88
Appendice A : Autorisation pour la consultation des dossiers aux archives	89
Appendice B : Grille d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et des ressources.....	91
Appendice C : Questionnaire d'enquête.....	106
Appendice D : Licence d'exploitation pour le questionnaire d'enquête.....	112
Appendice E : Explication du projet, déclaration d'honneur, consentement à la recherche.....	114
Appendice F : Taux de satisfaction des répondants pour chaque question.....	120

Liste des tableaux

Tableau 1	Le concept de services de santé et services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001) : Aspect global.....	26
Tableau 2	Le concept de services de santé et services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001) : Aspect détaillé et attentes	27
Tableau 3	Calendrier des activités.....	48
Tableau 4	Taux de satisfaction des répondants selon le secteur relationnel	52
Tableau 5	Taux de satisfaction des répondants selon le secteur professionnel	53
Tableau 6	Taux de satisfaction des répondants selon le secteur organisationnel.....	55

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice d'essai, Mme Suzanne Aucoin, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi au Département des sciences humaines, pour son écoute, sa ténacité, sa disponibilité et sa capacité d'encadrement. Son soutien m'a permis d'acquérir une formation universitaire supérieure en sciences infirmières.

Je tiens aussi à remercier Mme Dominique Coutlée, coordonnatrice des programmes en milieu naturel au Centre Cléophas-Claveau et M. André Tremblay, coordonnateur à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, pour la disponibilité et la collaboration apportées pendant l'étude. J'exprime ma gratitude à tout le personnel de l'hôpital de jour pour l'intérêt démontré et les encouragements apportés pendant les rencontres qui ont eu lieu lors des réunions de service. Je remercie également le personnel des archives pour leur aide dans ma collecte des données. Je tiens particulièrement à remercier les usagers qui ont accepté de participer à cette étude et qui nous ont permis de mesurer et d'évaluer la satisfaction eu égard aux soins et services reçus à l'hôpital de jour.

Finalement, j'aimerais remercier mon conjoint, Nicolas Gascon, ainsi que mes parents, Diane Claveau et Florent Simard, pour leur amour, leur soutien, leur patience et leurs encouragements dans les moments plus difficiles. Ils m'ont aidé à obtenir mon diplôme d'études universitaires de deuxième cycle. Je vous remercie tous très tendrement.

INTRODUCTION

Autrefois, les familles étaient nombreuses et les personnes âgées demeuraient à la maison jusqu'à leurs derniers instants. De nos jours, les cercles familiaux se sont rétrécis et, lorsque des problèmes de santé affectent l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée à divers degrés, le milieu naturel ne peut parfois plus suppléer à ses incapacités. Dès lors, il faut envisager l'aide des services institutionnels afin de soutenir la personne âgée et ses proches. Le réseau de soutien formel de la personne âgée se compose des organismes d'aide gouvernementaux et des services bénévoles qui doivent offrir des soins en gérontologie centrés sur les principes de continuité, d'approche globale, d'évaluation complète de l'utilisateur, de participation de l'utilisateur et de ses proches et d'une qualité des soins à tous les niveaux d'intervention (Berger & Mailloux-Poirier, 1993).

Au Québec, on estime que 25 000 aînés en perte d'autonomie vivent à domicile et fréquentent chaque jour les services externes des 143 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des 125 centres de jour et d'une vingtaine d'hôpitaux de jour (Lefebvre, 2003). Certains services institutionnels se plaignent que les ressources humaines, matérielles et financières ne suffisent plus à répondre adéquatement aux exigences qu'impose l'alourdissement de leur clientèle. De plus, les intervenants et les gestionnaires de plusieurs CHSLD soutiennent même que l'alourdissement de la clientèle a des conséquences directes sur les soins et services offerts (Côté, 1996). Ces impacts peuvent être mesurés de nombreuses manières et la mesure et l'évaluation de la satisfaction de la clientèle constituent une avenue intéressante à cet égard.

Cette étude vise donc à mesurer et à évaluer la satisfaction des usagers qui ont reçu des soins et services de l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau et ce,

dans une approche de partenariat avec le milieu. Dans le premier chapitre, le problème sera placé en contexte et des notions telles le vieillissement de la population, l'hôpital de jour, la problématique générale et la question de recherche seront abordées. Dans le second chapitre, la recension des écrits sera présentée et portera sur les concepts de qualité des soins et de satisfaction et sur le concept de service de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre, utilisé comme cadre de référence dans la présente étude. Dans le troisième chapitre, la méthodologie privilégiée afin de procéder à l'enquête sera expliquée alors que, dans le quatrième chapitre, les résultats obtenus suite à la collecte de données effectuée auprès des usagers seront présentés. Enfin, dans le cinquième chapitre, les résultats seront interprétés et les recommandations proposées au milieu seront présentées.

PREMIER CHAPITRE
LA PROBLÉMATIQUE

En premier lieu, les notions de vieillissement de la population et d'hôpital de jour sont abordées. En second lieu, le problème à l'étude et la question de recherche sont présentés.

Le vieillissement de la population

Le vieillissement est un processus progressif auquel personne ne peut se soustraire. On ne peut arrêter ni inverser ce processus même s'il diffère et varie énormément d'un individu à l'autre (Berger & Mailloux-Poirier, 1993). Par ailleurs, le Québec fait actuellement face au vieillissement de sa population et ce, par le concours de plusieurs facteurs. Ainsi, la dénatalité, l'amélioration de l'espérance de vie et les variations des mouvements migratoires expliquent cette évolution à la hausse du nombre de personnes âgées (Hervé, 2004). Leur proportion est passée de 5,8% en 1961 à 13% en 2001 et on prévoit qu'elle s'élèvera à 15,9% en 2011 et à 29,7% en 2051 (Hervé, 2004).

Au Québec, en 2003, près d'un million de personnes avaient 65 ans et plus et les aînés représentaient plus de 13% de la population (Lefebvre, 2003). La majorité de ces aînés avaient entre 65 ans et 74 ans, étaient considérés comme de «jeunes» personnes âgées et se portaient plutôt bien. D'ailleurs, le nombre de personnes à atteindre 75 ans est de plus en plus grand. Toujours en 2003, les personnes de 75 ans à 84 ans comptaient pour le tiers de la population âgée, mais elles étaient plus nombreuses à vivre des pertes multiples. Enfin, le groupe des 85 ans et plus représentait alors 10% de la population et il est celui qui a augmenté le plus vite au cours des dernières années (Lefebvre, 2003). Dans les prochaines décennies, les générations qui arriveront au troisième âge seront nombreuses. En effet, de

2011 à 2031, les générations du baby-boom entreront dans ce cycle de leur vie et leurs besoins prendront une importance considérable, compte tenu du nombre élevé de personnes qui composent ce groupe (Hervé, 2004).

Il est toutefois difficile de définir le vieillissement car il faut alors considérer tous les changements, des altérations moléculaires aux modifications qui affectent la vie sociale des individus (Lysy, 1995). «L'homéostasie est la tendance des organismes vivants à maintenir constants leurs paramètres biologiques face aux modifications du monde extérieur» (Larousse, 1996, p. 518), c'est-à-dire qu'elle fait référence aux capacités d'ajustement et d'adaptation de l'organisme humain. Le vieillissement est causé par une difficulté à préserver l'homéostasie lors de stress physiologiques qui provoque une baisse de la viabilité et une augmentation de la vulnérabilité de l'usager (Lysy, 1995).

Les changements qui caractérisent le vieillissement sont la perte de poids, la diminution de la masse corporelle, le grisonnement des cheveux, l'apparition des rides, les troubles de la vision et, dans certains cas, une diminution de la coordination motrice (Lysy, 1995). Les problèmes de santé les plus fréquemment observés chez la personne âgée sont le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, la cécité, les troubles rénaux et les troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence (Lefebvre, 2003).

Ainsi, le vieillissement de la population entraîne une augmentation importante du nombre de personnes âgées fragiles qui sont en perte d'autonomie ou à risque de le devenir et qui voient leurs limites fonctionnelles s'accroître. Elles ont besoin d'aide pour demeurer dans leur milieu naturel, d'où l'importance des réseaux de soutien informels constitués des

membres de la famille et des proches de la personne âgée (Berger & Mailloux-Poirier, 1993). Cependant, lorsque le soignant naturel n'est plus capable de gérer la situation, il faut envisager d'autres solutions et avoir la possibilité de recourir au réseau formel qui se compose de CHSLD, de centres de jour, d'hôpitaux de jour, d'hébergements temporaires, de familles d'accueil et de ressources résidentielles intermédiaires (Berger & Mailloux-Poirier, 1993).

L'hôpital de jour

L'hôpital de jour est un service externe gérontologique spécialisé de deuxième instance destiné à une clientèle qui nécessite des interventions concertées qui peuvent comprendre l'évaluation, le diagnostic, le traitement (incluant la réadaptation), le congé, l'orientation, la formation et le soutien (MSSS, 1994; Roy, 2001). L'hôpital de jour a pour objectifs de diminuer la durée d'hospitalisation et de maintenir le plus longtemps possible, dans son milieu de vie naturel, une personne âgée aux prises avec un problème de santé relié à la maladie et au vieillissement (MSSS, 1994). Les hôpitaux de jour constituent donc un maillon important des services destinés aux personnes âgées fragiles et ce, afin de contribuer à les maintenir à domicile (Roberge et al., 1998).

Le profil de la clientèle doit être celui d'une personne à domicile, âgée de 65 ans et plus, référée pour un ou des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux, qui ne peuvent être résorbés en première instance et qui ont pour conséquence directe ou indirecte une perte d'autonomie. Les proches impliqués dans la problématique de la personne âgée en perte d'autonomie ainsi que les intervenants qui gravitent autour de ces personnes dans

le besoin constituent également la clientèle de l'hôpital de jour (Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, 2003; MSSS, 1994). Certaines personnes âgées de moins de 65 ans peuvent aussi être admises à l'hôpital de jour si elles sont référées parce qu'elles présentent des difficultés similaires reliées à des pathologies telles la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson ou la démence et qu'elles nécessitent des interventions pour stabiliser leur état (Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, 2003; MSSS, 1994).

L'usager est alors pris en charge par une équipe interdisciplinaire de soins qui a pour objectif de dégager un projet thérapeutique qui englobe toutes les facettes de sa problématique. On offre ainsi à l'usager et à sa famille un ensemble de services intégrés et convergents en matière de médecine, de soins infirmiers, d'ergothérapie, de physiothérapie, de psychologie et de nutrition (MSSS, 1994). L'équipe interdisciplinaire qui travaille à l'hôpital de jour a comme rôles d'effectuer des évaluations diagnostiques, d'offrir des traitements et de contribuer avec ses partenaires du réseau soit les centres locaux de services communautaires (CLSC), le centre de jour, le médecin traitant et les unités de courte durée et de réadaptation, à l'orientation et au suivi de l'usager (Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, 2003). Les autres rôles de l'équipe interdisciplinaire sont d'assurer la continuité des soins et des services donnés aux usagers, d'éviter la duplication des services et de mettre à profit l'ensemble des connaissances médicale, psychologique, communautaire et sociale des intervenants. L'équipe agit de façon intégrée et conviviale en s'aidant à prioriser les besoins des usagers, à développer une pratique d'intervention plus globale et à assurer des soins de qualité (Tremblay, 2003).

En 1998, le ministre de la Santé et des Services sociaux formulait quatre priorités en matière de soins et services de santé touchant l'ensemble des établissements du réseau et ce, pour les trois années suivantes. L'une d'elles visait l'amélioration de la qualité des services et exigeait de faire de la satisfaction des usagers un objectif mesurable et évaluable dans la performance des établissements. De plus, les gestionnaires des établissements de santé ont la responsabilité générale de s'assurer de la qualité des services qu'ils dispensent et l'une des manières de s'acquitter de cette responsabilité est de mesurer les résultats des soins fournis en termes de satisfaction de l'utilisateur (McNeil, 1999). Par ailleurs, la mesure de la qualité n'est utile qu'à condition d'interpréter les résultats recueillis et de les utiliser pour améliorer les soins et services donnés aux usagers. Selon la RRSSS de Montréal-Centre (2001), on ne peut améliorer ce qu'on ne mesure pas et on ne peut savoir si l'on s'améliore que si l'on se mesure. Enfin, le résultat de la mesure est utile afin de se doter de priorités d'actions au plan des soins et services.

La satisfaction des usagers est donc un des éléments centraux du processus d'amélioration de la qualité des services de santé et elle est considérée comme un résultat de soins de qualité (McNeil, 1999). Toutefois, la notion de satisfaction est vaste et plusieurs concepts existent pour la mesurer et l'évaluer. Au Québec, le concept de service de McNeil sert de cadre de référence à de nombreuses Régies régionales dans leurs enquêtes de satisfaction auprès d'utilisateurs qui utilisent différents types de services de santé. Il servira de cadre de référence à la présente enquête.

La problématique générale et la question de recherche

Les responsables de l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau ne possèdent à ce jour aucune mesure récente du taux de satisfaction des usagers qui ont recours à leurs services. L'absence de telles informations a une influence quant à la possibilité d'amélioration de la qualité des soins et des services. En effet, bien que les gestionnaires puissent travailler à améliorer les soins et services offerts aux usagers, ils le feront toujours à partir de leur propre perspective s'ils n'ont aucune mesure de la perception des usagers eu égard aux soins et services reçus.

Le but de la recherche

Cette recherche a pour but de mesurer et d'évaluer la satisfaction des usagers qui ont reçu des soins et des services de l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau entre le 14 novembre 2002 et le 3 décembre 2003 et ce, dans une approche de partenariat avec le milieu.

Les objectifs et la question de recherche

De manière plus spécifique, l'étude doit répondre, au moins partiellement, à l'interrogation suivante : Dans quelle mesure la clientèle est-elle satisfaite des soins et des services reçus à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau ? Pour ce faire, les démarches suivantes doivent être réalisées : décrire le concept de qualité des soins, approfondir le concept de satisfaction, approfondir le concept de service, mesurer la satisfaction des usagers qui ont fréquenté l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-

Claveau, émettre des recommandations suite à l'analyse des résultats et fournir au coordonnateur de l'hôpital de jour une copie de l'essai réalisé dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières.

La portée de l'étude

Cette étude, concernant la mesure et l'évaluation de la satisfaction des usagers qui ont fréquenté l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, devra révéler dans quelle mesure ces derniers sont satisfaits des soins et services reçus. Ainsi, elle permettra aux gestionnaires du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau d'identifier d'une part, les aspects sur lesquels la clientèle est davantage satisfaite et de poursuivre les efforts en ce sens et, d'autre part, de cibler les éléments responsables des insatisfactions et de définir des priorités d'actions et ce, afin de répondre davantage aux attentes des usagers et, par conséquent, d'améliorer leur taux de satisfaction.

Le contexte de la réalisation du projet

Le Centre Hospitalier Cléophas-Claveau est un établissement de santé qui dessert une population sur un territoire élargi d'environ 25 000 habitants et qui offre des soins médicaux généraux et spécialisés répartis dans les services d'urgence, d'unité de médecine de jour, de médecine générale, de consultation en services spécialisés, de cliniques externes, d'hospitalisation générale, d'hôpital de jour gériatrique, de réadaptation physique et d'unité de courte durée gériatrique.

Le Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, qui servira de cadre clinique au projet, est le seul établissement de santé de la région du Saguenay à offrir le service d'hôpital de jour gériatrique. À ce titre, il fournit des soins et des services de deuxième ligne, soit une évaluation globale de l'état de santé et de l'autonomie, une évaluation cognitive orientée vers un diagnostic gériatrique, un programme de réadaptation en physiothérapie ou en ergothérapie, un soutien psychologique et social, une information et une orientation de l'utilisateur et de ses proches vers des organismes d'aide du réseau pour les personnes âgées et ce, afin que ces dernières maintiennent leur autonomie et puissent demeurer dans leur lieu de résidence actuel.

DEUXIÈME CHAPITRE
LA RECENSION DES ÉCRITS

Le deuxième chapitre aborde en premier lieu le concept de qualité des soins et le concept de satisfaction en lien avec celui-ci. En second lieu, le concept de satisfaction et les éléments relatifs à sa mesure et à son évaluation sont approfondis. Enfin, le concept de service de Côté et McNeil (1995) qui sert de cadre de référence à la mesure et à l'évaluation de la satisfaction des usagers est présenté.

La qualité des soins

Le concept de qualité des soins dans les services de santé est un concept multiforme et multidimensionnel qui peut être défini de nombreuses manières (Grenier, 2002; Haddad, Roberge, & Pineault, 1997; Roberge et al., 1998; Vuori, 1987). La qualité des soins fait référence au degré d'excellence des différentes composantes des services de santé (Davies & Ware, 1988). Pour la RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2001), la qualité des soins se définit comme l'utilisation des ressources les plus appropriées pour permettre aux services de répondre parfaitement aux besoins et aux attentes de l'utilisateur et ce, au meilleur coût possible. La qualité des soins est un concept complexe difficile à cerner puisqu'elle représente une sorte d'équilibre entre la demande d'un usager, ses besoins, ses attentes et les ressources disponibles d'un établissement de santé (CLSC & CHSLD du Marigot, 2002). Elle est également une réponse adéquate ou optimale aux besoins des usagers dans le cadre de la mission, des orientations et des valeurs définies par un établissement (CLSC & CHSLD du Marigot, 2002).

La qualité peut aussi correspondre à l'ensemble des caractéristiques que l'on attend d'un produit, d'un soin ou d'un service (Association des hôpitaux du Québec, 1987) et peut

également être définie comme une quête du possible (Brunelle, 1993). Elle requiert l'administration du bon service, au bon moment, donné par la bonne personne, au bon endroit et vise des soins et services optimaux en termes de résultats (Rachlis & Kushner, 1992). La qualité est une dimension centrale des soins et des services sociaux qui se produit à l'intérieur d'un ensemble d'interactions entre les domaines relationnel, professionnel et organisationnel et elle est en lien étroit avec l'efficacité d'une intervention dont les objectifs demeurent l'amélioration de la santé et du bien-être de l'utilisateur, tout comme sa satisfaction (CLSC & CHSLD du Marigot, 2002; Firbank, Fermon, & Joel, 2000). De plus, il importe de ne pas dissocier les rôles et les actions des professionnels, des gestionnaires et des utilisateurs, des propriétés des divers types de services de santé et des contextes économiques, sociaux et culturels dans les représentations de la qualité (Roberge et al., 1998).

Pour Donabedian (1987), la qualité des soins concerne la capacité d'un intervenant de faire profiter l'utilisateur d'un bénéfice suite aux soins et services reçus et ce, en tenant compte de ses valeurs. Il propose un cadre conceptuel qui aborde la qualité des soins sous l'angle de la structure, des processus et des résultats et ce, en termes d'amélioration de l'état de santé et de satisfaction de l'utilisateur (Donabedian, 1980, 1988). Il distingue quatre composantes dans la qualité des soins : l'environnement, l'aspect technique des soins, les relations interpersonnelles entre les intervenants et les utilisateurs et les résultats de soins (Donabedian, 1980). Pour Palmer (1991), la qualité des soins fait également référence à la production d'une meilleure santé et d'une satisfaction des utilisateurs en tenant compte tant des contraintes technologiques et des ressources que des besoins des utilisateurs.

