



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD-LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD

Année 2014 N°

**CONFRONTATIONS DES PERCEPTIONS DES PATIENTS HOSPITALISÉS  
À L'UHSI DE LYON SUD AVEC LEURS ATTENTES AU SUJET DE LA QUALITÉ  
DES SOINS, ET AVEC LES REPRÉSENTATIONS DE CES ATTENTES PAR LE  
PERSONNEL MÉDICAL ET PÉNITENTIAIRE**

THÈSE

Présentée

À l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 20 novembre 2014

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

**AMOROS Olivier**

**Né le 03/03/1983 à COLMAR**

## U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGER Françoise	Anatomie et Cytologie pathologiques
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
COLLET Lionel	Physiologie / O.R.L.
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
LAVILLE Martine	Nutrition
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SAUMET Jean Louis	Physiologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VITAL DURAND Denis	Thérapeutique

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillessement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Économie Santé et Prévention
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion

SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THAI-VAN Hung	Physiologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato-Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VIGHETTO Alain	Neurologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation médicale
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio.

**PROFESSEURS ASSOCIES**

FILBET Marilène	Soins palliatifs
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE**

DUBOIS Jean-Pierre

**PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE**

ERPELDINGER Sylvie  
GIRIER Pierre

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CARRET Gérard	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie - Transfusion
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
KOCHER Laurence	Physiologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
BRUNEL-SCHOLTES Caroline	Bactériologie Virologie, Hygiène Hospitalière
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie - Histologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie - Histologie
METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

DUPRAZ Christian  
PERDRIX Corinne

## **PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FABRY Jacques	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
GRANGE Jean-Daniel	Ophthalmologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PLAUCHU Henry	Génétique
TRAN-MINH Van-André	Radiologie et Imagerie médicale

## **FACULTE DE MEDECINE LYON EST – LISTE DES ENSEIGNANTS 2013/2014**

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle – Échelon 2)**

CHATELAIN Pierre	Pédiatrie (surnombre)
COCHAT Pierre	Pédiatrie
CORDIER Jean-François	Pneumologie ; addictologie
ETIENNE Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
KOHLER Rémy	Chirurgie infantile
MAUGUIERE François	Neurologie
NINET Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
PEYRAMOND Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
PHILIP Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
RAUDRANT Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle – Échelon 1)**

BAVEREL Gabriel	Physiologie
BLAY Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
DENIS Philippe	Ophthalmologie
FINET Gérard	Cardiologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GOILLAT Christian	Chirurgie digestive
GUERIN Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LAVILLE maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
LEHOT Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN Xavier	Urologie
MELLIER Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MICHALLET Mauricette	Hématologie ; transfusion
MIOSSEC Pierre	Immunologie
MORNEX Jean-François	Pneumologie ; addictologie
PERRIN Gilles	Neurochirurgie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUGEAT Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REVEL Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE Michel	Cancérologie ; radiothérapie
SCOAZEC Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (Première classe)**

ANDRE-FOUET Xavier	Cardiologie
BARTH Xavier	Chirurgie générale
BASTIEN Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BERTHEZENE Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND Yves	Pédiatrie

BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BOILLOT Olivier	Chirurgie digestive
BORSON-CHAZOT Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CHEVALIER Philippe	Cardiologie
CLARIS Olivier	Pédiatrie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COLOMBEL Marc	Urologie
D'AMATO Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE François	Cardiologie
DESCOTES Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DISANT François	Oto-rhino-laryngologie
DOUEK Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
DURIEU Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY Charles	Génétique
FAUVEL Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUENOT Marc	Neurochirurgie
HERZBERG Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT Jérôme	Neurologie
JEGADEN Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LACHAUX Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LINA Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS Patrick	Anatomie
MION François	Physiologie
MOREL Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON Emmanuel	Néphrologie
MOULIN Philippe	Nutrition
NEGRIER Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NEYRET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NICOLINO Marc	Pédiatrie
NIGHOGHOSSIAN Norbert	Neurologie
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OBADIA Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE Michel	Physiologie
PICOT Stéphane	Parasitologie et mycologie
RODE Gilles	Médecine physique et de réadaptation
ROUSSON Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
ROY Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RUFFION Alain	Urologie
RYVLIN Philippe	Neurologie
SCHEIBER Christian	Biophysique et médecine nucléaire
TERRA Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TILIKETE Caroline	Physiologie
TOURAINÉ Jean-Louis	Néphrologie
TRUY Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN Francis	Radiologie et imagerie médicale
VALLEE Bernard	Anatomie
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZOULIM Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (Seconde Classe)**

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d’urgence
ARGAUD Laurent	Réanimation ; médecine d’urgence
AUBRUN Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d’urgence
BADET Lionel	Urologie
BESSEREAU Jean-Louis	Biologie cellulaire
BOUSSEL Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
CALENDER	Alain Génétique
CHAPET Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie
COTTIN Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON François	Anatomie
DALLE Stéphane	Dermato-vénéréologie
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON Laurent	Médecine légale
FAURE Michel	Dermato-vénéréologie
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GILLET Yves	Pédiatrie
GIRARD Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEYFFIER François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GUIBAUD Laurent	Radiologie et imagerie médicale
GUYEN Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HOT Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-Courtois Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JANIER Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JAVOUHEY Etienne	Pédiatrie
JULLIEN Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN Laurent	Ophthalmologie
KROLAK Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MONNEUSE Olivier	Chirurgie générale
MURE Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NATAF Serge	Cytologie et histologie
PIGNAT Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
PONCET Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RICHARD Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d’urgence
ROSSETTI Yves	Physiologie
ROUVIERE Olivier	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d’adultes
SCHAEFFER Laurent	Biologie cellulaire
SCHOTT-Pethelaz Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
VUKUSIC Sandra	Neurologie
WATTEL Eric	Hématologie ; transfusion

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE**

LETRILLIART Laurent  
MOREAU Alain

## **PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

FLORI Marie  
ZERBIB Yves

## **PROFESSEURS EMERITES**

BERARD Jérôme	Chirurgie infantile
BOULANGER Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOZIO André	Cardiologie
CHAYVIALLE Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET Daniel	Pédiatrie
GHARIB Claude	Physiologie
ITTI Roland	Biophysique et médecine nucléaire
KOPP Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
NEIDHARDT Jean-Pierre	Anatomie
PETIT Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUSSET Bernard	Biologie cellulaire
SINDOU Marc	Neurochirurgie
TISSOT Etienne	Chirurgie générale
TREPO Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS Paul	Neurologie
TROUILLAS Jacqueline	Cytologie et histologie

## **MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors classe)**

BENCHAIB Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER Pierre-Paul	Cytologie et histologie
BUI-XUAN Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DAVEZIES Philippe	Médecine et santé au travail
GERMAIN Michèle	Physiologie
HADJ-AISSA Aoumeur	Physiologie
JOUVET Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BARS Didier	Biophysique et médecine nucléaire
LIEVRE Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
NORMAND Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT Florence	Parasitologie et mycologie
PHARABOZ-JOLY Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
PIATON Eric	Cytologie et histologie
RIGAL Dominique	Hématologie ; transfusion
SAPPEY-MARINIER Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
TIMOUR-CHAH Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

## **MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS (Première classe)**

ADER Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BARNOUD Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BONTEMPS Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
BRICCA Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
CELLIER Colette	Biochimie et biologie moléculaire
CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
CHARBOTEL-Coing-Boyat Barbara	Médecine et santé au travail
COLLARDEAU Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON Grégoire	Immunologie

DUBOURG Laurence	Physiologie
ESCURET Poncin Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FRANCO-GILLIOEN Patricia	Physiologie
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
JARRAUD Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
KOLOPP-SARDA Marie Nathalie	Immunologie
LASSET Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAURENT Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA Gaëtan	Génétique
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
PERETTI Noel	Nutrition
PINA-JOMIR	Géraldine Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RITTER Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROMAN Sabine	Physiologie
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY Guidollet	Véronique Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VLAEMINCK-GUILLEM Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
VOIGLIO Eric	Anatomie
WALLON Martine	Parasitologie et mycologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES – PRATICIENS HOSPITALIERS (Seconde classe)**

BUZLUCA DARGAUD Yesim	Hématologie ; transfusion
CHARRIERE Sybil	Nutrition
DUCLOS Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PHAN Alice	Dermato-vénérologie
RHEIMS Sylvain	Neurologie (stag.)
RIMMELE Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.)
SCHLUTH-BOLARD Caroline	Génétique
THIBAUT Hélène	Physiologie
VASILJEVIC Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
VENET Fabienne	Immunologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

FARGE Thierry
FIGON Sophie
LAINE Xavier

# Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# Remerciements

À mon président de thèse,

Monsieur le Professeur MATILLON Y., pour avoir accepté spontanément d'assurer la présidence de cette thèse en lien avec son domaine d'activité de recherche sur la qualité des soins. Je le remercie également d'avoir pris des nouvelles de ce travail tout au long de son avancement.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur ECOCHARD R., pour avoir accepté immédiatement de faire partie de ce jury. Son accueil chaleureux lors de nos entretiens et ses recommandations précieuses m'ont aidé dans la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir orienté vers le Dr Duclos qui m'a reçu et conseillé de manière très professionnelle.

Monsieur le Professeur DUBOIS JP., pour avoir également accepté de participer au jury de cette thèse et de représenter la spécialité de médecine générale à laquelle j'appartiens.

Monsieur le Docteur CHOSSEGROS P.

Durant mon semestre d'Interne dans le service de l'UHSI de Lyon Sud, j'ai eu le privilège d'admirer son sens clinique et l'étendue de ses connaissances et son implication auprès des patients et de la médecine pénitentiaire.

Je l'assure de ma gratitude pour son implication personnelle, ses conseils avisés ainsi que son aide dans la réalisation de ce travail en tant que Directeur.

J'espère qu'il trouvera dans ce travail l'expression de ma profonde estime.

À tous ceux qui m'ont épaulé au cours de mon cheminement :

Au Dr Duclos pour avoir eu l'amabilité de me recevoir et la pertinence de ses remarques sur mon travail.

À ma famille : mes parents Pierre et Danièle et mon frère Guillaume pour ses conseils et l'aide qu'il m'a apporté lors de la réalisation de ce travail.

À Céline, mon amie, pour son soutien et sa patience pendant la rédaction de cette thèse,

À mes amis.

# Table des matières

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
1.1 Les enquêtes de satisfaction .....	17
1.2 Les enquêtes de satisfaction dans la Santé .....	18
1.3 Servqual : les origines .....	20
1.4 Servqual : bases méthodologiques .....	21
1.5 Évolution du système de soins dans le milieu pénitentiaire .....	22
1.6 Parcours de soins des Détenus dépendant de l’UHSI de Lyon .....	24
1.7 Fonctionnement de l’UHSI de Lyon Sud .....	25
1.7.1 Situation et aménagement .....	25
1.7.2 Conditions d’hébergement .....	26
1.7.3 Le personnel de l’UHSI.....	26
1.7.3.1 Personnel soignant.....	26
1.7.3.2 Personnel pénitentiaire .....	27
1.7.3.3 Coordination des effectifs .....	27
1.7.4 L’hospitalisation à l’UHSI .....	28
1.7.4.1 Contacts avec le milieu libre .....	29
1.7.5 Sortie de l’UHSI.....	30
1.8 Population carcérale .....	30
1.8.1 Données épidémiologiques des pathologies.....	30
1.8.1.1 Pathologies transmissibles.....	30
1.8.1.2 Toxicomanie.....	31
1.8.1.3 Pathologies mentales .....	31
1.8.1.4 Pathologies chroniques et autres pathologies somatiques .....	31
1.9 Questionnement.....	32
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>34</b>
2.1 Type d’étude.....	35
2.1.1 Critères d’inclusions.....	35
2.1.2 Critères d’exclusions .....	35
2.2 Méthode utilisée : Servqual.....	35
2.3 Questionnaires.....	35
2.3.1 Base des questionnaires.....	35
2.3.2 Élaboration des questionnaires.....	36
2.3.2.1. Items .....	36

2.3.2.2. Classement des items .....	37
2.3.3 Particularités propres à chaque questionnaire .....	38
2.3.3.1 Questionnaires des patients (Annexes 2a et 2b).....	38
2.3.3.2 Questionnaires adressés au personnel de l’UHSI (Annexe 2a).....	38
2.4 Recueil des données .....	38
2.4.1 Distribution des questionnaires .....	38
2.4.2 Récupération des questionnaires .....	39
2.5 Analyse des données .....	39
2.5.1 Méthode analytique pour la comparaison des groupes.....	39
2.5.2 Analyse des données de la question libre.....	40
2.6 Implications éthiques.....	40
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>41</b>
3.1 Description des populations .....	42
3.1.1 Patients .....	42
3.1.2 Personnel soignant.....	42
3.1.3 Personnel pénitentiaire .....	42
3.2 Comparaison des Attentes et des Perceptions des patients hospitalisés à l’UHSI .....	43
3.2.1 Comparaison des dimensions Logiques .....	43
3.2.2 Comparaison des dimensions Servqual.....	45
3.2.3 Comparaison des items les plus significatifs, indépendamment des dimensions.....	46
3.3 Satisfaction globale .....	49
3.4 Comparaison des attentes des patients avec les perceptions que les groupes Soignants et Pénitentiaire ont de ces attentes .....	50
3.5 Résultats de la question ouverte .....	55
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>58</b>
4.1 Qualité des soins, satisfaction et implication managériale.....	59
4.1.1 L’approche marketing .....	60
4.1.2 Place des études de satisfaction dans le système hospitalier.....	61
4.1.3 Place des détenus dans les études de satisfaction.....	62
4.1.4 Approche envisagée pour l’exploitation de nos résultats .....	63
4.2 Résultats de l’enquête de satisfaction.....	64
4.2.1 Problèmes soulevés par les patients au sujet des différents aspects de leur séjour à l’UHSI.....	64
4.2.1.1 Préalablement à l’arrivée dans le service .....	64
4.2.1.2 Conditions d’hébergement .....	65
4.2.1.3 Contraintes liées au contexte pénitentiaire.....	66
4.2.1.4 Soins reçus à l’UHSI.....	69
4.2.1.5 Sortie de l’UHSI.....	70

4.2.1.6 Rapports avec l'équipe pénitentiaire .....	71
4.2.2 Satisfaction globale .....	72
4.2.3 Perception des enjeux du service par le personnel .....	73
4.3 Méthodologie .....	75
4.3.1 Questionnaire .....	75
4.3.2 Mode de distribution des questionnaires .....	77
4.3.3 Taux de réponse & population étudiée.....	77
4.3.4 Le choix de la méthode Servqual .....	78
4.3.5 Classement en dimensions, le choix de l'introduction de nouvelles dimensions.....	79
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>81</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>89</b>
ANNEXE 1 : Questionnaire SAPHORA pour l'enquête I-Satis.....	89
ANNEXE 2 : Questionnaires utilisés dans l'étude.....	95
ANNEXE 3 : Données générales des populations .....	101
ANNEXE 4 : Réponses à la question libre.....	102

# Liste des abréviations

**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation

**CCECQUA** : Comité d'Évaluation et de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

**CD** : Compact Disc

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**EPM** : Établissement Pénitentiaire pour Mineurs

**EPP** : Évaluation des Pratiques Professionnelles

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HCL** : Hôpitaux Civils Lyonnais

**HSPC** : Haut Conseil de la Santé Publique

**PROM** : Patient Reported Outcome Measures

**QALY** : Quality-Adjusted Life-Year

**SMPR** : Service Médico-Psychiatrique Régional

**UCSA** : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

**UHSA** : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

**UHSI** : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# INTRODUCTION

---

## 1.1 Les enquêtes de satisfaction

La mesure de la satisfaction des usagers n'est pas un phénomène nouveau.

Au cours des années 1930, sous la pression des clients, la notion de contrôle qualité s'impose peu à peu dans l'industrie. Celle-ci est d'abord évaluée objectivement, en réponse à un cahier des charges et à des besoins précis. C'est dans les années 1970 que l'on commence à s'intéresser de manière formelle à la satisfaction des clients, celle-ci étant fortement liée, non pas à la qualité de l'offre, mais à leur perception de celle-ci.

Ces études prennent d'abord leur essor dans le secteur privé, avec Toyota qui est une des premières entreprises à s'être penchée de manière systématique sur la satisfaction de ses clients. Dans un second temps, la recherche s'étend au secteur public.

Malgré la multiplication des initiatives dans le domaine académique, souvent menées en réponse aux préoccupations des professionnels du marketing, et à cause de la diversité de leurs objets d'étude (produits et services dans des secteurs précis), il n'existe pas de consensus solide sur la définition et la mesure de la satisfaction.

Les chercheurs se sont majoritairement penchés sur la notion de « qualité perçue », un concept très proche de la satisfaction, au point que ces deux concepts sont parfois confondus dans la littérature. Ainsi, *« la qualité perçue doit être vue comme "la qualité telle que la perçoit le client et non la qualité objectivement déterminée par des experts". La qualité perçue résulte de l'évaluation du client lorsqu'il utilise un service. Notons que cette évaluation précède et détermine la satisfaction. La satisfaction est donc consécutive à l'expérience de service et succède à l'évaluation de la qualité. »*<sup>1</sup>

La littérature pose en général trois concepts de base, autour desquels s'articule la notion de satisfaction : la subjectivité, car elle dépend de la perception du client, la relativité, car elle dépend de ses attentes, et l'évolutivité, car elle varie au cours du temps<sup>1</sup>.

Un paradigme en émerge également, qui constitue la base sur laquelle se fondent la majorité des études de satisfaction : celui de la confirmation des attentes. La satisfaction du client dépend donc de la différence entre la qualité qu'il attend et la qualité qu'il perçoit<sup>1</sup>.

Ainsi, une qualité perçue inférieure à la qualité attendue engendre de l'insatisfaction. À l'inverse, si la qualité perçue est supérieure à la qualité attendue, il en résulte une grande satisfaction pour le client.

Pour le client, le processus de formation de la satisfaction repose sur un modèle comportemental appelé modèle multidimensionnel. Dans cette perspective, on considère que le consommateur n'évalue pas un produit ou un service comme une entité unique, mais comme une somme de dimensions distinctes dont il estime les bénéfices potentiels.

## 1.2 Les enquêtes de satisfaction dans la Santé

La question de la qualité des soins n'est une préoccupation nouvelle ni pour les patients ni pour les professionnels de santé.

L'Organisation mondiale de la santé la définit comme suit : « *Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Son évaluation objectivée et systématique, sa surveillance dans le but de l'améliorer et d'en optimiser les coûts, s'est progressivement mise en place au cours des dernières décennies. Elle a fait l'objet de plusieurs approches différentes :

La satisfaction des résultats d'une prise en charge (Patient Reported Outcome Measures ou PROM<sup>2</sup>). Les PROMs se sont multipliées pour évaluer les résultats de prises en charge médicales sous des angles aussi variés que leur efficacité, leurs pronostics, leurs besoins,... La validité des questionnaires concernant l'adéquation entre les réponses aux questions et le vécu des malades est apparue récemment comme un critère essentiel. La question de la compréhension des questions est apparue comme cruciale.

La QALY<sup>3</sup> (Quality-Adjusted Life-Year) a surtout été développée pour donner aux décideurs une référence à partir de laquelle juger le rapport qualité/prix d'une nouvelle offre en santé. La place de l'appréciation personnelle des malades y reste marginale.

Nous avons choisi de nous intéresser à une question plus limitée, celle de la satisfaction des malades hospitalisés à l'UHSI. Cette évaluation se rapproche de la démarche marketing classique visant à évaluer la satisfaction d'un service. Contrairement aux autres évaluations (QALY et PROM), elle reste peu utilisée pour mener des actions concrètes en médecine, malgré le caractère obligatoire de cette démarche imposé aux établissements de santé

depuis 1996. La qualité des soins est plus souvent évaluée par les services et l'administration hospitalière sur la base d'éléments « objectifs » qui apparaissent plus vrais, comme la survie d'un malade ou la disparition d'une douleur, sans doute parce que pour un professionnel, la satisfaction et la rétention d'un malade semblent directement liées à la qualité du résultat de sa prise en charge. Or, de nombreuses études ont montré dans le domaine du commerce que cela n'était pas le cas, et en médecine<sup>4</sup> également.

Centrée tout d'abord sur des critères de performance et de sécurité thérapeutique, les études portant sur la qualité se sont peu à peu enrichies d'une dimension individuelle et sociale, marquée par l'expérience des soins reçus par chaque patient.

Cette évolution, prise en compte, à l'échelle bureaucratique depuis relativement peu de temps, découle en partie de l'évolution de la perception du soin et de la manière de le dispenser. Longtemps perçue comme une injonction de la part du médecin, la procédure thérapeutique est désormais envisagée comme un service dont le patient est consommateur, un service qui ne serait finalement pas si différent de n'importe quel autre<sup>5</sup>.

Alors que ce glissement de perspective peut s'interpréter comme un glissement progressif du statut de patient vers celui de client, il accompagne également un retour vers une relation personnelle médecin-patient que l'institution médicale avait peut-être été tentée de négliger, lors du déploiement du modèle biomédical de la médecine moderne d'après-guerre.

Au-delà de l'évolution des relations médecin-patient, mais découlant intrinsèquement de la dualité de cette relation, l'évaluation de la qualité des soins implique ainsi la nécessité d'évaluer la perception de cette qualité par le patient. En effet, l'évaluation de la qualité du service rendu s'appuie sur des éléments dont le patient n'a pas forcément conscience au niveau de sa prise en charge individuelle (qualité de la démarche de soins, application des mesures de sécurité,...), éléments qui sont pris en compte par les procédures d'EPP au niveau individuel et de certification des établissements définie par l'HAS par exemple<sup>6</sup>.

Satisfaction et qualité se recoupent, mais ne sont pas congruentes. C'est de la perception par le patient de sa prise en charge, et de sa confrontation à ses attentes, que découle le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction qu'il éprouve<sup>1</sup>. Ces informations sont un complément de la démarche qualité.

La mesure de la satisfaction du patient devient une nécessité pour l'institution hospitalière parce que c'est de cette satisfaction que dépendent le recrutement et la fidélisation des malades. À l'heure de la tarification à l'activité, le caractère libéral du système de soins français mettant en compétition hospitalisation publique, privée à but non lucratif, et privée, impose à toute offre hospitalière qui veut survivre économiquement d'aller au-delà d'une qualité irréprochable et de répondre aux attentes des malades.

Suivant l'exemple de l'étranger, tels les pays anglo-saxons ou la Suisse, la France a lancé en 2010 l'enquête nationale I-Satis<sup>7</sup>, visant à mesurer la satisfaction des patients dans les 1300 établissements de santé publics et privés pratiquant une activité de court séjour, médecine, chirurgie ou obstétrique.

Cette enquête s'appuie sur le questionnaire SAPHORA, conçu par le comité d'évaluation et de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQUA)<sup>8</sup>. Ce questionnaire a été ensuite validé et a été publié au journal officiel (voir annexe 1). Cette publication en fait une référence pour l'évaluation de la satisfaction des malades hospitalisés. Son utilisation a été généralisée par une enquête nationale : I-Satis. Celle-ci constitue une première, en cela qu'il s'agit d'une initiative nationale coordonnée, alors que le souci de la satisfaction du patient ne faisait jusque-là que l'objet d'enquêtes locales et particulières, et que les questionnaires de sortie étaient propres à chaque établissement.

Cependant, malgré la volonté d'exhaustivité de l'étude I-Satis, la population carcérale soignée dans les UHSI est exclue<sup>9</sup> de l'étude du fait de ses particularités, au chef desquelles l'impossibilité pour ces patients de choisir l'établissement et le service dans lequel ils sont pris en charge.

### **1.3 Servqual : les origines**

Dans les années 1980, alors que les études de satisfaction des clients sont déjà solidement installées dans les habitudes des experts en marketing du secteur privé (en raison d'une apparente relation directe entre qualité et coût), celles-ci ne bénéficient pas pour autant d'une quelconque approche standardisée.

À l'époque, les tentatives académiques de définir des modèles de mesure de la satisfaction demeurent rares, *a fortiori* dans le domaine des services.

C'est dans ce contexte qu'a été développée la méthode d'évaluation Servqual, avec le soutien du Marketing Science Institute de Cambridge, Massachusetts<sup>10</sup>.

Son but est de fournir un instrument pour mesurer la qualité de service qui soit applicable à un large éventail de domaines, en y apportant uniquement des modifications mineures.

Servqual a ainsi été développée et testée dans quatre environnements de services : services bancaires, de cartes de crédit, de réparation et de maintenance, et services téléphoniques interurbains.

En 1991, les auteurs de l'étude, publient une version révisée de Servqual<sup>11</sup>, dans le but de simplifier sa mise en œuvre, d'augmenter son universalité et de faciliter l'interprétation des résultats.

Servqual a servi de base à un nombre important de recherches sur l'évaluation et l'amélioration la qualité dans le secteur des industries de services.

Les études portant sur ses travers et limitations, ainsi que sur ses applications possibles dans le domaine de la santé publique<sup>12, 13, 14, 15</sup> sont également nombreuses et permettent d'employer la méthode en y attachant des attentes réalistes.

## **1.4 Servqual : bases méthodologiques**

Les dimensions de la satisfaction sont définies comme des caractéristiques distinctes et essentielles d'une expérience de service.

Selon les auteurs de Servqual, bien que chaque secteur de service soit unique par certains aspects, il existe cinq dimensions de la qualité de service qui sont applicables aux organismes de prestation de services en général.

Ces cinq dimensions sont<sup>11</sup> :

- « Valeurs Matérielles » : l'aspect des installations, de l'équipement et de la communication.
- « Fiabilité » : la capacité d'assurer le service promis d'une manière digne de confiance.
- « Réponse » : la volonté perceptible d'aider les clients et de fournir un service rapide.
- « Assurance » : connaissances et courtoisie des employés, et leur capacité à inspirer confiance et à rassurer.
- « Empathie » : le service est prodigué avec un soin et une attention individualisée.

