



Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Juillet 2024**

**Freins et leviers à l'utilisation par les établissements
de santé d'e-Satis, un outil de mesure de la
satisfaction et de l'expérience des patients**

Cécile Blottiaux

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Morin et Madame Gloanec ; elles m'ont fait confiance et c'est grâce à elles que j'ai pu réaliser mon stage à la Haute Autorité de Santé.

Madame Gloanec m'a expliqué en détail le fonctionnement d'e-Satis et les problématiques associées à l'utilisation de cet outil. Je la remercie vivement pour sa disponibilité, sa pédagogie et sa relecture attentive de ce rapport.

Un grand merci à ma tutrice universitaire, Madame Marie-Eve Laporte, pour son écoute et pour les conseils qu'elle m'a apportés quand j'avais besoin de son avis.

Je remercie également tous les professionnels qui ont accepté de participer aux entretiens sur e-Satis et qui m'ont fait découvrir, avec beaucoup de sincérité, la réalité de leur travail de responsables qualité dans des établissements de santé.

Enfin, je tiens à remercier tous les membres du service SEVOQSS pour leur accueil, leur gentillesse et pour leurs réponses à mes questions. Je me suis sentie parfaitement intégrée à l'équipe et je garderai un très bon souvenir de ces 5 mois passés à la HAS.

Sommaire

Introduction	1
1 Intégration des outils de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients dans le système de santé.....	7
1.1 Diffusion des résultats d'e-Satis par la HAS.....	8
1.1.1 Diffusion en ligne.....	8
1.1.2 Un rapport annuel.....	9
1.1.3 Les objectifs de la diffusion des résultats.....	10
1.2 Utilisation des PRMS par les établissements de santé (niveau méso)	10
1.2.1 Appropriation des IQSS	10
1.2.2 Appropriation du dispositif e-Satis.....	12
1.2.3 Une appropriation qui reste imparfaite	13
1.3. Utilisation des PREMs par les autorités de santé (niveau macro).....	14
1.3.1. Instaurer un nouveau paradigme.....	14
1.3.2. Prise en compte des PREMs dans la certification des établissements.....	14
1.3.3. Le paiement à la performance	15
1.3.4. Vers des comparaisons internationales	17
1.4. Conclusion.....	18
2. Partie empirique.....	21
2.3. Méthodologie	21
2.3.1. Approche quantitative.....	21
2.3.2. Approche qualitative	24
2.4. Résultats de l'analyse quantitative.....	26
2.4.1. Participation des établissements à e-Satis en fonction de leur type d'activité	26
2.2.1. Participation des établissements à e-Satis en fonction du nombre de patients.....	27
2.2.2. Participation des établissements en fonction de l'âge des patients.....	28
2.3. Résultats de l'analyse qualitative	29
2.3.1. Freins à la participation au dispositif.....	29
2.3.3. Analyse des leviers à l'adoption du dispositif	35
2.2.4. Conclusion/Discussion	39
3. Recommandations	41
3.1. Recommandations à l'échelle de la HAS.....	41
3.1.1. Campagne de communication nationale	41
3.1.2. Optimisation du questionnaire	44

3.1.3.	Adaptation des exigences.....	46
3.1.4.	Faciliter l'utilisation des résultats par les établissements.....	46
3.1.5.	Renforcer l'implication des acteurs internes aux établissements.....	46
3.2.	Recommandations à l'échelle des établissements de santé.....	47
3.2.1.	Encourager les patients à participer au dispositif	47
3.2.2.	Prendre en compte les proches des patients dans la communication.....	48
3.2.3.	Optimiser le recueil des adresses mails.....	49
3.2.4.	Faciliter le dépôt des adresses électroniques	49
3.2.5.	Renforcer le partage des bonnes pratiques	49
3.2.6.	Renforcer la communication entre collègues	50
3.2.7.	Fournir aux professionnels des résultats facilement interprétables.....	50
3.3.	Synthèse et enjeux	50
	Conclusion	53
	Bibliographie	55
	Sitographie	59
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Modalités opérationnelles de participation à e-Satis	II
	Annexe 2 : Courriels envoyés aux directeurs qualité afin de leurs proposer un entretien	IV
	Annexe 3 : Grille d'entretien destinée aux directeurs qualité des établissements non-répondants V	
	Annexe 4 : Retranscription d'un entretien.....	VII
	Annexe 5 : Extrait de la grille d'analyse des entretiens	XVII
	Annexe 6 : Tableaux croisés avec les effectifs réels et théoriques pour le calcul du test de Khi-deux permettant d'explorer la relation entre l'activité des établissements et leur participation	XVIII

Liste des sigles utilisés

A

ARS

Agence Régionale de Santé, 17

ATIH

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 4

C

CA

Chirurgie Ambulatoire, 4

CME

Commission Médicale d'Etablissement, 40

CODIR

COmité de DIRection, 40

D

DGOS

Direction Générale de l'Offre de Soins, 51

E

EIGS

Evénements Indésirables Graves, 46

Evènements Indésirables Graves associés aux Soins, 2

F

FALC

Facile A Lire et à Comprendre, 34

H

HAS

Haute Autorité de Santé, 1

HCL

Hospices Civils de Lyon, 9

I

Ichom

International consortium for health outcomes measurement, 19

IFAQ

Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité, 8

IFEP

Institut Français de l'Expérience Patient, 2

IQSS

Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins, 2

M

MCO

Médecine, Chirurgie, Obstétrique, 4

O

OCDE

Organisation de Coopération et de Développement Economique, 19

P

PaRIS

Patient-Reported Indicator Surveys, 19

PMSI

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, 5

PREMs

Patient-Reported Expérience Measures, 7

PRMs

Patient-Reported Measures, 7

PROMs

Patient-Reported Outcome Measures, 7

R

Règlement Général sur la Protection des données, 51

S

SEvOQSS

Service Evaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins, 2

SMR

Soins Médicaux et de Réadaptation, 4

SRA

Structures Régionales d'Appui, 47

T

TAL

Traitement Automatique du Langage, 9

Introduction

En France la mesure de la satisfaction des patients fait partie des outils permettant l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé depuis 1996. C'est, en effet, la réforme de l'hospitalisation publique et privée qui prévoit son évaluation régulière.

En 2010, le ministère de la Santé a rendu obligatoire, selon l'article L1112-2 du Code de la Santé Publique¹, l'évaluation de la satisfaction des patients pour tous les établissements de santé. Le questionnaire SAPHORA a été développé dans ce cadre (Pourin et al., 1999). C'est ensuite en 2014 que le ministère de la Santé a généralisé l'enquête I-Satis, basée sur le questionnaire SAPHORA. Cette enquête était menée par téléphone par des instituts de sondage financés par les établissements de santé. Elle a été confiée, à partir de 2015, à la Haute Autorité de Santé. Les enquêtes sont, depuis, recueillies sur une plateforme web, et le dispositif se nomme « e-Satis ».

La Stratégie de Transformation du Système de Santé « Ma Santé 2022 » a récemment réaffirmé l'importance de la qualité dans le système de santé tout en recentrant le patient comme élément principal du processus de soin. Ses objectifs sont l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'intégration des usagers dans l'évaluation du système de santé. L'idée de prendre en compte les préférences, valeurs et croyances des patients dans leur parcours de soin n'est pas nouvelle. C'est le fait de proposer et d'utiliser des indicateurs permettant d'obtenir un reflet de la satisfaction et de l'expérience des patients qui constitue un mouvement innovant. Selon Gricourt (2022), cet élan politique ouvre une voie prometteuse à l'implication des patients dans le système de santé ainsi qu'à la prise en compte de leurs avis.

La Haute Autorité de Santé (HAS), qui pilote le dispositif e-Satis, a pour mission générale d'améliorer la qualité du système de santé français dans tous ses aspects tels que le sanitaire, le social et le médicosocial. Ses trois missions sont :

- L'évaluation de l'efficacité et de la sécurité des médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels avant leur prise en charge par l'assurance maladie.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles à destination des médecins, infirmiers, pharmaciens et autres acteurs de santé ainsi que les recommandations vaccinales et de prévention.

¹ [Article L1112-2 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/10/17/2016-1017)

- La mesure et l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux, cliniques, en médecine de ville ou dans les structures sociales ou médico-sociales².

La mesure de la satisfaction et de l'expérience patient fait partie de la troisième mission. Cette mesure est intégrée au recueil national d'Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS). Les IQSS sont développés par le Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (SEVOQSS) au sein duquel j'effectue mon stage.

La satisfaction et l'expérience des patients : des notions différentes

La satisfaction est un « *état psychologique provenant d'un processus d'évaluation affectif et cognitif qui survient lors d'une transaction spécifique* » (Lichtlé et al. 2002, p.1). Cette définition peut être appliquée tant dans le domaine du marketing que dans le domaine de la santé. La définition de Valyi et al. (2020, p.1) « *La satisfaction reflète le degré de concordance entre l'expérience vécue par un patient dans une situation donnée et ses attentes vis-à-vis de cette situation* » s'applique ainsi à la satisfaction d'un patient. Comme l'explique Sebai (2021, p.141), "la mesure de la satisfaction ne peut pas se passer de l'expérience client car l'association des deux concepts est extrêmement forte".

Selon l'institut Français de l'Expérience Patient (IFEP), l'expérience patient est définie comme étant « l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont à la fois façonnées par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée. Sebai (Ibid.) estime que l'expérience patient repose sur trois facteurs principaux : l'attention portée par le praticien, l'accès à l'environnement de soins et l'aspect physique de l'environnement de soins tel que la propreté ou la modernité du lieu. L'expérience du patient influence sa satisfaction car elle englobe son expérience sensorielle, émotionnelle et sociale (Sebai, Ibid.). La notion de satisfaction des patients est différente de celle de l'expérience des patients car la satisfaction est subjective et varie selon les individus. Ce qui peut être jugé positif par un individu ne l'est pas forcément pour un autre. Cependant, la satisfaction est influencée par l'expérience vécue, les sentiments et les attentes du patient.

La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients aboutit à des indicateurs de la qualité des soins perçue par les patients. Le recueil de l'expérience des patients peut avoir des impacts positifs sur les établissements de santé. Ainsi, l'introduction de la mesure du savoir détenu par les patients (précieux et pourtant souvent méconnu des professionnels) constitue un premier pas

² [Haute Autorité de Santé - La HAS en bref \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/)

vers une intégration plus profonde de la voix des patients dans le système de santé (Gricourt, 2022).

En effet, d'après l'Ordre National des Médecins, l'implication croissante du patient dans son parcours de soins a donné naissance à une nouvelle dimension qui est la reconnaissance de son « savoir expérientiel » acquis au fil de sa maladie. Cette notion de savoir expérientiel fait apparaître un nouvel acteur dans le système de santé : le patient partenaire. La notion de patient partenaire va au-delà de la simple implication du patient dans sa prise en charge car le patient peut apporter son expertise à d'autres patients, mais aussi aux professionnels de santé. Selon Las Vergnas (2009), on assiste à une valorisation croissante de l'expertise des patients, qui s'avèrent être une ressource précieuse de connaissances. Ainsi, cette valorisation est due à une synergie entre différentes approches des professionnels de santé. Premièrement, les soignants ont mis en place des programmes d'éducation thérapeutique visant à orienter les patients afin qu'ils comprennent et gèrent mieux leurs symptômes. De plus, face à la maladie, les patients se sont regroupés au sein de mouvements d'entraide et de solidarité. Enfin, l'évolution des recherches en sciences de l'éducation a permis de mieux comprendre les processus d'apprentissage par l'expérience et l'autoformation (Las Vergnas, Ibid.).

Le dispositif national e-Satis

En France, la satisfaction et l'expérience des patients sont mesurées par le dispositif e-Satis qui permet aux établissements de mesurer le point de vue de leurs patients grâce aux réponses à un questionnaire. Ce questionnaire fusionne des questions de satisfaction et des questions plus objectives d'expérience patient pour obtenir le point de vue global du patient.

Il comporte une soixantaine de questions permettant d'obtenir des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) et d'évaluer la satisfaction et l'expérience des patients tout au long de leur parcours de santé (de l'accueil à la sortie du patient) ainsi que deux questions ouvertes permettant aux patients de compléter par leurs commentaires. Ces commentaires sont appelés les verbatims. Il a été décliné entre 2016 et 2020 en trois versions spécifiques qui concernent :

- Les séjours de plus de 48h en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ;
- Les séjours en chirurgie ambulatoire (CA) ;
- Les séjours en soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Concrètement e-Satis permet une restitution nationale d'informations quantitatives sur la base de questionnaires administrés en ligne sur une plateforme web sécurisée et gérée par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). La procédure découlant du dispositif e-Satis est décrite en Annexe 1 et prend la forme suivante : les établissements collectent les adresses mail des patients, les extraient dans un fichier au format prédéfini par l'ATIH et déposent les fichiers sur la plateforme nationale e-Satis tous les 15 jours ou, au minimum, une fois par mois. Les

1. La première phase consistera en une revue de la littérature permettant d'identifier les freins et les leviers qui sont déjà connus et d'élaborer des hypothèses sur d'autres freins et leviers qui pourraient exister.
2. La deuxième phase consistera à analyser les données disponibles sur les bases de données de la HAS pour identifier les caractéristiques des établissements qui ne participent pas à l'enquête e-Satis (statut, taille, localisation). Le but de cette analyse quantitative est d'identifier des classes d'établissements susceptibles de présenter des problématiques différentes pour pouvoir ensuite mener des entretiens auprès d'établissements représentatifs de ces différentes classes. Dans la mesure où ma problématique porte aussi les leviers à l'utilisation des outils de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients par les établissements de santé, il convient également d'identifier les établissements pour lesquels le dispositif est facultatif mais qui y participent.
3. La troisième phase de l'étude reposera sur une analyse qualitative de données recueillies lors d'entretiens. Elle consistera à effectuer des entretiens semi-directifs avec des responsables qualité d'établissements de santé. Ce travail d'enquête sera mené auprès d'établissements de santé qui ne répondent pas à l'enquête ou qui n'y répondent pas de manière satisfaisante (leur participation n'est pas validée) alors que leur participation est obligatoire ; il sera également mené auprès d'établissements pour lesquels le dispositif est facultatif mais qui choisissent tout de même de participer.

L'analyse quantitative (phase 2) et l'analyse qualitative (phase 3) permettront d'apporter des réponses aux hypothèses posées à l'issue de la revue bibliographique (phase 1).

Plan du rapport

Ce rapport est composé de trois parties principales :

1. Une première partie porte sur l'intégration des outils de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients dans le système de santé. Il s'agit de la revue de la littérature.
2. La seconde partie présente le travail empirique qui a été réalisé à l'aide des approches quantitative et qualitative ainsi que les résultats obtenus.
3. La troisième partie est consacrée aux recommandations qui découlent de ces analyses.

1 Intégration des outils de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients dans le système de santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'engage à améliorer la qualité des soins en France, notamment à travers la mesure et l'utilisation d'indicateurs. Les indicateurs sont des outils d'évaluation et de mesure de pratiques, d'organisations de santé ou d'états de santé. La HAS développe différents Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) destinés aux établissements de santé. Ils sont mesurés à partir de différentes sources :

- Les informations contenues dans le dossier patient,
- Les réponses à des questionnaires par les patients,
- Les données du programme de médicalisation des systèmes de santé (PMSI).

Les indicateurs reflétant le point de vue des patients sont calculés à partir de données recueillies à l'aide de questionnaires renseignés par le patient. Ce sont les Patient-Reported Measures (PRMs). Les PRMs constituent un retour sur l'état de santé d'un patient, son comportement sanitaire ou son expérience des soins de santé sans que l'intervention d'une personne extérieure ne vienne biaiser ces mesures par ses interprétations. Ils se divisent en deux grandes catégories :

- Les Patient-Reported Outcomes Measures (PROMs)
- Et les Patient-Reported Experience Measures (PREMs).

Comme l'explique Amalberti (2018), PROMs et PREMS peuvent être utilisés à différents niveaux : micro (pour l'amélioration des traitements, de la relation médecin-patients, la détection de complications), méso (les PREMs notamment sont utilisés pour l'amélioration de la qualité des soins), macro (politique, monitoring de santé publique, paiement à la performance).

Les PROMs mesurent les symptômes ressentis et les capacités fonctionnelles relatives à la santé physique ou mentale à l'issue des soins. Ils sont principalement utilisés au niveau micro, car ils permettent d'évaluer les résultats des soins reçus et donc de détecter d'éventuelles complications à l'issue d'une intervention. Ils se matérialisent principalement par des questions adressées aux patients afin d'évaluer leur ressenti sur leur état de santé. Généralement, ces questions abordent de manière structurée les éléments suivants : l'état de santé atteint, le processus de la guérison, la pérennité de l'état de santé. L'usage de ce type de mesure avant, pendant et après une intervention permet de suivre l'évolution individuelle du patient. Il s'agit, par exemple, de l'amélioration de sa capacité physique ou d'une meilleure qualité de vie (Hostettler et al., 2018). Roussel et al. (2022) expliquent que les PROMs sont utilisés de plusieurs manières ; tout d'abord comme critères d'efficacité car c'est un critère d'évaluation (notamment pour les pathologies symptomatiques sans marqueur spécifique), mais aussi de pertinence clinique. Par ailleurs, les PROMs sont utilisés comme critères de tolérance afin d'enrichir les données de vigilance fournies

par les cliniciens qui sous-estiment régulièrement les événements indésirables symptomatiques par rapport aux patients. Cet outil de mesure facilite donc un suivi plus efficace des patients en aidant à réduire leurs symptômes tels que la douleur ou la fatigue. Ils contribuent aussi à améliorer leur qualité de vie ainsi que leur espérance de vie.

Les questionnaires qui sont recueillis dans e-Satis font partie de la catégorie des PREMs.

Les sections qui suivent développent donc plus particulièrement l'utilisation des PREMS. Après avoir exposé la façon dont les résultats d'e-Satis sont diffusés, elles présentent leur utilisation par les établissements de santé (niveau meso) et par les autorités de santé (niveau macro).

1.1 Diffusion des résultats d'e-Satis par la HAS

En France, les résultats d'indicateurs issus d'e-Satis soutiennent un système national de publication de rapports publics et un système de paiement à la performance appelé « Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité » (IFAQ).

Le dispositif concerne, à titre obligatoire, les établissements ayant accueilli plus de 500 patients lors de l'année n-1 et/ou moins de 75% de patients âgés de plus de 75 ans. La participation est facultative pour les établissements ayant accueilli moins de 500 patients en année n-1 et/ ou ayant accueilli des patients dont plus de 75% avaient plus de 75 ans.

1.1.1 Diffusion en ligne

Pendant toute la durée de la campagne annuelle, les établissements peuvent consulter leurs résultats détaillés en se connectant sur la plateforme e-Satis.

Annuellement, la HAS clôture les campagnes e-Satis afin de calculer les résultats nationaux et les scores de satisfaction et d'expérience des patients : un score global est calculé ainsi que des scores pour chaque dimension du parcours du patient. La comparaison des scores entre les établissements est possible, ce qui permet d'identifier les meilleures pratiques et de promouvoir l'amélioration continue de la qualité des soins.

Directement sur la plateforme nationale e-Satis, les établissements peuvent :

- Suivre la participation des patients aux diverses enquêtes ;
- Consulter les résultats détaillés pour toutes les réponses au questionnaire, avec la possibilité d'affiner la production des résultats selon les périodes spécifiques et les types d'organisations (niveau service, pôle, unité fonctionnelle) ;
- Accéder aux commentaires spontanés des patients (verbatim).

Les résultats de tous les IQSS de la HAS, dont les scores e-Satis, doivent aussi participer à l'information des usagers sur la qualité dans les établissements de santé.

Ils sont donc diffusés au grand public sur Qualiscope (un service web de la HAS). Ils sont également mis à disposition de tous dans open.data qui présente des données en libre accès (site

Toutes les classes d'âges sont représentées parmi les répondants et le score brut de satisfaction globale des patients est de 74,3%. La dimension 3 (prise en charge du patient par les infirmiers(e) et aides-soignants(e)) est celle qui détient le score le plus élevé (81,9%).

Le rapport présente enfin le nombre et le pourcentage des établissements pour chacun des scores ainsi que le nombre et le pourcentage des établissements qui ont encore la possibilité de progresser (il s'agit de ceux qui ont un score C ou D) et les aspects sur lesquels ils peuvent s'améliorer.

La classe A regroupe les établissements qui ont un score supérieur ou égal à 77,3%, la classe B ceux qui ont un score supérieur ou égal à 74%, la classe C les établissements dont le score est supérieur ou égal à 70,7% et enfin, la classe D représente les établissements avec un score inférieur à 70,7%. En 2023, 60,2% des établissements entrant dans la catégorie des séjours de plus de 48 heures en MCO sont dans la catégorie A ou B et 27,3% des établissements ont amélioré leurs scores entre 2022 et 2023. Des pistes d'amélioration sont à rechercher pour les établissements qui se trouvent dans les catégories C et D, notamment en ce qui concerne dans les dimensions de l'organisation de la sortie et de la qualité des repas et de la chambre.

1.1.3 Les objectifs de la diffusion des résultats

A travers la diffusion de ces résultats, la HAS répond aux trois objectifs principaux qui ont été attribués à l'enquête e-Satis :

- L'aide aux professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins à s'améliorer en utilisant des résultats détaillés ;
- L'information des utilisateurs sur la qualité des services de soins en diffusant un indicateur de résultat provenant de l'évaluation des patients ;
- La contribution à l'orientation des politiques de santé et à la régulation en mettant l'accent sur la qualité (Sebai, 2021).

1.2 Utilisation des PRMS par les établissements de santé (niveau méso)

Certains travaux réalisés en Suisse mentionnent l'appropriation des indicateurs de qualité des soins par les professionnels de santé (Le Pogam & Waelli, 2020). Les indicateurs PREMS, tel que e-Satis, faisant partie des IQSS, ces travaux sont intéressants à examiner dans un premier temps ; ceci, avant de se focaliser sur l'utilisation qui est faite du dispositif e-Satis.