Toutefois, chacun des acteurs du système de santé possède sa propre opinion quant à la qualité des soins fournis et celle-ci est teintée tant par l'appartenance disciplinaire que par les caractéristiques personnelles de chacun des intervenants. Quant aux usagers, bien qu'ils ne puissent généralement évaluer seuls la qualité des soins reçus, ils peuvent cependant émettre un point de vue important et unique sur la qualité des soins et services reçus (Donabedian, 1980; Favaro & Ferris, 1991). Il est possible de recueillir la perception des usagers face aux soins et services reçus en obtenant des données sur la satisfaction qu'ils éprouvent à cet égard (Prévost & Fafard, 1997) et il s'avère essentiel de leur accorder une place grandissante dans les processus de mesure et d'évaluation de la qualité des soins (Roberge et al., 1998).

À cette fin, plusieurs Régies régionales, dont la RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec et celle de Montréal-Centre ont procédé à la mesure de la satisfaction des usagers eu égard aux soins et services reçus dans les différents établissements qu'elles chapeautent. Dans cette foulée, comme le taux de satisfaction des usagers est un des indicateurs qui permet d'obtenir des données concernant la qualité des soins et des services offerts à la population, il sera retenu aux fins de la présente enquête afin de mesurer un aspect de la qualité des soins fournis au Centre Cléophas-Claveau.

La satisfaction

La satisfaction peut être définie comme le degré de congruence entre les attentes de l'utilisateur eu égard aux soins et aux services désirés et à sa perception concernant la qualité du service réellement offert (Berry, Zeithaml, & Parasuraman, 1990; Grenier, 1998;

Guzman et al., 1988; La Monica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986; Marsh, 1999; Megivern, Halm, & Jones, 1992; Risser, 1975). Les perceptions, bien que subjectives, reflètent toutefois les préférences et les attentes personnelles des usagers et proviennent d'une réalité vécue par ces derniers (Marsh, 1999; Stamps, 1984). Elles peuvent être différentes de la réalité objective de l'expérience vécue à l'hôpital et ne pas correspondre à la perception du personnel soignant et à celle des gestionnaires (Stamps, 1984). La satisfaction des usagers sert également d'indicateur en matière de qualité des soins et elle est généralement considérée comme un résultat désiré des soins dispensés et des services disponibles (Ford, Bach, & Fottler, 1997; Grenier, 1998; Heinemann, Lengacher, VanCott, Mabe, & Swymer, 1996; Mahon, 1996; Perla, 2002; Vuori, 1987; Walsh & Walsh, 1999; Yellen, Davis, & Ricard, 2002).

Ainsi, la satisfaction de l'utilisateur est un élément dont il faut tenir compte lorsqu'on mesure les résultats des soins car elle fournit des informations importantes quant aux valeurs et aux attentes de l'utilisateur (Williams, 1994). Les attentes s'élaborent progressivement selon un idéal de service, des besoins personnels, une notion de qualité de service et une expérience passée dans des situations similaires (Scardina, 1994). Elles varient en fonction de la culture et de l'expérience de l'utilisateur et sont également des déterminants dans la satisfaction des usagers face aux soins et services reçus (Greeneich, 1993; Morin, 1999). Il est donc important que les questionnaires visant à mesurer la satisfaction incluent dans la mesure du possible les attentes des usagers (Scardina, 1994).

Toutefois, certains usagers qui ont peu d'attentes et une connaissance restreinte des services disponibles sont enclins à être plus satisfaits que ceux qui ont des attentes

importantes et parfois irréalistes (Abramowitz, Côté, & Berry, 1987; Swan, Sawyer, Van Matre, & McGee, 1985). Une attente a également une marge de tolérance qui est établie en fonction du degré de priorité donné par l'utilisateur et, plus une attente a une priorité élevée, plus la marge de tolérance est petite. La satisfaction est donc influencée par le degré de priorité donné par l'utilisateur à une attente particulière (Duperré, 2000). De même, une meilleure situation de départ induit généralement un degré de satisfaction plus élevé (Hall, Milburn, & Epstein, 1993; Morin, 1999). Un usager calme, patient et non agressif qui se présente dans un centre hospitalier peut démontrer davantage de satisfaction eu égard aux soins et services reçus que celui qui se présente stressé ou fâché avant de recevoir des soins. Ainsi, un usager qui se plaint du temps d'attente est plus susceptible d'être insatisfait des soins et des services qu'il a par la suite reçus et ce, même si ceux-ci étaient de qualité.

Les attentes des usagers vis-à-vis l'établissement de soins et les professionnels de la santé sont si importantes qu'on préconise qu'elles servent de point de départ à l'évaluation de leur satisfaction et de leur insatisfaction (Ford et al., 1997). L'utilisateur se déclare satisfait lorsque le service obtenu répond à ses attentes et démontre de l'insatisfaction dans le cas contraire. Dans cette perspective, l'intervenant qui dispense des soins et des services se doit de connaître et de comprendre les attentes de l'utilisateur avant de recevoir les soins. L'intervenant a donc avantage à s'enquérir des attentes directement auprès des usagers plutôt que de deviner leurs besoins et les critères de satisfaction qui en découlent (Churchill, 1979; Cox, Kaeser, Montgomery, & Marion, 1991; Ford et al., 1997; Heinemann et al., 1996; Lovelock, 1992). La mesure des attentes et de la satisfaction est

donc un des éléments qui fournit un indice permettant de juger de la qualité des soins et des services (Duperré, 2000).

La satisfaction des usagers subit l'influence de trois variables relatives à leurs attentes : l'aptitude du service à satisfaire les attentes de base des usagers (le niveau de qualité minimal); l'aptitude du service à répondre à leurs attentes réelles (le niveau de qualité espéré) et l'aptitude du service à aller au delà des attentes des usagers (le niveau de qualité supérieur) (Côté, 1996). Le niveau de qualité minimal correspond aux attributs de base (soins, alimentation, sécurité du milieu, propreté des lieux, etc.) que les usagers s'attendent d'obtenir. La présence de ces attributs a peu d'incidence sur le niveau de satisfaction, mais leur absence a pour effet de créer un sentiment d'insatisfaction. Le niveau de qualité espéré est lié à l'aptitude du service à satisfaire les attentes et les besoins réels exprimés par les usagers et le fait de porter une attention particulière aux attentes qu'ils expriment a certainement un effet positif sur leur niveau de satisfaction. Quant au niveau de qualité supérieur, il est atteint par des activités qui visent à dépasser les attentes des usagers, ce qui a de toute évidence un effet direct sur leur niveau de satisfaction. Il est relié à des attributs que l'organisation met en place pour séduire la clientèle (Côté, 1996) comme l'implantation d'un programme d'amélioration continue de la qualité des soins et la création d'un programme de gestion des plaintes.

De plus, la satisfaction correspond à l'expérience émotionnelle d'un usager dans un environnement particulier. Cette expérience de satisfaction se construit à partir tant de représentations que l'utilisateur a de l'hôpital et de l'hospitalisation que de façon enactive, c'est-à-dire en fonction du sens que l'utilisateur donne à sa relation avec cet environnement

(Mornet, 2001). La satisfaction est le résultat d'un processus rétroactif positif entre les représentations normatives et les représentations enactives. Bien que l'hôpital constitue le milieu où se déroulent les soins de manière globale, la nature de l'environnement est également liée aux caractéristiques de l'interaction entre l'intervenant et l'utilisateur (Mornet, 2001).

Par ailleurs, les données recueillies auprès d'un usager hospitalisé prennent un sens dans la mesure où il organise ce qu'il perçoit des soins et services reçus et formule un niveau de satisfaction qui ne correspond pas nécessairement à ce qu'il pense vraiment au moment où il en parle (Mornet, 2001). Ainsi, l'utilisateur peut avoir peur de recevoir des reproches ou d'être marginalisé par le personnel soignant et les autres usagers (Côté, 1996; Owens & Batchelor, 1996). L'expérience émotionnelle telle que vécue par l'utilisateur peut donc différer de la construction de sa satisfaction et son discours peut ne pas être formulé avec exactitude selon ce qu'il pense (Mornet, 2001).

Les habiletés relationnelles des intervenants, au-delà des aspects proprement thérapeutiques ou de la prise de contact avec l'utilisateur, représentent également la voie de transmission par laquelle les soins plus techniques sont dispensés (Donabedian, 1988). Lorsque l'utilisateur et sa famille expriment, de façon verbale ou écrite, leur satisfaction ou leur insatisfaction, ils portent donc un jugement sur tous les aspects des soins, et particulièrement sur la dimension des relations interpersonnelles avec les membres de l'équipe de soins.

Facteurs associés à la satisfaction

Les théories à la base de la satisfaction présentent des facteurs qui influencent la relation entre la satisfaction et les services réellement rendus tels la propreté des lieux et l'accessibilité aux soins et services (RRSSS de Montréal-Centre, 2001) et d'autres facteurs sont indépendants des services fournis aux usagers comme l'âge (Morin, 1999) et les traits de personnalité de ceux-ci. Ainsi, on constate que les personnes âgées sont souvent plus satisfaites que les plus jeunes eu égard aux soins et services reçus (Grenier, 1998) et qu'elles sont peu critiques quant à la qualité des soins et services (Contandriopoulos et al., 1999).

La satisfaction peut être considérée sous quatre angles d'analyse : la satisfaction de l'expérience des soins reçus, la satisfaction des résultats et des bénéfices obtenus, les sentiments globaux de satisfaction sur l'expérience des soins reçus et l'analyse personnelle des coûts et des bénéfices en lien avec le bienfait du processus de dispensation des soins et les résultats (Stamps, 1984; Ware, Snyder, & Wright, 1976; Zastowny, Stratmann, Adams, & Fox, 1995).

Différents facteurs sont toutefois à la base de la satisfaction. Certains facteurs sont liés à l'**aspect relationnel** des soins, touchent la relation du professionnel avec l'utilisateur et font référence à l'humanisation des soins et à des aspects très importants aux yeux de l'utilisateur (RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Ainsi, les usagers qui reçoivent des soins et des services de santé recherchent une relation humaine chaleureuse, personnalisée, amicale et encourageante (McColl, Thomas, & Bond, 1996; Morin, 1999) et considèrent important un contact humain empreint de douceur et de patience de la part des intervenants rencontrés

(Roberge, Ducharme, Lebel, Pineault, & Loisel, 2002). De plus, les usagers recherchent des intervenants qui les rassurent et leur donnent des conseils (McColl et al., 1996; RRSSS de Montréal-Centre, 2001).

Certains autres facteurs comme la gentillesse et le respect contribuent également à la satisfaction des usagers (Boudreaux, Mandry, & Wood, 2003), tout comme l'écoute, la discrétion et la considération (Prévost & Fafard, 1997). De plus, la relation amicale et l'humour entre le personnel soignant et l'utilisateur ont également un impact sur la satisfaction (McColl et al., 1996; Owens & Batchelor, 1996), de même que certaines qualités infirmières telles l'empathie et l'attention dont elles font preuve à l'égard de l'utilisateur (Marsh, 1999; McColl et al., 1996; Thomas et al., 1995). Enfin, d'autres qualités infirmières telles l'efficacité, la sympathie, le dévouement et le calme contribuent également à la satisfaction des usagers en matière de soins et services de santé (Eriksen, 1995; Greeneich, 1993; McColl et al., 1996).

Certains facteurs sont davantage liés à l'**aspect technique** des soins et touchent la prestation des services sous l'angle professionnel, faisant ainsi référence à un métier, une expertise, une manière bien précise de répondre aux besoins de base par un traitement (RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Le premier facteur lié à l'aspect technique des soins correspond à la compétence et à l'expertise professionnelles et fait référence aux connaissances générales du personnel soignant à l'égard des besoins des usagers, des maladies et des traitements (Marsh, 1999; McColl et al., 1996; Thomas et al., 1995). Un autre facteur lié à l'aspect technique des soins correspond à l'efficacité de la communication verbale et non verbale entre un intervenant et un utilisateur lors d'une

interaction (Arnetz & Arnetz, 1996; Doering, 1983; Marsh, 1999; McColl et al., 1996; Perla, 2002).

Les infirmières doivent également connaître les attentes et les objectifs des usagers eu égard aux soins et services reçus et leur fournir l'opportunité de participer aux décisions relatives à leur soins dans la mesure du possible (McColl et al., 1996; Owens & Batchelor, 1996; Perla, 2002). De même, la capacité des infirmières à dépister rapidement le problème principal de l'utilisateur et la nature de ses attentes tout en expliquant les alternatives ou en fournissant les informations reliées aux soins, aux diagnostics, aux examens et aux évaluations en termes clairs et compréhensibles ont également une influence sur la satisfaction des usagers (Arnetz & Arnetz, 1996; Boudreaux et al., 2003; Doering, 1983; McColl et al., 1996; Morin, 1999; O'Connell, Young, & Twigg, 1999; Prévost & Fafard, 1997; Thomas et al., 1995; Walsh & Walsh, 1999). Enfin, d'autres facteurs sont également liés à l'aspect professionnel et technique des soins tels la ponctualité des intervenants, l'information donnée sur les mécanismes de plaintes, l'utilisation de technologies de pointe par le personnel soignant et la capacité d'assurer le suivi en matière de conseils et de références (RRSSS de Montréal-Centre, 2001).

Les facteurs liés à l'**aspect organisationnel** des soins touchent l'organisation des services et réfèrent à l'environnement dans lequel les soins sont dispensés (RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Certains facteurs organisationnels comme la qualité de la nourriture, le bruit et l'environnement physique ont une influence sur la satisfaction des attentes de base des usagers (Arnetz & Arnetz, 1996; Doering, 1983; McColl et al., 1996; Thomas et al., 1995). De même, des facteurs tels l'accessibilité aux soins et aux services en

lien avec les horaires et la disposition géographique d'un établissement de santé ont également un impact sur la satisfaction (Arnetz & Arnetz, 1996; Marsh, 1999; Roberge et al., 2002; RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Quant à Prévost et Fafard (1997), ils soulignent l'importance de la présence de mettre en place des mesures de sécurité dans un environnement où des soins et services sont administrés aux usagers. De plus, la présence d'un nombre suffisant d'intervenants pour assurer les soins et services, la décoration, l'éclairage et la température des lieux ont également une influence sur la satisfaction des usagers (Thomas et al., 1995).

En plus des facteurs qui sont liés aux aspects relationnel, technique et organisationnel des soins, il semble que les infirmières jouent un rôle plus important que les médecins dans la satisfaction des usagers (Grenier, 1998, 2002). Toutefois, les usagers sont davantage en contact avec les infirmières qu'avec tout autre professionnel et celles-ci doivent constamment répondre à leurs besoins (Grenier, 1998, 2002). Il semble donc que ces deux éléments soient étroitement reliés puisque les usagers ont tendance à se dire plus satisfaits par l'aspect relationnel que par les aspects technique et organisationnel des soins (RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001; RRSSS de Montréal-Centre, 2001).

Concept de service

Le concept de service regroupe et définit un ensemble de composantes des soins et services de santé qui sont importantes pour les usagers. Il porte sur les secteurs d'activités, les dimensions et les attentes des usagers et peut servir de cadre de référence lors d'activités de mesure et d'évaluation de la satisfaction des usagers.

En mai 1994, la RRSSS de Montréal-Centre, préoccupée de la qualité des services qu'elle rend et de la satisfaction de ses usagers, a effectué une enquête auprès de la population montréalaise afin de préciser la notion de concept de service et les dimensions de celui-ci qui ont une influence sur le niveau de satisfaction des usagers. Ainsi, les attentes de la population face aux services de santé et leur degré d'importance ont été identifiés pour ensuite mesurer le niveau de satisfaction des usagers face à ces attentes et aux dimensions du concept de service (Côté & McNeil, 1995). À cette fin, la RRSSS de Montréal-Centre a utilisé des groupes de discussion constitués des publics cibles de tout le réseau de la santé et a effectué un sondage auprès de 4 000 personnes âgées de plus de 15 ans et résidant à Montréal. Les résultats obtenus lors de ce sondage avaient permis de préciser le concept de service alors constitué de 39 attentes, regroupées dans 3 secteurs d'activités et selon 12 dimensions (Côté & McNeil, 1995).

Toutefois, une mise à jour du concept de service faite en 2000 à partir des attentes déjà identifiées lors de la première étude de 1994, a ajouté cinq attentes supplémentaires pour un nouveau total de 44 attentes. Elles sont toujours regroupées sous 12 dimensions de service et ce, dans trois secteurs d'activités (RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Le tableau 1 présente l'aspect global du concept de services en matière de santé et de services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001). Le tableau 2 détaille le concept de services de santé et de services sociaux en précisant les attentes de l'utilisateur.

Tableau 1

Le concept de services de santé et services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001)
Aspect global

Secteur relationnel	Secteur professionnel	Secteur organisationnel
Ce secteur touche la relation avec le client, réfère à l'humanisation des soins et à des aspects très importants aux yeux de l'utilisateur.	Ce secteur touche la prestation du service sous l'angle professionnel, fait référence à un métier, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par un traitement.	Ce secteur touche l'organisation du service, réfère à l'environnement. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort : le service peut être plus ou moins accessible et les systèmes, politiques et procédures peuvent assurer ou non la rapidité, la continuité et la facilité du service.
Dimensions	Dimensions	Dimensions
Dignité Intimité Empathie	Fiabilité Responsabilisation Apaisement Solidarisation	Facilité Continuité Accessibilité Rapidité Confort

Source : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001). *Évaluer pour s'améliorer : Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2001*, (p. 8). Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 2

Le concept de services de santé et services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001)
Aspect détaillé et attentes

Secteur	Dimension	Attentes
Relationnel : C'est la relation avec l'utilisateur. Il réfère à l'humanisation des soins et à des aspects importants aux yeux de l'utilisateur.	<i>Dignité :</i> C'est le respect et la considération que mérite une personne.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que l'on vous traite avec respect. 2. Que l'on respecte vos choix et qu'on ne vous force pas à faire certaines activités. 3. Que l'on ne s'occupe pas seulement de votre problème immédiat, mais qu'on tienne compte de l'ensemble de votre personne. 4. Que l'on tienne compte de votre culture et de vos habitudes de vie. 5. Que tous les gens soient traités également, sans aucune discrimination.
	<i>Intimité :</i> Assure à l'individu une relation personnalisée, sécuritaire et confidentielle.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Que l'on ne pose pas de questions qui n'ont aucun rapport avec votre problème. 7. Que l'on ne pose pas de gestes qui ne sont pas requis par votre état ou problème. 8. Que l'on fasse preuve de discrétion à votre égard. 9. Que l'on traite votre dossier de manière confidentielle. 10. Que l'on respecte votre intimité physique.
	<i>Empathie :</i> C'est exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive.	<ol style="list-style-type: none"> 11. Que l'on prenne le temps nécessaire pour s'occuper de vous. 12. Que l'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) rencontré vous écoute attentivement et vous prenne au sérieux.

