

# La qualité de la relation avec les patients : un des éléments du bien-être des soignants à l'hôpital

par Chantal Vandoorne (1), Michel Muller (2), Philippe Mairiaux (3), (4)

*L'étude exploratoire décrite dans cet article s'intègre dans le programme du réseau belge francophone des «Hôpitaux promoteurs de santé». Elle a pour objectif général d'identifier les besoins en matière de santé du personnel hospitalier, première étape d'un processus de mobilisation du personnel et de la hiérarchie en faveur de la promotion de la santé à l'hôpital.*

*Une enquête qualitative a été menée au CHU de Liège sur base d'entretiens de groupe et d'entretiens individuels. Cette enquête montre que les besoins de santé du personnel sont liés au vécu quotidien du travail et impliquent essentiellement des facteurs matériels et des facteurs psychosociaux parmi lesquels on retrouve la qualité de la relation avec les patients et leur information.*

*Les pistes d'action prioritaires émergent de cette enquête concernent l'organisation du travail, la gestion des ressources humaines, mais aussi une politique effective de communication vers les patients.*

*Dans le cadre du réseau francophone des «Hôpitaux promoteurs de santé», cette étude a également pour objectif la mise au point d'un instrument d'enquête généralisable aux autres hôpitaux.*

L'analyse des besoins en matière de santé du personnel hospitalier constitue une phase de diagnostic nécessaire pour établir des priorités d'action. Elle représente également la première étape d'un processus de mobilisation du personnel et de la hiérarchie en faveur de la promotion de la santé à l'hôpital.

Une telle analyse doit permettre de déboucher sur :

- la confrontation des perceptions de l'encadrement et du personnel quant à ces besoins;
- la définition de priorités qui fassent l'objet d'un large consensus.

Pour réaliser cet objectif général, deux objectifs spécifiques ont été définis :

- réaliser par des méthodes qualitatives une analyse exploratoire de l'expression de ces besoins auprès des différentes catégories de personnel d'un CHU (à savoir, le CHU de Liège);
- mettre au point un instrument d'analyse des besoins du personnel plus léger, pertinent et généralisable à l'ensemble des hôpitaux.

Cet article présente une première synthèse des résultats de l'analyse qualitative des besoins réalisée auprès du personnel du CHU de Liège. Une attention plus particulière est accordée aux résultats qui concernent les relations avec les patients. Un aperçu

est aussi donné du projet de généralisation de l'instrument d'analyse à l'ensemble des hôpitaux.

## Méthodes

Au CHU de Liège, cette recherche bénéficie de la supervision d'un comité de pilotage composé actuellement du directeur médical, de la directrice du nursing, du responsable du service de Prévention et Protection, d'une représentante du département comptabilité, d'un représentant du Conseil médical, du responsable du service de médecine du travail, de conseillers scientifiques de l'Ecole de Santé publique (STES) et de la coordinatrice des actions de promotion de la santé à l'intérieur de l'hôpital.

### Méthodologie générale et constitution de l'échantillon

L'enquête qualitative a été basée sur des entretiens de groupe, pour le personnel sans fonction hiérarchique, et sur des entretiens individuels, pour les responsables de service.

Treize catégories professionnelles ont tout d'abord été identifiées (cfr. tableau 1, ci-contre).

Il a ensuite été décidé d'organiser un ou plusieurs groupes d'entretien, selon l'effectif relatif de chaque

Mots-clés : hôpital, promotion de la santé, santé du personnel, étude de besoins, évaluation qualitative, charge de travail, condition de travail, relation soignant-soigné.

Respectivement chercheur (1), médecin chercheur (2) et professeur (3) au Service de Santé au Travail et d'Éducation pour la Santé, Ecole de Santé publique de l'Université de Liège.

STES-APES de l'Université de Liège, Sart Tilman, Bâtiment B23, B-4000 Liège.

Tél. : ++ 32 (0)4 366 25 03

Fax : ++ 32 (0)4 366 28 89

E-mail : stes.apes@ulg.ac.be

(4) Cette recherche a été réalisée en 1998 grâce à un financement du Ministère de la Communauté française de Belgique - secteur santé.

Tableau 1 : liste des 13 catégories professionnelles constituées par le comité de pilotage de l'étude.

