

ECOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

RENAUT Laurent	Jury Décembre 1999
Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital 1998/2000	
ETUDE DE LA SATISFACTION DES USAGERS : De la mesure de la satisfaction... A l'amélioration de la qualité au Centre Hospitalier de Sens	

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

PATIENT, USAGER OU CLIENT ? 6

1 ..DE LA MESURE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS ...

..... 8

1.1 LA PRESTATION HOSPITALIÈRE : UN SERVICE 8

1.1.1 UN SERVICE INTANGIBLE..... 8

1.1.2 UNE PRODUCTION ET UNE CONSOMMATION SIMULTANÉES..... 8

1.1.3 IMPLICATIONS MANAGÉRIALES 8

1.2 LE CONCEPT DE SATISFACTION 9

1.2.1 DÉFINITION.....10

1.2.2 LE PARADIGME DE DISCONFIRMATION.....11

1.2.2.1 Limites11

1.2.2.1.1 Contestations du niveau de référence des attentes11

1.2.2.1.2 Contestation de l'homogénéité de la perception12

1.2.3 DÉFINITION DE LA SATISFACTION DU PATIENT14

1.2.3.1 La diversité des besoins et attentes des patients : une multitude de dimensions15

1.2.4 PROBLÈMES DE MESURE DE LA SATISFACTION PROPRES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS.....17

1.2.4.1 Satisfaction et accréditation18

1.2.4.2 Une nécessaire rigueur.....19

1.3	MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION	20
1.4	LES ÉTAPES DE L'ÉLABORATION D'UN OUTIL DE MESURE DE LA SATISFACTION.....	21
1.4.1	LE PARADIGME DE CHURCHILL	22
1.4.2	TYPLOGIE DES DIFFÉRENTES ÉTUDES POSSIBLES.....	25
1.4.2.1	Les études exploratoires.....	25
1.4.2.1.1	Les études documentaires.....	25
1.4.2.1.2	Les études qualitatives	25
1.4.2.1.2.1	Les discussions de groupe.....	26
1.4.2.1.2.2	Les entretiens individuels.....	26
1.4.2.2	Les études descriptives	27
1.4.2.2.1	L'entretien personnel face à face	27
1.4.2.2.2	Le questionnaire par correspondance	28
1.4.2.2.3	L'enquête par téléphone	29
1.4.3	L'ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	29
1.4.3.1	Le choix d'un échantillon représentatif.....	34
1.4.3.2	Calcul de la taille de l'échantillon	34
1.4.4	L'ÉTAT DE LA RECHERCHE	36
1.4.4.1	Les expériences étrangères de mesure de la satisfaction des patients	36
1.4.4.2	Les expériences françaises.....	43
1.4.4.2.1	Le marketing des services : le modèle « tétraclasse »	43
1.4.4.2.2	Les pratiques des hôpitaux français.....	45
1.4.4.2.3	L'expérience de l'aquitaine.....	46

2... A L'AMELIORATION DE LA QUALITE A L'HOPITAL DE SENS..... 49

2.1	LES LIMITES DE L'OUTIL DE MESURE	49
2.1.1	LA RELATION PERSONNEL / SATISFACTION	50
2.1.1.1	La relation infirmières / satisfaction	50

2.1.1.2	La relation personnel / satisfaction	52
2.1.2	PRENDRE SOIN DES PERSONNES QUI PRENNENT SOIN DES PATIENTS	52
2.1.3	TOUS DRH	52
2.2	LES MOYENS MIS EN PLACE À SENS	53
2.2.1	UN NOUVEAU MÉTIER : LE RÉFÉRENT QUALITÉ	53
2.2.2	UNE STRUCTURE : LA CELLULE ACCRÉDITATION	53
2.2.3	LE GROUPE RÉFÉRENT ACCRÉDITATION	54
2.2.4	ACTIONS DE SENSIBILISATION	56
2.2.5	DES OUTILS D'OBSERVATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS	57
2.2.5.1	le questionnaire de sortie : 35 questions pour y voir plus clair.....	57
2.2.5.2	l'enquête annuelle	58
2.2.5.2.1	Méthodologie	58
2.2.5.2.2	Résultats	60
2.2.5.2.3	Perspectives.....	61
2.2.5.2.3.1	L'enquête 1999.....	61
2.2.5.2.3.2	Recueillir d'autres données.....	62
2.2.5.3	la gestion des lettres de plainte	63
2.2.6	L'INFORMATIQUE : LE LOGICIEL LE SPHINX®	64
2.2.7	LA FORMATION	64
2.2.7.1	La stratégie de formation.....	64
2.2.7.2	Le renouvellement prochain de nombreux cadres infirmiers	65
2.3	UNE DIFFICULTÉ : LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	66

CONCLUSION **68**

BIBLIOGRAPHIE..... **66**

ANNEXE

INTRODUCTION

« Les grandes personnes aiment les chiffres. Quand vous leur parlez d'un nouvel ami, elles ne vous questionnent jamais sur l'essentiel. Elles ne vous disent jamais : « Quel est le son de sa voix ? Quels sont les jeux qu'il préfère ? Est-ce qu'il collectionne les papillons ? » Elles vous demandent : « Quel âge a-t-il ? Combien a-t-il de frères ? Combien pèse-t-il ? Combien gagne son père ? ». Alors seulement elles croient le connaître »¹.

La recherche sur le comportement du consommateur ressemble beaucoup aux grandes personnes du Petit Prince. Elle recourt massivement aux modèles mathématiques pour tenter de cerner le comportement de l'individu. Mais elle a aussi compris le message du Petit Prince en prenant de plus en plus en compte les aspects qualitatifs qui caractérisent l'individu.

Pourquoi faut-il mesurer la satisfaction des patients ? Par obligation ?

L'article premier de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit que chaque établissement procède à une évaluation régulière de la satisfaction de ses patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

Quelle est la finalité d'un établissement de santé ? Soigner les personnes accueillies ou les séduire ? La déclinaison du concept de satisfaction, a priori bien théorique, est-elle réellement opérationnelle et accessible aux hôpitaux ? C'est à travers cette problématique que j'ai choisi de répondre au besoin de l'hôpital de Sens d'avoir un outil de mesure de la satisfaction des patients.

Les établissements de santé s'engageront tous dans l'accréditation d'ici cinq ans. Procédure d'évaluation externe, elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte. Ses fondements

¹ Antoine de Saint Exupéry, Le petit prince, Gallimard

sont la place centrale accordée au patient et l'amélioration continue de la qualité, définie symboliquement par la roue de Deming. Celle-ci est une démarche pragmatique de progrès étape par étape à partir de la situation existante objectivée par des mesures.

L'élaboration d'un questionnaire de mesure de la satisfaction des patients correspond tout à fait à cette recherche de données primitives.

- Dans une première partie, on trouvera une méthodologie et différentes voies d'élaboration d'enquêtes. Cette partie chemine du concept très général de satisfaction jusqu'aux aspects techniques de rédaction d'un questionnaire. Elle est volontairement longue pour permettre au lecteur qui souhaite se lancer dans une telle mesure de puiser dans les apports de différents courants tout en gardant à l'esprit une méthodologie rigoureuse, transversale à toutes ces recherches.
- La deuxième partie s'attache constamment à expliquer pourquoi l'exploitation d'un outil de mesure doit faire partie d'un processus d'amélioration de la qualité. On étudiera son fonctionnement au Centre Hospitalier de Sens, ainsi que ses marges de progrès.

Avant de débiter, il convient de s'interroger sur l'utilisation des mots suivants car ils déterminent la façon dont la satisfaction est abordée.

Patient, usager ou client ?

Le patient est-il un client ? Marguerite Mérette, infirmière canadienne s'imposant sur Internet comme l'un des leaders de la pensée du soin gériatrique répond à cette question de façon remarquable² :

« Pourquoi un avocat n'est-il pas mal à l'aise d'appeler « client » celui qui à recours à ses « services » ? Pourquoi un coiffeur, un boulanger, un plombier, un ingénieur, utilisent-ils le vocable « client » sans aucun inconfort ? Qu'avons-nous de différent et ... est-ce vraiment différent dans le monde des soins ? [...] Sommes-nous conscients que les

² L'aide soignante N°7-juillet/août 1999

services que nous dispensons ne sont légitimes qu'à la condition de s'inscrire dans une relation très particulière avec l'être humain auquel ils s'adressent ? [...] Un être vivant est un être de relation. [...] je n'ai pas encore trouvé meilleur vocable pour désigner la personne à qui le soignant voue la fidélité la plus indéfectible. Le mot « client » donne légitimité à la relation de confiance qui définit les soins infirmiers et qui engage le soignant envers la personne dont il est responsable. [...] Tous les autres vocables : malade, résident, usager, bénéficiaire, pensionnaire, réduisent la personne à une facette de ce qu'elle est. Le mot « client » ne définit pas la personne envers qui nous sommes engagés, mais le rapport professionnel qui nous lie. C'est au nom de ce rapport et au nom de cet engagement, et dans les limites exclusives de notre champ professionnel, que notre intrusion dans la vie d'un être humain est légitime. C'est à ce titre que nous devenons porteurs du respect de ses droits. »

1 DE LA MESURE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS ...

Economiquement, la prestation hospitalière est un service et pose à ce titre certaines difficultés d'évaluation qui s'ajoutent aux obstacles rencontrés pour définir la satisfaction.

1.1 La prestation hospitalière : un service

La prestation hospitalière est un service et comporte en tant que tel les spécificités du produit service et des implications managériales.

Deux caractéristiques sont classiquement distinguées : l'intangibilité du service et la simultanéité de sa production et de sa consommation.

1.1.1 Un service intangible

L'acte médical n'est pas un produit physique. Comme l'enseignement, le conseil, le transport, la coiffure, il ne peut pas être touché.

Cette intangibilité ne signifie pas toutefois l'absence de supports matériels à l'exécution du service, tels que les moyens de production.

1.1.2 Une production et une consommation simultanées

La simultanéité est mise en avant par Jean Baptiste SAY dans son « Traité d'économie politique » dès 1803 : la consommation se fait en même temps qu'une partie plus ou moins importante de la production.

1.1.3 Implications managériales

L'élément majeur qui en résulte est la présence physique du client dans le système de production.³

L'utilisateur fournit l'information nécessaire à la conception et à la production du service : à l'hôpital, en répondant au questionnement, le patient guide le praticien dans le diagnostic

³ Sciences humaines, N°91-février 1999

qui conditionne le traitement à mettre en œuvre ; à la sortie, il peut même être acteur de la continuité de ses soins : il est coproducteur du service qu'il reçoit.

Cette présence conditionne la réalisation du service et sa performance. Or, les connaissances, l'expérience personnelle et l'histoire du client ont une influence directe sur la qualité de la réalisation du service. Par exemple, le délai de réalisation s'allonge si le client ne comprend pas les informations reçues ou demandées.

L'appréciation de la qualité du service est problématique dans ces conditions.

- D'une part, du point de vue du client, il existe une incertitude sur le résultat final et son évaluation.
- D'autre part, du point de vue du prestataire, les attentes du client sont difficilement identifiables car dépendantes de nombreux facteurs : elles sont multi-factorielles.
- Enfin, la production est, elle aussi, soumise à des aléas tels qu'elle peut varier d'un jour à l'autre, d'une personne à l'autre en fonction de la qualité de la relation entre le producteur et le consommateur.

La qualité de cette relation de coproduction est un facteur clé de la performance : elle implique de s'interroger sur la politique de gestion des ressources humaines, outil principal contrôlé par le prestataire pour améliorer la relation.

Pour guider les choix de cette politique, le prestataire de service doit tenter d'identifier les attentes de ses clients.

1.2 Le concept de satisfaction

La satisfaction du patient est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS. « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour

sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins(...) »

La satisfaction du patient peut être considérée comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même⁴.

Cette notion reste subjective et très qualitative. Elle est relative, influencée par les expériences passées des personnes. Cependant, si le terme de « satisfaction » est largement utilisé, il est rarement défini.

1.2.1 Définition

« Pour caricaturer, évaluer la satisfaction, c'est mesurer un objet dont les dimensions varient, de façon aléatoire, avec un instrument non étalonné »⁵.

Toutefois, sans définition préalable rigoureuse, on tombe dans le biais de « l'opérationnalisme sauvage », où « la satisfaction est la réponse à ma question ». Partant de ce constat, Philippe Aurier et Yves Evrard⁶ retiennent la définition générale suivante :

La satisfaction est un état psychologique résultant du processus d'achat et de consommation.

Il s'agit d'un phénomène non directement observable : l'état psychologique étant à distinguer de ses conséquences telles que le bouche à oreille ou les réclamations.

C'est un jugement d'évaluation portant sur une expérience de consommation. C'est un processus cognitif intégrant des éléments affectifs⁷. L'évaluation cognitive est un processus de catégorisation des informations alors que l'évaluation affective est plutôt une réponse émotionnelle (voir 123, définition de la satisfaction du patient).

⁴ Gestions Hospitalières - mars 1997

⁵ ANAES, La satisfaction des patients, revue de la littérature médicale – Septembre 1996 ,p7

⁶ Philippe Aurier, Université Montpellier 2, Yves Evrard, groupe HEC – 14^{ème} Congrès International de L'association Française du Marketing – Bordeaux 1996

⁷ Le comportement du consommateur – Marc Filser - Dalloz

Il s'agit d'un jugement global portant sur une expérience particulière de consommation. Il doit être distingué des jugements portés sur des parties du processus de consommation et des jugements agrégés d'un ensemble d'expériences. Il ne peut être porté que par des personnes ayant vécu l'expérience de consommation, contrairement à la qualité perçue : on peut effectivement dire d'un hôtel cinq étoiles qu'il est de qualité, mais on ne peut en être satisfait que si l'on y a séjourné⁸.

Ce jugement a un caractère relatif dans la mesure où l'évaluation est un processus de comparaison entre une expérience subjective vécue par le consommateur et une base de référence initiale. **L'analyse de ce processus de comparaison est le fondement des recherches de modélisation de la satisfaction.** La base de ces modélisations est le *paradigme de la disconfirmation*, représentation actuellement la plus acceptée malgré quelques contestations.

1.2.2 Le paradigme de disconfirmation

Engel, Kollat et Blackwell décrivaient déjà en 1968 la logique selon laquelle **la satisfaction est fondée sur une comparaison de la performance perçue du service avec un standard préétabli** : chaque élément de l'expérience de service contribue de façon linéaire à la satisfaction globale, et si la perception est supérieure aux attentes, le niveau de satisfaction augmente et inversement.

1.2.2.1 Limites⁹

1.2.2.1.1 Contestations du niveau de référence des attentes

1) Il n'existe pas de consensus sur le standard servant de point d'ancrage. Or selon le standard utilisé, on peut parvenir au paradoxe du mauvais service souligné par Grönroos (1993) : lorsque le client a des attentes très basses et que l'expérience de service concorde avec les attentes, l'écart nul entre perception et attentes devrait

⁸ Sylvie Llosa, IAE Université Lyon 3 – 13^{ème} Congrès international de l'Association Française du marketing – Toulouse 1995

⁹ Sylvie Llosa, *op cit*

logiquement conduire à la satisfaction. Or, il n'en est rien, le client étant au mieux indifférent, mais en aucun cas satisfait.

2) Woodruff, Cadotte et Jenkins (1983) suggèrent l'existence d'une zone d'indifférence lors de la confirmation des attentes. Une performance située dans cette zone n'attire pas l'attention du consommateur et n'a pas d'impact sur la satisfaction. Inversement, une performance située hors de cette zone provoque une réponse positive ou négative affectant le niveau de satisfaction.

3) La disconfirmation suppose l'existence d'attentes préétablies. Or, McGill et Iacobucci (1994) remarquent que « chaque expérience de service crée ses propres standards, qui peuvent évoluer d'une expérience à l'autre » : la personne peut fonder son jugement sur des éléments dont il n'avait pas connaissance avant l'expérience.

En fait, le raisonnement ne se déroule pas seulement en marche avant, de l'anticipation et des hypothèses à la confirmation de celles-ci, mais aussi en sens inverse, de l'expérience à ce qu'elle rappelle.

