7 mai 2026

Le temps comme indicateur de qualité à l'hôpital: mesurer ce qui compte vraiment pour les patient·es

Davantage de temps pour les patient·es

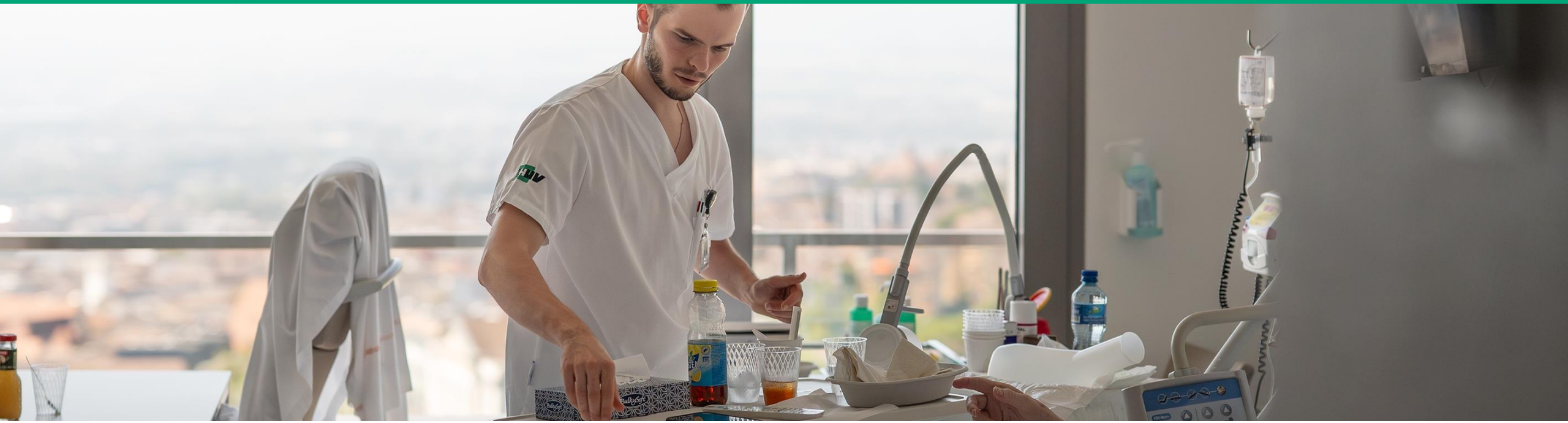
Simplifier pour mieux soigner

Études de mesure du temps passé
au chevet du ou de la patient·e
par les équipes soignantes

Campagne
«Qu’est ce qui est important
pour vous?»

L’exemple de deux actions réalisées au CHUV

Mesure du temps au chevet des patient·es



5 études menées au CHUV autour du temps des assistant·es et chef·fes de clinique

Des conclusions sur les professionnel·les

- Une journée réelle longue et saturée, dont plus de la moitié est consacrée à des tâches indirectes, très fortement médiées par l'ordinateur
- Une fragmentation importante du travail, avec de fréquents changements de tâches, générateurs de charge mentale

Mais aussi autour de la qualité et la sécurité perçue par les patient·es

- La durée et la qualité du face-à-face (écoute, empathie, clarté des explications).
- Le temps d'attente (aux urgences, avant d'avoir des nouvelles).
- La cohérence et la continuité (mêmes messages entre les différents médecins, absence de contradictions)

11h30/j

Si les assistant·es et chef·fes de cliniques passent en moyenne à 11h30 à l'hôpital