1. nursing, soins normaux (4 groupes)
2. nursing, soins intensifs (2 groupes)
3. nursing, bloc opératoire (1 groupe)
4. brancardiers, assistant social (1 groupe) (\*)
5. médecins en formation (1 groupe)
6. médecins spécialistes (2 groupes)
7. personnel de polyclinique (2 groupes)
8. pharmacie / stérilisation (1 groupe)
9. informatique / laboratoires biomédicaux (1 groupe)
10. personnel affecté au nettoyage, manutention (1 groupe)
11. personnel administratif en contact avec les patients (1 groupe)
12. personnel administratif en contact avec les médecins (2 groupes)
13. autre type de personnel administratif (1 groupe)+ 2 groupes (Polyclinique Brull et Nursing CHU Esneux)

(\*) Cette catégorie a été réalisée à partir de deux catégories ne présentant pas suffisamment d'effectifs pour constituer un groupe.

«LA RELATION AVEC LE PATIENT»

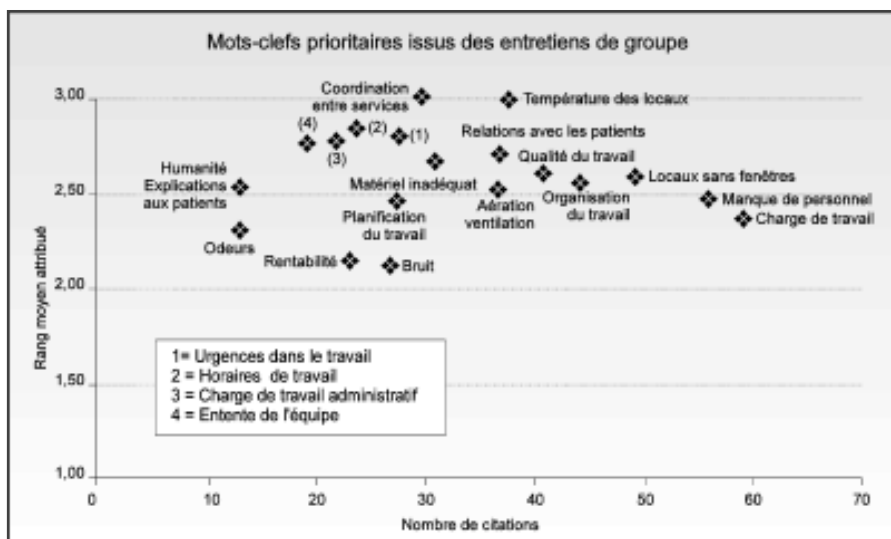
Situations évoquées par le personnel :

- «Le merci sincère des patients qui quittent la salle.»
- «On se sent bien lorsqu'on se sent utile auprès des patients, lorsque le travail porte ses fruits (...) lorsqu'on peut annoncer à la famille que tout s'est bien passé.»
- «Je suis satisfait quand j'ai pu faire ce que je devais faire et que j'en ai une reconnaissance. Car c'est toujours quand ça ne va pas qu'on le dit, on met trop peu le positif en avant.»
- «Plaisir de voir un patient partir du service soigné et content.»
- «Plaisir de voir une issue heureuse pour un patient avec mauvais pronostic.»
- «Positif : les félicitations pour un travail bien fait.»
- «Les brancardiers sont souvent félicités par les patients.»
- «Ça fait plaisir de recevoir un merci. Heureusement qu'on a ça.»
- «Les remerciements de certains patients pour services rendus.» (personnel administratif)
- «Satisfaction quand les familles trouvent que j'ai fait un bon travail (humanisation, écoute).»

Expressions des responsables de service :

- «Un point positif est quand nous recevons les remerciements des patients, d'entendre dire qu'ils ont été bien accueillis et que les infirmières étaient gentilles.»
- «Ce qui est positif, c'est quand les gens envoient des cartes, des lettres.»
- «La satisfaction de voir un patient qui va mieux.»