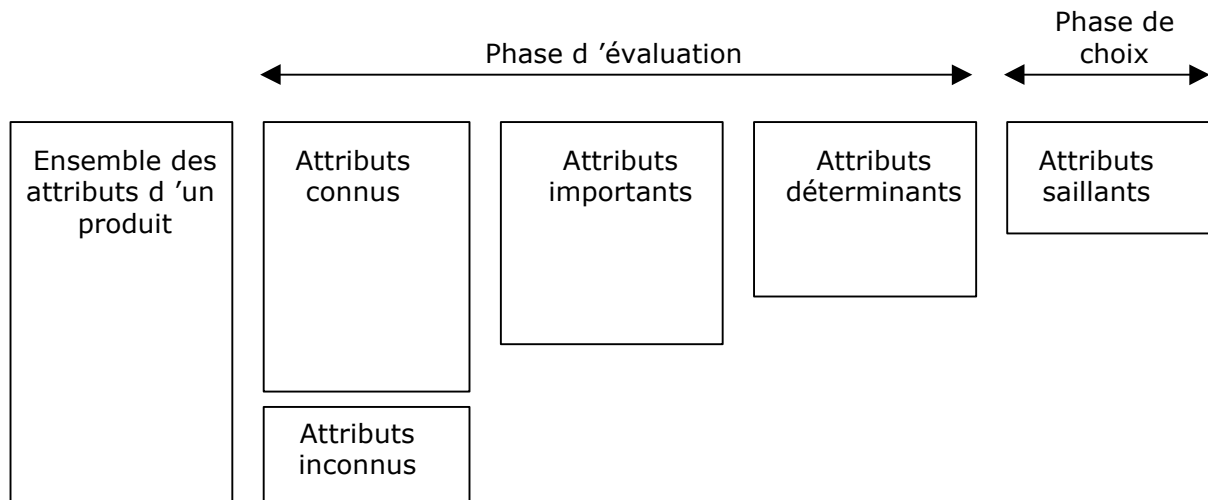
1.2.2.1.2 Contestation de l'homogénéité de la perception

Le paradigme de disconfirmation suggère que chaque élément de l'expérience de service contribue de façon linéaire à la satisfaction globale. Or diverses recherches transposées récemment à l'évaluation des services suggèrent qu'il en va différemment :

Les recherches marketing étudiant le processus de choix du consommateur proposent une hiérarchie des éléments évalués : l'importance, la déterminance et la saillance¹⁰.

¹⁰ Marc Filser, Le comportement du consommateur, p237 – Précis Dalloz

Typologie des attributs intervenants dans le processus d'évaluation



- Pour intervenir dans le processus d'évaluation, l'attribut doit d'abord être connu de la personne. L'ensemble des attributs connus ne forme qu'une fraction de l'ensemble des caractéristiques du service.
- La personne doit ensuite considérer l'attribut comme important, c'est à dire lié à la performance du service.
- La personne cherche ensuite parmi ces attributs ceux qui seront déterminants : un attribut est déterminant si la personne le juge important et si cet attribut lui permet de différencier les services évalués. La déterminance permet de différencier les prestataires d'un même service (hôpitaux et cliniques par exemple).
- Les attributs pris en compte lors de la décision finale sont les attributs saillants.

Des différences considérables caractérisent les systèmes d'attributs utilisés. Ils dépendent en effet largement des connaissances de chacun. Un élément jugé important par une personne ne l'est pas forcément pour une autre.

Cette hiérarchisation suggère donc que certains éléments du service évalué sont plus importants que d'autres et qu'ils peuvent contribuer de façon variable à la satisfaction.

La théorie d'Herzberg sur la psychologie du travail¹¹ apporte un éclairage différent : les facteurs engendrant la satisfaction au travail sont indépendants et différents de ceux qui suscitent l'insatisfaction. Ainsi, le contraire de la satisfaction n'est pas l'insatisfaction, mais la non-satisfaction, l'absence de satisfaction. **Les éléments jouant sur la satisfaction sont les « facteurs de motivation » ; ceux liés à l'insatisfaction sont les « facteurs d'hygiène »**. Ces facteurs fonctionnent de manière symétrique :

L'absence d'un facteur d'hygiène génère l'insatisfaction, mais sa présence contribue peu à la satisfaction. Exemple : à l'hôpital, la sécurité des soins pourrait entrer dans ce cadre. Son absence est intolérable, sa présence est normale.

La présence d'un facteur de motivation contribue fortement à la satisfaction alors que son absence ne génère pas d'insatisfaction. Exemple : chaque jour, une clinique chirurgicale¹² procède à l'appel systématique de toutes les personnes dont l'entrée est programmée dans la journée et le lendemain matin. L'établissement s'assure de l'arrivée effective des personnes, et confirme (ou non) le choix d'une chambre simple ou double. Cela constitue un « plus » pour le patient qui sait qu'il est attendu et qu'il disposera des prestations hôtelières demandées.

1.2.3 Définition de la satisfaction du patient

Pascoe¹³ définit la satisfaction du patient comme étant une réponse cognitive et affective aux aspects saillants du contexte, du déroulement et du résultat de son expérience de service.

L'évaluation cognitive est un processus de perception et de catégorisation des stimuli provenant de l'environnement (les connaissances s'accroissent) alors que l'évaluation affective est plutôt une réponse émotionnelle à ses stimuli (j'aime/je n'aime pas).

¹¹ Herzberg, Mausner, Snyderman – The motivation to work - 1959

¹² Clinique Paul Picquet, Sens, 1999

¹³ Pascoe G.C.(1983) – Patient satisfaction in primary health care : a literature review and analysis. Evaluation and program planning – 6, 185-210

Et en matière de satisfaction, cette réponse émotionnelle est aussi importante que le jugement cognitif de la prestation hospitalière.

1.2.3.1 La diversité des besoins et attentes des patients : une multitude de dimensions

Les besoins et attentes des patients peuvent être classés selon Steudler¹⁴ en trois catégories :

- (1) Le malade attend d'abord une réponse technico-médicale à sa demande, il attend une réponse à ses troubles.
- (2) Il attend une réponse psychologique et sociale. Le patient est en situation de rupture de milieu et à des attentes fortes en termes de contacts sociaux dans ce nouvel environnement.
- (3) Le client attend un confort matériel, une aide intellectuelle et spirituelle traduisant le désir de ne pas être dévalorisé, de retrouver l'estime de soi malgré la présence de la maladie.

Ware¹⁵ propose depuis 1983 une classification des attentes selon huit dimensions. Chaque dimension est une agrégation homogène de plusieurs éléments, les items :

¹⁴ Steudler F –Hôpital et urbanisme : les besoins et les attentes des usagers. Rev Infirm 1995 ; 1 : 1-15

¹⁵ Ware & al.- Defining and measuring patient satisfaction with medical care – Eval Prog Plan 1983 ; 6 :247-263

DIMENSIONS	Définitions	Aspects explorés : les ITEMS
Relations humaines	Caractéristiques du séjour pour lesquelles les professionnels interagissent avec les patients	La gentillesse, la politesse, la patience, la sincérité, le manque de respect, la brutalité...
Qualité technique des soins	Compétence des professionnels de santé	Application d'un niveau élevé de diagnostic et de traitement, la pertinence, le risque, l'erreur, l'expérience, la formation, les explications données aux patients et aux proches ...
Accessibilité et commodités	Facteurs impliqués dans l'accès aux soins.	Le délai et l'effort nécessaire pour obtenir un rendez-vous, durée en salle d'attente, facilité d'accès géographique aux soins...
Aspect économique	Facteurs liés au paiement des soins	Le coût, la possibilité de tiers payant, la couverture complémentaire
Efficacité des soins	Utilité de l'aide apportée par les professionnels de santé et des traitements spécifiques pour maintenir ou améliorer l'état de santé	Perception d'une amélioration de l'état de santé liée aux soins
Continuité des soins	Permanence des soins dans un même établissement ou par un même professionnel de santé	Revoir le même médecin à chaque visite
Environnement physique	Caractéristiques physiques du lieu où le soin est donné	L'équipement, l'atmosphère, la clarté des indications, la propreté, le calme..
Disponibilité	Ressources médicales existantes dans la région ainsi que la disponibilité des professionnels des établissements de santé	Assez d'hôpitaux, de professionnels

Les quatre premières dimensions sont les plus fréquemment utilisées dans les études de satisfaction.

Rubin et Meterko¹⁶ proposent une approche complémentaire en reprenant la séquence chronologique d'un séjour hospitalier : le bureau d'admission, les urgences, l'hôtellerie, les soins infirmiers, médicaux et autres, la sortie et les aspects financiers. La satisfaction est évaluée à chaque étape sur les procédures réalisées, l'implication du personnel et les locaux.

¹⁶ Meterko M, Rubin Haya R. – Patient judgments of hospital quality : a taxonomy – Med Care 1990, n°28

1.2.4 Problèmes de mesure de la satisfaction propres aux patients hospitalisés

En termes économiques, la rationalité de choix du consommateur de soins est souvent limitée par les facteurs suivants :

- Le consommateur est malade et incertain quant à la nécessité de recours aux soins
- Il est le plus souvent incompetent quant à la nature du service dont il a besoin, d'autant plus que les procédures subies sont désagréables et les résultats différés ou peu perceptibles.

A l'inverse, il s'informe de plus en plus grâce au développement de sources d'information toujours plus variées et documentées (magazines, émissions télévisées...). Ses exigences sont plus précises et attestent de la progression d'un consumérisme médical.

Cependant, l'appréciation de la qualité des résultats reste très différente suivant qu'elle est portée par le patient ou le médecin. Certains patients peuvent en effet être très satisfaits de soins de mauvaise qualité technique et inversement.¹⁷

Donabedian¹⁸ distingue deux aspects dans le processus de soins : L'aspect technique et la dimension humaine, relationnelle et de confort. Ainsi, si le patient est rarement compétent pour juger des bases scientifiques et des aspects techniques des traitements, il cerne et évalue parfaitement la manière dont il a été accueilli, son temps d'attente, la qualité de son information, la politesse et la sollicitude des personnes qui s'occupent de lui ou si, à l'issue de son séjour, il recommanderait l'établissement à un proche.

En fait, la satisfaction des patients et la qualité technique des soins sont des approches complémentaires : une étude menée auprès de 675 patients admis en médecine générale dans un hôpital universitaire a montré que la satisfaction n'est pas corrélée à une mauvaise cotation du processus technique des soins effectuée à partir d'une analyse des

¹⁷ Kane RL, Maciejewski M, Finch M – The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes – Med Care 1997 – 35 ; 714-30

¹⁸ Donabedian A – The definition of quality and approaches to its assesment – Health Administration Press, Ann Arbor 1980

dossiers médicaux réalisée par des médecins confirmés¹⁹. En effet, des patients étaient satisfaits de la prestation hospitalière alors que l'examen du dossier médical révélait une mauvaise prise en charge.

Il s'agit donc de bien distinguer l'évaluation de la qualité technique de la mesure de la satisfaction.

1.2.4.1 Satisfaction et accréditation

L'appréciation de la qualité technique est plutôt du domaine de l'accréditation, même si les résultats de l'évaluation régulière de la satisfaction des patients et de leur entourage sont pris en compte²⁰. « L'accréditation s'intéresse en premier lieu au parcours du patient et à la coordination des soins au sein de l'établissement de santé et du réseau de soins ». Par le respect des critères de l'ANAES, l'établissement s'assure un standard de qualité des soins. « L'accréditation vise à vérifier que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement ». Les procédures à mettre en place et à respecter doivent diminuer les risques d'erreurs dans la chaîne de la prise en charge du patient.

Toutefois, le respect de ces standards et procédures ne peut être directement corrélé à la satisfaction du patient. Celle-ci couvre d'autres dimensions complémentaires, en partie orientées vers la qualité des relations entre les personnes.

L'ANAES a donc développé un volet très important en évaluant l'engagement de l'établissement sur le long terme. Consciente de la résistance aux changements des organisations, elle évaluera également la participation de l'ensemble des acteurs aux démarches internes d'amélioration de la qualité, prérequis indispensable à l'acceptation et à l'appropriation des résultats.

L'accréditation poursuit six objectifs²¹ :

¹⁹ Hayward RA, Bernard AM, Rosevear JS, Anderson JE, MCMahon LF – An evaluation of generic screens for poor quality of hospital care on a general medicine service – Med Care 1993-31, 394-402

²⁰ Article L710-1 du code de la santé publique ; Manuel d'accréditation, février 1999, p11

²¹ ANAES, Manuel d'accréditation – Février 1999, p9

- (1) « L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- (2) l'appréciation de la capacité des établissements à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- (3) la formulation de recommandations explicites ;
- (4) l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité ;
- (5) la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;
- (6) l'amélioration continue de la confiance du public. »

Si dans un premier temps les critères et références initiaux portent sur les moyens que se donnent les établissements (l'examen portera sur les structures et les processus), ils s'attacheront à l'avenir à satisfaire des objectifs de résultats.

1.2.4.2 Une nécessaire rigueur

La satisfaction est un concept multidimensionnel difficile à étudier. Elle constitue un domaine de recherche privilégié dans la mesure où la réponse aux attentes et besoins des clients est une nécessité de survie commerciale pour les entreprises et une obligation pour les établissements de santé. Les travaux sur son évaluation sont en expansion et profitent des progrès réalisés en psychologie. L'hospitalisation publique et privée doit bénéficier de ces avancées pour s'inscrire dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

Il convient toutefois de s'attacher à une nécessaire rigueur dans l'élaboration d'un outil de mesure tant les dimensions de la satisfaction sont nombreuses. Certains éléments possèdent un poids variable dans la satisfaction globale, d'autres un poids stable, et sans recherche dégagant les critères discriminants, l'outil de mesure est biaisé :

Le biais de l'opérationnalisme guète toute conception d'outil d'évaluation lorsque celle-ci est guidée par ce que le commanditaire de l'étude juge important (« la satisfaction est la réponse à ma question »). L'outil devient alors un tableau de bord, mais pas un réel instrument de mesure de la satisfaction.

L'étude des pratiques des hôpitaux²² en matière de questionnaires de sortie et d'enquêtes annuelles suggère que la plupart des établissements sont tombés dans ce biais, simplement par ignorance des règles qui régissent la construction d'un outil validé.

De plus, le document diffusé par la direction des hôpitaux²³ pour guider la réalisation des évaluations ne tient pas compte de ce biais. Au contraire, en proposant une liste d'items, il incite chaque établissement à élaborer son propre outil en choisissant les items jugés importants ou intéressants sans rigueur méthodologique.

Certains éléments peuvent sembler importants aux yeux d'une équipe de direction alors qu'ils contribuent peu à la satisfaction du patient, et inversement. Dans ces cas, les questionnaires de sortie et les études constituent des tableaux de bord d'observation de certains éléments de la qualité du service, mais ne peuvent pas être totalement représentatifs de la satisfaction du patient.

1.3 Méthodologie de l'enquête de satisfaction

Pour produire une l'information valide et fiable, la recherche doit obéir très strictement aux règles de la méthodologie scientifique.

Le **raisonnement par induction**, c'est à dire le passage du particulier au général, ou la généralisation à tous de propriétés observées par quelques-uns, constitue la base de la démarche scientifique des sciences empiriques comme les sciences humaines. On y oppose le raisonnement par déduction, qui va du général au particulier et qui conduit à des conclusions vraies, définitives.

Le raisonnement par induction ne démontre rien. Il peut même être totalement faux comme le montrent les multiples exemples de généralisations hâtives. Il doit donc être soumis aux tests qui viendront soit le confirmer, soit l'infirmer :

²² Informations hospitalières N°45 – septembre 1997 – p55-66

²³ Informations Hospitalières - décembre 1997

- La confirmation constate l'accord des faits observés avec l'hypothèse testée, mais n'est pas une démonstration. L'hypothèse reste contestable par de nouvelles observations contradictoires.
- Si les observations sont en contradiction avec l'hypothèse testée, celle-ci est infirmée, déclarée fausse et rejetée.

Le chercheur doit donc toujours chercher à rejeter ce qu'il cherche à démontrer. Si les hypothèses résistent aux épreuves, elles seront corroborées par les faits observés, « tout en restant soumises à des épreuves ultérieures susceptibles de les contredire »²⁴.

La publication des résultats d'une démarche scientifique est pour cette raison très importante : elle permet de se soumettre à la critique d'autres chercheurs engagés dans les mêmes travaux.

Malheureusement, ce souci de partage des résultats ne correspond pas à la contrainte de confidentialité souvent observée dans les entreprises (et les hôpitaux).