52%

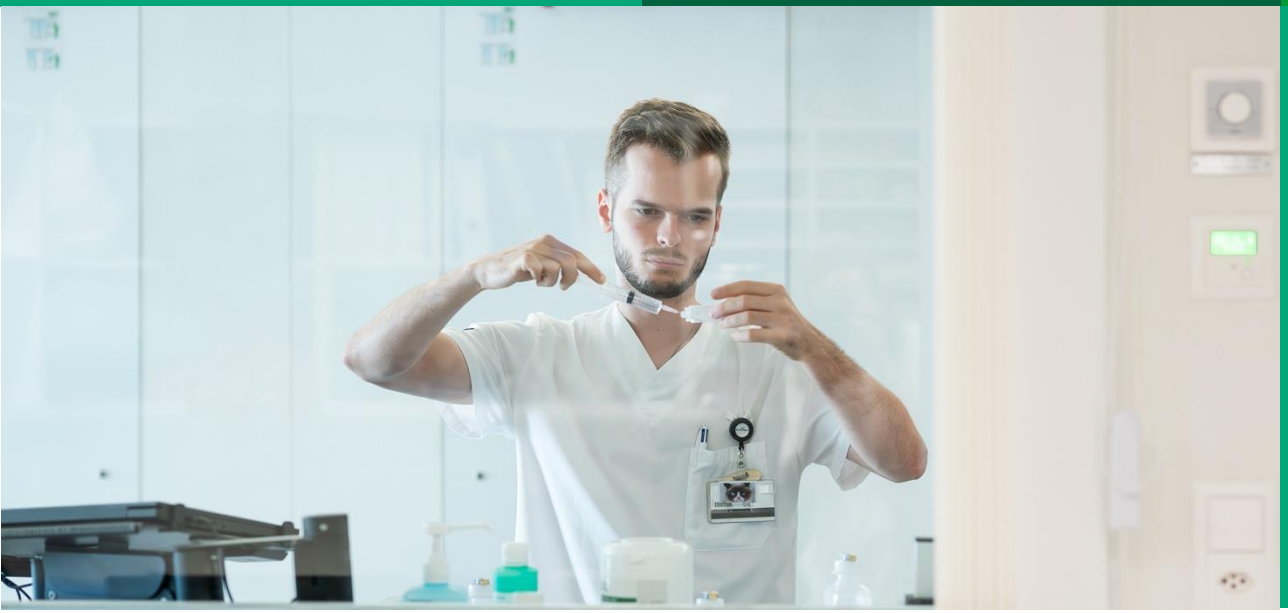
de leur temps est consacré à des activités cliniques indirectes (documentation, coordination…)

28%

de leur temps est dédié aux activités cliniques directes (examens, entretiens, explications, présence au lit du malade)

1h40

seulement environ en face-à-face avec les patients – soit une fraction limitée de leur temps



Du point de vue des patient·es, la qualité se manifeste par le sentiment de l'accessibilité des médecins, le temps d'écoute et la clarté des explications.

Le sentiment d'être reconnu est conditionné par le temps consacré et la qualité d'attention.

Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts | Annals of Internal Medicine

La digitalisation (documenter, prescrire, traçer, consulter les résultats, répondre aux messages) et la fréquence des changements de tâches (interruption de tâches pour répondre à un appel, sollicitation pendant rédaction ou pendant l'examen d'un·e autre patient·e) impactent la charge cognitive et mentale des assistants et chef·fes de cliniques, augmentant le risque d'oubli et d'erreurs dans les environnements complexes.

Du point de vue des patient·es, cela se traduit par un médecin pressé, qui consulte son écran en permanence, qui reçoit un téléphone pendant l'entretien ou bien par des délais d'attente qui peuvent laisser un sentiment d'abandon.

La satisfaction patient passe aussi par un temps continu d'écoute.

Pour les assistants et chef·fes de clinique les deux réalités précédentes conduisent à un décalage entre leur idéal de la médecine (présence, réflexion clinique, pédagogie auprès du ou de la patient·e) et la réalité quotidienne (documentation, codage, traçabilité, sentiment de «courir après le temps»).