1.2.1 Appropriation des IQSS

Selon Le Pogam et Waelli (2020), l'implémentation des IQSS dans les hôpitaux est un domaine peu étudié. Les rares recherches existantes ne s'appuient généralement pas sur une théorie ou un cadre conceptuel rigoureux pour explorer les facteurs comportementaux qui influencent cette implémentation. Ils citent néanmoins le travail de De Vos et al. (2009) qui ont conçu un

questionnaire pour évaluer les freins et les leviers à l'implémentation des indicateurs de qualité dans les services de soins.

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer les facteurs influençant le respect des bonnes pratiques professionnelles. Les résultats sont sans appel ; divers obstacles freinent l'implémentation des indicateurs de qualité. Premièrement, sont cités un manque de connaissance des indicateurs de qualité ainsi que de leurs avantages et leurs implications. Ensuite est relevé un manque de confiance de la part des professionnels quant à leur efficacité. Le manque de motivation concernant leur utilisation est également pris en compte ainsi que le manque de temps et de ressources qui leur sont consacrés. Les professionnels montrent ainsi une résistance au changement en raison du manque de ressources ou de temps.

Cependant, des facteurs peuvent entraîner des changements comportementaux favorables à l'implémentation des indicateurs. De Vos et al. (2009) expliquent que ces facteurs sont, notamment, la disponibilité d'un système de retour d'information sur les IQS, le soutien des instances administratives, la mise en place d'un programme d'information et de formation sur les IQS, une culture organisationnelle favorable à la transparence et à l'innovation, des incitations financières encourageant l'utilisation des IQS. Des facteurs peuvent aussi être liés aux individus. Par exemple le sentiment d'appropriation et d'adhésion aux IQS de la part des utilisateurs est mis en avant. Toutefois, Pogam et Waelli (2020) relèvent le manque de fiabilité du questionnaire utilisé par De Vos et al. (Ibid.) ; ceci pouvant engendrer des informations potentiellement biaisées.

L'étude de Waelli et al. (2021), dont l'objectif est de déterminer l'appropriation des indicateurs de qualité des soins par les professionnels de santé dans les hôpitaux, est fondée sur une étude comparative menée dans deux hôpitaux suisses. Cette étude se divise en deux phases distinctes dont la première (menée entre janvier et juin 2019) concerne l'appropriation de la qualité au niveau institutionnel et la deuxième (entre août 2019 et janvier 2020) repose sur des investigations systématiques au sein d'un service de chirurgie viscérale.

Ces investigations sont effectuées à partir d'observation de réunions sur la qualité et la sécurité des soins du service. Les résultats de la première phase sont concluants. En effet, les directions générales et médicales des deux hôpitaux sont impliquées dans une démarche de qualité et de sécurité des soins depuis les années 2000. Un groupe d'expert a été nommé afin d'implémenter la qualité à tous les niveaux de l'organisation. Des formations ont été apportées, un processus clair et des responsabilités ont été définis, les professionnels ont reçu un apprentissage par leurs pairs ; enfin, les patients ont été impliqués dans l'amélioration de la qualité. Cependant, la deuxième phase de l'étude - qui reposait sur l'interrogation des professionnels - a mis en évidence un désaccord. Les professionnels évoquent un sentiment de décalage entre la pratique et les IQSS, car ils les perçoivent comme des normes imposées par la direction et centrées sur

l'efficacité et la performance. Cela ne correspond pas à leurs pratiques quotidiennes contrairement aux indicateurs qui évaluent les pratiques cliniques locales. Finalement, cette analyse met en évidence trois leviers pour l'appropriation des indicateurs de qualité et de soins : l'existence d'un espace de discussion ouvert et libre sur la qualité des soins, la mise en place d'incitatifs institutionnels et le rôle crucial des chefs de service dans la promotion de la culture qualité au sein de leur service. Les incitatifs apportés par l'institution peuvent être relatifs aux ressources humaines (la promotion professionnelle est par exemple citée) ou de nature financière. Le binôme entre le cadre de santé et le médecin joue un rôle crucial car c'est une figure pour les médecins et les soignants.

En conclusion de leur étude, Waelli et al. (2021) recommandent d'affirmer le rôle des patients en les associant à la démarche qualité, d'encourager les indicateurs proches du terrain car cela facilite leur appropriation par les professionnels et enfin d'impliquer le manager de proximité en le sensibilisant et en lui accordant du temps et des moyens financiers.

1.2.2 Appropriation du dispositif e-Satis

La HAS ne fournit pas de guide ou d'outil d'aide pour accompagner l'utilisation du dispositif e-Satis. Ce travail est considéré comme étant celui du responsable qualité de l'établissement de santé. Cependant, sur la plateforme de e-Satis, les résultats sont en libre accès en continu. L'utilisation du dispositif par les établissements de santé devrait consister en la mise en place d'actions, l'information du public et la valorisation des équipes. Le groupe Elsan a effectué un retour d'expérience pour la HAS sur la manière dont e-Satis constitue, pour le groupe, un levier d'amélioration de la qualité en santé. Le groupe se définissant comme ambitieux en matière de qualité, celui-ci a fait de son siège un centre facilitateur en matière d'échange de pratiques et d'amélioration continue, tout en permettant aux établissements de s'approprier cette stratégie et de s'assurer d'une amélioration continue à travers des indicateurs communs. Le dispositif e-Satis est en cohérence avec des enjeux managériaux car un management tournant autour de la satisfaction du patient permet de redonner du sens au travail des soignants. En effet, le groupe Elsan définit le dispositif comme *"le seul indicateur permettant d'évaluer et de comparer nationalement et dans le temps, l'expérience patient dans les établissements de santé"* (2023, p. 14). La raison en est que QualiScope donne un accès annuel aux résultats des établissements. Ceux-ci sont comparables, puisque tous les patients avec la même typologie et la même modalité répondent aux mêmes questions ; enfin, chaque mois, la clinique peut analyser le score e-Satis et son évolution, ainsi que les commentaires des patients à l'aide d'un logiciel de traitement automatique du langage (logiciel de la société Betterworld). Il est important de noter que le développement du nouveau logiciel e-Satis prévu pour septembre 2024 permettra aux établissements de prendre connaissance de leurs résultats sur la partie des commentaires des

patients au sein de l'onglet "tableau de bord" du logiciel mais aussi dans le nouvel onglet "commentaires patients" qui est un moteur de recherche sur les verbatims des patients. Les établissements ne seront donc plus contraints d'acheter des licences de logiciels externes tels que Better Worlds.

Il est donc intéressant d'examiner comment un établissement de santé (ici un opérateur de santé privé) utilise e-Satis comme un levier d'amélioration.

Premièrement, l'établissement prend soin de fournir aux patients une communication accrue sur l'existence du logiciel e-Satis à travers différents supports (affiches, vidéos) et des informations communiquées par les secrétaires à l'entrée du patient dans la clinique ; ces personnes sont en effet chargées d'informer le patient sur e-Satis ainsi que de demander une adresse-mail. Les soignants et les médecins rappellent aux patients durant le séjour qu'il est important de répondre au questionnaire. Grâce à ces campagnes de sensibilisation intégrant tous les acteurs, le nombre de répondants au questionnaire augmente d'année en année. A la suite de la réception des résultats e-Satis, le groupe constate où il en est, en relevant ses points forts et ses points faibles à travers les tableaux de bords e-Satis et leurs scores principaux tels que l'évolution, le positionnement du groupe, le taux de recommandation ou de fidélisation Ce constat permet aux acteurs du groupe Elsan de choisir des sujets prioritaires qui posent plus de problèmes que d'autres.

1.2.3 Une appropriation qui reste imparfaite

Les résultats issus d'e-Satis permettent aux soignants de cerner les points clés et critiques de l'expérience patient ; le niveau de précision élevé permettant d'analyser finement la satisfaction des patients (Gloanec et al., 2018). C'est donc pour eux un outil d'amélioration délivré par la HAS qui remplit, de cette manière, ses missions d'amélioration de la qualité des soins, de transparence et d'information.

Cependant, 45% des professionnels de santé n'avaient jamais entendu parler de l'expérience patient en 2020 (Valyi et al., 2020). Comme le résumait Raymackers et al. (2019), prendre en compte de l'expérience patient pour s'améliorer est encore un chantier en cours.

La prise de conscience est là, mais les initiatives structurées dont l'efficacité a été démontrée sont encore rares. La France s'est engagée dans cette voie ainsi que le secteur associatif avec la création de l'institut français de l'expérience patient mais, pour aller plus loin, les dirigeants des hôpitaux doivent surmonter la peur de l'échec et adopter une culture de l'apprentissage par l'erreur car c'est essentiel pour améliorer l'expérience des patients (Raymackers et al., 2019).

1.3. Utilisation des PREMs par les autorités de santé (niveau macro)

Les PREMs permettent d'évaluer la performance du système de santé en observant les tendances d'amélioration et en comparant les établissements entre eux. Ils visent également à modifier profondément la place du patient dans le parcours de soin. Cette section présente ce changement de paradigme, avant de revenir sur la prise en compte des PREMs dans la certification des établissements et dans un système de paiement à la performance.

1.3.1. Instaurer un nouveau paradigme

La mesure et l'évaluation des feedbacks des patients ont remis en question l'équilibre précédemment établi qui se basait uniquement sur l'opinion des professionnels de santé. Le type de connaissances détenus par les patients, appelé « le savoir expérientiel », permet de les impliquer davantage dans leurs parcours de soin mais aussi de contribuer à l'amélioration des soins de manière globale. Le modèle de Montréal (Pomey et al., 2015) met ainsi en évidence l'évolution dans la collaboration entre les patients et les professionnels de santé depuis la prise de décision clinique jusqu'à l'organisation des soins. Initialement, l'utilisateur était juste informé, puis il a été progressivement consulté et finalement impliqué dans les décisions, devenant ainsi un partenaire de l'équipe. Ce modèle favorise le savoir expérientiel du patient faisant du concept de partenariat patient/soignant un nouveau paradigme qui s'éloigne de l'approche paternaliste traditionnelle. L'intégration de l'avis des patients apparaît comme un élément essentiel à l'évaluation de la qualité des soins. Le savoir expérientiel des patients doit désormais être pris en compte par les professionnels de santé (Gricourt, 2022).

1.3.2. Prise en compte des PREMs dans la certification des établissements

Les résultats du dispositif e-Satis ont progressivement été utilisés dans la procédure de certification des établissements de santé. En effet, selon Chevrier et Grenier (2021), la cinquième version du dispositif de certification des établissements de santé pour la qualité des soins devait répondre à trois défis majeurs dont l'engagement des patients et de leurs proches ou aidants pour qu'ils jouent un rôle plus actif dans le système de santé en général et dans leur parcours de soins en particulier. De ce fait, être certifié en qualité des soins signifie dorénavant que l'établissement est en mesure de :

- Se baser sur le ressenti des patients (i.e. prendre en compte leur expérience) ;
- Évaluer les résultats en termes de santé des patients mais également en considérant leur appréciation sur leur parcours au sein de l'établissement (incluant l'accueil, la sortie ...) ;
- Adopter une approche pragmatique en laissant aux équipes la liberté d'organiser leurs pratiques pour atteindre les résultats à travers les méthodes qu'elles trouvent les plus pertinentes ;

- Bénéficier du soutien de la HAS pour être accompagné dans son processus d'auto-évaluation ;
- Affirmer que les équipes placent le bien-être du patient au cœur de leurs préoccupations afin d'éviter les ruptures dans les parcours de soins ;
- Permettre aux professionnels de se sentir soutenus dans leur exercice.

Le manuel et référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins est désormais composé de 15 objectifs répartis en trois chapitres : l'analyse des résultats pour les patients (chapitre 1), les pratiques adoptées par les équipes de soins (chapitre 2) et un cadre managérial soutenant les démarches de qualité et de sécurité des soins (chapitre 3) (Chevrier & Grenier, 2021).

Il est précisé dans le manuel de certification que l'implication du patient doit être valorisée pour favoriser une prise de décision collaborative visant à améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurité de ses soins. Les objectifs poursuivis concernent l'implication du patient, le respect du patient, l'association des proches et aidants dans la mise en œuvre du projet de soins ou encore les conditions de vie des patients. On remarque ainsi que certains critères pris en compte dans la certification sont évalués par le dispositif e-Satis. Il s'agit, par exemple de l'information claire et adaptée reçue par le patient, du respect de son consentement libre et éclairé ou encore de la possibilité de désigner une personne de confiance⁵.

1.3.3. Le paiement à la performance

Selon Thuong et al. (2021), de nombreux pays utilisent les PREMs à des fins de financement à la qualité. Le paiement à la performance basé sur les PROMs et PREMs incite les établissements à se concentrer sur l'expérience et la qualité de vie des patients, menant à une amélioration globale de la prise en charge et de la qualité des soins tout en réduisant les dépenses. Par exemple, la Nouvelle-Zélande, utilise les PREMs à des fins de comparaison mais base aussi les rémunérations des professionnels sur ces indicateurs qui deviennent ainsi des indicateurs de performance. Le paiement à la performance s'applique tant aux professionnels qu'aux établissements de santé. Apparu initialement dans les pays anglo-saxons, il s'est étendu à l'ensemble des pays industrialisés (Fourcade et al., 2017).

La généralisation des indicateurs de qualité à l'ensemble des établissements de santé a permis de créer des classements nationaux, favorisant une meilleure transparence et une comparaison des performances entre les établissements exerçant une activité de MCO (y compris en HAD et dialyse), SSR et de psychiatrie. Parallèlement, le système de financement par la tarification à

⁵ [manuel_2024.pdf \(has-sante.fr\)](#)

l'activité (T2A) a été critiqué car il inciterait à l'augmentation du volume d'activité au détriment de la qualité des soins. Fourcade et al. (Ibid) expliquent que c'est dans ce contexte que le développement du paiement à la performance est apparu comme une solution prometteuse pour améliorer la qualité des soins en France. Le projet IFAQ a été développé en 2012 par la HAS et par le ministère de la Santé afin de mettre en place un système d'évaluation de la qualité des établissements de santé. D'après l'ARS Haut de France⁶, « le dispositif IFAQ vise à introduire une part de financement à la qualité dans les modèles de financement des établissements de santé ». Avec un financement de 700 millions d'euros actuellement, ce dispositif a pour objectif de stimuler l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge par des mécanismes de financement spécifiques et il s'applique à tous les types d'établissements de santé. Ce système s'appuie sur un ensemble d'indicateurs permettant de mesurer la performance des établissements ; l'objectif étant d'évaluer l'utilisation de ces indicateurs sur la qualité des soins puis de proposer une valorisation financière des améliorations observées.

Le décret n°2019-121 du 21 février 2019 a défini les principes socles du nouveau système qui n'est plus basé sur l'incitation financière mais sur la mise en place d'un compartiment financier. Ce programme repose sur plusieurs principes fondamentaux tels que l'amélioration continue de la qualité des soins, la responsabilisation des établissements et la transparence. En effet, le montant de la dotation IFAQ est modulé en fonction des résultats obtenus par les établissements sur un ensemble d'indicateurs de qualité publiés chaque année (HAS, 2023). Ces indicateurs sont les IQSS dont les scores e-Satis font aussi partie.

Le dispositif IFAQ vise donc à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux français en les rémunérant en fonction de leurs résultats (Moisdon, 2020). Son objectif est d'encourager et de récompenser les établissements qui fournissent des soins de qualité aux patients. Inspiré du modèle P4P (Payment For Performance), il s'agit de la première application concrète de cette approche dans le système hospitalier français. Le Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités mentionne, dans l'annexe 2 de l'arrêté annuel fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé, les modalités de calcul de la dotation allouée aux établissements de santé ainsi que les indicateurs pris en compte par le modèle IFAQ⁷ afin d'établir la rémunération des établissements de santé. Un score IFAQ est ainsi calculé par l'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) à partir des résultats des

⁶ [Incitation Financière à la Qualité \(IFAQ\) | Agence régionale de santé Hauts-de-France \(sante.fr\)](https://www.sante.fr/actualites/2019-02-21-les-principes-socles-du-nouveau-systeme-de-financement-a-la-qualite)

⁷ [Arrêté du 30 août 2023 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arr/2023/08/30/162-23-15)

établissements aux différents indicateurs. La mesure prend en compte à la fois l'atteinte des résultats et l'effort fourni par l'établissement (l'évolution constatée). Les établissements qui obtiennent de moins bons résultats ne sont pas sanctionnés mais ne reçoivent pas non plus de rémunération complémentaire. Le bonus financier peut représenter entre 0,3 et 0,5% des recettes versées par l'assurance maladie. Un plancher fixe empêche les gains de l'établissement d'être inférieurs à 50k€ et le montant maximum possible est de 500k€ (Sanchez et al., 2020).

Cependant, le mode incitatif utilisé par le ministère de la Santé se heurte à plusieurs obstacles (Rochaix et al., 2020). Premièrement, si la dotation financière se base sur les résultats de santé, la relation complexe entre les facteurs de production de la santé et les résultats finaux rend l'exercice encore plus délicat. De plus, tous les aspects de la performance clinique ne peuvent pas être facilement mesurés de manière quantitative ; les classements basés sur ces indicateurs peuvent donc être biaisés. La sélection des patients peut aussi présenter des failles ; c'est le cas si les prestataires de soins choisissent les patients répondants. Enfin, des études ont montré que la publication de rapports publics est plus efficace pour l'amélioration de la qualité dans les marchés concurrentiels que dans les marchés non concurrentiels, tandis que le paiement à la performance est plus efficace dans ces derniers (Jiang et al., 2012).

1.3.4. Vers des comparaisons internationales

Les PRMs s'inscrivent dans un cadre international depuis les années 1970 avec l'intégration de collectes de données régulières dans les registres nationaux en Grande Bretagne, aux Etats-Unis, en Suède ou aux Pays-Bas depuis ces années-là. La France a, pour sa part, intégré dans son système de santé des indicateurs rapportés par le patient à partir de 2010 (Thuong et al., 2021). Selon Minvielle et al. (2023), malgré les développements actuels des PRMs, des recherches futures sont nécessaires pour garantir l'utilisation d'indicateurs de qualité en France. Dans son étude portant sur l'utilisation des PRMs dans le secteur de l'oncologie, l'auteure explique que des recherches sont nécessaires avant de les utiliser à des fins de politique de santé. Deux projets internationaux ont pour objet de développer les PRMs mais aussi de les standardiser pour permettre des comparaisons entre pays. De tels projets peuvent faire évoluer les PRMs et répondre, ainsi, aux préoccupations évoquées par Minvielle et al. (Ibid).

Le projet PARIS de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) a pour but d'améliorer la qualité des soins en s'appuyant sur l'expérience vécue par les patients. L'objectif de ce projet est d'encourager l'adoption d'indicateurs standardisés tout en ouvrant la voie à une médecine plus centrée sur le patient avec une meilleure prise en charge des besoins individuels. Une enquête internationale menée par l'OCDE vise à combler le manque d'informations standardisées et des groupes de travail dédiés au cancer du sein, aux arthroplasties de la hanche et du genou et à la santé mentale ont été constitués en 2018.

Le deuxième projet est appelé le projet International consortium for health outcomes measurement (Ichom). Le projet Ichom a été lancé en 2012 ; il propose une approche novatrice collaborative pour éclairer les décisions en matière de santé. Cette approche est possible grâce à la comparaison de mesures fiables entre différents pays tout en couvrant un large spectre de pathologies mais aussi de soins primaires et de prévention des maladies chroniques ainsi que la santé mentale. Des groupes de travail ont été constitués incluant des experts internationaux et des patients.

1.4. Conclusion

Cette première partie permet de comprendre comment les PRMs en général et les PREMS en particulier sont utilisés pour faire évoluer le système de santé et améliorer la qualité des soins. Ils contribuent à placer le patient au centre du processus de soin et incitent à prendre en compte son expérience. Les leviers prévus pour qu'ils soient utilisés sont multiples : ils sont pris en compte dans les démarches de certification et de financement des établissements et ils contribuent à leur image. Cependant, pour être efficaces, ils doivent faire l'objet d'une véritable appropriation par les établissements. Or cette appropriation n'est pas toujours parfaite. Par ailleurs, ils doivent être connus et utilisés par les patients eux-mêmes. C'est également dans ce but que l'information sur la qualité des hôpitaux est rendue disponible. Or les patients préfèrent encore s'appuyer sur des informations subjectives (bouche à oreille, réputation des hôpitaux) (Leschner & Sirven, 2019).

On remarque donc qu'il est possible d'améliorer l'appropriation du dispositif par les patients et par les établissements de santé.

Des hypothèses relatives, d'une part, à la participation des établissements au dispositif e-Satis et, d'autre part, à son appropriation peuvent donc être définies.

Une première hypothèse de travail consiste à dire que **les caractéristiques structurelles des établissements (type d'activité, âge des patients, taille) ont une incidence sur leur participation à e-Satis.**

Type d'activité de l'établissement. On peut noter que les établissements MCO sont concernés par le dispositif depuis 2016 pour les courts séjours (e-Satis +48h MCO), et depuis 2018 pour la chirurgie ambulatoire (e-Satis MCO CA). Les établissements avec activité SMR (Soins médicaux et de Réadaptation) ne sont impliqués dans le dispositif que depuis 2020. Deux hypothèses opérationnelles peuvent être posées par rapport à l'ouverture plus récente du dispositif au secteur du SMR ou encore au fait que les services de Soins Médicaux et de Réadaptation accueillent moins de patients ;

- Les établissements SMR seront plus représentés que les autres parmi les non-répondants lorsque leur participation est obligatoire ;

- Les établissements SMR seront moins représentés que les autres parmi les répondants lorsque leur participation est facultative.