Pourtant, les règles de la méthode scientifique ont pour objectif de garantir la validité interne et externe des résultats :

- (1) La validité interne met en cause la capacité des résultats obtenus à montrer les relations existant entre les éléments retenus.
- (2) La validité externe met en cause la capacité de généraliser les résultats observés à d'autres périodes, à d'autres situations.

1.4 Les étapes de l'élaboration d'un outil de mesure de la satisfaction

L'élaboration d'un outil de mesure nécessite du temps, Fitzpatrick²⁵ parle de deux ans, Carey²⁶ annonce une période de quatre ans pour l'élaboration d'un questionnaire. La

²⁴ Popper K.H., 1961, The logic of scientific discovery, New York, Sciences Editions

²⁵ Fitzpatrick R., Hopkins A Eds : Measurement of patient satisfaction with their care. Royal College of physicians of London.

construction doit en effet respecter des étapes de validation et de vérification des qualités psychométriques de la mesure.

Il existe à cette fin de puissants logiciels d'analyse de données quantitatives et qualitatives.

1.4.1 Le paradigme de Churchill

Churchill²⁷ décrit plus particulièrement les étapes du processus d'élaboration d'un outil de mesure :

	ETAPES	Techniques recommandées
①	Spécifier le domaine du construit	Revue des publications
②	Générer un échantillon d'énoncés	Revue de publications Etude basée sur l'expérience Entretiens de groupe
③	Collecte de données	
④	Purifier les mesures	Coefficients Alpha de Cronbach (1) Analyse factorielle (2)
⑤	Collecte de données	
⑥	Estimer la fiabilité	Coefficients Alpha de Cronbach (1)
⑦	Estimer la validité	Critères de validité
⑧	Développer des normes	Moyennes et autres statistiques de distribution des scores

Première étape : Spécifier le domaine du construit

Cette première étape appartient à la recherche exploratoire. Une étude documentaire (voir 14211) permet en effet de donner une définition de la satisfaction et d'appréhender les différentes dimensions qui la constituent. A ce moment précis, les domaines de recherche sont la médecine, la santé publique, la psychologie, le marketing ... sans préjuger de l'apport plus ou moins déterminant de chaque discipline.

²⁶ Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement : questionnaire reliability and validity. Med Care 1993 ; 31, p 834-845

²⁷ Churchill G.A., 1987, Marketing research, Chicago, The Dryden Press, 4th ed

Deuxième étape : Générer un échantillon d'énoncés

Toujours en recherche exploratoire, cette étape doit aboutir à une première liste d'items que l'on suppose constitutifs de la satisfaction. La revue de la littérature peut en donner certains dans la mesure où de nombreux travaux de recherche anglo-saxons ont été publiés (voir les expériences étrangères, 1441). Les entretiens de groupe (voir 142121) permettent également de générer des items qui présentent l'avantage d'être issus de la culture du bassin d'attraction de l'hôpital.

Plusieurs voies sont possibles à ce stade : le commanditaire de l'étude choisit s'il veut ou non tester des questionnaires déjà publiés. Ce choix présente l'avantage de mettre à l'épreuve les travaux précédents, ce qui en cas de confirmation arrêtera la recherche.

Si les travaux précédents présentent des lacunes et des contestations, le commanditaire peut aussi choisir la construction d'un nouvel outil qu'il devra soumettre aux tests de validité et à la critique par une publication. Il peut encore prendre un chemin intermédiaire en s'engageant dans l'élaboration d'un outil panachant les apports des expériences précédentes et les résultats des entretiens de groupe.

Troisième étape : Collecter les données

Les données sont collectées sous la forme d'un questionnaire qui aura été préalablement construit selon quelques contraintes à respecter (voir 143).

Quatrième étape : Purifier les mesures

La première collecte donne une base de données brutes à exploiter. Les outils de purification de l'échelle sont des traitements statistiques puissants réalisés par quelques logiciels d'analyse de données.

(1) L'alpha de Cronbach (1951) est un coefficient qui étudie la corrélation des items du questionnaire entre eux pour chaque dimension, et la corrélation de tous les items à l'ensemble construit.

Il est considéré comme satisfaisant en recherche exploratoire lorsqu' il est supérieur à 0.5. Son calcul conduit à la suppression des items possédant de faibles coefficients, c'est à dire mal corrélés à une dimension de la satisfaction.

(2) L'analyse factorielle permet d'affiner l'échelle en vérifiant que les items sont bien affectés à la bonne dimension de la satisfaction : elle dégage un petit nombre de dimensions indépendantes entre elles en regroupant les items qui différencient le mieux ses dimensions. Un item ayant un score factoriel supérieur à 0.5 dans une dimension peut y être affecté.

Cinquième / sixième étapes : Collecte des données / Estimer la fiabilité

La suppression de certains items et la ré-affectation de certains autres conduit à calculer de nouveaux coefficients alpha de Cronbach et à réexaminer la structure factorielle de l'ensemble réduit d'items. Pratiquement, un item est supprimé lorsque sa corrélation avec l'ensemble est faible et si son retrait augmente la valeur de l'alpha de Cronbach.

Epuré, simplifié, plus synthétique, celui-ci est à nouveau administré auprès d'un autre échantillon.

Cette séquence itérative est répétée plusieurs fois de façon à purifier le questionnaire.

Septième étape : estimer la validité

La recherche scientifique implique que tout chercheur doit toujours douter lorsqu'il termine ses travaux. Cette étape vérifiera si l'outil est valable à d'autres périodes et dans des situations différentes. La validité de construit confronte les résultats aux hypothèses rencontrées dans la littérature : corrélation de la satisfaction avec l'âge, la satisfaction de la vie, l'état de santé perçu par le patient et le conseil aux proches de l'établissement fréquenté (voir les résultats de l'expérience du CCECQA, 14423).

Huitième étape : Développer des normes

L'analyse des résultats des enquêtes administrées régulièrement fournit l'étalonnage d'un baromètre qui servira à mesurer les progrès réalisés ou les difficultés rencontrées.

1.4.2 Typologie des différentes études possibles²⁸

1.4.2.1 *Les études exploratoires*

La mesure de la satisfaction du patient pose un problème suffisamment vaste pour entreprendre une recherche exploratoire visant à déterminer les contours du domaine à étudier. Elle s'appuie sur deux méthodes distinctes : l'étude documentaire et l'étude qualitative.

1.4.2.1.1 Les études documentaires

Avant de se lancer dans des travaux coûteux, la démarche la plus rapide et économique est de s'assurer que le sujet étudié n'a pas déjà été analysé par d'autres.

La première étape est donc un travail de documentaliste. Elle vise à découvrir les sources d'informations, à identifier les travaux universitaires réalisés dans le domaine étudié. Elle est indispensable, car susceptible d'apporter à faible coût soit des voies de recherche, soit directement la réponse à la question posée.

1.4.2.1.2 Les études qualitatives

Les études qualitatives constituent un passage souvent incontournable dans toute recherche de ce type. Leur apport peut être considérable à la condition de bien connaître leurs limites. Elles s'appuient sur les règles suivantes :

- les informations sont collectées auprès d'un petit nombre d'individus sans souci de représentativité.
- le recueil des informations se fait dans le cadre de discussions collectives ou d'entretiens individuels traitant de questions peu précises.
- Les résultats obtenus ne se prêtent pas à la quantification, mais à l'analyse de contenu. Celle-ci doit permettre à l'analyste d'interpréter les informations recueillies malgré leur caractère imprécis.

²⁸ Lambin Jean Jacques – La recherche marketing – Analyser, mesurer, prévoir – Ediscience 1994

- Les informations recherchées portent sur les perceptions, les attitudes et les motivations.

Les principales études qualitatives sont les discussions de groupe et les entretiens individuels.

1.4.2.1.2.1 Les discussions de groupe

La discussion de groupe est une méthode psycho-sociologique basée sur la dynamique de groupe. Elle consiste à réunir un petit groupe de 7 à 12 personnes qu'un animateur fait parler librement sur un sujet concernant tous les membres du groupe. La discussion a pour objet d'observer tout ce qu'éprouvent les participants sur le sujet donné.

- L'absence de formalisme permet de saisir les perceptions spontanées survenant avant la rationalisation que peut amener une réflexion longue.
- La discussion de groupe est utilisée pour verbaliser le problème abordé, c'est à dire découvrir le vocabulaire et les expressions utilisés par le public sur le sujet traité.

C'est une méthode peu coûteuse, conviviale, qui en outre présente l'avantage d'être plus facile à mener que des entretiens individuels.

Toutefois, il est absolument nécessaire de garder à l'esprit que les personnes interrogées ne sont pas représentatives d'une population et qu'aucune analyse quantitative ne peut en être tirée.

Une enquête qualitative permet de générer des hypothèses et suggérer des réponses possibles. Elle a pour finalité de comprendre un comportement, mais pas de le mesurer. Il ne faut pas en tirer des conclusions qui seraient certainement hâtives.

1.4.2.1.2.2 Les entretiens individuels

L'entretien individuel met en présence un enquêteur et un répondant. L'interaction mutuelle de ces deux personnes ne repose sur aucun questionnaire standardisé. Elle permet d'explorer dans le détail les attitudes et motivations du répondant.

L'entretien est non-directif si le dialogue est spontané sur un thème, il est semi-directif lorsqu'il s'appuie sur un guide d'entretien que l'enquêteur utilise à son gré.

Toutefois, la relation « observateur / observé » est très complexe et demande une compétence forte en psychologie (voire en psychiatrie) pour mener correctement ces entretiens.

1.4.2.2 Les études descriptives

Les études quantitatives sont de loin la forme la plus répandue des études descriptives. Elles ont des objectifs et des méthodes de collecte de données bien définies résultant éventuellement d'une recherche exploratoire. En cela, les deux types d'études, exploratoires et descriptives, sont parfaitement complémentaires.

Les études quantitatives supposent une bonne connaissance du phénomène étudié. Il ne s'agit pas d'accumuler, mais de réunir les données utiles répondant aux questions posées par le commanditaire de l'étude.

Le principe consiste à interroger un échantillon représentatif de répondant à l'aide d'un questionnaire.

Il existe trois modes d'administrations du questionnaire : l'entretien personnel en face à face, le questionnaire administré par correspondance et enquête téléphonique.

1.4.2.2.1 L'entretien personnel face à face

Le questionnaire est entièrement administré par un enquêteur qui note avec précision les réponses de l'interviewé.

L'avantage principal de cette méthode est la maîtrise totale du déroulement de l'enquête.

- Au niveau de la constitution de l'échantillon, l'enquêteur peut rechercher les personnes à interviewer et obtenir plus facilement leur accord de participation.
- Concernant l'administration du questionnaire, l'enquêteur veille au respect de l'ordre des questions, préservant ainsi la spontanéité des réponses. Il s'assure de plus de la bonne compréhension des questions et peut s'aider de supports visuels.

En contrepartie, cette méthode présente deux inconvénients :

- La relation entre le répondant et l'enquêteur est une source importante de biais. En matière d'évaluation de la satisfaction des patients, l'intervention d'un tiers (enquêteur, soignant ou proche) augmente l'insatisfaction.
- Cette méthode est coûteuse car elle exige un personnel spécialisé ou demande une mobilisation interne.

Le questionnaire auto-administré est une variante courante de l'enquête personnelle. Le rôle de l'enquêteur se limite alors à s'assurer de la collaboration des personnes. Il est entièrement rempli par l'interviewé. C'est le cas du questionnaire de sortie largement répandu dans les hôpitaux français : il est laissé à la disposition du patient et est récupéré lors de la sortie.

1.4.2.2 Le questionnaire par correspondance

Ce questionnaire auto-administré est envoyé par la poste. Il doit être simple et assez court pour être entièrement complété.

Ce mode de recueil présente les avantages suivants

- Le répondant remplit son questionnaire à son propre rythme et peut aller rechercher des informations pour compléter ses réponses.
- C'est un mode d'enquête plus économique dont le coût se limite aux frais liés à l'envoi postal (impression, mise sous pli, envoi, retour par enveloppe T).
- Le biais lié à la présence de l'enquêteur est éliminé. L'écran de l'anonymat peut faciliter les réponses aux questions délicates.
- La possession de l'adresse du répondant permet une relance éventuelle.

Les principaux inconvénients sont liés au faible taux de réponse à ce type d'enquête et à la perte de la maîtrise de la dynamique du questionnaire :

- Le répondant peut lire la totalité du questionnaire avant d'y répondre et risque ainsi de perdre la spontanéité de ses réponses.
- Un taux de réponse faible entraîne un risque de non-représentativité important dans la mesure où ne répondent que les personnes se sentant concernées par le sujet étudié. Il semble toutefois que les patients hospitalisés participent assez facilement aux enquêtes concernant leur hôpital : les taux de retour observés sont généralement situés entre 40 et 50% et attestent d'une forte implication.

1.4.2.2.3 L'enquête par téléphone

Ce type d'enquête est largement utilisé dans les marchés de biens de consommation. Des sociétés de télémarketing se sont spécialisées dans cette technique et offrent des prestations intéressantes.

Ses avantages sont essentiellement la rapidité d'exécution et un coût souvent inférieur aux enquêtes postales ou par enquêteur :

- L'enquêteur ne se déplace pas, le questionnaire n'est pas imprimé, ni envoyé.
- L'enquêteur garde la maîtrise de la dynamique du déroulement des questions.
- L'enregistrement peut être réalisé instantanément par une saisie informatique, ce qui limite les coûts de dépouillement des réponses et les risques d'erreurs.

Le niveau de complexité du sujet traité reste l'inconvénient majeur de cette étude : les questions doivent être brèves et simples. De plus, si les personnes possèdent quasiment toutes un téléphone, elles ne sont pas forcément joignables, ce qui peut poser des problèmes d'échantillonnage. Ce mode d'administration est peu utilisé dans les hôpitaux.

1.4.3 L'élaboration du questionnaire

Il n'existe aucune théorie ou méthodologie portant sur la rédaction du questionnaire. Il est pourtant l'instrument essentiel dont la fiabilité va conditionner la qualité et la validité des informations recueillies. Son élaboration relève donc plus de l'art que de la science, mais il existe quelques règles à respecter issues de l'expérience. Ces règles sont en fait

un inventaire des problèmes rencontrés dont on peut extraire des conseils pour éviter les plus gros écueils.

Deroo et Dussaix²⁹ définissent le meilleur questionnaire comme « celui qui saura émettre un message identiquement perçu par le plus grand nombre de personnes et amènera la même réaction de la part d'individus semblables ».

L'objectif est de susciter des réponses utilisables pour une prise de décision.

Jean Jacques Lambin³⁰ donne une procédure type en sept étapes guidant la réflexion :

① Etablir un inventaire des informations à retenir

Dans la définition des informations à retenir, il est important de garder à l'esprit que la conception de la satisfaction des professionnels de santé n'est jamais comparable à celle qu'en a le public. Un groupe de travail interne à l'hôpital ne peut pas définir lui-même les questions à poser : seul le public cible de l'enquête peut le faire. Cet inventaire s'appuie idéalement sur les résultats d'une étude exploratoire : documentaire et surtout qualitative.

Il est également important de définir à l'avance le type de traitement statistique qui sera appliqué à chaque donnée. Ce travail est un préalable dans la mesure où la formulation des questions et le format des réponses en dépendront.

② Identifier les modalités pratiques d'enquête

Il faut penser au type d'administration d'enquête à retenir dans la mesure où les études par enquêteur, par téléphone ou par voie postale ne laissent pas la même liberté dans le contenu et la formulation des questions.

③ Déterminer le contenu des questions

²⁹ Deroo M., Dussaix A.M., 1980, Pratique et analyse des enquêtes par sondage - PUF

³⁰ Lambin J.J., La recherche marketing – 1994 – Ediscience international

- Chaque question doit être nécessaire et suffisante : Les questions superflues augmentent les coûts d'administration, de traitement et d'analyse et, surtout les efforts demandés aux répondants dont la bonne volonté a toujours des limites.
- Plusieurs questions peuvent être nécessaires au lieu d'une : de nombreuses questions en apparence anodines peuvent comporter plusieurs éléments. S'ils sont réunis, la réponse peut devenir impossible. Par exemple, l'item suivant « l'infirmière donne de bons soins tout en restant aimable » est inopérant en cas de réponse négative : on ne peut pas savoir si le non est dû à l'amabilité ou à la qualité des soins.
- Le répondant peut-il répondre à la question ? : La question posée doit avoir du sens pour la personne interrogée. Si l'on veut connaître l'avis des patients sur la durée d'attente en radiologie, il convient de s'assurer par des questions « filtres » qu'ils y sont bien passés.
- Le répondant va-t-il accepter de donner l'information : Certaines questions peuvent être embarrassantes pour le répondant. Le cas peut se présenter lorsqu'un problème met directement en cause une personne ou lorsque le patient craint des représailles. La garantie de l'anonymat du questionnaire postal peut ici faciliter la réponse.

