



HAL
open science

Satisfaction des patients hospitalisés en France et au Viet Nam

Phi Linh Nguyen Thi

► **To cite this version:**

Phi Linh Nguyen Thi. Satisfaction des patients hospitalisés en France et au Viet Nam. Médecine humaine et pathologie. Université Henri Poincaré - Nancy 1, 2003. Français. NNT : 2003NAN11304 . tel-01748669

HAL Id: tel-01748669

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01748669>

Submitted on 29 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

ECOLE DOCTORALE BIOLOGIE SANTE ENVIRONNEMENT

N°



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I

Discipline : Epidémiologie et Santé Publique

présentée et soutenue publiquement

par

Phi Linh NGUYEN THI

le 25 mars 2003

Titre

SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN FRANCE ET AU VIET NAM

Directeur de thèse

Professeur Serge BRIANÇON

JURY

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Monsieur le Professeur Thierry CONROY

Monsieur le Professeur Pierre LOMBRIL (Rapporteur)

Monsieur le Professeur Yves MATILLON (Rapporteur)

Monsieur le Professeur Thomas PERNEGER

Nous tenons à remercier les membres du jury

M. le Professeur Serge Briançon

Nous vous remercions de nous avoir confié ce travail et d'avoir su nous guider au cours de sa réalisation. Tout au long de notre cursus tant au Vietnam qu'en France , nous avons apprécié votre enseignement et vos précieux conseils ainsi que votre disponibilité quand nous en avons besoin. Nous vous exprimons ici notre gratitude pour votre constante attention à notre égard.

M. le Professeur Thierry Conroy

Nous vous exprimons notre connaissance pour avoir accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de notre respectueuse considération.

M. le Professeur Yves Matillon

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de juger ce travail. Soyez assuré de notre respectueuse gratitude.

M. le Professeur Pierre Lombrail

Vous nous faites grand honneur en participant à ce jury. Nous tenons à vous exprimer ici notre admiration.

M. le Professeur Thomas Perneger

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de juger ce travail. Soyez assuré de notre profond respect.

J'adresse mes plus sincères remerciements

Au personnel

Du Service d'épidémiologie et évaluation clinique,

L'équipe de l'étude CliniQualVie,

L'équipe du programme DSPH

Pour leur aide, leur coopération, leur esprit d'équipe et l'amitié qu'ils m'ont accordés tout au long de ces travaux.

De l'École de Santé publique,

pour leur présence et l'amitié qu'ils m'ont accordées.

A M. le Professeur Jean-Pierre Deschamps, pour son aide et ses encouragements au Vietnam et en France,

à M. le Professeur Francis Guillemin, pour son aide et ses conseils tout au long de ce travail,

spécialement à **Mademoiselle Fabienne Empereur** pour sa patience, son amitié, sa disponibilité et l'aide précieuse qu'elle m'a accordée.

A tous les patients qui ont participé à l'étude CliniQualVie, DSPH et l'enquête à Ho Chi Minh ville, au VietNam.

Kính tặng,

Ba Ma, Chi Em và các cháu,

Gia Đình nhỏ của tui : Ông xa, và Cu ti

Đã, đang và sẽ tiếp tục chia sẻ mọi Hy, No, Ai, O với tui

Liste des travaux publiés dans une revue

Phi Linh Nguyen Thi, S. Briançon, F. Empereur, F. Guillemin. Factor determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine* 54(2002) 493-504.

Phi Linh Nguyen Thi, Truong Giang Le, Fabienne Empereur, Serge Briançon. Satisfaction des patients hospitalisés à Ho Chi Minh-ville, Viet Nam. *Santé Publique* (décembre 2002, in press).

TH Ho, PL Nguyen Thi, F. Guillemin, F. Girard, JP Delagoutte, S Briançon. La non-réponse et les facteurs qui l'influent au questionnaire de satisfaction par courrier. *Gestions Hospitalières* (janvier 2003, in press).

Phi Linh Nguyen Thi, Thanh Nguyen Nguyen. Le système de santé et la situation sanitaire du Viet Nam. Viet Nam Contemporain. *Institut de Recherche d'Asie Sud-Est, Ministère des Affaires Etrangère français* (juillet 2003, in press).

Phi Linh Nguyen Thi, S. Briançon, JM. Virion, F. Empereur et le groupe de programme DSPH. Qui répond aux questionnaires de satisfaction ? *Journal d'Economie Médicale* (avril 2003, in press).

Communications personnelles sur le thème

Communication avec publication

Nguyen Thi PL, Le TG, Empereur F, Briançon S. Les relations entre les malades, l'hôpital et le personnel de santé. *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique* 1998 ; 46(1) [Abstract].

Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Facteur associé à la satisfaction des patients en hospitalisation de court séjour. *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique* 2000 ; 48(3) : S81 [Abstract].

Empereur F, Briançon S, Nguyen Thi PL, Klein S, Guillemin F., Pourel J. Usefulness of measuring quality of life in rheumatology clinical practice. A randomized controlled trial. *Quality of Life Research* 2000 ; 9(3) : 341 [Abstract].

Nguyen Thi PL, Briançon S, Virion JM, Empereur F. Qui répond aux questionnaires de satisfaction des soins ? *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique* 2002 ; 50(4) : S115 [Abstract].

Empereur F, Nguyen Thi PL, Klein S, Guillemin F, Briançon S. Factors associated with health-related quality of life changes in recently discharged patients. *Quality of Life Research* 2002 ; 11(7) : 655 [Abstract].

Communication à des congrès ou journées scientifiques (sans publication)

Empereur F, Nguyen Thi PL, Klein S, Briançon S, Guillemin F. Qualité de vie et autres déterminants de la satisfaction du patient à l'hôpital. *Société de Médecine de Nancy*. Nancy. 1999.

Nguyen Thi PL, Briançon S, Virion JM, Empereur F. Qui répond aux questionnaires de satisfaction des soins ? *Société de Médecine de Nancy*. Nancy. Février 2002.

Lepaux DJ, Nguyen Thi PL, Girard F, Baumann M, Briançon S. Mesure de la satisfaction des usagers de l'hôpital. *Journée « Mesure de la satisfaction dans les établissements de santé : méthode, outil, application »*. Nancy. Février 2002.

Girard F, Klein S, Nguyen Thi PL, Briançon S et le groupe de travail du programme DSPH. Analyse des commentaires libres dans le programme DSPH. *Journée « Mesure de la satisfaction dans les établissements de santé : méthode, outil, application »*. Nancy. Février 2002.



Mémoires, rapports

Nguyen Thi PL. Les relations entre les malades, l'hôpital et le personnel de santé. [Diplôme Inter-universitaire « Santé publique et santé communautaire au Viet Nam »]. Viet Nam : CUF-Université Henri Poincaré, Nancy I- Université de Bordeaux ; 1997.

Nguyen Thi PL. Facteurs associé à la satisfaction des patients en hospitalisation de court séjour. [Diplôme d'Etude Approfondie de « Epidémiologie et Evaluation des actions de santé »]. Nancy : Université Henri Poincaré, Nancy I ; 1998.

Nguyen Thi PL. La satisfaction des patients hospitalisés aux hôpitaux de Ho Chi Minh-ville, Viet Nam. [Master de Science en médecine, spécialité en médecine préventive]. Viet Nam : Faculté de Médecine, Ho Chi Minh-ville ; 1999.

Nguyen Thi PL. Mise en place d'un programme d'assurance qualité dans l'enquête permanent de satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy. [Diplôme Inter-universitaire « Qualité-Accréditation - Evaluation des établissements sanitaires et sociaux »]. Nancy : Université Henri Poincaré, Nancy I ; 2001.

Briançon S, Nguyen Thi PL., Klein S, Girard F et le groupe de programme DSPH. Rapports trimestriels, semestriels, annuels et biennal pour le programme « mesure à la distance de la satisfaction des patients hospitalisés » de période 10/1999 à aujourd'hui. [Rapport du programme DSPH]. Nancy : CHU de Nancy ; 1999 – 2003.

Nguyen Thi PL., Briançon S, Klein S, Stein MO, Virion JM. Manuel qualité du programme DSPH. [Programme DSPH]. Nancy : Service d'épidémiologie et évaluation cliniques, CHU Nancy ; 2002.

Nguyen Thi PL., Briançon S, Virion JM. Manuel d'utilisation des programmes SAS / ACCESS et SUDAAN dans le programme DSPH. [Programme DSPH]. Nancy : Service d'épidémiologie et évaluation cliniques, CHU Nancy ; 2002.

TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION	7
PARTIE I : LE CONCEPT ET LA MESURE DE LA SATISFACTION	11
I. LE CONCEPT DE SATISFACTION	12
I.1. <i>QUALITE DES SOINS</i>	16
I.1.1. Définition.....	16
I.1.2. La qualité des soins selon les différents point de vue	16
I.2. <i>POINTS DE VUE DE LA MESURE DE LA SATISFACTION</i>	17
I.3. <i>ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA SATISFACTION DES PATIENTS</i>	19
I.3.1. Les attentes	19
I.3.2. Le concept d'écart - Les théories et modèles de la satisfaction des patients	22
I.4. <i>TAXONOMIE DES ASPECTS DE SOINS DANS LA MESURE DE LA SATISFACTION</i>	30
I.5. <i>FACTEURS INFLUENCANT LA SATISFACTION DES PATIENTS</i>	35
I.5.1. Les caractéristiques psycho-socio-démographiques	36
I.5.2. Les caractéristiques de santé : L'état de santé et les résultats des soins	38
I.5.3. Les caractéristiques de la structure de soins	38
I.5.4. Temps de réalisation de l'étude	39
I.6. <i>CONTEXTE GENERAL = DU PATIENT AU CLIENT</i>	39
I.7. <i>CONTEXTE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE FRANÇAIS</i>	43
I.7.1. Le questionnaire de sortie - le cadre législatif.....	43
I.7.2. La démarche qualité et la satisfaction des patients	45
II. LA MESURE DE LA SATISFACTION	47
II.1. <i>INTRODUCTION</i>	47
II.1.1. Définitions et champs de l'épidémiologie = Bref rappel	47
II.1.2. Champs des études de la satisfaction.....	48
II.1.3. Objectifs de la mesure	49
II.2. <i>OUTIL DE MESURE : LE QUESTIONNAIRE</i>	50
II.2.1. Définition	51
II.2.2. Caractéristiques de l'instrument	53
II.2.3. Elaboration d'un questionnaire.....	59
II.2.4. Validation d'un instrument de mesure.....	67
II.2.5. Modalités de passation	70
II.2.6. Le consentement, l'anonymat et la confidentialité	76
II.2.7. Biais d'investigation	78
II.2.8. L'instrument est-il applicable ?.....	79
II.2.9. Tester un questionnaire	82
II.3. <i>ECHANTILLONNAGE</i>	83
II.3.1. Population (N).....	83
II.3.2. Constitution d'un échantillon représentatif (n).....	86
II.3.3. Différents types de biais	93
II.4. <i>METHODE D'ANALYSE – INTERPRETATION DES RESULTATS</i>	93
II.4.1. Le taux de réponse.....	93
II.4.2. Calcul des scores	100
II.4.3. Mode de présentation des résultats	101
II.4.4. Prise en compte du mode d'échantillonnage et des facteurs de confusion.....	104
II.4.5. Comparaison de la satisfaction de plusieurs structures ou au cours du temps	107