Dans sa forme définitive, Servqual contient 22 paires d'items.

La première série de ces items est destinée à mesurer les attentes vis-à-vis du service proposé par une industrie particulière.

Les 22 autres items associés sont destinés à mesurer la perception des consommateurs du niveau actuel des services fournis par une organisation particulière.

Les réponses de ces deux ensembles d'items sont présentées sous forme d'une échelle de Likert graduée en 7 points. Cette échelle permet aux participants de l'enquête de mesurer leur degré d'accord avec les items proposés.

La qualité de service est mesurée sur la base de scores de différence, en soustrayant les scores d'attentes aux scores de perception correspondants.

Ainsi, chaque personne interrogée est évaluée par rapport à ses propres attentes et son expérience du service rendu par la société de service.

## **1.5 Évolution du système de soins dans le milieu pénitentiaire**

En 1985, trois unités d'hospitalisation pour les personnes détenues, rattachées au ministère de la Santé, ont été ouvertes à Fresnes, à Marseille et à Lyon. L'unité de Lyon, la seule installée en dehors d'une prison, a préfiguré la transformation du dispositif de soins carcéral. L'expérimentation transitoire de 1987 a défini des centres expérimentaux de soins, indépendants de l'autorité pénitentiaire. Ils ont été pris en charge par des groupements privés, grâce à un partenariat établi avec le ministère de la Santé dans le cadre du Programme 13000<sup>16</sup>. Ce partenariat entre administration pénitentiaire et groupements privés permettait aux médecins et infirmiers d'organiser sous leur unique responsabilité les consultations, les soins aux malades, la distribution des médicaments et la surveillance de l'état de santé des détenus. Cette autonomie de prise en charge de la santé par des groupements privés aboutira à une plus grande pression administrative pour la prescription médicale par un sous-traitant privé que par le ministère de la Justice. Le sous-traitant, soumis d'une part à une pression pour produire des bénéfices et d'autre part tenu de respecter un budget global préétabli, n'a pu résoudre cette double contrainte.

En 1993, le HCSP (Haut Conseil de la Santé Public) publie le rapport Chodorge<sup>17</sup>, qui dénonce l'incapacité de l'administration pénitentiaire à concevoir des politiques de santé publique, ce qui va mener à la loi du 18 janvier 1994<sup>18</sup>(n°94-43), rattachant les soins médicaux en prison au ministère de la Santé.

L'objectif de la loi est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à la population générale.

Pour cela, deux mesures complémentaires ont été instaurées dans la prise en charge de la santé des détenus :

- le transfert au service public hospitalier de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues (fixé par décret<sup>19</sup>).
- l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale, y compris les personnes incarcérées qui n'avaient pas de couverture sociale.

Le financement de la santé des détenus est alors transféré à la charge de l'hôpital public, par la création d'une enveloppe budgétaire.

Cette loi a permis d'inscrire la prise en charge de la santé des détenus dans un cadre de Santé publique, pour au moins quatre raisons :

- Permettre le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues, afin que les soins appropriés leur soient prodigués sans délai.
- S'inscrire dans un cadre de Santé Publique, en promouvant l'éducation et la prévention pour la santé.
- Proposer une qualité de soins curatifs égale à celle des soins dispensés en milieu libre.
- Assurer la continuité des soins pour éviter la rupture de la prise en charge à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire et lors du retour en milieu libre.

La loi de janvier 1994 mène rapidement à la création d'un autre décret<sup>20</sup> et d'une circulaire, et à la création d'un « guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes détenues » en décembre de la même année. Ce guide établit les modalités pratiques de la réforme et est régulièrement réactualisé (dernière actualisation en 2005)<sup>21, 22</sup>.

Il prévoit de rattacher à chaque établissement pénitentiaire un hôpital public de proximité capable d'assurer des soins techniques et de gérer les urgences chez les détenus, ainsi que les hospitalisations des détenus si nécessaires.

Des UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) sont créées dans chaque prison, assurant les consultations de médecine générale et psychiatrique.

Le 24 août 2000, une circulaire interministérielle demande la création de huit UHSI pour répondre aux impératifs de qualité de soins, et aménager le travail des escortes pénitentiaires.

Actuellement, toutes ces structures sont ouvertes et fonctionnelles.

Les SMPR (Service Médico-Psychiatrique Régional) mis en place dans les centres de détention en 1986 ont pour charge d'assurer les soins chez les patients présentant des troubles psychiatriques en ambulatoire. Ils peuvent être rattachés aux UCSA des établissements pénitentiaires.

En septembre 2002, on prévoit la création d'Unités Hospitalière Spécialement Aménagées pour les personnes présentant des troubles mentaux ne pouvant pas être hospitalisées en milieu hospitalier classique. Il en existe actuellement une seule, à Lyon.

## **1.6 Parcours de soins des Détenus dépendant de l'UHSI de Lyon**

Vingt-sept établissements pénitentiaires sont rattachés à l'UHSI de Lyon. Cela représente 4616 places de détention, dont 31 sont prévues spécifiquement pour les personnes handicapées<sup>23</sup>.

Actuellement, toutes les UCSA permettent d'obtenir des consultations dans des délais courts, mais l'offre de recours en consultations spécialisées au sein même des UCSA est très variable d'un établissement à l'autre. La télémédecine est actuellement en cours de développement pour permettre ces consultations à distance, et ainsi faciliter le recours au spécialiste.

Une consultation d'entrée est réalisée en UCSA pour toute personne admise dans le centre pénitentiaire rattaché. Elle permet d'établir le dossier médical du détenu, de réaliser le dépistage des maladies infectieuses telle le VIH, Hépatite B et C, ainsi que la tuberculose, bien que la radiographie pulmonaire systématique ait été abandonnée. Elle permet également de dépister les addictions des détenus, et de décider de la nécessité d'instaurer un suivi du patient<sup>23</sup>.

Les UCSA ont également pour mission de permettre des consultations psychiatriques en raison du grand nombre de pathologies mentales en prison. Elles sont en lien avec les SMPR de Lyon Corbas et de Varcès, près de Grenoble, ainsi qu'avec l'UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée) de Lyon, qui a une capacité d'accueil de 60 lits<sup>23</sup>.

Conformément à la loi, chaque établissement pénitentiaire établit un protocole avec l'établissement hospitalier de proximité, permettant la prise en charge des détenus. Ces établissements prennent également en charge les urgences des personnes détenues.

Les UCSA, pour ce qui concerne la prise en charge des pathologies somatiques, ont ainsi la possibilité de programmer des hospitalisations, soit dans les établissements hospitaliers de

proximité lorsque l'hospitalisation est de courte durée (48-72 heures), soit à l'UHSI de Lyon Sud, lorsque l'hospitalisation nécessite, soit une durée de séjour plus longue, soit un plateau technique important.

La création des UHSI se justifie également au niveau sécuritaire. En effet, les transferts et les hospitalisations en milieux libres présentent des risques plus importants d'évasion<sup>21, 22</sup>.

Enfin, depuis la création des UCSA, les hospitalisations des personnes détenues ont augmenté considérablement (+31% d'extraction vers l'hôpital de 1997 à 2000)<sup>24</sup>.

## **1.7 Fonctionnement de l'UHSI de Lyon Sud<sup>25</sup>**

L'UHSI est une structure à vocation interrégionale. Elle est destinée à l'admission exclusive des personnes détenues des deux sexes, majeures, hors psychiatrie, incarcérées dans un établissement pénitentiaire des régions Rhône-Alpes, Auvergne, Franche-Comté, et des départements de Côte-d'Or et de Saône-et-Loire.

L'UHSI exécute, en outre, des protocoles de prise en charge pour les hospitalisations non programmées des établissements pénitentiaires de la région Lyonnaise. Elle remplit ainsi le rôle d'hôpital de proximité et de service d'urgences pour les centres de Corbas et de Saint-Quentin-Fallavier. Ces hospitalisations non programmées représentent en 2010 environ un quart des hospitalisations à l'UHSI.

### **1.7.1 Situation et aménagement**

L'UHSI est implantée au sein même du Centre hospitalier Lyon Sud, à Pierre Bénite, depuis sa mise en service en février 2005.

Il s'agit d'un bâtiment de deux étages, équipé de plusieurs portes sécurisées et blindées, ainsi que de barreaux métalliques, sous la surveillance d'un poste de contrôle gardé 24h/24h, qui régule les entrées.

De nombreuses caméras permettent de surveiller la structure, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur. Un détecteur de métal et un scanner à rayons X sont installés dans le sas d'entrée. Les téléphones portables et autres objets interdits sont à laisser dans des casiers prévus à cet effet.

## **1.7.2 Conditions d'hébergement**

Les patients sont hospitalisés à l'étage du bâtiment. L'étage d'hospitalisation est fermé, et dispose d'un second poste de commandement affecté à la surveillance de celui-ci.

La capacité d'accueil est de 23 lits d'hospitalisation, dans 2 chambres doubles et 18 simples.

Les portes des chambres ne s'ouvrent pas de l'intérieur une fois qu'elles sont repoussées, même sans être verrouillées.

Les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, d'une salle d'eau complète, d'étagères de rangement ouvertes sur la chambre, d'un fauteuil, d'un chevet et d'un plateau sur roulettes. Chaque chambre dispose normalement d'un téléviseur ainsi que d'un appareil lecteur de cassettes et de CD.

Chaque chambre dispose d'une grande fenêtre qu'il est possible d'ouvrir. Les fenêtres sont bien évidemment équipées de barreaux pour obvier toute évasion. Les fenêtres donnant sur le couloir sont munies de stores permettant d'effectuer les soins tout en respectant l'intimité du patient.

Toutes les chambres sont équipées d'un interphone pour permettre aux malades de s'entretenir directement avec le personnel soignant.

Les chambres ont un dispositif de chauffage réversible à air chaud l'hiver et à air rafraîchi l'été.

Le service est équipé d'une salle d'activité où les détenus peuvent exercer une activité physique et une salle servant de bibliothèque où se trouvent des livres et des puzzles.

Comme dans tout autre service hospitalier, il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'UHSI.

## **1.7.3 Le personnel de l'UHSI**

### **1.7.3.1 Personnel soignant**

L'équipe médicale de l'UHSI est composée de :

- 4 praticiens hospitaliers réalisant un temps plein chacun. L'un des praticiens hospitaliers est spécialiste en psychiatrie. Le chef de service est également responsable de la coordination des UCSA de Corbas (prison de Lyon), de Saint-Quentin-Fallavier, de l'EPM de Meyzieu et du CRA de Saint-Exupéry.
- 2 internes se relayant une semaine sur deux, et assurant les astreintes de nuit.

- Une équipe infirmière, conduite par un cadre infirmier.
- Une psychologue.
- Une kinésithérapeute.
- Une diététicienne.
- Une ergothérapeute.
- Une assistante sociale de l'hôpital.

### **1.7.3.2 Personnel pénitentiaire**

Le personnel de l'équipe pénitentiaire est sous la responsabilité d'un commandant, en poste depuis un an.

Il dirige une équipe de surveillants se relayant par postes de 12 heures.

L'équipe de surveillants est elle-même sous la direction d'un premier surveillant, chargé de répartir les tâches journalières des agents des services pénitentiaires et d'organiser les affaires administratives relatives aux transferts des patients.

Un agent des services pénitentiaires s'occupe des modalités pratiques de ces transferts.

Deux assistantes sociales du SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion de Probation) sont chargées des missions d'aménagement de peine, des conditions de sortie de prison des détenus, s'occupent des dossiers des prévenus et effectuent un lien avec les magistrats.

### **1.7.3.3 Coordination des effectifs**

La prise en charge à l'UHSI est complexe du fait de l'intervention de deux institutions différentes :

- Le personnel soignant sous la responsabilité du ministère de la Santé.
- Le service pénitentiaire et les magistrats sous la responsabilité du ministère de la Justice.

La cadre du service rencontre chaque début de matinée le surveillant chargé d'organiser les escortes pour finaliser leur organisation. Des réunions hebdomadaires réunissant les médecins, la cadre du service, le responsable pénitentiaire et une SPIP sont organisées afin de pouvoir au mieux coordonner et faire face aux difficultés relatives aux fonctionnements de ces deux institutions, tout cela dans le but d'améliorer la prise en charge de la santé du détenu et de respecter la sécurité du personnel et des patients du service.

### 1.7.4 L'hospitalisation à l'UHSI

Chaque UHSI dessert des prisons qui lui sont rattachées. Cette organisation fait que, comme dans les UCSA, les malades, à la différence ceux en liberté, n'ont pas la possibilité de choisir leurs médecins et leurs services d'hospitalisation.

Les transferts entre les prisons et l'UHSI sont assurés par l'équipe pénitentiaire de l'UHSI. Une fois le patient arrivé à l'UHSI, une fouille des affaires et du patient est effectuée, puis il est conduit dans sa chambre où il est accueilli par l'équipe médicale. Il reçoit un livret d'accueil décrivant le fonctionnement médical et pénitentiaire de l'UHSI. Le souhait d'une délivrance ou, au moins, d'une présentation de ce livret d'accueil en amont de l'hospitalisation est rarement exhaussé. L'hospitalisation à l'UHSI a certaines particularités :

Les portes des chambres sont fermées. L'absence de cours de promenade interdit la sortie quotidienne qui est un droit pénitentiaire. À l'UHSI une promenade de 15 à 30 minutes est possible chaque jour dans les couloirs. Cette situation permet aux malades de se rencontrer et de discuter entre eux et avec le personnel médical et pénitentiaire présent dans le couloir.

L'interdiction de fumer est appliquée à la suite de la loi de 2007 qui interdit non seulement de fumer dans l'enceinte de l'hôpital (obligation qui n'est pratiquement jamais appliquée en milieu libre), mais aussi de cantiner du tabac dans les UHSI.

Les « sorties » pour des examens, des consultations ou des opérations sont accompagnées par un personnel pénitentiaire dont l'effectif dépend de la « dangerosité » supposée ou constatée du malade. Pour les mêmes problèmes de sécurité, le malade n'est pas prévenu à l'avance de l'heure (et parfois de la date) de ces extractions.

Lors des soins et de la visite, le surveillant reste dans le couloir à une distance qui garantit habituellement la confidentialité des échanges médicaux.

Les autres prestations de l'UHSI se rapprochent de celles d'un service hospitalier normal.

Une visite des médecins est réalisée chaque matin. Les admissions de la journée sont, en règle générale et sauf urgence, prises en charge le jour même dans l'après-midi. Les soins par le personnel infirmier sont réalisés selon les prescriptions médicales lors de divers passages dans le service. Les repas sont servis 3 fois par jour, et des collations sont données dans l'après-midi et le soir au coucher dans les chambres.

La kinésithérapeute attachée au service effectue le travail de rééducation tous les matins auprès des patients qui en ont besoin.

La psychologue du service passe voir les patients 3 fois par semaine.

Les assistantes sociales du service juridique effectuent une visite dans le service deux fois par semaine.

La pharmacienne passe une fois par semaine pour contrôler les prescriptions réalisées dans le service, et surveille ces prescriptions à distance par informatique.

Le service bibliothécaire passe une fois par semaine dans les chambres, les patients ont ainsi la possibilité d'emprunter des livres.

#### **1.7.4.1 Contacts avec le milieu libre**

##### **Parloirs**

Les procédures administratives pour l'accès aux parloirs sont simplifiées pour permettre aux familles des patients d'être auprès de leurs proches plus aisément. Les rendez-vous se prennent téléphoniquement, de la veille pour le lendemain. Des boxes sont aménagés dans le service pour effectuer les visites. Des visites sont également possibles dans la chambre des malades s'ils ne peuvent pas se déplacer en raison de leur état de santé.

##### **Accès téléphonique**

Il est possible pour les patients d'avoir accès au téléphone sur demande écrite, soit dans un local dédié, soit en chambre si l'état du malade ne permet pas qu'il se déplace. Les numéros de téléphone sont contrôlés et vérifiés par l'administration pénitentiaire. La conversation est écoutée.

##### **Courrier**

Le courrier reçu à l'UHSI est lu par le personnel pénitentiaire de même que le courrier envoyé, sauf si celui-ci est envoyé aux autorités.

Le journal « Le Progrès » est distribué aux détenus tous les jours.

Les patients abonnés à des magazines ont la possibilité de recevoir leur revue à l'UHSI, mais avec un délai, le temps d'en effectuer l'acheminement.

### **1.7.5 Sortie de l'UHSI**

Les patients ne sont informés ni de la date ni de l'horaire exact de leur sortie vers leur centre de détention, mais le sont à quelques jours près, cela par souci de sécurité des transferts. Il existe un délai variable d'attente, en fonction de la distance des centres de détention et de la disponibilité des escortes pour réaliser le retour vers le centre de détention.

## **1.8 Population carcérale**

La population carcérale est composée de prévenus (personnes en attente de jugement) et de condamnés.

Il y avait, au 1<sup>er</sup> juillet 2014 en France, 68295 détenus écroués pour un total de 57712 places en détention. La région lyonnaise a une densité d'occupation moyenne de 108,3% dans ses établissements pénitentiaires<sup>26</sup>.

La population incarcérée est à 90% masculine et issue en majorité des classes populaires. Il s'agit d'une population jeune par rapport à la population générale, avec une moyenne d'âge de 35 ans, malgré un vieillissement grandissant en raison de l'allongement des peines<sup>27</sup>.

La population carcérale est une population plus vulnérable que la population générale. En effet, les catégories sociales défavorisées y sont surreprésentées, les conduites à risques sont plus importantes (précarité, toxicomanie, conduite sexuelle à risques, pathologies mentales...). À cela s'ajoutent les conditions d'incarcération, telles la surpopulation, le confinement, le manque d'hygiène, la sédentarité, ainsi que la solitude, favorisant la dégradation de l'état de santé des détenus<sup>27</sup>.

Toutefois, l'état de santé général est jugé bon pour 80,3% des entrants lors de la consultation d'admission, 18% ont un état de santé jugé moyen et très mauvais pour 1,6% des entrants<sup>27</sup>.

### **1.8.1 Données épidémiologiques des pathologies**

#### **1.8.1.1 Pathologies transmissibles**

On retrouve des particularités concernant les pathologies transmissibles, comme le VIH avec une prévalence à 2% (environ 4 fois supérieur à la population générale). La prévalence de

l'hépatite C est estimée à 4,8% dans la population carcérale. La tuberculose est, elle, 3 fois plus présente que dans la population générale<sup>28</sup>.

### **1.8.1.2 Toxicomanie**

Il existe une forte consommation de drogues illicites chez les entrants en prison<sup>29</sup>. Les usagers de drogue réguliers s'élèvent à un tiers des entrants en prison, dont plus la moitié consomment plusieurs produits. La consommation de cannabis est la plus importante avec 25%, le crack et les cachets représentent chacun 9% des drogues utilisées. 9% des détenus se déclaraient usagers de la drogue en intraveineuse. Il existe une prévalence de 7,9% de la population carcérale sous traitement de substitution aux opiacés.

74% des détenus sont tabagiques<sup>27</sup> soit plus du double de la population générale (estimé en 2010 à 29,1%<sup>30</sup>). Presque 20% des détenus fument plus d'un paquet par jour.

30% des entrants en prison présentent une consommation excessive d'alcool<sup>29</sup>.

### **1.8.1.3 Pathologies mentales**

Selon l'étude CEMKA-EVA<sup>31</sup> menée en 2006, 8 hommes détenus sur 10 et plus de 7 femmes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique. La grande majorité cumule plusieurs troubles.

Une prédominance des troubles anxieux est observée chez plus de 50% des détenus.

Les troubles thymiques, dominés par les syndromes dépressifs récurrents (35%-40%), se positionnent en seconde place. Les autres troubles thymiques, regroupant la dépression endogène, la mélancolie et l'hypomanie sont plus rares (7 à 15%). Le risque suicidaire est particulièrement élevé dans la population carcérale (environ 40%, dont presque la moitié est défini comme important).

Un quart des détenus présentent des troubles psychotiques.

### **1.8.1.4 Pathologies chroniques et autres pathologies somatiques**

Il n'existe aucune donnée nationale de prévalence des maladies chroniques, toutefois une enquête de la DREES<sup>29</sup> en 2003, menée chez les détenus au moment de leur passage à la visite médicale d'admission, rapporte que seulement 6% des entrants déclarent souffrir de maladies chroniques et/ou de limitations fonctionnelles nécessitant des soins à poursuivre lors

de leur détention. En effet, la population carcérale étant en moyenne une population jeune, les entrants en prison se déclarent souvent en bonne santé.

Les patients suivis pour des maladies chroniques représentent environ 6% des entrants et les pathologies sont dominées par :

- l’asthme : 4,4% des entrants,
- l’hypertension artérielle : 2,3%,
- les pathologies coronariennes : 2%,
- l’épilepsie : 1,4%.

Ces chiffres sont à prendre avec précaution en raison du manque de suivi médical des individus avant leur incarcération. De plus, des pathologies sont découvertes ou se déclarent durant la détention des patients.

## 1.9 Questionnement

L’évolution actuelle de la relation médecin-malade donne de plus en plus de place au patient dans notre société, pour plusieurs raisons. En effet, les enquêtes de satisfaction des usagers du système de soins permettent d’améliorer la qualité des soins grâce au regard que porte le patient sur son hospitalisation.

L’amélioration de la qualité des soins lors de la prise en charge de la santé des détenus par l’hôpital public est indiscutable. L’objectif est d’aboutir à une qualité de soins équivalente à celle du reste de la population française.

Cependant, les discours actuels (livres, articles de presse, reportages télévisés) sur les conditions de vie des détenus font souvent état de leur piètre qualité.

La complexité de la prise en charge des personnes détenues entraîne des contraintes opérationnelles, qui ont été décrites plus haut dans cette introduction. Du point de vue du consommateur, le détenu n’a pas pleinement le choix de son parcours de soins. Celui-ci lui est imposé par les différentes structures de soins disponibles dans le cadre de conventions passées entre les hôpitaux et les centres pénitentiaires. Le patient détenu n’est donc pas libre de choisir son médecin, ni le service dans lequel il va être hospitalisé, et ne peut que refuser les soins s’il n’est pas satisfait de la prise en charge fournie.

Il n’y a à l’heure actuelle aucune mesure de la satisfaction des patients détenus en France.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés, avec le Dr Chossegras, chef de service de l'UHSI de Lyon, à la satisfaction des patients pris en charge dans ce service.

En l'absence de références, nous avons choisi une méthode similaire à Servqual pour mettre en évidence une différence éventuelle entre les attentes et la réalité vécue par les patients durant leur hospitalisation à l'UHSI.

Ce travail a pour finalité d'améliorer la qualité des soins apportés aux malades hospitalisés dans l'UHSI de Lyon. Il s'appuie sur une évaluation de leur satisfaction des services qui leur sont délivrés au cours de leur hospitalisation.

En outre, la représentation par les professionnels de l'importance attachée par un usager à une dimension particulière d'un service conditionne l'attention qu'il y porte. La comparaison des points de vue de l'équipe soignante et de l'équipe pénitentiaire aux réponses des malades permet de situer les discordances existant entre usagers et professionnels, et en partant de ces résultats, d'améliorer le vécu subjectif des soins reçus.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

---

## **2.1 Type d'étude**

L'étude repose sur une enquête de satisfaction prospective monocentrique, réalisée auprès du personnel et des patients admis à l'UHSI de Lyon Sud.

L'étude a été menée du 15/09/2013, date du premier questionnaire distribué au 01/08/2014, date du dernier questionnaire distribué.

### **2.1.1 Critères d'inclusions**

Tous les patients hospitalisés durant la période de l'étude, et à qui un questionnaire a été donné, ont été admis dans l'étude.

Nous n'avons pas tenu compte de la durée d'hospitalisation pour inclure les patients dans l'étude.

### **2.1.2 Critères d'exclusions**

Les patients qui ne parlaient ou ne lisaient pas le français ont été exclus de l'étude.

Les patients présentant des troubles cognitifs sévères ou agressifs ont été exclus de l'étude.

Les questionnaires incomplets ont été exclus de l'étude.

Les patients ayant refusé de participer à l'étude en ont également été exclus.

## **2.2 Méthode utilisée : Servqual**

L'exploitation des questionnaires remis aux patients repose sur une méthode analogue à Servqual, comparant la perception du vécu des malades au cours de leur hospitalisation à leurs attentes.

## **2.3 Questionnaires**

### **2.3.1 Base des questionnaires**

Nous avons développé un questionnaire spécifique à l'hospitalisation des malades à l'UHSI. Nous avons adapté pour cela le questionnaire SAPHORA-MCO, qui a été construit à partir

d'une revue de la littérature en français. Il a été validé en 2003 et a été utilisé pour mener l'enquête nationale I-Satis, débutée en 2011 dans les établissements de santé volontaires, puis généralisé à tous les établissements de santé en 2013. Il sert de référence française pour évaluer la satisfaction des malades hospitalisés. Il a été publié au journal officiel (Annexe 1).

Dans le cadre du présent travail, chaque patient a donc reçu un questionnaire pour évaluer ses attentes d'une hospitalisation idéale, et un autre pour évaluer l'hospitalisation actuelle à l'UHSL.

Chaque membre du personnel recevait le même questionnaire pour évaluer selon sa représentation quel serait le service idéal fourni aux patients de l'UHSL.

Nous avons conservé le format de réponse sous forme d'échelle de Lickert gradué de 5 à 1. Pour les questions fermées, les items étaient numérotés de la même manière sur tous les questionnaires, pour permettre la comparaison selon les modalités de la méthode Servqual.