L'âge des patients. La participation des établissements est facultative quand plus de 75% des patients ont plus de 75 ans. On peut faire l'hypothèse que l'âge des patients a un effet sur leur participation : les établissements de santé accueillant des patients plus âgés participant moins à e-Satis que ceux qui accueillent des patients plus jeunes.

La taille des établissements. La participation des établissements est facultative quand ils accueillent moins de 500 patients. On peut faire l'hypothèse que la taille des établissements a un effet sur leur participation : les établissements les plus petits participant moins ou de façon moins satisfaisante que les établissements les plus grands. On peut penser, en effet, que ce sont les établissements les plus grands qui sont dotés de services ou de directions chargés de la qualité ainsi que des systèmes d'informations les plus performants.

Une deuxième hypothèse de travail est relative à l'effet de facteurs « externes » sur la participation ou la non-participation au dispositif e-Satis. On se demandera ainsi si l'incitation financière et la possibilité de comparaison qu'offre e-Satis a un impact positif sur la participation des établissements ; à l'inverse l'absence d'accompagnement de la part de la HAS dans la mise en oeuvre de la démarche pourrait avoir un impact négatif.

La troisième hypothèse est relative aux facteurs « internes » qui sont susceptibles de faciliter ou d'entraver l'appropriation du dispositif par les établissements. Elle consiste à explorer l'impact de facteurs organisationnels sur l'appropriation d'e-Satis. Les travaux de Le Pogam et Waelli (2020) mettent en évidence certaines caractéristiques organisationnelles importantes. Ces auteurs montrent, en effet, l'importance de l'implication de la direction dans une démarche qualité des soins reposant sur les IQS. Ils soulignent également l'importance de la culture organisationnelle et du modèle organisationnel qui a été choisi ; une gouvernance qualité qui s'appuie sur des relais dans les départements et les services facilite, en effet, l'appropriation de la démarche. Le retour d'expérience apporté par le groupe Elsan sur l'utilisation d'e-Satis conduit également à mettre l'accent sur la culture organisationnelle et sur l'importance de disposer de relais pour faire connaître e-Satis auprès des patients. On peut se demander si d'autres facteurs existent.

Par ailleurs, les moyens humains et financiers dont disposent les services qualité peuvent également avoir une incidence sur l'implémentation de la démarche d'amélioration continue que les résultats d'e-Satis permettent d'initier.

2. Partie empirique

La première partie a conduit à proposer différentes hypothèses relatives à l'effet de caractéristiques structurelles des établissements sur leur participation au dispositif e-Satis ainsi que sur les facteurs externes et internes susceptibles d'influencer leur participation et leur appropriation du dispositif.

Cette deuxième partie vise, à définir la méthodologie permettant de mettre à l'épreuve ces hypothèses. Elle présente ensuite les résultats obtenus.

2.3. Méthodologie

La méthodologie combine une approche quantitative et une approche qualitative :

L'approche quantitative repose sur des tests statistiques simples. Elle sera utilisée pour vérifier les hypothèses relatives à l'effet des caractéristiques structurelles des établissements sur leur participation à e-Satis.

L'approche qualitative repose sur des entretiens semi-directifs. Ils seront menés avec des responsables qualité, dans le but d'examiner le rôle de facteurs externes et internes.

L'étude menée concerne les enquêtes en MCO+48h, en CA et en SMR qui sont les 3 enquêtes nationales actuellement menées.

2.3.1. Approche quantitative

Sources des données et caractéristiques des établissements étudiés

L'approche quantitative repose sur l'analyse de *i)* une base de données disponible en open data, *ii)* une base de données plus exhaustive interne à la HAS et *iii)* sur les données publiées dans le rapport HAS 2023.

Les données disponibles en open-data sont téléchargeables sur le site « *data.gouv.fr* » sous forme de fichiers Excel différents pour la MCO+48h, la CA et les SMR. Les informations réunies dans ces fichiers sont générales. Il s'agit du nom des établissements participants, de leur type (centres hospitaliers, centres de lutte contre le cancer, cliniques ...) et de l'ensemble des résultats officiels des indicateurs issus d'e-Satis pour chaque établissement de santé : les scores ou encore le résultat du classement des établissements...

Les données internes à la HAS sont plus nombreuses et contiennent des informations sur les caractéristiques des patients des établissements concernés par chaque questionnaire e-Satis (ex : âge, sexe).

Pour chaque établissement de santé, la HAS détermine s'il est concerné par l'enquête e-Satis en tenant compte de son activité déclarée dans le PMSI et de caractéristiques concernant ses patients. Comme cela a été mentionné dans la partie précédente, le statut de participation est :

- Obligatoire pour les établissements ayant plus de 500 patients concernés en N-1.

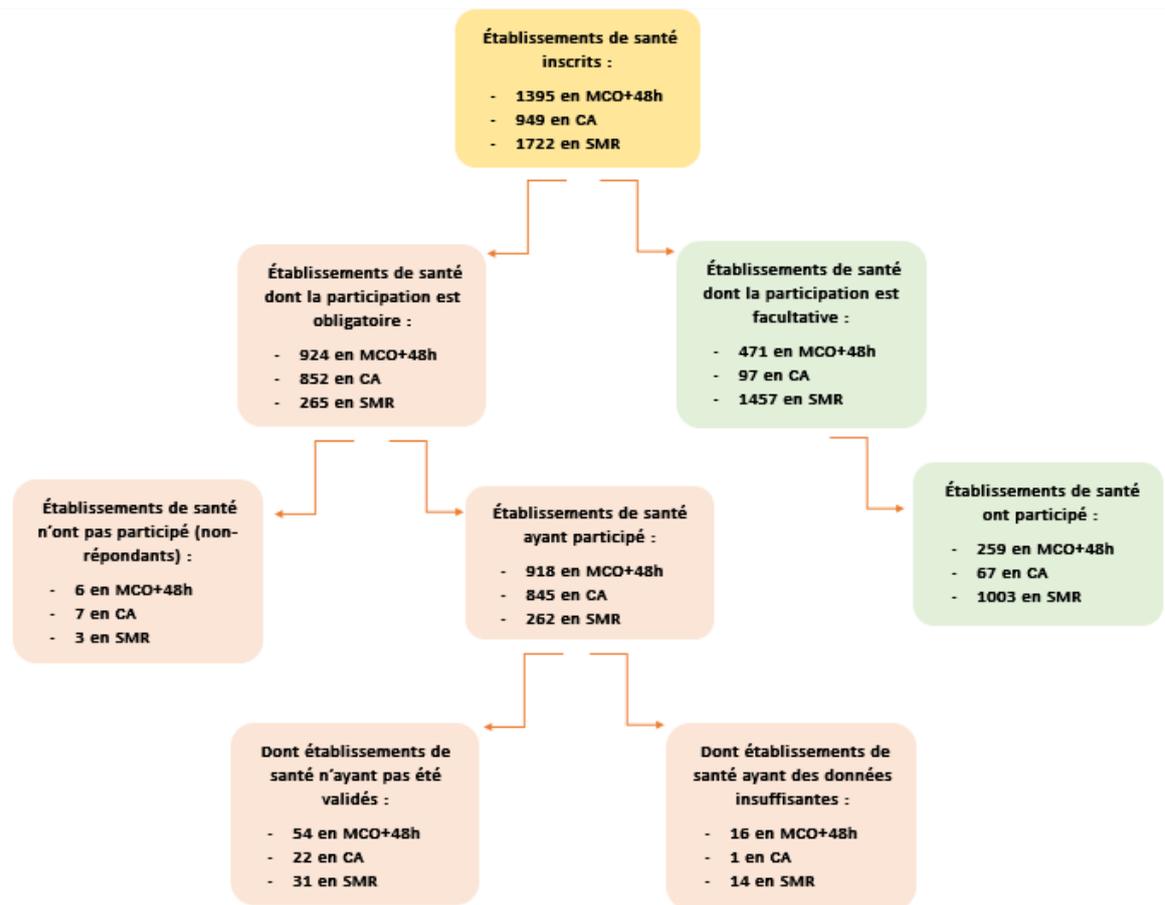


Figure 2 - Établissements de santé concernés par la campagne e-Satis en MCO+48h/CA/SMR – Résultats nationaux 2023

Il faut noter que les effectifs qui apparaissent sur la figure 2 incluent des doublons ; il s'agit d'établissements qui participent à plusieurs enquêtes. Quand on ne comptabilise chaque établissement qu'une seule fois, il ressort que :

- 13 établissements dont la participation est obligatoire sont non-répondants ;
- 1329 établissements pour lesquelles la participation est facultative sont répondants.

Cependant quand un établissement apparaît pour 2 activités différentes, les patients considérés sont également différents. On peut donc dire, d'un point de vue statistique, que les échantillons analysés sont indépendants.

Analyse des données quantitatives

Après avoir vérifié que les conditions d'application étaient satisfaites :

- Des tests de khi-deux ont été réalisés dans le but de mettre à l'épreuve les différentes hypothèses portant sur les relations entre des variables qualitatives (type d'activité de l'établissement, âge des patients considéré par classes) et la participation des établissements au dispositif e-Satis.

- Des tests de moyennes ont été réalisés pour mettre à l'épreuve l'hypothèse portant sur la relation entre le nombre de patient (il s'agit d'une variable quantitative) et la participation des établissements.

2.3.2. Approche qualitative

L'approche qualitative a reposé sur des entretiens semi-directifs permettant d'explorer les points de vue de responsables qualité de différents établissements. Les établissements ont été sélectionnés suivant leur statut de participation au dispositif :

- Etablissements avec participation facultative ET participant au dispositif ;
- Etablissements avec participation obligatoire ET ne participant pas au dispositif (non-répondants) ou ayant une participation non-validée à la suite du contrôle qualité.

Les professionnels ont été contactés par courriel. Ils ont reçu des courriels différents en fonction du statut de participation de leur établissement (non-répondant, non-validé, facultatif répondant) ; l'Annexe 2 présente le courriel envoyé aux établissements non-répondants dont la participation est obligatoire. Les caractéristiques des participants aux entretiens et de leurs établissements sont détaillées dans le tableau ci-dessous (Tableau 1)

Identifiant du participant	Fonction du participant	Participation à e-Satis	Activité établissement	Nombre de patients concernés dans le PMSI	Région de l'établissement
P1	Responsable du département qualité risques	Obligatoire, Non validé	CA	2041	Martinique
P2	Directrice qualité, gestion des risques et système d'information	Obligatoire, Non répondant	MCO+CA	1454	Bourgogne-Franche-Comté
P3	Responsable qualité et des affaires générales	Facultatif	SMR	270	Auvergne-Rhône-Alpes
P4	Responsable qualité et informatique	Obligatoire, Non validé	SMR	710	Auvergne-Rhône-Alpes
P5	Ingénieure qualité	Facultatif	CA	488	Normandie
P6	Responsable qualité	Facultatif	SMR	394	Nouvelle-Aquitaine
P7	Présidente de la CNE + Responsable qualité + Responsable du bureau des entrées	Non répondant	CA	1155	Bourgogne-Franche-Comté
P8	Responsable qualité gestion des risques	Non répondant	MCO	779	Grand Est
P9	Responsable qualité et de gestion des risques	Non validé	MCO	1081	Île-de-France
P10	Responsable qualité gestion des risques	Non validé	MCO	1019	Haut de France
P11	Responsable des relations usagers	Non validé	MCO	1262	Normandie
P12	Directrice adjointe	Non répondant	SMR	819	Nouvelle-Aquitaine

Tableau 1 – Caractéristiques des professionnels interviewés et de leurs établissements

Les professionnels ont été sélectionnés de la manière suivante :

- Tous les responsables qualité des établissements « non-répondants » ont reçu une demande pour participer à l'entretien.
- Les établissements sélectionnés dont la participation au dispositif e-Satis était « non-validée » sont ceux ayant 700 patients ou plus et qui n'ont qu'entre 10 et 20 réponses complètes en fin de campagne de recueil. Cet écart entre l'effectif de patients concernés et le nombre de réponses au questionnaire signifie en effet que les établissements rencontrent des difficultés pour participer au dispositif.
- Enfin, ont été contactés les responsables d'établissements pour lesquels la participation était facultative, qui ont participé, ont obtenu un score « A ». Pour mieux comprendre l'incidence de leur taille, nous avons sélectionné des établissements qui accueillent près de 500 patients car c'est la limite du seuil avant que la participation de l'établissement de santé soit obligatoire, d'autres aux alentours de 200 patients, et enfin des établissements accueillant moins de 100 patients.

Trois trames d'entretiens semi-directifs ont été définies pour ces trois catégories de participants. La trame destinée aux responsables qualité des établissements « non-répondants » figure en Annexe 3. Un entretien est retranscrit en Annexe 4 et un extrait de la grille d'analyse est présenté dans l'Annexe 5.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis retranscrits. Les données recueillies ont été analysées selon la méthode de l'analyse de contenu définie par Bardin (2013) Ainsi, les verbatims ont été découpés en thèmes et sous-thèmes évoqués. L'écoute et la retranscription des entretiens a permis d'établir une grille de codage de ces thèmes et sous-thèmes.

Le tableau ci-dessous (Tableau 2) présente les grandes lignes de chacune des trames.

La première trame a pour objectif d'interroger les responsables qualité des établissements pour lesquels e-Satis est obligatoire mais qui n'y participent pas. Elle est composée de 4 thèmes ;

- **L'impact d'e-Satis sur la qualité.** Ce thème aborde les outils internes, dont e-Satis, utilisés par les responsables qualité pour évaluer et améliorer la satisfaction et l'expérience des patients.
- **Le manque de ressources.** Il s'agit ici de comprendre si la participation des établissements est contrainte par un manque de ressources (ressources humaines ou financières).
- **Le besoin d'accompagnement par la HAS.** L'objectif de ce thème est de mettre en lumière les besoins des établissements en matière d'accompagnement et de ressources de la part de la HAS.
- **L'intérêt des établissements pour le dispositif et sa cohérence avec leurs objectifs.** Les questions soulevées dans ce thème permettent de comprendre l'alignement et la pertinence du dispositif avec les objectifs des services de qualité dans les établissements.

La deuxième trame est à destination des responsables qualité des établissements non validés. Elle s'articule autour de 5 thèmes. Le thème « éléments prioritaires » est le seul à différencier cette trame de celle des établissements non-répondants.

- **Les éléments prioritaires.** Ce thème aborde l'impact d'e-Satis sur la charge de travail des professionnels et l'importance perçue du dispositif dans l'établissement.

Enfin, la troisième trame est conçue pour les responsables qualité des établissements répondants dont la participation est facultative. Elle est composée de 5 thèmes ;

- **L'amélioration de la qualité des soins.** Il s'agit ici de comprendre comment les responsables qualité utilisent les résultats d'e-Satis.
- **La diffusion des résultats.** Ce thème met en lumière l'impact de la diffusion des scores sur la participation des établissements.
- **La valorisation des bonnes pratiques.** On s'intéresse ici à la manière dont le dispositif influence la qualité de la prise en charge des patients.
- **La comparaison entre les établissements.** Ce thème explore l'impact de la possibilité de comparaison inter-établissements sur leurs participations.
- **Le facteur organisationnel.** Enfin, le dernier thème évalue l'impact de l'engagement de la direction sur la dynamique de participation à e-Satis.

Tableau 2- Résumé des grilles d'entretiens

2.4. Résultats de l'analyse quantitative

2.4.1. Participation des établissements à e-Satis en fonction de leur type d'activité

Le test de Khi-deux (Annexe 6) montre qu'il y a une relation entre la variable « Type d'activité de l'établissement » et sa participation lorsque celle-ci est obligatoire ($\chi^2 (2, N=2041) = 62,81, p < 0.001$). Une hypothèse était que les établissements SMR participeraient moins que les autres à la campagne e-Satis. Cette hypothèse est vérifiée, puisque l'on observe que 81,17% des établissements SMR ont participé à la campagne 2023, contre 91,77% des établissements en MCO et 96,48% des établissements en CA.

Le test de Khi-deux montre qu'il y a également une relation entre la variable « Activité de l'établissement » et sa participation lorsque celle-ci est facultative ($\chi^2 (2, N=2025) = 30,81, p < 0.001$). Cependant l'hypothèse selon laquelle les établissements SMR seraient moins représentés n'est pas vérifiée puisque l'on observe que 68,84% des établissements SMR ont participé à la campagne 2023 à titre facultatif, ce qui est très proche du pourcentage des établissements CA (69,07%). Ce sont les établissements MCO pour lesquels la participation des établissements facultatifs est la plus faible (54,99%).

2.2.1. Participation des établissements à e-Satis en fonction du nombre de patients

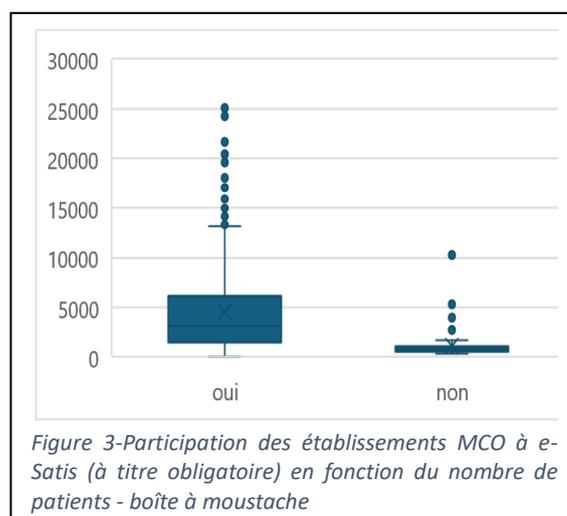
On cherche à étudier la dépendance entre une variable qualitative à deux modalités (participation satisfaisante à e-Satis ou pas) et une variable quantitative (taille de l'établissement appréciée par le biais du nombre de patients). Pour faire cette comparaison, il est possible d'utiliser le test t de Student à condition que deux conditions soient satisfaites :

- La condition de Normalité. La variable doit suivre une loi normale ou bien la taille de l'échantillon (n) doit être supérieure à 30.
- La condition d'homoscédasticité. Il doit y avoir égalité des variances (le test de Levene ne doit pas être significatif).

Quand la condition d'homoscédasticité n'est pas satisfaite, on peut utiliser une variante du test t, le test de Welch. Il est généralement effectué par des logiciels statistiques. J'ai utilisé le logiciel Statistica pour réaliser les analyses présentées ci-dessous.

L'effectif des établissements MCO dont la participation est obligatoire est de 924 (848 établissements considérés comme participants, 76 non-répondants et assimilés) ; chaque groupe a donc un effectif supérieur à 30. En revanche, le test de Levene est significatif ($F = 26,58$; $p < 0.001$), ce qui signifie que les variances des deux groupes sont inégales.

Le test de Welch a donc été calculé ; $t(245,40) = 15,59$; $p = 0.0000$. Le résultat est très fortement significatif. Il y a une relation entre la taille des établissements MCO participant à titre obligatoire (i.e. le nombre de patients) et leur participation à e-Satis. Comme le montre la Figure 3 ci-contre, les établissements qui participent ont un nombre de patients (4571 en moyenne) supérieur à ceux qui ne participent pas ou qui participent de façon non satisfaisante (1149 en moyenne).



L'effectif total des établissements CA est de 843 (813⁹ établissements considérés comme participants, 30 comme non participants). Parce que la condition d'égalité des variances n'est pas satisfaite ($F = 14,28$; $p < 0.001$), il a fallu utiliser le test de Welch. On observe les mêmes résultats pour les établissements CA inscrits à titre obligatoire que pour les établissements MCO. Il y a une

⁹ L'effectif utilisé est 843 et non 822 car lors de la conception du tableau croisé dynamique utilisé pour effectuer les calculs, des doublons ont été supprimés. Plusieurs services en CA dans un même établissement sont la source de ces doublons.

forte dépendance entre leur participation à la campagne e-Satis et le nombre de patients : $t(70,04) = -11,32$; $p = 0.0000$. Ainsi, les établissements qui ne participent pas ou participent de façon incomplète ont significativement moins de patients que ceux qui y participent. Ils ont en moyenne 1724 patients contre 4076 pour ceux qui participent.

L'effectif des établissements SMR qui sont concernés par la campagne e-Satis à titre obligatoire est de 265 ; 217 ont participé et ont obtenu un score et 48 n'ont pas participé ou n'ont pas participé de façon satisfaisante. Là encore, le test de Levene est significatif ($F = 7,74$; $p < 01$). C'est donc le test de Welch qui a été utilisé pour comparer le nombre moyen de patients pour les établissements répondants (776 en moyenne) et le nombre moyen de patients pour les établissements non-répondants (616).

A nouveau, il apparaît une relation très significative entre le nombre de patients et la participation des établissements ; $t(114,30) = 5,44$ et $p = 0,00000$. Les établissements accueillant moins de patients sont proportionnellement plus nombreux que les autres à ne pas participer de façon satisfaisante à la campagne ; soit parce qu'ils ne participent pas du tout, soit parce que les données sont incomplètes, soit parce que leur participation n'a pas été validée.

2.2.2. Participation des établissements en fonction de l'âge des patients

L'objectif de cette analyse est de valider l'hypothèse qui stipule que la participation des établissements au dispositif e-Satis peut dépendre de l'âge des patients pris en charge. L'analyse n'a été menée que sur les établissements dont la participation est obligatoire, puisque l'âge élevé des patients est déjà pris en compte lorsqu'un établissement est désigné comme facultatif.

Le recours au test de khi-deux a été précédé d'une vérification de ses conditions d'application. Il apparaît que ces conditions ne sont pas validées pour l'enquête relative à la chirurgie ambulatoire. En effet, le nombre d'observations est inférieur à 5 dans certaines cases du tableau croisé.