PARTIE II : LES TRAVAUX PERSONNELS	110
I. PRESENTATION GENERALE.....	111
I.1. <i>LES PROGRAMMES : CLINIQUALVIE – DSPH</i>	111
I.1.1. CliniQualVie : L'intérêt clinique des mesures de qualité de vie.....	111
I.1.2. Programme DSPH : mesure à distance de la satisfaction des patients hospitalisés.....	112
I.2. <i>OBJECTIFS</i>	112
II. ADAPTATION ET VALIDATION DU QUESTIONNAIRE PJHQ.....	114
II.1. <i>DESCRIPTION DE LA VERSION ORIGINALE DU PJHQ^{4,7-9}</i>	114
II.1.3. Description du questionnaire.....	114
II.1.4. Description des dimensions de satisfaction (tableau II).....	115
II.1.5. Validation psychométrique.....	116
II.2. <i>TRADUCTION, ADAPTATION : PREMIERE VERSION FRANçaise</i>	117
II.2.1. Les modifications retenues par rapport à l'original (tableau III).....	117
II.2.2. L'évaluation des propriétés psychométriques de la première version française.....	118
II.2.3. Conclusion.....	123
II.3. <i>PRODUCTION D'UNE VERSION FINALE</i>	124
II.3.1. Modifications par rapport à la première version française du PJHQ (tableau III).....	124
II.3.2. Analyse en composantes principales.....	129
II.3.3. Etude pilote.....	137
II.3.4. Evaluation des propriétés psychométriques.....	138
III. CONTRIBUER A LA CONNAISSANCE DES DETERMINANTS DES NON-REPNSES.....	141
III.1. <i>QUI REPND AUX QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION DES SOINS ?</i>	142
III.2. <i>LA NON-REPNSE ET LES FACTEURS QUI L'INFLUENCENT DANS LES ETUDES DE SATISFACTION PAR COURRIER</i>	171
IV. CONTRIBUER A LA CONNAISSANCE DES DETERMINANTS DE LA SATISFACTION.....	177
V. SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES AU CHU DE NANCY.....	191
V.1. <i>PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE DU PROGRAMME DSPH</i>	192
V.2. <i>ROLE DES COMMENTAIRES LIBRES DANS UNE ENQUETE DE SATISFACTION</i>	218
V.3. <i>SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES AU CHU DE NANCY. RAPPORT BIENNAL DU PROGRAMME DSPH (MESURE A DISTANCE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES)</i>	230
V.4. <i>SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES AU CHU DE NANCY. RAPPORT EVOLUTION TRIMESTRIEL DE LA SATISFACTION DU PROGRAMME DSPH (MESURE A DISTANCE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES)</i>	316
VI. SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES DANS LES HOPITAUX DE HOCHIMINH VILLE - VIETNAM.....	317
VI.1. <i>SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES A HO CHI MINH VILLE, VIET NAM</i>	318
VI.2. <i>SYSTEME DE SANTE ET LA SITUATION SANITAIRE DU VIETNAM</i>	335
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	360
BIBLIOGRAPHIE	365
ANNEXES	374

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Figure 1. Modèle « cognition-affect », adapté de Oliver ³¹	24
Figure 2. Modèle « assimilation-contrast » de perceptions.....	25
Figure 3. Modèle de « zone de tolérance », adapté de Parasuraman et al ³²	26
Figure 5. Un modèle idéalisé de relation entre attente et satisfaction des patients en consultation, adapté de Kravitz ²	29
Figure 6. Des dimensions de la satisfaction des patients.....	33
Figure 7. Variation de l'âge moyen des patients au cours du temps	105
Figure 8. Variation de la répartition du sexe au cours du temps	105
Figure 9. Variation de la répartition du sexe selon l'établissement au cours du temps	106
Tableau 1. Taxonomie des différents aspects de soins.....	34
Tableau 2. Les principaux questionnaires de mesure de la satisfaction des patients développés à l'étrangers.....	62
Tableau 2. Les principaux questionnaires de mesure de la satisfaction des patients développés à l'étrangers (continu).....	63
Tableau 3. Les principaux questionnaires de mesure de la satisfaction des patients développés en France.....	65
Tableau 4. Les avantages et inconvénients des différentes modalités de recueil des données.....	73
Tableau 5. Les caractéristiques selon le modalité de recueil des données	74
Tableau 6. Le type de population dans la mesure de satisfaction.....	85
Tableau 7. Relation entre la prévalence, la taille de l'échantillon et la précision.....	88
Tableau 8. Les facteurs en faveur de grands et de petits échantillons	89
Tableau 9. Les points faibles et forces selon le type d'enquête	92
Tableau 10. Effet de l'échantillon, de la méthode de contact et de la longueur du questionnaire sur le taux de réponse.....	96
Tableau 11. Effet des facilitateurs sur le taux de réponse.....	97
Tableau 11. Effet des facilitateurs sur le taux de réponse (suite).....	98
Tableau 12. L'effet du service seul et par rapport à sa hiérarchie ; ajusté sur les facteurs influençant les scores de satisfaction	109



INTRODUCTION



Le développement des concepts de qualité et d'assurance qualité dans le domaine des soins médicaux au cours de la dernière moitié du XXème siècle s'est accompagnée de changements importants dans la politique et l'éthique du secteur de santé. Avec le temps, le principe du « bien faisant » a été graduellement supplanté par les principes d'autonomie et de consumérisme des patients, et l'intérêt de la perspective du patient s'est développé². Une conséquence de ce paradigme est une augmentation des travaux liés aux points de vue des patients, à leurs désirs et à leurs attentes pour les soins médicaux. L'appréciation du patient au travers de la satisfaction est une excellente occasion de le faire participer de façon active dans l'évaluation du processus de prise en charge des soins. Cette démarche est importante pour les politiciens, les managers, les cliniciens et les chercheurs. Respecter les préférences des patients est un des aspects qui permet d'améliorer la performance d'un système de soins. Les lois, les décrets et ordonnances ne conduisent pas automatiquement à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Ils visent avant tout à une recherche de la qualité dans les actes et les gestes des personnels hospitaliers ayant des contacts directs ou indirects avec les patients et à établir un environnement le plus agréable possible et une organisation de la prise en charge la plus cohérente possible.

Mais, que signifient les termes « attente », « satisfaction », « appréciation » dans le contexte du processus de prise en charge des soins ou d'un programme d'amélioration de la qualité ? Dans quelle mesure, ces concepts directement importés du monde industriel sont-ils applicables au domaine de la santé ? La satisfaction vis-à-vis d'un service complexe, multidisciplinaire, hétérogène comme les soins, faisant intervenir des aspects techniques sur lequel le patient n'a pas de connaissances, est-elle pertinente ? Les modèles conceptuels développés autour de l'attente peuvent-ils s'appliquer au domaine de la santé ? Les outils de mesure utilisés peuvent-ils être développés de façon simple ? Les méthodes d'investigation et les techniques d'enquête sont-elles utilisables auprès des patients ? Existe-t-il des biais particuliers notamment au regard des facteurs qui influencent la réponse et le niveau de satisfaction ?

C'est pour tenter de contribuer à la réponse à ces questions que nous avons effectué cette recherche dans le cadre d'un programme de recherche (Intérêt **Clinique** des mesures de **Qualité de Vie**, CliniQualVie, PHRC 1996) et d'un programme d'amélioration la qualité des soins au CHU de Nancy (programme mesure à **Distance la Satisfaction des Patients Hospitalisés**, DSPH).

Dans une première partie, nous définissons la satisfaction des patients et nous en explicitons les bases conceptuelles et méthodologiques.

Dans une deuxième partie, nous présentons nos travaux qui avaient pour objectifs de : (1) mettre au point et valider un instrument de mesure de la satisfaction des patients en langue française ; (2) contribuer à la connaissance des déterminants des non-réponses ; (3) contribuer à la connaissance des déterminants de la satisfaction ; (4) décrire la satisfaction des patients hospitalisés en France et au Vietnam.

Pour la thèse de Phi Linh NGUYEN THI

IL N'Y A PAS DE PAGE 10.

PARTIE I : LE CONCEPT ET LA MESURE DE LA SATISFACTION



I. LE CONCEPT DE SATISFACTION

"Nowadays people know the price of everything and the value of nothing" Oscar Wilde (1854-1900)

« J'attends de ne pas attendre » Serge Briançon (2002)

«La satisfaction humaine est un concept complexe qui est lié à un certain nombre de facteurs comprenant le style de vie, les expériences antérieures, les expériences futures et les valeurs de l'individu et de la société »³.

Plusieurs revues récentes de la littérature ont résumé la satisfaction des patients, vis à vis des services de soins primaires, des services de santé mentale, des consultants^{2,4-11}. Sans exception, ces revues critiquaient des études existantes sur la satisfaction des patients. Concernant la satisfaction des patients avec les services de consultations, Pascoe (1983) a noté qu'il y a très peu de théories ou de modèle développés, peu d'instruments de mesures standardisés, des instruments de faible fiabilité, et une incertitude concernant la validité de ces instruments⁵. Van Campen¹¹ a confirmé les résultats précédents de Pascoe, notant que les recherches conduites sur la satisfaction des patients manquaient de bases théoriques suffisantes, et que la majorité des instruments manquait d'une méthodologie rigoureuse concernant la fiabilité et la validité des échelles. La compréhension de la conceptualisation théorique de la satisfaction des patients est importante pour identifier les issues méthodologiques qui pourraient émerger quand la mesure de la satisfaction des patients est utilisée en tenant compte du concept interculturel. Pourtant, la satisfaction des patients est un terme largement utilisé mais rarement défini avec clarté.

Avant de positionner le sujet de ce travail dans un cadre conceptuel, il est indispensable, à travers les définitions de la satisfaction existant dans les articles ou revues publiées, d'énoncer quelques définitions des principaux thèmes que nous allons analyser, comme **la qualité des soins, les attentes, les besoins, les perceptions, les expériences, les opinions et les attitudes des patients**¹²⁻¹⁴.

Nous commencerons ce travail par faire un résumé de la définition de la satisfaction des patients existantes dans les domaines sociologique, psychologique et de la recherches de la santé.

Les définitions de la satisfaction des patients

Les besoins et les souhaits du malade font l'objet d'une attention particulière de la part des systèmes de soins depuis de nombreuses années¹⁵.

L'objectif des soins médicaux n'est pas seulement d'améliorer l'état de santé du patient mais aussi de répondre à son attente et d'assurer sa satisfaction. La satisfaction du patient est d'une importance fondamentale comme une mesure de la qualité des soins car elle donne des informations sur la capacité des professionnels de santé à répondre aux valeurs et attentes du client qui sont des domaines où le client est l'autorité suprême¹⁶.

La satisfaction des patients apparaît comme une composante de la qualité des soins. Une meilleure information du patient et la prise en considération de ses besoins sont des priorités du Ministère de la Santé¹⁷.

La satisfaction des patients est un des indicateurs qualitatifs de la performance d'un hôpital : elle peut être considérée comme "un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même"¹⁸, ou comme un indicateur de performance des programmes de soins de santé et du personnel, recherchant ainsi tout dysfonctionnement dans les différents services de santé¹⁹.

Elle est un indicateur d'évaluation des actions de santé pour améliorer la qualité de soins^{6,7,20}. Toute évaluation de la qualité des soins devrait théoriquement inclure d'une mesure de la satisfaction des patients, conjointement à l'utilisation d'autres indicateurs plus objectifs, comme la mortalité ou la morbidité²¹.

La satisfaction des gens est un concept complexe qui est lié à un certain nombre de facteurs comprenant le style de vie, les expériences antérieures, les futures expériences et les valeurs de chaque individu et même celles de la société³ ou qui est lié au suivi thérapeutique, à la continuité des soins et, dans certain cas, au pronostic clinique²².

Les indicateurs de satisfaction des clients sont les plus sujets à caution. Ils sont pourtant indispensables, car la qualité perçue est sans doute la plus importante : elle conditionnera les comportements du consommateur dans sa relation client externe/fournisseur²³.

La satisfaction du patient serait définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats du services⁵.

La satisfaction des patients est conceptuellement définie comme les jugements de la valeur des patients et les réactions ultérieures aux stimulus qu'ils perçoivent dans l'environnement de santé juste avant, pendant et après leur séjour à l'hôpital ou une consultation (Strasser, 1991), cité par ANDEM²⁴.

La satisfaction est déterminée par la disparité d'un standard (attentes, valeurs, ou normes) et des prestations perçues²⁵.

La satisfaction des patients - un des types d'évaluation par des patients - est largement connu par les investigateurs et les politiciens / les gestionnaires / administrateurs comme une mesure essentielle de soins, distinct de l'efficacité des soins²⁶.