Exemple :

Tout à fait d'accord		Indifférent	Pas du tout d'accord	
5	4	3	2	1

## 2.3.2 Élaboration des questionnaires

### 2.3.2.1. Items

Nous avons conservé 32 items sur les 36 du questionnaire original. Les items du questionnaire SAPHORA-MCO ayant été retirés sont :

- L'item 1, relatif au service administratif a été retiré, car les patients détenus ne passent pas par les admissions de l'hôpital. Les modalités administratives sont gérées par les équipes soignantes et pénitentiaires.
- Les items 32 et 33, relatifs au choix du service et de l'hôpital par le patient. Les patients étant détenus, le choix de l'établissement de soins n'est pas possible ou très limité.
- L'item 35, relatif à la satisfaction de la vie en général n'a pas été retenu du fait de l'incarcération des patients et des modifications psychologiques liées à ce fait.

L'étude I-Satis autorise l'ajout d'items au questionnaire SAPHORA-MCO, afin d'évaluer des caractères spécifiques d'un environnement donné. Ces questions doivent être ajoutées à la fin du questionnaire, selon les responsables de l'enquête I-Satis.

De nouveaux items ont été introduits dans nos questionnaires, afin de les adapter aux particularités d'une hospitalisation en milieu carcéral. Nous avons introduit des questions portant sur l'activité de l'équipe pénitentiaire et la situation particulière liée à l'hospitalisation à l'UHSI. Elles ont été introduites dans le corps du questionnaire, afin de respecter un ordre logique des questions.

Les items ajoutés sont :

Les items numéro 1, 2 et 3, relatives aux informations délivrées aux patients avant l'admission à l'UHSI. En effet, les patients doivent être informés avant d'être admis des modalités d'hospitalisation à l'UHSI.

Les items de 26 et 27, relatives aux liens des patients avec leurs proches.

Les items de 33 à 39, relatives à la prise en charge par le personnel pénitentiaire de l'UHSI, non présent dans les services d'hospitalisation classique.

### **2.3.2.2. Classement des items**

Les items des questionnaires ont été regroupés selon deux classements distincts. Un premier groupe de dimension appelé dimensions Logiques, où les items ont été classés selon la trame du questionnaire et un second groupe nommé dimensions Servqual, où les items ont été classés selon la définition des dimensions Servqual (voir page 21).

Le groupe de dimensions Logiques regroupe les dimensions et les items :

- « Informations Pré-hospitalières » pour les items de 1 à 3.
- « Soins » pour les items 4 à 21.
- « Confort » pour les items 22 à 32.
- « Pénitentiaire » pour les items 33 à 39.
- « Sortie » pour les items 40 à 44.

Le groupe de dimension Servqual regroupe les items :

- « Valeurs Matérielles » pour les items 5, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32.
- « Fiabilité » pour les items 1, 2, 14, 15, 16, 17, 35, 37, 40, 41, 42, 44.
- « Réponses » pour les items 3, 4, 12, 13, 26, 27, 43.
- « Assurance » pour les items 6, 7, 8, 9, 10, 18, 19, 21, 38, 39.
- « Empathie » pour les items 11, 33, 34, 36.

### **2.3.3 Particularités propres à chaque questionnaire**

#### **2.3.3.1 Questionnaires des patients (Annexes 2a et 2b)**

Il était demandé d'inscrire le nom, le prénom, ainsi que l'âge et le sexe du patient sur chaque questionnaire, afin de pouvoir regrouper aisément les différents questionnaires de chaque patient. Les questionnaires ont été regroupés et rendus anonymes avant leur saisie.

Une notice explicative accompagnait le premier questionnaire, où il était précisé le but de l'étude et les informations nécessaires pour y répondre.

Dans le questionnaire évaluant les perceptions, il était demandé aux patients de noter sur 100 leur appréciation globale de leur hospitalisation. Une question ouverte a été introduite pour permettre aux patients d'exprimer librement des remarques particulières à propos de leur prise en charge à l'UHSI.

#### **2.3.3.2 Questionnaires adressés au personnel de l'UHSI (Annexe 2a)**

Deux questionnaires ont été établis : un pour les membres du personnel de l'équipe pénitentiaire et un questionnaire pour les membres du personnel soignant.

Chacun de ces questionnaires correspond au questionnaire évaluant les attentes des patients.

## **2.4 Recueil des données**

### **2.4.1 Distribution des questionnaires**

Les questionnaires ont été donnés aux patients lorsqu'ils étaient admis dans le service.

La façon de remplir les questionnaires était expliquée oralement, en plus de la notice explicative qui accompagnait le premier questionnaire.

Chaque questionnaire que recevait le patient avait une couleur différente, afin de les distinguer aisément.

Il était demandé au patient de remplir le questionnaire de l'évaluation de la prise en charge dans le service.

Il était demandé au patient de remplir seul le questionnaire.

## **2.4.2 Récupération des questionnaires**

Entre les mois d'août et décembre 2013, il était demandé au patient d'emporter le deuxième questionnaire (évaluation de l'hospitalisation actuelle) lors de sa sortie et de le remplir sur son lieu de détention, afin de lui laisser un temps de réflexion et lui offrir un recul suffisant.

Il était alors demandé de renvoyer le questionnaire via l'UCSA du centre de détention.

Le faible taux de retour de ces questionnaires par ce moyen nous a amené, pour la suite de l'étude, à recueillir ceux-ci durant l'hospitalisation à l'UHSI. Il était alors précisé au patient de répondre au questionnaire concernant l'évaluation de la prise en charge à l'UHSI peu de temps avant la sortie du service.

Dans cette nouvelle approche, le recueil a été assuré par l'auteur de ce travail, qui expliquait son indépendance par rapport à l'équipe soignante avant la distribution des questionnaires et qui les récupérait par la suite.

## **2.5 Analyse des données**

### **2.5.1 Méthode analytique pour la comparaison des groupes**

Tous les questionnaires n'ont pas été complètement remplis, soit pour des raisons objectives (un malade non douloureux ne pouvait se prononcer sur le traitement de la douleur), soit pour des raisons inconnues. Ces données manquantes ont été exclues de l'analyse.

Les réponses ont été étudiées comme des valeurs continues (1 à 5).

La distribution des réponses ne correspondant pas à une distribution normale, les comparaisons ont été effectuées par des tests non-paramétriques :

- Test de Kruskal-Wallis pour la comparaison des représentations idéales des 3 groupes interrogés.
- Test de Mann-Whitney pour les comparaisons deux à deux des réponses non appariées.
- Test de Wilcoxon à échantillons associés pour les réponses appariées (comparaison des réponses aux questionnaires des malades entre eux).

Les médianes et la distribution sont utilisées pour comparer les résultats, en raison de cette non normalité.

Ces groupes ont tout d'abord été étudiés pour les dimensions Logiques puis dans un second temps pour les dimensions Servqual. En cas de différences significatives entre les attentes et les perceptions d'une dimension, une étude des différents items qui la constituaient a été faite séparément. Dans certains cas, du fait de l'irrégularité des données manquantes, le nombre de réponses étudiées pour un item a été supérieur à celui des réponses exploitées dans l'analyse de la dimension à laquelle cet item appartient.

Une question était dédiée à l'évaluation sur 100 de la satisfaction globale des patients. De plus un score de satisfaction a été calculé à partir des items du questionnaire. Le test de corrélation de Bravais-Pearson a été utilisé pour comparer ces deux scores.

Enfin, les questionnaires correspondant aux représentations idéales des personnels médicaux et pénitentiaires et ceux des malades, ont fait l'objet d'une transformation des données sous forme de Z-scores, pour normaliser leurs valeurs. Ceci a permis l'analyse des attentes comme s'il s'agissait d'un seul groupe, afin d'obtenir des informations complémentaires.

Le logiciel utilisé était *IBM SPSS Statistics* version 19.

### **2.5.2 Analyse des données de la question libre**

Les réponses à la question ouverte du questionnaire 2 des patients ont été analysées de manière thématique. Lors de la saisie de ces réponses, l'orthographe et la grammaire de ces réponses ont été corrigées, dans la mesure du possible et avec le souci d'en conserver le sens.

## **2.6 Implications éthiques**

Chaque patient visité a été informé du but de cette étude et a eu la possibilité de refuser d'y participer.

# RÉSULTATS

---

## **3.1 Description des populations**

### **3.1.1 Patients**

Au total 365 patients ont été hospitalisés dans le service de l'UHSI sur la période de l'étude. Le taux de réponse obtenu est de 21,36% (soit 78 patients inclus dans l'étude). 186 questionnaires ont été distribués. 29 patients présentaient un critère d'exclusion, ces patients n'ont pas reçu de questionnaires. Le taux de réponse en fonction du nombre de patients visités était de 36,27%. La moyenne d'âge des patients inclus dans l'étude est de 44,78 ans. Seules 3 femmes ont répondu au questionnaire.

Parmi les patients inclus dans l'étude, 45 patients étaient hospitalisés pour un motif médical, 29 pour la chirurgie, 6 pour la cancérologie et 5 pour un motif psychiatrique (Annexe 3).

### **3.1.2 Personnel soignant**

47 personnes toutes fonctions confondues ont travaillé à l'UHSI pendant la période de l'étude. Le taux de réponse chez les soignants est de 70,21% (33 soignants). Le nombre d'années moyen d'exercice dans le service est de 4,59. Ce groupe était composé de cinq médecins (internes compris), d'une cadre de santé, 13 infirmières, trois élèves infirmiers en stage dans le service, six aide soignants, trois agents de service hospitaliers une pharmacienne, une secrétaire et une kinésithérapeute (Annexe 3).

### **3.1.3 Personnel pénitentiaire**

48 membres de l'équipe pénitentiaire travaillent à l'UHSI. Le taux de réponse chez le personnel pénitentiaire est de 35,41% (17 membres de l'équipe pénitentiaire). L'expérience dans le service pour les personnes qui ont participé à l'étude est de 3,83 ans. Ce groupe était composé du commandant responsable de l'équipe pénitentiaire, de 2 premiers surveillants et de 14 surveillants (Annexe 3).

## 3.2 Comparaison des Attentes et des Perceptions des patients hospitalisés à l'UHSI

### 3.2.1 Comparaison des dimensions Logiques

Tableau 1 : Tableau des principaux résultats comparant les attentes et les perceptions des patients, pour les dimensions Logiques

	Écarts**		Médiane	Max	Min	Q25	Q75	W	N
<b>Informations Pré-hospitalières</b>	- 1,34	A	4,67	5	1,67	4	5	Différents*	75
		P	3,33	5	1	3	4,33		
<b>Soins</b>	+ 0,05	A	4,67	5	2,83	4,17	4,67	Similaires	58
		P	4,72	5	3	4,44	5		
<b>Confort***</b>	- 0,13	A	4,63	5	3,5	4,38	4,88	Différents*	76
		P	4,5	5	3,25	4,25	4,75		
<b>Pénitentiaire</b>	+ 0,15	A	4,71	5	3,43	4,43	5	Similaires	73
		P	4,86	5	2,14	4,29	5		
<b>Sortie</b>	- 0,60	A	4,8	5	3,40	4,6	5	Différents*	63
		P	4,2	5	1	3,4	4,8		

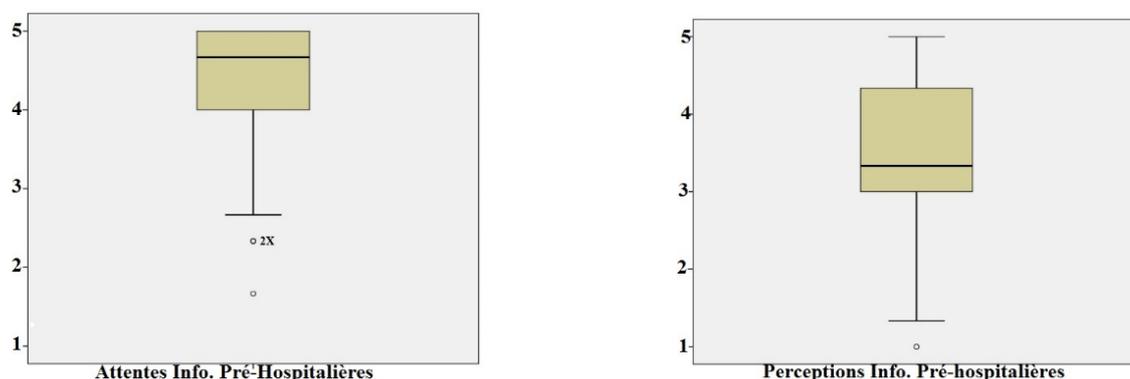
\*  $p < 0,05$  \*\* Écart entre les perceptions et les attentes. \*\*\* Dimension comparée sans les items 26 et 27 relatifs aux contacts familiaux. A : Attentes, P : Perceptions, Max : Maximum, Min : Minimum, Q25 : 25<sup>ème</sup> quartile, Q75 : 75<sup>ème</sup> quartile, W : test de Wilcoxon, N : Nombre de réponses.

Les médianes des attentes sont toutes élevées. La médiane la plus haute est celle de la dimension Sortie (4,8) ; la plus basse, celle de la dimension « Confort » (4,63).

La dimension avec la médiane des perceptions la plus élevée est la dimension « Pénitentiaire » (4,86). La dimension dont les perceptions sont les plus faibles est la dimension « Informations Pré-hospitalières » (3,33).

Des différences significatives ont été observées entre les attentes et les perceptions des dimensions « Informations Pré-hospitalières », « Confort » et « Sortie ». Cette différence est la plus importante pour la dimension « Informations Pré-hospitalières », avec un écart de médiane de -1,34. Cette dimension présente également la distribution la plus hétérogène, aussi bien pour les attentes que pour les perceptions. La *figure 1* illustre la distribution des attentes et des perceptions de cette dimension.

Figure 1 : Boîtes à moustaches des attentes et perceptions de la dimension « Information Pré-hospitalières »



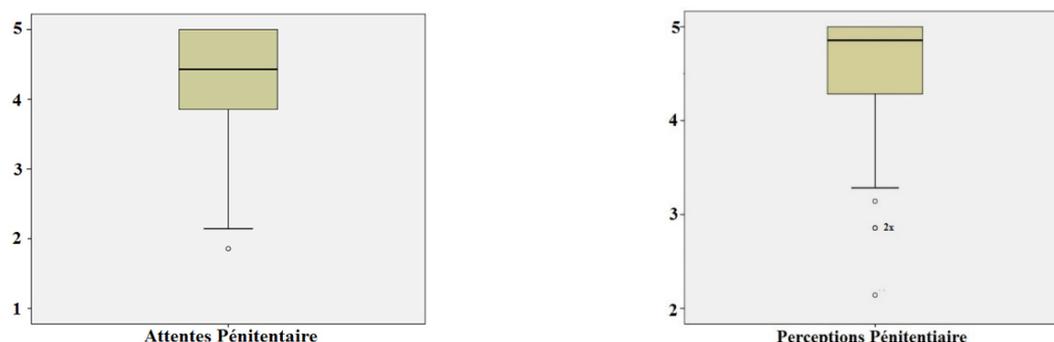
Haut de la boîte : 75<sup>ème</sup> quartile, bas de la Boîte : 25<sup>ème</sup> quartile, trait à l'intérieur de la boîte : médiane, o : Valeur extrême.

La dimension « Confort » a été tronquée des items 26 et 27 concernant tous les deux les aspects des relations familiales des patients dans le service, ceci en raison du faible nombre de réponses à ces items. Ce faible nombre de répondants s'explique par les possibilités de réponse à cette question. En effet, 16 patients ont estimé que leur durée de séjour à l'UHSI était trop courte pour permettre l'organisation de parloirs et 17 pour avoir les autorisations nécessaires à l'accès téléphonique. 12 patients rapportaient ne pas avoir de contacts extérieurs et 16 ne pas avoir de contacts téléphoniques.

On ne retrouve pas significativement de différences entre les attentes et les perceptions pour les dimensions « Soins » et « Pénitentiaire ». On peut cependant observer que, dans ces dimensions, les valeurs des médianes des perceptions sont supérieures aux attentes.

La figure 2 illustre la distribution des attentes et des perceptions pour la dimension « Pénitentiaire ».

Figure 2 : Boîtes à moustaches des attentes et perceptions de la dimension « Pénitentiaire »



### 3.2.2 Comparaison des dimensions Servqual

Tableau 2 : Tableau des principaux résultats comparant les attentes et les perceptions des patients, pour les dimensions Servqual.

	Écarts**		Médiane	Max	Min	Q25	Q75	W	N
<b>Valeurs Matérielles</b>	- 0,55	A	4,6	5	3,6	4,4	4,8	Différents*	64
		P	4,05	5	3	3,63	4,45		
<b>Fiabilité</b>	+ 0,17	A	4,33	4,58	3,08	4,08	4,5	Similaires	55
		P	4,5	5	2,58	4,08	4,83		
<b>Réponse***</b>	+ 0,23	A	4,57	5	3,29	4,29	4,86	Similaires	69
		P	4,8	5	2,6	4,4	5		
<b>Assurance</b>	+ 0,16	A	4,67	5	3,17	4,38	5	Similaires	64
		P	4,83	5	3	4,5	5		
<b>Empathie</b>	+ 0,25	A	4,75	5	3,25	4,5	5	Similaires	77
		P	5	5	3	4,5	5		

\*  $p < 0,05$ . \*\* Écarts entre perceptions et attentes \*\*\* Dimension calculée sans les items 26 et 27 relatifs aux contacts familiaux.. A : Attentes, P : Perceptions, Max : Maximum, Min : Minimum, Q25 : 25<sup>ème</sup> quartile, Q75 : 75<sup>ème</sup> quartile, W : test de Wilcoxon, N : Nombre de réponses.

Le classement des items selon les dimensions Servqual (définition des dimensions page 21), a également fait ressortir des attentes élevées. Ainsi, la médiane la plus faible a été attribuée à la dimension « Fiabilité » avec une médiane à 4,33, la plus haute à la dimension « Empathie » avec une médiane à 4,75.

Les perceptions des Patients pour ces dimensions étaient elles aussi élevées, avec une variation de médiane allant de 4,05 pour « Valeurs Matérielles » à 5 pour « Empathie ».

Les attentes n'étaient significativement différentes des perceptions que pour la dimension « Valeurs Matérielles ». La comparaison des attentes et des perceptions n'a pas fait apparaître de différence significative entre les autres dimensions.

En raison du faible nombre de réponse pour les items relatifs aux contacts familiaux, la dimension « Réponse » a été comparée sans l'intégration des items 26 et 27.

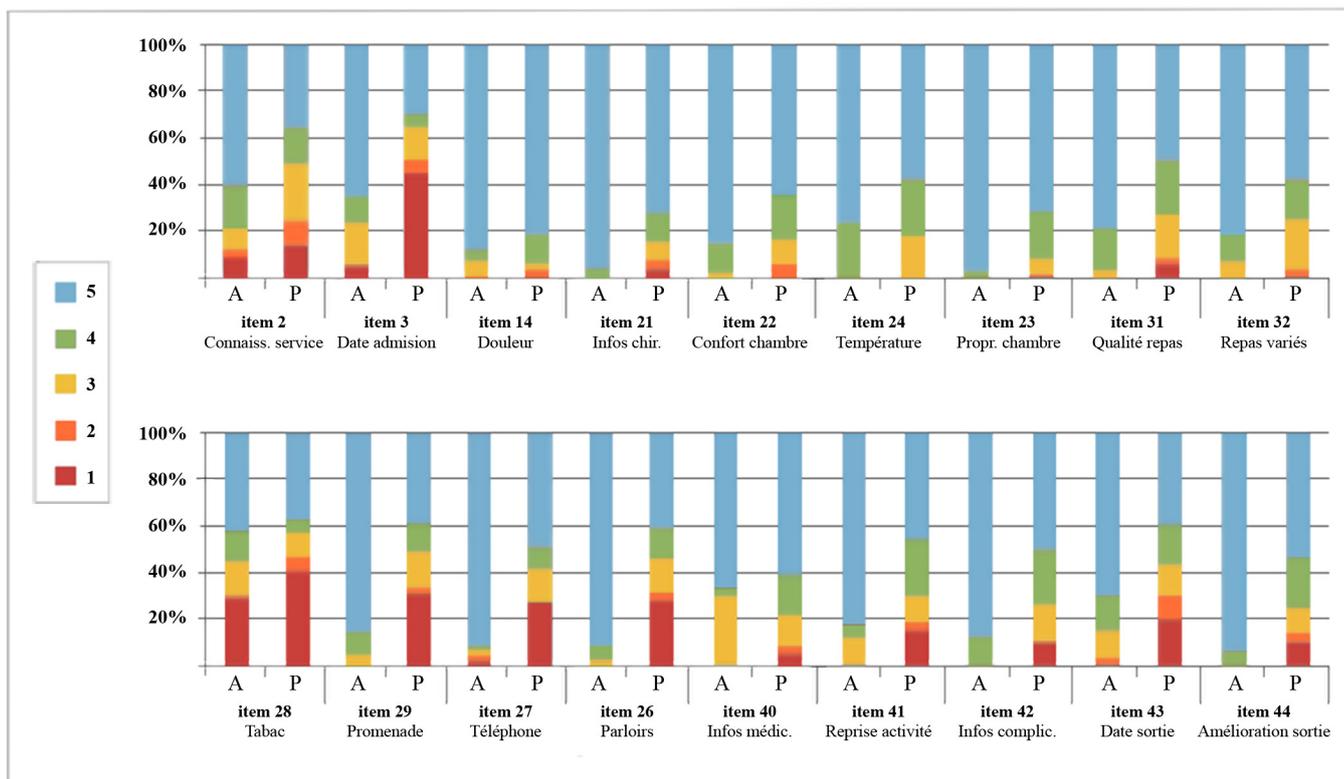
### 3.2.3 Comparaison des items les plus significatifs, indépendamment des dimensions

Tableau 3 : Comparaison entre attentes et perceptions pour les items significatifs

	Écart**		Médiane	Max	Min	Q25	Q75	W	N
<b>Item 2</b> Connaissance du fonctionnement du service	- 1	A	5	5	2	5	5	Différents*	76
		P	4	5	1	4	5		
<b>Item 3</b> Connaissances de la date d'hospitalisation	- 3	A	5	5	1	4	5	Différents*	75
		P	2	5	1	1	5		
<b>Item 14</b> Prise en charge de la douleur	0	A	5	5	2	5	5	Similaires	75
		P	5	5	1	5	5		
<b>Item 21</b> Compréhension des informations délivrées par le chirurgien	0	A	5	5	1	5	5	Différents*	29
		P	5	5	1	3	5		
<b>Item 22</b> Confort de la chambre	0	A	5	5	1	5	5	Différents*	76
		P	5	5	5	4	5		
<b>Item 23</b> Propreté de la chambre	0	A	5	5	3	5	5	Différents*	78
		P	5	5	1	4	5		
<b>Item 24</b> Température durant le séjour	0	A	5	5	3	4,75	5	Différents*	78
		P	5	5	3	4	5		
<b>Item 28</b> Possibilité de fumer	- 1	A	4	5	1	1	5	Différents*	77
		P	3	5	1	1	5		
<b>Item 29</b> Promenade	- 2	A	5	5	1	5	5	Différents*	76
		P	3	5	1	1	5		
<b>Item 31</b> Avoir des repas de bonne qualité	0	A	5	5	1	5	5	Différents*	77
		P	5	5	1	3	5		
<b>Item 32</b> Avoir des repas variés	0	A	5	5	1	5	5	Différents*	78
		P	5	5	1	3	5		
<b>Item 40</b> Informations délivrées au moment de la sortie sur les médicaments	- 1	A	5	5	1	5	5	Différents*	73
		P	5	5	1	4	5		
<b>Item 41</b> Informations relatives à la reprise d'activités après l'hospitalisation	- 1	A	5	5	1	5	5	Différents*	71
		P	4	5	1	3	5		
<b>Item 42</b> Informations délivrées sur la possibilité de survenue de complications	- 0,5	A	5	5	3	5	5	Différents*	70
		P	4,5	5	1	3	5		
<b>Item 43</b> Connaissance de la date de sortie	- 1	A	5	5	1	4	5	Différents*	73
		P	4	5	1	2	5		
<b>Item 44</b> Se sentir mieux au moment de la sortie	0	A	5	5	1	5	5	Différents*	73
		P	5	5	1	3	5		
<b>Item 26 et 27</b> Contacts familiaux : facilité d'accès aux parloirs et communications téléphoniques	- 1,33	A	5	5	3	4,58	5	Différents*	30
		P	3,67	5	1	2,58	5		

\*  $p < 0,05$ . \*\* Écarts entre perceptions et attentes. A : Attentes, P : Perceptions, Max : Maximum, Min : Minimum, Q25 : 25<sup>ème</sup> quartile, Q75 : 75<sup>ème</sup> quartile, W : test de Wilcoxon, N : Nombre de réponses.

Figure 3 : Diagrammes de répartition des réponses pour les items du tableau 3.



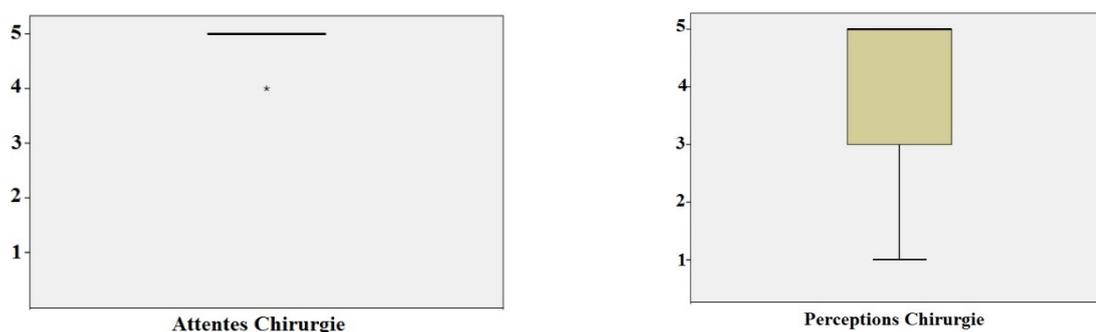
A : attentes, P : perceptions.