Le test de Khi-deux montre qu'il y a une relation entre la variable « âge des patients » et la participation des établissements MCO lorsqu'elle est obligatoire ($\chi^2(1, N=924) = 253,54$, $p < 0.001$). L'hypothèse relative à l'effet de l'âge est vérifiée. En effet, seuls 3,58 % des établissements accueillant entre 0% et 50 % de patients de 75 ans ou plus sont non-répondants, non-validés ou ont des données insuffisantes. En revanche, les structures de santé où la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus est supérieure à 50% sont « non-répondantes », ont un statut « non validé » ou ont des données insuffisantes pour 52,87% d'entre elles.

Le même test a été réalisé pour le secteur des soins médicaux et de réadaptation lorsque la participation de l'établissement est obligatoire. Il montre qu'il y a une relation entre la variable « âge des patients » et la participation des établissements ($\chi^2(1, N=265) = 16,31$ $p < 0.001$). En effet, seuls 10,5 % des établissements qui ont entre 0% et 50 % de patients de 75 ans ou plus sont

non-répondants, non-validés ou ont des données insuffisantes contre 30 % pour les établissements dont les patients de 75 ans ou plus comptent pour 50% ou plus de la patientèle.

Les variables prises en compte dans l'analyse quantitative sont déjà connues par la HAS. Les tests du khi-deux et de Welch permettent juste de vérifier leur impact ; ce sont les entretiens qualitatifs qui permettent de comprendre en profondeur les freins et les leviers des établissements à l'utilisation d'e-Satis.

2.3. Résultats de l'analyse qualitative

Cette section présente les résultats de l'analyse des entretiens ; ils vont permettre d'examiner la validité des hypothèses concernant l'impact des facteurs externes et internes sur la participation des établissements au dispositif e-Satis. Différents thèmes et sous-thèmes ont été définis afin de catégoriser les verbatims des participants. Les deux thèmes principaux sont relatifs aux freins à la participation au dispositif d'une part et aux leviers à son appropriation d'autre part.

Les notions de participation, d'appropriation mais aussi d'adoption ont été distinguées parce qu'elles renvoient à des niveaux d'implication différents :

- La participation au dispositif signifie que l'établissement y prend part de manière active ou passive sans forcément adhérer aux objectifs d'e-Satis.
- L'adoption implique l'acceptation et l'utilisation d'une nouvelle pratique, en l'occurrence e-Satis. Cela signifie qu'il existe un certain niveau d'engagement et d'adhésion des établissements, même s'ils n'utilisent pas forcément le dispositif de manière optimale.
- Enfin, l'appropriation implique l'intégration complète de la nouvelle pratique ainsi qu'une compréhension profonde et une utilisation efficace du dispositif.

2.3.1. Freins à la participation au dispositif

Les entretiens révèlent 2 thèmes et 4 sous thèmes qui mettent en évidence les obstacles à la participation au dispositif e-Satis : certains freins sont liés aux patients et à leurs caractéristiques alors que d'autres sont liés aux établissements et à leur organisation.

2.3.1.1. Freins liés aux patients

a) Difficultés dans le recueil des adresses mails

Tous les participants ont relevé des difficultés à recueillir les adresses mail de leurs patients. En effet un questionnaire comme e-Satis n'est pas forcément adapté à l'âge des patients de l'établissement « *On est sur une population âgée avec de l'oncologie et de la fin de vie* » (P2, obligatoire non-répondant) ou à celui de la population du département dans lequel l'établissement de santé se trouve « *le département de Martinique a une population très vieillissante, très peu de personnes disposent de boîtes mails* » (P1, obligatoire non validé).

Au-delà de l'âge, c'est parfois l'état de santé des patients qui rend impossible le recueil des adresses-mail « *On a des patients avec des troubles psychiatriques et neurologiques donc on ne prélève pas leurs adresses mails* » (P9, obligatoire non-validé).

Certains participants révèlent aussi que le recueil est plus difficile dans des services spécifiques. C'est le cas de plusieurs services de Soins Médicaux et de Réadaptation. Les patients restent plusieurs mois et les rotations sont faibles ; il est donc difficile de recueillir de nouvelles adresses-mail. Le participant 3 est concerné « *On a un service de soins de suite neurologique avec des comas et des traumatisés crâniens, les patients restent un an donc c'est impossible d'avoir les 30 réponses à l'année* ». Le participant 9 (obligatoire non-validé) évoque le même facteur « *on a aussi des patients avec une durée de séjour énorme en SMR, ils sont super longs, ils font plus de 6 mois donc c'est les mêmes mails qui se répètent à chaque fois* ». La participante 5 (facultatif répondant) a, elle, une difficulté dans un service de pouponnière car les parents n'ont pas assez d'informations sur l'expérience que vivent leurs enfants « *On a une spécialité sur un de nos sites on a une pouponnière donc j'ai essayé de lancer e-Satis pour les parents mais ça ne prend pas. Tous les droits de visites sont soumis à une règle donc ils n'ont pas d'info sur comment va l'enfant, comment il mange ou s'il est content* ».

L'arrivée des patients par les urgences entraîne une perte de données car le contexte rend difficile le recueil de l'adresse mail par les secrétaires « *quand ils viennent aux urgences, et c'est 70 pourcents des entrées du CHU, il y a une perte de données et c'est difficile de récupérer les adresses après quand les patients sont en hébergement* » (P1, obligatoire non-validé). En effet, la rapidité de prise en charge qu'exige certains cas dans les urgences contraint les agents d'accueil « *On a un service d'urgences donc la secrétaire n'a pas vraiment le timing pour prendre les adresses mails s'ils sont en détresse respiratoire ou autre* » (P9, obligatoire non-validé).

Les participants relèvent également une réticence des usagers à donner leurs coordonnées « *maintenant les gens ils sont plus réticents à donner leurs adresses mails car c'est humain, ils n'ont pas envie de recevoir 36 mails* » (P2, obligatoire non-répondant). En outre, les patients sont plus tournés vers leur prise en charge « *parce que quand tu arrives dans le bureau des entrées, t'as pas envie de donner ton adresse mail. On a sondé un petit peu pour essayer de comprendre et pour affiner notre plan d'action et les patients sont plus tournés sur la prise en charge, comment ça va se passer etc.* » (P1, obligatoire non validé).

Enfin, il arrive que des erreurs dans la transmission de l'adresse-mail du patient à l'agent d'accueil freinent la participation au dispositif « *Il reste à notre charge de savoir comment on peut recueillir un maximum d'adresses-mail en sachant que quand elles sont données il peut y avoir des erreurs de frappe* » (P11, obligatoire non validé).

b) Difficultés à promouvoir le dispositif afin que les patients répondent au questionnaire

Les professionnels interrogés relèvent que malgré l'obtention de certaines adresses mails, la deuxième difficulté est que le taux de remplissage du questionnaire reste faible « on a 300 patients qui ont reçu un mail et il y en a 80 qui ont répondu. On a quand même des binômes infirmières/aides-soignantes qui viennent leur expliquer ce qu'est e-Satis et une fois sortis ils ne répondent pas » (P6, facultatif répondant). Certains participants pensent que la longueur du questionnaire, constitue, pour eux, un frein à sa complétion :

- « On communique beaucoup auprès des patients pour leur dire qu'ils vont être contactés, on a à peu près 150 interventions MCO par jour et au final il a très peu de personnes qui répondent. Je pense que le questionnaire est trop long et trop orienté » (P2, obligatoire non-répondant).
- « C'est trop long à remplir, il faut s'adapter au contexte sociétal, personne n'a envie de prendre 5 minutes pour remplir un questionnaire » (P7, obligatoire non-répondant).
- « On est pris par la routine et on arrête, on se dit qu'on va recommencer et, bah, au final on oublie de le compléter » (P10, obligatoire non validé).

La complexité du questionnaire pour les populations interrogées est également soulevée :

- « Il faut des documents pratico-pratiques, on le constate hein. Il faut aller vers la simplicité parce qu'on a une population âgée » (P8, obligatoire non-répondant).
- « Notre questionnaire interne il est rédigé avec la méthode FALC, Facile A Lire et à Comprendre. C'est quand même plus facile pour les populations gériatriques » (P10, obligatoire non validé).

La participante 6 (facultatif répondant) et la participante 11 (obligatoire non-validé) pensent que ces faibles taux de réponses au questionnaire sont dus au fait que les patients préfèrent ne plus penser à leur hospitalisation une fois sortis de l'établissement :

- « Les patients vivent l'hospitalisation à fond donc effectivement, pendant ce temps, ils ont envie de donner leurs avis. Une fois chez eux c'est compliqué pour eux de revenir dessus » (P6, facultatif répondant).
- « Quelques personnes m'ont dit, bah, enfin, moi quand je rentre à domicile je ne veux plus y penser. Ce qui est dommage parce que là on est quand même sur un recueil à froid où les personnes ont le temps de réfléchir à leur prise en charge » (P11, obligatoire non validé).

L'intégralité des participants estiment que ce problème est lié à la promotion et la communication sur le dispositif qu'elle soit interne, régionale ou nationale « Est-ce que vous avez des idées pour la communication ? Moi je suis preneuse aussi parce que quelqu'un qui n'est pas dans le milieu est-ce qu'il s'intéresse vraiment à tous les affichages sur les murs ? Je ne pense pas. On est bloqué parce que les patients ils doivent être au courant de tout maintenant. Comment on fait pour

communiquer tout ça aux patients ? » (P10, obligatoire non validé). En effet, ils estiment que e-Satis n'est pas connu du grand public que ce soit par les usagers ou les professionnels de santé « e-Satis est très peu connu par les professionnels de terrain, ce n'est pas quelque chose qui leur est familier cette enquête-là » (P4, obligatoire non validé). Le professionnel 12 (obligatoire non-répondant) évoque également le fait que la HAS pourrait accroître sa communication au niveau des services de qualité « peut être que la HAS pourrait nous aider en ayant des contacts plus réguliers à ce sujet pour qu'on connaisse et maîtrise davantage le processus. Pour être plus informés sur les aspects financiers, le contenu, vraiment sur les modalités de e-Satis, chose que je ne maîtrise pas aujourd'hui » (P11, obligatoire non validé).

Selon le professionnel 9 (obligatoire non validé), cette communication devrait être menée en interne « le problème c'est que la HAS n'a pas de liens avec les patients. C'est à nous de communiquer, pas à la HAS. On devrait faire des affichages au niveau de l'accueil, leur dire que c'est important de répondre à e-Satis, montrer des pubs de e-Satis sur des écrans ... ». Cet avis est aussi celui de la professionnelle 11 (obligatoire non validé) qui estime que la communication passe aussi par les soignants « Je ne vois pas trop si ça pourrait passer par une incitation plus marquée par la HAS par rapport à l'utilisateur parce que l'affiche jaune, je pense que c'est toujours la même hein et on se rend compte que l'affichage qui n'est pas obligatoire par décret est fondu dans la masse en fait. C'est vrai qu'il faudrait inciter les soignants à prévenir les patients dès lors que leur sortie est envisagée ».

Sept professionnels sur 12 confient ne pas pouvoir communiquer davantage auprès de leurs patients. Ainsi cette promotion devrait être plus accrue au niveau régional et national. C'est notamment l'opinion de la professionnelle 1 (obligatoire non validé) « Il y a un gros plan de communication régionale qui devrait être mené pour que les professionnels et les usagers comprennent l'intérêt. Pour l'instant au niveau régional, en termes d'ARS il n'y a pas de politique de com en termes d'expérience patients ». La professionnelle 7 (obligatoire non-répondant) exprime la même opinion « il y a quand même un manque de communication aussi au niveau national. Je ne me souviens pas avoir vu une présentation d'e-Satis en tant que médecin, et même depuis que je suis présidente de la CME ». La majorité des participants s'accordent pour dire que la communication au niveau national devrait être pilotée par la HAS :

- « Vous savez la HAS fait de la promotion sur d'autres thématiques, une promotion plus importante sur e-Satis serait bien aussi » (P1, obligatoire non validé).
- « Il faudrait que la HAS fasse des documents de présentation plus faciles d'accès au niveau des personnes âgées » (P4, obligatoire non validé).
- « La HAS pourrait mieux communiquer, par exemple, à quoi ça sert d'avoir une politique nationale qui réponde à la satisfaction des patients, les gens sont hospitalisés, ils sont

vulnérables, il faut leur expliquer qu'on veut améliorer leur prise en charge » (P8, obligatoire non-répondant).

2.4.1.1. Freins internes aux établissements

a) Difficultés concernant l'organisation des Ressources Humaines

Certains problèmes structurels au niveau des ressources humaines peuvent affecter la participation à e-Satis « *En fait actuellement nous avons deux équivalents temps pleins en moins donc deux postes vacants et si vous voulez c'est un dossier thématique pour moi l'opinion patients* » (P1, obligatoire non validé). La répartition des tâches, en plus du manque d'équivalents temps pleins peut limiter la participation des établissements au dispositif :

- « *Moi je suis responsable du bureau des entrées et j'ai gardé la main sur la dépose des fichiers e-Satis, on n'a jamais réglé ça en interne. Vu que je suis la seule à avoir la main sur l'outil, j'ai août, septembre, octobre à 0 comme j'étais en formation à l'EHESP comme vous. En plus quand je génère le fichier je n'ai pas les séjours qu'il faut exclure* » (P7, obligatoire non-répondant).
- « *Non, je suis un peu toute seule sur ça. Je me mets des alertes sur mon agenda pour déverser les mails mais c'est vrai que des fois, bah prise en réunion, je ne déverse pas* » (P11, obligatoire non validé).

La participation au dispositif e-Satis nécessite une collecte d'adresse mails, puis un dépôt de celles-ci sur la plateforme de l'ATIH. Cette procédure peut être considérée comme longue par les professionnels. Ainsi, le professionnel 3 (facultatif répondant) évoque le temps que prend le recueil des adresses-mail aux secrétaires « *En fait il faut demander l'adresse mails aux patients, aller à un endroit dans le dossier, cocher le bon endroit. C'est long. Les patients chez nous ils sont âgés donc une adresse-mail pas bonne, il faut la corriger. Donc cumulé ça prend 1 minute par patient, au bout de 100 patients, ça prend 100 minutes par jour* ». Par ailleurs la professionnelle 7 souligne le délai nécessaire à la production du fichier Excel correspondant aux attentes de e-Satis « *Donc c'est long de générer un fichier Excel qui corresponde aux attendus de e-Satis afin que je puisse l'injecter dans mon répertoire hein. Donc les attendus sont le numéro FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux) géographique, l'adresse-mail bien sûr, l'année de naissance, du patient, le sexe, la date d'entrée et de sortie* ».

Ces difficultés de mise en œuvre du dispositif constituent notamment un frein pour la professionnelle 12 (obligatoire non-répondant) qui n'a jamais participé à e-Satis mais qui s'imagine les difficultés d'organisation afin d'informer les patients « *Il peut y avoir un impact organisationnel parce que, alors le mail c'est super mais néanmoins, ça impliquerait très certainement le fait que nos collaborateurs sensibilisent les patients à cela. Alors nous on a une*

démarche d'éducation thérapeutique, on mène beaucoup d'ateliers avec nos patients donc il faudrait un temps en atelier pour aborder ça ».

b) Difficultés à prendre en compte les résultats de e-Satis dans la démarche qualité de l'établissement

Une partie des professionnels interrogés ont confié avoir du mal à trouver de la significativité aux résultats e-Satis.

Cela peut être dû au faible taux de réponses « *le plus négatif c'est un taux de retours très bas. On tient quand même compte des commentaires mais au regard du nombre de patients accueillis c'est très faible donc on ne peut pas dire que ce soit significatif* » (P6, facultatif répondant).

Les questions posées sur le dispositif peuvent aussi manquer de précision dans le cas de certains services spécifiques « *le seul problème qu'on a c'est qu'on ne peut pas personnaliser nos questions en fonction de l'activité de l'établissement. Par exemple, en rééducation cardiaque, on ne peut pas poser des questions spécifiques sur ça* » (P3, facultatif répondant).

La difficulté d'analyse des résultats peut aussi venir du fait que les responsables qualité ne savent pas forcément de quel service viennent les patients ayant répondu au questionnaire.

- « *Le fait qu'on ne sait pas de quel service viennent les patients, c'est compliqué pour mettre des actions en place. Notre questionnaire interne on continue de le faire vivre parce que lui il est significatif et plus pertinent parce que on a le nom du patient et le service concerné* » (P6, facultatif répondant).
- « *On peut faire les extractions d'e-Satis de manière polaire mais moi j'aurais souhaité les faire par service* » (P11, obligatoire non-validé).

En effet, lors de la saisie des informations sur les patients à déposer sur la plateforme de l'ATIH, les agents en charge de cette mission peuvent choisir de rentrer le pôle dans lequel le patient a été pris en charge, son unité fonctionnelle ou son service. Le responsable qualité n'est pas forcément au courant de cette possibilité et pense donc que le champ d'analyse de ses résultats sur e-Satis est réduit.

Deux participants soulèvent le fait que e-Satis ne permet pas de remplacer les questionnaires de satisfaction et d'expérience patients internes aux établissements « *Je vous incite à noter dans votre étude qu'aujourd'hui, e-Satis ne nous permet pas de remplacer notre questionnaire interne car on ne les compare pas. On n'a pas les mêmes questions* » (P7, obligatoire non-répondant).

Pour certains, les résultats du questionnaire e-Satis ne vont pas dans le même sens que leur propre questionnaire « *La difficulté c'est que je peux avoir des tendances inverses entre e-Satis et mon questionnaire interne alors que à mon questionnaire j'ai 50 pourcents de taux de réponses et e-Satis je n'en ai pas beaucoup. J'ai vraiment une incohérence entre les résultats. Sinon je n'ai pas*

forcément les mêmes questions sur les deux questionnaires donc je ne peux pas comparer » (P5, facultatif répondant).

La professionnelle 12 (obligatoire non-répondant) a confié ne pas participer au dispositif e-Satis car son questionnaire interne a un aspect évolutif intéressant et adapté au contexte de son établissement *« Notre questionnaire, c'est un questionnaire qui évolue régulièrement au regard des commentaires des patients ou des représentants des usagers. Là on a un taux de retour à 98% sur quelque chose qui est purement adapté à notre prise en charge, on n'a pas forcément intérêt à aller le modifier »*.

2.3.3. Analyse des leviers à l'adoption du dispositif

2 thèmes et 5 sous thèmes concernant les leviers à l'adoption du dispositif e-Satis ont été identifiés à l'issue des entretiens.

2.3.3.1. Facteurs externes

a) La comparaison entre les établissements

5 responsables qualité (dont 2 obligatoires non-répondants et 1 obligatoire non validé) apprécient le potentiel de ce dispositif national pour comparer leurs performances à celles des autres établissements :

- *« C'est toujours intéressant pour les établissements de se comparer, de voir où est la moyenne nationale, de se remettre en question quand on est en dessous »* (P2, obligatoire non-répondant).
- *« On se compare parce que comme on est en GHT on aime bien dire qu'on est meilleur que nos collègues »* (P3, facultatif répondant).
- *« J'aime bien l'idée d'avoir des indicateurs qui sont les mêmes pour tous les établissements de santé et qui permettent de faire du benchmark »* (P5, facultatif répondant).
- *« L'intérêt c'est d'avoir un retour par rapport aux autres établissements, parce que on fait les pourcentages donc ça nous permet de voir notre place »* (P9, obligatoire non validé).
- *« C'est intéressant cette note, de pouvoir voir au niveau national dans quelle catégorie l'établissement se trouve »* (P11, obligatoire non validé).

Cette comparaison permet aux établissements de se situer *« si on est en dessous de la moyenne nationale, ça attire notre attention de facto parce que c'est un indicateur qui ne peut pas être biaisé »* (P2, obligatoire non-répondant).

Elle offre aussi la possibilité de mettre en place des plans d'action notamment dans les groupes car ils rassemblent plusieurs établissements *« donc c'est vrai quand dans les réunions inter-établissements du groupe, on va reprendre nos indicateurs, on va regarder les résultats et on va*

échanger des actions qui ont été mises en œuvre sur telle ou telle thématique. Qui est meilleur sur tel indicateur et quelles actions ils ont déployés ? » (P3, facultatif répondant).

b) Les stratégies nationales d'encouragement à la participation

Des mesures à l'échelle nationale encouragent la participation au dispositif e-Satis, voire la rendent obligatoire. *« En toute honnêteté madame Blottiaux, si le dispositif n'était pas obligatoire, il y a peu de chances que nous y participerions. On a besoin de ce bâton pour pouvoir dire : oui, regardez, c'est obligatoire » (P1, obligatoire non validé).*

L'incitation financière à la qualité (le dispositif national ministériel IFAQ) est également un facteur déterminant d'encouragement à la participation pour 7 participants :

- *« Ah mais clairement IFAQ on en parle plus régulièrement qu'autre chose, c'est aussi un levier que j'utilise pour mes indicateurs » (P10, obligatoire non validé).*
- *« J'avoue que IFAQ c'est un levier, le levier principal pour l'établissement ça reste l'argent. Souvent cet argent leur permet de mettre en place des leviers, de faire des choses » (P4, obligatoire non validé).*
- *« En effet c'est un argument le fait qu'il y ait un lien avec le dispositif IFAQ selon l'impact que ça peut avoir » (P12, obligatoire non-répondant).*
- *« Tous les établissements ont besoin de moyens financiers, ça permet de faire de la finance positive » (P9, obligatoire non validé).*

En effet, cette incitation permet de « récompenser » les établissements qui mettent en place des actions pour y accéder *« On a mis en place des choses parce que ça prend du temps pour les secrétaires d'entrée donc si je leur dis qu'il n'y a pas IFAQ derrière, bah en fait plus personne n'aura envie de le faire » (P3, facultatif répondant).* Cette incitation permet aussi de motiver la direction des établissements à participer à la démarche qualité *« La dotation IFAQ n'est pas inintéressante aujourd'hui donc c'est dans les objectifs de la direction » (P2, obligatoire non-répondant).*

Enfin, selon le professionnel 7 (obligatoire non-répondant), l'IFAQ n'est pas encore assez incitatif mais son augmentation pourrait être un levier *« S'il y avait une incitation financière plus incitative bah très clairement je pense qu'e-Satis serait mieux valorisé au sein des établissements ».*

2.3.3.2. Facteurs internes

a) Diffusion en interne des résultats e-Satis

Le traitement des résultats e-Satis en interne permet la sensibilisation du personnel aux points forts et faibles de la prise en charge des patients, l'implication des équipes dans l'expérience et la satisfaction des patients, la mise en place d'axes d'amélioration et la reconnaissance des efforts du personnel soignant. C'est pourquoi la diffusion des résultats aux équipes est importante ;

- « Au moment de la certification on a présenté les résultats e-Satis aux équipes, on les a affichés dans les différents services » (P3, facultatif répondant).
- « Nos objectifs c'est de nous assurer que les résultats soient connus, analysés, exploités et surtout diffusés auprès de la communauté hospitalière et notamment de la gouvernance jusqu'aux professionnels de terrain. Voilà, ça c'est une priorité pour 2023/2024 » (P1, obligatoire non validé).