④ Formuler les questions

La forme des questions : l'analyste a le choix entre trois types de questions : les questions ouvertes, les questions fermées dichotomique et les questions fermées à choix multiples

- Une question ouverte n'a pas de réponse pré-établie, aucune réponse n'est suggérée. Elle favorise la spontanéité du répondant mais pose de nombreux problèmes d'exploitation des réponses. Elle présente toutefois un intérêt important en matière d'évaluation de la satisfaction des patients (voir les expériences étrangères, 1441).

- La question fermée dichotomique ne présente que deux réponses possibles mutuellement exclusives de type oui / non. Elle présente le risque de simplifier le problème étudié alors qu'il nécessiterait plus de nuances.
- Dans une question fermée à choix multiples, les réponses sont établies à l'avance et la personne interrogée en choisit une ou plusieurs. On évite ainsi les problèmes liés aux questions ouvertes à la condition que la liste des réponses possibles soit complète, idéalement issue d'une recherche exploratoire. Si la liste risque d'être trop limitative, il faut ajouter une catégorie de réponse du type « autre opinion ».

Pour mesurer l'importance d'un critère, le degré d'accord avec une proposition, un jugement, on ordonne les choix multiples pour obtenir une échelle d'évaluation d'attitude. On en trouve principalement deux :

- L'échelle de Likert (1932) : elle prend la forme de proposition sur laquelle le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord. La graduation est habituellement en cinq points accompagnés des mentions allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Exemple : « L'hôpital est un lieux où l'on se sent accueilli ».
- L'échelle d'Osgood (1957) est une échelle bipolaire opposant des adjectifs antinomiques du type bon / mauvais, fort / faible...La graduation est en sept points sans mention pour les points intermédiaires. Exemple : « Veuillez évaluer la qualité de vos repas : bons/mauvais ; chauds/froids ... ».

⑤ Libeller les questions

Une question doit avant tout favoriser le travail du répondant plutôt que celui de l'analyste. Elle doit être précise. Le recours aux adverbes crée des imprécisions pouvant conduire à des erreurs importantes dans les résultats : des propositions chiffrées doivent être préférées aux adverbes « souvent, beaucoup... » car ils ont des significations très

variables selon les répondants. La présence de plusieurs verbes dans une même phrase peut cacher l'existence de plusieurs questions.

Une question doit absolument être neutre : la formulation ne doit pas orienter la réponse et il faut toujours offrir une possibilité de réponse « fuite » pour ne pas forcer les personnes sans opinion à se prononcer contre leur gré. Exemples : « sans opinion », « ne sait pas »...

Le choix des mots est particulièrement important pour la simplicité des questions. Le risque est d'employer un vocabulaire médical ou technique hors de portée des répondants.

⑥ Organiser le questionnaire

Les premières questions doivent capter l'attention de la personne interrogée qui doit accepter de consacrer du temps à l'étude. Les questions les plus embarrassantes ou sans intérêt pour le répondant (les caractéristiques socio-démographiques par exemple) doivent être placées assez loin, voire en fin de questionnaire, au moment où la relation est bien établie.

Il faut néanmoins rappeler que les enquêtes réalisées par voie postale perdent leur dynamique en permettant aux répondants de répondre aux questions dans l'ordre qu'ils souhaitent.

⑦ Pré-tester le questionnaire

Le pré-test est une étape indispensable qui améliore très sensiblement la qualité du questionnaire. L'objectif est de vérifier que les questions sont comprises dans le sens voulu, que le questionnaire n'est pas trop long et que des questions importantes n'ont pas été oubliées, ou que des questions superflues sont à supprimer.

Il doit être réalisé en entretien direct sur une vingtaine de répondants même si l'enquête est par la suite administrée différemment. Chaque problème décelé renverra à l'étape de la construction concernée.

1.4.3.1 Le choix d'un échantillon représentatif

Dans une étude basée sur un échantillon, les informations recueillies ne le sont que sur une partie de la population étudiée. Pour que les conclusions tirées de l'analyse de l'échantillon soient généralisables à la population, l'échantillon doit être **représentatif**.

Deux types de procédures sont utilisés pour sélectionner un échantillon représentatif :

① La méthode probabiliste : un échantillon est dit probabiliste lorsque TOUT individu de la population cible PEUT figurer dans l'échantillon avec une probabilité connue. Cette procédure exige l'existence de la liste complète des individus de la population. Elle est possible dans les hôpitaux qui disposent en effet de la liste de tous leurs patients hospitalisés. Il s'agit ensuite de déterminer la taille de l'échantillon pour tirer au hasard le nombre de personnes désiré. Si l'on souhaite un échantillon de 1000 personnes sur une population de 20 000, il suffira de prendre un individu toutes les vingt lignes sur le listing classé par ordre alphabétique avec un point de départ tiré au hasard parmi les vingt premiers. L'ordre alphabétique du listing permet un brassage de la liste qui si elle reste classée par ordre d'enregistrement peut influencer la validité de l'échantillon si l'on tombe régulièrement sur le même jour de la semaine par exemple.

② L'échantillon est non probabiliste lorsque sa constitution repose sur une procédure subjective de choix : exemple : méthode des quotas, échantillon de convenance (interpellations à la sortie du hall d'accueil de l'hôpital).

1.4.3.2 Calcul de la taille de l'échantillon

A partir de la formule de l'intervalle de confiance, il est possible de déterminer la taille de l'échantillon pour un seuil de signification donné et un niveau de précision donné.

Par exemple, le calcul peut être nécessaire si la mesure de la satisfaction des patients déclenche un intéressement à 90% de personnes satisfaites pour un service. Elle doit être suffisamment précise pour être la plus juste possible. Il serait inopportun de refuser une prime à un service atteignant 87% de personnes satisfaites si l'intervalle de confiance donne une fourchette allant de 80 à 94%.

Soit n la taille de l'échantillon : $n = [(Z_{\infty})(s)/E]^2$

Z_{∞} est une constante de la loi normale centrée réduite qui dépend du seuil de signification retenu. Les valeurs de la statistique Z pour les différents seuils ∞ sont les suivantes

∞	1%	5%	10%	20%
Z_{∞}	2.57	1.96	1.64	1.28

Avec un seuil de signification à 5%, cela signifie que l'on peut être confiant à 95% que la moyenne vraie se situera dans la fourchette donnée par l'écart type de part et d'autre de la moyenne observée dans l'échantillon. Plus le seuil est faible, plus l'échantillon sera grand.

S est l'écart type de la population observée. Souvent inconnue, cette variable peut être donnée par une étude précédente. Plus la population est différenciée, plus n augmente.

E est l'erreur tolérable fixée par l'analyste. Elle est exprimée dans la même unité de mesure que ce que l'on observe dans la population. Plus elle est faible, plus grand sera l'échantillon.

Exemple : on souhaite estimer la satisfaction exprimée en pourcentage avec une marge d'erreur maximale de 0.2 point de pourcentage et d'être certain à 99% de l'estimation sachant que l'écart type est de 3 points :

$$N = [(2.57)*3/0.2]^2$$

$$N = 38.55^2 = 1486 \text{ personnes}$$

$$\text{A } 95\%, n = 864 \text{ personnes}$$

Il est important de remarquer que la taille de l'échantillon est indépendante de la taille de la population étudiée. Cette variable n'entre pas dans le calcul. L'échantillon sera le

même en fonction des critères de précision souhaités, que la population initiale soit 10 000 ou de 100 000 individus.

Taille minimale de l'échantillon : lorsqu'il est aléatoire, l'échantillon doit avoir une taille minimale de 30 individus pour admettre que sa distribution suit approximativement la distribution de la loi normale.

1.4.4 L'état de la recherche

1.4.4.1 Les expériences étrangères de mesure de la satisfaction des patients³¹

De nombreux travaux (voir tableau) ont été conduits à l'étranger depuis la fin des années soixante. Les principales études ont été réalisées aux Etats-Unis par la « Rand Corporation » où Ware (et al), complété par Rubin (et al) et Nelson (et al) ont produit des études de consommation et de performance des plans de santé. Cleary et al ont expérimenté le « Picker Commonwealth Program for Patient Centered Care » qui a abouti au questionnaire « Picker » utilisé par la suite en Grande Bretagne et au Canada. En Grande Bretagne, une unité de recherche a développé PATSAT, un système informatisé d'étude qui permet de monitorer la satisfaction des patients en continu.

Pourtant, depuis 1994, des voix s'élèvent pour contester la validité du concept de satisfaction. Le paradigme de disconfirmation des attentes est en effet critiqué (voir 1221) et d'autres voies de recherche sont actuellement exploitées. Brian Williams a mené des études qualitatives auprès de patients classés « satisfaits » d'après les résultats des questionnaires. Ses recherches³² l'ont amené à constater que les évaluations plus qualitatives sont plus critiques. Il en conclue que les questionnaires habituellement utilisés présentent de graves lacunes :

- d'une part, ceux-ci rapportent des scores de satisfaction très hauts (souvent supérieurs à 80%) alors que l'analyse plus précise des situations révèle des

³¹ C. Pourrin et coll, La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, 1^{ère} partie : aspects conceptuels et revue des travaux – Journal d'économie médicale, Mars-Avril 1999 – T17, N°2-3, p 101-115

³² Brian Williams – Patient satisfaction : a valid concept ? Soc Sci Med, vol 38, N°4, p509-516 - 1994

insatisfactions importantes. Les questionnaires agiraient alors comme une censure limitant l'expression des patients.

Questionnaire	Référence	Nbre items	Aspects explorés	Validation
What the patient thinks	Thompson GB	81	Soins médicaux et information, alimentation et facilité physique, soins infirmiers, quantité de nourriture, organisation des visites	Validité de contenu
PSQ : Patient Satisfaction Questionnaire	Ware USA	80	Accès/commodité, disponibilité, continuité, aspect économique, relations humaines, qualité perçue, satisfaction générale	Validité de contenu, fiabilité : test et retest, cohérence interne
PATSAT	Gritzner - GB	15	Ambiance du service, soins médicaux et information, facilités de restauration et de séjour	Validité d'apparence, validité de construit
Quality of care management	Carey - USA	44	Soins médicaux, soins infirmiers, résultats médicaux, courtoisie, nourriture, confort et propreté, admission et sortie, religion, qualité générale des soins	Validité de contenu, prédictive de la qualité des soins, fiabilité : homogénéité
PJHQ : Patient judgments of hospital quality	Rubin - USA	46 + 4 items généraux	Admission, routine des soins à l'hôpital, soin infirmier, soin médical, autres équipes hospitalières, facilités de séjour et environnement, sortie, facturation, satisfaction globale	Validité de contenu, fiabilité : homogénéité
PJS : Patient judgment system	Nelson - USA	68	Information globale sur le séjour, qualité du processus de soins, satisfaction globale de l'hôpital, souhait de recommander l'hôpital, suggestions, informations démographiques et descriptives + 3 questions ouvertes	Validité discriminante globale entre hôpitaux et par item, validité de construit, fiabilité : homogénéité
PCC : Patient comment card	Nelson - USA	40	Questions ouvertes, environnement physique, aspect spécifique des soins, intentions de comportement, qualité des soins, informations démog et descriptives	Fiabilité : homogénéité et test retest, validité discriminante globale entre hôpitaux et par items
The Picker	Cleary - USA	91	Respect des valeurs, préférences et besoins exprimés par le patient, coordination et intégration des soins, circulation de l'information, communication et éducation, confort physique, prise en charge émotionnelle, soulagement des peurs et angoisses, implication de la famille et des amis, continuité et transition, satisfaction globale, informations socio-démographiques et descriptives	Validation de contenu : corrélation entre items, fiabilité : homogénéité.

Source : C. Pourrin et coll, La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, Journal d'économie médicale

, T17, N°2-3, p108, 124-125

- d'autre part, leurs résultats encouragent les professionnels de santé à croire que leurs pratiques sont bonnes alors qu'elles ne le sont pas.

Brian Williams a donc cherché à comprendre le processus d'évaluation des patients et a ajouté les notions de « devoir » et de « culpabilité » du service³³.

- Le devoir correspond au rôle et aux obligations du service. Cette notion est une attente spécifique qui dépasse « ce qui pourrait arriver » : elle représente « ce qui doit arriver » et définit ainsi les « droits » des patients les « obligations » du service.
- La culpabilité renvoie à la responsabilité du service lorsque celui-ci fait quelque chose qu'il ne devait pas faire (aux yeux du patient), ou lorsqu'il échoue dans la réalisation de ce qu'il devait faire.

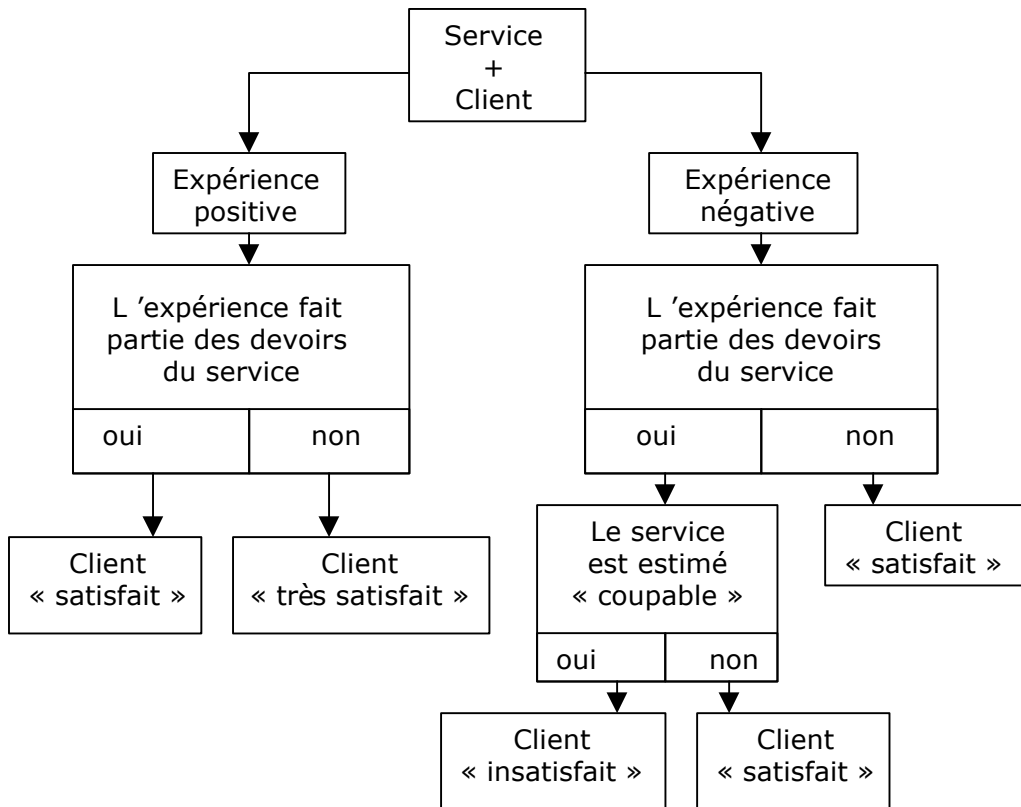
Une expérience évaluée négativement peut ne pas générer d'insatisfaction si elle ne fait pas partie des devoirs du service, ou si celui-ci est « excusé ». Par conséquent, il n'existe pas de lien direct entre l'insatisfaction et une mauvaise expérience si le service n'est pas « jugé coupable ».

Exemple : une patiente agoraphobe vit une mauvaise expérience en venant consulter à l'hôpital, mais évalue la prestation positivement car pour cette personne, consulter à domicile ne fait pas partie des devoirs de l'établissement. De même, une personne attendant aux urgences depuis plusieurs heures n'évalue pas négativement le service parce qu'elle a vu arriver les blessés d'un accident de la route.