Il existe une différence importante entre les attentes et les perceptions à propos de la connaissance du service où le malade sera hospitalisé, avec une différence de médiane de  $-1$  (item 2) et la connaissance de la date d'hospitalisation, quand celle-ci était programmée, avec une différence de médiane de  $-3$  (item 3). Les deux items appartiennent à la dimension « Informations Pré-hospitalières » pour les dimensions Logiques, et aux dimensions Servqual « Fiabilité » pour l'item 1 et « Réponse » pour l'item 3.

La prise en charge de la douleur (item 14) est une dimension importante de la prise en charge des patients. Il n'a pas été retrouvé de différence entre les attentes et les perceptions, mais ce résultat est non significatif. Les deux médianes sont à 5.

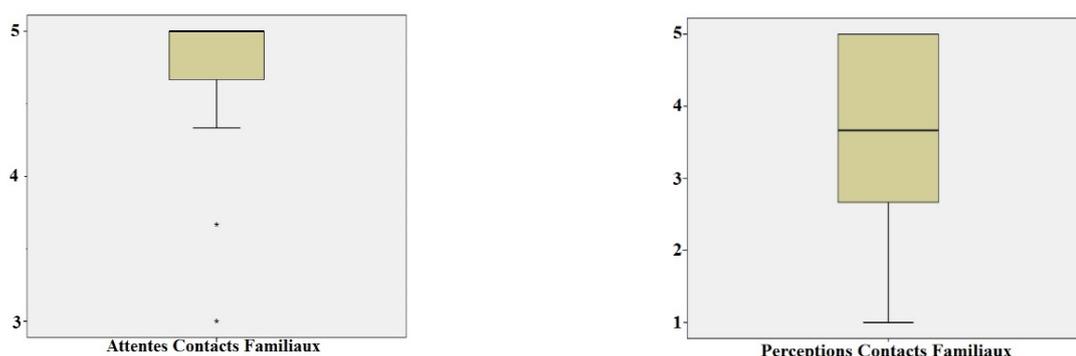
La question relative à l'information délivrée par le chirurgien avant l'intervention (item 21, *figure 4*) a été traitée indépendamment des dimensions en raison du faible nombre de patients venus pour un motif chirurgical. 5 patients ont rapporté ne pas avoir pu poser de questions au chirurgien.

Figure 4 : Boîtes à moustaches comparant les Attentes et les Perceptions des patients pour l'item 21.



Les items 26 et 27 regroupent les questions relatives aux Contacts familiaux. Ces questions ont été, comme mentionné ci-dessus, retirés des dimensions « Confort » et « Réponse ». Nous avons retrouvé une différence importante entre les attentes et les perceptions. La figure 5 illustre la distribution de ces items.

Figure 5 : Boîtes à moustaches comparant les Attentes et les Perceptions des patients pour l'item 26 et 27.



L'item 28, relatif à la promenade, produisait une différence de  $-2$  points de médiane entre les attentes et les perceptions. La possibilité de fumer à l'intérieur du service (item 29) était également considérée comme problématique par les détenus.

Les items concernant la sortie du service ont également révélé des différences significatives entre les attentes et les perceptions. Ces items concernaient plus précisément les informations délivrées quant à la reprise d'une activité, du travail et du sport ( $-1$ , item 41), sur la nécessité de consulter à nouveau un médecin après la sortie du service ( $-0,5$ , item 42), et sur la date de sortie du service ( $-1$ , item 43).

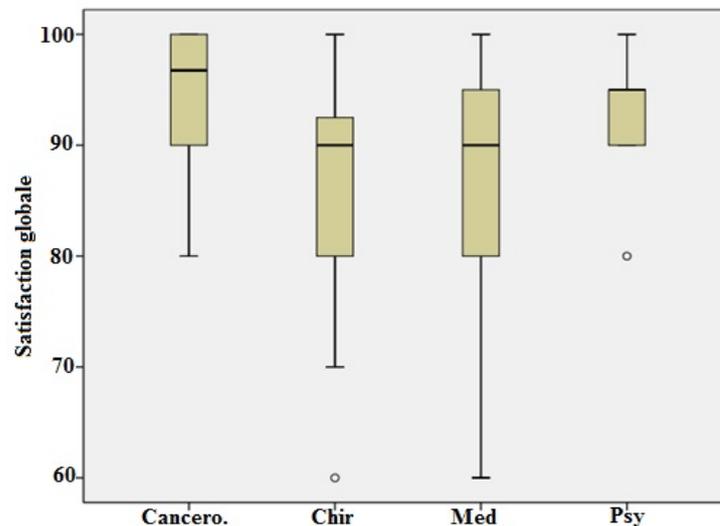
### 3.3 Satisfaction globale

Tableau 4 : Valeurs obtenue pour la question sur la satisfaction globale

Motif d'hospitalisation	Médianes	Max	Min	Q25	Q75	N
Tous motifs confondus	90	100	60	80	96	61
Médecine	90	100	60	80	95	35
Chirurgie	90	100	70	80	95	15
Cancérologie	96,75	100	80	87,5	100	6
Psychiatrie	95	100	80	85	97,5	5

Max : Maximum, Min : Minimum, Q25 : 25<sup>ème</sup> quartile, Q75 : 75<sup>ème</sup> quartile, N : Nombre de réponses.

Figure 6 : Boîte à moustaches de la répartition des résultats suivant les motifs d'hospitalisation



Cancero : Cancérologie, Chir : Chirurgie, Med : Médecine, Psy : Psychiatrie

La somme des réponses au questionnaire et la satisfaction globale exprimée sur 100 n'étaient que faiblement corrélées (Bravais-Pearson est égal à 0,233, non significatif). Le nombre de répondants inclus dans le calcul du score global de satisfaction à partir des items du questionnaire était de 22, en raison des réponses manquantes.

### 3.4 Comparaison des attentes des patients avec les perceptions que les groupes Soignants et Pénitentiaire ont de ces attentes

Tableau 5 : Valeurs des attentes des patients et perceptions de ces attentes par les professionnels de l'UHSI, pour les dimensions Logiques.

Dimensions logiques		Soignants	Pénitentiaires	Patients
<b>Informations Pré-hospitalières</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4,67</b>
	Max	4,33	4	5
	Min	0,67	2,33	1,67
	Q25	2,74	2,46	4,01
	Q75	3,7	3,69	5
<b>Soins</b>	N	33	16	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,83</b>	<b>4</b>	<b>4,67</b>
	Max	5	5	5
	Min	2,83	2,83	2,83
	Q25	4,19	3,45	4,17
	Q75	4,17	4,17	4,88
<b>Confort</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,55</b>	<b>3,82</b>	<b>4,63</b>
	Max	4,36	5	5
	Min	2,09	3,18	3,27
	Q25	3,8	3,48	4,27
	Q75	3,11	4,31	4,84
<b>Pénitentiaire</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,71</b>	<b>4,29</b>	<b>4,71</b>
	Max	4,86	5	5
	Min	2	3,57	3,43
	Q25	3,35	4	4,43
	Q75	4,18	4,71	5
<b>Sortie</b>	N	33	16	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,4</b>	<b>3,8</b>	<b>5</b>
	Max	4,8	5	5
	Min	1	3,2	3,4
	Q25	3	3,4	4,6
	Q75	3,6	4,5	5

N : Nombre de réponses, Max : Maximum, Min : Minimum, Q25 : 25<sup>ème</sup> quartile, Q75 : 75<sup>ème</sup> quartile.

Le groupe des Patients a évalué ses propres attentes de façon significativement supérieure aux perceptions de ces attentes par les autres groupes. Toutes les médianes étaient supérieures à 4.

Le groupe des Soignants est celui qui a estimé les attentes des patients de la façon la plus basse, et ce pour toutes les dimensions. Toutes les médianes étaient inférieures à 4.

Le groupe Pénitentiaire se situait entre les deux autres groupes avec une très nette surévaluation de la place de l'aspect pénitentiaire dans les attentes des malades, par rapport aux autres dimensions.

Dans le groupe Patients, la dimension qui a été évaluée au plus haut est « Sortie » (5) et les plus basses étaient « Informations Pré-hospitalières » et « Soins ».

Dans le groupe Soignants, la dimension avec la plus haute médiane était la dimension « Soins » (3,83). La plus basse était la dimension « Informations Pré-hospitalières » (3).

Dans le groupe des Pénitentiaires, la dimension avec la plus haute valeur de médiane était la dimension « Pénitentiaire » (4,29). La *figure 8* ci-contre illustre la distribution des réponses des différents groupes pour la dimension « Pénitentiaire ».

La comparaison des groupes par le test de Mann-Whitney a fait apparaître des différences significatives entre tous les groupes et pour toutes les dimensions, excepté pour les dimensions « Informations Pré-hospitalières » et « Soins », où les groupes Soignants et Pénitentiaires étaient similaires.

Figure 7 : Boîte à moustaches des attentes des patients et des perceptions de ces attentes selon les différents groupes pour la dimension « Informations Pré-hospitalières »

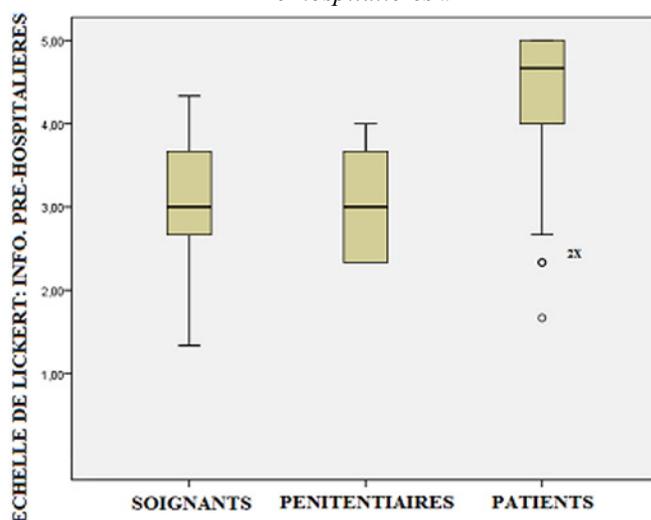


Figure 8 : Boîte à moustaches des attentes des patients et des perceptions de ces attentes selon les différents groupes

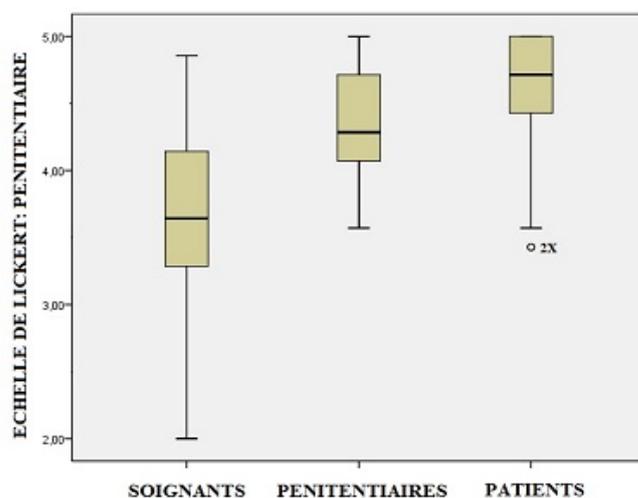


Tableau 6 : Valeurs des attentes des patients et perceptions de ces attentes par les professionnels de l'UHSI, pour les dimensions Servqual.

<b>Dimension Servqual</b>		<b>Soignants</b>	<b>Pénitentiaires</b>	<b>Patients</b>
<b>Valeurs Matérielles</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,05</b>	<b>3,4</b>	<b>4,1</b>
	Max	4	4,4	4,5
	Min	2	2,7	3,1
	Q25	2,8	3	3,9
	Q75	3,4	3,7	4,3
<b>Fiabilité</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,63</b>	<b>3,96</b>	<b>4,67</b>
	Max	4,83	4,67	5
	Min	2,08	3,17	3,5
	Q25	3,21	3,42	4,5
	Q75	3,86	4,15	4,92
<b>Réponse</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,71</b>	<b>3,79</b>	<b>4,57</b>
	Max	4,57	5	5
	Min	2,29	2,71	3,29
	Q25	3,29	3,61	4,29
	Q75	4,04	4,29	4,86
<b>Assurance</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>3,78</b>	<b>4</b>	<b>4,56</b>
	Max	4,89	4,78	5
	Min	2,78	3,22	3,56
	Q25	3,56	3,39	4,33
	Q75	3,95	4,44	4,89
<b>Empathie</b>	N	33	17	78
	<b>Médianes</b>	<b>4</b>	<b>4,25</b>	<b>4,75</b>
	Max	5	5	5
	Min	2,5	3,5	3
	Q25	3,5	4	4,25
	Q75	4,25	4,38	5

*N : Nombre de réponses, Max : Maximum, Min : Minimum, Q25 : 25<sup>ème</sup> quartile, Q75 : 75<sup>ème</sup> quartile.*

Les Patients ont évalué leurs attentes de façon supérieure aux perceptions de ces attentes par les autres groupes.

Les Soignants sont ceux qui ont estimé les attentes des patients de la façon la plus basse, pour toutes les dimensions.

Pour tous les groupes, la dimension estimée la plus importante est la dimension « Empathie ». La moins importante est la dimension « Valeurs Matérielles ».

La comparaison des groupes par le test de Mann-Whitney a retrouvé des différences significatives entre tous les groupes et pour toutes les dimensions, excepté pour les dimensions « Réponse » et « Assurance », où les groupes Pénitentiaires et Patients étaient similaires.

Afin d'apprécier les résultats attribués aux différentes dimensions et en raison de la différence de notation entre les différents groupes, le Z-score de chaque groupe pour chaque dimension a été calculé.

Il n'existe pas de différence de distribution pour chaque dimension de chaque groupe. On peut donc rassembler les 3 groupes en un seul pour chaque dimension.

Tableau 7 : Valeurs des dimensions tous groupes confondus

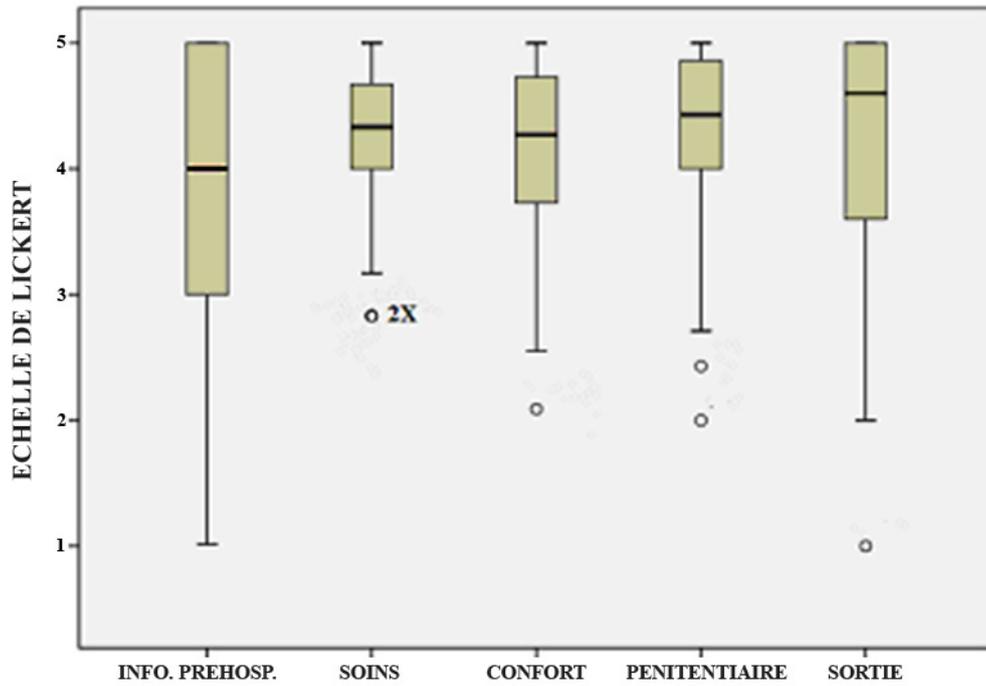
<b>Dimensions tous groupes confondus</b>	<b>Médianes</b>	<b>Max</b>	<b>Min</b>	<b>Q25</b>	<b>Q75</b>
<b>Dimensions Logiques</b>					
Informations Pré-hospitalières	4	5	1	3,02	5
Soins	4,33	5	3	4,09	4,76
Confort	4,27	5	2	3,76	4,82
Pénitentiaire	4,43	5	2	4,02	4,9
Sortie	4,6	5	1	3,51	5
<b>Dimensions Servqual</b>					
Valeurs Matérielles	3,55	5	1	3,15	3,8
Fiabilité	3,63	5	1	3,21	3,92
Réponse	3,79	5	1	3,29	4,18
Assurance	3,75	5	2	3,6	3,9
Empathie	4	5	1	3,5	4,25

Max : Maximum, Min : Minimum, Q25 : 25<sup>ème</sup> quartile, Q75 : 75<sup>ème</sup> quartile

La dimension « Informations Pré-hospitalières » est significativement différente des autres, et présente la médiane la plus basse parmi les dimensions Logiques. Il n'a pas été retrouvé d'autre différence entre les autres dimensions Logique. La *figure 9* illustre la distribution des attentes pour les dimensions Logiques tous groupes confondus. Les dimensions « Soins » et « Pénitentiaire » présentent une distribution homogène.

La dimension « Information Pré-hospitalières » présente la plus grande variabilité dans la distribution.

Figure 9 : Boîtes à moustaches tous groupes confondus des différentes dimensions



### 3.5 Résultats de la question ouverte

41 patients ont répondu à la question libre : « Avez-vous des remarques particulières à faire concernant votre hospitalisation ? »

Les thèmes abordés dans les réponses à cette question sont résumés dans le tableau 8. L'intégralité des réponses écrites se trouve en Annexe 4.

Tableau 8 : Synthèse des points abordés dans la question ouverte.

Thèmes	Total
Prise en Charge Positive	11
Prise en Charge Négative	1
Avis Positifs sur le Personnel Soignant	14
Avis Négatifs sur le Personnel Soignant	3
Avis Positifs sur le Personnel Pénitentiaire	9
Avis Négatifs sur le Personnel Pénitentiaire	3
Tabac	8
Transferts	2
Promenade	12
Température	2
Dysfonctionnement	2
Dérangement	2
Intimité	1
Repas Avis Positifs	2
Repas Avis Négatifs	2
Accessibilité / Visites	1
Cantines (Possibilité de commander des affaires)	3
Choix dans les soins	1
Ennui	3
Équipements	2
Délai Retour	2
Manque d'Informations Avant Hospitalisation	3
Autres	1

#### Points positifs

Les patients ont tenu à souligner leur contentement par rapport à leur hospitalisation à l'UHSL.

Voici quelques exemples :

*« Pour moi, c'est une expérience unique et qui me tiendra à cœur longtemps. »*

*« Ça fait depuis octobre 2005 que je suis incarcéré et, de l'escorte à ma sortie, tout était super. Vous pouvez même pas l'imaginer. C'est la première fois en 9 ans que j'ai ressenti autant d'émotions. »*

Les remarques positives étaient en majorité adressées au personnel du service, aussi bien envers l'équipe soignante que l'équipe pénitentiaire :

*« ...le personnel médical est très correct et très respectueux. »*

*« [Les surveillants] sont remarquables, disponibles et d'une discrétion exemplaire. L'entente entre eux et le personnel soignant fait très plaisir à voir et met tout de suite le patient dans de bonnes conditions. Ce sont eux aussi de très bons psychologues et un maillon essentiel au fonctionnement de cette unité médicale. »*

Deux patients ont émis une remarque positive sur les repas :

*« J'ai très bien mangé... »*

### **Points négatifs**

Les points négatifs relevés s'adressent essentiellement aux conditions pénitentiaires de l'hospitalisation.

12 personnes ont souligné que les conditions dans lesquelles la promenade se déroulait n'étaient pas satisfaisante. Voici quelques exemples :

*« On se sent séquestré à l'intérieur du bâtiment, pas de possibilité de prendre l'air extérieur qui joue sur notre état nerveux. »*

*« À part le manque de sortie pour marche car avoir 5 à 10 minutes pour être enfermé après toute la journée c'est long. »*

8 personnes ont exprimé des difficultés face à l'interdiction de fumer durant leur séjour à l'UHSI :

*« L'interdiction de tabac n'est pas normale... »*

Une personne était incommodée par le tabac :

*« Manque de sévérité à l'égard de certains détenus (tabac, bruits, respect). »*

Des remarques ont été faites sur le manque d'activité et l'ennui ressenti durant le séjour :

*« Le manque d'activités est un sérieux problème (psychologique et physique) »*

*« Séjour très calme qui peut tourner à l'ennuyeux... »*

Un patient s'est plaint du manque d'intimité :

*« Intimité inexistante: vitre ouverte sur le couloir. Tous ceux qui passent peuvent vous observer. »*

Des patients se sont plaints à propos des informations reçues avant l'arrivée dans le service :

*« Aucune information n'est donnée avant l'arrivée à l'UHSI... »*

*« Je suis arrivé le lundi et le livret explicatif ne m'a été fourni que le mercredi après-midi »*

*« J'ai été averti au dernier moment pour l'extraction, je n'ai pas eu le temps de penser à prendre des changes de sous-vêtements et du nécessaires de toilette puis je n'ai pas eu droit à un paquetage pour le peu de jours nécessaires. »*

Certains comportements de certains membres du personnel ont été rapportés dans cette question :

*« Maintenant que je suis condamné, j'ai été mis à la cellule 20 et très surveillé ce que je ne comprends pas puisque je suis venu dans le seul et unique but de me faire soigner »*

*« [Le surveillant] n'appréciait pas du tout d'attendre à l'hôpital et a fait appeler le médecin anesthésiste. Du coup à peine réveillé, l'ambulancier influencé par ce même surveillant a roulé très vite et donc freiné très vite, changements de voies brusques. J'avais envie de vomir et je me sentais très mal. »*

Les informations reçues sur les délais de retour en détention sont mal vécues par certains patients.

*« ...en attente de leur retour qui met plusieurs jours »*

Enfin des remarques ont été faites sur les possibilités de cantines au sein de l'UHSI.

*« ...problème de cantines dont les délais de réception sont trop longs »*

*« ...on ne peut pas cantiner plus de choses, gâteaux, boissons... »*

Deux patients se sont plaints de la nourriture :

*« Surtout on a pas le droit de manger à sa faim... »*

Deux patients se sont plaints d'avoir froid, un dans la chambre et un patient durant un transfert vers un autre service :

*« ...j'avais besoin de plus de chaleur au moment de ma préparation pour une coloscopie : pas moyen d'augmenter le chauffage »*

*« L'eau chaude est presque froide »*

## **Autres**

Un patient a signalé l'absence de coiffeur disponible dans le service :

*« Il manque une personne habilitée et autorisée pour coiffer les patients...»*

# DISCUSSION

---

L'objectif premier de ce travail était d'identifier les éventuels aspects perfectibles dans la prise en charge des patients de l'UHSI.

Notre enquête a permis de dégager un certain nombre de points dépendant de la prise en charge médicale, dont les patients ne sont pas pleinement satisfaits :

- les informations délivrées au moment de la sortie (poursuite du traitement, reprise d'activité, complications possibles),
- les informations préalables à une opération chirurgicale.

D'autres sujets d'insatisfaction sont liés au caractère pénitentiaire de l'UHSI :

- la connaissance de la date d'admission,
- l'absence de cour de promenade,
- l'accès au téléphone et les difficultés à maintenir des contacts familiaux,
- l'interdiction de fumer,
- le délai (dont la durée est inconnue des patients) entre la fin de soins et le retour en centre de détention.

Certaines de ces problématiques ne permettent pas d'envisager des solutions simples ou immédiates, soit parce qu'elles sont liées à des protocoles de sécurité, soit parce qu'elles nécessiteraient des investissements importants ou qu'elles exigeraient une augmentation des effectifs.

D'autres peuvent faire l'objet de mesures d'amélioration concrètes ou d'une réflexion impliquant le personnel du service. Cela concerne principalement le déficit apparent d'informations fournies aux patients qui, selon les cas, peut avoir des origines très variées et nécessite donc des réponses différenciées.

## **4.1 Qualité des soins, satisfaction et implication managériale**

Notre travail ne fait sens que s'il est appréhendé dans le contexte de l'évolution de la conception des soins et de leur amélioration. Il convient donc de rappeler ce contexte, afin de lever toute ambiguïté sur le point de vue que nous avons adopté et les motivations qui nous ont poussé à conduire cette étude.

### 4.1.1 L'approche marketing

L'approche marketing est définie, au sens large du terme, comme étant « *la science sociale qui étudie toute les transactions qui comprennent une forme d'échange de valeurs entre les parties, que ce soient des personnes et/ou des organisations* ». Elle s'attache à connaître, à expliquer et à prévoir comment les transactions qui impliquent un échange de valeurs peuvent se former, être stimulées, facilitées et évaluées<sup>5</sup>.

L'approche marketing de la santé est issue de deux mouvements de fond<sup>32</sup>. Le premier renvoie à une pression croissante des pouvoirs publics, visant à améliorer l'écoute des patients par les établissements, qui s'exerce à travers l'obligation de la mesure de la satisfaction dans les démarches d'accréditation puis de certification (rattaché à l'ordonnance d'avril 1996 et à la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades).

Le second, qui concerne l'idée de consumérisme de santé, a été impulsé par les revendications des patients eux-mêmes. Il est renforcé par l'évolution de notre société, par le biais des médias, et place ainsi le patient au centre de la prise en charge.

L'approche marketing au niveau de la santé a ainsi transformé le paysage institutionnel hospitalier français, en conférant la gestion hospitalière au pouvoir administratif chargé de développer et de gérer les établissements, tant sur le plan de l'offre que de la demande.