Afin d'y parvenir, les responsables qualité présentent les résultats lors des réunions internes des instances telles que la Commission Des Usagers (CDU) qui a pour objectif d'assurer le respect des droits des usagers et de participer à l'amélioration de la politique d'accueil ou de prise en charge des patients, ou encore les commissions relatives à la qualité ;

- « Moi je passe tous les commentaires en CDU puisque c'est moi-même qui anime avec ma directrice les CDU » (P6, facultatif répondant).
- « Enfin voilà, moi je leur présente, c'est des indicateurs qu'on présente en CDU, c'est des indicateurs qu'on présente aussi en commissions qualité » (P5, facultatif répondant).
- « On le présente en CDU » (P4, obligatoire non validé).

Les résultats peuvent aussi être diffusés lors des comités de direction (CODIR) qui sont chargés de la stratégie de l'établissement « J'en parle aussi en CODIR » (P5, facultatif répondant).

Les commissions médicales d'établissements (CME) sont aussi des instances privilégiées pour la présentation des résultats e-Satis car elles permettent aux professionnels d'être sensibilisés au dispositif. Les représentants élus des médecins, sage-femmes, dentistes et pharmaciens y sont réunis et sont consultés sur les orientations stratégiques de l'établissement ainsi que sur les questions d'amélioration de la qualité ;

- « On affiche tous les IQSS, on les donne aussi en CDU/CME, enfin, dans toutes les instances » (P6, facultatif répondant)
- « On le présente aussi dans d'autres instances de commissions de soins comme le CME mais au niveau des professionnels de terrain effectivement ce n'est pas quelque chose qui leur est familier cette enquête-là » (P4, obligatoire non validé).

b) Permettre aux responsables qualité de mettre en place des axes d'amélioration

e-Satis permet aux établissements d'avoir un dispositif complémentaire par rapport aux questionnaires de satisfaction et d'expérience patients internes « c'est un moyen complémentaire d'avoir une perception des usagers sur leur prise en charge » (P1, obligatoire non-validé). En effet, les questions soulevées dans le questionnaire e-Satis sont nombreuses et permettent aux responsables qualité d'avoir des informations qu'ils ne pourraient pas avoir autrement « e-Satis c'est un questionnaire vraiment complet donc ça permet d'avoir des réponses des patients qu'on n'a pas forcément dans notre questionnaire » (P10, obligatoire non validé).

A travers ces différentes sources, les responsables qualité élaborent des plans d'actions « *j'ai un logiciel qualité là, il s'appelle Blue Medy. Dedans je vais recenser toute la matière et je vais thématiquer et redispacher par thème ou par service et derrière je mets des actions en place* » (P6, facultatif répondant).

De plus, ce dispositif peut amoindrir la charge de travail des responsables qualité et leur permettre d'avoir des retours non biaisés « *l'avantage c'est que ça évite de faire des enquêtes papier et d'extraire nous même les résultats. Les gens le font chez eux ou ne le font pas mais au moins s'ils le font ils peuvent vraiment dire ce qu'ils pensent. Ce n'est pas comme quand on doit rendre l'enquête à l'infirmière ou le médecin et éviter de dire des choses pour ne pas les froisser* » (P3, facultatif répondant).

Ainsi, e-Satis permet aux responsables qualité de mettre en œuvre des plans d'amélioration « *nous au regard d'e-Satis, nous transmettons les informations aux professionnels pour qu'il y ait des plans d'actions mis en œuvre* » (P1, obligatoire non validé).

Plusieurs plans d'actions ont été mis en place par les responsables qualité grâce au dispositif e-Satis :

- « *On a refait l'agencement au niveau des salles d'attentes ou dans le couloir, dans le public c'est plus structurel. Dans le privé on avait installé des voitures pour amener les enfants au bloc par exemple* » (P3, facultatif répondant).
- « *On a ajouté un système de plan et on a mis en place un passeport ambulatoire. Maintenant, les soignants rappellent bien qu'il y a le plan sur le passeport ambu et qu'il faut se diriger vers telle porte. C'est une info supplémentaire* » (P5, facultatif répondant).
- « *Des fois il y a des choses très concrètes qui sont mises en place et qui ne nécessitent pas le nom du service. Comme les salles d'animation par exemple on en a mis une en place parce que les patients disaient qu'ils s'ennuyaient sur e-Satis* » (P6, facultatif répondant).

c) Implication et stabilité de la direction

L'implication de la direction ou sa stabilité peuvent exercer une influence sur la participation des établissements dans le dispositif e-Satis et son appropriation. En effet, selon les entretiens, les établissements dont la participation est facultative mais qui répondent au dispositif ont globalement une direction plus impliquée que les autres.

Cette implication peut être liée au statut public ou privé de l'établissement « *Quand j'étais dans le privé, ce n'était pas juste une enquête de satisfaction, on voulait montrer qu'on était meilleurs que l'hôpital public ou que la clinique d'à côté. La direction est beaucoup plus attentive à la participation et suit vraiment e-Satis parce que dans le privé si les 20 lits ne sont pas remplis, le chirurgien libéral il n'a pas d'argent* » (P3, facultatif répondant).

L'implication de la direction permet aux directeurs d'avoir une connaissance des plans d'actions et d'être informés de l'évolution des résultats « *la directrice est toujours destinataire des résultats, elle est présente quand on présente les résultats, elle valide mes plans d'actions et elle me donne la main en CODIR quand j'en parle si on a besoin d'un budget pour une action, elle me donne l'autorisation* » (P5, facultatif répondant). Le directeur peut aussi apporter son soutien dans l'interprétation des résultats « *Si j'ai des scores à moins de 70/100, quel que soit le thème, j'en réfère à ma directrice et on essaye de comprendre. Effectivement elle est partie prenante de toutes les actions mises en place* » (P6, facultatif répondant).

A l'inverse, les responsables qualité des établissements non validés ou non répondants montrent dans la plupart des entretiens que leur direction est soit peu, soit pas du tout impliquée :

- « *Non, nous on s'est motivés tous seuls* » (P7, obligatoire non-répondant en 2023, mais impliqué depuis 2024 dans e-Satis) ;
- « *Ouais, c'était un choix de la direction à l'époque de ne pas participer à e-Satis, et c'est toujours un choix de la direction* » (P12, obligatoire non-répondant).

Dans certains cas, son implication et son intérêt pour le dispositif sont minimaux :

- « *C'est tellement une enquête au fil de l'eau, la direction ne la perçoit pas. Ce n'est pas l'indicateur qui ressort en tous cas* » (P2, obligatoire non-répondant).
- « *Ah oui, enfin ils sont loin de tout ça* » (P8, obligatoire non-répondant).

Selon la participante 1 (obligatoire non validé), « *la stabilité de la direction peut, elle aussi, impacter la participation au dispositif « pour tout vous dire avant on n'avait pas de dossier patient informatisé (DPI) et maintenant on a un nouveau DPI. Cette transition numérique montre qu'il y a vraiment une volonté de la direction de franchir un cap. Maintenant il faut qu'elle reste stabilisée car elle ne l'est que depuis 2 ans et on a besoin d'un peu de stabilité* ».

2.2.4. Conclusion/Discussion

La première hypothèse envisageait la possibilité que les caractéristiques structurelles des établissements (type d'activité, âge des patients, taille) aient une incidence sur leur participation à e-Satis. Les résultats de l'analyse quantitative mettent en évidence une relation significative entre le type d'activité des établissements de santé et leur participation à la campagne e-Satis lorsque celle-ci est obligatoire. De plus, l'étude montre une relation significative entre le nombre de patients pris en charge et la participation des établissements. Il en va de même pour l'âge des patients qui influence l'implication des établissements de santé dans le dispositif. En effet, ces derniers sont, en général plus susceptibles de ne pas répondre, de ne pas être validés ou de fournir des données insuffisantes lorsque la proportion de patients âgés de 75 ans ou plus est élevée. Ainsi, Minvielle et al. (2023) affirment que le mode de passation des questionnaires de manière numérique peut exclure certaines populations, engendrant ainsi un biais de sélection.

C'est notamment le cas des populations plus âgées qui peuvent donc être écartées du dispositif car elles ne sont pas accoutumées à l'utilisation du matériel informatique. Cependant, ces critères d'activité des établissements étant déjà pris en compte par la HAS dans les conditions de participation au dispositif, il apparaît nécessaire de compléter ces résultats par une analyse qualitative afin de comprendre en profondeur les freins et les leviers de la participation des établissements pour pouvoir, ensuite, proposer des actions.

L'analyse des données qualitatives confirme donc que l'âge des patients influe sur la participation à e-Satis. De ce fait, du côté des patients, les difficultés résident notamment dans la collecte des adresses mails, en raison de l'âge, de l'état de santé ou des spécificités des services hospitaliers. De plus, la réticence des usagers à donner leurs coordonnées limite leur participation. Sur le plan interne, des problèmes organisationnels, tels que les manques de ressources humaines ou la complexité de la mise en place du processus de participation, limitent également l'utilisation du dispositif par les établissements. Comme l'indiquent Thuong et al. (2021), l'intégration des questionnaires dans les pratiques demande un investissement de la part des professionnels et des organisations qui peut être perçu comme une contrainte. Enfin, l'analyse des résultats et leur intégration dans la démarche qualité des établissements présentent aussi des défis. Selon les résultats et Minvielle et al. (2023) les difficultés émanent notamment du faible taux de réponse et de la difficulté à mettre les données en concordance avec les services concernés.

L'appropriation du dispositif e-Satis est influencée par plusieurs facteurs. Ces facteurs peuvent être externes (tels que l'obligation et le statut national du dispositif) ou internes. La comparaison entre les établissements et les incitations financières nationales jouent un rôle crucial dans l'adoption du dispositif. De plus, l'appropriation d'e-Satis dépend d'une direction stable.

3. Recommandations

Les entretiens ainsi que l'étude quantitative ont révélé les freins et les leviers principaux à la participation et, dans certains cas, à l'appropriation au dispositif e-Satis. Ces éléments permettent de proposer des recommandations destinées à la HAS et aux établissements, pour que le dispositif soit mieux utilisé par ces derniers.

3.1. Recommandations à l'échelle de la HAS

3.1.1. Campagne de communication nationale

Lors des entretiens, la question de la méconnaissance du dispositif par les professionnels de santé et par les usagers a été mentionnée. Sept responsables qualité sur 12 (4 non validés, 2 non-répondants et un facultatif) pensent que le faible taux de réponses observé est dû à un manque de visibilité du dispositif notamment au niveau national.

Pourtant, la HAS a déjà développé des supports d'information papiers et des vidéos à destination des établissements afin que ceux-ci communiquent l'information aux patients. Le site de la HAS comporte également une section dédiée à e-Satis.

3.1.1.1. Communication à destination des établissements de santé

Les sujets sur lesquels la communication est primordiale sont : le recueil des adresses mails, l'analyse des résultats par les responsables qualité, mais aussi les axes d'amélioration mis en place à la suite des analyses. Il serait bénéfique que cette communication porte sur 6 points ;

- Les résultats produits par e-Satis peuvent être calculés par services. Cependant, le choix entre un résultat par service, par pôle ou par unité fonctionnelle doit être indiqué au moment du dépôt du fichier des adresses mails. Il est essentiel d'insister auprès des établissements sur cette possibilité de finesse des résultats ; en effet, l'intérêt que les responsables qualité peuvent avoir pour l'analyse des résultats dépend essentiellement de ce facteur.
- Les proches des patients peuvent être impliqués dans la participation à e-Satis. Malheureusement les établissements de santé actionnent trop peu ce levier alors qu'il pourrait pallier les problèmes liés à l'âge avancé ou à l'état de santé des patients.
- L'automatisation des dépôts des adresses mails est possible et passe par l'implication des services informatiques ou des éditeurs de logiciels pour les établissements de santé. Cependant peu d'établissements sont informés de cette fonctionnalité.
- Le nouvel outil e-Satis ouvre en septembre 2024 et permettra aux responsables qualité d'avoir accès à une analyse automatique de leurs verbatims. Sept responsables qualités parmi les professionnels interrogés ont évoqué le levier que constitue cette possibilité

d'analyse des commentaires patients. Il est donc primordial d'accentuer la communication à propos de cette nouvelle ressource auprès des responsables qualité.

- Il est également important de souligner les potentiels biais lorsque les questionnaires sont remplis durant le séjour. En effet, les questionnaires internes sont souvent remplis durant le séjour ; mais il faut savoir que les patients ont tendance à se montrer beaucoup plus satisfaits lorsqu'ils répondent durant leur hospitalisation, d'autant qu'ils répondent parfois avec l'aide d'un soignant. En outre, Selon Gerbaud et al. (2002), l'expérience de l'hospitalisation, marquée par une relation de dépendance du patient envers les soignants, peut avoir pour effet de restreindre l'expression du patient quant à la qualité des soins reçus. La situation de vulnérabilité dans laquelle se trouve le patient peut engendrer une crainte de représailles. C'est la raison pour laquelle Gerbaud et al. (2002) conseillent un délai de 15 jours suivant la sortie avant l'envoi du questionnaire. Ainsi, les questionnaires auto-administrés tels que e-Satis sont plus fiables car les patients osent dire le fond de leur pensée. Dans les supports de communication, des éléments devraient faire apparaître cette fiabilité des réponses des patients due au délai d'interrogation.
- Enfin, un partage des bonnes pratiques au niveau national serait un facteur encourageant. Par exemple, le recueil national et annuel des bonnes pratiques mises en place par les établissements à la suite de l'analyse des résultats d'e-Satis permettrait de diffuser des guides thématiques ; la visée de ces guides étant de diffuser des exemples d'actions mises en place par les établissements de santé. Ce partage est déjà mis en place par la HAS dans le cadre des Evénements Indésirables Graves (EIGS). En effet, l'instance nationale propose un guide d'actions à partir d'une base de retour d'expérience et d'erreurs remontées sur les EIGS.

La mise en place de cette communication peut être interne à la HAS. En effet, elle publie ses manuels et référentiels sur son site et pourrait également publier des guides thématiques de bonnes pratiques. La plateforme e-Satis sur laquelle se connectent les responsables qualité afin d'analyser les résultats de l'établissement peut aussi servir de support de communication. Des documents de présentation intitulés « clé en mains » pourraient y apparaître pour aider les responsables qualité à diffuser les résultats du dispositif en interne. Concernant le guide informatique pour le dépôt automatisé des adresses mail, il est déjà prévu que celui-ci apparaisse prochainement sur la plateforme e-Satis.

En outre, la Haute Autorité de Santé pourrait également s'appuyer sur des acteurs externes pour accroître la communication sur le dispositif. En effet, la participation de l'instance aux journées régionales ne suffit pas et la communication ne descend pas assez. Par exemple, la HAS pourrait tirer parti de l'expertise et de l'appui que représentent les SRA (Structures Régionales d'Appui)

pour les établissements de santé ; l'une des missions des SRA est, en effet, de contribuer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en collaborant avec les professionnels de santé.

3.1.1.2. Communication à destination du grand public

Selon l'analyse qualitative, le manque de connaissances à propos du dispositif concerne les patients ainsi que les soignants. C'est la raison pour laquelle une communication à l'échelle du grand public est cruciale.

La communication établie par la HAS à destination du public doit notamment inciter les patients à participer au dispositif. Elle doit aussi permettre aux patients d'être rassurés à propos de l'utilisation de leurs coordonnées personnelles. En effet, les patients répondent au questionnaire mais ne reçoivent rien en retour. L'absence d'explication sur les objectifs de l'enquête a pour effet de susciter une incompréhension chez les patients. Le service d'information « Qualiscope » diffuse l'intégralité des IQSS (dont e-Satis) mais il reste peu connu du grand public.

Ici encore la communication peut être interne comme externe. En interne, elle pourrait passer par un mail automatique envoyé à la suite des réponses au questionnaire par les patients. Au sein de ce mail un rapport indiquant les résultats de l'hôpital fréquenté par le patient pourrait apparaître afin d'informer clairement le patient sur l'utilisation faite de ses réponses.

En externe, l'une des options serait, ici aussi, de renforcer les partenariats. Par exemple, les Agences Régionales de Santé sont connues des soignants et déploient des stratégies digitales sur les réseaux sociaux (Twitter, Instagram, YouTube ...) pour d'autres sujets¹⁰. Elles publient aussi des lettres d'informations mensuelles dans lesquelles figurent des dossiers thématiques. Ce système ouvre la voie à une meilleure communication sur e-Satis.

Les associations de patients peuvent également être des partenaires efficaces. Le journal « *La Veille Acteur de Santé* »¹¹, souligne ainsi que les associations de patients sont des acteurs clés de la communication en santé. En effet, le journal évalue le nombre d'associations à 15 000 et explique qu'elles offrent un soutien à 20 millions de personnes touchées par les maladies chroniques. Aujourd'hui, ces associations mènent des campagnes de communication grand public à destination de l'ensemble de la population française. La directrice générale de la ligue nationale contre le cancer, Frédérique Jeske, explique dans l'article de la revue, « *La Veille Acteur de Santé* », « *On ne s'adresse pas seulement aux patients mais à des cibles bien plus larges et*

¹⁰ [Les actus des ARS | National \(sante.fr\)](#)

¹¹ [Les associations de patients, acteurs clé de la communication en santé - La Veille Acteurs de Santé \(veille-acteurs-sante.fr\)](#)

majoritairement au grand public ». De plus, la HAS a l'habitude de travailler avec les associations de patients car leur consultation s'impose de plus en plus au sein des groupes de travail de l'autorité indépendante.

3.1.2. Optimisation du questionnaire

3.1.2.1. Modification des modalités opérationnelles du dispositif

Les modifications des modalités opérationnelles du dispositif passent par l'inclusion de questions générales concernant tous les patients telles que la gestion de la douleur, le respect, l'intimité ou encore la confidentialité. Ensuite, l'ajout de modules spécifiques selon les spécialités serait judicieux et permettrait aux responsables qualité d'affiner leur analyse. L'accès au module spécifique serait possible grâce à un filtre en début de questionnaire permettant d'identifier le type de prise en charge reçu par le patient.

De ce fait, le questionnaire MCO+48h peut paraître global et pourrait être affiné à travers des questionnaires adaptés à certains types de soins. Ainsi la HAS travaille actuellement sur un questionnaire ciblé sur l'obstétrique qui sortira donc du champ du questionnaire MCO.

L'entrée des patients par les urgences constitue une perte d'information. En effet, une question au début du questionnaire MCO demande aux patients s'ils sont rentrés par les urgences. Si c'est le cas, le patient est exclu. Pourtant, il serait intéressant de développer un questionnaire spécifique pour les urgences avec des modalités d'interrogation différentes par rapport aux autres questionnaires. Le ministère de la Santé a d'ailleurs saisi la HAS pour demander ce développement.

Cependant, la HAS développe de plus en plus de questionnaires, et elle n'est pas la seule. Il est donc nécessaire de réfléchir aux conséquences de la multiplication des enquêtes auprès des patients et, à terme, déterminer les questionnaires prioritaires. Il serait également pertinent de repenser la durée des campagnes et peut être de ne plus les étendre sur une année entière afin de laisser de la place à tous les questionnaires.

3.1.2.2. Développer un questionnaire accessible

Les professionnels interrogés ont émis quelques suggestions de modification du questionnaire qui pourraient augmenter le taux de réponse des patients et permettre également de mieux utiliser ses résultats.

La première recommandation est de rendre le questionnaire plus accessible aux populations âgées et vulnérables. Thuong et al. (2021) ont également souligné l'importance de fournir aux patients une interface facile à utiliser dans le cadre d'un questionnaire en ligne. Ainsi, la méthode FALC a été évoquée. Celle-ci consiste à :

- Simplifier le questionnaire avec des phrases courtes et des mots simples ;
- Inclure des illustrations et des pictogrammes pour aider à la compréhension ;

- Adopter une mise en page aérée avec des polices de caractère grandes et lisibles ;
- Proposer une version audio du questionnaire pour les personnes rencontrant des difficultés de lecture ;
- Offrir un accompagnement téléphonique pour aider les patients à remplir le questionnaire.

Selon le ministère de la culture¹², le langage utilisé devient un langage simplifié permettant aux personnes âgées, maîtrisant mal la langue ou encore en situation de handicap, de répondre au questionnaire. Cependant, cette méthode est difficile à mettre en place et demanderait une implication d'un grand nombre de salariés de la HAS.

De plus, e-Satis est actuellement disponible uniquement en français. Pourtant, la traduction officielle du questionnaire éviterait une perte de données. En effet, la HAS pourrait offrir la possibilité de changer de langue une fois connecté, en commençant par une version en anglais, puis en ajoutant d'autres langues.