La satisfaction des patients a émergé comme un composant important de la qualité du soin médical. Durant la dernière décennie, le patient a été considéré comme le centre du système de santé. Les structures de soins utilisent des données de la satisfaction des patients pour améliorer leur service. Ainsi, la satisfaction des patients a été impliquée en tant qu'antécédent et conséquence de bonne santé^{27,28}.

La mesure de satisfaction est donc un outil important pour la recherche, l'administration et la planification¹⁶.

A travers de ces définitions de la satisfaction des patients, il ressort que la satisfaction des patients est :

- Un des indicateurs de la qualité des soins.
- Considéré comme la différence entre les attentes des patients et leurs appréciations des prestations reçues.
- Constitué de plusieurs éléments.
- Aux multiples déterminants.

Donc, cette partie a pour but d'essayer de mieux comprendre le concept de satisfaction au travers des objectifs suivants :

1. Situer la satisfaction des patients comme un des indicateurs de la qualité des soins.
2. Analyser les éléments constitutifs de la satisfaction des patients.
3. Développer une taxonomie des aspects (des dimensions) de la satisfaction des patients.
4. Identifier les facteurs influençant la satisfaction des patients.
5. Décrire le contexte institutionnel et réglementaire dans lequel s'inscrit la mesure de la satisfaction.

I.1. QUALITE DES SOINS

I.1.1. Définition

Parmi les interprétations divergentes de la qualité, un consensus a été atteint concernant la définition de la qualité par l'Organisation Internationale de Standardisation (norme ISO 802 – 2.1) : *« ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites »*.

Appliqué au monde de la santé, l'OMS en propose cette formulation : *« la qualité, c'est garantir à chaque patient l'assortiment des actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*.

La qualité des soins est définie par l'Institut de Médecine des Etats-Unis comme *« le niveau auquel parviennent les institutions de santé en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles »*²⁹.

La définition retenue par le Ministère des Affaires sociales français indique que *« la qualité des soins est la capacité à organiser le processus de soins de façon à ce qu'il aboutisse à une augmentation de la probabilité d'une réponse favorable tout en diminuant la probabilité des effets négatifs potentiels »*.

I.1.2. La qualité des soins selon les différents points de vue

L'évolution de l'hospitalisation vers une meilleure qualité est une priorité pour le système de soins. Beaucoup de travaux sur ce sujet ont été réalisés dans les pays anglo-saxons depuis les années 60, et ont mis en exergue que la qualité des soins de santé peut se refléter à travers les points de vue des différentes parties concernées : (1) du patient/consommateur, (2) du professionnel, (3) de l'établissement/institut de soins, (4) du système Protection sociale, (5) du gouvernement¹¹.

Chaque type de point de vue est supposé avoir des critères standardisés et une perception de la qualité des soins qui peut-être variable suivant sa structure, et ses objectifs :

La qualité, selon le point de vue des patients, se définit en fonction de leurs besoins et de leurs attentes en matière de soins et de services.

La qualité, d'après le point de vue des praticiens comprend l'efficacité clinique en ce qui a trait à l'exactitude du diagnostic, à la pertinence et à l'efficacité du traitement et des soins fournis¹¹.

La qualité, pour les établissements / institutions de soins est de produire la meilleure prestation des soins au coût le plus faible (coût-efficacité), avec l'objectif que les patients reviennent quand ils en ont besoin.

La qualité, dans un point de vue du système de Protection sociale, concerne la rentabilité, la gestion et l'utilisation des ressources pour arriver aux résultats de santé escomptés.

Enfin, pour la société ou le système de santé, la qualité s'exprime souvent en optimisation des ressources et en avantages pour la collectivité en général.

Le concept de satisfaction des patients est utilisé pour l'évaluation de la qualité des soins à partir du point de vue de patient. Le feedback des patients (des utilisateurs) du système de santé est généralement considéré comme essentiel pour évaluer et assurer la qualité.

I.2. POINTS DE VUE DE LA MESURE DE LA SATISFACTION

Il existe trois aspects du point de vue de la mesure qu'il faut prendre en compte dans la mesure de la satisfaction du patient :

1. A partir de quelle préoccupation est construit un instrument de mesure : des patients, des professionnels ou de l'administration ?
2. Auprès de qui la mesure est-elle réalisée : les patients, les professionnels ou l'administration ?
3. A qui sont destinés les résultats de la mesure : aux professionnels ou à l'administration ?

Concernant les professionnels ; on peut dire que comprendre et répondre aux besoins des patients est un des objectifs de la médecine. Voir les attentes des patients produit une plus grande satisfaction au niveau des soins, ce qui, en retour, a été mis en relation avec une plus grande adhésion au traitement. Analyser les buts et les attentes des patients est un point critique pour

prendre les décisions cliniques dans lesquelles les préférences jouent un rôle. Pourtant, à cause des attentes des patients qui peuvent parfois être déraisonnables, les praticiens doivent être préparés à éduquer leurs patients. Finalement, prendre en compte les attentes des patients crée des chances pour les négociations cliniques et augmente le rôle actif du patient dans les relations médicales, qui peut elle-même apporter de meilleurs résultats².

Concernant l'administration ; améliorer la qualité des prestations tant des soins eux-mêmes que de l'environnement des soins. Respecter les préférences des patients est une des dimensions qui permet de mesurer la performance d'un système de soins. Pourtant, des attentes irréalistes ou erronées peuvent augmenter l'utilisation et le coût des soins de santé alors qu'elles ne produisent qu'un petit bénéfice. Comprendre les attentes des patients peut aider les efforts éducatifs visant à réduire d'irraisonnables demandes².

L'étude de la satisfaction n'a de sens que si sont connus d'une part la position de celui qui observe, et d'autre part l'objectif poursuivi²⁴.

Il existe un autre point de vue dans la mesure de la satisfaction des patients que nous ne voulons pas détailler dans ce paragraphe. C'est celui des chercheurs qui ont pour but d'identifier les déterminants, les conséquences de la satisfaction ou les facteurs, les interventions susceptibles de l'améliorer la satisfaction. Les attentes des patients peuvent servir de variables indépendantes dans l'étude de la satisfaction des patients, le comportement des praticiens, le choix des consommateurs pour le fournisseur de soins et la qualité des soins. Les attentes des patients peuvent servir également de variables dépendantes dans l'étude de la façon dont les patients développent leurs attentes, l'influence de la profession médicale et de l'industrie de soins sur leur développement et où l'éducation et les autres efforts de persuasion peuvent les mener². Ce point sera discuté dans la partie intitulée « La Mesure ».

I.3. ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

La satisfaction est donc l'écart entre les attentes et les expériences vécues par les patients dans un contexte clinique. La partie des expériences vécues est détaillée dans le paragraphe suivant concernant les taxonomies des aspects de soins vécus par les patients. Donc, dans ce paragraphe nous présentons les deux éléments : les attentes et les écarts.

I.3.1. Les attentes

La difficulté à définir le concept de satisfaction est due aux différentes préoccupations, à sa nature multidimensionnelle et de nombreux facteurs (caractéristiques socio-démographiques, de santé, de structure de soins ...) peuvent influencer ce concept.

I.3.1.1. Définition

Reprenons une des définitions : « La satisfaction est déterminée par la différence entre les besoins/les attentes des patients et les soins reçus ». Il faut comprendre la notion de l'attente des patients et comment on prend en compte cette notion dans la mesure de la satisfaction. Les études les plus récentes sur les attentes des patients ont éludé le problème de ces définitions, mais seuls un certain nombre d'entre elles définissaient de façon rigoureuse leur sujet². Dans la partie suivante, nous essayons de placer les attentes des patients dans un contexte clinique en décrivant comment elles se développent et comment elles peuvent affecter les résultats de soins.

La conceptualisation des attentes, « expectation » en anglais, varie selon les auteurs.

Le Webster Collegiate Dictionary (Merriam-Webster, 10th ed., 1993) fournit plusieurs définitions de « expectation » : an anticipation (a looking forward to), an entitlement (looking for as due, proper, or necessary), a justification (reason or warrant for looking forward to something), and a likelihood (the degree of probability of the occurrence, duration, etc. of something).

Traduction en français : une anticipation, un droit (considéré comme un dû, propre ou nécessaire), une justification (raison d'attendre quelque chose), et une vraisemblance (le degré de

probabilité de survenue, de la durée, etc. de quelque chose).

L'Encyclopédie Hachette (Hachette Multimédia, version 5.0, 2000) fournit plusieurs définitions de l'attente, deux entre elles sont espérance, prévision. Les synonymes de l'attente sont expectative (une politique d'attente), ou calcul, désir, espérance, espoir, prévision, souhait (décevoir les attentes de quelqu'un).

Le Dictionnaire de psychologie (www.granddictionnaire.com) fournit une définition de l'attente comme le sentiment, exprimé ou non, d'avoir une réponse à un désir. Et celle de l'expectation comme attente teintée d'espérance ou attention active vers les conséquences d'une suite d'expériences ou d'événements auxquels le sujet se sent intéressé mais dont il ne connaît pas l'issue précise.

Cette complexité dans les définitions est le reflet de la littérature, où le terme d'attentes des patients est utilisé dans des sens largement différents.

I.3.1.2. Type d'attente

Dans une revue de la littérature récente sur les attentes, Thompson et Suñol¹ ont identifié quatre types d'attentes: idéale (ideal), prévue (predicted), normative (normative), « non-formulée » (unformed). Cependant, il nous apparaît que cette modélisation des attentes est difficile à comprendre. Nous proposons donc pour notre travail, une approche légèrement différente basée sur une adaptation de la classification précitée. Notre classification est élaborée sur la base de deux types d'attentes : celles dites « construites » et celles dites « non-construites ». Le premier type se décompose en trois sous-types : les attentes idéales, pragmatiques (qui correspondent au type prévue ou « predicted ») et normatives. Le second type correspond uniquement aux attentes non-construites (qui correspondent au type « unformed »).

I.3.1.2.1. Les attentes construites

Idéale (Ideal) : les chercheurs qui conceptualisent les attentes du consommateur comme idéales, se réfèrent à des attentes qui n'existent que dans la pensée et non dans le réel.

Pragmatique (predicted) : les chercheurs, qui conceptualisent les attentes du consommateur comme des

attentes prévues, croient que les attentes du consommateur sont des prédictions du sujet de ce qui est susceptible de se produire de façon réaliste, pragmatique.

Normative (normative) : les attentes ont été également conceptualisées en tant que standards (normes) normatifs. Les attentes normatives sont prises pour représenter ce qui devrait ou doit de se produire, et pourraient être comparées à ce qu'on a dit aux patients ou ce qu'on leur a fait croire ou ce dont ils déduisent personnellement de ce qu'ils doivent recevoir des services de santé. Les attentes normatives sont liées à une évaluation subjective de ce qui est mérité dans une situation donnée, et certains l'étendent également à une évaluation approuvée socialement.

I.3.1.2.2. Les attentes non-construites

Les attentes non-construites se produisent quand les consommateurs ne peuvent pas ou ne veulent pas, pour des raisons différentes, exprimer leurs attentes, peut être parce qu'ils n'en ont pas, ou trouvent que c'est trop difficile à exprimer, ou ne souhaitent pas confier leur sentiment, dû à la crainte, à l'inquiétude, à la conformité à des normes sociales, etc.... Ceci peut être un phénomène provisoire avant d'avoir acquis de l'expérience et la connaissance. Les auteurs discutent du fait que les attentes non-construites peuvent être tout à fait communes dans le contexte de la santé, où les personnes précédemment en bonne santé peuvent rencontrer beaucoup de nouveaux aspects du système de santé une fois qu'elles deviennent malades. Ainsi ils peuvent rencontrer le système de santé sans attente prédéfinie.

Une revue de la littérature de Kravitz RL en 1996, a proposé une autre classification de l'attente. Pour lui, les attentes des patients peuvent être envisagées selon deux directions fondamentales différentes : comme des probabilités ou comme des valeurs².