Ainsi l'hôpital se trouve dans la nécessité de s'adapter et de se réformer en raison de pressions socio-économiques de plus en plus importantes, concurrentielles ou non, pour fournir un service de qualité (PMSI, introduction de la T2A, retrait de celle-ci, 35 heures, Plan hôpital 2007, nouvelle gouvernance...) via des méthodes managériales diverses, plus ou moins acceptées par le corps médical. Ces mouvements visent à des actions d'amélioration de la qualité de soins, de coordination et d'évaluation. Ces différents changements peuvent être vus comme autant d'obstacles au développement et à la mise en place d'un système stable et efficace de gestion<sup>32</sup>.

L'évaluation de la qualité des soins fait partie intégrante de ce système. Elle se base sur le marketing et les méthodes développées pour l'évaluer sont variées : visites de certification, contrôle de la qualité des services par des experts (comme c'est le cas à l'UHSI<sup>23</sup>), certification, enquête PROM, QALY, rapport d'activité...

### 4.1.2 Place des études de satisfaction dans le système hospitalier

La mesure de la satisfaction des patients tient une place importante et légale dans cette évaluation. Là aussi, durant de nombreuses années, l'absence de référence a été à l'origine de l'utilisation de questionnaires de satisfaction divers, propres à chaque hôpital, ne permettant pas de comparaison des résultats obtenus<sup>33</sup>.

À l'heure actuelle, même si l'évaluation de la satisfaction des patients est considérée comme un axe majeur dans l'évaluation de la qualité des soins, on ne peut pas concevoir de définir la qualité des soins sans l'avis du principal intéressé, à savoir le patient. La place accordée à celui-ci fait toujours débat en raison de plusieurs facteurs : les patients n'ont pas les connaissances nécessaires pour évaluer certains aspects médicaux en raison de la technicité de la médecine, l'opinion des patients peut être en contradiction avec ce que pense être essentiel le corps des soignants... Cette absence intrinsèque d'expertise de la part des patients entraîne notamment l'impossibilité d'intégrer les études de satisfaction dans l'Évaluation des Pratiques Professionnelles. En effet, ces dernières s'appuient sur la qualité « *objectivement déterminée par les experts* », et non sur celle « *perçue par le client* », et c'est cette dernière qui est mesurée par les études de satisfactions<sup>1</sup>.

De plus, la mesure de la satisfaction à l'hôpital fait elle-même encore l'objet de débats, qui portent autant sur son impact sur la qualité des soins, que sur la façon de la réaliser. Une certaine discordance subsiste entre un discours qui voudrait lui donner une grande importance et le fait qu'il n'existe au final que très peu d'études, comme nous avons pu nous en rendre compte en consultant les résultats de la recherche effectuée à notre demande par le Centre de documentation des HCL. Par ailleurs, les effets de ces études sur la réalité restent souvent discutables<sup>33,34</sup>.

Il existe aujourd'hui deux institutions à la tête de l'hôpital, l'une dite « institutionnelle » qui s'occupe de l'administration et de la gestion et l'autre dite « opérationnelle », représentée par les services d'hospitalisation, qui sont les lieux de la prestation du service hospitalier à l'origine de la satisfaction du patient. Ces deux entités sont nécessaires au fonctionnement de l'hôpital mais n'ont pas les mêmes objectifs, bien que des efforts soient produits pour intégrer les deux partis dans le pôle administratif<sup>33</sup>.

Il apparaît ainsi que les activités marketing sont en général dispersées dans différentes entités organisationnelles, sans qu'il y ait de véritable formalisation, structuration ou suivi opérationnel de l'ensemble de la démarche. S'engager dans l'adoption d'une véritable démarche marketing à l'hôpital a obligé l'ensemble de la structure à clarifier sa démarche marketing de manière globale, et donc à assurer une planification opérationnelle offrant des garanties accrues de cohérence<sup>33</sup>.

Dans le cas de la mesure de la satisfaction, il a été mis en évidence une discordance dans l'usage et la conception des outils de mesure de la satisfaction par les deux entités. Pour « la tête institutionnelle », l'évaluation de la satisfaction se doit de récupérer des données chiffrées à l'aide d'un instrument validé permettant la comparaison, dont les résultats apparaissent sous forme facilement interprétable pour l'image de l'établissement. Ces données doivent aussi servir pour les relations avec les tutelles, notamment l'ARH.

Pour « la tête opérationnelle », la mesure de la satisfaction est motivée par l'utilité de l'information qu'elle fournit dans l'objectif d'agir<sup>33</sup>.

C'est dans ce cadre-ci que nous avons développé notre étude.

### **4.1.3 Place des détenus dans les études de satisfaction**

Le ministère de la Santé a toutefois instauré, depuis 2011, une évaluation nationale standardisée de la satisfaction à travers le projet I-Satis, à l'heure actuelle toujours à l'état expérimental.

Bien que la santé des détenus soit sous la responsabilité du ministère de la Santé, et que sa prise en charge soit sous la responsabilité de l'hôpital depuis la loi de 1994, l'avis des détenus n'a pas été pris en compte dans le cadre d'I-Satis<sup>9</sup> (critères d'exclusion). Cette exclusion de l'évaluation peut s'expliquer par les particularités de prise en charge de ces patients (qui ont nécessité que nous adaptions le questionnaire), mais fait également ressortir la stigmatisation de cette population, dont l'avis n'est pas demandé et/ou n'est pas à prendre en compte. Elle peut peut-être encore s'expliquer par la crainte d'un faible score de la satisfaction des détenus, qui serait alors à l'origine d'une nouvelle remise en cause de leur système de soins.

Le constat d'échec du programme 13000 à la fin des années 80 et au début des années 90, où la notion financière, en l'absence de concurrence, a pris une importance écrasante au détriment de la qualité des soins fournis aux détenus, devrait pourtant motiver des mesures

d'évaluation de la qualité des soins complètes, et donc justifier l'existence de mesures de la satisfaction de cette population.

Notre étude de la satisfaction des détenus pris en charge dans le service de l'UHSI a été menée dans une volonté d'amélioration de la qualité des soins fournis à ces personnes, en dehors des aspects concurrentiels et économiques découlant de l'approche marketing.

En effet, les dispositions de prises en charge hospitalières de la santé des personnes détenues ne leur permettent pas le choix d'un médecin ou d'un établissement particulier. Ils leurs sont au contraire imposés par les protocoles établis conjointement par les administrations Judiciaires et de la Santé. Cet aspect de non-concurrence a motivé d'autant plus notre travail qu'il a donné la possibilité de s'exprimer à des personnes qu'il serait facile d'occulter, comme cela a été le cas durant de nombreuses années.

#### **4.1.4 Approche envisagée pour l'exploitation de nos résultats**

Nos conclusions, détaillées plus loin, permettent d'esquisser un certain nombre de voies d'action possible pour améliorer la qualité des soins à l'UHSI. Cependant, elles demandent une réflexion sur les différents moyens d'y parvenir, réflexion qui serait idéalement menée en concertation avec les instances administratives de l'hôpital et avec les institutions et personnes impliquées dans la bonne marche de l'UHSI.

Une étude menée dans le CHU voisin de Grenoble<sup>34</sup> rapporte que si le personnel de santé est favorable, et que les résultats généraux de ces enquêtes sont majoritairement connus, les actions concrètes entreprises pour l'amélioration de la qualité des soins restent minimes et minoritaires.

Les auteurs de ce travail insistent sur l'importance d'organes de concertation réguliers (réunion d'équipe, conseil,...) où les problèmes du service sont débattus et où les décisions sont prises collégialement, afin d'obtenir de meilleurs résultats dans le suivi et instiller la motivation nécessaire pour exercer des changements.

Or, des dispositions comparables sont déjà en place dans le service de l'UHSI, où des réunions entre délégués de chaque administration (soignants, pénitentiaires et administratifs) sont régulièrement organisées. Des décisions à la suite de notre travail pourraient être discutées à ce moment-là.

## **4.2 Résultats de l'enquête de satisfaction**

Ce travail se proposait en premier lieu d'évaluer la satisfaction des patients hospitalisés à l'UHSI. Les résultats de notre enquête permettent de dégager un certain nombre d'insatisfactions, d'intensités et de natures diverses.

Un autre aspect de cette étude porte sur la perception par le personnel médical et pénitentiaire de ce qui est important pour les malades. Nous avons pu faire apparaître quelques divergences entre les attentes des patients et l'appréhension de celles les professionnels de l'UHSI de Lyon Sud.

### **4.2.1 Problèmes soulevés par les patients au sujet des différents aspects de leur séjour à l'UHSI**

L'enquête de satisfaction fait d'abord ressortir que les patients ont, à tous les niveaux de leur prise en charge, des attentes très élevées. Il est couramment établi au sujet des études de satisfaction par questionnaire que les attentes des patients sont généralement hautes<sup>14</sup>, ce qui est le cas dans notre étude. On retrouve ainsi des scores élevés pour toutes les dimensions sur lesquelles nous avons choisi de centrer cette étude. Dans le groupe des dimensions Logiques, la dimension « Sortie » est la plus élevée, avec une médiane de 4,8 ; la médiane la plus basse est de 4,63 pour la dimension « Confort ». Dans le groupe des dimensions Servqual, la dimension dont la médiane est la plus haute est la dimension « Empathie » (4,75) et la plus faible est la dimension « Fiabilité » (4,33).

Notre enquête de satisfaction s'inscrit dans le paradigme éprouvé de la confirmation des attentes. De ce fait, les données les plus significatives permettant de dégager les points à améliorer dans la prise en charge des patients proviennent de la confrontation de ces idéaux élevés avec la mesure subjective que ceux-ci portent sur leur hospitalisation réelle.

Nous avons pu mettre en évidence des différences significatives entre les attentes et les perceptions des patients concernant différents points du service.

#### **4.2.1.1 Préalablement à l'arrivée dans le service**

La dimension « Informations Pré-Hospitalières » présente la différence la plus importante entre les attentes et les perceptions (-1,34). Nous avons montré qu'il existe des différences significatives pour deux items de cette dimension.

Une différence (-1) existe concernant la connaissance du fonctionnement du service. Toutefois, les résultats de cette question sont à prendre avec précaution, car certains patients ont déjà été hospitalisés plusieurs fois à l'UHSI. Ils connaissent son fonctionnement, ce qui peut de fait majorer les scores de perception pour cet item. Un patient a cependant rapporté dans la question ouverte que le livret d'accueil lui a été fourni deux jours après son admission, alors que les patients sont censés le recevoir dans leur centre de détention d'origine, ou à défaut lors de leur admission à l'UHSI.

De même, un manque important d'informations concernant la connaissance de la date d'hospitalisation à une semaine près a été mis en évidence, avec un écart de -3 entre les médianes. La mention « à une semaine près » s'explique par le fait que, pour des raisons sécuritaires, la date précise du transfert depuis le centre de détention vers l'UHSI (et vice-versa) ne doit pas être communiquée aux patients. Il est possible que certains patients n'aient pas tenu compte de ce fait en répondant à cette question, et se soient contentés de faire ainsi part de la frustration engendrée par cette incertitude. Toutefois, l'analyse de la question libre met en évidence qu'il arrive que des patients soient prévenus au dernier moment de leur départ à l'UHSI, et n'aient donc pas le temps d'emmener des affaires.

#### **4.2.1.2 Conditions d'hébergement**

##### **Chambres**

Le confort des chambres et la propreté du service ont également mis en évidence une légère insatisfaction de la part des détenus. Les chambres de l'UHSI sont normalement équipées d'un téléviseur et d'un lecteur de radio CD, d'un lit et d'un fauteuil. Cependant, un patient regrette de n'avoir pas pu bénéficier de ces équipements dans sa chambre. Il arrive en effet que certains détenus cassent le matériel mis à leur disposition, et en privent de ce fait les patients hospitalisés par la suite, car il existe des difficultés et des délais pour remplacer ce matériel.

##### **Propreté**

Aucune remarque particulière n'a été faite dans la question ouverte au sujet de la propreté, qui est assurée quotidiennement par les ASH du service.

## **Température**

Une légère insatisfaction ressort de notre étude à propos de la température dans le service. La température n'est ajustable qu'en allumant ou en éteignant le chauffage. Un patient fait aussi état de la température de l'eau courante, et des problèmes liés à la température lors des transferts.

## **Repas**

Enfin, la qualité des repas et leur variété ont également généré une légère insatisfaction, bien que les médianes indiquent une satisfaction du plus grand nombre de patients. Les repas sont en effet réalisés par la cantine de l'hôpital qui fournit les rations journalières des patients sous forme de barquettes en plastique.

### **4.2.1.3 Contraintes liées au contexte pénitentiaire**

#### **Promenade**

La dimension « Confort » fait apparaître une légère insatisfaction, avec un écart à  $-0,13$ . À l'exception de l'item 5, pour laquelle aucune valeur significative n'a été mise en évidence, cette dimension est par ailleurs identique à la dimension Servqual « Valeurs Matérielles ».

Parmi les 8 items intégrés à la dimension, celui relatif à la promenade présente le plus d'insatisfaction, avec un écart de  $-2$  points de médiane. Il en ressort donc que le système actuel mis en place pour la promenade ne permet pas de répondre aux attentes des patients. Un certain nombre de remarques sont exprimées dans la question ouverte sur le désir de bénéficier d'une promenade à l'air libre, comme cela est possible dans les centres de détention. Ces promenades, où les détenus conservent des activités et de liens sociaux, sont importantes pour leur bien-être. Au lieu de cela, les « marches » effectuées dans le couloir pendant une dizaine de minutes chaque jour réduisent considérablement ces liens. S'il est vrai que pour les personnes dont l'état de santé ne permet pas le déplacement, la possibilité de pouvoir sortir ne présente pas un enjeu important, ce n'est pas le cas de toutes les personnes hospitalisées à l'UHSI. La diminution, voire la perte, de ces liens sociaux entraîne une augmentation de l'anxiété et de la nervosité déjà aggravées par leurs conditions de malade.

Il n'existe malheureusement pas de solution à ce problème qui soit facile à implémenter : lors de la création de l'UHSI, il n'a pas été prévu de cour sécurisée permettant aux détenus de sortir. L'aménagement d'un tel dispositif nécessiterait des travaux de sécurisation de la cour

intérieure du bâtiment, et imposerait des contraintes de surveillance aux équipes pénitentiaires. Des répercussions pourraient aussi se faire ressentir au niveau de l'équipe soignante ; une charge organisationnelle quotidienne plus importante résulterait des décisions à prendre pour savoir qui serait éligible à sortir, afin de ne pas perturber le bon déroulement des soins. Par exemple, chercher un détenu en cour de promenade pour un examen exigerait l'accompagnement de ce patient par un membre de l'équipe pénitentiaire lors de son retour dans le service, et la présence d'au moins un autre membre l'équipe pénitentiaire pour surveiller ceux qui sont toujours en promenade. L'effectif actuel du service ne permet pas de mettre en œuvre de telles dispositions. Enfin, un tel dispositif pourrait avoir un retentissement sur la qualité des soins. On peut aisément imaginer qu'un patient nécessite des soins d'urgence alors qu'il se trouve dans la cour de promenade. Ceci majorerait les risques, d'une part pour le personnel (pour des raisons sécuritaires), et d'autre part pour le patient.

Cette situation vécue difficilement par les patients, imposerait donc une réelle réflexion s'il devait être décidé d'y remédier. Les autres UHSI de France se trouvent confrontées aux mêmes problèmes, sans pour autant avoir déployé de solutions efficaces.

### **Tabagisme**

La seconde cause d'insatisfaction liée au confort provient de l'impossibilité de fumer à l'intérieur du service. En effet, 74% des détenus sont fumeurs<sup>27</sup>, et n'ont la possibilité de fumer à aucun moment de leur hospitalisation. L'interdiction du tabac dans l'enceinte de l'UHSI est justifiée par le fait qu'il s'agit d'un établissement public, qui plus est un hôpital, et que le tabagisme passif peut nuire aux patients non-fumeurs et au personnel, en plus de les incommoder. Autoriser les patients à fumer dans l'enceinte du service aurait une incidence sur l'hygiène et la salubrité des locaux. Pour ces raisons, laisser aux patients la possibilité de fumer dans le service n'est pas concevable.

Certaines remarques ont effectué un lien entre la possibilité de fumer et la création d'une cour de promenade, où il serait alors possible de fumer, mais comme vu précédemment, la réalisation d'un tel dispositif n'est pas simple. Bien que la prescription de substituts nicotiques soit possible dans le service, elle n'est pas acceptée par certains patients qui revendiquent leur droit au tabagisme. Des syndromes de sevrage liés au manque sont rapportés par un certain nombre de patients comme majorant leur anxiété et leur nervosité. Certains nous ont même rapporté oralement lors de nos passages dans le service qu'il

préfèrent ne pas bénéficier de soins et retourner dans leur centre de détention, tant leur dépendance au tabac est importante.

Une solution possible serait de dédier un endroit à la consommation de tabac, mais le respect des normes imposées à un tel endroit et le fait de devoir y faire pénétrer du personnel pénitentiaire et/ou hospitalier (ainsi que le fait que cela engendrerait une augmentation du besoin en effectifs comparable à celle exigée par la création d'une cour de promenade), rendent une telle solution très difficile à envisager concrètement.

### **Contacts familiaux**

Les questions relatives aux contacts familiaux (visite et téléphone) ont été traitées séparément, hors des dimensions « Confort » ou « Réponse », en raison du nombre de personnes n'y ayant pas répondu.

Ce faible nombre de réponse s'explique par plusieurs raisons. Les patients proviennent parfois de centres de détention éloignés, ce qui génère des difficultés d'organisation pour leurs proches. C'est le cas pour sept patients de notre étude. Bien que les procédures d'accès soient simplifiées à l'UHSI pour faciliter les visites des familles, 16 patients ont estimé que leur durée de séjour était trop courte pour permettre ces visites, et 17 pour pouvoir bénéficier d'un accès au téléphone.

12 patients ont rapporté ne pas avoir de contacts extérieurs à la prison, et 16 n'avoir aucun contact téléphonique. Ces chiffres relativement élevés témoignent de l'isolement social et de la coupure avec le monde extérieur une fois entré en détention.

Malgré le faible nombre de répondants, une insatisfaction significativement importante résultait de la difficulté de voir et ou de téléphoner à ses proches. Celles-ci sont dues en partie aux démarches administratives et aux mesures sécuritaires nécessaires pour obtenir les autorisations de visites ou d'appel dans le service. La demande doit être faite par écrit et transmise aux surveillants afin qu'ils puissent vérifier l'identité de la personne que le patient souhaite appeler. Cette vérification prend un certain temps, qui peut sembler trop long au patient. Ainsi, malgré les efforts faits dans le service pour maintenir les liens familiaux, les procédures sécuritaires rallongent le délai de contact avec les familles, en comparaison avec un service d'hospitalisation classique.

#### **4.2.1.4 Soins reçus à l'UHSI**

Les soins dispensés à l'UHSI semblent être au niveau des attentes des patients. On n'observe pas de différence à ce sujet lors de la comparaison des attentes et des perceptions. Cependant, ce résultat est non significatif d'un point de vue statistique, en raison de la taille de l'échantillon. On ne peut donc guère tirer de conclusion définitive sur l'appréciation générale des soins reçus par les détenus.

##### **Chirurgie**

Les avis sur les informations que les chirurgiens délivrent aux patients à propos de leur future intervention sont contrastés. Cette question a fait l'objet d'une analyse séparée de toute dimension, en raison du faible nombre de personnes concernées par une intervention chirurgicale.

Les attentes sont très élevées (5) pour 20 patients sur les 21 concernés par cette question. La moitié des patients a bénéficié d'informations à la hauteur de ses attentes. Le reste des patients apparaît moins satisfait. De plus, cinq patients ont rapporté avoir vu le chirurgien sans avoir pu poser de question ou sans comprendre ses réponses. Malgré le peu de patients concernés par cette question, une différence significative apparaît entre les attentes et les perceptions.

Ces évaluations étant par ailleurs dépendantes de chaque chirurgien, des investigations supplémentaires seraient nécessaires pour déterminer comment améliorer l'information préopératoire des détenus.

##### **Prise en charge de la douleur**

Depuis le 4 février 1995, la loi a fait une priorité de la prise en charge de la douleur. Cet objectif a par la suite été inscrit comme étant un droit dans le Code de santé publique en mars 2003, dans la loi relative aux droits des malades. Plusieurs plans nationaux successifs ont établi des procédures de prise en charge de la douleur.

Les résultats de notre étude suggèrent que la prise en charge de la douleur à l'UHSI est satisfaisante du point de vue des patients. Ces résultats sont cependant une fois encore non significatifs en raison de la taille de l'échantillon, et il convient donc de ne les considérer qu'à titre informatif.

#### 4.2.1.5 Sortie de l'UHSI

Certaines questions relatives aux informations délivrées lors de la sortie des patients du service ont également mis en évidence des différences significatives entre les attentes et le vécu des patients. Cet écart apparaît lors de la comparaison des attentes et des perceptions de la dimension « Sortie » (-0,6 points de médiane d'écart).

À propos des informations reçues par les patients au moment de la sortie, les écarts les plus évidents concernent la connaissance de la date de sortie et la reprise d'activités après l'hospitalisation (différence de médiane de -1). Une différence moindre est mise en évidence quant à l'information sur les complications possibles.

Les patients attendent plus d'information médicale concernant leur état de santé au moment de la sortie qu'ils n'en reçoivent dans le service. Les patients hospitalisés à l'UHSI le sont à la demande des UCSA des centres pénitenciers. Il est donc supposé par les médecins du service que le suivi post hospitalisation sera assuré par l'équipe médicale du centre pénitencier ayant adressé le patient. De ce fait, au moment de la sortie, ils n'informent pas les patients à hauteur de leurs attentes sur leur état de santé.

La connaissance de la date de sortie du service pose également problème aux patients, avec une différence de médiane de -1. Cette différence est inférieure à celle concernant la connaissance de la date d'hospitalisation (-3 points de médiane), bien que les enjeux sécuritaires liés au transport soient les mêmes. Ceci s'explique par plusieurs raisons. Bien que les patients soient informés de leur statut de sortant, il existe bien souvent un délai avant la sortie, en fonction des escortes pénitentiaires disponibles et de la distance de leur centre de détention.

La connaissance de la date de sortie est plus facilement connue par les équipes professionnelles que la date d'admission, qui dépend des places disponibles à l'UHSI, de la possibilité de programmer des rendez-vous dans les services hospitaliers du CHU, et des disponibilités des escortes.

Enfin, les patients acceptent plus facilement d'aller vers un lieu qu'ils connaissent (leur centre de détention) que vers un endroit qu'ils ne connaissent pas (l'UHSI), et dont les enjeux ne sont pas les mêmes.

L'évaluation de ces questions a pu être biaisée du fait d'avoir demandé ces informations au moment de la sortie du patient du service. Les patients n'ont pas eu le recul nécessaire pour évaluer ces questions de la manière la plus pertinente.

Comme discuté ci-après, la question la sortie de l'UHSI est également celle sur laquelle il existe la plus grande différence entre les attentes des patients et la perception de ces attentes par le personnel, ce qui suggère que les problématiques liées à la sortie du service sont sous-évaluées par le personnel.

#### **4.2.1.6 Rapports avec l'équipe pénitentiaire**

Les attentes des patients sont au niveau des perceptions de ceux-ci, suggérant une bonne prise en charge des patients par l'équipe pénitentiaire de l'UHSI. Cette satisfaction est soulignée par les nombreuses remarques positives qui ont été adressées au personnel pénitentiaire de l'UHSI dans la question ouverte.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats. Les détenus sont confrontés quotidiennement à un encadrement par une équipe pénitentiaire. Il s'agit donc d'un domaine et d'un environnement avec lesquels ils sont beaucoup plus familiers qu'avec la médecine et l'hôpital. Leur système de référence pour l'évaluer n'est donc pas le même que celui dans lequel ils évaluent l'aspect médical de leur séjour.

Le simple changement de contexte et le fait d'être face à une équipe de surveillants différente joue certainement un rôle dans leur appréciation positive de l'équipe pénitentiaire de l'UHSI.

Les surveillants eux-mêmes sont dans un rapport aux détenus qui n'est pas le même qu'en centre de détention. Leur action semble d'autant plus appréciée des détenus quand on dépouille leurs réponses à la question ouverte, par exemple : *« Ils sont remarquables, disponibles et d'une discrétion exemplaire. L'entente entre eux et le personnel soignant fait très plaisir à voir et met tout de suite le patient dans de bonnes conditions. Ce sont eux aussi de très bons psychologues et un maillon essentiel au fonctionnement de cette unité médicale. »* Au final, sur 41 répondants à cette question ouverte, 9 patients ont fait part d'un avis positif sur les surveillants, contre trois avis négatifs.

Ces bons résultats sont pourtant peut-être à nuancer, en raison des dynamiques et règles sociales propres au milieu pénitentiaire. L'une des rares études qualitative conduite à Toulouse sur le vécu des patients d'un UHSI<sup>35</sup>, rappelle à juste titre que « la population carcérale évolue dans un "contexte où la méfiance et une certaine violence sont habituelles et où la loi du

*silence à l'égard des autres est une règle de prudence à laquelle tous estiment nécessaire de se plier tout autant qu'ils s'efforcent de cacher leurs émotions afin de paraître forts et de se faire respecter". »*

Cette étude fait aussi ressortir que les patients de l'UHSI de Toulouse se distancient du personnel pénitentiaire et perçoivent les règles sécuritaires comme étant exagérées en comparaison de celles qu'ils connaissent en détention. Ce regard sur les mesures sécuritaires apparaît également dans les réponses à notre question ouverte (« *Intimité inexistante : vitre ouverte sur le couloir. Tous ceux qui passent peuvent vous observer.* » ; « *Maintenant que je suis condamné, j'ai été mis à la cellule 20 et très surveillé ce que je ne comprends pas puisque je suis venu dans le seul et unique but de me faire soigner* »). Toutefois, ces observations ne semblent pas avoir d'impact significatif sur la satisfaction générale des patients vis-à-vis de l'aspect pénitentiaire de leur séjour. Ceux-ci paraissent faire une distinction entre les mesures de sécurité propres à l'UHSI et le travail des surveillants.