3.1.2.3. Raccourcir le questionnaire

La question de raccourcir le questionnaire a été également évoquée. En effet, la HAS pourrait faire le bilan du questionnaire et vérifier si certaines questions ne sont pas redondantes. Ce point a été discuté lors de réunions de groupes de travail qui ont été créés au sein de la HAS pour développer les nouveaux questionnaires nationaux e-Satis ; il en ressort qu'il est difficile d'abréger le questionnaire car toutes les questions posées semblent cruciales aux yeux des membres des groupes de travail. De plus, comme indiqué dans la première partie du rapport, en 2023, 86,4% des patient ont rempli le questionnaire intégralement malgré le temps moyen de remplissage qui est de 12 minutes. Ceci signifie que lorsque le patient clique sur le lien et débute sa saisie, en général il va jusqu'au bout de sa réponse. Il faut donc surtout réussir à l'inciter à participer et à ouvrir le questionnaire (cliquer sur le lien). Il faut trouver un compromis entre un questionnaire qui serait trop long et un questionnaire trop court qui ne permettrait pas de recueillir des mesures fiables.

Ainsi, la HAS devrait aider les établissements de santé à communiquer et à justifier la longueur du questionnaire, en précisant qu'il est impossible de définir des actions d'amélioration si les réponses au questionnaire ne sont pas détaillées.

¹² [Facile à lire et à comprendre \(FALC\) : une méthode utile \(culture.gouv.fr\)](https://culture.gouv.fr/)

3.1.3. Adaptation des exigences

Dans la mesure où certains établissements de santé, notamment en Soins Médicaux et de Réadaptation, prennent en charge les mêmes patients pendant plusieurs mois d'affilé, ils sont difficilement en mesure de fournir suffisamment d'adresses électroniques. On constate ainsi que le taux de participation des établissements en soins médicaux et de réadaptation pour lesquels la participation est obligatoire est inférieur à celui des établissements en MCO+48h ou en CA. Il faudrait donc faciliter le recueil des adresses mail dans ces services, en donnant la possibilité d'obtenir moins de 30 réponses complètes.

Cependant, cela semble compliqué dans la mesure où un score fiable nécessite au moins 30 réponses.

3.1.4. Faciliter l'utilisation des résultats par les établissements

3.1.4.1. Fournir des résultats détaillés

Il est essentiel de motiver les établissements de santé à participer au dispositif en leur donnant accès à des résultats plus détaillés. C'est notamment l'objectif du nouvel outil d'analyse des verbatims. La HAS pourra vérifier l'impact de ce nouvel outil sur le niveau de participation des établissements.

3.1.4.2. Permettre aux établissements de faire un retour aux patients

Une autre proposition intéressante serait de permettre un retour aux patients, à la suite d'un commentaire négatif ou dans le cas d'un score très bas. Minvielle et al. (2019) ont rédigé des recommandations concernant le soutien au déploiement des PREMs. Ces auteurs préconisent, entre autres, la mise en place d'un système de retour de la part des établissements sur les commentaires émis par les patients. En effet, la confiance des patients est nécessaire pour maintenir leur engagement. Durant les entretiens, 2 participants ont évoqué l'intérêt qu'aurait pour eux un tel système. Ce retour étant un pont entre la confiance et la fidélisation du patient, il peut être un levier d'utilisation du dispositif e-Satis par les établissements de santé.

Cependant, une telle démarche est opposée aux normes très strictes sur l'anonymat du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Pourtant, ce retour permettrait de réaliser un audit comparable au patient traceur dont l'objectif est d'analyser le parcours du patient.

3.1.5. Renforcer l'implication des acteurs internes aux établissements

3.1.5.1. Implication de la direction

L'implication de la direction de l'établissement est un levier essentiel à la participation au dispositif e-Satis. Afin de renforcer cette implication, des mesures incitatives peuvent être mises

en place. En effet les résultats qualitatifs montrent que l'incitation financière à la qualité IFAQ est un levier pour la participation des établissements à e-Satis ainsi que l'implication des directeurs. Cependant, la HAS n'a pas la maîtrise de la répartition de l'enveloppe IFAQ. Elle est productrice des indicateurs mais c'est la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) qui a la charge de l'IFAQ.

En outre la HAS pourrait mettre en place des initiatives de sensibilisation dédiées à la satisfaction et à l'expérience des patients. Elle participera déjà à la journée annuelle de l'expérience des patients organisée par l'IFEP (Institut Français de l'Expérience des Patients) qui aura lieu le 18 juin 2024. Cependant, les responsables qualité qui seront présents à cette journée sont possiblement déjà convaincus par le dispositif, ce qui représente un biais.

3.1.5.2. Implication des représentants et des commissions des usagers

Les Responsables des Usagers (RU) ainsi que les Commissions Des Usagers (CDU) sont, eux aussi, des acteurs essentiels à la participation des établissements à e-Satis. Il serait donc intéressant pour la HAS de renforcer ses liens avec ces parties prenantes en complément des relations déjà établies avec les directions qualité des établissements. La Haute Autorité de Santé dispose déjà d'un conseil pour l'engagement des usagers, ce qui offrirait l'opportunité d'intensifier la collaboration avec ces acteurs. Il serait également judicieux de prévoir des supports de présentation adaptés à chaque public : représentants des usagers, direction des établissements et soignants. En effet, ces derniers ont le pouvoir d'actionner des leviers à l'amélioration de la prise en charge des patients sur le terrain.

3.2. Recommandations à l'échelle des établissements de santé

3.2.1. Encourager les patients à participer au dispositif

3.2.1.1. A travers les agents d'accueil

Les entretiens ont démontré que la contribution du personnel des établissements est cruciale au bon fonctionnement du dispositif. Pourtant, le dispositif est méconnu par ces mêmes professionnels. En outre, le recueil des adresses-mail par les agents administratifs est un moment crucial durant lequel ils expliquent aux patients les enjeux de ce questionnaire. Dans ce contexte, il est important de former le personnel chargé de cette mission à encourager les patients à participer au dispositif. Cette formation aurait pour objectif d'expliquer aux professionnels l'importance du dispositif et pourrait se transformer en supports de communication internes (newsletter sous l'intranet, réunions d'équipes) afin de sensibiliser en continu le personnel. En effet, selon Thuong et al. (2021), les praticiens ne disposent pas initialement des connaissances ni des ressources nécessaires pour interpréter les questionnaires et les intégrer à leurs pratiques.

Ainsi, il est suggéré de mettre en place une campagne de sensibilisation sur l'utilité des PREMs ainsi que des formations.

3.2.1.2. A travers les soignants

Les patients reçoivent généralement les informations concernant e-Satis à leur entrée dans l'établissement via les agents d'accueil. Il serait aussi constructif que les soignants puissent rappeler aux patients pendant leur prise en charge qu'ils peuvent remplir le questionnaire à leur sortie. Cette action peut sembler compliquée à mettre en place car le personnel médical a un bagage informatif considérable à partager avec les patients. Son caractère ne peut donc pas être obligatoire car il susciterait des résistances. Cependant les professionnels médicaux pourraient y être encouragés à l'occasion de formations ou de réunions d'équipes. En effet, selon Minvielle et al (2019), le déploiement des PREMs suppose l'implication des professionnels dès le départ en définissant et en communiquant les objectifs de la collecte de données. La compréhension, l'engagement et le soutien des cliniciens sont des prérequis au bon fonctionnement du dispositif. Cependant, Minvielle et al. (2019) insistent également sur le fait qu'il est important de veiller à ce que la collecte des PREMs n'augmente pas la charge des soignants. De ce fait il faut que la charge de travail soit répartie de manière efficiente.

3.2.1.3. A travers les outils de communication mis à disposition par la HAS

Les résultats de l'enquête qualitative démontrent que les affichages muraux ne sont pas un levier assez efficace à la participation des patients à e-Satis. Les établissements peinent à mettre en place une communication interne attractive. En effet, les supports papier (affiches, flyers ...) n'ont pas la réputation d'attirer l'attention des patients. C'est la raison pour laquelle la HAS met à disposition du grand public, sur son site-web, une vidéo explicative du dispositif¹³ pouvant être projetée sur les téléviseurs au sein des hôpitaux.

3.2.2. Prendre en compte les proches des patients dans la communication

Lors des entretiens, l'âge des patients ainsi que leur état de santé sont apparus comme un facteur bloquant le recueil des adresses mails ou la procédure de remplissage des questionnaires. Pourtant, les proches de ces patients peuvent, eux aussi, remplir ce questionnaire selon les cas et les états du patient. Un programme de communication indiquant l'importance des proches dans le processus de collecte des mails et de remplissage du questionnaire montrerait, de plus, que l'établissement met en place des opérations centrées sur le patient en favorisant l'investissement de la famille.

¹³ has-sante.fr/upload/docs/video/mp4/2020-01/e-satis - donner son avis sur son hospitalisation - _video.mp4

3.2.3. Optimiser le recueil des adresses mails

Le recueil des adresses-mails des patients étant l'un des freins principaux à la participation au dispositif, plusieurs solutions ont été évoquées durant les entretiens comme un outil qui permettrait d'obtenir les adresses mails dès la programmation des consultations en vue d'un acte chirurgical ou encore un formulaire dans le livret d'accueil qui rappelle aux patients de donner leurs adresses-mails aux agents d'accueil. Cependant, en raison du nombre important de personnes qui ne disposent pas d'adresses mails, ces initiatives n'aboutissent pas toujours.

3.2.4. Faciliter le dépôt des adresses électroniques

Certains professionnels ont évoqué prendre du temps à générer les fichiers d'adresses électroniques et à les déposer sur la plateforme de l'ATIH. Cet aspect est pour eux une contrainte et cela explique qu'ils ne participent pas au dépôt des adresses de manière régulière. Pourtant, le dépôt des données peut être fait de manière automatique par un informaticien de l'établissement grâce à une interface de programmation d'application dont les lignes de programmation sont partagées par la HAS sur la plateforme nationale e-Satis (onglet « support »). Cette information est encore méconnue de certains responsables qualité mais un guide de présentation de l'outil va être diffusé prochainement par la HAS.

3.2.5. Renforcer le partage des bonnes pratiques

3.2.5.1. Sur le recueil des adresses mails

Les difficultés soulevées durant les entretiens mettent en lumière une marge de manœuvre sur le partage des bonnes pratiques. En effet, les établissements pourraient favoriser ce partage en organisant des réunions inter-établissements au sein d'un même groupe ou d'un même champ d'intervention médicale. Les principales difficultés des établissements étant le recueil des coordonnées des patients ainsi que leurs taux de retour, des plans d'actions communs pourraient être mis en œuvre.

3.2.5.2. Sur les actions d'améliorations mises en place

Si la HAS élabore un guide des bonnes pratiques en se basant sur les actions et les retours d'expérience des établissements à l'échelle nationale, les établissements pourraient s'en servir comme source d'inspiration pour identifier des pistes d'amélioration à mettre en œuvre. Cependant, ce guide n'est pas encore mis en place. En l'absence de ce guide, les établissements pourraient, là aussi, mettre en place des réunions inter-établissements de partage des actions mises en place ; ceci dans l'objectif d'améliorer leurs pratiques et leurs processus.

3.2.6. Renforcer la communication entre collègues

A plus petite échelle ce partage peut se faire entre le responsable qualité et les autres agents qui participent au bon fonctionnement d'e-Satis dans l'établissement. En effet, deux responsables qualité durant les entretiens ont expliqué ne pas pouvoir analyser correctement leurs données car ils n'avaient pas connaissance du détail des services dans lesquels leurs patients ont été hospitalisés. Pourtant, le détail des résultats par service est possible si la personne dont la mission est de déposer les adresses-mail sur la plateforme de l'ATIH mentionne le service dans le fichier. Ce problème résulte donc d'une communication défailante entre collègues. Une simple réunion au cours de laquelle chaque personne présente ses responsabilités liées au dispositif, en décrivant les étapes et les défis associés à leur réalisation, aurait pu résoudre ce problème.

3.2.7. Fournir aux professionnels des résultats facilement interprétables

Les résultats des entretiens montrent l'importance de la présentation des résultats e-Satis lors des réunions internes telles que les CDU ou encore les CODIR et les CME. Pour ce faire, il est important que ces résultats soient présentés de manière claire et accessible afin que les parties prenantes puissent élaborer des plans d'action concrets. La présentation régulière de données comparatives est aussi un levier pour motiver les professionnels à identifier des axes d'amélioration à travers le benchmarking (Minvielle et al, 2019).

3.3. Synthèse et enjeux

Un certain nombre de recommandations formulées pourraient être mises en place ; c'est le cas notamment des actions de communication, de l'adaptation ou du développement de questionnaires plus spécifiques (pour la HAS) ou de la formation du personnel (du côté des établissements). Cependant, même si elles ne sont pas irréalistes, ces recommandations nécessitent des ressources et une organisation qui ne sont pas forcément disponibles que ce soit au niveau de la HAS ou des établissements de santé. Par ailleurs des aspects juridiques et informatiques peuvent constituer des obstacles à la mise en œuvre des préconisations. Il est donc important d'examiner les enjeux – humains, financiers et juridiques - à prendre en considération pour que ces recommandations puissent être appliquées.

Du côté de la HAS, les enjeux sont variés. Il est crucial de consolider et d'améliorer continuellement le dispositif existant, tout en recherchant des moyens d'encourager une participation plus active des acteurs concernés. Cependant ces efforts se heurtent à des limitations en matière de ressources humaines. De ce fait, les missions opérationnelles nécessaires au bon fonctionnement du dispositif limitent considérablement la poursuite des objectifs de communication tels que la participation aux congrès etc...

Il y a également des défis informatiques. Bien que la création de la mission DATA à la HAS permette globalement de répondre à cet enjeu ainsi que de sortir des contraintes techniques de l'ATIH (en effet, avec le développement du nouvel outil, la plateforme va être gérée par la HAS et non plus par l'ATIH), le système informatique pourrait encore être amélioré.

Enfin, des enjeux juridiques sont également présents. Le recueil des données est soumis à des exigences juridiques de plus en plus fortes. Le RGPD rend impossible de nombreuses actions ; ainsi la connexion au dispositif est restreinte à certaines personnes en raison de données sensibles telles que les commentaires ou les adresses mails. Deux participants auraient souhaité avoir accès au nom des patients répondant au questionnaire ; certains établissements réalisent ce recueil en interne mais c'est impossible au niveau national en raison du RGPD.

Pour les établissements, la participation au dispositif est également associée à plusieurs enjeux :

- Un enjeu de qualité tout d'abord ;
- Un enjeu d'image ;
- Et un enjeu financier en termes de gain (puisque le dispositif IFAC est amené à grossir) et en termes de coût puisque les établissements vont devoir adapter leurs ressources et veiller à ce que les nouvelles missions ne viennent pas s'ajouter à une charge de travail déjà conséquente, former les personnels et se doter d'un système d'information et numérique performant.

Conclusion

Ce mémoire apporte une contribution à la compréhension des freins et des leviers à la participation des établissements de santé à l'outil e-Satis ; il propose différentes recommandations pour la faciliter et la renforcer.

En ce qui concerne les freins à la participation, l'influence de l'âge des patients ressort comme un facteur principal tant dans les résultats de l'étude quantitative que dans ceux de l'étude qualitative. Le mémoire précise aussi certains facteurs déjà identifiés par Le Pogam et Waelli (2020). C'est notamment le cas de l'impact de la charge de travail sur le recueil des IQSS. Les résultats de l'analyse qualitative mettent en lumière la chaîne des acteurs qu'il faudrait idéalement impliquer dans les tâches relatives à e-Satis, tout en permettant de mieux comprendre les difficultés relatives au recueil des adresses électroniques.

Le travail réalisé vient également corroborer des résultats déjà connus concernant les leviers que sont : l'engagement de la direction, l'existence d'une culture organisationnelle favorable à l'innovation et les incitations financières.

Certaines recommandations rejoignent la littérature. Par exemple, la facilité d'utilisation de l'interface et la prise en compte de la charge de travail des soignants qui étaient évoquées par Minvielle et al. (2019). Les recommandations proposées dans le cadre de ce mémoire permettent aussi, et surtout, de déterminer les informations que la HAS pourrait mettre à disposition des établissements dans un guide du dispositif e-Satis. On a vu ainsi que ce guide devrait inclure une explication des modalités d'analyse des résultats par services ou par pôles, promouvoir l'implication des proches des patients, expliquer le fonctionnement de l'automatisation du dépôt des adresses électroniques des patients, présenter les nouvelles fonctionnalités du dispositif telle que l'analyse automatique des verbatims et enfin, servir de support au partage des bonnes pratiques nationales par thématiques.

Un autre apport de ce travail réside dans la différenciation de différentes formes d'utilisation du dispositif. La participation à e-Satis signifie que les objectifs de base sont satisfaits. Une appropriation du dispositif implique une réelle utilisation des résultats par les responsables qualité pour l'amélioration continue de la qualité au sein leur établissement.

Cependant mon étude a des limites. La première limite est liée à la mauvaise connaissance du dispositif par certains professionnels interrogés lors des entretiens. En effet, cela a réduit le champ de certaines réponses ainsi que celui des recommandations. Par exemple l'un des participants a expliqué participer à e-Satis en grande partie pour les financements procurés par IFAQ. Cependant, ce responsable qualité participe au dispositif de manière facultative et n'est donc pas éligible à IFAQ sur ses résultats e-Satis. En outre, cela démontre que beaucoup

d'établissements participent au dispositif pour IFAQ mais il y a un manque de transparence concernant cette incitation financière qui crée un biais à la participation des établissements au dispositif e-Satis. Ceux-ci participent mais ne s'approprient pas le dispositif de manière optimale. Une seconde limite de mon étude réside dans le fait que, sur les douze participants, seuls trois représentaient des établissements ayant un statut facultatif. Ce faible effectif a limité mon analyse des leviers à la participation au dispositif.

Enfin, l'analyse des entretiens n'a porté que sur le contenu des discours. Il aurait certainement été possible d'aller plus loin en s'intéressant à certains marqueurs linguistiques et à l'analyse des comportements des personnes interrogées comme le recommande Bardin (2013). Cependant, les entretiens ont été menés en visio-conférence, ce qui constitue une limite à la prise en compte de ces indicateurs.

Une perspective, pour poursuivre cette réflexion, serait de travailler avec les représentants des usagers pour déterminer les pistes qui permettraient d'impliquer plus les patients dans le dispositif. Gricourt (2022) explique que les patients ont un savoir expérientiel précieux qui leur permet d'être de véritables acteurs dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins. La prise en compte de leurs avis a bouleversé la manière traditionnelle de juger de la qualité des soins. L'enjeu est désormais de mobiliser ce savoir et les compétences développées par les patients pour les engager dans leur propre santé, à la fois à un niveau individuel et collectif. La question qui reste posée est de savoir comment la HAS et les établissements de santé peuvent mobiliser ces compétences pour encourager les patients à répondre aux questionnaires.

Bibliographie

Articles

Chevrier A., Grenier C., « La nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins », *Risques & Qualité*, 2021, vol. 18, no 1.

De Vos M., Graafmans W., Kooistra M. *et al.*, « Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature », *International Journal for Quality in Health Care*, 2009, no 2, p. 119-129.

Fourcade A., Lalloué B., Ferrua M. *et al.*, « Bilan de l'expérimentation Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) : vers le modèle de généralisation », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2017, no 6, p. 265-286.

Gerbaud L., Laurens-Belgacem B., Antoniotti S. *et al.*, « L'utilisation des questionnaires de sortie, une enquête auprès de 7 centres hospitaliers », *Santé publique*, 2002, no 1, p. 21-30.

Gloanec M., Capuano F., Sainte-Croix D., *et al.* « L'enquête nationale e-Satis, mesurer la satisfaction et l'expérience des patients », *Soins ; la Revue de Référence Infirmière*, 2018, no 829, p. 23-26.

Gricourt Y., « Comment mieux prendre en considération les demandes et souhaits des patients ? », *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2022, no 6, p. 341-345.

Hostettler S., Kraft E., Bosshard C., « La mesure des résultats de santé rapportés par les patients », *Bulletin des médecins suisses*, 2018, no 40, p. 1348-1352.

Jiang S., Couralet M., Girault A. *et al.*, « The Rationale for the French Hospital Experiment with P4P (IFAQ): lessons from abroad », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2012, no 7, p. 435-453.

Las Vergnas O., « Construction du savoir expérientiel des malades, et rapport aux savoirs des adultes non scientifiques », *Recherches en communication*, 2009, no 32, p. 13-33.

Lichtlé M.-C., Llosa S., Plichon V., « La contribution des différents éléments d'une grande surface alimentaire à la satisfaction du client », *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 2002, no 4, p. 23-34.

Minvielle E., Fierobe A., Fourcade A. *et al.*, « The use of patient-reported outcome and experience measures for health policy purposes : a scoping review in oncology », *Health Policy*, 2023, vol. 129, p. 104-702.

Minvielle É., Fourcade A., et Ferrua M., « Des enquêtes de satisfaction aux patient-reported outcomes ». *Risques & Qualité*, 2019, vol. 16, no 4, p. 225-232.

Moison J-C., « Régulation et gestion de la qualité des soins dans les établissements de santé. Une comparaison avec le secteur nucléaire », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2020, no 4, p. 275-287.

Pomey M-P., Flora L., Karazivan P., *et al.*, « Le Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé publique*, 2015, no HS, p. 41-50

Pourin C., Tricaud S., Thissard F. *et al.*, « Élaboration et validation d'une méthode de mesure de la satisfaction des patients : l'expérience Saphora-MCO », *Gestions hospitalières*, 1999, no 388, p. 480-491.

Raymackers C., Kouevi A., Marquis J-G., *et al.* « L'expérience patient : Nouvelle clé de transformation des établissements », *Gestions hospitalières*, 2019, vol. 582, p. 37-43.

Rochaix L., Grenier C., May-Michelangeli L., « De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2020, no 4, p. 221-241.