(1) Les attentes comme probabilités : sont les expressions de ce que les patients pensent, ce sont les croyances de vraisemblance de survenue dans le futur. Ces attentes correspondent à des « espérances » (expectancies). Elles correspondent au type « predicted » ou « pragmatiques » dans la classe des « attentes construites ». **Les patients jugent** d'une vraisemblance qu'un ensemble d'événements à de se produire.

Cette direction a reçu une attention très limitée. Même si plusieurs études ont montré une association entre les attentes comme probabilités et la satisfaction, les preuves sont insuffisantes pour conclure que les « espérances » apportent une contribution indépendante à la satisfaction des patients après avoir contrôlé des attentes comme les valeurs et de l'accomplissement de l'attente.

(2) Les attentes comme valeurs : sont des expressions de ce que les patients veulent : les souhaits, ou désirs des patients concernant les événements cliniques. **Les patients examinent subjectivement la conformité** à leurs attentes comme valeurs exprimées comme des besoins perçus, des normes, ou des droits. Les attentes comme valeur peuvent être des expressions du désir (ce qui est voulu), de la nécessité (ce qui est perçue comme nécessaire), du droit (celui qui est possédé ou à ce à quoi on a droit), des normes (ce qui devraient être), ou de l'importance (une catégorie hybride, car les désirs, les besoins, et les droits peuvent tous être classés selon leur importance). Elles correspondent au type « idéal » et « normatif » dans la classe des « attentes construites ».

I.3.2. Le concept d'écart - Les théories et modèles de la satisfaction des patients

I.3.2.1. Les théories (de base) de la satisfaction

La grande majorité des études sur la satisfaction des patients sont non théoriques, Linder-Pelz³⁰ fait exception en 1982 ; il a utilisé plusieurs types de théories psycho-sociologiques, comprenant la théorie de l'écart, la théorie de l'accomplissement et la théorie de l'équité pour formuler des hypothèses concernant les déterminants de la satisfaction des patients.

Ces trois théories s'intègrent au paradigme de disconfirmation, modèle qui prédit la formation de la satisfaction comme un processus comparatif : elle résulte de la disparité entre un standard (attentes, valeurs ou normes) et des prestations perçues²⁵. Les attentes peuvent être positivement disconfirmées : c'est à dire que les attentes dépassées (expectations exceeded), confirmé : c'est à dire que les attentes sont satisfaites (expectations met) ; ou négativement disconfirmé : c'est à dire que les attentes ne sont pas satisfaites (expectations not met).

I.3.2.1.1. Théorie de l'accomplissement ("fulfillment theory")

Dans la théorie de l'accomplissement, la satisfaction est conceptualisée comme une simple différence entre les attentes que le patient ou sujet avait au préalable et la prestation qui lui est fournie. Mathématiquement, la théorie de l'accomplissement peut être formulée comme suit :

$$Satisfaction = O - E$$

Là où E est ce qui est attendu et O est ce qui s'est réellement passé.

I.3.2.1.2. Théorie de l'écart ("discrepancy theory")

Dans la théorie de l'écart, la satisfaction est conceptualisée comme une différence entre ce qui s'est réellement passé et ce qui était attendu, rapporté à ce qui est attendu. Mathématiquement, la théorie d'écart peut être formulée comme suit :

$$Satisfaction = (O - E) / E$$

Où E et O sont comme définis ci-dessus.

I.3.2.1.3. Théorie de l'équité ("equity theory")

Dans la théorie de l'équité, les patients sont satisfaits quand ils perçoivent leur partage de ressources en relation avec ce que les autres reçoivent, ajusté à des normes ou des règles d'accord, c'est à dire que les gens pensent qu'ils sont traités équitablement. La théorie de l'équité diffère des théories de l'accomplissement et de l'écart dans le sens qu'elle souligne l'importance des comparaisons interpersonnelles entre la façon dont une personne est traitée par rapport aux autres plutôt que des comparaisons intrapersonnelles entre ses propres attentes et les perceptions de ce qui se produit.

I.3.2.2. Les modèles de la satisfaction des patients

Des modèles conceptuels sophistiqués de la satisfaction des patients qui incorporent la théorie de disconfirmation ont été construits. Un modèle composite qui inclue les trois théories citées au-dessus a été proposé par Oliver³¹. Les trois autres modèles que nous présentons ci-dessous sont des modèles proposés par Thompson et Suñol¹ basés sur les études de marché conduites par Anderson (1973) et

Parasuraman (1991).

I.3.2.2.1. Le modèle « cognition-affects » (cognition-affect)

Ce modèle de Oliver (1983) combine le paradigme de disconfirmation, la théorie de l'équité et introduit également intermédiaire entre la performance réelle et la satisfaction. Les affectifs tant positifs que négatifs qui sont influencés par d'autres phénomènes indépendants des performances des soins offerts (figure 1).

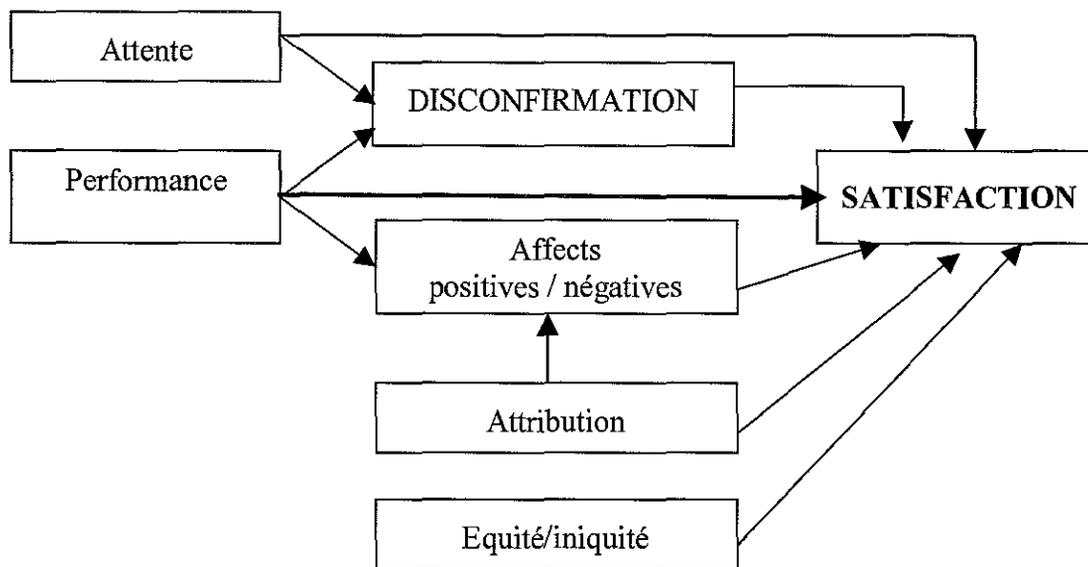


Figure 1. Modèle « cognition-affect », adapté de Oliver³¹

I.3.2.2.2. Le modèle "assimilation-contrast" (figure 2)

Ce modèle de perception proposé par Anderson dérive de la théorie de la dissonance cognitive. Dans ce modèle, il énonce que quand les perceptions de la performance ne diffèrent que légèrement des attentes, il y a une tendance à ce que les personnes déplacent leurs perceptions vers leurs attentes : c'est l'effet d'assimilation. Cependant, il y a un seuil de chaque côté de cet intervalle au delà duquel les gens ne peuvent plus effectuer le déplacement mais commencent à exagérer la différence qui augmente entre les perceptions et les attentes : c'est l'effet de contraste.

Le figure 1 décrit le modèle d'Anderson. L'axe horizontal représente la performance objective ou réelle, l'axe vertical représente la performance perçue, et l'axe diagonal représente les attentes. Quand la différence entre les attentes et la performance réelle est petite (entre les flèches), la différence entre les

performances perçue et réelle est minimale. Quand les attentes et la réalité de la performance sont grandes (en dehors des flèches), la différence entre les performances perçues et réelle est exagérée.

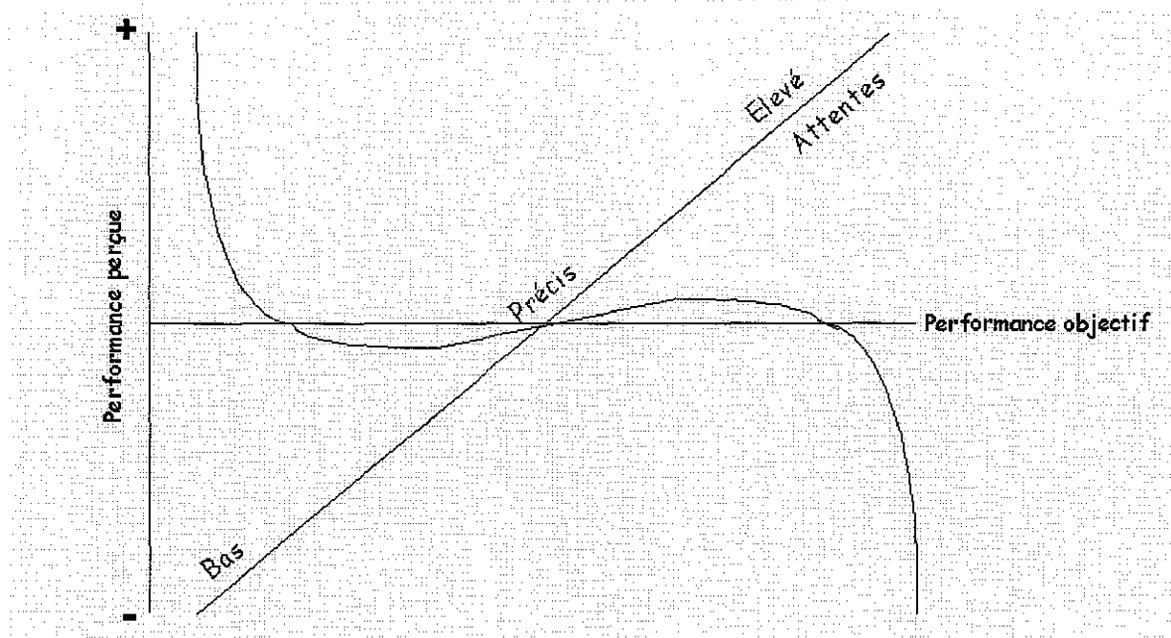


Figure 2. Modèle « assimilation-contrast » de perceptions

I.3.2.2.3. Le modèle de « zone de tolérance »

Ce modèle (figure 3) définit une zone de tolérance comme un intervalle entre les niveaux adéquats et désirés des attentes vis-à-vis des services fournis. La zone de tolérance dans ce modèle correspond aux effets d'assimilation proposés dans le modèle précédent. Ce modèle de Parasuraman prend la mesure supplémentaire de distinction entre les attentes des processus et celles des résultats. Cette distinction semble être pertinente dans le contexte de la santé, où les patients peuvent avoir différentes attentes entre le processus et les résultats. Par exemple, la qualité de la nourriture de l'hôpital pourrait avoir une grande zone de tolérance et un niveau plus bas de performance de service que l'efficacité des traitements.