#### **4.2.2 Satisfaction globale**

Il était demandé aux détenus d'évaluer leur satisfaction globale de leur prise en charge en y attribuant une note sur 100. Notre étude fait ressortir un taux de satisfaction élevé, avec une médiane de 90%. Ce résultat suggère une bonne qualité des soins dans le service de l'UHSI de Lyon Sud. On ne relève pas de différence significative de satisfaction entre les différents motifs d'admission.

Cependant, ce résultat est à nuancer. Il existe une faible corrélation entre celui-ci et les réponses données au questionnaire des perceptions de l'hospitalisation à l'UHSI. Ce score de corrélation est en outre non significatif, en raison du faible taux de questionnaires remplis intégralement par les patients (22).

Les moyennes nationales observées pour cette question dans les enquêtes I-Satis 2011, 2012, 2013 sont plus basses que celles retrouvées dans notre étude (respectivement 72,4%, 72,1%, 74,9%)<sup>36</sup>. Ces résultats bien, que non officiels en raison de l'actuel développement de cette étude, sont consultables en ligne sur le site du ministère de la Santé mais ne sont pas directement comparables aux nôtres, en raison d'une méthodologie différentes employée pour calculer ces pourcentages<sup>9</sup>.

### 4.2.3 Perception des enjeux du service par le personnel

L'évaluation par les professionnels de santé de ce qu'ils pensent être important pour le patient ne correspond pas forcément aux choses auxquelles le patient prête importance<sup>4, 37</sup>. Il existe ainsi un risque que des aspects importants pour le patient soient négligés ou peu pris en compte par le personnel. L'assertion et l'évaluation de ces points a constitué l'un des objectifs de notre travail.

L'absence de différence de distribution des dimensions entre les trois groupes étudiés (patients, équipe médicale, équipe pénitentiaire) a permis d'étudier les attentes envers ces dimensions comme étant celles d'un seul groupe. La faible dispersion des réponses pour les dimensions « Soins » et « Pénitentiaire » souligne alors l'importance de ces dimensions dans la prise en charge des patients à l'UHSI.

Comparer les résultats des groupes entre eux permet cependant de dégager un certain nombre de tendances particulières.

Les soignants pensent que la dimension « Soins » est la plus importante pour les patients. Les surveillants estiment qu'il s'agit de la dimension « Pénitentiaire ». Chaque groupe de professionnel évalue son domaine de travail comme étant le plus important. Ces résultats illustrent particulièrement l'importance et l'attention qui est portée aux soins pour les soignants et au travail pénitentiaire par les équipes de surveillants.

Du point de vue des dimensions Logiques, notre étude révèle que les professionnels affectent le moins d'importance aux dimensions « Informations Pré-hospitalières » et « Sortie ». Pour les patients, la dimension la moins importante est « Confort » ; ces derniers estiment en revanche que la dimension « Sortie » est la plus importante.

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les professionnels comptent sur le fait que les informations pré-hospitalières sont en théorie fournies par les médecins des centres pénitenciers adressant le patient à l'UHSI, et que ces informations ne font de ce fait pas partie de leur travail.

Les questions liées à la sortie du service sont celles auxquelles il est attaché le moins d'importance par le personnel, qui peut considérer que les patients bénéficieront d'un suivi par les UCSA lors du retour dans leur centre de détention. Comme évoqué plus haut, cet aspect a pu n'être pas être pris en considération par les patients. Les questionnaires étant remplis au moment de la sortie du service, le suivi post hospitalier n'a pas pu être pris en compte par les patients.

Ces résultats font néanmoins apparaître un besoin d'informations à la sortie de l'UHSI qui n'est pas forcément adressé, à l'heure actuelle, de manière propre à répondre aux attentes des patients. On peut imaginer la modification de certaines habitudes, afin de répondre aux interrogations des patients et *a minima* faire en sorte qu'ils soient rassurés au moment de leur sortie sur le suivi qui sera effectué lors de leur retour en centre de détention.

Dans le classement des réponses en dimensions Servqual, la dimension où les attentes des patients sont les plus basses est celle pour laquelle ces attentes sont perçues comme étant les plus basses par les professionnels. Il s'agit de la dimension « Valeurs matérielles ». Comme évoqué précédemment, la dimension « Confort » correspond à la dimension « Valeurs matérielles » augmentée de l'item 5.

Les différences de médiane observées entre les attentes de la dimension Valeur matérielle dans la comparaison des groupes s'explique par l'appariement des valeurs, qui a nécessité le retrait de 14 personnes dans l'analyse de ces résultats. Les attentes ont donc été sous-estimées (4,1 au lieu de 4,6).

Les dimensions pour lesquelles les attentes sont le plus élevées chez les patients sont la dimension « Empathie » suivie de la dimension « Fiabilité ». L'équipe pénitentiaire estime également qu'il s'agit là des points sur lesquels les attentes des patients sont les plus hautes.

Les deux groupes donnent ainsi beaucoup d'importance à la confiance qu'ils peuvent accorder à l'équipe de prise en charge. Cette confiance est d'autant plus importante que les patients n'ont pas réellement le choix de l'établissement où ils seront soignés, et attendent donc une prise en charge de qualité.

Les patients attachent encore plus d'importance à la dimension « Empathie ». Cependant, celle-ci n'est pas très significative du fait qu'elle n'est composée que de quatre items, dont deux sont relatifs à la prise en charge par l'équipe pénitentiaire.

Les soignants estiment que les patients portent plus d'attention aux dimensions « Empathie » et « Assurance », et considèrent que leurs connaissances et leur capacité à rassurer sont plus importantes que les autres dimensions Servqual.

Au final, le classement des attentes des patients en dimension Servqual et la confrontation de celles-ci avec les perceptions qu'en ont le personnel ne fait pas ressortir d'informations exploitables sur des points éventuels à améliorer dans le fonctionnement du service.

Il faut enfin relever que les scores attribués par le personnel à l'ensemble des dimensions sont systématiquement plus bas que ceux attribués par les patients. Cette différence peut peut-être s'interpréter comme étant le reflet d'un biais dans leur perception des attentes des patients. Il est possible que la demande faite au personnel d'évaluer la perception de son propre travail par des non-professionnels ait entraîné une minimisation des attentes supposées de ces derniers.

Des études complémentaires seraient nécessaires afin d'explorer cette possibilité et d'affiner les résultats, pour tirer des conclusions plus solides de ces données.

## **4.3 Méthodologie**

Pour significatifs qu'ils puissent être, nos résultats sont en partie le produit de notre protocole méthodologique. Il apparaît donc nécessaire d'en exposer les motivations et les évolutions, d'en explorer les biais et les contradictions, afin d'aborder notre étude et ses résultats dans le contexte le plus juste possible.

### **4.3.1 Questionnaire**

Parce qu'il a été conçu pour aborder les différents aspects d'une hospitalisation, nous avons utilisé le questionnaire de satisfaction SAPHORA-MCO comme base de notre propre questionnaire. C'est un instrument de mesure validé pour l'évaluation de la satisfaction des services hospitaliers produisant une activité médicale, chirurgicale ou obstétricale.

Cependant, l'adaptation aux contraintes liées au milieu pénitentiaire a justifié l'ajout de nouveaux items et le retrait de certains, prenant en compte ces aspects des soins. Par ailleurs, des modifications ont été nécessaires pour permettre la comparaison des attentes et des perceptions selon la méthode définie par Servqual.

Nous sommes bien conscients que le questionnaire que nous avons utilisé n'est de ce fait pas validé.

La question de la validation d'un tel outil de mesure est discutée dans la littérature. Pour les uns, qui représentent certes la majorité des auteurs, la nécessité de valider un questionnaire de façon fiable et reproductible est crucial, afin d'être sûr d'évaluer la même chose pour chaque personne<sup>38, 39</sup>.

Pour les autres, cette validation est à nuancer par l'importance de la subjectivité dans l'interprétation des questions qui servent à mesurer la satisfaction. Le philosophe Hans-Georg Gadamer écrivait<sup>40</sup> : « *Si nous comprenons un texte, au final, nous le comprenons tous différemment* » du fait des différences culturelles, de l'histoire de chacun et de l'expérience acquise.

Pour Schwartz et Rapkins<sup>41</sup>, cette subjectivité est même cruciale lors d'une évaluation de la satisfaction, et accroît la validité du contenu des réponses.

Nous estimons pour notre part que notre questionnaire est adapté pour recueillir des réponses propres à éclairer les questionnements qui ont présidé à l'accomplissement de ce travail. En outre, le taux de réponse à chaque item suggère une bonne compréhension de ceux-ci par les patients.

Une autre limitation de nos résultats provient du fait que notre méthodologie ne permet pas de comparaison directe et objective avec les résultats d'autres enquêtes de satisfaction des patients. Nous ne sommes donc pas en position de déterminer dans quelle mesure certains de nos résultats sont le reflet de l'organisation des soins à l'Hôpital en général, et dans quelle mesure ils résultent de la prise en charge à l'UHSI.

Il serait donc peut-être intéressant de prolonger ce travail en procédant à une enquête auprès de patients de population générale (admis pour des motifs et avec une fréquence similaire à ceux de l'UHSI), afin d'établir des comparaisons sur des points tels que la satisfaction globale ou les informations reçues au moment de la sortie.

### **4.3.2 Mode de distribution des questionnaires**

Le mode de distribution de nos questionnaires a pu entraîner un biais dans notre étude.

En effet, le fait de demander aux patients de remplir les questionnaires lors de l'hospitalisation a pu influencer les patients dans leur manière de répondre.

Concernant leurs attentes, le fait d'être hospitalisé influe sur l'évaluation des patients, car ils ont déjà pu observer le fonctionnement du service et y ont vécu<sup>38</sup>.

Le recueil du questionnaire des perceptions au moment de la sortie a pu rendre difficile les réponses aux questions concernant la sortie, même si cela est à relativiser par l'existence d'un délai plus ou moins long entre la fin des soins et le retour en détention.

De manière plus générale, les patients n'ont pas eu le recul pour intégrer les différents éléments relatif à leur hospitalisation. Ce manque de recul tend à majorer la satisfaction des patients.

De manière idéale, les questionnaires aurait dû être distribués avant l'hospitalisation et récupéré après.

Les trois premiers mois de l'étude, le patient emportait avec lui les questionnaires, et il lui était demandé de les retourner à l'UHSI via l'UCSA du centre pénitencier où il était incarcéré. Nous avons été contraints d'abandonner cette méthode, en raison d'un très faible taux de retour de ces questionnaires. Il était donc demandé par la suite de répondre à ces questionnaires au moment de la sortie du patient. Les questionnaires étaient alors récupérés par nous-mêmes ou par des membres de l'équipe soignante du service.

### **4.3.3 Taux de réponse & population étudiée**

Un critère important pour évaluer la pertinence de nos résultats est le taux de réponse. Le taux de réponse en fonction du nombre de patients visités dans notre étude est de 36,27%. Une étude réalisée en 1999 par J. Sitza et N. Wood<sup>42</sup> analysait le taux de réponse de différentes études de satisfaction. Selon ces auteurs, le taux de réponse variait de 17% à 100% avec une moyenne à 77,9% pour les auto-questionnaires administrés en face à face.

Le taux de réponse obtenu dans notre étude peut donc être considéré comme faible. Ce faible taux de réponse peut s'expliquer pour deux raisons.

La population étudiée était les patients hospitalisés à l'UHSI, regroupant des détenus de divers centres de détention. Tous les patients hospitalisés durant la période de l'étude n'ont

pas été interrogés. Le but de cette étude était d'interroger tout patient hospitalisé à l'UHSI, de ce fait, il n'a pas été fait dans cette étude de distinction entre les différents profils sociologiques des détenus (culture, niveau d'instruction, durée de détention, provenance de maison d'arrêt ou de centre de détention, etc.).

Nous avons cependant classé les patients selon leurs motifs d'hospitalisation, selon qu'ils étaient admis pour un motif médical (57,69%), chirurgical (28,2%) psychiatrique (6,41%) ou cancérologique (7,69%).

Selon le dernier rapport d'activité datant de 2009, 54,8% des patients étaient admis pour un motif médical, 33,5% pour un motif chirurgical et 11,7% pour un motif psychiatrique. Ces chiffres sont assez proches de ceux retrouvés dans notre étude.

Par ailleurs, ce service est peu habitué à ce genre de démarche d'évaluation. Nous avons, passé les trois premiers mois, été contraints de faire appel au personnel afin de récupérer les questionnaires. Ceci a pu favoriser des oublis ou des réticences plus ou moins conscientes, en raison de l'impact possible de ce type d'enquête, par crainte de jugement ou de remise en question. De plus, des patients oubliaient de rendre les questionnaires au moment de leur sortie du service.

Ces deux facteurs ont pu influencer le taux de réponse.

Malgré ces biais, la population présente dans l'étude semble représentative de la population habituellement hospitalisée dans le service et le taux de réponse est dans la plupart des cas suffisant pour extraire des résultats significatifs.

#### **4.3.4 Le choix de la méthode Servqual**

Servqual, modèle générique d'évaluation de la qualité des services, est un outil reconnu pour la mesure de la qualité des soins. Son application au milieu hospitalier a fait l'objet de nombreuses études, dans les systèmes hospitaliers de bon nombre de pays.

Certes, le modèle Servqual original a été critiqué par de nombreux auteurs pour plusieurs raisons. Ces auteurs rapportent que :

- La limitation à cinq dimensions de la qualité de service semble arbitraire en raison de l'importante hétérogénéité du secteur des services, et nécessite une adaptation à chaque milieu en raison de sa spécificité. Le secteur de la santé a ainsi fait l'objet de plusieurs études<sup>13, 14, 15</sup>.
- Certains aspects, qui ont une influence sur la qualité perçue, et la satisfaction des patients, n'ont pas été envisagés par Servqual.

– Les attentes des usagers dans le secteur de la santé sont systématiquement élevées, et suggèrent que les répondants ont des difficultés à faire un compromis entre les différentes composantes du service offert. Ces difficultés sont dues principalement au degré élevé d'implication personnelle lié à la santé<sup>12</sup>. Ces attentes élevées apparaissent également dans nos propres résultats.

Pour remédier aux deux premières critiques, nous avons adapté notre questionnaire à l'environnement du service, puis créé de nouvelles dimensions propres à notre étude.

D'autres modèles d'évaluation de la satisfaction des patients ont été développés, comme le questionnaire de satisfaction de sortie, le modèle tétraclasse<sup>1, 43, 44</sup>, la maison de la qualité<sup>45</sup>.

#### **4.3.5 Classement en dimensions, le choix de l'introduction de nouvelles dimensions**

Dans notre étude, la pertinence des résultats obtenus avec les dimensions originales de Servqual peut être mise en doute pour plusieurs raisons.

En effet, si nous avons conservé le principe, primordial, de la confrontation des attentes et des perceptions pour évaluer la satisfaction, si nous avons aussi choisi de conserver les cinq dimensions de Servqual, nous avons remplacé le questionnaire original par notre propre questionnaire. Ceci nous obligeait à répartir nos questions entre les cinq dimensions originales de Servqual, une répartition qui n'a pas été aisée.

Ainsi, la comparaison des dimensions Servqual n'ont pas mis en évidence de différences significatives entre attentes et perceptions des usagers, pour presque toutes les dimensions. La seule exception est la dimension « Valeurs Matérielles », où une différence significative de -0,55 entre les attentes et les perceptions est mise en évidence.

Notre méthodologie consistait à rechercher les points précis responsables d'insatisfaction, sur la base de différence significatives observées pour chaque dimension. Selon cette méthodologie, les résultats de la seule dimension « Valeurs Matérielles » auraient été analysés en profondeur.

Or, il existe bien entendu des différences sur d'autres aspects de la prise en charge.

De plus, la pertinence de la composition de la dimension « Empathie », qui ne regroupe que quatre items, peut être interrogée. Deux de ces items sont en rapport avec l'attention portée

aux patients par le personnel pénitentiaire. Bien que le rôle de l'équipe pénitentiaire soit un élément important de la prise en charge des patients à l'UHSI, le fait que l'évaluation de cette dimension y repose à 50% nous apparaît excessif.

Enfin, il nous a semblé que les thématiques de certains items pouvaient correspondre à la définition de plusieurs dimensions, rendant ainsi complexe le classement de certains de ces items.

Des hésitations sont apparues avant d'intégrer certains items dans certaines dimensions. Par exemple, l'item 5 portant sur « *la possibilité d'identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service* » que nous avons choisi d'intégrer à la dimension « Valeurs Matérielles » (cet item est, entre autres, relatif à la communication dans le service) aurait très bien pu être intégré à la dimension « Assurance » (qui évalue la courtoisie des employés, et leur capacité à inspirer confiance). En effet, le nom et la fonction de la personne peut être source de confiance pour le patient, que ce soit à l'égard du personnel ou plus généralement envers le soin prodigué.

C'est également le cas pour l'item 1, qui évalue la connaissance du motif d'hospitalisation. Nous l'avons intégré à la dimension « Fiabilité », mais il aurait pu entrer dans la définition des dimensions « Valeurs Matérielles » ou « Assurance ».

Pour ces raisons, nous avons choisi de créer de nouvelles dimensions dans notre étude, afin d'adapter l'évaluation du service aux différents aspects auxquels sont confrontés directement les patients de l'UHSI. La définition de ces dimensions a permis de relever un nombre de points d'insatisfaction plus important qu'avec les dimensions originales Servqual, et nous apparaissent donc plus pertinentes pour remplir notre objectif principal.

Ces nouvelles dimensions (que nous avons baptisées dimensions Logiques) ont été construites sur la base des thématiques abordées par notre questionnaire, et y sont de fait naturellement plus adaptées.

# CONCLUSION

---

La manière d'envisager l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers en France a connu de nombreuses évolutions au cours des dernières décennies.

L'appréciation de cette qualité repose en grande partie sur les EPP, qui se fondent sur des critères objectifs d'évaluation, comme le respect des procédures, le résultat des soins et le coût de ceux-ci. La satisfaction subjective du patient, et l'impact que celle-ci a sur sa prise en charge, ne peuvent s'intégrer à ces critères.

Toutefois, si les pouvoirs publics insistent de plus en plus sur l'importance de la satisfaction des patients, ce domaine fait l'objet de peu d'études en France et à l'étranger, comme en témoigne la bibliographie établie à notre demande par le centre de documentation des HCL.

Notre travail trouve son origine dans un constat simple : malgré ces évolutions, malgré la mise en place à l'échelle nationale de l'enquête I-Satis, la population carcérale soignée dans les UHSI se trouve exclue de la mesure de la satisfaction des patients. À notre connaissance, il n'existe aucune enquête portant sur la satisfaction de cette population.

Le fait de mesurer la satisfaction des patients permet de quantifier leur expérience, et d'identifier les infrastructures, comportements ou modes opératoires qui nécessitent d'être améliorés afin de proposer une qualité de soins optimale.

C'est donc avec l'intention de permettre, si nécessaire, l'ajustement des pratiques et l'amélioration de la gestion matérielle et humaine du service que nous avons conçu et mené une enquête de satisfaction auprès des patients et du personnel de l'UHSI de Lyon Sud.

Ce travail a été réalisé à notre initiative, sans qu'aucune demande n'émane des pouvoirs administratifs de l'Hôpital.

La méthode que nous avons choisie repose sur une quantification et une confrontation des attentes des patients vis-à-vis d'une hospitalisation idéale et de leurs perceptions de leur hospitalisation réelle. Cette démarche s'inspire de celle de la méthode Servqual définie par Parasuraman, Zeithaml et Berry. Elle permet d'objectiver la mesure de la satisfaction des usagers d'un service en prenant en compte le niveau d'attentes de chacun. Les items du questionnaire Servqual sont regroupés en « dimensions », représentatives des différents aspects auxquels s'attache l'utilisateur d'un service. Pour chacune de ces dimensions, un score de perception supérieure aux attentes montre qu'il existe une satisfaction de l'utilisateur dans ce domaine ; à l'inverse, un score inférieur aux attentes permet d'établir l'existence d'une insatisfaction. Par ailleurs, cette méthode offre l'avantage, en situant le niveau des attentes, de faire apparaître des nuances entre des scores similaires d'évaluation de l'expérience.

Nous avons construit notre propre questionnaire, adapté aux conditions d'hospitalisation à l'UHSI, basé sur le questionnaire SAPHORA-MCO employé par l'enquête I-Satis. La nature des items de ce questionnaire nous a conduit à définir un nouveau groupe de dimensions, parallèlement aux dimensions établies par Servqual, afin d'exploiter nos résultats de manière pertinente.

Si les soins prodigués et le travail du personnel soignant sont jugés satisfaisants par les patients, nos résultats rapportent que certains aspects liés à l'information au sujet de leur prise en charge médicale sont sources d'une certaine insatisfaction, tout en sachant que les conditions de l'enquête n'ont pas permis d'interroger les malades après leur sortie

Les informations délivrées aux patients au moment de la sortie, sur la poursuite de leur traitement médicamenteux, sur la reprise d'activité ou sur les complications possibles sont sources d'insatisfaction.

De plus, notre enquête auprès du personnel soignant et du personnel pénitentiaire fait apparaître qu'il s'agit là d'un point sur lequel le personnel sous-estime généralement les attentes des patients.

Des solutions impliquant le personnel de l'UHSI pourraient être envisagées au niveau du service, comme la mise en place d'une consultation systématique d'information (à l'occasion d'une visite), dédiée à la sortie du patient.

De même, si les informations préalables à une opération chirurgicale sont jugées satisfaisantes dans la majorité des cas, une partie des patients fait état d'un vécu inférieur à ses attentes. Il conviendrait d'étudier cette question plus avant, en concertation avec les services de chirurgie, afin d'isoler les causes de ces insatisfactions.

Les conditions d'incarcération et le travail des surveillants sont source de satisfaction pour les patients. En revanche, il faut relever que certains objets d'insatisfaction sont liés au caractère pénitentiaire de l'UHSI.

Le fait de ne connaître la date d'admission et de sortie qu'à une semaine près, ainsi que l'attente que cela engendre après la fin des soins, est souvent mal vécu par les patients.

Étant donné que ces délais résultent à la fois de procédures sécuritaires et de questions de disponibilité du personnel, il semble difficile de proposer des solutions qui puissent être mises en place sans augmenter le nombre d'escortes ou de lits dans le service.

L'absence de cour de promenade est un problème important pour les patients, car les marches organisées dans le couloir ne peuvent ni remplacer une sortie à l'air libre, ni suffire à rompre l'isolement que ressentent les patients lors de leur hospitalisation.

L'interdiction de fumer est un problème connexe et récurrent.

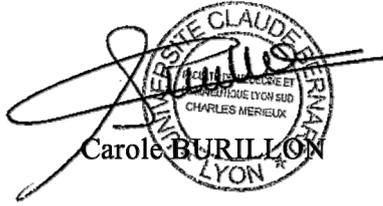
Aucune de ces deux contraintes ne peut cependant être résolue de manière satisfaisante sans l'investissement de ressources conséquentes, ce qui ne doit pas occulter le fait qu'il s'agit bien là de deux sources majeures d'anxiété et de nervosité des patients.

Les procédures d'accès au téléphone et les délais qu'elles engendrent, ainsi que la difficulté de maintenir des contacts familiaux sont également jugées problématiques par de nombreux patients. Il conviendrait donc peut-être d'engager une réflexion sur la possibilité de raccourcir ces délais. En ce qui concerne le second point, l'éloignement de l'UHSI de certains centres de détention semble en être la cause principale.

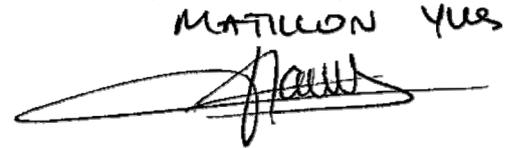
Au final, les résultats de notre étude peuvent en partie être exploités dans le cadre de l'organisation du travail à l'UHSI. Ces solutions ne peuvent se mettre en place efficacement qu'avec la participation du personnel, qui est par ailleurs déjà engagé dans une démarche constante de communication afin de faciliter la collaboration au sein de l'UHSI.

Pour terminer, il nous apparaît important, après avoir conduit cette étude et analysé les résultats, de souligner le caractère indispensable de la mesure de la satisfaction en médecine pénitentiaire. Il serait donc souhaitable de mener ce type d'étude de manière régulière dans les UHSI, afin d'entretenir une qualité de soins au niveau de celle du reste de l'hôpital public.