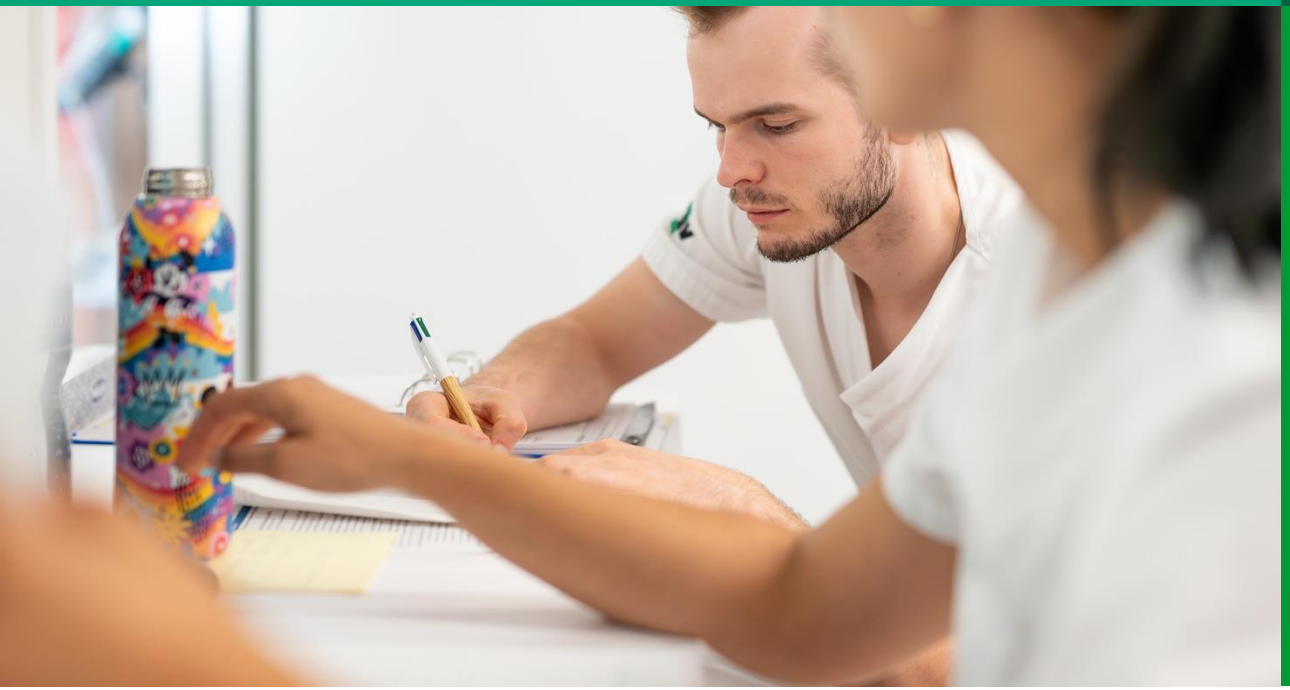
Ce décalage lui-même augmente le risque d'épuisement et celui d'une baisse des capacités **et** qualités relationnelles**.**

Du point de vue des patients·es, il est rapporté la perception d'une «médecine rapide» de visites très courtes, de consultations parfois centrées sur des «check list» plutôt que sur les préoccupations du patient.

Le sentiment de sécurité des soins ressenti par les patients peut-être impactée par le sentiment d'être «un numéro» ou pris dans une «chaine industrielle»

La 4e étude démontre que, à organisation de service identique, il n’y a pas de différence significative entre hommes et femmes dans la manière de structurer le temps de travail sur les unités de médecine interne.

L’absence de différence majeure entre sexes suggère que ce sont les contraintes structurelles (nombre de patient·es, procédures, outils numériques, culture de service) qui façonnent l’usage du temps, plus que les «styles individuels».



Cela renforce l’idée que les leviers pour «rendre du temps aux patient·es» sont d’abord organisationnels (process, personnels de soutien, SIH) et non individuels.

Une piste d’amélioration

Il s’agit d’un exemple de «re-design» du temps orienté qualité: on investit du temps en amont pour améliorer la valeur du temps passé ensuite en face-à-face sur la visite.

Structuration d’un temps de préparation

pour les résident·es avant la visite (passer en revue les données, clarifier le plan, anticiper les points à discuter avec les patient·es et le staff).

Effets observés

Les rounds deviennent plus ciblés, avec une discussion clinique plus structurée et potentiellement moins de va-et-vient inutile pendant la visite.

La préparation améliore le sentiment de maîtrise des résident·es

Pour les patient·es

On note une amélioration de la qualité des échanges avec les patient·es, (explications plus claires, réponses plus complètes) et une réduction du stress perçu.

Campagne

Journée Mondiale le 2 juin 2026

Une campagne portée au sein du canton de Vaud depuis 2019

Origine et principe

Déplacer le focus de «What's the matter with you?» vers «What matters to you?», pour se centrer non plus seulement sur la maladie, mais sur les priorités, valeurs et attentes de la personne.

Depuis 2012, le 1er mardi de juin est devenu la journée internationale «What matters to you?», désormais portée par une cinquantaine de pays.