Source : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001). *Évaluer pour s'améliorer : Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2001*, (p. 9). Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 2

Le concept de services de santé et services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001)
Aspect détaillé et attentes (suite)

Secteur	Dimension	Attentes
Professionnel : C'est le service sous l'angle professionnel. Il fait référence à un métier, une expertise, une façon de répondre aux besoins de base.	<i>Fiabilité :</i> C'est l'assurance d'un fonctionnement sans problème à l'intérieur de limites connues ou raisonnables.	13. Que l'ensemble des personnes rencontrées aient de la considération pour les membres de votre famille ou de votre entourage qui vous assistent. 14. Que l'ensemble des personnes rencontrées vous comprennent bien. 15. Que les rendez-vous soient traités avec ponctualité. 16. Que l'on vous informe de la façon dont vous pouvez vous plaindre si vous êtes insatisfait (e) du service offert. 17. Que l'ensemble des personnes rencontrées soient compétentes. 18. Que vous ayez une réponse aux examens et évaluations qui sont faits, que ce soit positif ou négatif. 19. Que les équipements et technologies soient de pointe.
	<i>Responsabilisation :</i> Ce qui peut recourir à augmenter l'autonomie de quelqu'un, sa capacité à prendre des initiatives et à assumer ses responsabilités.	20. Que l'on vous présente tous les différents choix qui s'offrent à vous. 21. Que les intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux ou autres professionnels) vous aident à trouver vous-même une solution. 22. Qu'on ne prenne pas de décision à votre place. 23. Que les intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux ou autres professionnels) vous donnent des conseils pour éviter que le problème ne se reproduise. 24. Qu'il y ait un suivi aux conseils et aux références qui sont donnés.

Source : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001). *Évaluer pour s'améliorer : Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2001*, (pp. 9-10). Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 2

Le concept de services de santé et services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001)
Aspect détaillé et attentes (suite)

Secteur	Dimension	Attentes
	<i>Apaisement</i> : C'est la capacité à calmer, rassurer une personne, lui apporter de la sécurité.	25. Que l'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) prenne le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape. 26. Que l'ensemble des personnes rencontrées soient souriantes. 27. Que l'ensemble des personnes rencontrées vous rassurent. 28. Lorsque le temps d'attente est long, que l'on se préoccupe de vous.
	<i>Solidariation</i> : C'est tout ce qui favorise le recours à l'entourage de l'utilisateur afin de l'impliquer, de près ou de loin, dans la résolution d'un problème.	29. Que l'on vous propose d'obtenir le support de votre entourage (parents, amis, groupes communautaires). 30. Qu'on vous réfère à d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires.
Organisationnel : Il correspond à l'organisation du service et réfère à l'environnement. Le contexte peut être plus ou moins facilitant.	<i>Facilité</i> : C'est la simplicité d'utilisation et de compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances.	31. Qu'il y ait le moins possible de formalités pour faire affaire avec un organisme (pas trop compliqué, pas trop d'étapes, pas trop de paperasse). 32. Que l'on vous parle dans des mots que vous pouvez facilement comprendre. 33. Qu'il vous soit possible de choisir votre intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) et de changer si ça ne va pas. 34. Que l'on vous facilite les démarches avec d'autres établissements, organismes ou professionnels, si cela est requis.

Source : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001). *Évaluer pour s'améliorer : Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2001*, (pp. 9-10). Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 2

Le concept de services de santé et services sociaux de la RRSSS de Montréal-Centre (2001)
Aspect détaillé et attentes (suite)

Secteur	Dimension	Attentes
	<i>Continuité</i> : C'est l'assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge, les responsabilités ou l'information.	35. Qu'il y ait une continuité et une bonne communication entre les différents organismes de santé. 36. Lorsque c'est possible, que le même intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) s'occupe de vous d'une fois à l'autre.
	<i>Accessibilité</i> : C'est la possibilité d'accès sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires et de la culture.	37. Que l'organisme soit facilement accessible par transport en commun (incluant le transport adapté) ou qu'il soit possible de stationner à proximité. 38. Que l'organisme vous informe sur l'ensemble des services qu'on y offre. 39. Que l'on vous donne de l'information adaptée à votre culture et à votre langue. 40. Que l'établissement soit ouvert à des heures qui vous conviennent (i.e. semaine, fin de semaine et/ou le soir).
	<i>Rapidité</i> : Temps de réaction à une demande qui est plus ou moins long selon les attentes et les besoins de l'utilisateur.	41. Que vos rendez-vous avec des professionnels soient obtenus rapidement. 42. Lorsque vous n'avez pas de rendez-vous, que le temps d'attente soit court. Que les rendez-vous soient traités avec ponctualité (voir Fiabilité #15).
	<i>Confort</i> : C'est le sentiment de bien-être résultant d'un état des lieux sain, propre, ordonné et d'équipements adaptés.	43. Que l'atmosphère soit agréable dans l'organisme. 44. Que les locaux et les équipements soient propres.

Source : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001). *Évaluer pour s'améliorer : Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2001*, (pp. 11-12). Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Le concept de service présente trois secteurs d'activités en lien avec les soins et services : les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel. Chacun d'eux regroupe plusieurs dimensions considérées importantes par les usagers. Le **secteur relationnel** touche la relation avec l'utilisateur et comprend les dimensions suivantes : la *dignité* qui correspond au respect et à la considération que mérite une personne; l'*intimité* qui assure à l'individu une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire; et l'*empathie* qui est la faculté intuitive permettant d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent (RRSSS de Montréal-Centre, 2001).

Le **secteur professionnel** touche la prestation des services sous l'angle professionnel et comprend les dimensions suivantes : la *fiabilité*, soit l'assurance d'un fonctionnement sans problème à l'intérieur de limites connues ou raisonnables; la *responsabilisation*, qui correspond à la capacité de prendre des initiatives, d'assumer ses responsabilités et qui concourt à augmenter l'autonomie de quelqu'un; l'*apaisement*, qui est la capacité de calmer, de rassurer une personne et de lui apporter de la sécurité; et la *solidarisation*, qui favorise le recours à l'entourage pour résoudre un problème (RRSSS de Montréal-Centre, 2001).

Enfin, le **secteur organisationnel** touche l'organisation des services et comprend les dimensions telles : la *facilité*, qui correspond à la simplicité d'utilisation et de compréhension des services et à la souplesse des systèmes face aux circonstances; la *continuité*, soit l'assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge; l'*accessibilité*, qui signifie la possibilité d'avoir accès à un service sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires et de la culture; la *rapidité*, qui

représente le temps de réaction plus ou moins long à une demande selon les attentes et les besoins de l'utilisateur; et le *confort* qui est un sentiment de bien-être résultant d'un état des lieux sain, propre, ordonné et de la disponibilité d'équipements adaptés (RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Ainsi, le concept de service s'attarde aux attentes des usagers qu'il regroupe selon des dimensions significatives et ce, selon trois aspects globaux des soins qui influencent davantage la satisfaction, soient les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel.

Le concept de service a été privilégié comme cadre de référence dans la présente étude pour différentes raisons. Tout d'abord, il s'articule sur les principaux facteurs qui influencent la satisfaction des usagers tels que répertoriés dans la recension des écrits soit les facteurs liés aux relations interpersonnelles, à la compétence technique et à l'environnement des soins. De plus, il regroupe un ensemble d'attentes considérées comme importantes par les usagers et qui peuvent être mesurées et évaluées selon différents niveaux de satisfaction et ce, à l'aide d'un questionnaire d'enquête. Par ailleurs, le concept de service a été validé par la RRSSS de Montréal-Centre, lors des enquêtes effectuées en 1994, 1997 et 2000, et sert depuis lors de cadre de référence à de nombreuses Régies régionales du Québec pour mesurer les attentes et la satisfaction de leurs clientèles. Enfin, un outil valide et fiable de mesure et d'évaluation de la satisfaction des usagers a été développé à partir de ce concept et ce, pour des clientèles de CHSLD, tout comme celles de CLSC.

Mesure et évaluation de la satisfaction

La mesure et l'évaluation de la satisfaction portent sur un jugement cognitif et une réaction émotionnelle d'un usager au regard de la structure, des processus et des résultats des soins et des services reçus (Cleary & McNeil, 1988; Ware et al., 1976). Elles permettent d'identifier les opportunités d'amélioration concernant les différentes dimensions liées aux soins et aux services reçus et de prendre des décisions quant aux choix de priorités, à savoir travailler sur les points faibles afin d'améliorer la qualité d'une ou plusieurs dimensions et promouvoir les forces en fonction des résultats obtenus (McNeil, 1999). La mesure et l'évaluation de la satisfaction des usagers permettent de comprendre ce qu'ils pensent des soins et services de santé reçus, de les inciter à collaborer pendant les traitements, d'identifier les problèmes qui existent dans les soins et d'évaluer une facette de la qualité des soins et services de santé qui leur sont donnés (Sitzia & Wood, 1997).

Les perceptions et les attentes de l'utilisateur quant à la satisfaction des soins et des services reçus sont recueillies à l'aide d'un questionnaire d'enquête et doivent être mesurées et évaluées selon le contexte dans lequel le questionnaire a été utilisé, c'est-à-dire selon que le répondant ait été interrogé durant son hospitalisation ou à son domicile. Le questionnaire doit d'abord avoir été validé auprès d'utilisateurs avant d'être utilisé dans un processus d'enquête et ce, afin d'assurer sa validité et sa fiabilité (Haddad et al., 1999). Toutefois, certaines études utilisent des questionnaires qui ne sont pas très sophistiqués et qui sont développés par les intervenants eux-mêmes. Leur validité et leur fiabilité n'ont

alors pas été estimées ou, si elles l'ont été, les résultats ne sont pas très impressionnants (Grenier, 1998).

L'étude de nombreux questionnaires portant sur la satisfaction des usagers et mesurant différents facteurs tels la perception des usagers vis à vis les soins dispensés, les services offerts, la compétence des soignants, l'hôtellerie, l'esthétique de l'environnement de soins, la régularité et la disponibilité du personnel ainsi que la communication, démontre que les dimensions mesurées par ces questionnaires correspondent à celles retenues dans les écrits traitant de la satisfaction des usagers (Ware et al., 1976). Ces facteurs semblent toutefois avoir peu évolué dans le temps, puisqu'ils correspondent pour l'essentiel à ceux rapportés par la RRSSS de Montréal-Centre en 2001.

Un taux élevé de satisfaction des usagers est souvent trompeur parce qu'il ne révèle pas leurs préoccupations par rapport aux soins et aux services qu'ils ont reçus. Il n'exprime souvent que l'évaluation du niveau de satisfaction en fonction de la capacité du milieu à offrir des soins et des services considérés comme normaux, tels que les soins, l'alimentation, la sécurité du milieu, la propreté des lieux, etc. (niveau de qualité minimal qui correspond aux besoins de base). Un tel résultat prend rarement en considération l'aptitude de l'organisation à satisfaire les attentes et les besoins physiques et psychologiques réels des usagers (Grenier, 1998).

L'analyse des réponses obtenues à certains questionnaires démontre également que des usagers peuvent être réticents à révéler leurs opinions, de crainte de déplaire au personnel soignant et d'avoir à en subir les conséquences (Donabedian, 1988). Des entrevues effectuées auprès de la clientèle âgée de six centres d'hébergement situés dans les

viles de Chicoutimi et de Jonquière en vue de mesurer la satisfaction des personnes âgées hospitalisées ont démontré qu'elles avaient de la méfiance à l'égard de ceux qui les ont interrogées (Côté, 1996). En effet, il appert que l'utilisateur est plus réticent à révéler son opinion s'il est hospitalisé en raison de la peur de représailles et cette caractéristique semble davantage présente chez les personnes âgées (Donabedian, 1988; Côté, 1996; Haddad et al., 1999). Les personnes âgées faisaient alors preuve de prudence dans leurs réponses de peur de recevoir des reproches ou d'être marginalisées par les autres usagers si elles faisaient part de leurs irritations (Côté, 1996; Owens & Batchelor, 1996). Différentes hypothèses peuvent expliquer cette suspicion telles l'état de dépendance envers le personnel, la peur de voir diminuer les soins prodigués et la compassion qu'elles éprouvent pour le personnel surchargé de travail (Côté, 1996).

Les personnes âgées ont également tendance à se dire très satisfaites et à être peu critiques quant à la qualité des soins et des services reçus (Contandriopoulos et al., 1999; Owens & Batchelor, 1996). Toutefois, comme certains usagers ont peur des réprimandes et que leur vulnérabilité s'accroît avec l'âge, la détérioration de leur état de santé et le lieu où les entrevues ont lieu, l'entrevue à domicile doit être privilégiée à celle faite dans un établissement de santé lorsqu'on s'adresse aux personnes âgées (Contandriopoulos et al., 1999).

Cependant, la mesure et l'évaluation de la satisfaction des usagers eu égard aux soins et aux services reçus sont des éléments importants à considérer pour de nombreuses raisons. Tout d'abord, la satisfaction de l'utilisateur est une prémisses importante à sa collaboration avec le personnel soignant (Donabedian, 1988), ce qui est essentiel à son

rétablissement. De plus, la mesure de la satisfaction des usagers peut être considérée comme une façon de les intégrer davantage dans le système de santé (Davies & Ware, 1988; Reeder, 1972). L'évaluation des résultats permet également aux gestionnaires des établissements de santé de connaître l'opinion des usagers envers les soins et services qui leur sont offerts, d'identifier les forces et les faiblesses et d'intervenir sur les résultats (Dubois & Lamoureux, 1996). Bien qu'une mesure et une évaluation régulières de la satisfaction soient importantes dans les stratégies de performance qu'adoptent les établissements de santé, elles devraient de surcroît faire partie des programmes d'appréciation de la qualité des soins (Grenier, 1998; McNeil, 1999). Enfin, la satisfaction des usagers fournit également des informations utiles dans un contexte où il est légitime de s'interroger sur l'impact des changements dans le système de santé québécois et sur la qualité des soins et services dispensés aux usagers (Haddad et al., 1999; Prévost & Fafard, 1997).

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre détaille le processus d'enquête utilisé dans cette étude et s'appuie de l'approche de consultant élaborée par Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003). Dans l'ordre, les étapes de la démarche de consultation sont présentées, suivies de leur application dans le cadre de l'enquête effectuée lors de la réalisation du projet.

L'approche de consultant

Un consultant est une personne choisie par une organisation pour exécuter un mandat précis selon les besoins du milieu (Lescarbeau et al., 2003). Celui-ci peut être de natures diverses et porter tant sur l'analyse d'une situation précise que sur l'implantation d'un changement particulier. Ainsi, le consultant travaille en partenariat avec le milieu tout en visant à rendre les individus de plus en plus autonomes dans la prise en charge du processus pour lequel il effectue sa démarche (Lescarbeau et al., 2003). Le consultant peut être une personne à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation mais, dans les deux cas, il intervient selon une approche qui comprend six étapes, soit : l'entrée, le contrat, l'orientation, la planification, la réalisation et la terminaison (Lescarbeau et al., 2003).

L'**entrée** débute lorsqu'une personne ou un groupe de personnes formulent explicitement une demande reliée à une situation particulière. Cette demande est faite par téléphone ou par invitation écrite et ce, à l'occasion d'une rencontre fortuite ou autrement. Durant les étapes de l'entrée, le consultant doit accomplir certaines tâches, à savoir : recueillir de l'information afin d'explorer la pertinence du projet; transmettre de l'information au demandeur ou à l'éventuel client; prendre des décisions concernant la pertinence de poursuivre la démarche; utiliser un instrument de collecte des données pour

préparer, gérer adéquatement le partage de l'information et traiter systématiquement l'information recueillie; s'engager à élaborer un projet avec le demandeur (Lescarbeau et al., 2003).

Le **contrat** commence lorsque le client et le consultant préparent une entente formelle verbale ou écrite qui indique l'orientation générale de la démarche et apporte des précisions sur le déroulement des activités. Le document peut être une note de service, un mémo, un plan de travail, une lettre qui rappelle les termes de l'entente ou un contrat formel ou juridique (Lescarbeau et al., 2003).

L'**orientation** porte sur le cadre de référence qui est constitué d'un ensemble d'énoncés à l'intérieur d'un domaine particulier et qui guide différents individus (client, membres du système-client ou consultant) et ce, dans les décisions courantes à prendre, dans les comportements à adopter ou dans l'interprétation des situations. Le consultant doit assurer la diffusion de l'information, déterminer avec le client le champ d'investigation, établir un plan de travail, construire ou choisir les instruments de collecte des données, recueillir l'information, traiter l'information recueillie, retourner les résultats au mandant, recueillir les réactions et susciter des choix de priorités en matière d'actions à initier (Lescarbeau et al., 2003).

La **planification** débute lorsqu'il faut passer des priorités d'action au plan d'action opérationnel. Le consultant doit d'abord déterminer avec le client les grandes lignes du plan d'action, c'est-à-dire : préciser les résultats attendus pour chaque priorité et les principales activités à réaliser, fixer un cadre temporel et examiner les ressources disponibles. Ensuite,

il doit construire le plan d'action et le soumettre au client pour obtenir son approbation (Lescarbeau et al., 2003).

La **réalisation** est enclenchée lorsque le consultant orchestre les différentes activités prévues dans le plan d'action et ce, en respectant les tâches qui ont déjà été faites. Il veille à ce que le milieu se donne les conditions nécessaires pour que tout soit fait de façon harmonieuse et que la réalisation des activités soit une expérience de succès pour les membres du système-client (Lescarbeau et al., 2003).

Enfin, lorsque le consultant met fin au processus de consultation, c'est la **terminaison**. Il doit procéder, avec le client, à l'évaluation de la démarche, examiner avec lui les suites à donner, rédiger un rapport, lui transmettre le document et conclure le processus de consultation (Lescarbeau et al., 2003).

Application du modèle à la démarche d'enquête

Entre le 1^{er} décembre 2003 et le 1^{er} février 2004, une démarche d'enquête a été réalisée à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, un service externe gériatrique spécialisé de deuxième instance. Ce centre offre des interventions telles qu'une évaluation et un diagnostic, un traitement, un enseignement, un soutien, des rencontres avec l'utilisateur ou sa famille pour faire un compte rendu du séjour à l'hôpital de jour. Une orientation de l'utilisateur est par la suite faite afin de le diriger vers son domicile ou un milieu plus adapté lors de son congé et ce, pour le maintien de son autonomie et de ses acquis. Des recommandations sont alors faites à l'utilisateur, à un membre de sa famille, à la

personne qui a référé l'utilisateur à l'hôpital de jour et au médecin traitant qui assurera le suivi (MSSS, 1994; Roy, 2001).