Vu, Le Doyen de la Faculté  
de Médecine et de Maïeutique  
Lyon-Sud Charles Mérieux

  
Carole BURILLON

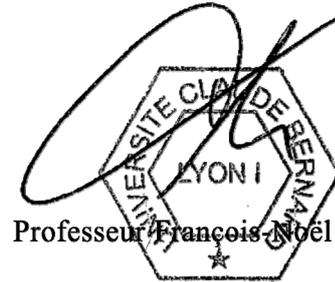
Le Président de la Thèse  
(Nom et signature)

MATILON YVES  


Vu et Permis d'imprimer

Lyon, le 29/10/2014

Vu, le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Études Médicales

  
UNIVERSITE CLAUDE BERNARD  
LYON I

Professeur Francois-Noël GILLY

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. Tremblay P. *Mesurer la satisfaction et les attentes des clients: des modèles classiques aux modèles asymétriques*. Rapport du centre expertise des grands organismes. 2006. Septembre.
2. McClimans LM, Browne J. *Choosing a patient reported outcome measure*. Theoretical. *Medecine and Bioethics*. 2011. **32**: 47-60.
3. Milton C, Weinstein PD, George Torrance PD et al. *QALYs: The basics*. *Value in Health*. 2009. **12** Sup.1: S5-9.
4. Lee MA, Yom YH. *A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey*. *International journal of nursing studies*. 2007. **44**: 545-555.
5. Merdinger-Rumpler C. *Démarche Marketing les enjeux à l'hôpital*. *Gestion Hospitalière*. 2012. Octobre. **519** : 495-498.
6. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005. *Relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Version consolidée au 15 avril 2005*. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006051531>
- 7 Bachelot-Narquin R. *Indicateur de satisfaction des patients hospitalisés*. Discours. Novembre 2010. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-satisfaction-des-patients-hospitalises-discours-de-madame-roselyne-bachelot-narquin.html> Consulté le 16/10/2014.
8. Pourin C, Tricaud-Vialle S, Barbberger-Gateau P. *Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés*. *Journ. D'Eco. Med*. 2003. **21**(3): 167-181.
9. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-Satis). Modalités techniques de l'enquête I-Satis de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en 2014*. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/74a1.pdf> consulté le 01/03/2014.
10. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. *Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. *Journal of Retailing*. 1988; **64**(1): 12-40.
11. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. *Refinement and reassessment of the Servqual scale*. *Journal of Retailing*. 1991; **67**(4): 420-50.
12. McAlexander JH, Dennis O, Koenig HF. *Service Quality Measurement*. *Journal Health Care Marketing* 1994. **14**(3): 33-40
13. Babakus E, Boller GW. *An empirical assessment of the Servqual Scale*. *JBR*. 1992. Mai. **24**: 253-268.
14. Babkus E, Mangold WG. *Adapting the Servqual Scale to hospital Service*. *HSR*. 1992. Février. **26**:767-786.
15. Licata JW, Mowen JC, Chakraborty G. *Diagnosing perceived quality in the medical service channel*. *J. Health Care Market*. 1995. Winter. 42-49.
16. Ricard M, Robert E, Romera J. *Le Soins en milieu carcéral*. Th de Médecine, Montpellier: Prom 2005-08. Disponible sur : [http://www.ord.chu-montpellier.fr/publication/inter\\_pub/R191/A2544/SOINENMILIEUCARCERAL.pdf](http://www.ord.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R191/A2544/SOINENMILIEUCARCERAL.pdf) (Consulté le 13/08/2014).

17. Chodorge G, Nicolas G. *Santé en milieu carcéral, rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. Haut comité de la santé publique. 1993. Janvier. Disponible sur : [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_CHODORGE\\_1993\\_sur\\_Sante\\_en\\_milieu\\_carceral.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_CHODORGE_1993_sur_Sante_en_milieu_carceral.pdf) Consulté le 13/08/2014.
18. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Chapitre 2. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979> Consulté le 14/08/2014.
19. Article L6112-1 du Code de la santé publique. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886447&dateTexte> Consulté le 14/08/2014.
20. Décret n°94-929 du 27 octobre 1994. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000185453> . Consulté le 14/08/2014.
21. Ministère de la santé Ministère de la justice et de la protection sociale. *Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire de personnes détenues*. Septembre 2004. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/guide-methodologique-relatif-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-detenu-es-et-a-leur-protection-sociale.html>. Consulté le 14/08/2014.
22. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Ministère de la justice. *Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005*. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_27\\_100105.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_27_100105.pdf). Consulté le 14/08/2014.
23. Agence régionale de santé Rhône-Alpes. *Schéma régional d'organisation des soins, volet Santé des personnes détenues*. 2010. Disponible sur : [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_strategie\\_projets/PRS\\_Programmes\\_CNP/documents\\_soumis\\_a\\_consultation/SROS\\_-\\_Version\\_finale.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/documents_soumis_a_consultation/SROS_-_Version_finale.pdf). Consulté le 09/08/2014
24. Ministère de la Justice. *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*. IGAS. 2001. Juin. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000176/0000.pdf> Consulté le 08/05/2014.
25. Gompert J, Clement M, Obrechot O. *Rapport de visite de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale rattachée au centre hospitalier Lyon Sud*. 2009. Septembre. Disponible sur : <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2010/09/UHSI-Lyon-visite-final-10-03-051.pdf>. Consulté le 04/05/2014.
26. Ministère de la Justice. *Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France*. 2014. Juillet. Disponible sur : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/mensuelle\\_juillet\\_2014.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_juillet_2014.pdf). Consulté le 08/07/2014.
27. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. *La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature*. BEH. 2013. Novembre. **35-36**:434-440.
28. Khadoudja C, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M et al. *Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar*. BEH. 2012. Mars. 131-137.
29. DREES. *Étude et Résultats. La Santé des personnes entrées en prison en 2003*. 2005. Mars. **386**.
30. Beck F, Guignard R, Richard JB et al. *Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé. France. 2010*. BEH. 2011. Mai. **20-21**: 230-232.
31. Rouillon F, Duburcq A, Fagnani F et al. *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*. 2006. Expertise psychiatrique pénale. Montrouge : John Libbey Eurotext. 2007.

32. Merdinger-Rumpler C. *Identification des freins organisationnels et culturels à la démarche gestionnaire dans l'hôpital public français*. Journal de gestion et d'économie médicale. 2008. **26**(3): 127-139.
33. Merdinger-Rumpler C. Satisfaction du patient: un état des pratiques des hôpitaux publics français. *Journal d'économie médicale*. 2006. **24**(7-8) : 349-361.
34. François P, Doutré E. *Perception et utilisation des résultats d'enquêtes de satisfaction des patients par les professionnels des services cliniques d'un hôpital*. R et Q. 2004. **1**(1) : 15-20.
35. Bazex H, Bayle P, Michel G. *Le vécu de détenus hospitalisés dans une Unité Sécurisée Hospitalière Interrégionale. L'intérêt du repérage des défenses mobilisées dans le cadre des relations avec les personnels soignants et pénitentiaires*. Ann. Médico-Psychologie. 2010. **168**: 69-74.
36. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-Satis)*. 2014. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-i-satis,11357.html>. Consulté le 15/10/2014.
37. Brown SW, Swartz TA. *A gap analysis of professional service quality*. Journal of Marketing. 1989. Avril. **53**: 92-98.
38. Cleary PD, Mc Neil B. *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. 1988. Inquiry.**25**: 25-36
39. Stizia J, Wood N. *Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies*. Int J Qual Health Care. **10**(4): 311-317.
40. Gadamer HG. *Truth and method Second, Revised Edition*. Continuum London New York. Livre. 1986. 385-406.
41. Schwartz CE, Rapkin BD. *Reconsidering the psychometrics of quality of life assessment in light of response shift and appraisal*. HQOL. 2004. Mars. **2**:16.
42. Sitzia J. *How valid and reliable are patient satisfaction rate? An analysis of 195 studies*. Int. J. Qual Health Care. 1999. **11**(4):319-328.
43. Llosa S. *Quatre manières de contribuer à la satisfaction du patient hospitalisé : les éléments Basiques, Plus, Clés et Secondaires*. Journal de gestion et d'économie médicales. 2012. **30**(6) :367-377.
38. Cleary PD, Mc Neil B. *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. 1988. Inquiry.**25**: 25-36
40. Gadamer HG. *Truth and method Second, Revised Edition*. Continuum London New York. Livre. 1986. 385-406.
41. Schwartz CE, Rapkin BD. *Reconsidering the psychometrics of quality of life assessment in light of response shift and appraisal*. HQOL. 2004. Mars. **2**:16.
43. Llosa S. *Quatre manières de contribuer à la satisfaction du patient hospitalisé : les éléments Basiques, Plus, Clés et Secondaires*. Journal de gestion et d'économie médicales. 2012. **30**(6) :367-377.
44. Merdinger-Rumpler C. *La satisfaction du patient hospitalisé. Les logiques de contribution*. 2012. Octobre. **519**:503-507.

## ANNEXE 1 : Questionnaire SAPHORA pour l'enquête I-Satis

6 juillet 2012

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 5 sur 114

### Décrets, arrêtés, circulaires

#### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 22 juin 2012 relatif au modèle de questionnaire à utiliser lors de la mise en œuvre de l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I-Satis)

NOR : AFSH1227610A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2012-210 du 13 février 2012 relatif à l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I-Satis) (rectificatif),

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Les établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique qui s'engagent dans une démarche annuelle de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en mettant en œuvre l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés utilisent le questionnaire annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 juin 2012.

Pour la ministre et par  
délégation :

*Le directeur général  
de l'offre de soins,  
F.-X. XAVIER SELLERET*

## ANNEXE

### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS

**Q1. – Que diriez-vous de l'accueil qui vous a été réservé, à vous ou à vos proches, par le service administratif lors de votre arrivée... ?**

*Parents* : Que diriez-vous de l'accueil qui vous a été réservé, à votre enfant, à vous ou à vos proches, par le service administratif lors de votre arrivée... ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellent 4 Très bon 3 Bon 2 Mauvais 1 Très mauvais 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q2. – Pensez-vous que l'accueil que vous avez reçu lors de votre arrivée dans les (s) services (s) de soins, service des urgences exclu, était...**

*Parents* : Pensez-vous que l'accueil que votre enfant a reçu lors de son arrivée dans les (s) services (s) de soins, service des urgences exclu, était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellent 4 Très bon 3 Bon. 2 Mauvais 1 Très mauvais 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q3. – Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service, c'est-à-dire saviez-vous si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante, etc. ?**

*Parents* : Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service où votre enfant a été hospitalisé, c'est-à-dire saviez-vous si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante, etc. ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Toujours 4 Presque toujours 3 Souvent 2 Parfois 1 Très rarement ou jamais 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q4. – Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient...**

*Parents* : Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter l'intimité de votre enfant étaient...

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Excellentes 4 Très bonnes 3 Bonnes 2 Mauvaises 1 Très Mauvaises 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q5. – Pendant votre séjour, avez-vous reçu spontanément (sans être obligé[e] de les demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, votre opération, vos soins, etc.**

*Parents* : Pendant le séjour de votre enfant, avez-vous reçu des explications spontanément (sans être obligé[e] de les demander) sur l'état de santé de votre enfant, son traitement, son opération, ses soins, etc. ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Toujours 4 Presque toujours 3 Souvent 2 Parfois 1 Très rarement ou jamais 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q6. – Les explications ou les réponses des médecins ou des chirurgiens du service vous ont-elles paru claires et compréhensibles ?**

*Parents* : Concernant votre enfant, les explications ou les réponses des médecins ou des chirurgiens du service vous ont-elles paru claires et compréhensibles ?

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Toujours 4 Presque toujours 3 Souvent 2 Parfois 1 Très rarement ou jamais 8 [Vous n'avez pas eu de réponse ou d'explications] 7 [Vous n'avez pas eu la possibilité de poser des questions au médecin quand il était avec vous] 0 [Vous n'aviez pas de

question à poser]10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q7. – Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des médecins qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?**

*Parents* : Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des médecins qui parlaient devant vous ou votre enfant comme si vous ou votre enfant n'étiez pas là ?

Enquêteur : citer les réponses possibles 1 Très souvent 2 Assez souvent 3 Parfois 4 Très rarement 5 Jamais10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q8. – Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des infirmières ou d'autres employés du service qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?**

*Parents* : Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des infirmières ou d'autres employés du service qui parlaient devant vous ou votre enfant comme si vous ou votre enfant n'étiez pas là ?

Enquêteur : citer les réponses possibles 1 Très souvent 2 Assez souvent 3 Parfois 4 Très rarement 5 Jamais 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q9. – Le personnel du service était-il poli et aimable ? Diriez-vous...**

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Toujours 4 Presque toujours 3 Souvent 2 Parfois 1 Très rarement ou jamais10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q10. – Si vous aviez besoin d'aide pour les activités de la vie courante comme vous laver, vous habiller, manger, ... avez-vous pu l'obtenir ?**

*Parents* : Si votre enfant avait besoin d'aide pour les activités de la vie courante comme se laver, s'habiller, manger..., a-t-il pu les obtenir ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Toujours 4 Presque toujours 3 Souvent obtenu l'aide nécessaire 2 Parfois 1 Très rarement ou jamais obtenue 0 [Vous n'avez pas eu besoin d'aide/Votre enfant n'a pas eu besoin d'aide] 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q11. – Si vous avez eu besoin d'aide de façon urgente, avez-vous attendu... ?**

*Parents* : Si votre enfant a eu besoin d'aide de façon urgente, avez-vous attendu... ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

1 Très longtemps 2 Longtemps 3 Assez longtemps 4 Peu longtemps 5 Vous n'avez pas attendu 0 Vous n'avez pas eu besoin d'aide de façon urgente/ Votre enfant n'a pas eu besoin d'aide de façon urgente

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q12. – Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ?**

*Parents* : Pendant cette hospitalisation, votre enfant a-t-il eu des douleurs ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

1 Oui 0 Non. Vous n'avez pas eu de douleur/Votre enfant n'a pas eu de douleurs [Passez à la Q14]. Cette modalité de réponse exclue l'item Q13 du calcul du score auquel il appartient 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur).

**Q13. – Diriez-vous que votre douleur a été prise en charge de manière...**

*Parents* : Diriez-vous alors que sa douleur a été prise en charge de manière...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q14. – Que pensez-vous de la façon dont les autres inconforts liés à votre maladie ou votre opération, comme des nausées, une mauvaise position, des vertiges... ont été pris en compte ? Diriez-vous qu'elle était... ?**

*Parents* : Que pensez-vous de la façon dont les autres inconforts liés à la maladie ou l'opération de

votre enfant comme des nausées, une mauvaise position des vertiges, ont été pris en compte ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 0 [Vous n'avez eu aucun inconfort de ce type/Votre enfant n'a eu aucun inconfort de ce type] 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q15. – Dans l'ensemble, diriez-vous que les soins que vous avez reçus dans l'établissement de santé étaient... ?**

*Parents* : Dans l'ensemble, diriez-vous que les soins que votre enfant a reçus dans l'établissement de santé étaient... ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellents 4 Très bons 3 Bons 2 Mauvais 1 Très mauvais 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q16. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les effets indésirables possibles des médicaments prescrits dans l'établissement de santé (autres que votre traitement habituel) ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les effets indésirables possibles des médicaments prescrits à votre enfant (autres que le traitement habituel de votre enfant) ? Diriez-vous qu'elle était...Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 7 Aucune information donnée 0 Vous n'avez pas eu de médicaments prescrits dans l'établissement de santé autres que votre traitement habituel 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q17. – Lors de votre hospitalisation, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitiez pour participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?**

*Parents* : Lors de l'hospitalisation de votre enfant, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitiez pour participer aux décisions concernant ses soins ou son traitement ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Toujours 4 Presque toujours 3 Souvent 2 Parfois 1 Très rarement ou jamais 0 Aucune décision n'a été prise 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Nous allons parler des examens invasifs, c'est-à-dire des examens nécessitant une intrusion à l'intérieur de l'organisme comme une radio avec injection de produit de contraste, une fibroscopie, une ponction de moelle ou de plèvre, une artériographie...

**Q18. – Si vous avez passé des examens invasifs dans l'établissement de santé, que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les complications possibles ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Si votre enfant a passé des examens invasifs dans l'établissement de santé, que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les complications possibles ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 7 Aucune information donnée 0 Vous n'avez pas eu d'examen/il n'a pas eu d'examen invasif 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q19. – Avez-vous été opéré(e) lors de cette hospitalisation ?**

*Parents* : Votre enfant a-t-il été opéré lors de cette hospitalisation ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

1 Oui 0 Non. Vous/Votre enfant n'avez pas été opéré [Passez à la Q21]. Cette modalité de réponse exclut l'item Q20 du calcul du score auquel il appartient.

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur).

Consigne enquêteur : si un patient n'est pas sûr d'avoir été opéré, lui demander « avez-vous vu un chirurgien » (l'accouchement sans césarienne n'est pas considéré comme une opération)

**Q20. – Quand vous avez posé des questions au chirurgien sur votre opération, avez-vous compris les réponses ?**

*Parents* : Quand vous ou votre enfant avez posé des questions au chirurgien sur son opération, avez-vous compris les réponses ?

Consigne enquêteur : l'accouchement sans césarienne n'est pas considéré comme une opération.

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Toujours 4 Presque toujours 3 Souvent 2 Parfois 1 Très rarement ou jamais 7 Vous n'avez pas eu la possibilité de poser des questions au chirurgien quand il était avec vous 8 Vous n'avez pas obtenu de réponse 0 Vous n'aviez pas de question à poser ou ce n'est pas vous qui posiez les questions

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Maintenant, nous allons parler du confort et des repas

**Q21. – Que pensez-vous du confort de votre chambre ? Diriez-vous qu'il était...**

*Parents* : Que pensez-vous du confort de la chambre de votre enfant ? Diriez-vous qu'il était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellent 4 Très bon 3 Bon 2 Mauvais 1 Très mauvais 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q22. – Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de la propreté de la chambre de votre enfant ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q23. – Etiez-vous satisfait(e) de la température de votre chambre ? Diriez-vous...**

*Parents* : Etiez-vous satisfait(e) de la température de la chambre de votre enfant ? Diriez-vous...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Très satisfait(e) 4 Satisfait(e) 3 Assez satisfait(e) 2 Peu satisfait(e) 1 Pas du tout satisfait(e) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q24. – Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans votre chambre ?**

*Parents* : Avez-vous été gêné(e), vous ou votre enfant, par le bruit dans sa chambre d'hospitalisation ?

Enquêteur : citer les réponses possibles 1 Très souvent 2 Assez souvent 3 Parfois 4 Très rarement 5 Jamais 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q25. – Que pensez-vous des repas servis dans l'établissement de santé ? Etaient-ils...**

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Excellents 4 Très bons 3 Bons 2 Mauvais 1 Très mauvais 0 Vous n'avez pas pu prendre de repas compte tenu de votre état de santé. (Pour le questionnaire parents : Il n'a pas pu prendre de repas compte tenu de son état de santé) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q26. – Que pensez-vous de la variété des plats proposés ? Etaient-ils...**

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Excellente 4 Très bien 3 Bien 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 0 Vous n'avez pas pu prendre de repas compte tenu de votre état de santé. Il n'a pas pu prendre de repas compte tenu de son état de santé 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Maintenant, nous allons parler de votre sortie de l'établissement de santé

**Q27. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les médicaments que vous deviez prendre après la sortie comme le dosage, les horaires, les effets indésirables... ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les médicaments que votre enfant devait prendre après la sortie (dosage, horaires, effets indésirables...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 7 Aucune information donnée 0 Vous n'aviez pas de médicament à prendre (Pour le questionnaire parents : Il n'avait pas de médicaments à prendre) 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q28. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur la reprise de vos activités après la sortie comme la reprise du travail, du sport, de vos activités habituelles ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur la reprise des activités de votre enfant après la sortie comme la reprise de l'école, du sport ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 7 Aucune information donnée 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q29. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les signes ou les complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin après la sortie ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les signes ou les complications devant vous amener à re-contacter l'hôpital ou votre médecin pour votre enfant après sa sortie ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise

7 Aucune information donnée 0 Aucun risque de complication 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur) 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q30. – Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée par exemple, l'annonce de votre date de sortie, votre destination à la sortie... ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de la façon dont la sortie de votre enfant a été organisée (par exemple, l'annonce de sa date de sortie, sa destination à la sortie...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Excellente 4 Très bonne 3 Bonne 2 Mauvaise 1 Très mauvaise 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur) Et maintenant pour terminer

**Q31. – Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous... ?**

*Parents* : Aujourd'hui, par rapport au jour de l'admission de votre enfant, vous pensez que votre enfant se sent... »

Enquêteur : citer les réponses possibles 5 Beaucoup mieux 4 Mieux 3 Pareil, ni mieux, ni moins bien 2 Moins bien 1 Beaucoup plus mal 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q32. – Sur une échelle de 1 à 7, dites-moi si vous êtes satisfait(e) de votre vie en général (en dehors de l'établissement de santé) ?**

La note 1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait(e) et 7 signifie que vous êtes très satisfait(e), les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement. 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q33. – Age du patient : directe ou vérification par rapport au fichier appel.**

## **ANNEXE 2 : Questionnaires utilisés dans l'étude**

### **Étude portant sur la qualité des services proposés lors de l'hospitalisation à l'UHSI**

#### Introduction

Nous sommes intéressés par votre opinion concernant votre hospitalisation à l'UHSI.

Pour mesurer la qualité du service qui vous a été fourni, nous allons vous demander de remplir deux (si vous n'avez jamais été hospitalisés auparavant) ou trois (si vous avez déjà été hospitalisés) questionnaires successifs qui comprendront les mêmes questions.

Dans le premier questionnaire, vous allez donner votre avis concernant l'importance des services proposés dans un hôpital idéal, le second portera sur ceux que vous avez reçu au cours de votre dernière hospitalisation avant l'UHSI et le troisième (que vous remplirez après votre sortie du service) correspondra à votre séjour à l'UHSI.

Ce sont les comparaisons entre vos attentes et ce que vous avez vécu qui nous permettront de comprendre les domaines que nous devons améliorer.

Nous vous demandons d'indiquer votre nom pour pouvoir faire un lien entre les questionnaires, mais la base de données à partir de laquelle l'étude sera faite sera complètement anonyme.

Ce travail va faire l'objet d'une thèse de médecine qui devrait être terminée dans 18 mois. Vous aurez la possibilité de vous faire communiquer ses conclusions en écrivant au:

Dr Chossegros  
UHSI de Lyon  
Centre Hospitalier Lyon Sud  
Chemin du Grand Revoyet  
69310 Pierre-Bénite.

#### Consignes générales pour les questionnaires

À chaque question, donnez votre niveau d'agrément à l'affirmation qui est exprimée (de 1 à 5).

- Si vous n'êtes pas du tout d'accord, notez 1.
- Si vous êtes tout à fait d'accord, notez 5.
- Si vous êtes indifférent, notez 3.

Les notes 2 et 4 permettent de nuancer votre choix.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Seule compte votre opinion.

#### QUESTIONNAIRE CONCERNANT VOS ATTENTES D'UN SERVICE HOSPITALIER

Ce questionnaire a pour objectif de déterminer quels sont les services auxquels vous êtes le plus attachés au cours d'une hospitalisation.

Nom :

Prénom :

Centre de détention :

Age :

Sexe : M  F

### ***A propos des informations relatives à votre future hospitalisation***

Q1– Au moment où est décidée votre hospitalisation, la compréhension de la raison (des objectifs) de cette hospitalisation est très importante.

Q2– Au moment où est décidée votre hospitalisation, la connaissance du cadre de fonctionnement du service dans lequel vous allez être hospitalisé est très important (possibilité de fumer, connaissance du livret d'accueil).

Q3 – Au moment où est décidée votre hospitalisation, avoir une idée (à une semaine près) de sa date est très important.

### ***A propos des soins :***

Q4– L'accueil reçu lors de l'arrivée dans le service de soins (qualité humaine, explications portant sur le fonctionnement du service et sur les actes prévus) est très important.

Q5 – La possibilité d'identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service, c'est-à-dire savoir s'il s'agit d'un médecin, d'une infirmière, d'une aide-soignante, etc., est très importante.

Q6– Il est important que le personnel soignant respecte votre intimité durant votre hospitalisation

Q7– Il est important d'avoir des explications sans être obligé d'en demander sur votre état de santé durant votre hospitalisation

Q8– Il est important que les explications et les réponses des médecins du service soient claires et compréhensibles.

Q9– Il est gênant et agaçant que les médecins parlent devant vous comme si vous n'étiez pas là.

Q10– Il est gênant et agaçant que l'équipe médicale (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, autres professionnels de santé) parlent devant vous comme si vous n'étiez pas là.

Q11– Il est important que le personnel de l'équipe médicale soit aimable et poli

Q12– Il est important que l'on vous assiste dans les activités de la vie quotidienne si vous en avez besoin

Q13– Il est important que lorsque vous avez besoin d'une aide urgente de la part de l'équipe médicale, elle doit y répondre de la façon la plus rapide possible.

Q14– Il est important que l'on soulage efficacement votre douleur

Q15– Il est important que l'on soulage les inconforts liés à ma maladie (en dehors de la douleur) telle que des vertiges, une mauvaise position, des nausées etc... efficacement

Q16– Pensez-vous que les soins dispensés dans un service hospitalier en France sont de bonnes qualités

Q17– Il est important que vous soyez informez des effets indésirables possibles des traitements mis en places dans le service

Q18– Il est important de que l'on vous demande votre avis et votre autorisation avant de recevoir des soins

Q19– Il est important que l'on vous informe des complications possibles des examens de santé que vous recevez

Q20– Est-il prévu que vous soyez opéré durant votre hospitalisation :  Oui /  Non

Si non veuillez passer directement à la question 22.

Q21– Avant d’être opéré, il est important de recevoir des informations compréhensibles de la part du chirurgien

***A propos du confort et des repas :***

Q22– Il est important d’être dans une chambre confortable pour une bonne prise en charge des soins.

Q23– Il est important d’avoir une chambre propre lors de votre hospitalisation

Q24– Il est important qu’il ne fasse pas trop chaud ni trop froid dans votre chambre

Q25– Il est important d’être au calme dans votre chambre

Q26– La possibilité de recevoir des visites (parloirs) est très importante.

Q27– La possibilité de téléphoner à ses proches est très importante.

Q28– La possibilité de fumer au cours de l’hospitalisation est très importante.

Q29– La possibilité de sortir de sa chambre pour se promener est très importante.

Q30– La possibilité d’avoir des contacts avec sa famille et/ou ses proches est très importante.