Cette étude montre que les attentes peuvent être modulées en fonction de situations différentes, en particulier lorsque le patient identifie des contraintes pesant sur les comportements ou sur l'organisation.

³³ Brian Williams &al, The meaning of patient satisfaction : an explanation of high reported levels – Soc Sci Med, vol 47, N°9, p 1351-1359, 1998

Les cheminements possibles de l'évaluation (B. Williams & al) :



Si, comme le suggère Brian Williams, la satisfaction est exprimée à travers les filtres du « devoir » et de la « culpabilité », les résultats des études classiques doivent être analysés avec prudence : **les très hauts scores de satisfaction systématiquement rapportés ne signifient donc pas que le service est bon, mais plutôt que les patients acceptent ses dysfonctionnements pour diverses raisons** (dans son « arbre » d'évaluation, une seule voie conduit à l'insatisfaction). Il en conclue que les enquêtes de satisfaction par questionnaire sont inappropriées pour utiliser les jugements des patients dans le cadre d'un processus d'amélioration de la qualité. Les questions fermées utilisées cernent mal la complexité des attitudes et opinions des répondants. Il suggère donc des voies de recherches plus qualitatives partant des items où une insatisfaction est détectée.

Dans cette logique, l'utilisation des questions ouvertes peut constituer une source d'informations plus riche pour le décideur. Pour Lois H. Thomas et al³⁴, elles sont particulièrement adaptées pour déterminer les causes des « bonnes » et « mauvaises »

³⁴ Lois H. Thomas et al, Open-ended question : do they add anything to a quantitative patient satisfaction scale ?, Social Sciences in Health 1996, N°2

surprises survenant pendant le séjour d'un patient. Elles donnent aux patients l'opportunité de commenter des thèmes non couverts par les questions fermées, ou de préciser des points insuffisamment développés.

1.4.4.2 Les expériences françaises

Les expériences françaises d'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés restent limitées dans la mesure où elles sont peu publiées. Il est donc nécessaire d'étudier un domaine très proche, dont les publications sont riches, le marketing des services.

1.4.4.2.1 Le marketing des services : le modèle « tétraclasse »

Les dernières recherches françaises en marketing des services démontrent que tous les éléments d'une expérience de service ne contribuent pas à la satisfaction globale du client selon la même logique.

Sylvie Llosa³⁵ propose un modèle « tétraclasse » de contribution des éléments d'une expérience de service à la satisfaction du client :

① Certains éléments possèdent un poids dans la satisfaction globale fluctuant. Il dépend du niveau de performance perçu par le client. Selon la fluctuation de ce poids, on distingue deux catégories d'éléments :

- Les éléments « basiques » : un élément basique est générateur d'insatisfaction. Il contribue fortement à l'insatisfaction lorsqu'il est évalué négativement. A l'inverse, il contribue peu à la satisfaction lorsqu'il est évalué favorablement.
- Les éléments « plus » : un élément « plus » est générateur de satisfaction. Il contribue fortement au niveau de satisfaction lorsqu'il est évalué positivement. A l'inverse, il contribue peu à l'insatisfaction lorsqu'il est évalué négativement.

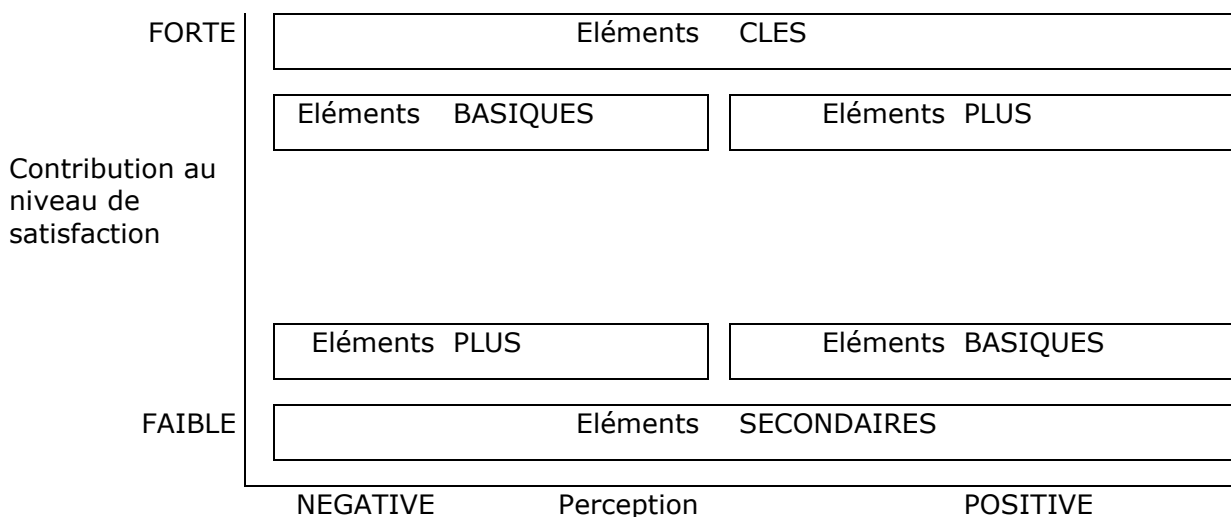
Ces éléments sont très proches des facteurs d'hygiène et de motivation décrits par Herzberg (voir 1221).

② D'autres éléments contribuent à la satisfaction de façon stable, indépendamment de l'évaluation qui en est faite. Deux catégories se dégagent :

³⁵ Sylvie Llosa, Contribution à l'étude de la satisfaction dans les services – Thèse soutenue en 1996 – IAE Aix en Provence

- Les éléments « Clés » : ils ont toujours un rôle déterminant sur la satisfaction ou l'insatisfaction.
- Les éléments « secondaires » : ils n'ont pas de poids déterminant, que l'évaluation soit positive ou négative.

Cette modélisation constitue un apport considérable : elle enrichit les modèles d'évaluation construits auparavant en nuancant le poids de certains éléments ; mais surtout elle établit une véritable carte destinée aux décideurs. En classant les différents éléments dans les quatre catégories, le décideur comprend l'impact qu'aura l'amélioration ou la détérioration d'un élément sur la satisfaction. Cette carte permet donc de hiérarchiser les actions à entreprendre en fonction de la situation observée.



Le modèle « tétraclasse » : Sylvie Llosa, Contribution à l'étude de la satisfaction dans les services – Thèse soutenue en 1996 – IAE Aix en Provence

Toutefois, l'auteur de ce modèle est parfaitement conscient qu'il comporte des limites importantes :

- La modélisation a gommé les différences individuelles : les scores de contribution ont été calculés globalement. Elle ne tient pas compte des différents types de clients observables. Or, ce qui peut être basique pour une personne ne l'est pas forcément pour une autre.

- En outre, il a peu de validité externe dans la mesure où il n'a été observé que sur deux expériences de service très précises (pour éviter le biais induit par l'absence de typologie de client): la souscription d'un crédit automobile, un repas entre étudiants dans les restaurants du vieux Lyon.

Le modèle n'est donc pas généralisable en tant que tel. Il doit être adapté à chaque expérience de service à étudier. Il constituerait un modèle très intéressant à valider dans les hôpitaux.

1.4.4.2.2 Les pratiques des hôpitaux français

Depuis de nombreuses années, la plupart des hôpitaux mettent en œuvre des enquêtes et des questionnaires divers destinés à recueillir le point de vue des patients hospitalisés, le plus souvent à l'issue de l'hospitalisation.

Toutefois, l'inventaire réalisé par la direction des hôpitaux³⁶ en 1997 montre que l'approche des établissements vise seulement à répondre aux exigences des pouvoirs publics.

Encore peu d'établissements dépassent cette approche minimale pour faire de la satisfaction des patients un levier de leur politique d'amélioration de la qualité. Seuls 30% des établissements expérimentaient en 1997 un outil autre que le questionnaire de sortie, qui lui est utilisé par 85% des structures.

Le questionnaire de sortie est le fruit d'une réflexion interne dans 79% des cas. Mais, les données recueillies sont peu analysées et les résultats rarement communiqués, et ces démarches restent souvent éloignées des thèmes privilégiés par les associations d'usagers.

Cependant, l'intérêt porté par les professionnels de santé à la satisfaction grandit progressivement et constitue en cela un gage d'amélioration dans les prochaines années.

Actuellement, des équipes de plus en plus nombreuses développent des questionnaires et testent des outils étrangers (11% des établissements ont fait appel à une société de services pour les réaliser). Malheureusement, peu d'établissements publient leurs expériences et leurs travaux ne sont donc pas répertoriés.

³⁶ Informations hospitalières N°45 – septembre 1997 – p55-66

1.4.4.2.3 L'expérience de l'aquitaine

Structure unique en France, le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) a été mis en place à l'initiative des établissements publics de santé d'aquitaine en 1997. Il regroupe actuellement la quasi-totalité des centres hospitaliers de court séjour et de psychiatrie, des établissements participant au service public hospitalier et des cliniques privées. Sa mission essentielle est d'aider les établissements à mettre en place des évaluations cliniques et des démarches qualité.

Le CCECQA s'est doté en 1999 d'un outil de mesure de la satisfaction des patients. Baptisé SAPHORA (Satisfaction des Patients Hospitalisés dans la Région Aquitaine), ce questionnaire s'adresse aux patients hospitalisés en médecine, chirurgie et obstétrique. Il permet d'apprécier l'opinion des patients sur leur admission, leur séjour dans l'unité de soins, les prestations hôtelières et la préparation à la sortie. Il a été élaboré selon les étapes de la démarche scientifique, en commençant par une étude documentaire.

Cette première étape a permis de définir le concept de satisfaction, de faire une revue des travaux déjà réalisés et de lister les problèmes méthodologiques rencontrés dans ce type d'enquête.

Le CCECQA s'est ensuite constitué une bibliothèque de questions de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés comportant 434 items. Ces questions ont été classées en croisant les huit dimensions de la satisfaction selon Ware avec la chronologie du séjour à l'hôpital selon les travaux de Rubin et Meterko. Ce classement a conduit à l'élimination des questions redondantes et à l'uniformisation des formats des questions et des réponses.

Un premier questionnaire a ensuite été élaboré puis testé dans trois établissements auprès de 60 patients et corrigé en fonction des remarques et des difficultés d'administration rencontrées.

La version revue et corrigée du questionnaire a été proposée après une année de travaux. Le CCECQA a défini un protocole d'enquête testant deux modes d'administration du questionnaire : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et 15 jours après l'hospitalisation. Le protocole définit la population à étudier, l'échantillonnage et les critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans l'étude.

L'administration du questionnaire sur 1300 patients provenant de 17 établissements différents a permis de vérifier les hypothèses généralement admises dans la littérature :

- 1) le recours à un tiers (enquêteur, soignant ou proche) pour le remplissage du questionnaire diminue le niveau de satisfaction global,
- 2) la satisfaction d'un patient sur son hospitalisation va dans le même sens que la satisfaction globale qu'il a de sa vie et de son état de santé,
- 3) La satisfaction augmente avec l'âge.

L'identification du répondant, l'évaluation de la satisfaction de la vie et l'âge du patient sont donc des variables d'ajustement nécessaires à collecter.

La validation statistique du questionnaire a permis de vérifier que les huit dimensions de Ware étaient bien prises en compte.

L'analyse en composantes principales a identifié trois dimensions homogènes du séjour : l'unité de soins, l'hôtellerie et la sortie. Un score de satisfaction peut donc être calculé pour chacune d'entre elles.

Une nouvelle administration du questionnaire à 15 jours sur un petit échantillon a établi la bonne stabilité des réponses et une dernière analyse a permis d'identifier six questions expliquant 54% de la variance de la satisfaction globale des patients. Le CCECQA propose donc une version courte du questionnaire à administrer en routine en incluant ces questions dans le questionnaire de sortie.

Les résultats de cette démarche unique en France sont pour l'instant réservés aux membres du CCECQA mais seront bientôt accessibles à tous lors d'une publication de leurs travaux dans la revue « Gestions hospitalières » avant la fin de l'année 1999.

Ces travaux, réalisés sur une période de deux ans, n'ont été possibles que grâce à une mutualisation des moyens des établissements d'une région sanitaire. Cette structure présente

de nombreux avantages en termes d'économies d'échelle. Elle a créé une dynamique entre les établissements qui innovent et échangent sur une base commune.³⁷

³⁷ Salamon R. et coll , Mise en place d'une structure inter-établissements d'évaluation et de qualité en Aquitaine : le CCECQA. ; Journal d'économie médicale 1999, t17, n°2-3, p 175-186

2 ... A L'AMELIORATION DE LA QUALITE A L'HOPITAL DE SENS

2.1 Les limites de l'outil de mesure

La mesure de la satisfaction n'est et ne restera qu'un outil parmi d'autres d'amélioration de la qualité.

Comme le décrit Deming, le processus d'amélioration de la qualité a besoin d'indicateurs ciblant les améliorations à mettre en œuvre. Son cycle « Préparer – Exécuter – Contrôler – Améliorer » (PECA) débute par la connaissance des besoins et attentes des clients. La Direction d'un établissement doit donc recueillir des données afin de déterminer si les processus utilisés sont satisfaisants pour les clients.

Le bilan des pratiques des hôpitaux français conduit à penser que c'est la seule contrainte légale qui les pousse à la mise en place d'évaluations. Or, sans la volonté d'inscrire la structure hospitalière dans le processus d'amélioration continue de la qualité, l'élaboration d'un baromètre satisfaction ne sert absolument à rien.

D'une part, même avec une telle volonté, les problèmes méthodologiques en rendent l'élaboration difficile. D'autre part, si aucune action correctrice ne suit la détection des points à améliorer, si aucun projet ne tente d'agir sur les variables conduisant à la satisfaction, peu de personnes au sein de l'hôpital le feront spontanément, et si quelques personnes possèdent naturellement cette culture qualité, elles risquent de se décourager devant l'inertie de la structure.

La seule personne pouvant initier, insuffler et porter la croyance selon laquelle l'amélioration continue de la qualité est bénéfique pour tous est le directeur général d'un établissement. La définition de cette politique par le plus haut de la hiérarchie d'une structure constitue le facteur clef du succès.

La conquête de la culture qualité doit absolument partir de la direction pour être diffusée à la totalité du personnel. Elle doit pour cela s'appuyer sur des personnes relais qui bénéficient du soutien inébranlable de la direction. Toutefois, cette culture ne s'acquiert qu'au long cours car elle dépend entièrement des objectifs définis.

L'hôpital est une entreprise de « main d'œuvre » avec ses 70% de dépenses en frais de personnel. Il est une entreprise de services où la relation avec le personnel, en contact direct avec les patients/clients, détermine la qualité de ces services. Le choix de la politique de gestion des ressources humaines est dans ce cadre capitale.

2.1.1 La relation personnel / satisfaction

2.1.1.1 La relation infirmières / satisfaction

Les infirmières sont, comparativement aux médecins, responsables de l'activité journalière du service et représentent un des contacts principaux du patient. Pour Abramowitz³⁸, elles sont des « ambassadeurs de bonne volonté » positionnées en « première ligne ».

Une étude³⁹ menée par M.P. Leiter et al en 1998 montre combien elles influent sur la satisfaction des patients par la nature affective de leurs relations : ils ont étudié les effets de l'affaiblissement psychologique des infirmières en tant que processus de dégradation de l'attitude professionnelle et du comportement en réponse aux contraintes du travail.

Cette dégradation se traduit par l'épuisement des ressources physiques et émotionnelles, le cynisme, mesuré par l'indifférence au travail et le manque d'efficacité professionnelle. Elle provient de l'inadéquation entre la politique mise en place par l'établissement et les attentes du personnel en matière d'accomplissement professionnel. Ce cas peut se présenter lors d'un changement d'encadrement par exemple.

L'analyse de deux enquêtes menées simultanément sur les patients et les soignants de mêmes structures prouve que la perception de la qualité générale des soins correspond de manière très significative (voir tableau) aux relations qu'ont les infirmières à leur travail. Plus encore, cette analyse prouve que les infirmières influencent la satisfaction des patients dans des

³⁸ Abramowitz S. and al, 1987, Analysing patient satisfaction : a multianalytic approach – Quality research bulletin – April, p 122-130

³⁹ M.P. Leiter and al, The correspondance of patient satisfaction and nurse burnout – Soc. Sci. Med. Vol 47, N° 10, p 1611-1617

domaines tels que l'évaluation du médecin, l'information reçue, la coordination des soins et l'évaluation finale de toute la structure.