Roussel C., Chassany O., Durand-Zaleski I. *et al.*, « Place des mesures rapportées par les patients (PROMS/PREMS) dans l'évaluation et la valorisation des technologies de santé en France », *Thérapies*, 2022, no 1, p. 89-102.

Sanchez M.-A., Clément M.-C., Elegbede C.-F *et al.*, « Vers la co-construction d'indicateurs de qualité pour le financement », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2020, no 4, p. 296-302.

Sebai J., « De l'expérience à la satisfaction patients : force d'amélioration en France », *Vie & sciences de l'entreprise*, 2021, no 1, p. 137-158.

Thuong C-T., Calmus S., Legris C., *et al.*, « La mesure de la qualité des soins perçue par les patients », *Risques & Qualité*, 2021, vol. 18, no 4, p. 196-202.

Sitographie

Amalberti, (2018). "La révolution des PROMS, de PREMS ... et de la santé : recueillir l'opinion des patients pour piloter le système de santé », <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/proms-prems-sante>, 2018.

ARS, (2023), « Les actus des ARS », < Les actus des ARS | National (sante.fr)>.

HAS, (2024), « Résultats nationaux 2023 e-Satis +48h MCO », <Résultats nationaux 2023 e-Satis +48h MCO (has-sante.fr)>, 7 mars 2024.

HAS, (2024), « Résultats nationaux 2023 e-Satis MCO CA », <Résultats nationaux 2023 e-Satis MCO CA (has-sante.fr)>, 7 mars 2024.

HAS, (2024), « Résultats nationaux 2023 e-Satis SMR », <Résultats nationaux 2023 e-Satis SMR (has-sante.fr)>, 7 mars 2024.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Modalités opérationnelles de participation à e-Satis
- Annexe 2 : Courriels envoyés aux directeurs qualité afin de leurs proposer un entretien
- Annexe 3 : Grille d'entretien destinée aux directeurs qualité des établissements non-répondants
- Annexe 4 : Retranscription d'un entretien
- Annexe 5 : Extrait de la grille d'analyse des entretiens
- Annexe 6 : Tableaux croisés avec les effectifs réels et théoriques pour le calcul du test de Khi-deux permettant d'explorer la relation entre l'activité des établissements et leur participation

Annexe 1 : Modalités opérationnelles de participation à e-Satis¹⁴

Comment l'établissement participe au dispositif ?

Pour l'établissement, l'engagement consiste à :

- Informer les patients de l'évaluation par le questionnaire e-satis ;
- Recueillir les adresses mails des patients hospitalisés ;
- Extraire la liste des adresses mails des patients éligibles ;
- Déposer, à un rythme régulier (tous les 15 jours - au minimum 1 fois par mois) les fichiers d'adresses mails de patients sur la plateforme e-Satis développée par l'ATIH⁸.
- Un établissement est considéré comme participant à partir d'au moins 1 dépôt d'au moins 1 adresse mail valide sur la plateforme e-Satis.

Qu'est-ce qu'un établissement dont la participation est obligatoire ?

La HAS prend en compte les caractéristiques de l'activité de chaque établissement pour définir le statut de leur participation au dispositif, à savoir s'ils ont l'obligation d'y participer. Ainsi la participation est obligatoire ou facultative, au regard des données du PMSI de l'année précédente, en fonction du volume de séjours de plus de 48 heures en MCO (plus de 500 séjours en MCO retrouvés dans les bases PMSI consolidées de l'année précédente) et de la proportion de patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés dans l'établissement (participation facultative si plus de 75% de la population prise en charge dans l'établissement a + de 75 ans).

Comment le patient donne son avis ?

En pratique, chaque patient doit être sollicité pour communiquer son adresse de messagerie électronique (adresse mail) lors de son admission dans un établissement de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Ainsi, si l'établissement a bien transmis le mail à l'ATIH, le patient reçoit par e-mail deux semaines après sa sortie, un lien⁹ vers le questionnaire sécurisé, envoyé automatiquement par la plateforme.

En 10 minutes, le patient peut donner son avis sur :

- son accueil dans l'établissement ;
- sa prise en charge (information, délais d'attente, respect de l'intimité/confidentialité, gestion de la douleur,...) ;
- sa chambre et ses repas ;
- l'organisation de sa sortie.

Comment est calculé le score de satisfaction globale et d'expérience ?

Un score est calculé pour chaque patient à partir des réponses des patients au questionnaire et présenté sous la forme d'une note sur 100. La moyenne de chaque score de satisfaction et d'expérience est réalisée pour obtenir le résultat global de l'établissement : ce score représente la note moyenne de satisfaction globale et d'expérience donnée par les patients sur l'ensemble de leur parcours, de l'accueil à la sortie de l'établissement.

¹⁴ Annexe 1 : [Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/qualite/indicateurs/indicateurs-de-satisfaction-et-dexperience)

Pour permettre la comparaison entre les établissements de santé :

- Un minimum de 30 questionnaires exploitables est requis ;
- Chaque score est ajusté, c'est-à-dire qu'il tient compte de réponses renseignées par le patient en fin de questionnaire : la satisfaction vis-à-vis de la vie en général et l'amélioration de l'état de santé suite au séjour dans l'établissement, deux variables explicatives du niveau de satisfaction du patient, indépendamment de la qualité.
- Enfin, 4 classes ont été définies par une méthode statistique dite « classification ascendante hiérarchique ». Cette méthode permet de créer des classes de scores homogènes et cohérentes à partir des résultats des établissements.

Les modalités de calcul des scores sont détaillées dans le document disponible sur le site de la HAS :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-02/modalites_calculs_esatis48hmco_vf.pdf

Qu'est-ce qu'un score par dimension ?

Les scores par dimension sont des scores mesurant le point de vue des patients (sur 100) concernant une étape du parcours de soin : « accueil », « prise en charge », « Chambre et repas », « Organisation de la sortie ». Ces scores sont ajustés selon la même méthode que le score satisfaction globale et d'expérience et permettent donc la comparaison entre les établissements de santé. Les classes définies sur le score satisfaction globale et d'expérience ne sont pas applicables aux scores par dimensions.

Comment sont diffusés les résultats de satisfaction des établissements de santé ?

La HAS diffuse publiquement sur son site Qualiscope, le score ajusté de satisfaction globale et d'expérience de chaque établissement participant, calculé à partir des réponses des patients recueillies lors d'une campagne annuelle. Ce résultat vient compléter et éclairer les autres informations sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements déjà présentes sur le site (issues de la certification des établissements et des autres indicateurs de qualité et de sécurité de soins de la HAS).

La HAS diffuse publiquement sur son site Qualiscope, le score ajusté de satisfaction globale et d'expérience de chaque établissement participant, calculé à partir des réponses des patients recueillies lors d'une campagne annuelle. Ce résultat vient compléter et éclairer les autres informations sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements déjà présentes sur le site (issues de la certification des établissements et des autres indicateurs de qualité et de sécurité de soins de la HAS).

Le score obtenu (note sur 100) est associé à une couleur pour sa présentation : de vert foncé à orange ce qui permet de repérer facilement comment l'établissement se classe. Le score ajusté est :

- supérieur ou égal à 77,3 / 100 -> Vert foncé
- inférieur à 77,3 / 100 et supérieur ou égal à 74 / 100 -> Vert clair
- inférieur à 74 / 100 et supérieur ou égal à 70,7 / 100 -> Jaune
- inférieur à 70,7 / 100 -> Orange

Pour un établissement, si le nombre de patients dont le questionnaire est complet et exploitable¹⁰ est inférieur à 30, il est exclu du classement. Les établissements de santé qui n'ont pas répondu à l'obligation de participation à e-Satis ont un affichage « Non répondant » dans une couleur rouge. Les établissements de santé « Non validés » suite au contrôle qualité de leur participation ont un affichage « Non validés » dans une couleur rouge.

Annexe 2 : Courriels envoyés aux directeurs qualité afin de leurs proposer un entretien

Non répondants :

Objet : Dispositif national e-Satis : Proposition d'entretien pour mémoire de fin d'études

Bonjour Madame/Monsieur

Etudiante en master 2 à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), je suis actuellement en stage à la Haute Autorité de Santé (HAS) au sein du service Evaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des soins.

Mon mémoire porte sur le dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés, e-Satis, et plus particulièrement sur les freins et les leviers de participation des établissements de santé.

Votre établissement n'ayant pas participé au dispositif e-Satis pour l'année 2023, je me permets de vous contacter aujourd'hui afin de solliciter votre participation à un entretien individuel.

Cet entretien, d'une durée estimée à 45 minutes, me permettrait de mieux comprendre les freins à la participation à e-Satis dans les établissements.

Si vous pensez ne pas être le bon interlocuteur, pouvez-vous transmettre cette proposition à la bonne personne ?

Je suis disponible pour un échange à votre convenance, à partir du vendredi 26 avril, en visioconférence, via teams.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Bien cordialement,

Annexe 3 : Grille d'entretien destinée aux directeurs qualité des établissements non-répondants

Guide d'entretien

Responsables qualité des établissements pour lesquels la participation e-Satis est obligatoire mais qui n'y participent pas.

Introduction et présentation :

Merci d'avoir accepté de me recevoir.

Je m'appelle Cécile Blottiaux et dans le cadre de mon Master à l'EHESP en Analyse et Management des Organisations de Santé, j'effectue un stage à la HAS. Ma mission est d'étudier l'utilisation faite par les établissements de santé des outils de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Je cherche notamment à mieux comprendre ce que le dispositif e-Satis représente pour les établissements (en positif comme en négatif), dans l'objectif de faciliter la vie des établissements lors des prochaines enquêtes.

Votre établissement n'ayant pas répondu à l'enquête e-Satis pour l'année 2023, il m'apparaît particulièrement utile et intéressant d'avoir votre point de vue pour comprendre les freins à la participation de votre établissement. Aussi, je vous suis très reconnaissante de m'accorder cet entretien individuel qui va certainement beaucoup m'aider dans mon travail de mémoire.

Afin de faciliter les échanges et la prise de note, acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ? Cet entretien est strictement anonyme et l'enregistrement sera uniquement réécouté dans le cadre de mon travail de master. Je vous enverrai sa retranscription afin que vous puissiez l'amender.

[Les thèmes principaux sont soulignés et numérotés. Les consignes permettant de lancer la discussion sur chaque thème apparaissent en gras. Les autres phrases sont utilisées pour relancer la discussion sur certains points particuliers]

1. Présentation générale

- Quel est votre rôle dans l'établissement ?
- Que savez-vous d'e-Satis
- Qu'en pensez-vous ?

2. Impact de e-Satis sur la qualité

- **Votre démarche qualité intègre-t-elle des outils de mesure de la satisfaction des patients ?**
 - Pouvez-vous décrire ces outils de mesure de la satisfaction des patients ?
 - Pouvez-vous décrire la manière dont votre établissement aborde la satisfaction des patients ?

- Quelles autres options explorez-vous pour améliorer l'expérience et la satisfaction de vos patients ?

3. Manque de ressources

• **Qu'est-ce qui, selon vous, rend difficile votre participation au dispositif e-Satis ?**

- Quels sont les freins à y participer notamment en matière de ressources ?
- Y a-t-il, selon vous, un manque de personnel pour la participation à e-Satis dans votre établissement ?
- Quel est votre avis sur le travail que doit faire un établissement pour recueillir, extraire et déposer les données des patients sur la plateforme nationale ?
- Dans quelle mesure des priorités dans votre service viennent freiner l'exploitation du dispositif e-Satis

4. Défaut d'accompagnement par la HAS

• **Selon vous, qu'est que la HAS pourrait faire pour faciliter votre engagement dans la démarche ?**

- L'absence d'un guide méthodologique fourni par la HAS constitue-t-elle un obstacle à votre participation ?
- De quelles ressources fournies par la HAS auriez-vous besoin pour mieux participer au dispositif ?
- *Si le directeur qualité a déjà utilisé le dispositif* : l'interprétation des scores est-elle compliquée pour vous ?

5. Désintérêt de la direction

• **Y a-t-il des réticences au sein de votre établissement à participer au dispositif e-Satis ?**

- Pouvez-vous expliquer si le fait de ne pas participer au dispositif constitue le choix de la direction, et si oui, pourquoi ?
- Dans quelle mesure envisageriez-vous de participer au dispositif un jour ?
- Connaissez-vous le lien entre le dispositif e-Satis et la rémunération accordées par l'IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) ?

Conclusion :

Merci pour cet entretien très riche, qui m'a beaucoup apporté. J'ai en particulier retenu [+ quelques points clés de l'entretien]. C'est bien cela ?

Annexe 4 : Retranscription d'un entretien

Cécile Blottiaux Quel est votre rôle dans l'établissement ?

P1 [00 :00 :20] Alors en fait, je suis la responsable du département qualité risques du C.H.U depuis bientôt un an et demi on va dire. Donc ancienne qualification gestionnaire des risques, ma mission elle est double d'abord au niveau du département, d'encadrer l'équipe et d'assurer donc un suivi des missions, un suivi des projets et bien sûr le respect des échéances. Et l'autre partie, c'est de coordonner et d'assurer un programme et assurer la définition d'un projet en qualité risques en liaison bien sûr avec l'aval et l'autorité d'une directrice adjointe chargée de la qualité et de la gestion des risques. Et ensuite donc, une déclinaison de ce projet qui est sur quatre ans en politique annuelle et bien sûr ensuite d'évaluer la politique. Voilà. Et donc nous coordonnons au niveau du département toutes les démarches qualité gestion des risques, pas seulement la démarche liée à la certification HAS, mais aussi toutes les démarches qualité sectorielles ou les labellisations.

Cécile Blottiaux [00 :01 :24] Que pensez-vous d'e-Satis?

P1 [00 :01 :29] Ecoutez, c'est ... le dispositif en lui-même est très intéressant et selon moi très pertinent. Le seul frein, c'est qu'il s'appuie sur une source de données qui est compliquée pour les départements très vieillissants, parce que c'est une réalité très vieillissante comme le nôtre. C'est une difficulté. Moi je suis de la génération aussi du début d'internet et des boîtes mail. Mais vous avez une population majoritairement âgée de personnes âgées, donc le département de XX a une population très vieillissante, très peu de personnes disposent de boîte mail. Quand ils viennent aux urgences, et c'est 70 pourcents des entrées du CHU, il y a une perte de données et c'est difficile de récupérer les adresses après quand les patients sont en hébergement. Quand elles ressortent et bien elles sont ressorties donc les admissions programmées où là il y a vraiment un gros travail, c'est une difficulté parce que si elles ne sont pas accompagnées, on a du mal à vous retranscrire le mail. Voilà cette source, cette entrée en fait est compliquée pour nous et je peux vous dire que c'est un travail acharné pour rabâcher, informer la population, un peu comme à l'époque, ça a été fait pour les documents d'identité qui étaient nécessaires pour dans le cadre de l'identité originale maintenant on en est à faire de l'information sur sur ça justement, sur l'adresse-mail, etc. Parce que parfois, quand elles arrivent, eh bah euh, vous savez, le mail, voilà, c'est comme tout, il suffit, derrière une lettre mal indiquée, un point qu'on a oublié qui n'est pas donné un tiret. Enfin voilà, c'est vraiment cette source d'entrée qui est très problématique pour nous en fait. Et nous, nous essayons de mettre en place des plans d'action avec les bureaux des

entrées. Malheureusement, le CHU de XXX, alors même si c'est un ancien établissement, lui il est jeune, il n'a que onze ans. Donc si vous voulez, c'est un adolescent, donc c'est la fusion de trois établissements. Le CH de Fort de France avec son fonctionnement, les deux autres établissements en avaient un autre et... Et en plus, comme c'est un adolescent, il n'a pas encore fait sa révolution numérique. Donc un des projets que nous avons, un des plans d'action, là, c'est de, pour les aspects programmés, notamment de nous équiper d'un d'un outil où les patients pourraient justement devraient faire leurs formalités administratives en ligne, ce qui nous permettrait déjà d'avoir une connexion via une entrée du mail. Le patient ou son accompagnant sont chez lui a plus le temps de se poser, d'avoir ses données à côté. Et ça, voilà, l'acquisition de cet outil nous semble une piste intéressante. Et puis alors, pour vous dire aussi, nous n'avons pas encore de dossier patient complètement informatisé. Il y avait un outil qui a été déployé en quatre ans via le groupement Territoire qui est en formation, on va dire, sur à peu près une quinzaine d'unités. Sinon, il y a des outils métiers donc les urgences disposent d'un réseau urgence mais en hosi globale nous n'avons pas de DPI. Et là il y'a un nouveau marché qui a été fait avec un nouveau DPI qui en cours de déploiement et nous espérons qu'avec cette nouvelle solution... Je dis « nous » parce qu'il y a vraiment une volonté au niveau de la, du département qualité risque, rattaché à la direction Transition numérique et il y a vraiment une volonté au niveau de cette direction de la gouvernance, de franchir un cap.

Cécile Bottiaux [00 :05 :28] D'accord. Donc, comment mesurez-vous la satisfaction des patients ? Actuellement ?

P1 [00 :05 :37] Nous avons dû mettre en place, si vous voulez, des systèmes un peu je dirais basiques, c'est à dire le recueil via des questionnaires de satisfaction donc nous avons des questionnaires de satisfaction hospitalisation complète globalement. Certains questionnaires aussi pour de l'hospitalisation complète, mais de spécialités comme l'hémato par exemple, on a un questionnaire particulier sur l'onco. Mais donc voilà, nous avons des questionnaires de satisfaction papier encore pour le moment et qui sont donc mis à disposition des patients via notre département puisque ça, c'est piloté par nous et qui sont analysés donc nous avons un logiciel. Là, nous venons de changer de logiciel, donc un logiciel qui était *Modelisa* sans faire de publicité. Donc nous avons un logiciel *Modelisa* que nous allons changer parce que nous avons fait l'acquisition de *Sphinx*, ce qui va nous permettre de changer, de pouvoir être plus dynamique parce que *Modelisa* ne nous permettait pas de mettre à disposition des équipes un suivi en dynamique de la satisfaction patients avec un questionnaire qui soit dématérialisé. Il y a un projet d'acquisition de tablettes, ce qui fait qu'en scannant un QR code, ce sera quand même beaucoup plus efficace aussi. Maintenant, quasiment tout le monde... je dirais même ici j'utilise le QR Code.

Quand vous allez au restaurant, vous scannez le QR Code avec votre téléphone. Donc voilà, nous nous disons que c'est un moyen aussi d'augmenter notre taux de questionnaire parce que même s'il y a eu une augmentation, ça reste au regard du nombre de séjour, ça reste encore insuffisant.

Cécile Blottiaux [00 :07 :17] D'accord, Merci. Et est-ce que vous explorez d'autres options du coup pour améliorer votre démarche ?

P1 [00 :07 :28] Alors pour finir sur la partie satisfaction questionnaire de satisfaction, nous faisons aussi ponctuellement des enquêtes flash. Alors là c'est vraiment sur des secteurs ciblés, par exemple au niveau du laboratoire de biologie médicale, avec un certain nombre d'informations apportées au niveau de l'annonce. En fait, c'est vraiment lié au déploiement ou aux évolutions de certaines activités. Sinon, là nous sommes en train de déployer en fait un projet d'expérimentation de recueil de l'expérience patient. Il n'y a pas encore jusqu'à ce jour d'indicateurs recueillis, donc nous n'avons pas encore mis en place ces indicateurs. Si vous voulez, là, nous avons déjà, nous sommes en train de former les professionnels nous sommes à l'étape de formation des professionnels. Donc, ça a démarré. Nous allons normalement, d'ici ce mois-ci, créer notre cellule expérience patients. Donc, ce qui va nous permettre en fait d'enclencher, cette cette dynamique. Pour l'instant, nous sommes, je dirais, à la première marche de l'expérience patient, c'est à dire que les représentants des usagers font des retours aux équipes bien sûr, le plus souvent, en cas de formulation de satisfaction ils font des visites dans les unités pour faire des retours. Donc ils permettent déjà d'apporter aux équipes des retours quant à la perception du patient, au vécu du patient sur sa prise en charge et de mettre en place des actions. C'est coordonné avec la qualitiennne gestionnaire référente, ce qui permet après d'alimenter le plan d'action du pôle et de l'unité. Nous, nous essayons de multiplier un peu tout. N'ayant pas vraiment pour l'instant de solution qui nous permette de révolutionner les choses, nous explorons un certain nombre de pistes.

Cécile Blottiaux [00 :09 :32] Et au niveau du troisième thème, c'est le manque de ressources. Mais la question en général, c'est qu'est ce qui, selon vous, rend difficile votre participation au dispositif ? Donc en fait, vous avez déjà répondu à cette question, mais est ce que selon vous, il y a quelque chose au niveau du manque de ressources qui rend difficile votre participation au dispositif e-Satis ?

P1 [00 :09 :58] Mais oui, quelque part c'est un des éléments, parce qu'il y a aussi de gros, gros plans de communication régionale qui devraient être menés pour que les professionnels et les usagers comprennent aussi l'intérêt, parce que une personne âgée, donc à partir de 75 95 ans,

quand vous lui dites bon en fait votre mail c'est important parce que nous allons vous envoyer un questionnaire, il se demande de quoi vous parlez. C'est donc il y a vraiment toute une culture, une acculturation de la population aussi à faire... des usagers. Donc ça, ça demande des moyens pour faire de la com, ça demande des moyens, que pour l'instant, au niveau régional, en termes d'ARS, il n'y a pas vraiment de politique de com sur sur cette thématique expérience patient, recueil de l'opinion, patient si vous voulez. Cette année, nous avons eu un bref échange avec un directeur adjoint de l'ARS et il nous disait qu'ils envisagent d'explorer cette piste. Mais bon, pour l'instant nous n'avons pas encore d'axes vraiment avec la gouvernance sur ce point. Donc ça, ça c'est une première chose. Et puis derrière, après nous, c'est pour le recueil. Cet outil qui nous permettrait de verrouiller déjà dès le deadline pour tout ce qui est programmé ou quand vous venez en consultation en vue d'une hospit. Donc, on a une consultation en vue d'un acte chirurgical. Quand vous prenez votre rendez-vous. C'est ici. En fait, si dès les les formalités administratives, on pouvait recueillir le mail ... parce que quand tu arrives dans le bureau des entrées, t'as pas envie de donner ton adresse mail. On a sondé un petit peu pour essayer de comprendre et pour affiner notre plan d'action et les patients sont plus tournés sur la prise en charge, comment ça va se passer ce genre de choses. Hmmm. Et après ils sont pressés de s'en aller. Mais c'est vraiment avec le groupe puisque là encore ... il y a avec nos derniers résultats... Donc nous avons réuni le groupe de travail pour voir ce que nous pourrions affiner. Et c'est ...Voilà, voilà où nous en sommes pour le moment.