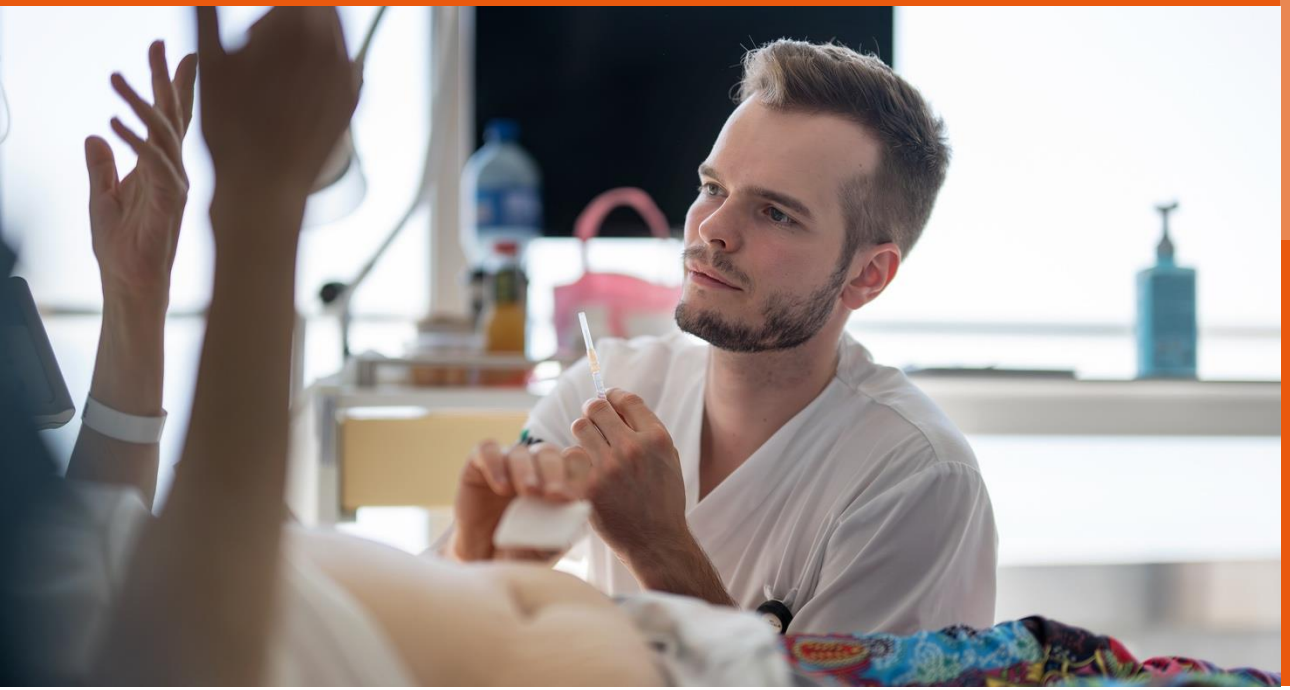
Objectif central

Impliquer les patient·es comme partenaires en leur demandant directement ce qui est important pour eux, et en intégrant leurs réponses dans les décisions et plans de soins.

La question vise à **créer une relation de confiance et d'empathie, et à co-construire le projet de soins avec le patient plutôt que pour le patient·e.**

Ce que disent les patient·es

Thèmes principaux



La **relation de soins**

Confiance, respect, continuité, sentiment d’être reconnu comme personne.

L’**écoute**

Être réellement entendu sur ses craintes, ses priorités de vie, ses contraintes familiales ou professionnelles.

Les **solutions concrètes**

Aménagements pratiques, aides, explications claires, coordination qui simplifie le quotidien (retour à domicile, gestion de la douleur, organisation des rendez-vous).

Service de médecine nucléaire

Le Service de médecine nucléaire a décidé de présenter un récit d'un patient venant faire un PET/CT et qui venait depuis 4 ans faire cet examen régulièrement. Cela a particulièrement touché nos équipes car il est rare, étant un service principalement ambulatoire, d'avoir un retour sur tant d'années d'examens.

Cela fait donc quatre ans que ce patient vit avec un cancer; quatre ans de traitements, d'attentes, de hauts et de bas. Chaque jour est un mélange d'espoir et d'incertitude. Mais avec le temps, il a appris à naviguer dans ce monde si particulier, grâce à l'aide précieuse - et surtout humaine - des soignants.

Aujourd'hui, il retourne une nouvelle fois à l'hôpital pour un PET/CT: le douzième. Il en connaît chaque étape, chaque son, chaque sensation. Pourtant, ce rendez-vous n'est jamais anodin. Il porte en lui une charge émotionnelle, car derrière les images, ce sont ses espoirs, ses peurs et sa vie qui sont en jeu.

Ce rendez-vous trimestriel, pourtant devenu presque routinier, a pris une tout autre dimension cette fois-ci.

Comme toujours, il a été accueilli avec chaleur par l'équipe.