Les étapes du processus d'enquête

Les étapes de l'**entrée** ont débuté le 18 septembre 2003 avec la sollicitation de Mme Dominique Coutlée, coordonnatrice des programmes en milieu naturel au Centre Cléophas-Claveau, dans le but d'obtenir le mandat d'agir à titre de consultante dans cet établissement de santé. La demande initiale était de recueillir et de fournir des données quant à la satisfaction des usagers qui avaient fréquenté l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau. Lors de cette rencontre, l'objectif de l'étude, la pertinence du projet, la façon d'intervenir, l'absence d'honoraire et la nécessité d'obtenir des autorisations écrites pour amorcer le processus d'échantillonnage ont été abordés. Enfin, une autre rencontre pour la signature du contrat a été planifiée et ce, avant la remise du document «Rapport descriptif du projet de recherche» au Comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC).

Les étapes du **contrat** ont débuté le 4 novembre 2003 avec l'obtention d'une lettre de Mme Coutlée mandatant l'étudiante afin d'agir à titre de consultante et autorisant ainsi l'accès aux dossiers antérieurs des usagers (voir Appendice A). La signature du contrat a été réalisée le 12 novembre 2003. Dans cette entente formelle, le contexte de la demande, le but de l'enquête, le milieu et les sujets à l'étude, la démarche générale, les rôles et les responsabilités de l'étudiante et de la directrice du projet, les règles de confidentialité et l'absence d'honoraire ont été expliqués et les activités ont été planifiées.

Les étapes de l'**orientation** ont débuté vers le 8 novembre 2003 avec, dans un premier temps, le choix des caractéristiques de l'échantillon nécessaire à la réalisation du projet. Celui-ci devait être constitué de personnes âgées de plus de 65 ans confrontées à un problème de santé affectant leur autonomie et nécessitant des soins médicaux, paramédicaux, psychosociaux ou de réadaptation, bien que leur état n'ait pas requis d'hospitalisation. Les sujets retenus devaient répondre à plusieurs critères. Afin d'éviter les problèmes d'accessibilité, ils devaient tout d'abord demeurer au Saguenay puisqu'il fallait les interroger à leur domicile afin de les mettre en confiance. Ils devaient également avoir fréquenté l'hôpital de jour pendant un minimum de trois semaines, afin que les usagers aient un nombre suffisant de visites permettant d'évaluer leur satisfaction eu égard aux soins et services reçus et ce, compte tenu du fait que le séjour moyen des usagers entre 2002 et 2003 était de 9,4 semaines et que le nombre de visites par usager variait d'une à deux fois par semaine. De plus, ils ne devaient pas être hospitalisés ou réinscrits à l'hôpital de jour afin d'éviter la crainte de représailles chez ces derniers. Enfin, ils devaient avoir les aptitudes cognitives nécessaires pour donner un consentement éclairé et pour répondre au questionnaire. Cette capacité à répondre au questionnaire a été évaluée à l'aide d'une grille d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et des ressources du CH, CHSLD et CLSC Cléophas-Claveau (1999) (voir Appendice B).

Cette grille permet aux intervenants d'évaluer et de mesurer chez l'utilisateur sa capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne et les tâches domestiques, sa mobilité, sa condition médicale, ses capacités de communication et ses fonctions mentales et ce, au moyen des cinq codifications suivantes : «0» signifie que l'utilisateur est autonome ou

fonctionnel; «-0,5» démontre une difficulté; «-1» représente un déficit léger; «-2» un déficit modéré et «-3» un déficit sévère. Ainsi, afin de pouvoir participer à l'étude et d'assurer la validité des informations recueillies, les sujets devaient répondre aux caractéristiques suivantes : un langage à «0» ou à «-1», une mémoire à «0», une compréhension à «0» et un jugement à «0» et ce, après que l'équipe interdisciplinaire ait rempli le plan d'intervention individualisé lors du dernier séjour de l'usager à l'hôpital de jour.

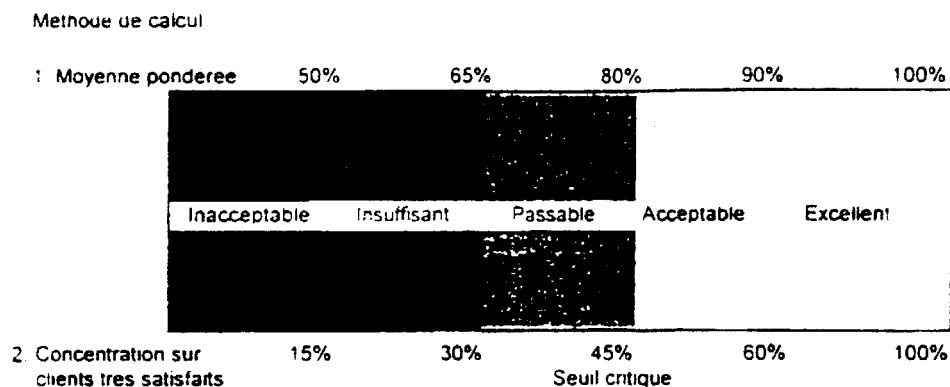
De cette population, 40 sujets devaient être sélectionnés de façon probabiliste au moyen d'une table de nombres aléatoires. Advenant la situation où le nombre de sujets faisant partie de l'étude ait été insuffisant pour utiliser une méthode aléatoire, tous les sujets répondant aux critères auraient constitué l'échantillon final aux fins de l'étude. Cependant, si un usager faisant partie de l'échantillon retournait à l'hôpital de jour pour y recevoir des soins et services pendant le déroulement de la période de collecte de données, il était automatiquement retiré de l'étude, afin d'éviter les biais.

La seconde étape de l'orientation a porté sur le choix de d'un instrument de collecte des données, à savoir le questionnaire d'enquête réalisé par la RRSSS de Montréal-Centre en 2001 (voir Appendice C) qui est associé au concept de service utilisé comme cadre de référence dans la présente étude. Une licence d'exploitation a été obtenue auprès de la RRSSS de Montréal-Centre afin de pouvoir utiliser le questionnaire en toute légalité (voir Appendice D).

Le questionnaire comprenait deux parties, l'une portant sur les attentes des usagers et l'autre sur leur satisfaction. Chaque partie du questionnaire comprenait 44 questions qui étaient regroupées selon les 12 dimensions du concept de service de la RRSSS de Montréal-

Centre et ce, dans les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel. Il a été validé par la RRSSS de Montréal-Centre lors d'enquêtes effectuées auprès de clientèles de centres hospitaliers ou de cliniques médicales en 1994, 1997 et 2000. Les études mesuraient les attentes des usagers et leur niveau de satisfaction eu égard aux services reçus et s'inscrivaient dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité des services et de la satisfaction des usagers (RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Il a toutefois été décidé de n'utiliser que la section du questionnaire qui mesure la satisfaction des usagers car les personnes âgées qui sont interrogées sur une longue période présentent plus de difficultés d'attention et de concentration et se fatiguent plus rapidement (Coté, 1996).

L'outil utilisé pour interpréter les résultats recueillis avec le questionnaire d'enquête est la grille d'interprétation des sondages de satisfaction réalisée par McNeil en 1999 qui permet l'analyse et l'interprétation des données recueillies. Elle est présentée à la Figure 1.



Source : McNeil, R. (1999). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers : Rapport* (p.15). Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Figure 1. Grille d'interprétation des sondages de satisfaction.

La moyenne pondérée, située au niveau supérieur de la grille, permet d'analyser les résultats selon une moyenne de satisfaction générale c'est-à-dire, eu égard à quatre niveaux de satisfaction, soit pas satisfait, peu satisfait, satisfait, très satisfait. Le pourcentage moyen de satisfaction situé au niveau supérieur de la grille s'obtient en calculant la moyenne du taux de satisfaction obtenu pour l'ensemble des répondants qui se sont dits pas satisfaits, peu satisfaits, satisfaits et très satisfaits et ce, pour l'ensemble des attentes regroupées dans les dimensions de chacun des secteurs auxquels elles appartiennent. L'interprétation du niveau moyen de satisfaction générale varie en fonction du pourcentage moyen de satisfaction obtenu chez les répondants et les résultats peuvent être interprétés comme étant inacceptables, insuffisants, passables, acceptables ou excellents.

La concentration sur les clients très satisfaits, située au bas de la grille, ne tient cependant compte que du nombre de répondants qui se sont dits très satisfaits. Cette interprétation est également faite selon les cinq niveaux suivants : inacceptable, insuffisant, passable, acceptable et excellent. Il importe toutefois de souligner que les niveaux d'interprétation des résultats varient en pourcentage et diffèrent d'une méthode de calcul à l'autre. Par exemple, une moyenne pondérée ou un pourcentage moyen de satisfaction de 75% est acceptable alors qu'un pourcentage d'utilisateurs très satisfaits de 75% est excellent selon la grille d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil.

Enfin, l'étape de l'orientation s'est terminée avec la rédaction de la feuille explicative du projet de recherche, de la déclaration d'honneur et du consentement à signer par les sujets (voir Appendice E).

Les étapes de la **planification** ont débuté à la mi-novembre 2003 par l'élaboration d'un calendrier déterminant les principales activités à accomplir et ce, à l'intérieur d'un échéancier relativement serré. À la fin de novembre 2003, des copies du Rapport descriptif du projet de recherche et du calendrier des principales activités ont été déposées au comité d'éthique à la recherche de l'UQAC et à la coordonnatrice des programmes en milieu naturel du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau. Ces deux documents ont été approuvés par la coordonnatrice lors d'une rencontre informelle et lui ont permis de saisir le contenu et l'ampleur du projet. Le 2 décembre 2003, le comité d'éthique de la recherche de l'UQAC a approuvé la tenue de l'étude à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

Les étapes de la **réalisation** ont débuté lors de l'exécution des activités prévues dans le plan d'action. Au début de la démarche d'enquête, des rencontres ont eu lieu avec la coordonnatrice et les intervenants afin de les informer de l'état de la situation dans le but de diminuer les résistances et de maintenir la coopération. Le 2 et 3 décembre 2003, la méthode d'échantillonnage a débuté. Ainsi, il a été répertorié que 204 usagers ont été admis à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau du 14 novembre 2002 au 3 décembre 2003. Parmi ces 204 usagers, 183 ne répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Ainsi, 10 sujets ont été exclus en raison d'une hospitalisation, 10 autres parce qu'ils étaient décédés, 7 parce qu'ils avaient été réadmis à l'hôpital de jour et 156 sujets parce qu'ils n'avaient pas les aptitudes cognitives nécessaires ou que leur durée de fréquentation de l'hôpital de jour était inférieure à trois semaines. Finalement, seuls 21 usagers correspondaient aux critères et ont été retenus comme des sujets potentiels pour l'étude.

Le 3 décembre 2003, les usagers ont été contactés par téléphone afin de connaître leur intérêt à collaborer à l'étude et, comme tous avaient accepté de participer à l'enquête, les 21 entrevues ont été planifiées à l'agenda. Du 10 décembre 2003 au 7 janvier 2004, 20 entrevues ont été réalisées au domicile des sujets. Le temps moyen pour répondre au questionnaire a été évalué à environ 30 minutes. Une seule entrevue a été annulée par un sujet, pour un taux de participation à 95,2%. Des 20 sujets interrogés, 4 étaient des hommes et 16 étaient des femmes. La répartition géographique des participants s'est établie de la façon suivante : 5 provenaient de La Baie, 8 de Chicoutimi, 4 de Jonquière et 1 seul sujet de chacune des municipalités suivantes : Petit-Saguenay, St-Honoré et St-Ambroise.

Du 8 janvier 2004 à la fin de mai 2004, les résultats ont été compilés en fonction des 12 dimensions du concept de service, puis analysés et interprétés avec la grille d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil et ce, afin de mesurer et d'évaluer la satisfaction des usagers eu égard aux soins et services reçus. Le tableau 3 résume, de manière succincte, l'ensemble des activités réalisées et leur échéancier.

Tableau 3

Calendrier des activités

Date	Activité
18 septembre 2003	Une rencontre a été effectuée avec la coordonnatrice des programmes en milieu naturel afin de solliciter la participation du Centre Hospitalier au projet de recherche.
12 novembre	Une rencontre a été effectuée avec la coordonnatrice des programmes en milieu naturel pour la signature du contrat.
2 et 3 décembre 2003	Réalisation de la méthode d'échantillonnage.
3 décembre 2003	Les sujets ont été contactés par téléphone afin d'évaluer leur niveau d'intérêt quant à leur participation à l'étude et d'obtenir leur accord pour une entrevue à domicile. Dès lors, les rendez-vous ont été planifiés.
16 décembre 2003	Une rencontre a été effectuée avec tous les membres de l'équipe interdisciplinaire afin de présenter le projet aux intervenants et de leur permettre de consulter le questionnaire utilisé.
Du 10 décembre 2003 au 7 janvier 2004	Réalisation des entrevues.
Du 8 janvier à fin de mai 2004	Analyse et interprétation des données.
Mai 2004	Rencontre #1 : Rencontre de suivi avec le coordonnateur de l'hôpital de jour pour lui présenter les résultats et les recommandations. Rencontre #2 : Rencontre avec les intervenants pour leur présenter les résultats et les recommandations.
Mai 2004 à décembre 2005	Rédaction de l'essai.

Les étapes de la **terminaison** ont eu lieu en mai 2004. Au cours de ces étapes, le coordonnateur de l'hôpital de jour a été rencontré afin d'être informé des résultats de l'enquête, d'avoir l'opportunité de les examiner et de prendre connaissance des recommandations qui en découlent. La démarche d'enquête sera conclue lorsqu'une copie

de l'essai réalisé dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières sera remise au coordonnateur de l'hôpital de jour.

Aspects éthiques

Dans un premier temps, la démarche d'enquête a reçu l'aval du comité d'éthique de la recherche de l'UQAC. Lors du contact téléphonique initial, les sujets ont été informés de la possibilité d'avoir une personne significative à leurs côtés lors de l'entrevue. Dans l'affirmative, il y a eu entente afin de s'assurer de la présence de cette personne lors de la rencontre. Les données ont été recueillies lors d'entrevues faites au domicile de chaque sujet. Dans un second temps, soit dès le début de l'entrevue, des explications complètes et claires ont été données face-à-face concernant le but de l'étude, la nature confidentielle des données recueillies, le consentement à participer librement à l'étude et le respect de l'anonymat. Par la suite, le sujet a signé la feuille de consentement et a été informé qu'il pouvait en tout temps décider de mettre fin à l'entrevue. Il a été également invité à poser les questions de clarification qu'il jugeait nécessaires au besoin. Enfin, l'anonymat des sujets et la confidentialité des données recueillies ont été assurées tant par la conservation sous clé des questionnaires d'entrevue que par la présentation des résultats sous forme de moyennes globales.

Risques et avantages prévisibles pour les sujets

Il n'y a eu aucun risque pour les sujets, sinon celui de la fatigue qu'ils auraient pu ressentir lors de l'entrevue, risque auquel il était facile de pallier en leur accordant des

pauses au besoin. L'avantage prévisible de cette étude est l'obtention d'informations au regard de la satisfaction des usagers afin d'améliorer la qualité des soins et des services à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

QUATRIÈME CHAPITRE
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre fait état des résultats obtenus à l'aide du questionnaire d'enquête visant à mesurer la satisfaction des usagers concernant les soins et services reçus à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

Les réponses obtenues auprès des 20 sujets interrogés ont été regroupées selon les 12 dimensions du concept de service et les résultats ont été mesurés et analysés selon les deux méthodes prévues dans la grille d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil. Dans un premier temps, les résultats ont été regroupés selon la moyenne générale du taux de satisfaction chez les répondants soit la moyenne générale des pourcentages des répondants qui se sont dits «pas satisfaits», «peu satisfaits», «satisfaits» et «très satisfaits». Dans un second temps, les résultats ont été revus selon le pourcentage des répondants qui se sont dits «très satisfaits».

Le Tableau 4 présente les résultats des taux de satisfaction dans le secteur relationnel.

Tableau 4

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur relationnel

Dimensions	# des questions	% moyen de satisfaction	% très satisfaits
Dignité	1-2-3-4-36	99%	98%
Intimité	5-6-7-8-9	100%	100%
Empathie	30-31-32-33	100%	100%
Moyenne		99,7%	99,3%

Ce premier secteur d'activité inclut la dimension de dignité qui se traduit dans les questions 1, 2, 3, 4 et 36; celle d'intimité qui regroupe les questions 5, 6, 7, 8, 9 et enfin d'empathie qui comporte les questions 30, 31, 32 et 33. Par ailleurs, le secteur relationnel est celui qui a obtenu le plus haut pourcentage moyen de satisfaction avec 99,7% et le pourcentage le plus élevé de répondants qui se sont dits très satisfaits, soit 99,3%. De plus, la dimension d'intimité, qui fait référence à une relation personnalisée et confidentielle, et la dimension d'empathie, qui est la faculté intuitive permettant d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent, ont été les dimensions qui ont obtenu les résultats les plus élevés avec un taux de satisfaction moyen de 100% et un taux de 100% de répondants très satisfaits.

Le Tableau 5 présente les résultats des taux de satisfaction dans le secteur professionnel.

Tableau 5
Taux de satisfaction des répondants selon le secteur professionnel

Dimensions	# des questions	% moyen de satisfaction	% très satisfaits
Fiabilité	26-27-28-29-44	90%	80%
Responsabilisation	10-11-12-13-42	92,8%	86,4%
Apaisement	37-38-39-43	98,3%	93,8%
Solidarisation	40-41	76,5%	59%
Moyenne		89,4%	79,8%

Ce second secteur d'activité comporte la dimension de fiabilité, mesurée par les questions 26, 27, 28, 29 et 44; la dimension de responsabilisation qui regroupe les questions 10, 11, 12, 13 et 42; la dimension d'apaisement, sous laquelle on retrouve les questions 37, 38, 39, 43 et la dimension de solidarisation, avec les questions 40 et 41. C'est dans ce secteur qu'on retrouve le taux moyen de satisfaction le moins élevé chez les répondants, soit 89,4% ainsi que le pourcentage le moins élevé de répondants qui se sont dits très satisfaits avec 79,8%. De plus, la dimension de solidarisation, qui fait référence au recours à l'entourage pour résoudre un problème, a été celle pour laquelle le taux moyen de satisfaction a été le plus bas avec 76,5%. Elle a également recueilli le taux de répondants très satisfaits le plus bas avec 59%. Enfin, la dimension d'apaisement a obtenu le pourcentage moyen de satisfaction le plus élevé avec 98,3% tout comme le taux d'utilisateurs très satisfaits le plus élevé, soit 93,8%.

Le Tableau 6 présente les résultats des taux de satisfaction dans le secteur organisationnel. Ce troisième secteur d'activité rend compte de la dimension de facilité qui comporte les questions 14, 15, 16 et 17; de la dimension de continuité, mesurée par les questions 18 et 19; de la dimension d'accessibilité, qui regroupe les questions 20, 21, 22 et 23; de la dimension de rapidité, avec les questions 24, 25 et finalement de la dimension de confort sous laquelle on retrouve les questions 34 et 35. Les résultats obtenus dans ce secteur ont été intermédiaires entre ceux obtenus dans le secteur relationnel et ceux du secteur professionnel. Les dimensions de rapidité et de confort ont été celles pour lesquelles les taux moyens de satisfaction et les taux de répondants très satisfaits ont été les plus élevés avec 100%.