Le poids de la fatigue, le manque d'intérêt au travail et le désir de démissionner sont des variables ayant une influence sur la manière dont les infirmières se comportent avec les patients. Le choix de devenir infirmière est souvent accompagné d'une vocation, d'un désir de s'occuper de la personne qui leur confie son corps. Un sentiment de frustration peut apparaître lorsqu'elles sont empêchées de dispenser des soins de la façon qu'elles jugent la meilleure pour le patient. Il est difficile de masquer ce sentiment pendant tous les contacts intimes et

Corrélations entre l'évaluation des infirmières et la satisfaction des patients

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1- Epuisement des infirmières	-	0.80	-0.23	0.67	-0.77	-0.73	-0.72	-0.55	-0.70
2- Cynisme des infirmières		-	-0.24	0.54	-0.71	-0.53	-0.43	-0.30	-0.46
3- Efficacité professionnelle des infirmières			-	-0.62	0.52	0.06	0.26	0.26	-0.09
4- Intention de démissionner des infirmières				-	-0.52	-0.53	-0.65	-0.58	-0.62
5- Sentiment d'accomplissement au travail des infirmières					-	0.79	0.65	0.53	0.67
6- Evaluation des infirmières						-	0.70	0.65	0.89
7- Evaluation des médecins							-	0.79	0.77
8- Evaluation de l'information								-	0.69
9- Evaluation des résultats									-

Exemple : cette étude montre que l'épuisement des infirmières explique 0.72% de la variance de l'évaluation des médecins. Or, le score est de -0.72, il signifie que l'épuisement des infirmières a une influence négative sur l'évaluation des médecins !

répétés avec les patients. Comme Vuori⁴⁰ l'indique, les patients attachent plus d'importance à la qualité humaine de la relation qu'à la qualité technique du soin qu'ils pensent acquise. L'orientation positive des contacts est cruciale. Si les infirmières ne peuvent pas atteindre ce niveau d'attente des patients, alors ils évalueront l'ensemble du séjour de façon défavorable.

⁴⁰ Vuori H. (1991), Patient satisfaction-Does-it matter ?- Quality assurance in health care – 3, p183-189

2.1.1.2 La relation personnel / satisfaction

Les conclusions de cette étude peuvent être généralisées sans grand risque d'erreur à l'ensemble du personnel étant en contact direct avec le patient. Il est en effet plausible d'admettre que le personnel en relation avec les patients communiquera également son mécontentement (pas forcément volontairement) par son attitude. Par exemple, au standard de l'hôpital, ne dit-on pas que le sourire s'entend ?.

2.1.2 Prendre soin des personnes qui prennent soin des patients

A la lumière de cette étude, il faut admettre que la satisfaction des patients passe par la satisfaction des infirmières. Il s'agit de promouvoir l'intérêt au travail et l'épanouissement personnel pour diminuer ou prévenir l'affaiblissement psychologique.

D'une façon plus générale, négliger le bien-être du personnel, en particulier du personnel en contact avec les patients, conduit à court terme à l'insatisfaction, qui à long terme entraîne une fuite des patients vers d'autres établissements. Or, en anticipant sur la réforme du financement des établissements de santé, avec un mode de rémunération à la pathologie traitée, une structure pourrait se trouver en difficulté si son activité diminuait à cause d'un problème d'image faisant fuir les patients.

2.1.3 Tous DRH

Le rôle qu'ont à jouer la direction des ressources humaines et la direction des services de soins infirmiers est particulièrement important. De leurs capacités à piloter le changement dépendra la diffusion de la culture qualité. Il s'agit d'arriver dans un premier temps à ce que le patient soit le client de tous ceux qui sont en contact avec lui, mais ensuite qu'il soit le client de toute la structure parce que son jugement porte sur la totalité des prestations fournies.

Tous les partenaires internes d'un processus devront s'accorder pour assurer le meilleur service. L'audit interne de la chaîne de la restauration à l'hôpital de Sens en donne un exemple : si un agent ne veille pas parfaitement à la remise en température des plats servis en liaison froide, il gâchera tout le travail de l'acheteur (de produits de qualité), celui du cuisinier, celui de la personne qui confectionne les plateaux repas et celui de la personne qui distribue le repas avec le sourire, même si seule cette dernière personne est en contact avec la personne nourrie.

Ce travail de fond s'inscrit dans la durée et doit être envisagé sur plusieurs années⁴¹. Il doit être accompagné de toute la batterie d'outils qui, au quotidien, permet d'améliorer le fonctionnement de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de Sens pourrait mener une enquête de satisfaction du personnel en même temps qu'il réalise l'enquête annuelle auprès des patients. Même si le contexte financier actuel est largement défavorable, il serait intéressant de montrer que le bien être du personnel reste une préoccupation, surtout pendant les périodes difficiles. De plus, ce recueil d'informations enrichirait les données administratives généralement compilées dans le bilan social.

2.2 Les moyens mis en place à Sens

La Direction de la clientèle créée en 1996 est responsable de la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité définie en partenariat avec la Direction Générale et la Direction des Services de Soins Infirmier.

En tant que chef de projet, l'attachée de direction est à la tête de toutes les structures d'amélioration de la qualité : la cellule accréditation, le groupe de pilotage et les groupes de travail. Elles ont toutes pour but la progression de l'hôpital par la détection et la résolution des dysfonctionnements.

2.2.1 Un nouveau métier : le référent qualité

Un poste de « Référent Qualité » existe depuis le mois d'avril 1998 au Centre Hospitalier de Sens. D'abord à mi-temps, ce poste est aujourd'hui occupé à temps plein. Ses missions sont de préparer l'établissement à l'accréditation et d'engager tous les secteurs d'activité de l'hôpital dans la démarche qualité.

2.2.2 Une structure : la cellule accréditation

La cellule accréditation est rattachée à la Direction de la clientèle. Pilotée par la « référente qualité », cette structure sera étoffée par le recrutement d'un emploi jeune avant la fin de l'année 1999. Ce dernier sera chargé notamment de l'administration et du traitement de tous les questionnaires de satisfaction utilisés dans l'hôpital. En outre, il sera chargé du « point

⁴¹ Barthès Richard, DRH, Centre hospitalier du Bassin de Thau

écoute » destiné à recueillir les suggestions sous toutes leurs formes et à orienter les personnes insatisfaites soit vers la direction, soit vers le médecin conciliateur.

2.2.3 Le groupe référent accréditation

Le chef de projet et la « référente qualité » pilotent le groupe chargé de conduire « l'analyse de l'existant » préalable à la démarche d'accréditation. Un premier audit a conduit à dégager les axes d'amélioration prioritaires suivants : la restauration, le dossier patient, la gestion des événements indésirables, l'entretien des locaux, la gestion des lits et la satisfaction du personnel. Chaque axe est ensuite développé par un sous-groupe multidisciplinaire.

① La restauration : l'analyse des questionnaires de sortie et de l'enquête annuelle montrait un mécontentement des patients grandissant en matière de restauration. Cette insatisfaction a déclenché l'audit de l'ensemble de la chaîne de production, de l'achat des matières premières au service en chambre. Cette étude a permis la suppression de certains plats inadaptés à la liaison froide, de sensibiliser les ASH au respect de la procédure de remise en température des portions et d'obliger tous les services à respecter la prise effective de commande des repas auprès du patient. Ce dernier point fait l'objet d'une attention particulière car le système est entièrement informatisé depuis le 1^{er} octobre 1999 : chaque service dispose maintenant d'un module portable relié aux cuisines pour éliminer les problèmes de lecture optique de l'ancien système. Et pour s'assurer que les patients pourront effectivement choisir leurs repas, deux questions seront ajoutées au questionnaire de satisfaction pour disposer d'un indicateur précis (Avez-vous eu la possibilité de choisir vos repas ? ; Avez-vous reçu ce que vous aviez commandé ?).

② Le dossier patient : Sous la responsabilité d'un médecin chef de service, ce sous-groupe a pour objectif d'aboutir à la confection d'un support de dossier papier unique pour tous les services, première étape souhaitée avant une informatisation créant un dossier patient unique pour tout l'établissement.

③ La gestion des événements indésirables : parti du principe qu'un événement indésirable correspond à tout ce qui ne doit pas arriver au patient, ce groupe souhaite obtenir le maximum de déclarations pour en identifier les causes et les éliminer. Il a donc établi une fiche et une

procédure de déclaration. Les principaux événements détectés jusqu'alors sont les chutes, les escarres, les vols, les erreurs d'identité, les problèmes de matério-vigilance, d'hémo-vigilance et les infections nosocomiales. La préoccupation du groupe est de trouver des moyens d'obtenir ces déclarations qui sont aujourd'hui plutôt rares.

④ L'entretien des locaux : le personnel de ménage central était mécontent de ses conditions de travail. Les horaires correspondent en effet à des heures d'affluence, ce qui, sur sol mouillé pose des problèmes de propreté et des risques de chutes nombreux. La réflexion qui s'est faite avec les agents en charge du ménage a été fructueuse : elle a valorisé ces agents qui se sont sentis reconnus et va aboutir à une réorganisation du service.

⑤ La gestion des lits : l'activité de l'hôpital de Sens augmente d'environ 5% par an. Il est de plus en plus difficile de faire face à l'encombrement quasi permanent de tous les lits de l'établissement. Le patient relevant d'un service de médecine ne disposant pas de place est orienté dans un service de chirurgie. Cette volonté généreuse d'accueillir le maximum de personnes est toutefois confrontée à l'insatisfaction générale : les patients apprécient peu de ne pas être dans le service approprié à leurs pathologies, les médecins sont peu habitués à sortir de leurs services respectifs et les soignants gèrent moins facilement des pathologies dont ils n'ont pas l'habitude. L'analyse de la Direction de l'Information Médicale indique qu'en moyenne sur l'année, environ 30 personnes, soit l'équivalent d'un service, restent hospitalisées faute de solution pour réaliser une sortie soit au domicile, soit en moyen séjour. Solution rapide demandant très peu de moyens, l'hôpital a demandé et obtenu la création de 10 lits porte à orientation gériatrique, structure tampon économique destinée à éviter des hospitalisations temporaires inutiles et coûteuses.

⑥ La satisfaction du personnel : point délicat lorsque l'activité générale augmente et que le budget déjà bas (point ISA CH Sens : 10,14 en 1997) reste inflexible, la satisfaction du personnel n'a fait l'objet d'une évaluation que pour la qualité des repas du restaurant. Très ciblée et précise, ce questionnaire a permis d'améliorer la prestation du self. Les portes maintenues fermées apportent plus de calme, les plateaux repas ne sont plus humides et la diversité du choix des plats est constante sur toute la durée d'ouverture.

La « référente qualité » est présente sur tous ces chantiers et veille à l'adhésion de toutes les catégories de personnel aux réflexions et actions entreprises.

Elle travaille d'autre part hors du champ des priorités sélectionnées pour l'accréditation sur l'information du patient, la gestion documentaire et les enquêtes de satisfaction.

- Les patients ne disposent pas d'une notice explicative du fonctionnement pratique de l'hôpital. Le mode d'emploi en cours d'élaboration décrit simplement les petits détails facilitant la vie quotidienne : les règles et les horaires de visites à respecter, le système de location de téléviseurs, la prise de commande des repas, le fonctionnement de la radio... Il reprendra donc de façon écrite et ludique les explications données lors de l'accueil dans le service.
- La gestion documentaire est la première tâche que s'est imposée la « référente qualité ». Il s'agissait de réactualiser tous les protocoles et les procédures utilisés dans les services. De nombreux documents obsolètes circulaient dans l'établissement et risquaient d'être utilisés par un nouvel arrivant. A priori simple, cette tâche a demandé énormément de temps parce qu'elle exigeait la signature du médecin chef de service pour chaque réactualisation.
- Les enquêtes de satisfaction constituent une source d'information privilégiée d'amélioration de la prestation hospitalière. Réalisées auprès des patients, comme auprès du personnel, elles fournissent toujours de nombreux indicateurs permettant de détecter les sources d'insatisfaction. Elles sont soit générales, comme l'enquête annuelle, soit ponctuelles comme l'enquête du restaurant du personnel.

2.2.4 Actions de sensibilisation

L'hôpital de Sens est une structure portée par la culture du service public et de la fonction publique hospitalière. Cette approche est issue de l'histoire des hôpitaux, aux temps où seuls les indigents étaient reçus dans les hospices. Ces temps sont certes lointains, mais à Sens, le patient hospitalisé reste un usager du service public. Pourtant, dire aujourd'hui du patient qu'il n'est qu'un usager réduit cette personne à une seule facette de l'être humain qu'elle est.

Dans ce contexte, parler de « clientèle » est difficile. Les détracteurs parlent de vision mercantile et les plus virulents craignent l'instauration d'une forme de servitude nuisible au personnel de l'hôpital.

Par sa présence quotidienne, la « référente qualité » assure la diffusion de la pensée que chacun doit avoir en tête : la conscience d'être un élément indispensable de la chaîne qui doit permettre aux patients de se rétablir le plus vite possible, ou d'être accompagnés le plus paisiblement possible vers une fin digne. Il ne s'agit pas de tomber dans la servitude, mais simplement de trouver le bon sens qui permet à chacun de faire son travail de la façon la plus épanouissante possible, parce qu'en étant épanoui, l'agent est certainement plus efficace (voir 211, la relation personnel / satisfaction).

Cette présence quotidienne et la participation systématique des agents aux réflexions doivent permettre à chaque personne de se sentir responsabilisée et reconnue dans son travail afin qu'elle s'approprie la démarche qualité et qu'elle adhère à cette culture.

2.2.5 Des outils d'observation de la satisfaction des patients

Bien que largement perfectible, l'exploitation des questionnaires de sortie, des enquêtes annuelles et des lettres de plaintes fournit de nombreux indicateurs du niveau de prestation de l'établissement. Leur utilisation permet de débiter le cycle d'amélioration continue de la qualité.

2.2.5.1 *le questionnaire de sortie : 35 questions pour y voir plus clair.*

Le questionnaire est réactualisé lors de chaque épuisement du stock d'imprimés en fonction des préoccupations de la Direction et des propositions trouvées sur les versions précédentes. Il constitue donc un tableau de bord et n'est pas considéré comme une mesure représentative de la satisfaction des patients.

La signalétique de l'hôpital a été modifiée et l'équipe de Direction souhaite savoir si elle apporte effectivement une amélioration de l'orientation dans l'établissement. Le questionnaire de sortie a donc été enrichi provisoirement d'une question sur ce thème dans la zone « qualité de l'accueil ».

De nombreux patients ont fait remarquer dans la zone de suggestions des questionnaires précédents que la température ambiante était trop élevée dans les chambres. Cette question est aujourd'hui traitée dans la zone « confort de votre chambre ».

Toutefois, il serait intéressant d'utiliser ce questionnaire pour obtenir un indice synthétique de la satisfaction des patients. Mais pour bénéficier des travaux du CCECQA et ajouter les six items représentant 54% de la variance de la satisfaction globale, il faut attendre la publication de leurs travaux. Un établissement de 750 lits ne peut en effet fournir le même travail qu'une structure régionalisée regroupant les moyens d'une cinquantaine d'établissements.

Le principal écueil rencontré à Sens reste le faible taux de retour des questionnaires de sortie. Deux questions ont été ajoutées dans l'enquête annuelle pour connaître les raisons (soupçonnées) de ce faible score (voir 22522 : les résultats de l'enquête annuelle).

Pour remédier au même problème, le Centre Hospitalier du Bassin de Thau (Sète, Agde et Marseillan) a développé un système efficace : des urnes en plexiglas situées dans tous les services et les grands lieux de passage permettent de solliciter constamment les patients. Ces urnes sont facilement reconnaissables par le logo ☺☹, identique à la présentation du questionnaire. Les urnes sont relevées chaque jour en veillant à toujours y laisser quelques questionnaires pour attirer l'attention. Ensuite, les questionnaires sont exploités informatiquement et les résultats diffusés mensuellement à l'ensemble des services. Les résultats comprennent les scores de satisfaction et les taux de retour par service. Cette diffusion a nettement poussé les cadres à veiller à ce dernier indicateur.