Cécile Blottiaux [00 :12 :22] Est ce que vous avez aussi des difficultés pour extraire et déposer les données des patients sur la plateforme nationale ?

P1 [00 :12 :35] Alors, si nous avons, nous avons souvent des difficultés en termes de requêtes, alors nous avons quand même la particularité, la chance, comme je vous le disais, d'être dans le pôle transformation numérique, donc d'être dans le même pôle fonctionnel que la direction des systèmes d'information et l'organisation. Donc, ça, c'est un avantage. Maintenant, souvent, nous faisons appel à eux parce qu'il y a des bugs au niveau des requêtes et tout ça, et régulièrement quand même, nous sommes obligés de les solliciter sur ce point. Après, comme je vous disais, l'infrastructure informatique du C.H.U. est, a été, et le pôle porte bien son nom hein : La transition numérique ce n'est pas seulement pour le débit et autre, c'est aussi pour toute l'infrastructure qui a été refaite. Mais...

Cécile Blottiaux [00 :13 :26] D'accord. Et est-ce que vous disposez d'assez de ressources humaines pour participer ?

P1 [00 :13 :33] Bien, écoutez, nous, au niveau du département, il y a ... c'est une des qualitiennes gestionnaires des risques qui est référente de cette thématique. En fait actuellement nous avons deux équivalents temps pleins en moins donc deux postes vacants et si vous voulez c'est un dossier thématique pour moi l'opinion patients. Donc nous avons une qualitiennne officiellement référente et une suppléante en son absence. Donc forcément, en ce moment, c'est particulièrement contraint, je dirais, le contexte des ressources humaines. Donc oui, c'est c'est en flux tendu.

Cécile Blottiaux [00 :14 :20] Ok, merci. Comment la participation e-Satis est perçue par les professionnels de votre établissement ?

P1 [00 :14 :29] Honnêtement, je pense que si on leur posait la question, ils vous diraient de quoi ou e-Satis quoi ? Parce que ça... Alors bien sûr, déjà, ça a été vu par les experts lorsqu'ils sont passés lors de la visite. Le manque de culture qualité et sur les risques. Comme je vous disais, sans chercher d'excuses, il y a trois établissements qui ont fusionné avec des cultures qualité complètement différentes il y'a 11 ans. Il y a une dimension territoriale des pôles clinique et médico technique qui est loin d'être acquise. Donc on a vraiment une variabilité à ce niveau-là. En termes de perception, déjà. Vous avez des unités où ils sont très au fait ... des pôles où il y a vraiment une dynamique, où ils sont très au fait, et puis d'autres où ça, ça ne, ça n'infuse pas du tout et il n'y a pas d'imprégnation. Donc c'est un gros challenge pour le C.H.U. et notamment pour notre équipe, puisque ça fait partie de notre plan d'action directement de poursuivre et d'intensifier ce déploiement. Donc là, si vous voulez, nous avons renforcé des cadres de qualité avec les équipes. Nous voyons tout le personnel de nuit. En fait, nous avons commencé puisque le CHU est en administration provisoire jusqu'en mars 2022 avec un nouveau DG qui est arrivé. Et ce n'est que là que la démarche qualité et gestion des risques a pu repartir. Jusque-là, elle a été post pandémie et elle sommeillait. Elle vivait, je dirais. Et en fait. Donc là et là, c'est vraiment un programme depuis juin 2023 où nous avons intensifié les réunions qualité, nous sollicitons et je dirais même nos limites harcelons la Direction Générale, la Direction de la Coordination générale des soins pour que soit faites des réunions avec l'encadrement, pour que là aussi on puisse eux même les imprégner comme ça, un peu comme un virus. Ils sont infectés, ils répondent. Mais voilà, on utilise tous les relais, vraiment. Parce que la perception, elle est là, elle n'est pas quasiment nulle, mais en fait, elle est vraiment très aléatoire.

Cécile Blottiaux [00 :16 :48] D'accord. Est-ce que vous avez des priorités qui viennent freiner l'exploitation du dispositif e-satis.

P1 [00 :16 :58] Au niveau du département QR ? Non. C'est un recueil que nous suivons, donc il est... il est de toutes les façons priorisé pour nous. Derrière, après, comme je le disais, parfois, nous avons des bugs de requêtes. Nous avons cette source d'entrée de données qui est largement insuffisante. Et là voilà. Mais non, non, il n'y a pas, il n'y a pas de freins à ce niveau-là. Non, du tout.

Cécile Blottiaux [00 :17 :27] Quel genre de commentaire avez-vous pu recevoir par les professionnels de votre établissement sur la charge de travail e-Satis

P1[00 :17 :36] Bah écoutez, d'abord pour la charge de travail, je serais tenté de vous dire qu'ils vous disent qu'ils ne se sentent pas concernés. En fait, ça ne leur parle pas en tant que tel. On leur fait des retours d'indicateurs de pratique clinique, tout de suite, ça, ça va leur parler parce que parce que c'est leur cœur de pratique. Voyez là l'indicateur sur la prise en charge, la prise en charge initiale de l'AVC, là, ça va leur parler, parce qu'ils sont dedans, parce qu'ils savent le faire. Et par contre, e-Satis : déjà le retour est plus éloigné. Donc ça, il y a le temps, il y a le fait que bon bah les résultats tombent, mais les résultats quand ils arrivent ne sont pas forcément en corrélation avec leur réalité du moment, la réalité terrain du moment et puis en plus voilà pour eux, ils y voient peu de concret, mais on est aussi dans une, dans une comme je vous disais, dans une communauté hospitalière qu'il faut acculturer. Il y a vraiment un gros travail parce qu'en plus avec la post Pandémie, il y a beaucoup de turnover, je pense que ça a été connu au niveau national aussi, beaucoup de turnover de professionnels et vraiment des équipes qui se sont ... qui se reconstruisent.

Cécile Blottiaux [00 :18 :54] Et dans quelle mesure votre participation est liée au fait que le dispositif est obligatoire?

P1 [00 :19 :01] En toute honnêteté madame Blottiaux, si le dispositif n'était pas obligatoire, il y a peu de chances que nous y participerions. On a besoin de ce bâton pour pouvoir dire : oui, regardez, c'est obligatoire. Je vous le dis parce que depuis un certain nombre d'années, nous essayons donc de pousser les équipes à utiliser les IQSS qui sont optionnelles, parce que c'est un moyen de les tester pour la HAS, mais c'est aussi un moyen de mettre en place des évaluations de pratiques et c'est pour l'instant très difficile. Nous n'arrivons à faire que le recueil obligatoire, donc il faut que ce dispositif demeure obligatoire parce que sinon il sera compliqué. Déjà que nous arrivons avec difficulté à y répondre. Justement, ce C.H.U a des difficultés de ressources financières, des difficultés de ressources humaines avec des difficultés d'infrastructures avec en plus une, comme je vous disais, une maturité qualité risque qui est celle d'un adolescent, donc

pas grand-chose. Et donc ils ont besoin encore de ce bâton pour que la communauté hospitalière, pour que derrière nous nous puissions ... nous puissions dire oui, regardez, c'est obligatoire. Donc il faut qu'on y aille parce qu'une fois qu'ils y vont, ils y vont. En général, les professionnels y voient un sens, mais c'est pour arriver à les sortir de là, de leur réalité terrain de tous les jours, de leurs difficultés qui sont voilà, on ne va pas pleurer sur cet établissement, mais en fait, qui sont ce qu'elles sont.

Cécile Blottiaux [00 :20:46] Vous venez de parler des difficultés au niveau des ressources financières. Mais pour vous, ça a aussi un impact sur l'utilisation d'e-Satis

P1 [00 :20:55] Mais écoutez, si nous en sommes, nous n'en sommes que maintenant, à faire cette transition numérique, à avoir un système informatique, un réseau, un système réseau qui nous permet de participer à ce type de démarche. C'est bien ça. Ce n'est pas vieux, à peu près trois ans, vous voyez ? Donc jusque-là, c'était c'était encore plus difficile. Mais c'est forcément l'impact et les ressources financières.

Cécile Blottiaux [00:21:27] Comment la HAS pourrait accompagner les établissements à utiliser e-Satis ?

P1 [00 :21:41] Écoutez. Vous m'aviez envoyé cette question et moi je crois qu'il faudrait, il faudrait vraiment qu'on puisse (Parce que c'est un outil d'expérience patient et un outil de recueil d'expériences patient) Et donc pour moi, il faudrait limite que ce soit un critère impératif. Si c'est un critère impératif, forcément il y aura une attention plus importante des gouvernances dessus. Et ça, ça nous nous en sommes rendu compte pour les autres critères pour l'AB 2020, même si le critère des IQSS, la communication et l'exploitation, c'est déjà un critère impératif. Mais si vous voulez le bâton n'est pas suffisamment fort. En général ils sont intéressés par la qualité de tenue de la lettre de liaison de sortie. Ils sont intéressés par l'évaluation de la douleur. Ils sont intéressés par les indicateurs de pratique clinique et e-Satis passe à la trappe.

Cécile Blottiaux [00 :23 :01] D'accord.

P1 [00 :23 :02] Nous nous le présentons, mais on sent bien que l'attention n'est pas la même parce que e-Satis se retrouve noyé dans un dispositif qui finalement prend pour moi le pas sur e-Satis. Quand je vous disais de le rendre impératif, ça veut dire qu'il faudrait que vraiment on se rapproche plus de l'expérience patient et du recueil de l'expérience patient et que ça soit plus rattaché à ça que noyé dans les IQSS.

Cécile Blottiaux [00 :23 :33] D'accord. Et même au-delà du critère impératif, est-ce que pour vous, l'absence d'un guide méthodologique fourni par la HAS constitue un obstacle pour la participation ?

P1 [00 :23 :50] Oui, parce que même si même si après, dès que nous avons des soucis, il y a quand même une grande réactivité à aller au niveau de la plateforme, etc. Je pense que ça pourrait aider. Tout à fait, ça pourrait aider.

Et puis de la promotion, vous savez la HAS fait de la promotion sur d'autres thématiques, une promotion plus importante sur e-Satis serait bien aussi. Parce que ce sont des outils que nous nous utilisons, tous les outils de promotion, tous les flashs, les recommandations de bonnes pratiques nous les mettons à disposition des professionnels. Ça sortirait de notre flash interne où nous nous parlons du dispositif. Si vous voulez, c'est nous qui parlons à la communauté alors que quand c'est la Haute Autorité de santé avec les documents de la Haute Autorité de santé, c'est un autre poids.

Cécile Blottiaux [00 :24 :50] Par exemple, est-ce que vous avez des complications sur l'interprétation des scores ?

P1[00 :25 :03] Non à ce niveau-là, non. Son interprétation du score non

Cécile Blottiaux [00 :25 :08] Et est-ce que vous avez des difficultés à utiliser la plateforme e-Satis techniquement parlant ?

P1 [00 :25 :19] Non, pas de difficulté je vous dis, à part des bugs mais qui relèvent plus selon moi de l'infrastructure que de l'opérabilité, je dirais de la plateforme. C'est plus lié à nos infrastructures qu'autre chose. Je pense donc aux requêtes qui sont compliquées, mais je suppose que c'est plus ça.

Cécile Blottiaux [00 :25 :40] Ok, merci. A votre avis, quel est l'intérêt pour votre établissement de participer au dispositif e-satis ?

P1 [00 :25 :54] Le premier intérêt pour nous, c'est d'avoir ce fameux retour des usagers. Si vous voulez, au stade où nous en sommes des questionnaires, nous sommes bien conscients que tout le monde ne le remplit pas donc c'est un moyen complémentaire d'avoir cette perception des usagers et de leur prise en charge. L'établissements de santé est au service des usagers. Donc

l'intérêt pour nous, il est primordial là le retour des usagers, leur participation au fonctionnement de la structure et à l'amélioration surtout des pratiques. C'est primordial pour nous

Cécile Blottiaux [00 :26 :36] Euh. Est-ce que vous pouvez expliquer si les objectifs de votre service sont en lien avec les objectifs des résultats de e-satis ?

P1 [00 :26 :46] Alors, les objets de notre service ? Pas complètement. C'est à dire que derrière, nous au regard d'e-Satis, nous transmettons les informations aux professionnels pour qu'il y ait des plans d'actions mis en œuvre. Ce qui est sûr, c'est que notre mission première est d'analyser et donc d'exploiter des résultats et de les diffuser et surtout de nous assurer qu'ils fassent l'objet de plans d'action. Maintenant, derrière, les actions ne dépendant pas de notre service directement, ils ne sont pas complètement dans nos objectifs. Nos objectifs c'est de nous assurer que les résultats soient connus, analysés, exploités et surtout diffusés auprès de la communauté hospitalière et notamment de la gouvernance jusqu'aux professionnels de terrain. Voilà, ça c'est une priorité pour 2023/2024.

Cécile Blottiaux [00 :27 :43] Et et enfin, puisque c'est la dernière question, dans quelle mesure la dotation IFAQ a influencé votre décision à prendre part au dispositif e-Satis ?

P1 [00 :27 :54] Alors malheureusement, la dotation IFAQ elle est absorbée dans le compte en banque du H si vous voulez. Donc nous n'avons pas encore, et ça c'est vraiment une grosse difficulté. Il n'y a pas encore d'impact de cette dotation IFAQ sur les objectifs qualité risques des pôles et la politique globale qualité risques de l'établissement. Donc c'est vraiment quelque chose qui est en cours de déploiement, puisque ce n'est que cette année (Au CHU de XX, nous en sommes à la deuxième génération des pôles, des encadrements de pôles de chefferie Pôle). Donc, ce n'est que cette année que moi, j'ai senti un écho au niveau des chefs de pôles quand je leur ai donné le résultat de la dotation et de l'établissement. Et eux, dans le cadre de leur dialogue de gestion ils n'en avaient jamais entendu parler. Cela signifie que vous voyez, pour l'instant, il n'y a pas de lien entre entre la dotation l'IFAC et le fonctionnement, les objectifs qualité risques des pôles. Et ça c'est, je peux vous dire que quand ils en ont pris conscience, Ils se sont dit est ce que nous... dans le cadre de la démarche d'acculturation, nous leur faisons un retour bien sûr des résultats au prorata des dossiers concernés. Tous les services ne sont pas évalués via les IFAQ. Donc certains ne voient pas mais il y en a qui sont particulièrement sollicités pour ce que ça représente en termes de travail, puisque ce sont eux qui qui évaluent les dossiers, notamment quand ce sont des audits de dossiers et. Et donc. Et bien je peux vous dire qu'ils étaient effarés de voir qu'ils n'avaient jamais vu et n'en avaient jamais entendu parler et n'avaient jamais vu une

ligne ni IFAQ au niveau de leur budget de pôle. Donc pour l'instant, c'est vraiment quelque chose qui est en train de se développer.

Cécile Blottiaux [00 :30 :12] Justement, je pense à une dernière question concernant la direction de l'établissement. Est-ce que vous avez un soutien par rapport à e-satis venant de la direction ?

P1 [00 :30 :25] Alors, notre appartenance au Pôle transition numérique fait déjà que, en termes de l'opérationnalité, nous avons un soutien pour la réalisation de ces campagnes en cas de problématiques informatique, etc du système d'information. Et donc globalement, oui. Maintenant il y a aussi, comme je le disais, des implantations avec des outils qui seraient qui permettraient d'améliorer le recueil de données d'entrée dans des adresses mail. Donc je vais dire oui, globalement oui, nous avons quand même un soutien de la gouvernance. Maintenant, si vous voulez, e-Satis étant un des objectifs de notre démarche de qualité... Donc oui, avec en plus un soutien pour l'expérience patient, le déploiement du projet expérience patient et donc certainement en bout de course avec des indicateurs donc je me dis qu'on y arrivera.

Mais faut-il que la gouvernance reste stabilisée comme elle l'est puisque comme je vous l'ai dit, elle n'est pas là depuis très longtemps, ça ne fait que deux ans. Donc on a besoin d'un peu de stabilité.

Annexe 5 : Extrait de la grille d'analyse des entretiens

Thèmes freins	Professionnel 1 (NV)	Professionnel 2 (NR)	Professionnel 3 (Facult)	Professionnel 4 (NV)	Pr
Thème : difficulté dans le recueil des adresses mail	<p>Le département de Martinique a une population très vieillissante, très peu de personnes disposent de boîte mail. Entrée par les urgences : Quand elles viennent dans les urgences (c'est 70% des entrées du CHU), elles sont souvent pas accompagnées donc on a une perte de données et une difficulté de les récupérer quand les personnes sont en hébergement. Réticences des patients à donner leurs coordonnées : Il faudrait nous équiper d'un outil où les patients pourraient faire leurs formalités administratives et mettre leurs adresses mails. Cet outil permettrait d'avoir les mails des patients avec des hôpitals programmées comme les actes chirurgicaux. Parce que quand tu arrives dans le bureau des entrées t'as pas envie de donner ton mail. On a sondé un petit peu pour essayer de comprendre cette difficulté et les patients sont plus tournés sur la prise en charge.</p>	<p>On est sur une population âgée avec de l'oncologie et de la fin de vie. Réticences des patients à donner leurs coordonnées : Maintenant les gens ils sont plus réticents à donner leurs adresses mail parce que c'est humain ils ont pas envie de recevoir 36 mails</p>	<p>On est sur un service de soins de suite neurologique avec des comas ou des traumatisés crâniens, Durée de séjour : les gens restent un an donc c'est impossible d'avoir les 30 réponses à l'année</p>	<p>On est un centre de rééducation pour personnes âgées avec 80 ans de moyenne d'âge. Réticence des patients à donner leurs coordonnées : Dans le livret d'accueil on a demandé aux patients si ils veulent remplir un formulaire au niveau national qu'ils pouvaient laisser leur adresse mail à l'accueil. Alors on a quelques adresses mails mais effectivement très peu.</p>	<p>Se re su pc la ça vi: ils l'é co</p>
	<p>Il y a un gros plan de communication régionale.</p>	<p>Il faudrait de nomination du directeur aux patients.</p>		<p>Communication par la HAS - Il faudrait que la</p>	<p>DI</p>

Annexe 6 : Tableaux croisés avec les effectifs réels et théoriques pour le calcul du test de Khi-deux permettant d'explorer la relation entre l'activité des établissements et leur participation

Effectifs réels	Oui (répondants validés)	Non (non répondants + non validés)	Total
MCO	848	76	924
CA	822	30	852
SMR	217	48	265
	1887	154	2041

Effectifs théoriques	Oui (répondants validés)	Non (non répondants + non validés)	Total
MCO	854,28	69,72	924
CA	787,71	64,29	852
SMR	245,00	20,00	265
	1887	154	

Tableaux II - Tableaux croisés avec les effectifs réels et théoriques, dans le cas d'une participation obligatoire

Effectifs réels	Oui (ont participé)	Non (n'ont pas participé)	Total
MCO	259	212	471
CA	67	30	97
SMR	1003	454	1457
	1329	696	2025

Effectifs théoriques	Oui (répondants validés)	Non (non répondants + non validés)	Total
MCO	309,12	161,88	471
CA	63,66	33,34	97
SMR	956,22	500,78	1457
	1329	696	

Tableaux III - Tableaux croisés avec les effectifs réels et théoriques, dans le cas d'une participation facultative

BLOTTIAUX	Cécile	Juillet 2024
MASTER 2 AMOS-Rennes		
Promotion 2024		
Freins et leviers à l'utilisation par les établissements de santé d'e-Satis, un outil de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients		
Résumé : <p>La Stratégie de Transformation du Système de Santé « Ma Santé 2022 » a récemment recentré les patients comme des acteurs centraux du système de soins. Il apparaît dès lors crucial de pouvoir mesurer leur satisfaction et leur expérience à l'issue de leur prise en charge. En France, cette mesure a été rendue obligatoire par le ministère de la Santé dès 2010. Aujourd'hui, le dispositif e-Satis, apparu en 2016 et encadré par La Haute Autorité de Santé, permet aux patients de donner leur avis sur leur prise en charge.</p> <p>Ce mémoire porte sur l'utilisation faite par les établissements de santé de l'outil de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients « e-Satis ». La méthode utilisée repose sur deux approches. Une étude quantitative a été réalisée pour déterminer l'impact de caractéristiques structurelles des établissements sur leur participation à e-Satis. Ensuite, une étude qualitative utilisant des entretiens semi-directifs a été menée auprès de 12 professionnels en charge de la qualité, afin de déterminer les facteurs internes et externes facilitant ou entravant l'utilisation du dispositif par les établissements.</p> <p>Cette étude met en évidence l'impact significatif de l'âge des patients sur la participation des établissements à e-Satis. Elle confirme l'importance de l'engagement de la direction, d'une culture organisationnelle favorable à l'innovation et des incitations financières. Elle conduit à formuler différentes recommandations, notamment sur la communication à mettre en place par la HAS et par les établissements ou encore sur la manière dont le questionnaire pourrait être optimisé.</p>		
Mots clés : Satisfaction des patients, expérience des patients, e-Satis, mesure, questionnaire		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		