Tableau 6

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur organisationnel

Dimensions	# des questions	% moyen de satisfaction	% très satisfaits
Facilité	14-15-16-17	99%	96,3%
Continuité	18-19	99,5%	97,5%
Accessibilité	20-21-22-23	98%	95%
Rapidité	24-25	100%	100%
Confort	34-35	100%	100%
Moyenne		99,3%	97,8%

Enfin, l'Appendice F fait état des résultats des taux de satisfaction détaillés pour chacune des 44 questions du questionnaire d'enquête. Les réponses «Ne s'applique pas» ont été exclues des données afin de ne pas biaiser l'interprétation réelle du niveau de satisfaction eu égard aux soins et services reçus par les usagers de l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

Au plan des variables sociodémographiques, des 20 sujets interrogés, 1 sujet âgé entre 61 ans et 70 ans et 2 sujets âgés entre 81 ans et 90 ans se sont dits satisfaits; 3 sujets âgés entre 41 ans et 50 ans, 51 ans et 60 ans, 61 ans et 70 ans se sont dits très satisfaits; 11 sujets âgés entre 71 ans et 80 ans se sont dits très satisfaits et trois sujets entre 81 ans et 90 ans se sont dits aussi très satisfaits des soins et des services reçus. À la question générale : Êtes-vous très satisfait, satisfait, peu satisfait ou pas du tout satisfait des soins et des services reçus à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, 13 femmes se

sont dites très satisfaites, 3 femmes se sont dites satisfaites et 4 hommes se sont dits très satisfaits des soins et services reçus. Au total, 3 répondants se sont donc dits satisfaits et 17 très satisfaits des soins et services reçus à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

Les résultats obtenus à partir du questionnaire d'enquête seront analysés dans le prochain chapitre. L'interprétation des résultats permettra d'identifier les dimensions qui ont obtenu les plus bas et les plus hauts taux de satisfaction chez les répondants ainsi que les éléments qui ont influencé leur niveau de satisfaction et ce, à l'intérieur des secteurs relationnel, professionnel et organisationnel. Suite à cette analyse et à cette interprétation, des recommandations émergeront et seront proposées au milieu.

CINQUIÈME CHAPITRE

DISCUSSION

Ce chapitre présente, en premier lieu, l'analyse des résultats et détaille en second lieu, à partir des réponses qui ont été colligées, les éléments qui ont influencé la satisfaction des usagers eu égard aux soins et services reçus. Enfin, les constats, les recommandations au milieu, les limites du projet, la critique de la démarche, les retombées pour le milieu, la publication et la diffusion des résultats sont abordés.

L'analyse des résultats de l'enquête

Les résultats obtenus auprès de la clientèle de l'hôpital de jour gériatrique du Centre Cléophas-Claveau ont été comparés avec des études réalisées auprès de clientèles provenant de CH, de CHSLD et de CLSC et ce, compte tenu que le questionnaire d'enquête n'a jamais été utilisé dans un hôpital de jour gériatrique. À cet effet, l'analyse des données recueillies auprès de la clientèle a été présentée selon les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel du concept de service de la RRSSS de Montréal-Centre (2001). L'analyse des données permettra aux gestionnaires du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau de connaître l'opinion de la clientèle envers les soins et les services qu'elle a reçus à l'hôpital de jour, d'identifier les points forts et les points faibles décrits par les usagers pour ensuite intervenir en renforçant les aspects positifs et en corrigeant les lacunes.

L'Appendice F présente les résultats des taux de satisfaction obtenus dans l'ensemble de l'étude. Pour ce qui concerne le **secteur relationnel**, 99,3% des usagers se sont dits très satisfaits et le taux moyen de satisfaction était de 99,7%. Les réponses obtenues dans le secteur relationnel sont celles qui obtiennent le plus haut niveau de satisfaction et ces résultats sont comparables à ceux obtenus par la RRSSS de Montréal-

Centre, suite à une enquête effectuée en 2000 auprès de la clientèle montréalaise provenant de CLSC, de CH et de cliniques médicales (RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Les résultats de satisfaction obtenus dans le secteur relationnel indiquent que les dimensions liées à l'intimité et à l'empathie sont celles qui ont obtenu les plus hauts taux de satisfaction, ce qui diffère des résultats obtenus par la RRSSS de Montréal-Centre et qui ciblaient davantage les dimensions liées à l'intimité et à la dignité (RRSSS de Montréal-Centre, 2001).

Toutes les questions, à l'exception d'une seule, ont révélé des taux moyens de satisfaction et des taux d'utilisateurs très satisfaits de 100%. La question 2 : «On a respecté vos choix et on ne vous a pas forcé(e) à faire certaines activités à... au...», est la seule dans ce secteur à obtenir un taux moyen de satisfaction de 95% et un taux d'utilisateurs qui se sont dits très satisfaits de 90% lors de l'enquête. Les répondants ont mentionné qu'à certaines étapes du traitement et que selon certains problèmes de santé, on ne leur a présenté qu'une solution. Ils n'ont donc pu choisir entre un traitement ou un autre. Lors de l'enquête effectuée en 2000 par la RRSSS de Montréal-Centre, 52,6% des répondants à qui on avait posé la même question s'étaient dits très satisfaits (RRSSS de Montréal-Centre, 2001).

En résumé, tous les résultats obtenus dans le secteur relationnel sont excellents selon l'échelle d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil (1999) et corroborent ses propos selon lesquels, de façon générale, les dimensions relationnelles obtiennent des taux de satisfaction les plus élevés. Par ailleurs, ce sont les résultats élevés obtenus dans les dimensions du secteur relationnel qui ont influencé le plus le niveau de satisfaction des usagers. Ainsi, les capacités d'interagir des soignants qui sont des habiletés

de communication verbale et écrite utilisées dans la gestion d'interactions sociales et psychologiques entre usagers et intervenants sont des éléments fort importants à mesurer et ont une influence sur la satisfaction des usagers (Grenier, 1998). Eriksen (1995) énumère plusieurs qualités professionnelles spécifiques au secteur relationnel et démontre ainsi l'importance de l'aspect relationnel dans la satisfaction. Ces qualités sont l'empathie, la sympathie, la gentillesse et la bonne communication interpersonnelle. De même, toutes les questions qui ont trait à la relation de confiance avec l'équipe soignante, à la qualité de l'information reçue, au sentiment d'une prise en charge personnalisée touchent également des facteurs essentiels à la satisfaction de l'utilisateur (Mornet, 2001), ce que démontrent les résultats de l'enquête.

Pour le **secteur professionnel**, le pourcentage d'utilisateurs qui se sont dits très satisfaits était de 79,8% et le taux moyen de satisfaction était de 89,4%. Ces résultats sont excellents selon l'échelle d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil (1999). Les questions où 100% des répondants se sont dits très satisfaits sont celles ayant trait à la ponctualité des rendez-vous, à la compétence du personnel, à la réponse aux tests et aux examens qu'ils soient positifs ou négatifs, aux équipements et technologies de pointe, aux intervenants qui aident à trouver une solution ou donnent des conseils pour éviter que le problème ne se reproduise, à l'ensemble des personnes rencontrées qui sont souriantes et qui les rassurent et au fait que l'on se préoccupe d'eux lorsque le temps d'attente est long. La question 19 : «Lorsque c'était possible, le même intervenant s'occupe de vous d'une fois à l'autre», a été la seule question dans ce secteur à obtenir un pourcentage d'utilisateurs très satisfaits de 95%. Ce résultat s'explique par le fait que durant leur séjour à l'hôpital de

jour, certains usagers ont mentionné ne pas avoir toujours eu les mêmes intervenants en raison des périodes de vacances ou des absences pour maladie.

D'autres questions ont obtenu un pourcentage d'usagers très satisfaits entre 80% et 90%. Parmi celles-ci figurent celles où les intervenants les ont aidés à trouver une solution à leur problème, où on ne prend pas de décision à leur place, où l'intervenant prend le temps de bien expliquer ce qui se passe à chaque étape, où l'ensemble des personnes rencontrées les ont rassurés et celle où l'on propose d'obtenir le soutien de l'entourage. Il appert toutefois que 10% des répondants ont dit ne pas être totalement satisfaits à la question 11 : «Les intervenants vous ont aidé à trouver une solution à... au...»; 10% des répondants à la question 10 : «On vous a présenté tous les choix qui s'offrent à vous à... au...» et ont ajouté que peu de choix leur avaient été offerts en raison de la nature de leur problème de santé et qu'ils n'avaient pas eu d'autres choix que de suivre le traitement proposé; et 15% des répondants à la question 37 : «L'intervenant a pris le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape à... au...» et ont ajouté qu'il était arrivé qu'à certaines étapes du traitement, ils ignoraient la raison de certains examens ou de la prise de médicaments. La question 42 : «Il y a eu un suivi aux conseils et aux références qui vous ont été donnés à... au...», a été la seule à obtenir un pourcentage d'usagers très satisfaits de 72%. À cette question, certains répondants ont mentionné qu'après leur séjour à l'hôpital de jour, ils n'avaient eu aucun contact avec un autre professionnel pour assurer le suivi du problème de santé pour lequel ils avaient été référés.

Toutefois, deux questions ont démontré un plus faible taux d'usagers qui se sont dits très satisfaits. La première question concerne la référence à des associations ou à d'autres

personnes qui ont vécu des problèmes similaires. Elle a obtenu un résultat de 38%, ce qui est passable selon l'échelle d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil (1999). Selon les répondants, peu de références leur ont été fournies en ce qui concerne des associations, des fondations ou des personnes qui auraient pu les aider à connaître et à comprendre leur maladie et leur offrir du soutien. La seconde question porte sur le fait d'avoir été informé de la façon de se plaindre s'ils étaient insatisfaits des soins et services offerts. Elle a obtenu un résultat de 0%, ce qui est inacceptable selon l'échelle d'interprétation de McNeil (1999). Ce dernier résultat s'explique par le fait que les répondants ont dit n'avoir eu aucune raison de porter plainte eu égard aux soins et services reçus, mais que s'ils avaient voulu faire une plainte, aucune information sur cette démarche ne leur avait été fournie.

Le résultat obtenu à cette question lors de l'enquête est comparable avec celui obtenu lors de l'enquête effectuée en 2000 par la RRSSS de Montréal-Centre et, selon laquelle 12,7% des répondants se sont dits très satisfaits. Cette question a d'ailleurs été l'une de celles qui a obtenu le plus bas taux de satisfaction chez les répondants provenant des CLSC, des CH et des cliniques médicales situés à Montréal, en Mauricie et dans le Centre-du-Québec (RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001; RRSSS de Montréal-Centre, 2001). Les résultats de l'étude corroborent également les propos de Doering (1983), Haddad et al. (1999), Morin (1999) et Roberge et al. (1998) qui affirment que le manque d'information a une influence sur le niveau de satisfaction des usagers.

Les résultats obtenus dans le secteur professionnel affichent le taux le moins élevé de satisfaction par rapport aux secteurs relationnel et organisationnel. Cette situation est

due, d'une part, à la méconnaissance de l'utilisateur des mécanismes de plainte qui sont à sa disposition, faisant référence à la dimension de fiabilité. D'autre part, la dimension de solidarisation, soit celle qui touche le recours au soutien de l'entourage pour contribuer à solutionner le problème de l'utilisateur, est la dimension du secteur professionnel qui obtient un taux moyen de satisfaction et un taux d'utilisateurs très satisfaits les plus bas et qui influence également à la baisse les résultats de ce secteur. Il semble donc que le soutien familial et le recours à divers organismes d'entraide soient des aspects importants pour les personnes âgées qui fréquentent l'hôpital de jour et concourent à leur satisfaction.

Quant au **secteur organisationnel**, le taux d'utilisateurs qui se sont dits très satisfaits est de 97,8% et le taux moyen de satisfaction de 99,3%. Ces résultats sont excellents selon l'échelle d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil (1999). Les questions où 100% des répondants se sont dits très satisfaits ont trait à la possibilité de choisir son intervenant et de changer si ça ne va pas; où on leur a parlé dans des mots qu'ils pouvaient facilement comprendre; où on a facilité les démarches avec d'autres établissements, organismes ou professionnels, si cela était requis; où il y a eu une continuité et une bonne communication entre les intervenants de l'hôpital de jour et les autres intervenants des organismes de santé et de services sociaux; où on a donné de l'information adaptée à leur culture et leur langue; où les heures d'ouverture de l'hôpital de jour leur convenaient; où les rendez-vous étaient pris rapidement; où l'atmosphère était agréable et où les locaux et les équipements étaient propres. La question 20 : «Le... la... est facilement accessible par transport en commun (incluant le transport adapté) ou il est possible de se stationner à proximité», a été la seule à obtenir un pourcentage d'utilisateurs très satisfaits de 95%. À cette

question, quelques usagers qui n'utilisaient pas le transport fourni par l'hôpital ont mentionné qu'à certaines occasions, ils avaient eu de la difficulté à se stationner près de l'entrée principale en raison du grand nombre de visiteurs au Centre Hospitalier. Le taux élevé de satisfaction obtenu à la question 20 peut s'expliquer par le fait que le transport en commun ou le transport adapté fourni par l'hôpital était utilisé par plusieurs répondants et que la rareté des stationnements était peut-être moins problématique au Saguenay qu'à Montréal, où la clientèle est plus nombreuse.

Par ailleurs, deux questions ont obtenu un pourcentage d'usagers très satisfaits de 85% et touchent le peu de formalités pour faire affaire avec l'hôpital de jour et l'information reçue concernant l'ensemble des services offerts. Certains répondants ont mentionné ne pas avoir eu de difficulté à être admis à l'hôpital de jour, mais que le temps d'attente a été plus long entre le moment où la référence a été faite à l'hôpital de jour par un professionnel de la santé et le moment où ils ont débuté leur séjour à l'hôpital de jour. À cet effet, les statistiques annuelles de l'hôpital de jour démontraient un délai moyen d'attente de 36 jours pour l'année 2002 à 2003. Toutefois, le délai variait en fonction de la gravité de l'état de santé de l'usager. La situation individuelle était évaluée par le comité d'admission de l'hôpital de jour composé du coordonnateur, d'un médecin, d'une physiothérapeute et d'une infirmière. La question 25 : «Si vous n'avez pas pris de rendez-vous, le temps d'attente a été court à... au...», n'a obtenu aucun résultat car toutes les visites à l'hôpital de jour sont planifiées par rendez-vous. Cette question a donc été retirée lors de la compilation des résultats.

Les résultats obtenus dans le secteur organisationnel sont donc intermédiaires entre ceux recueillis dans les secteurs relationnel et professionnel. De plus, aucun des répondants ne s'est dit très insatisfait face aux dimensions regroupées dans le secteur organisationnel. Le pourcentage de répondants très satisfaits n'est pas inférieur à 95% et ce, dans les dimensions de facilité, de continuité, d'accessibilité, de rapidité et de confort. Doering (1983), O'Connell et al. (1999) et Sitzia et Wood (1997) sont d'avis que l'accessibilité aux soins, l'environnement physique, le confort et la continuité des soins sont des facteurs importants dans la mesure et l'évaluation de la satisfaction des usagers, ce que corroborent les résultats de l'enquête.

Constats

Plusieurs constats sont apparus suite à l'interprétation des résultats recueillis lors de l'enquête. D'abord, le niveau de satisfaction des usagers qui ont fréquenté l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, entre le 14 novembre 2002 et le 3 décembre 2003, est très élevé. La moyenne de satisfaction générale pour l'ensemble des secteurs relationnel, professionnel et organisationnel est de 96,1% et la moyenne des usagers très satisfaits pour l'ensemble de ces secteurs est de 92,3%. Les résultats de l'enquête ont révélé que le secteur relationnel regroupe les dimensions qui ont obtenu les plus hauts taux de satisfaction chez les répondants, suivi des secteurs organisationnel et professionnel. Toutefois, les résultats ont également démontré que certaines questions ont obtenu des taux de satisfaction moindres.

Les questions qui ont obtenu des taux moyens de satisfaction inférieurs ou égaux à 80% sont :

- «On vous a informé de la façon dont vous pouvez vous plaindre si vous êtes insatisfait du service offert à... au...» (50%).
- «On vous a référé à d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires à ... au ...» (60%).

Celles qui ont obtenu des pourcentages de répondants qui se sont dits très satisfaits inférieurs ou égaux à 80% sont :

- «On vous a informé de la façon dont vous pouvez vous plaindre si vous êtes insatisfait du service offert à... au...» (0%).
- «Il y ait un suivi aux conseils et aux références qui vous ont été donnés à... au...» (72%).
- «On n'a pas pris de décision à votre place à... au...» (80%).
- «On vous a proposé d'obtenir le support de votre entourage (parents, amis, groupes communautaires) à... au...» (80%).
- «On vous a référé à d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires à... au...» (38%).

Ainsi, l'interprétation des résultats de satisfaction obtenus dans l'enquête permet de cibler des problèmes quant aux informations données aux usagers sur la façon de se plaindre s'ils sont insatisfaits des soins ou services offerts; aux références à d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires; à la prise de

décision à leur place; au suivi sur les conseils et les références qui leur sont donnés; et à la proposition d'obtenir du soutien de leur entourage.

Recommandations

Les résultats obtenus lors de l'enquête ont permis d'établir certains constats, de cibler certaines opportunités d'amélioration quant aux soins et services offerts aux usagers et de suggérer quelques recommandations. Les propositions sont donc :

- d'informer les usagers des mécanismes existants pour effectuer une plainte par la mise en place d'affiches ou de dépliants à des endroits stratégiques indiquant le nom et le numéro du poste de la personne qui en est responsable et ce, sur chaque unité de soins;
- de s'assurer d'intégrer la famille dans l'élaboration du plan de soins de l'utilisateur ou à tout le moins l'informer de son évolution, afin qu'elle soit prête à assurer le suivi une fois le congé obtenu de l'hôpital de jour;
- de sensibiliser les intervenants à l'importance de référer davantage les usagers et les familles lors du congé, à d'autres personnes ou associations de personnes qui vivent des problèmes similaires et ce, par la distribution aux usagers et aux familles de brochures ou de cartes d'affaires concernant les fondations ou les associations spécifiques à des problèmes de santé tels la sclérose en plaques, les démences, le Parkinson et la fibromyalgie;
- d'installer des présentoirs de brochures ou de cartes d'affaires concernant des fondations ou des associations spécifiques et ce, dans des endroits stratégiques;

- de s'assurer par un suivi téléphonique que l'utilisateur a été pris en charge par la relève de première ligne suite à son congé de l'hôpital de jour;
- de développer un support informatique pour faciliter la recherche des usagers qui ont fréquenté l'hôpital de jour à une certaine période et pour permettre de les regrouper et d'accéder à leur numéro de dossier aux archives, facilitant ainsi le processus d'échantillonnage lors d'éventuelles études. Actuellement, ces données sont transcrites à la main dans un cahier et ce, par la secrétaire;
- de refaire l'enquête en mesurant les niveaux d'importance des attentes des usagers;
- de refaire l'enquête sur la satisfaction des usagers de manière régulière;
- de s'assurer d'avoir un délai maximal de deux semaines entre le départ de l'utilisateur et la réponse au questionnaire.