2.2.5.2 *l'enquête annuelle*

La première enquête annuelle a été administrée en 1998 auprès de patients hospitalisés entre le 20 août et le 20 novembre. Le questionnaire a été élaboré par la Direction de la clientèle, la Direction des services de soins infirmiers et la cellule accréditation.

2.2.5.2.1 Méthodologie

Sans connaissances méthodologiques particulières, les items ont été choisis parmi la liste du document de travail préconisé par la Direction des hôpitaux. Le questionnaire utilisé n'est donc pas un indicateur validé de mesure de la satisfaction des patients.

Toutefois, il a été construit pour mettre en valeur tous les dysfonctionnements connus de l'hôpital. Les items ont donc été choisis avec soins de façon à pouvoir en exploiter des résultats pour agir. Il n'est peut-être pas scientifiquement validé, mais il doit permettre d'évaluer les résultats de la politique décidée par la Direction de l'établissement.

La stratégie de l'établissement est claire : depuis le début des travaux, chaque personne connaît les critères du questionnaire de satisfaction ; chaque personne sait aussi que l'établissement est engagé concrètement dans l'accréditation (avec la réalisation de la totalité des visites d'auto-évaluation) et connaît donc la diversité des critères évalués : chacun prend donc conscience que la structure centre ses préoccupations autour du patient. **La volonté de communiquer les résultats de toutes les études en interne et au grand public est affichée depuis le début des réflexions** (les résultats sont affichés dans le hall d'entrée, ont été exposés lors de la foire de la ville de Sens pendant une semaine, ont été publiés dans le journal interne et ont été présentés en réunion cadre, à la Commission Médicale d'Etablissement et au Conseil d'administration). Une certaine pression est donc mise sur le personnel qui sait que la qualité de son travail sera évaluée selon des critères précis et que les résultats de ces évaluations seront communiqués et comparés.

Le premier questionnaire comprenait 33 questions et une zone de suggestions. Les dimensions explorées étaient les suivantes :

	Dimensions	Items retenus
①	Les formalités administratives	Qualité de l'accueil, informations données, temps d'attente
②	Accueil dans le service d'hospitalisation	Présentation de la chambre et du fonctionnement du service par le personnel, présentation systématique du personnel, chambre prête lors de l'arrivée, remise du livret d'accueil.
③	Informations médicales	Qualité de l'information, explications, consentement, disponibilité, information du médecin traitant.
④	Déroulement des soins	Confiance, explications, réponse aux appels, besoin d'assistance, intimité, difficultés sociales
⑤	Prise en charge de la douleur	Besoin, traitement
⑥	Organisation	Diététicienne, psychologue, kinésithérapeute, brancardiers, se sentir attendu, communication des résultats
⑦	Conditions matérielles	Equipement de la chambre, visites, repas, orientation
⑧	Consultations	Délai du rendez-vous, respect de l'heure, information médicale
⑨	Avis général	Choix de l'hôpital si retour, suggestions d'amélioration

Il a été administré par voie postale auprès d'un échantillon de 1000 personnes hospitalisées. La sélection s'est faite par tirage aléatoire dans la liste des patients après avoir retiré les personnes décédées, les moins de 15 ans et les femmes venues pour IVG, pour éviter des problèmes d'information des familles. Le questionnaire était accompagné d'une enveloppe T de renvoi gratuit. Le taux de retour a été de 46%, soit 460 questionnaires.

2.2.5.2.2 Résultats

Les résultats ont été à la hauteur des attentes de la Direction. Ainsi, bien qu'il comporte de nombreux très hauts scores de satisfaction, le questionnaire a chiffré plusieurs dysfonctionnements :

- Le personnel se présente peu ou pas du tout presque une fois sur deux.
- Le livret d'accueil n'est pas remis dans plus d'un cas sur deux.
- La disponibilité du médecin est plus d'une fois sur cinq moyennement et pas du tout satisfaisante.

- Les personnes ayant des difficultés sociales n'ont pas eu connaissance de l'existence du service social dans près de six cas sur dix.
- Les patients ayant besoin d'examens dans d'autres services ont le sentiment de ne pas être attendu dans un cas sur cinq, et le déroulement de ces examens ne leur a pas été expliqué dans un cas sur cinq.
- La qualité des repas est moyennement et pas du tout satisfaisante dans près d'un cas sur trois.
- 10% des personnes venant en consultation ne savent pas si c'est au titre de l'activité publique ou libérale du praticien. Le délai pour obtenir un rendez-vous est moyennement ou pas du tout satisfaisant dans près d'un cas sur trois et l'heure fixée n'a pas été respectée dans près d'un cas sur deux.
- Mais 91% des patients se déclarent globalement satisfaits de leur hospitalisation et 95% reviendraient au Centre Hospitalier de Sens.

Cette première enquête a donc servi d'étalonnage aux études futures afin de mesurer les écarts. Loin de vouloir accabler les différents responsables par un pointage des difficultés, cette étude est plutôt destinée à éviter l'auto-satisfaction générée par les très hauts scores globaux trouvés comme dans toutes les études de satisfaction des patients hospitalisés. Cet indicateur n'est pas statistiquement validé mais il révèle bien des problèmes connus, il les quantifie. Il pourrait servir ainsi de base solide aux négociations visant à améliorer les prestations.

2.2.5.2.3 Perspectives

2.2.5.2.3.1 L'enquête 1999

La deuxième version du questionnaire comporte 40 questions (voir annexe). Quelques questions ont été supprimées dans la mesure où elles posaient des problèmes de compréhension et qu'elles étaient déjà traitées dans le questionnaire de sortie.

Une question ouverte sera posée dans chacune des neuf dimensions étudiées (« Quels aspects vous ont plu, déplu ou surpris lors de ... »). Cet ajout correspond aux critiques formulées par

Lois H. Thomas & al : ils préconisent ces formulations pour détecter les « bonnes » et les « mauvaises » surprises arrivant au cours de l'hospitalisation.

L'ajout de variables discriminantes comme la perception de l'état de santé et la satisfaction de la vie serait à étudier (l'âge est déjà pris en compte).

L'objectif opérationnel de l'outil est toujours de fournir une source d'amélioration de la qualité qui détecte les marges de progrès : 1) le questionnaire détecte et 2) des études complémentaires (du type audits) affinent les contours du problème rencontré.

Le Centre Hospitalier de Sens n'a pas les moyens de se lancer seul dans l'élaboration d'un outil validé permettant de connaître les points les plus importants aux yeux des patients. Il faut encore attendre la publication des travaux du CCECQA qui a fait cette recherche. Toutefois, si cette parution se fait trop longue, l'acquisition au mois de septembre 1999 du logiciel « Le Sphinx® » permettra d'avancer dans ce domaine. Les fonctionnalités de ce logiciel permettent la saisie et l'exploitation des données quantitatives de l'enquête, mais aussi celle des données qualitatives, permettant ainsi le traitement des questions ouvertes. Les fonctions statistiques, notamment l'analyse en composantes principales, permettront aussi de commencer une validation du questionnaire.

2.2.5.2.3.2 Recueillir d'autres données

La mesure de la satisfaction par questionnaire est nécessaire mais pas totalement suffisante pour évaluer la structure. La notoriété de l'hôpital mesurée par son attractivité et son image apporterait une mesure complémentaire plus objective de ce que pense la population. Il conviendrait donc d'étudier la possibilité de recueillir régulièrement les indicateurs suivants :

- Le dernier classement des hôpitaux publié dans le « Figaro Magazine » du 11 septembre 1999 utilise le pourcentage de patients hospitalisés venant d'un autre département pour évaluer l'attraction du public pour un hôpital ou un de ses services. C'est une donnée interne facilement récupérable.
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie fournit le pourcentage de personnes allant se faire soigner dans un autre département. Ce taux de fuite représente une évaluation claire de l'attractivité des établissements d'une zone et peut constituer un indicateur intéressant.

- Une enquête d'image pourrait être menée pour évaluer les représentations des habitants. Elle permettrait de savoir pourquoi certaines personnes préfèrent aller à la clinique, plutôt qu'à l'hôpital et selon quels critères.

2.2.5.3 la gestion des lettres de plainte

Même si la proportion des patients déçus qui se plaignent auprès de la Direction de l'établissement est faible, l'hôpital doit s'efforcer de les satisfaire. La personne qui fait part de son mécontentement présente toutes les caractéristiques du leader d'opinion. Selon Lazarsfeld⁴², « les leaders d'opinion sont des relais d'information situés au centre des réseaux interpersonnels », et sont à ce titre susceptibles de créer un préjudice très important : ils répèteront leur mécontentement dans leur entourage et l'information négative circulera largement.

Oliver⁴³ a estimé sur le marché américain que seul 5% des clients mécontents s'adressent aux fabricants (environ 30% aux détaillants). Sachant qu'une personne insatisfaite informe en moyenne 10 personnes de son mécontentement, contre seulement 3 en moyenne lorsqu'elle est satisfaite, il est facile de calculer quels peuvent être les désastres de l'insatisfaction :

- Le Centre hospitalier reçoit environ 40 lettres de plaintes par an, soit un nombre potentiel de personnes mécontentes compris entre 130 (à 30%) et 800 (à 5%), soit entre 1300 et 8000 personnes recevant une information négative sur l'hôpital. Rappel : le bassin de population est de 90 000 personnes.

La gestion des lettres de plainte est gérée par la Direction de la clientèle. Une lettre reçue chemine par la Direction Générale, la Direction des services de soins infirmiers et par le Président de la CME lorsque la plainte concerne un médecin. Une enquête est réalisée et une réponse adressée au plaignant dès que la recherche d'explications est terminée. Cette réponse est signée par le Directeur Général de l'établissement.

Chaque plainte est enregistrée dans un registre où sont consignés la nature de la plainte, le service et/ou la personne visée, la date d'arrivée de la plainte et la date de réponse.

⁴² Lazarsfeld Paul F, « The people's choice », Columbia university press, New York – 1948, in « Le comportement du consommateur » ; Marc Filser

2.2.6 L'informatique : le logiciel LE SPHINX®

Avant l'achat de ce logiciel, tous les traitements des enquêtes étaient réalisés manuellement par la « référente qualité ». Ce nouvel outil permettra de concevoir le questionnaire et d'exploiter très rapidement les résultats. La version achetée répond aux besoins classiques de traitements des données (fréquences, moyennes, écart-type...) mais aussi aux besoins plus précis d'analyse de données : l'analyse en composantes principales (ACP) et la typologie. L'ACP permettra d'identifier les dimensions de la satisfaction et le rattachement correct des items aux dimensions, et la typologie permettra d'identifier des groupes homogènes de patients répondants de la même manière selon des variables discriminantes. L'identification d'un profil de patient mécontent pourrait peut-être permettre de mieux connaître ses attentes et de faire progresser la qualité du service.

Le temps gagné par la rapidité de traitement permettra de multiplier les mini-enquêtes d'étude qui précisent des problèmes rencontrés.

2.2.7 La formation

2.2.7.1 *La stratégie de formation*

Au cœur de toutes les perspectives d'évolution des organisations, la formation continue traduit l'orientation stratégique de l'établissement, ses choix organisationnels et techniques, ses options en matière de promotion professionnelle et d'évolution des qualifications.

Instrument de gestion, la formation permanente est aussi une source d'enrichissement pour le personnel. La valorisation et la mobilisation des ressources humaines passent par une formation pensée et organisée pour être un outil de changement, un moyen privilégié d'adaptation de l'hôpital aux évolutions des techniques, des modes d'hospitalisation et d'organisation.

Une stratégie pluriannuelle de formation existe pour les projets de service, l'hygiène, l'accueil, le diagnostic infirmier, la responsabilité juridique et la particularité des soins en gériatrie, oncologie, sida, toxicomanie et soins palliatifs.

⁴³ Oliver R.L., « An investigation of the interrelationship between consumer dissatisfaction and complaint reports » in « Le comportement du consommateur », Marc Filser

Le budget de formation reste toutefois dans les limites des possibilités financières de l'établissement. Avec seulement 2,25% de la masse salariale, les 2 666 000 francs budgétés répondent aux obligations légales, mais ne correspondent pas aux moyens que devrait se donner un établissement en pleine croissance.

2.2.7.2 Le renouvellement prochain de nombreux cadres infirmiers

Si la culture qualité est longue à intégrer, c'est parce que les mentalités évoluent lentement. La course à l'accréditation va trop vite, et les comportements ne seront pas modifiés avant la visite des experts. L'adhésion à la culture qualité ne peut se gagner qu'au long cours à moins qu'un changement radical ne s'opère dans l'établissement. Or, quinze cadres soignants doivent partir à la retraite d'ici l'année 2005, soit 40% de cet effectif. Ce renouvellement est incontestablement un enjeu très important pour l'hôpital. Il ne s'agit pas de croire que les cadres actuellement en place sont insensibles à cette culture, mais plutôt de reconnaître que l'établissement a besoin de bien plus que de quelques sites pilotes pour entraîner toute la structure. Ces nouveaux cadres seront nécessairement formés à l'approche qualité, qui sera peut-être devenue l'approche client, mais ils devront avant tout être des éléments moteurs, des managers pour conduire tous les agents de l'hôpital à l'appropriation de cette façon de travailler.

Le Centre hospitalier du Bassin de Thau respecte depuis plusieurs années des règles conditionnant le financement de l'école des cadres. Après l'analyse des causes de l'échec de certains nouveaux cadres, la Direction a mis en place un système de filtres visant à garantir la motivation des candidats à la promotion. Ceux-ci doivent avoir passé un diplôme universitaire (quelle que soit la discipline), avoir travaillé dans au moins deux services différents, avoir une expérience réussie de « faisant fonction » de cadre infirmier, s'investir dans l'établissement en participant aux groupes de travail... pour s'assurer un niveau de culture générale, une ouverture d'esprit et une connaissance de la fonction.

La Direction des Services de Soins Infirmiers du Centre hospitalier de Sens applique des principes similaires, mais qui ne sont pas clairement reconnus comme tel : ils ont été exposés en réunion des cadres infirmiers, mais pourraient faire l'objet d'un engagement écrit.

2.3 Une difficulté : la situation financière de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Sens est l'un des établissements les plus pauvres de France. La valeur de son point ISA était de 10,14 francs en 1997 pour une production de 23 600 000 points. Le montant des reports de charges s'élevait à 13 000 000 de francs pour un budget d'environ 300 000 000 de francs.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'hôpital ont signé en 1997 un protocole d'apurement de ces reports de crédits. L'ARH s'est engagée à verser 3 325 000 francs de crédits non reconductibles par an, pendant quatre ans.

Ces mesures auraient été suffisantes pour assainir la situation financière de l'établissement si le volume de l'activité n'avait pas augmenté. Or, le nombre d'entrées a progressé régulièrement (+5,63% en 1998) et les estimations situent le nombre de points ISA pour 1998 à 24 500 000, soit +3,8%.

Dans ces conditions, la seule solution pour éviter une augmentation des reports de crédits était de réaliser de fortes économies. Les groupes 2 et 3 de dépenses ont été particulièrement visés car ils augmentaient plus que proportionnellement à l'activité. Le groupe 1 a servi, comme dans de nombreux établissements, d'amortisseur à la croissance des déficits. La contrainte financière a poussé la Direction à ne plus remplacer les agents arrêtés et à laisser un maximum de postes vacants. Ce choix a trouvé extrêmement rapidement ses limites face au volume de travail : les urgences comptabilisent environ 28 000 passages par an (+ 1500 passages par an depuis 5 ans) et l'hôpital est confronté à des pics de fréquentation toute l'année, situation qui n'arrivait auparavant qu'en hiver :

Taux d'occupation sur le premier semestre 1999 :

	Taux 1 ^{er} trimestre	Taux 1 ^{er} semestre
Taux d'occupation moyen dans les services de médecine	101.97%	96.77%
Taux d'occupation moyen en court séjour	82.71%	78.78%

Reports de crédits 1999 :

672.81	6 838 422
672.82	53 551
672.83	31 770

Le Centre Hospitalier de Sens trouve ses limites de fonctionnement. Les symptômes d'épuisement du personnel commencent à apparaître et risquent d'aggraver la situation, et la Direction attend peu de miracle d'une ARH qui tente de redéployer les moyens d'une région déjà pauvre (valeur du point ISA en Bourgogne en 1997 : 10.79 Francs).