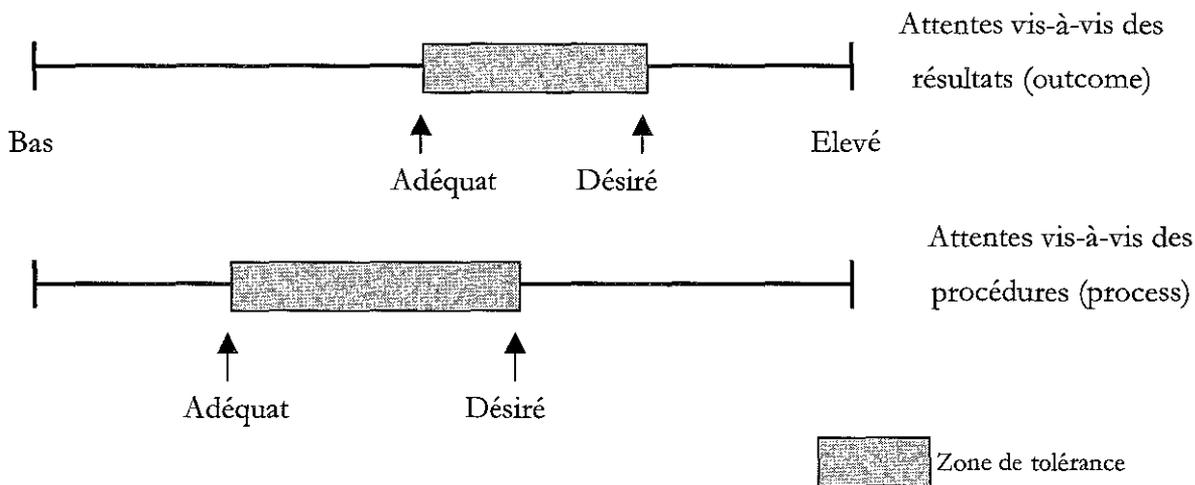


Figure 3. Modèle de « zone de tolérance », adapté de Parasuraman et al³²

I.3.2.2.4. Le modèle « assimilation-contrast » adapté de Thompson et Suñol

Thompson et Suñol¹ rejettent la notion d'une mesure de la performance objective. Dans leur modèle (Figure 4), la performance est jugée seulement par des utilisateurs en termes de perception. Les perceptions initiales de la performance sont représentées par un axe diagonal en pente décroissante (de haut en bas) et des perceptions de post-assimilation/contraste sont représentées par un axe diagonal en pente ascendant. Une zone de tolérance autour des attentes prévues est définie, limitée par un niveau prévu minimum et un niveau normatif réalisable, sur l'hypothèse que les attentes normatives excéderont les attentes prévues. Quand les perceptions initiales excèdent les attentes prévues dans la zone de tolérance, le modèle montre qu'il y a un peu moins de satisfaction que prévu du à un effet d'assimilation. Cependant, quand les perceptions initiales excèdent les attentes prévues en dehors de la zone, le modèle montre qu'il y a plus de satisfaction que prévu du à un effet de contraste. Thompson et Suñol proposent que les courbes représentées dans leur modèle diffèrent à travers des domaines d'évaluation par des patients.

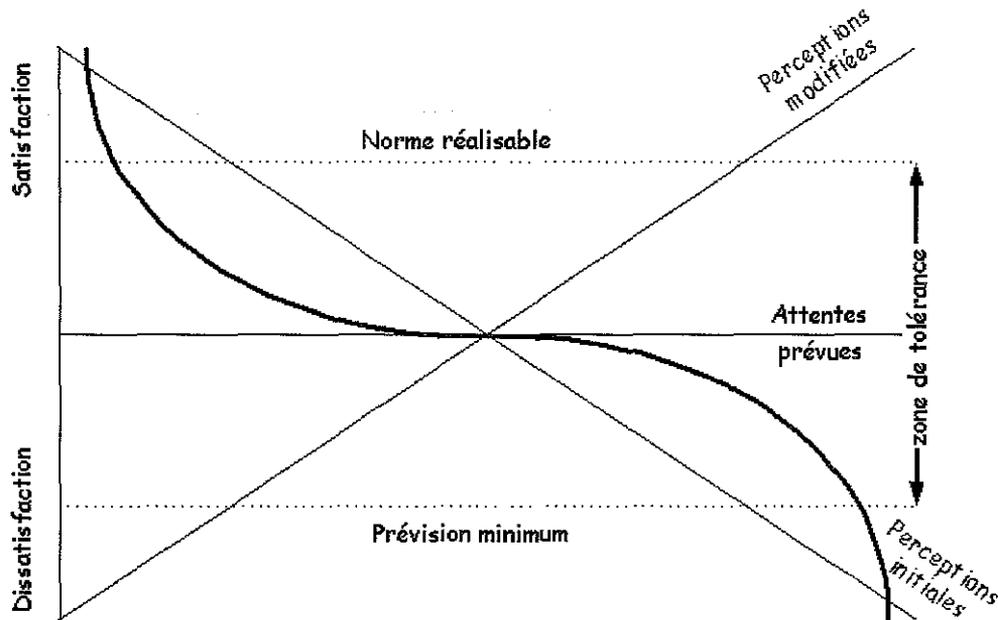


Figure 4. Modèle « assimilation-contrast » de la satisfaction, adapté de Thompson et Sunöl¹

En résumé, ces modèles reviennent aux théories citées précédemment, les écarts entre les attentes et les soins perçus ou les prestations fournies perçues. L'apport de ces modèles est de permettre une analyse plus fine des causes d'insatisfaction des patients et d'entrevoir des champs d'actions plus vastes qui peuvent répondre aux objectifs des différents acteurs de santé²⁰.

En terme pratique, nous avons emprunté le modèle de Kravitz de 1996. Ce modèle général est conforme à plusieurs théories socio-psychologiques, comme cité ci-dessus². La figure 5 présente ce modèle des attentes des patients face à un autre contexte clinique important. Dans cette figure, les premières attentes des patients pour les soins sont formulées avant la rencontre médicale mais peuvent subir des modifications dans le déroulement de la rencontre. Les attentes initiales peuvent être clairement formulées ("Je veux que le médecin me prescrire un antibiotique") ou amorphe ("J'espère que le médecin s'intéresse à mon problème et essaie vraiment de le résoudre"). Les déterminants possibles des attentes initiales des patients incluent les caractéristiques socio-démographiques, les expériences antérieures avec le système de soin (incluant les contacts antérieurs avec le médecin) et des caractères spécifiques biopsychosociaux².

Durant la visite médicale, les patients perçoivent divers événements qui peuvent arriver (ce qui s'est réellement passé). Ces perceptions sont, bien sûr basées sur ce qui s'est réellement passé mais sont filtrées par les sensations et la structure psychologique du patient. L'appréciation de la visite, qui commence durant la rencontre et continue après, résulte d'un processus comparatif dans lequel les perceptions ce qui s'est passé sont liés aux attentes (croyances sur la probabilité de survenue d'un événement) et les valeurs (attitudes face aux événements potentiels). L'appréciation est également affectée directement par d'autres facteurs comme l'âge, la provenance ethnique, et l'état de santé du patient.

Dans cette figure, l'auteur veut différencier les caractéristiques des attentes des patients eux-mêmes et celles des approches utilisées pour les mesurer. Les premières sont les définitions (probabilités vs valeurs que nous avons présentées dans la partie précédente concernant les types d'attente), leur niveau de spécificité (les attentes vis-à-vis des soins en général versus les attentes spécifique vis-à-vis d'une consultation), et leur contenu (structure, procédure ou résultat de soins). Les aspects importants pour les deuxièmes incluent le moment de l'étude (longtemps avant, juste avant ou après la rencontre médicale).

Niveau de spécificité des attentes : dans le modèle, les attentes générales sont visualisées en tant qu'une des causes déterminantes des attentes spécifiques. Les attentes générales et spécifiques sont habituellement mais pas toujours concordantes. Par exemple, un patient qui a attendu qu'une consultation médicale dure 30 minutes (attentes générales) peut estimer que 10 minutes sont parfaitement adéquates pour un problème simple déjà connu par le médecin.

Le contenu : développé par Donabedian (1980), les patients peuvent avoir des attentes concernant les structures du système de santé, les procédures ou processus, et les résultats.

Moment de l'étude : les attentes obtenues avant versus après la rencontre des soins. Sous le cadre représenté sur la figure 5, les patients comparent leurs attentes à ce qui s'est réellement passé en formant des jugements évaluatifs. Comme abordé plus tôt, une attente est une croyance ou une attitude qui est formée avant la visite, modifiée pendant la visite, et mise en référence après la visite afin de faire

un jugement global concernant la satisfaction. Bien que les attentes d'avant consultation soient influencées par des survenues cliniques ultérieures (tels que la négociation médecin-patient), elles peuvent être moins appropriées que celles qui persistent pendant et après la consultation.

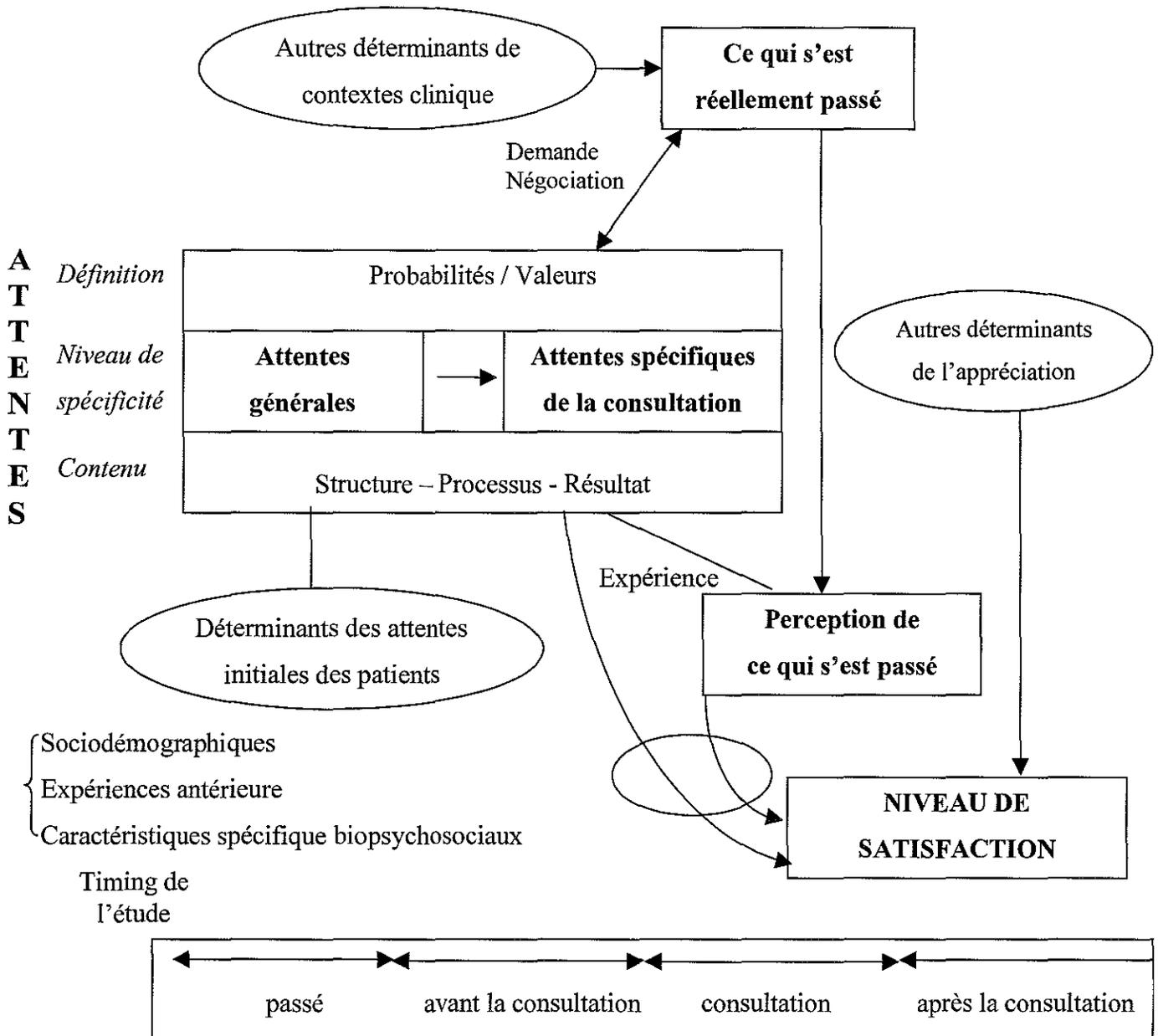


Figure 5. Un modèle idéalisé de relation entre attente et satisfaction des patients en consultation, adapté de Kravitz²

I.4. TAXONOMIE DES ASPECTS DE SOINS DANS LA MESURE DE LA SATISFACTION

Il est important d'identifier les aspects précis des soins auxquels les patients sont sensibles et pour lesquels ils sont le plus apte à donner un avis. C'est sur ces aspects qu'il faut choisir les items d'un questionnaire de satisfaction. Les questions d'étude sont divisées en sections qui suivent largement l'expérience hospitalière du patient. Il existe différentes classifications des aspects des soins, selon les différents découpages, sur lesquels peut porter la mesure de la satisfaction. Ces aspects sont appelés couramment « dimensions de la satisfaction » ou « domaines de la satisfaction ».