*Mais c'est au moment où le technicien en radiologie médicale, qu'il retrouve régulièrement, lui pose une simple question: «**Qu'est-ce qui est important pour vous ?**» ... que quelque chose change.*

Il est surpris. Ce n'est pas une question médicale. Mais c'est une question essentielle. Il est pris au dépourvu et, en même temps, cela le touche profondément. Car, au fond, tout tourne autour de cela, non ? Qu'est-ce qui compte vraiment, au-delà des résultats, des traitements, des chiffres ?

Cela l'a ramené à l'essentiel : il nous parle de ses enfants, de son envie de rester présent pour eux, des petits moments de la vie qu'il veut continuer à savourer. Ce bref instant transforme tout. Il n'est plus juste dans un protocole d'imagerie : il est un être humain, avec des projets, des émotions, des repères.

Ce moment a profondément marqué son passage ce jour-là. Il lui a donné de la force, de la clarté, et un sentiment d'alliance avec ceux qui l'accompagnent. Ce n'était pas un simple examen de plus ; c'était une rencontre, une écoute vraie, qui lui a rappelé pourquoi il se bat.

Enfin, pour nous, qui l'avons accompagné dans ce processus, cela nous a procuré beaucoup d'émotions et nous a également recentrés sur ce qui est, en réalité, le vrai travail d'un soignant : la prise en charge d'un patient dans son ensemble et non pas de l'organe ou de la maladie. Nous sommes très reconnaissants à cette personne d'avoir partagé avec nous toutes ces belles choses sur la vie.

Service des soins intermédiaires

Aujourd'hui, je vois une patiente hospitalisée aux soins intermédiaires. Je la connais depuis quelques jours, après l'avoir suivie depuis les soins intensifs pour débuter la rééducation précoce.

Pour la séance d'ergothérapie de ce jour, comme à l'accoutumée, je demande à la patiente quelle activité de la vie quotidienne serait importante à réentraîner pour qu'elle puisse retrouver de l'autonomie.

Elle me décrit alors son rêve: pouvoir se brosser les dents seule. Elle me regarde en rigolant et me dit: «Vous trouvez peut-être cela bête mais vous n'imaginez pas comme c'est désagréable pour moi qu'une autre personne me brosse les dents.» On ne se rend pas bien compte comme de tout petits gestes du quotidien peuvent devenir compliqués...

La séance se déroule. Avec un peu d'entrainement, quelques stratégies et adaptations du matériel qu'elle a l'habitude d'utiliser, la patiente parvient à se brosser les dents seule. Je n'oublierai jamais le sourire (brillant, une fois ses dents lavées) de cette patiente et son « merci de m'avoir redonné cette possibilité ».

Sans cette question posée au début pour savoir ce qui était important pour elle, je serais probablement passé à côté de son besoin...

Les retours de la campagne 2025

Les résultats de la campagne montrent souvent des situations où une question simple a permis de débloquer une prise en charge complexe: adapter un horaire de traitement à la garde des enfants, ou ajuster un projet de rééducation aux objectifs de vie réels du ou de la patient·e.

Ces récits mettent en lumière que ce qui est important pour les patients n’est pas toujours médicalement spectaculaire, mais très concret: dormir sans être réveillé inutilement, pouvoir appeler un proche, comprendre le plan de soins, participer aux décisions.

Pour les professionnel·les

L’essentiel n’est pas de poser la question comme un «item à cocher», mais de respecter l’**esprit** de la question et la **posture** associée: curiosité, écoute, absence de jugement, volonté d’agir sur ce qui est exprimé.

Poser la question oblige à accepter d’entendre des priorités qui ne sont pas purement biomédicales (autonomie, dignité, rôle social) et à adapter les plans de soins en conséquence.

Pour les institutions

Les réponses des patient·es sont utilisées pour orienter des améliorations organisationnelles: simplifier certains parcours, adapter des horaires, revoir des modalités de communication, travailler sur le bruit, les visites, etc.

Un modèle conceptuel vaudois décrit trois «cercles d'apprentissage»:

- Patients qui clarifient leurs priorités.
- Professionnel·les qui les intègrent dans la prise en charge individuelle.
- Institution qui pourrait utiliser ces informations pour transformer l'organisation.

Quand on mesure le temps des médecins, on voit surtout des tâches informatiques et administratives. Quand on demande aux patient·es ce qui est important pour eux, ils parlent de relation, d'écoute et de solutions concrètes.

Notre enjeu est d'aligner les deux.