Q31– Il est important d’avoir de bon repas lors de mon hospitalisation

Q32– Il est important d’avoir des plats variés durant mon hospitalisation

***A propos du service pénitentiaire :***

Q33– La qualité de l’accueil reçu par l’administration pénitentiaire (gradé, surveillants) est très importante

Q34– L’administration pénitentiaire doit jouer un rôle important dans la qualité du séjour des malades

Q35– Il est important que le service pénitentiaire n’interfère pas dans la prise en charge de votre santé

Q36– Il est important que le service pénitentiaire soit aimable durant mon hospitalisation.

Q37– La présence des surveillants doit respecter votre intimité.

Q38– La présence des surveillants ne doit pas gêner vos relations avec l’équipe soignante.

Q39– L’accompagnement par des surveillants pour des examens ou des consultations doit se faire dans de bonnes conditions.

***A propos de votre sortie de l’établissement :***

Q40– Il est important d’avoir été informé sur les horaires des prises des médicaments, les effets indésirables et à quoi ils servent lors de la sortie de l’hôpital

Q41– Il est important d’avoir des informations concernant la reprise de vos activités, de votre travail, du sport au moment de votre sortie du service

Q42– Il est important d’avoir des informations concernant la survenue de complications devant vous amener à reconsulter un médecin

Q43– Il est important que l’on m’informe de votre date de sortie

Q44– Il est important de se sentir mieux en sortant de l’hôpital qu’en y rentrant

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CONCERNANT VOTRE HOSPITALISATION  
ACTUELLE A L'UHSI

Nom

Prénom

Age

Sexe M  F

Centre de détention

***A propos des informations relatives à votre hospitalisation à l'UHSI***

Q1– Au moment où a été décidée votre hospitalisation à l'UHSI, la compréhension de la raison (des objectifs) de cette hospitalisation a été excellente.

Q2- Avant votre hospitalisation à l'UHSI, la connaissance du cadre de fonctionnement du service (possibilité de fumer, connaissance du livret d'accueil ...) était excellente.

Q3– Au moment où a été décidée votre hospitalisation à l'UHSI, vous avez été informé (à une semaine près) de la date d'hospitalisation.

***A propos des soins :***

Q4– L'accueil reçu lors de l'arrivée dans le service de l'UHSI (qualité humaine, explications portant sur le fonctionnement du service et sur les actes prévus) a été excellent.

Q5– La possibilité d'identifier les fonctions des différentes personnes travaillant à l'UHSI, c'est-à-dire savoir s'il s'agit d'un médecin, d'une infirmière, d'une aide-soignante, etc., était excellente.

Q6 –Les précautions prises par le personnel soignant de l'UHSI pour respecter votre intimité étaient excellentes

Q7 – Pendant votre séjour à l'UHSI, vous avez reçu, sans être obligé d'en demander, des explications sur votre état de santé, votre traitement, votre opération, vos soins, etc...

Q8 – Les explications ou les réponses des médecins de l'UHSI étaient parfaitement claires et compréhensibles

Q9 –Les médecins du service ne vous gênaient pas en parlant devant vous comme si vous n'étiez pas là

Q10 –Le personnel soignant (aide soignants, kinésithérapeutes, infirmiers, autres professionnels de santé) ne vous gênait pas en parlant devant vous comme si vous n'étiez pas là.

Q11– Le personnel de l'UHSI était très poli et très aimable

Q12 –Vous avez pu obtenir de l'aide facilement à chaque fois que vous en aviez besoin pour les activités de la vie courante comme vous laver, vous habiller, manger, etc ...

Vous n'aviez pas besoin d'aide pour les activités de la vie courante

Q13– Vous avez reçu de l'aide très rapidement dans les situations urgentes

Vous n'avez pas eu besoin à faire face à une situation urgente durant votre hospitalisation

Q14– Votre douleur a été prise en charge de manière excellente.

Vous n'aviez pas de douleur lors de votre hospitalisation à l'UHSI

Q15– Les autres inconforts liés à votre maladie ou votre opération, comme des nausées, une

mauvaise position, des vertiges... ont été pris en compte de façon excellente

Vous n'avez eu aucun inconfort de ce type

Q16– Dans l'ensemble, diriez-vous que les soins que vous avez reçus à l'UHSI étaient de bonne qualité

Q17– L'information qui vous a été donnée sur les effets indésirables possibles des médicaments à l'UHSI (autres que votre traitement habituel) était excellente

Vous n'avez pas eu de médicaments prescrits à l'UHSI autre que votre traitement habituel

Q18– Lors de votre hospitalisation à l'UHSI, on vous a demandé votre avis et votre autorisation avant de recevoir des soins.

Aucune décision n'a été prise

Q19– À l'UHSI, vous avez été informé de façon claire et compréhensible des complications possibles des examens de santé dont vous avez bénéficié

Vous n'avez pas eu d'examen

Q20– Avez-vous été opéré lors de cette hospitalisation ?

Oui/ Non. Si non ne répondez pas à la question Q22.

Q21– Quand vous avez posé des questions au chirurgien sur votre opération, vous avez compris les réponses

Vous n'avez pas eu la possibilité de poser des questions au chirurgien quand il était avec vous

Vous n'avez pas eu de question à poser ou ce n'est pas vous qui posiez les questions

#### ***A propos du confort et des repas***

Q22– Le confort de votre chambre à l'UHSI était excellent

Q23– La propreté de votre chambre à l'UHSI était impeccable

Q24– La température de votre chambre à l'UHSI était ni trop chaude ni trop froide

Q25– La chambre de l'UHSI était très calme

Q26– Vous avez pu bénéficier facilement de visites (parloirs) durant votre hospitalisation

Vous n'avez habituellement pas de parloirs

Votre séjour à l'UHSI était trop court pour organiser des parloirs

Votre lieu de détention est trop éloigné pour que vos visiteurs puissent se rendre à l'UHSI

Q27– Vous avez facilement eu la possibilité de passer des appels téléphoniques à vos proches

Vous n'aviez personne à contacter

Votre séjour à l'UHSI était trop court pour pouvoir organiser les autorisations d'appels téléphoniques

Q29– La possibilité de sortir de sa chambre uniquement pendant les marches est largement suffisante

Q30– La possibilité d'avoir des contacts à l'UHSI avec votre famille et/ou vos proches est aussi facile que dans votre centre de détention

Q31– Les repas servis à l'UHSI étaient excellents

Vous n'avez pas pu prendre de repas compte tenu de votre état de santé.

Q32– La cuisine proposée était composée de plats variés

Vous n'avez pas pu prendre de repas compte tenu de votre état de santé.

***A propos du service pénitentiaire***

Q33– La qualité de l'accueil reçu par l'administration pénitentiaire (gradé, surveillants) de l'UHSI a été excellente

Q34– L'équipe pénitentiaire de l'UHSI a joué un rôle très important dans la qualité de votre séjour

Q35– L'équipe pénitentiaire de l'UHSI n'a pas gêné du tout la prise en charge de votre santé

Q36– L'équipe pénitentiaire de l'UHSI a été très aimable durant votre hospitalisation.

Q37– La présence des surveillants de l'UHSI a toujours respecté votre intimité

Q38– La présence des surveillants de l'UHSI n'a pas du tout gêné vos relations avec l'équipe soignante de l'UHSI.

Q39– L'accompagnement par les surveillants de l'UHSI lors des examens ou des consultations se sont passés dans de bonnes conditions.

***A propos de votre sortie de l'UHSI***

Q40– Vous avez été parfaitement informé des horaires des prises des médicaments, des effets indésirables et à quoi ils servent lors de la sortie de l'UHSI

Q41– Vous avez bénéficié d'une information complète sur la reprise d'activité, le travail, le sport à votre sortie de l'UHSI

Q42– Vous avez reçu des informations claires sur les complications devant vous amener à reconsulter votre médecin lors de votre sortie de l'UHSI

Q43– Vous avez été informé à quelques jours près de votre date de sortie de l'UHSI

Q44– Vous vous sentez beaucoup mieux maintenant qu'avant d'être hospitalisé à l'UHSI  
Veuillez donner une note sur 100 correspondant à votre satisfaction globale de votre hospitalisation à l'UHSI

Q45- Durée de votre hospitalisation à l'UHSI en nombre de jours : \_\_\_\_\_

**Avez-vous des remarques particulières à faire sur votre hospitalisation à l'UHSI ?**

## ANNEXE 3 : Données générales des populations

### Patients

Total des Patients Hospitalisés à l'UHSI	365
Nombre de Questionnaires Distribués	186
Nombre de Questionnaires Complètes	78
Total des Patient vus mais présentant un Critère d'Exclusion	29
Total de Refus	7
Nombre de Questionnaires Ininterprétables	2
Taux de Réponse Globale Patients	21,36
Taux de réponse en Fonction du nombre de Questionnaires Distribués	36,27
Hommes	75
Femmes	3
Âge moyen	44,775

### Motif d'hospitalisation

Médecine	45
Chirurgie	22
Cancérologie	6
Psychiatrie	5

### Nombre de jours d'hospitalisation par motif d'hospitalisation

Médecine	15,02
Chirurgie	15,739
Cancérologie	28
Psychiatrie	12,5

### Personnel Soignant

Total Soignants ayant complété le questionnaire	33
Taux de Réponse Globale Soignants	70,212
Nombre d'Années Moyen Exercées dans le service	4,45

### Personnel Pénitentiaire

Total Personnel Pénitentiaire ayant complété le questionnaire	17
Taux de Réponse Globale Personnel Pénitentiaire	35,41
Nombre d'Années Moyen Globale Exercées dans le service	3,83

## ANNEXE 4 : Réponses à la question libre

**Patient 1** « Manque de sévérité à l'égard de certains détenus (tabac, bruits, respect). Pour ma part que du bon. »

**Patient 2** « J'ai très bien mangé et j'ai été très bien soigné. »

**Patient 3** « Parfait! Personnel très agréable. »

**Patient 4** « Je suis très content de l'ensemble de mes séjours. »

**Patient 5** « Je voudrais remercier le personnel dans l'ensemble, qui ont été très agréables par leur présence, le sourire et au long des journées qui suivent. Je ne trouve pas de mots pour qualifier la grandeur de ces personnes qui nous donne l'envie de vivre, alors que parfois nous sommes au bout d'y mettre fin ! Que Dieu les bénisse avec les leurs! Je leur adresse tout mon respect. PS un métier très difficile. »

**Patient 6** « Politesse exemplaire pour tout le monde, qualité des soins et approche humaine. »

**Patient 7** « Je pense qu'il serait bon que la promenade devrait être plus longue ou 2 fois par jour. Le personnel hospitalier est très sympathique vu le contexte. Il faudrait qu'il y ait des rencontres pour le dialogue avec les autres détenus ainsi que l'extérieur. »

**Patient 8** « Concernant la promenade en extérieur, il n'y en a pas. C'est dommage. Et le choix du patient sur les soins n'est pas vraiment demandé. Les cantines, on ne peut pas cantiner plus de choses, gâteaux, boissons... »

**Patient 9** « Ce serait bien d'avoir une promenade à ciel ouvert, et avoir plus de temps de sortie, et l'autorisation de fumer au sein de la promenade »

**Patient 10** « J'ai été agréablement surpris de la réactivité tant du personnel infirmier, aide-soignant médecin et autres soignants que du personnel hospitalier pour le confort (repas, faire la chambre et la propreté). Pour moi, c'est une expérience unique et qui me tiendra à cœur longtemps. Je remercie tous le personnel hospitalier et les surveillants, surveillantes qui ont rendu mon séjour moins dur. Merci à eux. »

**Patient 11** « La promenade pas assez longue, il faudrait 1h 30 le matin de 10 à 11h30 et l'après-midi de 15 h à 16h30. Pas assez d'activités. »

**Patient 12** « Voir stores défectueux, climatisation moyenne. »

**Patient 13** « L'interdiction de tabac n'est pas normale, ainsi que la promenade en couloir. Cet établissement est inadapté aux gens valides ou en bonne santé en attente de leur retour, qui met plusieurs jours. »

**Patient 14** « À mon arrivée, j'avais une plaquette avec mes médicaments. Cette boîte avec mes médicaments a disparu. Surtout que ces médicaments sont très importants pour moi étant donné que j'ai fait 2 AVC. »

**Patient 15** « Grâce à vous tous je souhaiterais même participer à une éventuelle médicale (cobaye). Je rentre avec énormément de bons souvenirs. Vous êtes mes premiers contacts avec le milieu libre depuis octobre 2005. »

**Patient 16** « Après avoir annulé mon opération à Roanne pour différentes causes, on m'a hospitalisé avec une équipe extrêmement douée (médecin, internes, infirmières, stagiaires, aides-soignantes). Ça fait depuis octobre 2005 que je suis incarcéré et de l'escorte à ma sortie tout était super. Vous ne pouvez même pas l'imaginer. C'est la première fois en 9 ans que j'ai

ressenti autant d'émotions. On a trop bien pris soin de moi. Je remercie toute les personnes de l'UHSI de tout mon cœur, ainsi que tous les surveillants et les gradés. Je vous apprécie tous. Vous m'avez soulagé physiquement et psychologiquement. Merci. PS: C'est la première fois que je suis opéré et que je reste autant de temps hospitalisé. »

**Patient 17** « Je n'ai aucune remarque à faire sur le fonctionnement du service. Tout a été au contraire très positif. Le personnel, quelle que soit leur grade ou leur fonction, est à l'écoute et fait ce qu'il peut dans la limite de ses fonctions pour satisfaire vos demandes. Leurs sourires et leur gentillesse sont des atouts majeurs et favorise d'autant plus le bon rétablissement du patient ainsi que son moral, qui en ce qui me concerne, est vraiment descendu au plus bas. Un mot sur les surveillants pénitentiaires dont le questionnaire ne tient pas trop compte. Ils sont aussi remarquables, disponibles et d'une discrétion exemplaire. L'entente entre eux et le personnel soignant fait très plaisir à voir et met tout de suite le patient dans de bonnes conditions. Ce sont eux aussi de très bons psychologues et un maillon essentiel au fonctionnement de cette unité médicale exemplaire. »

**Patient 18** « Au sujet de la pénitencier pour moi c'est dur d'être dans le néant jusqu'au départ au centre de détention bien que je puisse comprendre que la pénitencier doit être en sécurité pour les transferts. Très dur à gérer pour le moral. J'ai l'impression de ne plus être maître de mon corps. Nous sommes des détenus, je me permets d'ajouter que le regard et le jugement est très mal vécu. N'importe qui peut se retrouver en prison. »

**Patient 19** « Aucune information n'est donnée avant l'arrivée à l'UHSI (Prendre une serviette, nécessaire de toilette). Rien ne permet de prévoir le nombre de jours à l'UHSI pour prévoir les vêtements en conséquence. »

**Patient 20** « C'est un hôtel 5 étoiles sauf la liberté. Le personnel est d'une qualité supérieure. Le service bibliothécaire est remarquable. »

**Patient 21** « Je n'ai pas du tout apprécié le fait que le surveillant qui est venu me chercher à la prison me dise "tu n'es pas obligé d'être hospitalisé si tu veux, car là-bas tu ne pourras pas fumer". De plus, c'est le même surveillant qui m'a amené à Edouard Herriot pour passer ma gastroscopie. Il a harcelé le personnel soignant de l'hôpital pour que je rentre 3 heures après mon anesthésie générale. Il n'appréciait pas du tout d'attendre à l'hôpital et a fait appeler le médecin anesthésiste. Du coup, à peine réveillé, l'ambulancier influencé par ce même surveillant a roulé très vite et donc freiné très vite, changements de voies brusques. J'avais envie de vomir et je me sentais très mal. »

**Patient 22** « Juste un manque de spécialistes qui nous visitent. »

**Patient 23** « Lorsque j'étais venu en 2011, j'étais prévenu, et selon ma fiche pénale j'étais mis en cellule 14 et maintenant que je suis condamné, j'ai été mis à la cellule 20 et très surveillé, ce que je ne comprends pas puisque je suis venu dans le seul et unique but de me faire soigner et non pas pour les raisons que la pénitencier a imaginé ou imagine. »

**Patient 24** « Par la fenêtre de la chambre, j'ai vu qu'il y avait une petite cour. Il suffirait juste de la sécuriser et d'en faire une pour les promenades, comme ça les détenus pourront prendre l'air et les fumeurs pourront fumer. Cela ferait le bonheur de chacun. »

**Patient 25** « Il manque une personne habilitée et autorisée pour coiffer les patients. »

**Patient 26** « Je suis un cas assez particulier. Détenu à Saint Quentin-Fallavier, pour des

raisons que je trouve absolument injustes (de prétendues violences verbales). Le mal dont je souffre, une hernie grave sur le côté droit du ventre m'a fait conduire à l'UHSI de Pierre Bénite. On m'a fait une coloscopie et c'est tout. Je pensais être opéré dans la foulée de cette grosse hernie mais rien du tout. Ils attendent probablement que je crève avec l'éclatement de cette hernie. L'UHSI n'est absolument pas responsable de cet état de fait. Ce ne sont pas eux qui décident. Cet établissement est remarquablement bien géré et tout le personnel mérite le plus grand éloge. Seuls points noirs au tableau : il y a une personne du personnel soignant qui ne s'est pas présentée, toujours accompagné d'une dame qui me fait passer des tests pour savoir si je n'ai pas la maladie d'Alzheimer. De quel droit et sur l'ordre de qui ? Je ne connais pas son nom veuillez me le faire savoir s'il vous plaît.

Il y a un autre personnage qui ne s'est pas présenté non plus (toujours accompagné d'une collègue) qui veut me faire passer une IRM pour prouver que je suis violent. Ce qui n'est absolument pas le cas. Cela m'arrive de dire "MERDE" parfois pour calmer les gens, mais cela ne va jamais plus loin. Je suis tout à fait non violent physiquement et mentalement, et je me contrôle très bien. Ce dernier personnage (au nom et à la fonction inconnue) est en train de monter un "BATEAU". Il doit s'ennuyer et tenir à son IRM. Il faut qu'il arrête, sinon je vais mettre cela sur les réseaux sociaux. Sa collaboratrice est particulièrement désagréable et même odieuse. Elle devrait cesser de faire ce travail : il n'est pas fait pour elle. Elle devrait se faire psychanalyser. À part ces 2 personnages inconnus et leurs collaboratrices aussi inconnues, je ne saurais assez faire d'éloges du personnel de gestion de l'UHSI, tant infirmières que personnel de service pour leur correction, leur délicatesse et leur discrétion. La nourriture est excellente et on a droit à des tisanes et du café en plus. Que tous ces gens soient remerciés. Quand j'ai été transporté en fourgon de l'UHSI à l'hôpital pour la coloscopie (avec 2 ambulanciers et 3 gardiens) j'étais très mal protégé du froid et malgré mes demandes rien n'a été fait pour me couvrir, y compris à l'hôpital même, où la porte était grande ouverte avec juste devant les 3 gardiens qui conversaient entre eux. J'avais froid et mes mains tremblaient. Il n'a été tenu aucun compte de ma demande de couverture. Les gens là, avaient dû oublier que l'on était en plein hiver. J'ai attrapé vraiment froid. En revenant à l'UHSI mes mains tremblaient et depuis je suis enrhumé. Je quitte l'UHSI ce jour et je ne sais toujours pas quand je vais être opéré de cette hernie qui me gêne de plus en plus. C'est quasiment une non-assistance à personne en danger. Je préviens tous mes amis sûrs. »

**Patient 27** « L'interdiction de sirop menthe, fraise, coca, limonade. »

**Patient 28** « Dysfonctionnement dans le planning des rendez-vous dont le personnel s'est excusé. »

**Patient 29** « Je suis arrivé le lundi et le livret explicatif ne m'a été fourni que le mercredi après-midi. Le manque d'activités est un sérieux problème (psychologique et physique). On se sent séquestré à l'intérieur du bâtiment, pas de possibilité de prendre l'air extérieur ce qui joue sur notre état nerveux. La durée de 15 minutes de promenade dans le couloir est vraiment mal ressentie et trop courte. 23H45 enfermé par jour n'est franchement pas acceptable. La plupart des chambres sont individuelles, alors nous devrions avoir le droit d'y fumer. Les détenus veulent repartir au plus vite au détriment des soins. PS : Personnel très agréable. Merci. »

**Patient 30** « Avoir le droit de fumer. Mais un très bon séjour. »

**Patient 31** « La patience est une maladie qui se soigne avec beaucoup d'espoir. Il m'en manquera toujours. Merci »

**Patient 32** « Pour les mises de cathéter, c'est un peu difficile à supporter car ils m'ont piqué 10 fois. Je rigole. Ça s'est très bien passé et l'essentiel est que je me sente mieux. »

**Patient 33** « Resté enfermé c'est dur. Il devrait y avoir une cour de promenade, prendre l'air et pouvoir fumer. Cela diminuerait le stress, l'angoisse des patients dû à l'enfermement. Cela améliorerait également les relations avec le personnel. Pour moi, il n'y a pas eu de soucis avec le personnel, qui à été très à l'écoute alors que rien n'allait. »

**Patient 34** « À part le manque de sortie pour marche, car avoir 5 à 10 minutes pour être enfermé après toute la journée, c'est long. Surtout on n'a pas le droit de manger à sa faim et de fumer. Mais le plus important, c'est la marche et surtout la nourriture. Des fois, je n'arrive pas à dormir à cause de la faim car le repas se trouve à 18 heure, et après plus rien jusqu'au lendemain. À part tout ça, ça va. »

**Patient 35** « Séjour très calme qui peut tourner à l'ennuyeux. On a l'impression d'être à l'isolement. Merci à l'équipe soignante. »

**Patient 36** « Veillez à ce qu'il ait une télé et un fauteuil dans chaque chambre même si je sais qu'ils y en a qu'ils les cassent. »

**Patient 37** « Un manque de chauffage ne m'a pas gêné le 1<sup>er</sup> jour, mais j'avais besoin de plus de chaleur au moment de ma préparation pour une coloscopie : pas moyen d'augmenter le chauffage. Manque d'éclairage ou éclairage non accessible. Chauffage bruyant pour la nuit. L'eau chaude est presque froide même en la laissant couler un moment. Un manque de communication avec le centre pénitentiaire de Saint Quentin-Fallavier d'où je viens : il est important que l'on sache ce qu'il faut emporter comme strict nécessaire, je n'ai pas eu le temps d'y réfléchir : j'ai été averti au dernier moment pour l'extraction, je n'ai pas eu le temps de penser à prendre des changes de sous-vêtements et du nécessaires de toilette, puis je n'ai pas eu droit à un paquetage pour le peu de jours nécessaires. »

**Patient 38** « Essayez de rallonger le temps de marche. »

**Patient 39** « Ennui mortel. Intimité inexistante : vitre ouverte sur le couloir. Tous ceux qui passent peuvent vous observent. Nourriture limite immangeable. Pas de réelle promenade. C'est un enfer. Seul bon point, le personnel médical est très correct et très respectueux. »

**Patient 40** « Ce qui m'a pesé le plus est l'interdiction de fumer que j'ai vécue comme une véritable torture physique et morale. Cela ajouté à une porte close dans un service hospitalier n'est pas seulement dégradant mais humiliant. De plus la réflexion d'une infirmière a été discriminatoire, humiliante et irrespectueuse. En faisant référence à ma condition de détenu : "qu'un prisonnier". Pour moi qui suis un "gentil" je n'ai donc pas relevé sa réflexion, mais tous ne sont pas comme moi. Je pense qu'il serait nécessaire de lui faire remarquer pour sa propre sécurité. »

**Patient 41** « Les seules remarques que j'aurais pu faire ne portent pas sur le corps médical mais sur les conditions de séjour pour les fumeurs. Car même lorsque nous sommes sanctionnés au sein de nos centres de détention et que nous nous retrouvons au quartier disciplinaire, nous gardons le droit de fumer et d'une heure de promenade quotidienne. »

**AMOROS Olivier** : Confrontations des perceptions des patients hospitalisés à l'UHSI de Lyon Sud avec leurs attentes au sujet de la qualité des soins, et avec les représentations de ces attentes par le personnel médical et pénitentiaire

Nbr f. ill. tab.

Th. Méd : Lyon 2014 n°

---

**Résumé** :

**Introduction** : L'évaluation de la qualité des soins est un enjeu majeur de santé publique. La prise en compte de la satisfaction des patients y joue un rôle majeur. L'UHSI, dispositif de prise en charge interrégional sécurisé dédié à la prise en charge hospitalière des personnes détenues n'a encore jamais fait l'objet d'une telle étude.

**Objectif** : Améliorer la qualité des soins à partir d'une enquête de satisfaction, afin de déterminer les points satisfaisants de la prise en charge à l'UHSI et ceux qui ne le sont pas. L'évaluation par les membres du personnel de ce qu'ils pensent être important pour les patients a été menée, afin de confronter leurs impressions personnelles à celles des patients.

**Méthodologie** : Une méthodologie analogue à celle de Servqual, basée sur la différence entre les attentes et les perceptions des patients, a été utilisée auprès de 78 patients hospitalisés à l'UHSI, sur une période de un an. L'enquête auprès du personnel du service a été effectuée avec un questionnaire similaire, afin de permettre une comparaison directe. Les tests non-paramétriques de Wilcoxon et de Mann-Whitney ont été utilisés.

**Résultats** : Des différences significatives entre les attentes et les perceptions des patients ont été relevées sur l'information reçue avant l'admission et à la sortie du service. Des disparités ont également été observées entre les évaluations des patients et du personnel.

**Discussion** : Les résultats sont analysés et des implications managériales discutées.

---

**Mots Clés** : qualité des soins de santé, satisfaction, médecine pénitentiaire, statistique non paramétrique, marketing.

---

**Jury** :

**Président** :

Monsieur le Professeur MATILLON Yves

**Membres** :

Monsieur le Professeur ECOCHARD René

Monsieur le Professeur DUBOIS Jean-Pierre

Monsieur le Docteur CHOSSEGROS Philippe

---

**Date de soutenance** : 20 novembre 2014

---

**Adresse de l'auteur** : 32, rue Émile Combes — 69008 LYON  
email : amorosolivier3@gmail.com