La classification de Donabedian basée sur les objectifs de l'évaluation des soins¹⁶. Elle sont appliquées par les autres auteurs^{6,22,26,33}.

(1) La structure (ou les ressources) : Elle se réfère aux caractéristiques relativement stables de divers aspects de l'organisation des structures de soins : au niveau des fournisseurs de soins (soignants et administratif), leurs ressources (équipements médicaux et non médicaux), l'endroit physique et organisationnel dans lequel ils travaillent.

(2) Les procédures : Elle est l'objectif principal de l'évaluation, mais le jugement de qualité est basé sur ce qui est connu concernant la relation entre la procédure et les conséquences de la procédure sur la santé et le bien-être des individus et de la société. La qualité des procédures des soins est définie pour la médecine en termes de normes, et, pour la société d'éthique et de valeurs. Par exemple : prise en charge de la douleur et des problèmes sociaux ou psychologiques, information médicale, relations avec l'équipe soignante, comportements soignants, procédure interpersonnel (relation cliniciens / patients et cliniciens / cliniciens)...Ca suppose un découpage plus ou moins finement avec des différentes activités.

(3) Les résultats : Il se réfère au changement entre l'état de santé actuel somatique comme psychosocial et l'état de santé futur du patient attribuable aux soins fournis en court terme et en long terme.

De plus, comme la prise en charge du patient requiert un grand nombre d'activités, il est possible de

séparer ces activités en deux domaines :

(a) Le domaine technique : De la qualité des techniques diagnostiques, des procédures thérapeutiques et des équipements, de la convenance et de l'efficacité des traitements, de l'efficacité du système de délivrance de ces soins (l'accès aux soins et l'équité : soigne-t-on les bons malades, ceux qui justifient réellement des soins, les structures des soins sont-elles adaptées à leur environnement).

(b) Le domaine interpersonnel : La dimension humaine, relationnelle et de confort. Les aspects interpersonnels des soins regroupent les aspects socio-psychologiques de la relation médecin/malade²⁶ ou ont pour but de satisfaire les besoins physiques et émotifs des patients par la façon dont les patients perçoivent et jugent leur prise en charge par leur expérience et ceci peut seulement être évalué par le patient lui-même^{16,22}.

Cette classification ressemble celle de Steudler, en regroupant plus finement, cité par ANDEM²⁴: les domaines technico-médicaux, les domaines psychiques et sociaux et les domaines matériels et intellectuels.

- Les domaines technico-médicaux : Elles correspondent aux besoins organiques primaires appropriés, à une quête de sécurité. Le malade "touché dans son corps" [...] attend une réponse à ses troubles, à sa souffrance, à une identification et une restauration partielle ou totale de ses signes fonctionnels, de son organisme.
- Les domaines psychiques et sociaux : Elles ont des contacts sociaux avec le nouvel environnement. Le patient "en proie à une inquiétude résultant de la rupture de milieu, en situation de fragilité" ; ses attentes, sa recherche d'informations sont fortes de contacts sociaux au sein de ce nouvel environnement.
- Les domaines matériels et intellectuels : Le patient attend un confort matériel, une aide intellectuelle et spirituelle permettant de mieux affronter la souffrance et la mort, de se sentir un peu comme chez lui, de ne pas être coupé de la vie extérieure en conservant ses activités intellectuelles ou de loisir. Tout ceci traduit le désir de ne pas être dévalorisé, de retrouver l'estime de soi malgré la présence de la maladie.

En ayant donné les différentes façons avec lesquelles les attentes des patients ont été conceptualisées et définies, les différents éléments avec lesquels les attentes des patients ont été influencés et modifiés; il n'est pas surprenant que les écrits sur le sujet soient extrêmement hétérogènes. Dans cette partie, nous essayons de résumer des distinctions clés entre les théories citées ci-dessus, des revues et des articles récemment publiés et de développer une taxinomie utile en ce qui concerne les attentes des patients pour les soins.

Taxonomie aspects de soins vécus par des patients hospitalisés

Une revue de la littérature basée sur 112 publications a été réalisée par Rubin⁶ qui propose une taxonomie des différentes phases dans la mesure de la satisfaction des soins pouvant être explorées dans les enquêtes de satisfaction (tableau 1).

Ainsi, si le malade est généralement incompetent pour juger des bases scientifiques et des aspects techniques des traitements qui lui sont prodigués, il sait la manière dont il a été accueilli, il connaît le temps qu'il a attendu en consultation, à un examen, s'il a ou non été informé de ce qu'il a et de ce qu'on va lui faire, il peut apprécier la politesse et la sollicitude des médecins et des infirmières à son égard, le confort de son installation, le silence nocturne de sa chambre, la qualité de la nourriture... de même qu'il sait s'il a ou non été soulagé de ses symptômes, s'il souffre et si l'on essaie ou non de calmer ses douleurs. En fin, il sait s'il a confiance ou non dans l'équipe qui l'a pris en charge, et s'il recommanderait cet établissement à un proche ou s'il aurait l'intention d'y retourner. Même s'ils ne préjugent pas de la pertinence et de l'efficacité technique des soins, tous ces éléments font partie de la qualité du service rendu¹⁶. A partir des différentes classifications et taxonomies citées ci-dessus, nous proposons 8 dimensions principales dans la mesure de la satisfaction qui comprennent chacune un certain nombre d'items (figure 6).

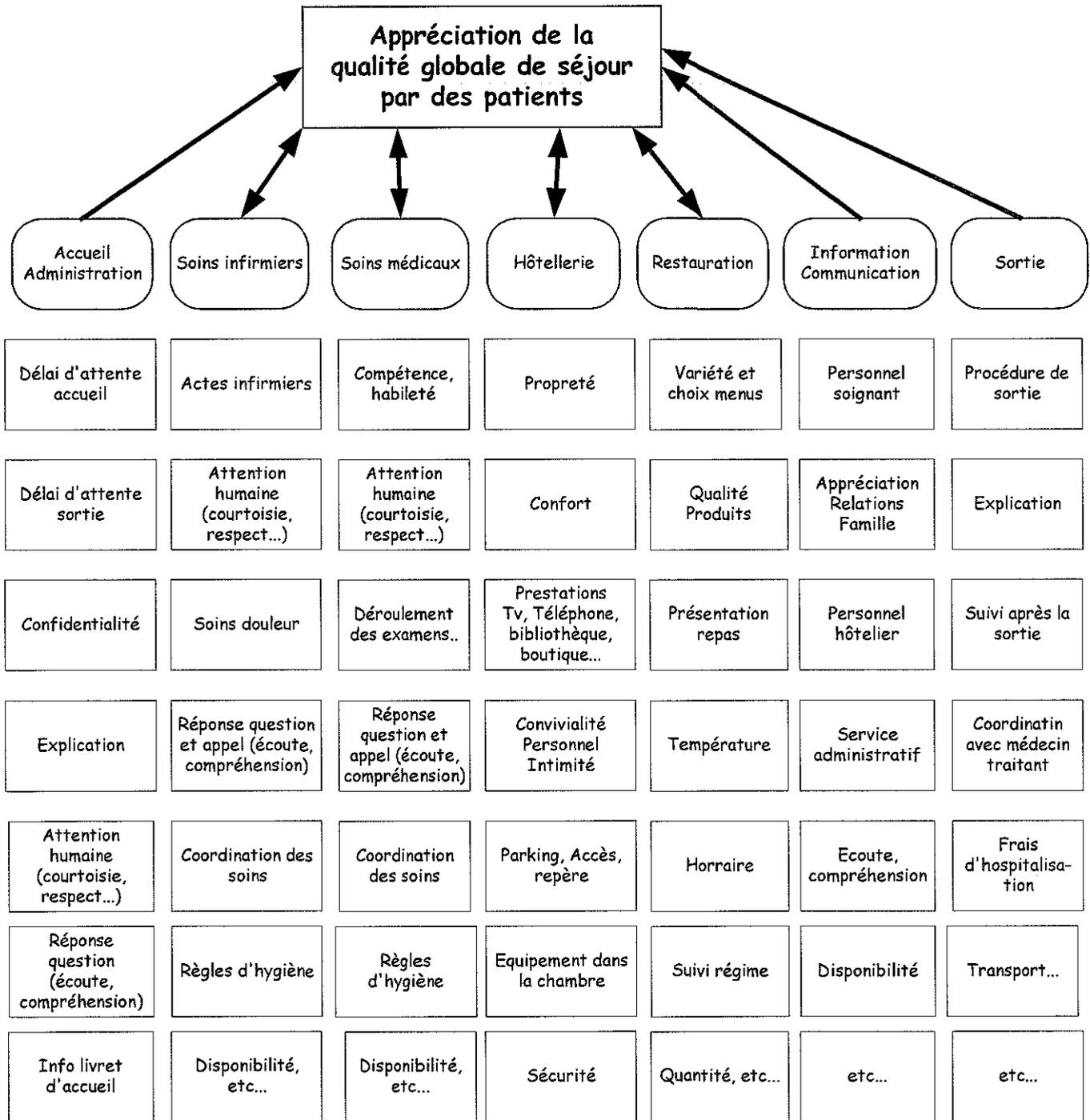


Figure 6. Des dimensions de la satisfaction des patients

Tableau 1. Taxonomie des différents aspects de soins

Les aspects de soins

I. Admission

- A. Durée d'attente
- B. Explications

II. Soins dans les services

A. Soins infirmiers

- Bedpans, assistance de toilette
- Promptitude, disponibilité
- Communication
- Attitude envers les patients, ou capacité à le démontrer (support émotionnel, respect d'estime de soi de patient)
- Soins physiques
- Habilité technique

B. Soins médicaux

- Communication
- Attitude envers les patients, ou capacité à le démontrer (intérêt, soin, rapport)
- Habilité clinique (compétence, convenance de diagnostic et de traitement)
- Habilité à reconforter
- Encouragement à la réciprocité

C. Communication

- Quantité
- Disponibilité

D. Autres personnels, autres services et autres soins

- Politique de visite et traitement
- Planning du service
- Organisation du service, surveillance, l'atmosphère/ambiance, règles, politiques
- Activités
- Personnels de laboratoire
- Agréments (Radio, télévision, téléphone, bibliothèque ...)

III. Aménagement de la chambre

A. Structure, équipement et accommodement

- Chambre et service
- Salle de bain et sanitaires : propreté, intimité, accessibilité et équipement
- Bruit, tranquillité
- Propreté de la chambre
- Intimité de la chambre
- Confort du lit

B. Nourriture

- Service des repas
- Qualité de la nourriture
- Diététiciens

IV. Sortie

- A. Instruction et information
 - B. Notification (explication)
 - C. Planning après l'hospitalisation et du suivi médical
 - D. Procédure (organisation, durée)
-

I.5. FACTEURS INFLUENCANT LA SATISFACTION DES PATIENTS

Le concept de satisfaction des patients demeure ambiguë en dépit de sa signification commune. Sa mesure s'est développée autour de trois pôles que sont la réalisation d'enquêtes empiriques, le développement de méthodes d'investigation et l'élaboration de modèles et de théories. Une stratégie cohérente de la mesure de la satisfaction devrait associer ces trois axes de recherche³. En effet le seul recours aux enquêtes empiriques sans cadre théorique sous-jacent présente peu d'intérêt : on devrait, pour légitimer son évaluation, démontrer que la satisfaction est liée à des attributs de la prestation hospitalière accessibles à des actions correctives²⁶. C'est pourquoi, l'identification des déterminants de la satisfaction et l'interprétation de leur rôle constituent une priorité. En plus, lors de la présentation des résultats de mesure de la satisfaction la tentation sera grande d'effectuer des comparaisons entre les structures des soins. C'est alors avec une extrême prudence que ces informations devront être utilisées compte tenu des facteurs pouvant influencer cette mesure : état de santé objectif et subjectif du patient, aspects psychologiques et socio-démographiques. Il sera donc important de considérer l'ensemble de ces facteurs dans l'interprétation des résultats d'enquête de satisfaction. A travers d'une revue de la littérature, Thompson et Sunöl peuvent identifier un nombre des facteurs personnels et sociaux influençant comme les besoins, les valeurs, les intentions, les expériences, les émotions, les normes sociales, les facteurs sociodémographiques...¹. Les propriétés métrologiques des questionnaires sont également un aspect trop souvent négligé et qui peut remettre en cause la validité des résultats²⁰.