Limites du projet

Cette étude ne prétend pas couvrir l'ensemble des points de vue des usagers concernant la satisfaction des soins et des services reçus à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau. Cette recherche avait plutôt comme objectif de mesurer et d'évaluer la satisfaction des usagers et ce, dans une approche de partenariat avec le milieu. Pour ce faire, des personnes âgées qui avaient les aptitudes cognitives nécessaires pour répondre au questionnaire d'enquête ont été interrogées dans le cadre d'une seule entrevue réalisée avec chacune d'entre elles.

Toutefois, certaines interrogations sont soulevées et quelques hypothèses sont émises suite à l'analyse et à l'interprétation des résultats. Tout d'abord, l'étudiante a été

confrontée à un petit échantillon en raison de l'utilisation de critères de sélection indispensables à la validité et à la fiabilité de l'étude. Cependant, l'interrogation suivante se pose : Dans quelle mesure les résultats de l'étude auraient-ils été différents s'il y avait eu un plus large échantillon d'utilisateurs? Difficile d'y répondre, mais pour obtenir un échantillon plus large sans modifier les critères, il aurait fallu inclure les utilisateurs ayant fréquenté l'hôpital de jour à partir du 14 novembre 2001 au lieu du 14 novembre 2002. Toutefois, compte tenu des caractéristiques de la population à l'étude telles l'âge, les pathologies multiples, les risques de décès et d'hospitalisation et sachant que la mémoire devient de moins en moins précise à mesure que le temps s'écoule depuis la survenue d'un événement, et ce même chez des sujets jeunes, la fiabilité et la validité de l'étude auraient pu être affectées. Seule la continuation de l'étude de manière prospective aurait permis d'augmenter l'échantillon en respectant les critères d'inclusion.

De plus, le fait d'interroger les utilisateurs à leur domicile a possiblement eu une influence positive sur les résultats car plusieurs répondants se sont dits impressionnés et même flattés par le fait qu'un CHDLR envoie une personne s'informer de leur satisfaction quant aux soins et services reçus lors de leur séjour à l'hôpital de jour. Par ailleurs, le délai maximal d'un an écoulé entre la date de séjour de l'utilisateur et la tenue de l'enquête a pu influencer la qualité des souvenirs évoqués, mais ce délai était minimal afin d'obtenir un échantillon représentatif.

Il y a également lieu de s'interroger sur l'influence possible du grand âge des sujets sur les résultats de cette enquête. À cet effet, les personnes âgées ont tendance à se dire plus satisfaites que les plus jeunes (Grenier, 1998), à se révéler très satisfaites des soins et des

services reçus et à être peu critiques quant à la qualité des soins et des services et ce, parce qu'elles sont plus vulnérables et ont davantage peur des représailles (Contandriopoulos et al., 1999). Enfin, les taux de satisfaction n'ont pas été analysés à la lumière des variables sociodémographiques telles l'âge, le sexe ou la localité d'origine, compte tenu du petit nombre de sujets dans chacun des sous-groupes et de la prépondérance marquée des femmes (16) sur les hommes (4).

De même, les résultats recueillis n'ont porté que sur la satisfaction des usagers et n'ont pas traité de leurs attentes car il avait été convenu de ne pas les mesurer afin de limiter la durée de l'entrevue et ce, pour maintenir l'attention et la concentration des sujets. Il aurait été difficile pour les sujets participant à l'étude de répondre pendant une heure à un questionnaire mesurant leurs attentes et leur satisfaction, compte tenu de leurs caractéristiques (Contandriopoulos et al., 1999; Donabedian, 1988; Grenier, 1998).

Par ailleurs, comme le questionnaire n'a jamais été utilisé par d'autres hôpitaux de jour pour mesurer et évaluer la satisfaction des usagers, aucun des résultats obtenus lors de l'enquête n'a pu être comparé avec ces derniers. Il aurait été intéressant de comparer les résultats et d'obtenir des informations sur les pourcentages de satisfaction des usagers d'autres hôpitaux de jour et sur les éléments influençant leur satisfaction, tout comme de prendre connaissance de leurs constats et de leurs recommandations.

Enfin, plusieurs personnes âgées ont fait un lien entre un événement qui est survenu dans un CHSLD de la région de Montréal et cette étude, favorisant peut-être leur intérêt à y participer. Il s'est produit quelques jours avant le début des appels téléphoniques faits aux usagers qui avaient pour objectif de connaître leur intérêt à participer à l'étude.

L'événement est survenu à l'Hôpital Saint-Charles-Borromée, le 25 novembre 2003, alors que deux sœurs d'une bénéficiaire ont demandé la mise en tutelle de l'établissement. Elles reprochaient publiquement au personnel de faire subir de nombreuses humiliations à leur proche et demandaient la démission du directeur de l'établissement. Les usagers ont donc pensé que l'enquête sur leur satisfaction eu égard aux soins et services reçus était reliée aux accusations faites par les membres d'une famille d'un bénéficiaire envers le personnel soignant de ce CHSLD.

Critique de la démarche

Les premières étapes de la démarche d'enquête ont été d'identifier la problématique de l'hôpital de jour c'est-à-dire de constater l'absence de données concernant la satisfaction des usagers, les personnes impliquées, le contexte, le cadre méthodologique, le but, les objectifs de l'enquête et la recension des écrits. Il a été ardu d'identifier des écrits plus récents sur la satisfaction des usagers compte tenu que plusieurs d'entre eux citaient fréquemment des auteurs datant des années 1970 ou 1980. L'apport théorique sur la satisfaction des usagers n'a donc pas beaucoup évolué depuis ces 20 ou 30 dernières années et les facteurs qui y sont reliés sont encore méconnus.

Le cadre méthodologique qui a été utilisé dans cette étude était la démarche de consultant élaborée par Lescarbeau, Payette et St-Arnaud en 2003. L'application de cette démarche s'est avérée davantage un guide utilisé occasionnellement qu'un précieux outil d'intervention, compte tenu du contexte de l'étude qui s'accolait davantage à un processus d'enquête qu'à l'implantation d'une démarche de changement.

Par ailleurs, la planification des activités à réaliser dans le cadre de l'essai a été faite rapidement et en même temps que la réalisation du plan d'action. Cela a exigé une grande concentration, une centralisation des activités, une bonne évaluation des processus et des progrès de la démarche ainsi qu'un appui du milieu. La réalisation du calendrier s'est également bien déroulée. Une des activités plus difficile a été d'effectuer le processus d'échantillonnage. Il a fallu deux jours pour établir à la main une liste de tous les usagers ayant fréquenté l'hôpital de jour entre le 14 novembre 2002 et le 3 décembre 2003 et pour vérifier dans les dossiers aux archives si les sujets correspondaient aux critères de sélection. Au départ, il avait été évalué qu'un échantillon de 40 sujets serait réaliste compte tenu du grand nombre de congés qui avaient été donnés pendant les 12 derniers mois. Cependant, suite à la méthode d'échantillonnage réalisée selon les critères retenus, l'échantillon final n'était composé que de 21 sujets. Il était impossible de modifier les critères pré-établis car la validité de l'étude en dépendait. Il a été décevant d'obtenir un si faible échantillon, mais il était fondamental qu'une personne soit attentive et concentrée pendant l'entrevue, qu'elle se souvienne des soins et services reçus, qu'elle comprenne bien les questions et qu'elle y puisse y répondre convenablement.

L'autre activité plus ardue concerne les entrevues qui ont été effectuées au domicile des sujets du 10 décembre 2003 au 7 janvier 2004. Les sujets disposaient de moins de temps en raison des diverses préparations pour la période des fêtes. Ainsi, lors de certaines journées, il a fallu rencontrer quatre à cinq sujets. La consultante a dû faire face aux grands territoires, aux grandes distances entre les sujets et aux intempéries. Les diverses municipalités où ont eu lieu les entrevues étaient : Petit-Saguenay, La Baie, Chicoutimi,

Jonquière, St-Honoré et St-Ambroise. Par exemple, même si une entrevue a duré 30 minutes avec un sujet qui demeurait à Petit-Saguenay ou à St-Ambroise, le temps total requis pour la consultante a été d'environ deux heures et trente minutes pour l'aller et le retour. De plus, une entrevue qui était prévue à Falardeau a dû être annulée en raison d'une tempête de neige. Malgré une entente faite avec le sujet, aucun questionnaire et aucune feuille de consentement n'ont été reçus suite à un envoi postal. Les entrevues ont été faites au domicile des sujets et la consultante leur a proposé d'avoir avec eux une personne significative afin d'éviter la réticence des personnes âgées à révéler leurs opinions de crainte d'en subir des conséquences comme le mentionnent Donabedian (1988), Colsher et Wallace (1989) et Côté (1996). L'entrevue face à face a été une stratégie adéquate pour diminuer les craintes et mettre les usagers en confiance.

Le questionnaire est apparu adéquat pour les personnes âgées. Les usagers ont compris les 44 questions et aucune baisse de l'attention ou de la concentration n'a été remarquée. De plus, l'utilisation des choix de réponses allant de «pas satisfait», «peu satisfait», «satisfait» et «très satisfait», s'est avérée adéquate auprès des personnes âgées et n'a posé aucun problème de complexité.

La compilation des résultats s'est révélée également très intéressante, compte tenu de la signification que ces résultats pouvaient apporter en termes de constats à utiliser par le milieu lors de leur interprétation. Au début, les pourcentages ont été présentés selon chaque question, mais leur interprétation était plus difficile parce que les résultats étaient moins significatifs. Après les avoir regroupé par dimension, il a été plus facile de les interpréter selon la grille d'interprétation des sondages de satisfaction réalisée par McNeil en 1999 et

d'effectuer les recommandations qui en découlent aux gestionnaires du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

Retombées pour le milieu

L'étude a permis au Centre Hospitalier Cléophas-Claveau de connaître le niveau de satisfaction des usagers qui ont fréquenté l'hôpital de jour et d'en dégager les points forts tout comme de cibler certaines opportunités d'amélioration. Elle leur a également fourni un outil tangible permettant à la fois de pointer les éléments qui influencent la satisfaction des usagers et de choisir des priorités d'actions qui contribueront au maintien et à l'amélioration la qualité des soins et services. Les recommandations faites proposent également des pistes de solution reliées aux constats effectués suite à l'interprétation des données recueillies avec le questionnaire d'enquête. Ces solutions seront susceptibles d'influencer la satisfaction des usagers, celle-ci étant l'un des résultats souhaité suite aux soins et services fournis.

Publication ou diffusion des résultats

Les résultats de la recherche ne seront pas transmis de façon nominative, mais de manière globale. Ils seront remis aux gestionnaires et aux intervenants de l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau ainsi qu'à monsieur Ronald McNeil, chef des Services à la population à la RRSSS de Montréal-Centre, dans un essai réalisé dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières résumant l'ensemble de la démarche. Par la suite, un

résumé de l'enquête pourrait être soumis à la revue Perspectives Infirmières ou à l'Infirmière Clinicienne moyennant une autorisation de l'organisme mandant.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de mesurer et d'évaluer la satisfaction des usagers eu égard aux soins et services reçus à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau. Plus précisément, il fallait répondre à l'interrogation suivante : Dans quelle mesure la clientèle est-elle satisfaite des soins et des services reçus? Pour ce faire, le concept de satisfaction a d'abord été exploré et le concept de service de Côté et McNeil (1995) a servi de cadre de référence et orienté le choix de l'instrument de mesure. Par la suite, la satisfaction des usagers qui ont fréquenté l'hôpital de jour a été mesurée et des recommandations ont été émises suite à l'analyse des résultats. Enfin, un rapport écrit faisant état de l'ensemble de la démarche sera fourni aux gestionnaires et aux intervenants de l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

L'analyse a été effectuée selon 12 dimensions du concept de service dans les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel. L'interprétation des résultats obtenus au moyen des 20 questionnaires, réalisée avec l'échelle d'interprétation des sondages de satisfaction de McNeil, a révélé que le taux de répondants très satisfaits était très élevé. Les résultats indiquent que 99,3% des usagers se sont dits très satisfaits et que le taux moyen de satisfaction atteint 99,7% dans le secteur relationnel. Dans le secteur professionnel, le résultat des usagers qui se sont dits très satisfaits s'élève à 79,8% et le taux moyen de satisfaction est de 89,4%. Enfin, le taux d'usagers qui se sont dits très satisfaits dans le secteur organisationnel atteint 97,8% et le taux moyen de satisfaction est de 99,3%.

Les résultats recueillis permettront aux dirigeants du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau d'identifier les forces et les faiblesses des services offerts et de préciser les

priorités d'actions visant le maintien et l'amélioration de la qualité des soins et services aux usagers.

RÉFÉRENCES

- Abramowitz, S., Côté, A. A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction : A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (1996). The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 8, 555-566.
- Association des hôpitaux du Québec. (1987). *Programme d'appréciation de la qualité d'un service du centre hospitalier : Concepts de base, contenu-type, application*. Québec : AHQ.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1993). *Une approche globale*. Laval : Éditions Études Vivantes.
- Berry, L. L., Zeithaml, V. A., & Parasuraman, A. (1990). Five imperatives for improving service quality. *Sloan Management Review*, 31(4), 1-29.
- Boudreaux, E. D., Mandry, C. V., & Wood, K. (2003). Patient satisfaction data as a quality indicator : A tale of two emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 10, 261-268.
- Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et des services : Un cadre conceptuel*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Centre Hospitalier Cléophas-Claveau. (2003). *Hôpital de jour gériatrique : Votre service sous-régional* [Brochure]. Ville de la Baie : Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.
- CH, CHSLD, & CLSC Cléophas-Claveau. (1999). *Grille d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et des ressources*. Sherbrooke : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Churchill, G. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing construct. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64-73.

- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- CLSC, & CHSLD du Marigot. (Éd.). (2002). *L'amélioration continue de la qualité : Définition et fondements de la qualité*. Laval. Récupéré le 30 septembre 2004 de <http://www.clsc-chslddumarigot.qc.ca/200/qualite.asp>.
- Colsher, P. L., & Wallace, R. B. (1989). Data quality and age : Health and psycho-behavioral correlates of item nonresponse and inconsistent responses. *Journal of Gerontology*, 44(2), 45-52.
- Contandriopoulos, A. P., Kergoat, M. J., Latour, J., Lebel, P., Leduc, N., & Roberge, D. (1999). *L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques*. Montréal : Université de Montréal.
- Côté, A. (1996). Évaluation de la qualité des services de longue durée auprès des personnes âgées : Est-ce possible? *Gestion*, 21(2), 52-60.
- Côté, L., & McNeil, R. (1995). Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.
- Cox, C. L., Kaeser, L., Montgomery, A. C., & Marion, L. H. (1991). Quality of life nursing care : An experience trial in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(4), 6-11.
- Davies, A. R., & Ware, J. E. (1988). Involving consumers in quality of care assessment. *Health Affairs*, 7(1), 33-48.
- Doering, E. R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin*, 9, 291-299.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Vol. 1. Ann Arbor, Mi : Health Administration Press.

- Donabedian, A. (1987). Commentary on some studies of quality of care. *Health Care Financing Review*, Numéro spécial, 75-85.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Dubois, N., & Lamoureux, M. C. (1996). *Sondage phase II sur la satisfaction et la perception de la transformation : Faits saillants sur l'étude comparative*. Laurentides : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.
- Duperré, M. (2000). *Vers une conceptualisation de la satisfaction*. Chicoutimi : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.
- Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care : Concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 59-76.
- Favaro, P., & Ferris, L. (1991). Program evaluation with limited fiscal and human resources. Dans A. J. Love, (Éd.), *Evaluation methods source book*. Ottawa : Société canadienne d'évaluation.
- Firbank, O., Fermon, B., & Joel, M. E. (2000). *Le maintien à domicile des personnes âgées : Quelles stratégies d'amélioration de la qualité des soins et des services ?* Montréal : Université de Montréal.
- Ford, R., Bach, S., & Fottler, M. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review*, 22(2), 74-89.
- Greeneich, D. (1993). The link between new and return business and quality of care : Patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 62-72.
- Grenier, R. (1998). La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. *Journal de réadaptation médicale*, 18(3), 87-90.

- Grenier, R. (2002). Le processus de gestion de la qualité des soins-services. *Soins Cadres*, (43), 29-34.
- Guzman, P. M., Slipecevic, E. M., Lacey, E. P., Vitello, E. M., Matten, M. R., Woehlke, P. L., et al. (1988). Tapping patient satisfaction : A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counselling*, 12, 225-233.
- Haddad, S., Lebeau, R., Dubé, S., Roberge, D., Beaulieu, M. D., Pineault, R., & Potvin, L. (1999). Qualité des soins en chirurgie d'un jour : Mesure des perceptions de la clientèle. Montréal : Université de Montréal.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : En reconnaître la complexité. *Ruptures*, 4(1), 59-78.
- Hall, J. A., Milburn, M. A., & Epstein, A. M. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical Care*, 31(1), 84-94.
- Heinemann, D., Lengacher, C. A., VanCott, M. L., Mabe, P., & Swymer, S. (1996). Partners in patient care : Measuring the effects on patient satisfaction and other quality indicators. *Nursing Economics*, 14, 276-285.
- Hervé, G. (2004). Les personnes âgées et le vieillissement démographique. Dans G. Hervé, S. Jean, G. Langis, Y. Nobert, & M. Rochon, *Vie des générations et personnes âgées : Aujourd'hui et demain* (pp. 43-89). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- La Monica, E., Oberst, M., Madea, A., & Wolf, R. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health*, 9(1), 43-50.
- Larousse. (1996). *Le Petit Larousse illustré 1997*. Paris : Les Éditions Françaises Inc., p. 518.
- Lefebvre, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Lescarbeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2003). *Profession : Consultant* (4^e éd.). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lovelock, C. H. (1992). *Managing services*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Lysy, P. G. (1995). Le vieillissement. *L'Omnipraticien*, 3(11), 27-31.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1241-1248.
- Marsh, G. W. (1999). Measuring patient satisfaction outcomes across provider disciplines. *Journal of Nursing Measurement*, 7(1), 47-62.
- McColl, E., Thomas, L., & Bond, S. (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nursing Standard*, 10(52), 34-38.
- McNeil, R. (1999). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers : Rapport*. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.
- Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4), 9-24.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1994). *L'Hôpital de jour*. Ste-Foy : MSSS.
- Morin, D. (1999). Mesure de résultats en soins infirmiers : Satisfaction des usagers. *Recherche en soins infirmiers*, (58), 95-102.
- Mornet, C. (2001). Essai de modélisation du concept de satisfaction. *Recherche en soins infirmiers*, (66), 23-66.
- O'Connell, B., Young, J., & Twigg, D. (1999). Patient satisfaction with nursing care : A measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, 5(2), 72-77.