Figure 1 : Mots-clés prioritaires issus des entretiens de groupe (ne sont répertoriés que les mots-clés dont le rang moyen attribué est compris entre 1 et 3).



catégorie. Les critères suivants ont été utilisés pour assurer l'homogénéité des groupes : fonction, grade et type d'activités (en ce compris les contraintes imposées par celles-ci aux horaires de travail). Cette répartition avait pour but de favoriser l'expression des personnes qui partagent le même type de mission à l'hôpital et les mêmes conditions de travail et qui n'entretiennent pas entre elles de rapports hiérarchiques formels. Dans chaque catégorie, les participants ont été tirés au sort de façon aléatoire. Pour les entretiens individuels, un échantillon de 12 responsables de service a été tiré au sort à partir des listes fournies par la direction.

Le plan d'échantillonnage prévoyait d'interroger 234 personnes (10% de la population totale du personnel du CHU) réparties en 24 groupes. Vingt-deux groupes ont été interrogés, comprenant 119 personnes. Deux groupes n'ont pas pu être constitués par manque de réponse des personnes contactées. Deux autres groupes n'ont pas été pris en compte dans l'analyse, faute d'effectifs suffisants.

Méthodologie des entretiens en groupes

Une psychosociologue et un médecin du travail ont animé ces entretiens. La méthode d'interview choisie était la méthode du métaplan (MUCCHIELLI A., 1996) avec une série d'adaptations inspirées du diagnostic social de MONTIS J.-B. (1976).

Le plan d'entretien

Le plan d'entretien a été conçu pour ne pas dépasser une durée d'une heure trente. Les participants étaient invités à partager des situations portant atteinte à leur bien-être ou au contraire dans lesquelles ils se sentaient particulièrement bien, à les regrouper en grands thèmes, à choisir parmi ceux-ci 5 thèmes prioritaires et à les classer (de 1 = le plus prioritaire à 5 = le moins prioritaire), et enfin à émettre des pistes de solutions le cas échéant.

De cette manière, plusieurs niveaux d'informations étaient disponibles pour chaque groupe :

- le relevé des situations décrites;

- leur classement en grands thèmes;
- les choix et les priorités accordées par les participants;
- les pistes de solutions;
- les interventions orales des participants.

Analyse des résultats

Analyse par thèmes

Pour structurer la présentation des résultats, les thèmes évoqués dans les groupes ont été regroupés en 7 domaines par l'équipe de recherche :

- l'infrastructure et la logistique;
- la protection individuelle et les services au personnel;
- la qualité et l'intérêt du travail;
- les aspects relationnels : patients et visiteurs;
- les aspects relationnels : collègues et équipe;
- les aspects relationnels : médecins et hiérarchie;
- l'organisation du travail (y compris le stress).

Le domaine des relations avec les patients et les visiteurs constitue un facteur de bien-être (ou de mal-être) du personnel hospitalier.

Sept groupes sur 20 classent cette thématique parmi les aspects prioritaires : nursing (soins normaux), nursing (soins intensifs), brancardiers et assistant social, personnel des polycliniques, personnel administratif en contact avec les médecins. De façon étonnante, ce domaine n'est abordé ni par les médecins, ni par 4 (/7) des groupes de nursing, que ce soit en positif ou en négatif.

Les thèmes définis par les groupes sont particuliers à chacun d'eux. Ainsi un thème désigné par un même intitulé peut recouvrir des nuances, voire des réalités différentes d'un groupe à l'autre. C'est pourquoi, il a été nécessaire d'analyser le contenu des thèmes à l'aide de mots-clés, sur base de l'ensemble des informations formulées sur ce thème par les participants du groupe. Une série de calculs ont été réalisés afin d'estimer l'importance de chacun des mots-clés.

Analyse par mots-clés

Pour chacun des domaines répertoriés, des préoccupations prioritaires ont été mises en évidence grâce à cette analyse par mots-clés. Chacune de ces préoccupations a donné lieu à une analyse en profondeur par le comité de pilotage afin de définir les stratégies d'action les plus appropriées pour y répondre.

La figure 1 permet une visualisation de la fréquence (nombre de citations) et de l'importance de certains aspects contribuant au bien-être (ou au mal-être) du personnel.

On trouvera ci-dessous une liste des préoccupations prioritaires identifiées dans chaque domaine. Le domaine des relations avec les patients et les visiteurs est explicité plus longuement.

L'infrastructure

- Problème majeur : le travail dans des locaux sans fenêtres.