Il est essentiel de distinguer les caractéristiques des attentes des patients elles-mêmes et les caractéristiques des approches utilisées pour les évaluer et les mesurer. Dans ce paragraphe, nous discutons la première partie, la deuxième va présenter dans la partie de la mesure.

Donc, il importe de connaître les caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients qui influent sur leur satisfaction, indépendamment des soins. Ce point est très important car il permettra de définir des variables d'ajustement indispensables si l'on veut comparer des structures entre elles ou une même structure au cours du temps. Il importe notamment de vérifier que des différences observées de

niveau de satisfaction ne sont pas entièrement liées à un effet "recrutement", mais bien à un effet "structure de soins". Pour cela, le recueil des caractéristiques socio-démographiques des patients est systématique bien que leur rôle ne soit pas élucidé³⁴; et il faut réaliser des analyses multivariées qui apportent des informations supplémentaires pour la validation de l'outil. Quelles sont des variables « background » ?

1.5.1. Les caractéristiques psycho-socio-démographiques

Toutes les théories de satisfaction des patients incorporent les attentes comme causes déterminantes de satisfaction, et la recherche sur les causes des attentes suggère que des facteurs socio-démographiques comprenant l'âge, le sexe, et la race/l'ethnie influence les attentes^{2,34}, ou l'éducation, la classe sociale, le statut matrimonial et la santé perçue, peuvent influencer les niveaux de satisfaction et affecter directement des services de soins³⁴⁻³⁶. L'influence de ces facteurs socio-démographiques a été largement étudiée, mais les résultats sont inconstants selon le pays et le type de structure de soins étudié. Il est difficile de déterminer si la relation entre ces variables et la satisfaction est due à des niveaux de soins attendus différents ou et à la facilité d'exprimer des opinions négatifs ou enfin à des différences dans la qualité des soins reçus réelles.

Seul l'âge est lié de façon constante avec la satisfaction, les répondants les moins âgés étant les moins satisfaits^{2,6,28,34,35}. Pourtant, cette relation n'est pas tout à fait linéaire. Il existe une chute des scores de satisfaction dès que l'âge passe à un certain seuil de plus de 75 ou 80 ans selon les auteurs^{36,37}.

D'autres facteurs pouvant influencer la satisfaction sont fréquemment inclus dans les questionnaires. Il s'agit du niveau d'éducation, de la classe sociale, du statut matrimonial^{28,35}, du niveau de revenu ou du niveau socio-économique²⁸, de l'origine ethnique, et du lieu d'habitation. La satisfaction est meilleure quand le niveau d'éducation et le niveau social sont bas et chez les patients mariés, ou les patients ne vivent pas seuls. Elle est meilleure quand les patients habitent dans les régions non-urbaines. Notons que l'effet du niveau social, retrouvé dans des études réalisées aux Etat-Unis, ne l'est pas dans les travaux anglais, canadiens ou français.

En résumé pour les variables socio-démographiques, il y a plusieurs opinions divergentes. Pour certains auteurs, comme Hall et Dornan²⁸ dans une méta-analyse soulignait le faible pouvoir prédictif des caractéristiques socio-démographiques des patients. Pour les autres, les relations de ces variables avec la satisfaction sont inconstantes, voire contradictoire. Elles ne doivent toutefois pas être négligées sachant que les modèles multivariés les plus exhaustifs n'expliquent qu'une faible proportion de la variance de la satisfaction³⁸. Et d'après une revue littérature de Rubin, de nombreuses investigations ont retrouvé que ces variables socio-démographiques avaient peu ou pas de relation avec la mesure de la satisfaction⁶.

Par ailleurs, les dimensions psychologiques et sociales des scores de santé perçus (perceptuelle) mesurées avant les soins semblent influencer sur la satisfaction des patients^{39,40}. Paradoxalement, peu de travaux ont porté sur les relations existant entre la satisfaction et les résultats des soins.

Les attentes des patients : les patients ayant moins d'attentes et moins de connaissances du service sont plus satisfaits. Des expériences antérieures sont importantes en formant des prévisions au sujet de futures expériences. Les attentes des patients au sujet de futurs contacts avec le système de santé, conceptualisé comme prévisions, sont probablement influencées par des expériences antérieures le système de soins. Aux Etat-Unis, les minorités raciales/ethniques tendent à être traitées dans des hôpitaux différents de ceux de la majorité blanche (les noirs tendent à recevoir leurs soins aux hôpitaux universitaires tandis que les blancs tendent à recevoir les soins dans des hôpitaux non universitaires; les attentes au sujet de la qualité du soin peuvent également différer. Ainsi les noirs et les blancs peuvent juger leurs expériences actuelles différemment en raison leurs expériences antérieures différentes.

I.5.2. Les caractéristiques de santé : L'état de santé et les résultats des soins

L'état de santé perçu à l'admission par les patients est une variable d'ajustement importante car il est très souvent lié à la satisfaction. Les sujets estimant avoir un mauvais état de santé sont moins satisfaits^{36,41}, tout comme ceux dont la santé n'est pas améliorée au cours des soins^{41,42}.

Il existe, à notre connaissance, peu de travaux ayant étudié l'impact de la maladie sur la satisfaction. Une étude réalisée en France montre que plusieurs indicateurs de gravité clinique (mauvais pronostic, chronicité des troubles, co-morbidité) induisent une faible satisfaction des patients à l'issue de leur hospitalisation⁴³. Concernant la gravité perçue, les patients qui ont jugé comme sérieux ou très grave le problème ayant motivé l'hospitalisation sont plus satisfaits⁴¹. Les patients ayant eu des douleurs pendant l'hospitalisation ont une moins bonne satisfaction par rapport aux patients n'en ayant pas eu.

Concernant des résultats des soins, la variable de l'amélioration de la santé est très liée à la grande satisfaction⁴².

Il importe de toute façon d'inclure systématiquement ces facteurs qui sont les facteurs très souvent liés à la satisfaction dans les différentes études publiées.

I.5.3. Les caractéristiques de la structure de soins

En milieu hospitalier, certaines études ont observé une relation entre la satisfaction et les modalités de prise en charge hospitalières comme les modalités d'admission, la taille de l'hôpital, le type de service (médecine versus chirurgie) ou la durée de séjour, avec des variations importantes des résultats selon le pays⁶. Une étude menée en France a montré un effet du type de service et type d'admission : la satisfaction est plus élevée en chirurgie et en cas d'admission programmée ou pour les patients privés du médecin⁴³.

I.5.4. Temps de réalisation de l'étude

I.5.4.1. Pendant l'hospitalisation ou après la sortie

Moment de l'étude (page 74)

I.5.4.2. La durée écoulée depuis la sortie et l'administration du questionnaire (ou entretien)

Un intervalle de deux semaines semble adéquat pour les études par courrier^{22,44,45}, même s'il peut varier jusqu'à la douzième semaine⁹.

Une étude a trouvé une relation en U entre la satisfaction des patients avec la communication et la durée écoulée depuis la sortie, les patients qui sont sortis de l'hôpital depuis plusieurs mois ont tendance à être plus satisfait que ceux qui sont sortis depuis quelques semaines seulement⁴⁶. Pourtant, un autre auteur qui a étudié sur un échantillon de patients du même hôpital avec les différentes durées écoulées depuis la sortie de l'hôpital de 2, 4, 6 ou 12 mois, a seulement trouvé l'effet de cette durée sur le taux de réponse, et aucun résultats de l'influence de cette durée sur le moyen ou la distribution des scores de satisfaction⁴⁷. Walker et Restuccia, en comparant des patients sortis, qui ont reçu ou qui ont retourné des questionnaires de satisfaction à des moments différents, n'ont pas trouvé l'effet de temps sur les moyennes des scores de satisfaction ; cependant ces patients étaient auto-sélectionnés à des temps différents⁴⁸.

I.6. CONTEXTE GENERAL = DU PATIENT AU CLIENT

Le patient, qui est « malade passif » tend à devenir un client ou un « consommateur éclairé ». Ce n'est pas uniquement un phénomène culturel ou un phénomène de mode⁴⁹.

C'est aux Etats-Unis que les premiers travaux sur la mesure de la satisfaction des patients ont été conduits dans les années cinquante par des sociologues, dans les années 1960 par des organisations des soins (Medicare / Medicaid), dans les années 1970 par l'émergence du rôle de la satisfaction des consommateurs⁴⁹. Deux raisons au moins sont à l'origine de ces premières recherches :

- Les Américains ont été les premiers à conceptualiser et à mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des soins, dont la satisfaction est l'une des composantes¹⁶.
- Le système de santé des Etats-Unis, par la diversité de ses systèmes d'assurance et de ses modes d'organisation est un système dans lequel la concurrence est considérable ; il n'est pas étonnant que dans une perspective simplement de marketing, la satisfaction des patients ait été mesurée, et que les soins ambulatoires dans le cas des Health Maintenance Organisation en particulier, aient retenu l'attention des chercheurs d'après Rossiter L et al, cité par Goupy⁴⁹.

Le système de santé britannique a donné une nouvelle impulsion aux recherches conduites dans ce domaine, au moment précis où la concurrence a été introduite au sein du National Health Service par la possibilité offerte aux autorités locales de passer des contrats avec des hôpitaux et des services de soins de leur choix. (Smith C, 1991), cité par Goupy⁴⁹.

En France, pendant plusieurs siècles, la triple mission de l'hôpital était d'accueillir les pauvres, d'enfermer les inaptes sociaux, de recevoir les blessés. Nous pouvons comprendre les raisons qui ont rendu nécessaire l'humanisation des hôpitaux. Cette politique d'humanisation va trouver son origine après la seconde guerre mondiale et sera définie à partir de textes officiels. L'humanisation peut se définir comme l'ensemble des mesures prises par l'Etat ou les hôpitaux depuis 1945 pour donner aux malades hospitalisés un confort en rapport avec leur mode de vie habituel et le libre exercice des droits de la personne humaine. La circulaire du 5 décembre 1958 sur l'humanisation des hôpitaux recommandait particulièrement : l'assouplissement des heures de visites, la présence d'un membre de la famille près des hospitalisés (enfants, malade dans un état grave), l'autorisation pour les malades d'utiliser des effets personnels, l'aménagement des horaires du lever, des repas et du coucher, pour les rapprocher de ceux de la vie courante, l'amélioration de l'accueil des malades et des visiteurs et notamment la remise d'un livret et la création d'un « service d'accueil » assuré par du personnel hospitalier.

Toutefois, une circulaire du 19 juin 1947 préconisait déjà de distribuer à chaque hospitalisé un questionnaire de sortie pour connaître son avis. Depuis la circulaire du 5 décembre 1958 qui lance le

terme « d'humanisation des hôpitaux », une réglementation abondante s'est développée. La circulaire n°132 du 18 décembre 1970 sur l'humanisation reprend ces recommandations considérées comme minimales et invite les établissements à les rendre effectives. Elle insiste sur (1) l'accueil : hôtesse, signalisation; postes téléphoniques, décoration des locaux, simplification des formalités d'admission, admission au lit du malade en cas d'entrée en urgence. En plus, concernant des consultations externes : généralisation des rendez-vous, réduction des attentes. (2) Les conditions de séjour : silence, personnalisation des relations, repas, loisirs. (3) L'information du malade : contact personnel avec le médecin, les familles : instauration de lieux et heures de réception des familles par un membre de l'équipe médicale, par le médecin traitant, le personnel : présentation de l'établissement, remise d'un livret, réunions régulières d'information notamment sur les expériences par rapport aux malades, remise d'un journal interne à l'établissement.