- Owens, D. J., & Batchelor, C. (1996). Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine*, 42, 1483-1491.
- Palmer, R. H. (1991). *Considerations in defining quality of care. Striving for Quality in Health Care*. Ann Arbor, Mi : Health Administration Press.
- Perla, L. (2002). Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(2), 60-66.
- Prévost, A., & Fafard, A. (1997). *La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux : Outil de régulation du système*. Communication présentée à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Chaudière-Appalaches à la quatrième rencontre internationale du REFIPS lors du colloque «Connaitre et surveiller pour agir», Montréal. Récupéré le 30 septembre 2004 de http://www.refips.org/4es_rencontres/atelier_18.htm.
- Rachlis, M., & Kushner, C. (1992). *How to save Canada's health care system*. Toronto : Harper Colls Publishers Ltd.
- Reeder, L. G. (1972). The patient-client as a consumer : Some observations on the changing professional-client relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 406-412.
- Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2001). *Démarche régionale d'amélioration continue de la qualité des services : Évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers*. Mauricie et Centre-du-Québec : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.
- Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001). *Évaluer pour s'améliorer : Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2001*. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.
- Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45-51.

- Roberge, D., Ducharme, F., Lebel, P., Pineault, R., & Loisel, J. (2002). La qualité des soins dispensés en unités de courte durée gériatriques : La perspective des aidants familiaux. *La Revue canadienne du vieillissement*, 21, 397-401.
- Roberge, D., Lebel, P., Ducharme, F., Pineault, R., Loisel, J., & Remondin, M. (1998). *Développement et validation d'un instrument de mesure destiné à mesurer les perceptions des aidants de la qualité des soins et des services dans les unités de courte durée gériatriques*. Montréal : Université de Montréal.
- Roy, P. M. (2001). L'hôpital de jour de gériatrie : un hôpital pas comme les autres. *Le médecin du Québec*, 36(8), 57-64.
- Scardina, S. A. (1994). SERVQUAL : A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 8(2), 38-46.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction : A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45, 1829-1843.
- Stamps, P. L. (1984). Measuring patient satisfaction. *Journal of Medical Group Management Association*, 31(1), 36-44.
- Swan, J., Sawyer, J. C., Van Matre, J. G., & McGee, G. W. (1985). Deepening the understanding of hospital patient satisfaction : Fulfillment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing*, 5(3), 7-18.
- Thomas, L. H., MacMillan, J., McColl, E., Priest, J., Hale, C., & Bond, S. (1995). Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of patient satisfaction scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2), 153-163.
- Tremblay, G. (2003). *L'interdisciplinarité ou s'assurer que n'importe qui ne fasse pas n'importe quoi*. Québec : Institut de formation continue du Québec.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction : An attribute or indicator of the quality of care. *Quality Review Bulletin*, 13(3), 106-108.

- Walsh, M., & Walsh, A. (1999). Measuring patient satisfaction with nursing care : Experience of using the newcastle satisfaction with nursing scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 307-315.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., & Wright, W. R. (1976). *A review of the literature, overview of methods, and results regarding construction of scales*. Springfield : National Technical Information Service.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction : A valid concept? *Social Science and Medicine*, 38, 509-516.
- Yellen, E., Davis, G. C., & Ricard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(2), 23-29.
- Zastowny, T. R., Stratmann, W. C., Adam, E. H., & Fox, M. L. (1995). Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Quality Management in Health Care*, 3(3), 50-61.

APPENDICES

APPENDICE A

Autorisation pour la consultation des dossiers aux archives



Centre
Cléophas-Claveau

La Baie, 4 novembre 2003

Au Comité d'éthique de l'UQAC

Mme Audrey Simard est employée du Centre Cléophas-Claveau. Dans le cadre de son programme d'étude de 2^{ème} cycle en sciences infirmières à l'UQAC. Elle nous a sollicité afin de connaître le type de projet pouvant faire l'objet d'une recherche dans notre établissement.

Ainsi, nous avons mandaté Mme Audrey Simard à titre de consultante (sans rémunération) afin de nous fournir des données concernant les attentes et la satisfaction de la clientèle ayant fréquenté l'hôpital de jour psychogériatrique du Centre Cléophas-Claveau.

Aux fins de recherches, nous autorisons Mme Audrey Simard à consulter les dossiers des clients sélectionnés selon la méthode proposée pour l'enquête.

Je vous prie, madame, d'accepter mes salutations distinguées.

Dominique Coutlée

Dominique Coutlée

Coordonnatrice des programmes en
milieu naturel

CH. CHSLD. CLSC. Cléophas-Claveau

DC/ab

C.C.: Mme Martine Nepton, directrice PPA
Mme Hélène Lavoie, directrice des soins infirmiers
Mme Renée Vallière, archiviste médicale

APPENDICE B

Grille d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et des ressources

GRILLE D'ÉVALUATION
DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE
ET DES RESSOURCES

HÔPITAL DE JOUR

CH. CHSLD. CLSC CLÉOPHAS CLAVEAU

1999

TABLE DES MATIÈRES

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ).....	P. 2-3
B. MOBILITÉ.....	P. 4
C. TÂCHES DOMESTIQUES (AVD).....	P. 5-6
D. RESSOURCES BIO-PHYSIOLOGIQUES.....	P. 7-8
E. COMMUNIQUER.....	P. 9
F. FONCTIONS MENTALES.....	P. 10-11

ANNEXE

PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE

(*) Référence: Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle S.M.A.F.
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

A- ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A.V.Q.)

	0	- 1	- 2	- 3
1. SE NOURRIR (*)	Se nourrit seul <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou hacher sa nourriture au préalable	A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un	Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde nasogastrique OU une gastrostomie
2. SE LAVER (*)	Se lave seul <u>-0.5 avec difficulté</u>	Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement	A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement	Nécessite d'être lavé par une autre personne
TRANSFERT AU BAIN	Seul <u>-0.5 avec difficulté</u>	Avec surveillance OU consignes	Avec aide	Avec lève personne ou planche de transfert
3. S'HABILLER (*)	S'habille seul <u>-0.5 Avec difficulté</u>	S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin de surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son linge et lui présenter OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets)	Nécessite de l'aide pour s'habiller	Doit être habillé par une autre personne
4. ENTRETENIR SA PERSONNE (*) (Se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, couper ses ongles).	Entretien sa personne seul. <u>-0.5 Avec difficulté</u>	A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne	A besoin d'aide pour entretenir sa personne	Ne participe pas à l'entretien de sa personne

A- ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A.V.Q.) (Suite)

	0	- 1	- 2	- 3
5. FONCTION VÉSICALE (*)	Miction normale	Incontinence occasionnelle OU en goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences	Incontinence urinaire fréquente.	Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une couche OU une sonde à demeure OU un condom urinaire
6. FONCTION INTESTINALE (*)	Défécation normale	Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel	Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier	Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une couche OU une stomie
7. UTILISER LES TOILETTES (*)	Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, se relever et s'habiller). -0.5 Avec difficulté	Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes ou utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine.	A besoin d'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal.	N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal.

B- MOBILITÉ

	0	- 1	- 2	- 3
1. TRANSFERTS (*) du lit vers le fauteuil ou le fauteuil roulant et vice versa	Se lève et se couche seul <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Se lève et se couche seul mais doit être stimulé OU surveillé OU guidé dans ses mouvements.	A besoin d'aide pour se lever et se coucher	Grabataire (doit être levé ou couché en bloc) Lève personne Planche de transfert
2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (*)	Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse) <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire OU utilise une marchette	A besoin d'aide d'une autre personne	Ne marche pas
3. MARCHER À L'EXTÉRIEUR (*)	Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse) <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire OU utilise une marchette	A besoin d'aide d'une autre personne	Ne marche pas
4. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE (*)	Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse	Installe seul sa prothèse ou son orthèse <u>-1.5 Avec difficulté</u>	A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse	La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne
5. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT (F.R.) (*)	N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer	Se déplace seul en F.R. <u>-1.5 Avec difficulté</u>	Nécessite qu'une personne pousse le F.R.	Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière)
6. UTILISER LES ESCALIERS (*)	Monte et descend les escaliers seul <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire	Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne	N'utilise pas les escaliers

C- TÂCHES DOMESTIQUES (A.V.D.)

	0	- 1	- 2	-3
1. ENTREtenir LA MAISON (*)	Entretien seul la maison <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Entretien la maison mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver le plancher, doubles fenêtres...)	A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison	N'entretient pas la maison
2. PRÉPARER LES REPAS (*)	Prépare seul ses repas. <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable	Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés	Ne prépare pas ses repas
3. FAIRE LES COURSES (*)	Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements...) <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre	Besoin d'aide pour planifier ou faire les courses	Ne fait pas les courses
4. FAIRE LA LESSIVE (*)	Fait toute la lessive seul. <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable	A besoin d'aide pour faire la lessive	Ne fait pas la lessive
5. UTILISER LE TÉLÉPHONE (*)	Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le botin) <u>-0.5 Avec difficulté</u>	Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence	Communique au téléphone mais ne compose pas de numéro ou ne décroche pas le récepteur	Ne se sert pas du téléphone

C-TÂCHES DOMESTIQUES (A.V.D.) (suite)

	0	- 1	- 2	- 3
6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT (*)	Utilise seul un moyen de transport (automobile, taxi, autobus...) <i>-0.5 Avec difficulté</i>	Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul un véhicule adapté	N'utilise que l'automobile OU un véhicule adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre	Doit être transporté en ambulance
7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS (*)	Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament <i>-0.5 Avec difficulté</i>	A besoin de surveillance pour s'assurer qu'il prend convenablement ses médicaments OU pilulier hebdomadaire	Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement	On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun
8. GÉRER SON BUDGET (*)	Gère seul son budget <i>-0.5 Avec difficulté</i>	A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions majeures	A besoin d'aide pour effectuer des transactions régulières (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise l'argent de poche qu'on lui remet à bon escient	<i>Ne gère pas son budget</i>

D. RESSOURCES BIO-PHYSIOLOGIQUES

	0	- 1	- 2	- 3
1. CONDITION MÉDICALE FONCTIONNELLE	L'état de santé général permet le maintien de l'autonomie globale <u>-0.5 Avec difficulté</u>	L'état de santé général entrave légèrement l'autonomie globale	L'état de santé général entrave modérément l'autonomie globale	L'état de santé général entrave sévèrement l'autonomie globale
2-3. MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS	La condition mécanique des membres rend leur utilisation fonctionnelle dans l'ensemble des activités et permet le maintien de l'autonomie globale <u>-0.5 Avec difficulté</u>	La condition mécanique des membres apporte des problèmes mineurs à leur utilisation dans l'ensemble des activités et entrave légèrement l'autonomie globale	La condition mécanique des membres apporte des problèmes modérés à leur utilisation dans l'ensemble des activités et entrave modérément l'autonomie globale	La condition mécanique des membres apporte des problèmes graves à leur utilisation dans l'ensemble des activités et entrave sévèrement l'autonomie globale
4. TRONC	La condition mécanique de la colonne cervico-dorso-lombaire permet le maintien de l'autonomie globale <u>-0.5 Avec difficulté</u>	La condition mécanique de la colonne cervico-dorso-lombaire entrave légèrement l'autonomie globale	La condition mécanique de la colonne cervico-dorso-lombaire entrave modérément l'autonomie globale	La condition mécanique de la colonne cervico-dorso-lombaire entrave sévèrement l'autonomie globale
5. ÉQUILIBRE DEBOUT	Équilibre adéquat en statique et dynamique	Léger problème d'équilibre en statique et/ou dynamique avec réactions d'équilibre et/ou de protection plus lentes	Équilibre moyen en statique et/ou dynamique nécessitant un support pour accomplir ses activités de façon sécuritaire	Problème sévère d'équilibre en statique et/ou dynamique nécessitant un support physique et/ou humain constant
6. DOULEUR	Aucune douleur OU douleur légère et occasionnelle ne nécessitant aucune intervention	Douleur gênante ou intermittente limitant légèrement les activités et/ou nécessitant une intervention	Douleur pénible ou régulière limitant modérément les activités	Douleur sévère et constante limitant les activités de façon importante et perturbant le sommeil

D. RESSOURCES BIO-PHYSIOLOGIQUES (Suite)

	0	- 1	- 2	- 3
7. REPOS ET SOMMEIL	Sommeil et périodes de repos satisfaisant ses besoins	Insomnie occasionnelle entraînant parfois une sensation de fatigue au lever	Insomnie fréquente, difficulté à s'endormir et/ou se réveille souvent et/ou se réveille tôt	Insomnie régulière ne permettant pas de satisfaire ses besoins, entraînant une fatigue constante et perturbant les activités diurnes OU accompagnée de problème de comportement (errance, agitation, anxiété...)
8. ÉTAT NUTRITIONNEL	Normes nutritionnelles ne présentant aucune anomalie significative	Présence d'anomalies mineures ayant peu ou pas d'impact sur l'état de santé global	Présence d'anomalies modérées ayant un impact significatif sur l'état de santé global	Présence d'anomalies sévères ayant un impact important sur l'état de santé global et nécessitant une intervention médicale
9. ÉLIMINATION	N'a aucun problème d'élimination urinaire ou fécale	À l'occasion, a des problèmes de constipation ou de diarrhée ou d'élimination urinaire (pollakiurie, nycturie...)	A régulièrement des problèmes de constipation ou de diarrhée ou d'élimination urinaire (infections urinaires fréquentes...)	A des problèmes sévères de constipation ou de diarrhée ou d'élimination urinaire (dysurie, hématurie, rétention urinaire...) nécessitant une intervention médicale à court terme
10. INTÉGRITÉ DE LA PEAU	L'état de la peau est sain à toutes les parties du corps	L'état de la peau est légèrement altéré à un ou quelques endroits du corps (rougeur, chaleur, sécheresse ou humidité augmentées, légère démangeaison, léger oedème)	L'état de la peau est altéré modérément à un ou quelques endroits du corps (lésions superficielles avec ou sans écoulement	L'état de la peau est altéré sévèrement à un ou quelques endroits du corps (lésions profondes ou superficielles mais étendues avec ou sans écoulement.

E. COMMUNIQUER

	0	- 1	- 2	- 3
1. VOIR (*)	Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs	Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes	Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes	Aveugle
2. ENTENDRE (*)	Entend convenablement avec ou sans appareil auditif	Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif	N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes	Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer
3. PARLER (*)	Parle normalement	A un défaut de langage mais réussit à exprimer sa pensée	A un défaut grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui-non)	Ne communique pas

F. FONCTIONS MENTALES

	0	- 1	- 2	- 3
1. MÉMOIRE (*)	Mémoire normale	Oublie des faits récents (nom de personnes, rendez-vous...) mais se souvient des faits importants	Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs...)	Amnésie quasi totale
2. ORIENTATION (*)	Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes	Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes	Est orienté seulement dans la petite durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières	Désorientation complète
3. COMPRÉHENSION (*)	Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande	Est lent à saisir des explications ou des demandes	Ne comprend que partiellement même après des explications répétées	Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui
4. JUGEMENT (*)	Évalue les situations et prend des décisions sensées	Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées	Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si on lui suggère fortement notre opinion	N'évalue pas les situations et doit prendre les décisions à sa place
5. COMPORTEMENT (*)	Comportement adéquat	Troubles du comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation	Troubles du comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, dérange les autres)	Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver
6. ATTENTION ET CONCENTRATION	Attention et concentration fonctionnelles	Difficulté à maintenir son attention et sa concentration, problème d'endurance, fatigabilité	Attention et concentration déficitaires, affectant la capacité à suivre les traitements ou une conversation	Incapacité à maintenir son attention et sa concentration, conversation impossible

F- FONCTIONS MENTALES (Suite)

	0	- 1	- 2	- 3
7. CAPACITÉ D'APPRENTISSAGE	Capacité d'apprentissage fonctionnelle	Capacité d'apprentissage ralentie	Capacité d'apprentissage très réduite	Pas de capacité d'apprentissage
8. HUMEUR	Humeur stable et appropriée	Humeur fragile, personne vulnérable aux événements et au stress mais réussit à les assumer	Humeur perturbée, très vulnérable aux événements et au stress, a besoin d'aide pour les assumer	Humeur très perturbée, ne supporte aucun stress, ne peut les assumer même avec de l'aide, détresse psychologique
9. MOTIVATION	Bonne motivation, s'implique dans ses traitements, discute, pose des questions	Motivation réduite mais participe avec stimulation	Motivation très réduite ou indifférence, s'implique peu même avec stimulation	Motivation inexistante, refuse les activités ou exprime une agressivité constante en cours d'activité
10. CAPACITÉ D'ADAPTATION	Bonne capacité d'adaptation	Capacité d'adaptation légèrement réduite, insécurité et réticence face au changement mais se calme rapidement et finit par accepter	Capacité d'adaptation très réduite, insécurité importante et réticence qui restreignent les interventions	Incapable de changer ses habitudes et de s'adapter, attitude rigide.
11. CAPACITÉ RELATIONNELLE	Capacité relationnelle adéquate.	Capacité relationnelle un peu réduite. Relations interpersonnelles parfois difficiles ou superficielles	Capacité relationnelle très réduite. Relations interpersonnelles peu satisfaisantes ou conflictuelles ou sans continuité. Tendance à s'isoler ou à être rejeté	Capacité relationnelle sévèrement réduite. Relations interpersonnelles très conflictuelles et très insatisfaisantes. Isolement ou vit négativement les contacts avec l'entourage
12. ENTOURAGE	Entourage psycho-affectif adéquat	L'entourage pourrait être meilleur ou insatisfaction exprimée	Entourage insuffisant ou partiellement inapproprié Début d'isolement.	Entourage inapproprié ou isolement
13. NIVEAU D'ACTIVITÉ	Bon niveau d'activité	Niveau d'activité un peu limité	Niveau d'activité modérément limité	Niveau d'activité très limité

Diagnostic (s):

Antécédents:

Date: #plan: Échelle d'évaluation - total: S.M.A.F. (H):

A - AVQ	0	-5	-1	-2	-3	H	S
1. Se nourrir							
2. Se laver							
2a. Transfert au bain						■	■
3. S'habiller							
4. Entretenir sa personne							
5. Fonction vésicale		■					
6. Fonction intestinale		■					
7. Utiliser les toilettes							

B- MOBILITÉ 4 et 5: -1.5 = avec difficulté

1. Transferts							
1. Marcher à l'intérieur							
2. Marcher à l'extérieur							
3. Installer proth/orth.		■					
3. Se déplacer en F.R.		■					
5. Utiliser les escaliers							

C - AVD

1. Entretenir la maison							
2. Préparer les repas							
3. Faire les courses							
4. Faire la lessive							
5. Utiliser le téléphone							
5. Utiliser les transports							
7. Prendre sa médication							
3. Gérer son budget							

**D-RESSOURCES
BIO-PHYSIOLO.**

1. Condition médicale						■	■
1. Membre Sup. droit						■	■
Membre Sup. gauche						■	■
3. Membre Inf. droit						■	■
Membre Inf. gauche						■	■
1. Tronc						■	■

	0	-1	-2	-3	H	S
5. Équilibre					■	■
6. Douleur					■	■
7. Repos et sommeil					■	■
8. État nutritionnel					■	■
9. Élimination					■	■
10. Intégrité de la peau					■	■

E-COMMUNIQUER

1. Voir						
2. Entendre						
3. Parler						

F- FONCTIONS MENTALES

1. Mémoire						
2. Orientation						
3. Compréhension						
4. Jugement						
5. Comportement						
6. Attention-Concentration					■	■
7. Capacité d'apprentissage					■	■
8. Humeur					■	■
9. Motivation					■	■
10. Capacité d'adaptation					■	■
11. Capacité relationnelle					■	■
12. Entourage					■	■
13. Niveau d'activité					■	■

Conduite Automobile : OUI: NON: À ÉVALUER:

0: Autonome ou fonctionnel -5: Avec difficulté -1: Déficit léger -2: Déficit modéré -3: Déficit sévère H: Handicap S: Stabilité des ressources

A: Situation Actuelle P: Situation projetée/l'équipe X : Situation projetée/client + : Augmentent - : Diminuent * : Restent stables

CIBLES	INTERVENTIONS	INTERVENANTS
Obj. Communs:		

Md	Soins Inf.	Physio.	Ergo.	Psycho.	Diététo.	Int. Soc.