- Deuxième problème : **la ventilation, l'aération, la température.**
- Troisième problème : **le bruit**, localisé dans certains endroits (ex. soins intensifs, certains locaux administratifs, stérilisation, bloc technique).
- Dernier problème important : **la disposition des locaux** (dispersion des locaux d'un même service, taille des couloirs par rapport aux bureaux).

### La protection individuelle et les services au personnel

Ce type de préoccupation est cité par moins de personnes et est en général moins prioritaire que les problèmes relevant d'autres domaines. Seules **les difficultés de manutention** sont considérées comme prioritaires, elles sont localisées dans certains secteurs.

### La qualité et l'intérêt du travail

- Premier thème : **la qualité du travail** (personnel de nursing surtout). Ce thème est lié à des déterminants plus accessibles à l'action représentés par des mots-clés abordés dans les domaines suivants.
- Second thème : **la rentabilité et l'humanité**. Vu la place occupée par cette préoccupation dans la qualité de vie du personnel, il est envisagé de renforcer dans un « projet explicite d'entreprise » les autres composantes que la rentabilité, sans pour autant exclure celle-ci.

### Les relations avec les patients et les visiteurs

Le tableau 2 nous donne des informations sur les différents mots-clés regroupés dans ce domaine, leur degré de fréquence et d'importance.

Globalement, les deux aspects prioritaires sont :

- premier thème : **la relation avec le patient** et le sentiment du travailleur de réaliser un travail utile pour le patient. Ce thème est important pour le bien-être du personnel;
- second thème : **l'information du patient**

Nous remarquons l'importance de la **relation avec le patient** dans le sentiment de bien-être des travailleurs. La reconnaissance d'une utilité n'est pas seulement un critère de qualité, mais elle agit aussi dans le processus de bien-être au travail du personnel. Ce processus est vraisemblablement lié à l'image vocationnelle, aux raisons du choix de la profession de soignant.

Remarquons aussi le rôle joué par **l'information** dans la relation au patient. Une mauvaise information engendre de la peur et de l'agressivité vis-à-vis du personnel. Dans le cadre des Hôpitaux promoteurs de santé, nous voyons là une occasion concrète d'action : favoriser une meilleure information du patient par les divers niveaux de personnel permettrait d'augmenter le bien-être du patient pendant son séjour à l'hôpital tout comme la qualité de la vie du personnel sur son lieu de travail. Une concertation sera nécessaire pour déterminer à qui il appartient de donner les informations au patient.

L'analyse qualitative des paroles des participants au

groupe (voir colonnette sur cette page) montre cependant que le personnel soignant n'envisage que l'information concernant le séjour à l'hôpital (examens médicaux, opération) et les factures, et non l'éducation à la gestion de la maladie et du traitement.

### Les aspects relationnels : collègues et équipe

- Premier thème : **la communication et la coordination entre services**, cité plus fréquemment, mais de façon moins prioritaire que les aspects relationnels à l'intérieur de l'équipe.
- Second thème : **l'entente au sein de l'équipe** (jugée prioritaire). Il importe d'accorder à ces facteurs relationnels toute l'attention requise, car il est reconnu qu'ils influencent le stress vécu par le travailleur.

### Les aspects relationnels : médecins et hiérarchie

Choisir des priorités dans ce domaine n'est pas facile : ce qui est cité fréquemment par les participants aux entretiens n'est pas nécessairement prioritaire et vice versa. Les relations avec le responsable de service sont classées de façon prioritaire, mais par peu de personnes.

- Premier thème : **l'attitude de certains médecins**, vécue de façon négative par un grand nombre de participants aux entretiens, même s'ils accordent à cet aspect un niveau de priorité moindre qu'à d'autres mots-clés. Par contre, d'autres médecins sont appréciés par le reste du personnel.
- Second thème : **les relations avec la hiérarchie**, vécues sur un mode négatif et souvent associées à un besoin d'information et de concertation.

### L'organisation du travail (y compris le stress)

Il est frappant de constater que pour ce domaine d'expression des besoins, la presque totalité des mots-clés évoqués se voient attribuer un score de priorité élevé.