Malgré l'adhésion aux concepts de qualité et d'accréditation, il est très difficile d'exiger le meilleur d'un personnel largement sollicité.

Pourtant , c'est à ce moment qu'il faudrait rester particulièrement vigilant au développement des coûts de la non qualité. C'est surtout parce que l'argent est compté qu'il faudrait être excellent : une tâche réussie du premier coup restera toujours moins coûteuse qu'un échec conduisant à la recommencer. La présence de difficultés financières ne doit pas empêcher la mise en place du processus d'amélioration de qualité : bien au contraire, c'est sa réussite qui permettra de dégager des marges de manœuvres grâce aux économies générées.

CONCLUSION : Soigner ou séduire ?

Soigner ET séduire, si l'on considère que la satisfaction des patients constitue en soi un élément de santé et un résultat légitime des soins. Elle est en effet de plus en plus considérée comme un facteur d'observance thérapeutique⁴⁴ et contribue en cela au succès de la prise en charge.

Toutefois, sa mesure pose de nombreux problèmes d'évaluation liés au caractère intangible de la production hospitalière. Les recherches dans ce domaine sont en expansion, mais pour l'instant, le questionnaire idéal n'existe pas et il faut s'en accommoder.

En attendant la publication de travaux rigoureusement validés, le Centre Hospitalier de Sens va plutôt s'orienter vers une amélioration des outils existants : l'objectif opérationnel poursuivi restera l'action. Les différents questionnaires seront donc enrichis par les apports des différentes recherches étudiées afin d'augmenter leur aptitude à détecter les événements indésirables et autres dysfonctionnements sources d'insatisfaction.

Aborder le problème de la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, c'était en fait plonger au cœur des politiques d'établissement. Comment en effet parler de la qualité sans parler de motivation du personnel, sans parler de politique de management, sans parler d'enjeux financiers...

Le chemin à parcourir à Sens est encore long, surtout aux vues des obstacles financiers et culturels rencontrés. Mais ne dit-on pas qu'« un long voyage commence toujours par un premier pas ». Les années qui se profilent sont porteuses d'évolutions : l'accréditation est programmée pour le premier semestre 2000, près de la moitié des cadres sera renouvelée d'ici 2005... Le Projet d'Etablissement 2000-2005 devra donc s'interroger sur ses choix stratégiques et managériaux pour que l'hôpital s'inscrive durablement dans le processus d'amélioration continue de la qualité.⁴⁵

⁴⁴ J. Labarère, P. François – Rev. Epidém. Et Santé Publ. 1999, p 175-184

BIBLIOGRAPHIE

Références citées dans le corps du texte

Abramowitz S. and al, 1987, Analysing patient satisfaction : a multianalytic approach – Quality research bulletin – April, p 122-130

ANAES, La satisfaction des patients, revue de la littérature médicale – Septembre 1996

ANAES, Manuel d'accréditation – Février 1999

Aurier Philippe, Université Montpellier 2, Yves Evrard, groupe HEC – 14^{ème} Congrès International de L'association Française du Marketing – Bordeaux 1996

Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement : questionnaire reliability and validity. Med Care 1993 ; 31, p 834-845

Churchill G.A., 1987, Marketing research, Chicago, The Dryden Press, 4th ed

Code de la santé publique Article L710-1

Deroo M., Dussaix A.M., 1980, Pratique et analyse des enquêtes par sondage - PUF

Donabedian A – The definition of quality and approaches to its assesment – Health Administration Press, Ann Arbor 1980

Filser Marc, Le comportement du consommateur – Précis Dalloz - 1994

Fitzpatrick R., Hopkins A Eds : Measurement of patient satisfaction with their care. Royal College of physicians of London.

Gestions Hospitalières - mars 1997, Dossier satisfaction des patients, p183-216

Hayward RA, Bernard AM, Rosevear JS, Anderson JE, MCMahon LF – An evaluation of generic screens for poor quality of hospital care on a general medicine service – Med Care 1993-31, 394-402

Herzberg, Mausner, Snyderman – The motivation to work - 1959

Informations Hospitalières – décembre 1997

Informations hospitalières N°45 – septembre 1997 – La mesure de la satisfaction des patients dans les établissements de santé.

Kane RL, Maciejewski M, Finch M – The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes – Med Care 1997 – 35 ; 714-30

L'aide soignante N°7-juillet/août 1999

Labarère J., François P. – Rev. Epidém. Et Santé Publ. 1999, p 175-184

Lambin Jean Jacques – La recherche marketing – Analyser, mesurer, prévoir –Ediscience 1994

Lazasfeld Paul F, « The people's choice », Colombia university press, New York – 1948, in « Le comportement du consommateur » ; Marc Filser

Le Figaro Magazine, cahier N°3, Figaro du samedi 11/09/1999 : Le palmarès des 500 hôpitaux

Leiter M.P. and al, The correspondance of patient satisfaction and nurse burnout – Soc. Sci. Med. Vol 47, N° 10, p 1611-1617

Llosa Sylvie, Contribution à l'étude de la satisfaction dans les services – Thèse soutenue en 1996 – IAE Aix en Provence

Llosa Sylvie, IAE Université Lyon 3 – 13^{ème} Congrès international de l'Association Française du marketing – Toulouse 1995

Meterko M, Rubin Haya R. – Patient judgments of hospital quality : a taxomony – Med Care 1990, n°28

Oliver R.L., « An investigation of the interrelationship between consumer dissatisfaction and complaint reports » in « Le comportement du consommateurs », Marc Filser

Pascoe G.C.(1983) – Patient satisfaction in primary health care : a literature review and analysis. Evaluation and program planning – 6, 185-210

Popper K.H., 1961, The logic of scientific discovery, New York, Sciences Editions

Pourrin (Catherine) et coll, La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, 1^{ère} partie : aspects conceptuels et revue des travaux – Journal d'économie médicale, Mars-Avril 1999 – T17, N°2-3, p 101-115

Saint Exupéry (Antoine de), Le petit prince, Gallimard

Salamon R. et coll, Mise en place d'une structure inter-établissements d'évaluation et de qualité en Aquitaine : le CCECQA ; Journal d'économie médicale 1999, T17, N°2-3, p 175-186

Sciences humaines, N°91-février 1999, Une société de services, p 36-39

Stuedler F –Hôpital et urbanisme : les besoins et les attentes des usagers. Rev Infirm 1995 ; 1 : 1-15

Thomas (Lois H.) et al, Open-ended question : do they add anything to a quantitative patient satisfaction scale ?, Social Sciences in Health 1996, N°2

Vuori H. (1991), Patient satisfaction-Does-it matter ?- Quality assurance in health care – 3, p183-189

Ware & al.- Defining and measuring patient satisfaction with medical care – Eval Prog Plan 1983 ; 6 :247-263

Williams (Brian) – Patient satisfaction : a valid concept ? Soc Sci Med, vol 38, N°4, p509-516 - 1994

Williams (Brian) &al, The meaning of patient satisfaction : an explanation of high reported levels – Soc Sci Med, vol 47, N°9, p 1351-1359, 1998

Autres références bibliographiques

- Addington-Hall J. et al, A randomised controlled trial of postal versus interviewer administration of a questionnaire measuring satisfaction with and use of, services received in the year before death ; J Epidemiol Community Health 1998 ; N°52, p802-807
- ANAES, Bulletin info Mars 1998 ; Accréditation : dossier spécial enquête ANAES-IFOP
- Brody D.S. et al, The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received ; Medical care, November 1989, Vol 27, N°11, p 1027-1035
- Combaz M.F., La qualité à l'hôpital ; Recherche en soins infirmiers, sept 1995, N°42, p36-45
- Direction et gestion, La revue des sciences de gestion N°175-176 – Organisation et gestion : La gestion de la qualité nouvelle , p57-69
- Doeglas D., An international study on measuring social support : interactions and satisfaction ; Soc Sci Med, Vol 43, N°9, p1389-1397
- Enjeux, N°193 – Avril 1999 ; La qualité dans les services, p 59-63
- Gestions hospitalières, Dossier satisfaction des patients, Déc 1998, p781-800
- Hagan L., Info-santé CLSC : un service efficace ?, Canadian journal of public health, mars-avril 1998, p125-128
- Joos S.K. et al, Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics ; Public health reports, nov-dec 1993, Vol 108, N°6, p751-759
- Kotler – Dubois, Marketing Management – 8^{ème} édition – Publi Union
- Kurata J.H. et al, A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States ; Soc. Sci. Med. 1994, Vol 39, N°8, p 1069-1076

- Lee Y. and Kasper J.D., Assessment of medical care by elderly people : general satisfaction and physician quality ; Health Services Research 32 :6, fév 1998, p741-757
- Liaisons sociales, Mars 1997, Peut-on gérer l'hôpital comme une entreprise ?, p30-32
- Mitchell-DiCenso A. et al, A new Measure of parent satisfaction with medical care provided in the neonatal intensive care unit ; J Clin Epidemiol, vol 49, N°3, p313-318, 1996
- Perez-Corral F., Autoperception and satisfaction with health : two medical care markers in elderly hospitalized patients. J Clin Epidemiol, Vol 48, N°8, p1031-1040, 1995
- Ross C.K. et al, A comparative study of seven measures of patient satisfaction ; Medical care 1995, Vol33, N°4, p 392-406
- Thompson J.W. et al, The NCQA's Quality Compass : Evaluating managed care in the United States ; Health affairs, 1998, Vol 17, N°1, p 152-158
- UHSO - Congrès, « Mesure de la satisfaction de la clientèle hospitalière, résumé des communications », Albi 10-11 septembre 1999

ANNEXE

Centre Hospitalier de Sens : Questionnaire de satisfaction 1999, document de travail

ENQUETE DE SATISFACTION

1, Av Pierre de Coubertin
89108 SENS CEDEX
TEL. 03 86 86 15 15
FAX 03 86 86 10 07
adresse e-mail directionCHsens@wanadoo.fr

FORMALITES ADMINISTRATIVES (ENTREE ET SORTIE)

- 1 - L'accueil du personnel administratif a-t-il été :
 Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant Pas du tout satisfaisant
- 2 - Vous a t-on donné toutes les informations que vous attendiez ? oui non
 Si **non**, quelles informations vous ont manqué ?
- 3 - Avez-vous attendu au guichet avant de pouvoir faire vos formalités ?
 - Pour l'entrée - 5mn entre 5mn et 15mn + 15mn pas du tout
 - Pour la sortie - 5mn entre 5mn et 15mn + 15mn pas du tout
- 4 - Quels aspects vous ont particulièrement plu ou déplu ou surpris lors des formalités administratives ?

ACCUEIL DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION

- 5 - Estimez-vous que la présentation de votre chambre et du fonctionnement du service par le personnel a été
 Très satisfaisante Satisfaisante Moyennement satisfaisante Pas du tout satisfaisante
- 6 & 7 - Le personnel s'est-il présenté à vous en précisant son identité :
 Toujours Souvent Parfois Jamais
 En précisant sa fonction : Toujours Souvent Parfois Jamais
- 8 - Avez-vous attendu qu'un lit soit disponible lors de votre arrivée ? oui non
- 9 - Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ? oui non
 Si **oui**, par qui : - un agent administratif des admissions
 - un agent du service d'hospitalisation
 - L'avez-vous trouvé dans votre chambre
- 10 - Quels aspects vous ont particulièrement plu ou déplu ou surpris lors de votre accueil dans le service ?

INFORMATIONS MEDICALES

- 11 - Estimez-vous avoir été informé sur votre état de santé par le médecin de façon
 Très satisfaisante **Satisfaisante** **Moyennement satisfaisante** **Pas du tout satisfaisante**
- 12 - Le médecin vous a-t-il expliqué :
 - quels traitements, il mettait en route **oui** **non**
 - quels examens, il faisait réaliser **oui** **non**
 - vous a-t-il demandé votre consentement **oui** **non**
- 13 - Avez-vous trouvé que la disponibilité du médecin était
 Très satisfaisante **Satisfaisante** **Moyennement satisfaisante** **Pas du tout satisfaisante**
- 14 - Votre médecin traitant a-t-il été informé de votre hospitalisation par le service ?
 ne sait pas **oui** **non**
- A votre sortie a-t-il reçu rapidement le compte rendu de votre hospitalisation ?
 ne sait pas **oui** **non**
- 15 - Quels aspects vous ont particulièrement plu, déplu ou surpris concernant l'information médicale ?

DEROULEMENT DES SOINS

- 16 - Avez-vous eu confiance dans les soins qui vous ont été prodigués ? **oui** **non**
- 17 - Le personnel soignant vous a-t-il donné les explications que vous souhaitiez sur les soins ?
 oui **non**
- 18 - Le personnel soignant répondait-il rapidement à vos appels ?
 Toujours **Souvent** **Parfois** **Jamais**
- 19 - Avez-vous eu besoin d'assistance dans les gestes de vie quotidienne (toilette, repas, déplacement) ?
 oui **non**
- Si **oui**, le personnel a-t-il répondu à vos demandes de façon
 Très satisfaisante **Satisfaisante** **Moyennement satisfaisante** **Pas du tout satisfaisante**
- 20 - Estimez-vous que le personnel a respecté votre intimité ?
 Toujours **Souvent** **Parfois** **Jamais**
- 21 - Quels aspects vous ont plu, déplu ou surpris lors du déroulement des soins ?

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- 22 - Avez-vous ressenti le besoin d'un traitement contre la douleur ? **oui** **non**
 Si **oui**, avez-vous bénéficié d'une réponse rapide à votre demande ? **oui** **non**
 Le traitement mis en place a-t-il été efficace ? **oui** **non**

ORGANISATION

- 23 - Avez-vous eu des consultations ou examens en dehors du service (mais toujours dans l'hôpital) ?
 oui **non** Si **oui**, dans quel SERVICE ?
- 24 - Le transport par un brancardier ou un membre du personnel vous a-t-il paru :
 Très satisfaisant **Satisfaisant** **Moyennement satisfaisant** **Pas du tout satisfaisant**
- 25 - Avez-vous eu le sentiment d'être attendu dans le service où a eu lieu votre examen ?
 oui **non**
- 26 - Vous a-t-on expliqué le déroulement de l'examen ? **oui** **non**
- 27 - Vous a-t-on donné le résultat pendant votre séjour à l'Hôpital ? **oui** **non**
- 28 - Quels aspects vous ont plu, déplu ou surpris lors de ces examens ou consultations ?

CONDITIONS MATERIELLES

- 29 - En ce qui concerne l'équipement de votre chambre, êtes-vous ?
 Très satisfait **Satisfait** **Moyennement satisfait** **Pas du tout satisfait**
- 30 - Les conditions de visite des familles vous ont-elles paru
 Très satisfaisantes **Satisfaisantes** **Moyennement satisfaisantes** **Pas du tout satisfaisantes**
- 31 - La qualité des repas est-elle
 Très satisfaisante **Satisfaisante** **Moyennement satisfaisante** **Pas du tout satisfaisante**
- 32 - Avez-vous trouvé facilement votre chemin dans l'établissement ? **oui** **non**
- 33 - Quels aspects vous ont plu, déplu ou surpris ?

CONSULTATIONS EXTERNES

- 34 - Etes-vous déjà venu en consultations au Centre Hospitalier de Sens ? **oui** **non**
 Si **oui**, votre dernière visite était une consultation de
 médecine **chirurgie** **anesthésie** **pédiatrie**

S'agissait-il d'une consultation

privée

public

ne sait pas

35 - Le délai pour obtenir un rendez-vous était-il de - 1 semaine 1 à 2 semaines + 2 semaines
Ce délai vous a-t-il paru

Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant Pas du tout satisfaisant

36 - L'heure fixée pour votre rendez-vous a-t-elle été respectée ?

oui

non

Si **non**, combien de temps avez-vous attendu ?

- 15mn

entre 15 et

30mn

+ de 30mn + de 60mn

37 - Au cours de la consultation, le médecin vous a-t-il fourni toutes les informations que vous souhaitiez ?

oui

non

38 - Quels aspects vous ont plu, déplu ou surpris lors de votre passage en consultation ?

VOTRE AVIS GENERAL

Conseilleriez-vous cet hôpital à votre entourage ?

oui

non

Globalement, vous êtes :



ou



Quelles sont d'après-vous les améliorations indispensables à apporter au CH de Sens ?

Vous êtes

un homme

une femme

votre âge.....