APPENDICE C

Questionnaire d'enquête

Questionnaire: Mesure de la satisfaction des usagers

No d'identification: _____

Lors de votre dernière visite à ... au ..., est-ce que... N'hésitez pas à me signaler si l'énoncé ne s'applique pas à la situation que vous avez vécue

	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord	NA	NSP	NRP
	1	2	3	4	7	8	9
1 On vous a traité avec respect à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
2 On a respecté vos choix et on ne vous a pas forcé (e) à faire certaines activités à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
3 On ne s'est pas seulement occupé de votre problème immédiat, mais on a tenu compte de l'ensemble de votre personne à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
4 On a tenu compte de votre culture et de vos habitudes de vie à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
5 On n'a posé de questions qui n'ont pas de rapport avec votre problème à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
6 On n'a pas posé de gestes qui ne sont pas requis par votre état de santé ou votre problème à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
7 On a fait preuve de discrétion à votre égard à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
8 On a traité votre dossier de manière confidentielle à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
9 On a respecté votre intimité physique à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
10 On vous a présenté tous les différents choix qui s'offrent à vous à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
11 Les intervenants (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous ont aidé à trouver une solution à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9

Questionnaire: Mesure de la satisfaction des usagers

No d'identification: _____

Lors de votre dernière visite à ... au ..., est-ce que... **N'hésitez pas à me signaler si l'énoncé ne s'applique pas à la situation que vous avez vécue**

	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord	NA	NSP	NRP
	1	2	3	4	7	8	9
12 On n'a pas pris de décision à votre place à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
13 Les intervenants (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous ont donné des conseils pour éviter que le problème ne se reproduise à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
14 Il y a peu de formalités pour faire affaire avec le ... la ... (pas trop compliqué, pas trop d'étapes, pas trop de paperasse).	1	2	3	4	7	8	9
15 On vous a parlé dans des mots que vous pouvez facilement comprendre à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
16 Selon vous, il est possible de choisir votre intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) et de changer si ça ne va pas à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
17 On vous a facilité les démarches avec d'autres établissements, organismes ou professionnels, si cela est requis.	1	2	3	4	7	8	9
18 Il y a une continuité et une bonne communication entre le ... la ... et les différents organismes de santé et de services sociaux.	1	2	3	4	7	8	9
19 Lorsque c'était possible, le même intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) s'est occupé de vous d'une fois à l'autre à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
20 Le ... la ... est facilement accessible par transport en commun (incluant le transport adapté) ou il est possible de stationner à proximité.	1	2	3	4	7	8	9
21 Le ... la ... vous a informé de l'ensemble des services qu'on y offre.	1	2	3	4	7	8	9
22 On vous a donné de l'information adaptée à votre culture et à votre langue.	1	2	3	4	7	8	9

Questionnaire: Mesure de la satisfaction des usagers

No d'identification: _____

Lors de votre dernière visite à ... au ..., est-ce que... N'hésitez pas à me signaler si l'énoncé ne s'applique pas à la situation que vous avez vécue

	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord	NA	NSP	NRP
	1	2	3	4	7	8	9
23 Le ... la ... est ouvert aux heures qui vous conviennent (i.e. semaine, fin de semaine et/ou soir).	1	2	3	4	7	8	9
24 Si vous avez pris rendez-vous avec des professionnels, ils ont été obtenus rapidement à ... au ... (Note: Ne s'applique pas si le répondant n'avait pas de rendez-vous).	1	2	3	4	7	8	9
25 Si vous n'avez pas pris de rendez-vous, le temps d'attente a été court à ... au ... (Note: Ne s'applique pas si le répondant n'avait pas de rendez-vous).	1	2	3	4	7	8	9
26 Si vous n'avez pas pris de rendez-vous, votre rendez-vous a été traité avec ponctualité à ... au ... (Note: Ne s'applique pas si le répondant n'avait pas de rendez-vous).	1	2	3	4	7	8	9
27 On vous a informé de la façon dont vous pouvez vous plaindre si vous êtes insatisfaite (e) du service offert à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
28 L'ensemble des personnes rencontrées étaient compétentes à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
29 Si vous avez passé des examens et des tests à ... au ..., vous avez eu une réponse, qu'elle soit positive ou négative.	1	2	3	4	7	8	9
30 On a pris le temps nécessaire pour s'occuper de vous à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
31 L'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous a écouté attentivement et vous a pris au sérieux à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
32 L'ensemble des personnes rencontrées ont eu de la considération pour les membres de votre famille ou de votre entourage qui vous ont assisté (e) à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9

Questionnaire: Mesure de la satisfaction des usagers

No d'identification: _____

Lors de votre dernière visite à ... au ..., est-ce que... N'hésitez pas à me signaler si l'énoncé ne s'applique pas à la situation que vous avez vécue

	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord	NA	NSP	NRP
	1	2	3	4	7	8	9
33 L'ensemble des personnes rencontrées vous ont bien compris (e) à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
34 L'atmosphère était agréable à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
35 Les locaux et les équipements étaient propres à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
36 Tous les gens ont été traités également sans aucune discrimination à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
37 L'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) a pris le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
38 L'ensemble des personnes rencontrées étaient souriantes à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
39 L'ensemble des personnes rencontrées vous ont rassuré (e) à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
40 On vous a proposé d'obtenir le support de votre entourage (parents, amis, groupes communautaires) à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
41 On vous a référé (e) à d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
42 Il y a eu un suivi aux conseils et aux références qui vous ont été donnés à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
43 Si le temps d'attente a été long, on s'est préoccupé de vous à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9
44 Les équipements et technologies sont de pointe à ... au ...	1	2	3	4	7	8	9

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ÂGE :

SEXE :

PROVENANCE DU SUJET :

NIVEAU DE SATISFACTION GLOBAL :

PAS SATISFAIT
PEU SATISFAIT
SATISFAIT
TRÈS SATISFAIT

APPENDICE D

Licence d'exploitation pour le questionnaire d'enquête



Le 4 novembre 2003

Madame Audrey Simard
1300, rue Ste-Catherine
La Baie, Qc.
G7B 2M3

Madame,

En réponse à votre courriel du 3 novembre dernier, nous vous accordons une licence d'exploitation du concept de service et des questionnaires afférents présentés dans les études de la Régie régionale de Montréal-Centre. Il est néanmoins entendu que vous respecterez la référence aux auteurs originaux i.e. la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et ses mandataires.

Réciproquement, il est convenu que vous accordez à la Régie régionale une licence afin de distribuer et de faire la promotion des outils que vous aurez éventuellement développés dans le cadre de vos travaux. Enfin, nous apprécierions fortement prendre connaissance des résultats de vos enquêtes.

En toute collaboration, veuillez accepter, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le chef des Services à la population

Ronald McNeil
Direction de l'information et de la planification
☎ 514-286-5615
☎ 514-286-6548

APPENDICE E

Explication du projet

Déclaration d'honneur

Consentement à la recherche

ÉTUDE EXPLORATOIRE BASÉE SUR L'INTERVENTION

EXPLICATION DU PROJET

ÉVALUATION DES ATTENTES ET DE LA SATISFACTION DES USAGERS

Cette étude est réalisée par Audrey Simard sous la direction de Madame Suzanne Aucoin, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Cette recherche a pour but de mesurer la satisfaction des usagers qui ont reçu des soins et des services de l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau, et ce, dans une approche de partenariat avec le milieu. Les objectifs spécifiques sont d'approfondir le concept de la satisfaction ; d'approfondir le concept de service ; de mesurer la satisfactions des usagers qui ont fréquenté l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau et d'émettre des recommandations suite à l'analyse des résultats de l'enquête.

Votre participation consistera à répondre à un questionnaire, d'une durée d'environ une heure, qui vous sera présenté lors d'une entrevue et qui mesure la satisfaction en regard aux soins et aux services que vous avez reçus lors de votre dernier séjour à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau. Il n'y a aucun risque pour vous, sinon celui de la fatigue que vous pouvez ressentir lors de l'entrevue, risque auquel il est facile de pallier. L'avantage prévisible pour cette étude est l'obtention d'informations en regard à la satisfaction des usagers afin d'améliorer la qualité des soins et des services à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez, vous pourrez mettre fin à votre participation à tout moment de votre choix. La chercheure

s'engage à vous retirer de la recherche advenant le cas où vous devriez retourner à l'hôpital de jour et que vous n'avez pas encore répondu au questionnaire faisant partie de l'étude.

Toutes les données recueillies sont confidentielles et serviront seulement pour cette étude. Elles seront détruites six mois après la publication finale des résultats de la recherche et seront diffusés de manière anonyme.

Vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi au 545-5011 poste 4065 pour toute question concernant l'éthique de la recherche à l'Université.

Je vous remercie très sincèrement pour votre collaboration.

Audrey Simard

Étudiante au département des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Tél. : 418-544-8909 ; E-mail : audrey_simard@uqac.ca

ÉTUDE EXPLORATOIRE BASÉE SUR L'INTERVENTION

DÉCLARATION D'HONNEUR

Cette étude est réalisée par Audrey Simard sous la direction de Madame Suzanne Aucoin, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Je, soussigné _____, déclare avoir l'obligation d'informer toute personne sollicitée pour participer à l'enquête, en lui donnant les explications sur les objectifs et la nature de l'étude et sur les modalités de la collaboration. Je m'engage à lui soumettre pour signature, sans contrainte, une feuille de consentement.

Je m'engage à utiliser, pour recueillir les données, une codification qui ne peut en aucun cas être identifiée nommément. Les données recueillies ne pourront être utilisées que pour les fins de la présente recherche et après accord de la personne autorisée.

Je m'engage à retirer de la recherche la personne qui retournerait à l'Hôpital de jour pour y recevoir des soins et des services et qui n'aurait pas répondu au questionnaire faisant partie de l'étude.

Je m'engage également à respecter la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* ainsi que la loi et les règles de l'art en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et ce, tant au niveau de la cueillette d'information confidentielle, de son traitement que de sa diffusion.

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____

Signature du participant/participante : _____ Date : _____

Audrey Simard

Étudiante au département des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Tél. : 418-544-8909 ; E-mail : audrey_simard@uqac.ca

ÉTUDE EXPLORATOIRE BASÉE SUR L'INTERVENTION

CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Cette étude est réalisée par Audrey Simard sous la direction de Madame Suzanne Aucoin, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Après avoir reçu l'information sur le projet, je comprends qu'accepter de collaborer à cette étude signifie accepter de répondre à un questionnaire qui mesure la satisfaction en regard aux soins et aux services reçus lors de mon dernier séjour à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Cléophas-Claveau.

Je reconnais avoir toute liberté d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Je comprends que je pourrai mettre fin à ma collaboration à cette recherche, à tout moment de mon choix et ce, sans aucun préjudice. Je reconnais avoir été informé (e) des dispositions prises pour préserver la confidentialité des données recueillies, lesquelles devront être publiées de manière anonyme et détruites six mois après la publication finale des résultats de la recherche.

Signature du participant/participante : _____ Date : _____

Signature de la chercheure : _____ Date : _____

Audrey Simard

Étudiante au département des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Tél. : 418-544-8909 ; E-mail : audrey_simard@uqac.ca

APPENDICE F

Taux de satisfaction des répondants pour chaque question

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur relationnel

No	Questions	Dimensions	% moyen satisfaction	% très satisfaits
Q.1	On vous a traité avec respect à... au...	Dignité	100 %	100 %
Q.2	On a respecté vos choix et on ne vous a pas forcé (e) à faire certaines activités à... au...	Dignité	95 %	90 %
Q.3	On ne s'est pas seulement occupé de votre problème immédiat, mais on a tenu compte de l'ensemble de votre personne à... au...	Dignité	100 %	100 %
Q.4	On a tenu compte de votre culture et de vos habitudes de vie à... au...	Dignité	100 %	100 %
Q.36	Tous les gens ont été traités également, sans aucune discrimination à... au...	Dignité	100 %	100 %
Q.5	On n'a pas posé de questions qui n'ont pas de rapport avec votre problème à... au...	Intimité	100 %	100 %
Q.6	On n'a pas posé de gestes qui ne sont pas requis par votre état ou votre problème à... au...	Intimité	100 %	100 %
Q.7	On a fait preuve de discrétion à votre égard à... au...	Intimité	100 %	100 %
Q.8	On a traité votre dossier de manière confidentielle à... au...	Intimité	100 %	100 %
Q.9	On a respecté votre intimité physique à... au...	Intimité	100 %	100 %
Q.30	On a pris le temps nécessaire pour s'occuper de vous à... au...	Empathie	100 %	100 %

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur relationnel (suite)

No	Questions	Dimensions	% moyen satisfaction	% très satisfaits
Q.31	L'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) rencontré vous a écouté (e) attentivement et vous a pris au sérieux à... au...	Empathie	100 %	100 %
Q.32	L'ensemble des personnes rencontrées ont eu de la considération pour les membres de votre famille ou de votre entourage qui vous ont assisté(é) à... au...	Empathie	100 %	100 %
Q.33	L'ensemble des personnes rencontrées vous ont bien comprise (e) à... au...	Empathie	100 %	100 %
	Moyenne		99,6 %	99,3 %

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur professionnel

No	Questions	Dimensions	% moyen satisfaction	% très satisfaits
Q.26	Si vous avez pris rendez-vous, votre rendez-vous a été traité avec ponctualité à... au... (Note : Ne s'applique pas si le répondant n'avait pas de rendez-vous).	Fiabilité	100 %	100 %
Q.27	On vous a informé de la façon dont vous pouvez vous plaindre si vous êtes insatisfait (e) du service offert à... au...	Fiabilité	50 %	0 %
Q.28	L'ensemble des personnes rencontrées étaient compétentes à ... au ...	Fiabilité	100 %	100 %
Q.29	Si vous avez passé des examens et des tests à ... au ..., vous avez eu une réponse, qu'elle soit positive ou négative.	Fiabilité	100 %	100 %
Q.44	Les équipements et technologies sont de pointe à... au...	Fiabilité	100 %	100 %
Q.10	On vous a présenté tous les différents choix qui s'offrent à vous à ... au ...	Responsabilisation	96 %	90 %
Q.11	Les intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux ou autres professionnels) vous ont aidé à trouver une solution à... au...	Responsabilisation	96 %	90 %
Q.12	On n'a pas pris de décision à votre place à... au...	Responsabilisation	91 %	80 %
Q.13	Les intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux ou autres professionnels) vous ont donné des conseils pour éviter que le problème ne se reproduise à... au...	Responsabilisation	100 %	100 %

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur professionnel (suite)

No	Questions	Dimensions	% moyen satisfaction	% très satisfaits
Q.42	Il y ait un suivi aux conseils et aux références qui vous ont été données à... au...	Responsabilisation	81 %	72 %
Q.37	L'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) a pris le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape à... au...	Apaisement	95 %	85 %
Q.38	L'ensemble des personnes rencontrées étaient souriantes à... au...	Apaisement	100 %	100 %
Q.39	L'ensemble des personnes rencontrées vous ont rassuré (e) à... au...	Apaisement	98 %	90 %
Q.43	Si le temps d'attente a été long, on s'est préoccupé de vous à... au...	Apaisement	100 %	100 %
Q.40	On vous a proposé d'obtenir le support de votre entourage (parents, amis, groupes communautaires) à... au...	Solidarisation	93 %	80 %
Q.41	On vous a référé à d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires à ... au ...	Solidarisation	60 %	38 %
Q.19	Lorsque c'était possible, le même intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) s'est occupé de vous d'une fois à l'autre à ... au ...	Continuité	99 %	95 %
	Moyenne		91,3 %	82,8 %

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur organisationnel

No	Questions	Dimensions	% moyen satisfaction	% très satisfaits
Q.14	Il y a peu de formalités pour faire affaire avec le... la... (pas trop compliqué, pas trop d'étapes, pas trop de paperasse).	Facilité	96 %	85 %
Q.15	On vous a parlé dans des mots que vous pouvez facilement comprendre à... au...	Facilité	100 %	100 %
Q.16	Selon vous, il est possible de choisir votre intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) et de changer si ça ne va pas à... au...	Facilité	100 %	100 %
Q.17	On vous a facilité les démarches avec d'autres établissements, organismes ou professionnels, si cela est requis.	Facilité	100 %	100 %
Q.18	Il y a une continuité et une bonne communication entre le... la... et les différents organismes de santé et de services sociaux.	Continuité	100 %	100 %
Q.20	Le ... la ... est facilement accessible par transport en commun (incluant le transport adapté) ou il est possible de stationner à proximité.	Accessibilité	99 %	95 %
Q.21	Le ... la ... vous a informé (e) sur l'ensemble des services qu'on y offre.	Accessibilité	93 %	85 %
Q.22	On vous a donné de l'information adaptée à votre culture et à votre langue.	Accessibilité	100 %	100 %

Taux de satisfaction des répondants selon le secteur organisationnel (suite)

No	Questions	Dimensions	% moyen satisfaction	% très satisfaits
Q.23	Le ... la ... est ouvert à des heures qui vous conviennent (i.e. semaine, fin de semaine et/ou soir).	Accessibilité	100 %	100 %
Q.24	Si vous avez pris rendez-vous avec des professionnels, ils ont été obtenus rapidement à ... au ... (Note : Ne s'applique pas si le répondant n'avait pas de rendez-vous).	Rapidité	100 %	100 %
Q.25	Si vous n'avez pas pris de rendez-vous, le temps d'attente a été court à ... au ... (Note : Ne s'applique pas si le répondant n'avait pas de rendez-vous).	Rapidité	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Q.34	L'atmosphère était agréable à ... au ...	Confort	100 %	100 %
Q.35	Les locaux et les équipements étaient propres à ... au ...	Confort	100 %	100 %
	Moyenne		99,0 %	96,9 %