- Premiers thèmes : **la charge de travail globale et le manque de personnel**, liés entre eux dans les situations exprimées. Ces aspects sont sans doute difficilement solubles, puisqu'ils dépendent de contraintes administratives

### «L'INFORMATION DU PATIENT»

#### Situations évoquées par le personnel :

«C'est positif quand on peut prendre le temps d'expliquer au patient comment va se dérouler la journée.»  
 «Agressivité du patient par peur de l'inconnu». (brancardier).  
 «Les patients ne savent pas toujours ce qui les attend, surtout au niveau de la durée des anesthésies. Ils ne savent pas qu'ils iront au réveil après, par exemple, ce qui pose parfois de gros problèmes aux patients qui ont minuité leur hospitalisation d'un jour.»  
 «Factures peu claires, difficulté de les expliquer aux patients.»  
 «Patients pas souvent contents, par exemple, quand le médecin réclame un examen pendant le déjeuner ou les visites, et c'est toujours le brancardier en cause, c'est toujours vous qui êtes mordu. C'est par manque d'information : les patients ne savent pas suffisamment qui les attend, ils ne sont pas au courant du moment où on viendra les chercher, ni de ce qu'on va leur faire. C'est nous qui devons expliquer les examens et les opérations. On commence à un peu s'y connaître avec le temps, mais on ne peut pas tout savoir.»

#### Solutions suggérées par le personnel :

«Notifier au patient ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas.»  
 «Aux anesthésistes, chirurgiens, radiologues de donner plus d'informations aux patients hospitalisés.»  
 «Factures plus claires.»

#### Expressions des responsables de service :

«Nous avons une patientèle exigeante et il manque un peu de cohésion dans les messages. Il n'y a pas de colloque entre les intervenants pour décider de la conduite à adopter et des réponses contradictoires sont parfois données aux patients par les intervenants médicaux, ce qui entraîne alors des problèmes dans notre relation avec eux.»

Tableau 2 : Analyse par mots-clés du thème «relations patients et visiteurs».

RELATIONS PATIENTS ET VISITEURS	MOTS-CLÉS	A	B	B/A	C
		en%			
	Relations avec les patients	68	37	54	2,70
	Reconnaissance des patients...	42	17	40	2,94
	Explication aux patients	26	13	50	2,54
	Relations avec visiteurs	22	9	41	2,67
	Conflits avec les patients	15	8	53	2,75
	Implication émotionnelle	24	5	21	2,20
	Comportement des patients	17	5	29	2,80
	Comportement des visiteurs	14	4	29	3,75

A : Nombre total de personnes composant les groupes dans lesquels un mot-clé a été évoqué.  
 B : Nombre de personnes ayant classé un thème comportant ce mot-clé dans leurs priorités.  
 B/A : Rapport des 2 nombres en %.  
 C : Rang moyen attribué à ce mot-clé sur l'ensemble des personnes l'ayant classé dans leurs priorités (1 = le plus prioritaire à 5 = le moins prioritaire).

et organisationnelles extérieures (normes).  
Toutefois, l'acceptation de cette situation par le personnel pourrait être améliorée par des actions sur d'autres aspects de l'organisation et de la qualité du travail, qui augmenteraient le sentiment de bien-être.

- Deuxième thème : **le travail à réaliser de façon urgente** (stérilisation, polycliniques, personnel administratif autre).
- Troisième thème : la **planification du travail**, en général ressentie sur un mode négatif surtout en polyclinique et au bloc.
- Quatrième thème : la **définition des tâches**.

## Mise au point d'un instrument d'enquête généralisable

Cette démarche d'analyse qualitative, relativement lourde et coûteuse, ne se justifie que comme étape préparatoire dans un processus de diffusion du programme «Hôpitaux promoteurs de santé» au-delà des trois hôpitaux universitaires. Dans cette optique, un questionnaire écrit a été développé en tenant compte des acquis méthodologiques et des résultats de cette analyse exploratoire.

L'application de cet instrument par les hôpitaux du réseau des Hôpitaux promoteurs de santé pourrait répondre à deux objectifs :

1. Servir *au sein de chaque hôpital* comme stratégie de sensibilisation du personnel et des responsables à différents niveaux sur la nécessité de s'intéresser à la santé du personnel, dans le cadre d'un projet de promotion de la santé à l'hôpital; montrer que des actions dans ce domaine nécessitent d'établir des ponts avec d'autres groupes de réflexion (groupes qualité, charte de la qualité des soins, comité protection et prévention, etc.).

2. Évaluer la *praticabilité et la validité de ce questionnaire*, de manière à décider s'il peut devenir un instrument d'enquête à *diffuser plus largement* dans le cadre du réseau des Hôpitaux promoteurs de santé soit au niveau belge, soit au niveau international.

Dans cet objectif, il importe :

- de disposer d'un corpus de données recueillies de façon standardisée qui permette d'établir une validation statistique de ce questionnaire;
- de recueillir de manière qualitative des renseignements sur la manière dont cette enquête a été organisée et exploitée dans les différents hôpitaux.

## Conclusions

L'étude exploratoire réalisée au CHU de Liège révèle que les besoins de santé identifiés par le personnel renvoient pour la plupart au vécu quotidien du travail.

Les préoccupations qui apparaissent comme prioritaires s'organisent autour de deux axes :

- D'une part, **des conditions matérielles, liées à l'infrastructure, qui provoquent un inconfort physique** : locaux sans fenêtre, aération insuffisante, température trop élevée. Ces aspects sont susceptibles de mesures précises et éventuellement de modifications techniques.
- D'autre part, **une série de déterminants qui affectent la charge de travail**.

Ces facteurs se structurent de façon bipolaire :

- A un pôle, on trouve des facteurs négatifs : manque de personnel, déficience de l'organisation, gestion du travail en urgence et planification des tâches.
- A l'autre pôle, on trouve des facteurs positifs, dits de résilience parce qu'ils permettent d'augmenter la résistance des individus soumis à des situations difficiles : entente de l'équipe de travail, qualité du travail fourni, relations avec les patients.

Ce second type de préoccupations a entraîné une réflexion approfondie de la direction de l'hôpital et le développement d'un projet explicite sur l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines. Plus loin encore, il importera d'envisager le bénéfice à retirer de stratégies d'entreprise qui lieraient l'amélioration de la qualité des soins à une politique effective de communication envers les patients et à une augmentation du bien-être du personnel. Ne rejoint-on pas en cela la quintessence du programme «Hôpital promoteur de santé» ? ■

### Bibliographie

MONTIS J.B. (1976), *Analyse et mesure du climat social de l'entreprise*, Entreprise Moderne d'Édition, Paris.

MUCCHIELLI A. (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Ed. Armand Colin, Paris.

## Des formations en éducation du patient en Europe francophone

### En France

Diplôme d'études supérieures spécialisées.

Formations en santé - Stratégies et développement de formations en santé.

Contact : UFR Santé Médecine et Biologie Humaine de Bobigny, département de pédagogie des sciences de la santé, rue Marcel Cachin, 74, F-93017 Bobigny Cedex. Tél. : ++ 33 (0)1 48 38 76 41 Fax : ++ 33 (0)1 48 38 76 19  
E-mail : dpss@smbh.univ-paris13.fr

Diplôme universitaire en éducation du patient (DUEP).

Enseignement et diplôme délivrés par les universités de Lille 1, Lille 2 et Lille 3.

Contact : CERFEP, allée Vauban, 11, F-59662 Villeneuve d'Ascq Cedex.  
Tél. : ++ 33 (0)3 20 05 60 93 ou 63 96 Fax : ++ 33 (0)3 20 05 62 50

Certificat de formation pédagogique à l'éducation du patient.

Contact : IPCEM, Site Bayer, Tour Horizon, quai de Dion-Bouton, 5, F-92807 Puteaux Cedex.  
Tél. : ++ 33 (0)1 49 06 56 24 Fax : ++ 33 (0)1 49 06 84 75  
E-mail : bernadette.oberkampfb@bayer-ag.de

### En Suisse

Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient (Difep).

Contact : Division d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux universitaires de Genève, CH-1211 Genève 14.  
Tél. : ++ 41 22 37 29 702 (ou 713) Fax : ++ 41 22 37 29 710  
E-mail : Michele.Aebischer@hcuge.ch

### En Belgique

Licence en sciences de la santé publique, orientation «promotion de la santé - éducation pour la santé».

Contact : Unité d'éducation pour la santé UCL-RESO, Centre faculté, avenue E. Mounier, 50, B-1200 Bruxelles.  
Tél. : ++ 32 (0)2 764 50 70 Fax : ++ 32 (0)2 764 50 74  
E-mail : deccache@reso.ucl.ac.be