Dans les années soixante, les premières études d'image de l'hôpital auprès du grand public ont précédé la réalisation, dans les années 80, d'enquête de satisfaction. La « Charte du Malade », publié en 1974 par le Ministère de la Santé, avec obligation pour les établissements de la diffuser aux malades hospitalisés, accompagnée du livret d'accueil et du questionnaire de sortie, et la sensibilisation des médecins aux concepts de la qualité des soins vers 1980, ont probablement joué un rôle pour rendre acceptables de telles enquêtes. Récemment, un recensement établi auprès des Infirmières générales et des Chargés de Clientèle ou des Chargés de Communication des 50 hôpitaux de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) faisait une vingtaine d'enquêtes réalisées par dix hôpitaux au cours des cinq dernières années¹⁷.

Le patient en milieu hospitalier a deux connotations bien spécifiques. Il est en effet celui qui subit et celui qui se trouve dans une relation de dépendance vis-à-vis du médecin, voire plus généralement du personnel médical. Le fait, en milieu hospitalier de dépasser cette notion de patient pour arriver à la notion de client transforme la personne en acteur- le client qui peut choisir, qui peut avoir des exigences - et élargir la relation de la personne à l'ensemble des prestations exercées au sein de l'hôpital aussi bien par les agents administratifs, salariés de l'établissement, que par les prestataires externes qui

assurent ménage et restauration. En revanche cette perception élargie de la personne en tant que client comporte le risque de faire dévier la mesure de sa satisfaction vers des thèmes non médicaux, en partant du principe que l'on peut s'interroger sur sa capacité à porter un jugement sur la qualité de l'acte médical alors qu'elle peut s'exprimer tout à loisir sur l'environnement⁵⁰.

« Le malade n'est plus un consultant ou un usager mais un client, au même titre que sa famille ou son entourage. Et ce client est devenu plus exigeant quant à la qualité de service. Il est plus attentif à l'accueil, à la durée de l'attente, au manque d'information. Il considère la santé comme un droit, un service dû ; l'importance de ses cotisations sociales le pousse à avoir un œil critique ». Pour les patients, les dysfonctionnements de l'hôpital entrent aujourd'hui clairement dans le champ de la non-qualité. (Note Gaëlle Wicart consultante chez PricewaterHouse Coopers dans sa thèse professionnelle consacrée aux démarches qualité dans les établissements de soins, cité dans Qualité en mouvement⁵⁰).

Cette évolution peut être expliquée par au moins trois facteurs⁴⁹ :

- Le poids de plus en plus lourd de la pathologie chronique, en raison de la diminution de l'incidence des pathologies aiguës et en raison du vieillissement de la population dans les pays industrialisés; le plus souvent le patient a le temps de réfléchir à sa décision.
- L'accroissement de la concurrence : le médecin en première ligne doit tenir compte des préférences exprimées par ses patients et il peut le faire d'autant plus facilement que l'offre de soins est multiple.
- L'information de plus en plus large du public sur les techniques médicales disponibles : le niveau d'exigence des patients s'est accru.

Quand on sait qu'un client satisfait le dit à quatre personnes de son entourage, et qu'un client insatisfait raconte ses déboires supposés à neuf personnes en moyenne, il est clair que les entreprises de services, en général et les institutions hospitalières publiques ou privées en particulier, ne peuvent ignorer l'importance de la satisfaction de la clientèle⁴⁹.

Aujourd'hui le client de l'hôpital n'est plus l'indigent. L'hôpital s'est ouvert à toute la population, à toutes les couches sociales confondues. La clientèle, mieux informée, habituée aux campagnes de

consumérisme qui se développent pour d'autres secteurs de l'économie française, est de plus en plus exigeante face à la prestation hospitalière. Dans leur article paru en 1979 « quand les usagers deviennent des clients », les auteurs avaient analysé l'évolution de la condition d'usagers à celle de client à travers les comportements et attitudes respectifs des consommateurs et fournisseurs. Dans les pays industrialisés, l'augmentation du niveau de vie, du niveau d'éducation, la satisfaction plus large des besoins essentiels et les déplacements nombreux hors frontières ... conduisent les consommateurs à exprimer des exigences plus grandes et plus variées ... Les consommateurs ont atteint un stade où économiquement et culturellement ils réclament la possibilité de choisir plus largement et un meilleur service. Les clients aiment pouvoir choisir et leur choix sanctionne la qualité du produit ou du service disponible.

1.7. CONTEXTE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE FRANÇAIS

1.7.1. Le questionnaire de sortie - le cadre législatif

Comme nous l'avons indiqué plus haut, depuis la circulaire de 1947, plusieurs circulaires en 1970, 1974 ... se rapportent à la mesure de la satisfaction des malades au travers du questionnaire de sortie.

Dans le circulaire n°22 du 6 mai 1995 relative aux droits des Patients Hospitalisés, le patient n'est pas considéré seulement comme un malade, mais, comme une personne avec des droits et des devoirs. « ... Nous souhaitons que la nouvelle Charte soit dans chaque établissement, l'occasion de relancer une dynamique dans la distribution effective des livrets d'accueil et la stratégie de mise à disposition ou de diffusion, ainsi que de poursuivre une réflexion sur les droits des patients, associant le plus largement possible tous les professionnels concernés et les associations »⁵¹.

L'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des Etablissements de santé précise dans son article 3 – que deux documents doivent être annexés au livret d'accueil :

- la charte du patient hospitalisé,
- un questionnaire de sortie, adapté à l'établissement, destiné à recueillir l'avis du patient sur ses conditions d'accueil et de séjour.

La circulaire n°97-29 du 17 janvier 1997 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des Etablissements de santé pris en application de l'Art. L710-1-1 du Code de la Santé publique adressée pour information aux Préfet de Région, aux Préfet du Département, aux Directeurs chargés de la mise en place des Agences régionales de l'Hospitalisation fait référence au questionnaire de sortie. « La Charte du patient hospitalisé ainsi qu'un questionnaire de sortie sont joints au livret d'accueil... ».

En France, peu de travaux ont été publiés à ce jour. Alors que, depuis 1996, la mesure de la satisfaction est devenue une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers.

En effet, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 réformant l'hospitalisation publique et privée précise dans son article L.710.1.1 « Tout établissement de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation ». L'objectif est d'utiliser les informations recueillies auprès des patients pour améliorer les services proposés, en tenant compte du caractère subjectif de la notion de satisfaction des patients qui reflète davantage leurs attentes que la qualité de la prestation reçue⁵².

La circulaire n°97-29 du 17 janvier 1997 en application de l'arrêté du 07 janvier 1997 rappelle que le livret d'hospitalisation doit comprendre un questionnaire de satisfaction¹³.

Par ailleurs, le décret du 16 décembre 1997 relatif à l'évaluation des matériels et activités soumis à autorisation, indique que celle-ci doit aussi comprendre l'évaluation de la satisfaction des patients.

Enfin le document d'orientation de la Direction Hospitalière fixe les principes et les modalités de base de l'évaluation de la satisfaction des patients, la méthode à employer, la participation des représentants des patients au processus et les propositions d'indicateurs¹⁴.

I.7.2. La démarche qualité et la satisfaction des patients

L'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale) créée en 1990 a défini comme une réalisation prioritaire la mise en place d'actions concrètes d'évaluation, lesquelles sont vite devenues les références en la matière. A la demande de la Direction générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux, l'ANDEM a réalisé une revue de la littérature médicale et professionnelle concernant les connaissances actuelles sur la notion de satisfaction des patients.

L'ordonnance de 1996 citée dans le paragraphe précédent a créé l'ANAES (Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé) en remplaçant l'ANDEM. La mise en place d'un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers représente un critère du référentiel d'auto-évaluation²¹. Ce dispositif doit être cohérent et fiable afin d'être en mesure d'orienter les choix locaux d'actions dont le suivi est assuré par la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité. L'établissement doit mettre en place une mesure de satisfaction des patients dans son programme d'amélioration de la qualité et évaluer régulièrement l'efficacité de ce programme. L'objectif des établissements de santé est de mieux appréhender les attentes des patients et d'y répondre dans les meilleures conditions. Pour cela il s'agit, tout en s'appuyant sur un dispositif réglementaire, d'élaborer une démarche spécifique pour chaque établissement⁵³.

Au-delà de la pertinence du dispositif lui-même, la façon dont les établissements tiendront compte des résultats pour mener des actions correctives sera également un élément important pour juger de la qualité dans les hôpitaux. L'analyse plus objective des causes des satisfactions et insatisfactions doit permettre de guider les professionnels qui conduisent des actions d'amélioration de la qualité des soins et des services au sein des établissements de santé. En effet, cette analyse permet d'inscrire en priorité les actions à mettre en œuvre et ainsi de répondre de la manière la plus appropriée aux attentes des patients²⁴.

I.7.2.1. ANAES - Les références dans le manuel d'accréditation

Les références concernant la satisfaction intégrés dans le thème : gestion de la qualité, prévention des risques (QPR)

QPR2 : un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des "clients" est en place

QPR2a : des dispositions sont prises pour connaître les besoins et la satisfaction des patients et des correspondants médicaux externes.

QPR2b : les informations recueillies sont diffusées aux professionnels

QPR2c : les informations recueillies sont exploitées et utilisées pour définir ou adapter le programme de gestion de la qualité dans l'objectif d'une amélioration de service rendu.

QPR2d : un système de gestion des réclamations et / ou plaintes est en place et permet leur analyse et la mise en œuvre des mesures d'amélioration appropriées.

QPR5 : L'efficacité du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques est évaluée

QPR5a : l'efficacité du programme de gestion de la qualité est évaluée.

L'établissement doit donc d'une part mettre en place une mesure de satisfaction des patients utilisée dans son programme d'amélioration de la qualité et d'autre part évaluer régulièrement l'efficacité de ce système.

II. LA MESURE DE LA SATISFACTION

"Promouvoir des soins de la meilleure qualité possible par l'interrogation, la découverte, le partage"

II.1. INTRODUCTION

La mesure de la satisfaction des patients est un des outils de l'évaluation de la qualité des structures de soins. L'évaluation de la qualité des soins est une démarche frontière avec l'épidémiologie, discipline avec laquelle elle entretient des liens étroits. Tandis que l'épidémiologie est consacrée aux problèmes de santé de la population, l'évaluation de la qualité des soins privilégie : (1) un groupe de population particulier : les patients, c'est à dire les personnes ayant recours aux soins auprès d'un professionnel ou d'un établissement de santé ; (2) un déterminant particulier de l'état de santé : les soins délivrés, en particulier les moyens utilisés, l'organisation mise en œuvre, et les pratiques des professionnels de santé. Cette démarche amène en permanence à confronter la réalité des soins délivrés, avec des *références*. Sa mise au point fait appel aux méthodes épidémiologiques. Elle utilise un vocabulaire spécifique⁵⁴.

II.1.1. Définitions et champs de l'épidémiologie = Bref rappel

L'épidémiologie définie par l'OMS en 1968 est « l'étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines, ainsi que des influences qui déterminent cette distribution ». Outre l'amélioration des connaissances, l'épidémiologie se veut opérationnelle : elle décrit, explique, évalue, pour agir.

Elle s'intègre ainsi à la démarche de santé publique, toujours selon l'OMS, « les études épidémiologiques ont trois objectifs : (1) orienter le développement des services de santé en définissant l'ampleur et la distribution des phénomènes morbides dans la collectivité ; (2) dégager les facteurs étiologiques de façon à permettre d'enrayer ou de modifier la maladie ; (3) fournir une méthode de mesure de l'efficacité des services mis en œuvre pour lutter contre la maladie, et améliorer l'état de santé de la collectivité ». Ce qui conduit à trois types d'épidémiologie : descriptive, explicative et

évaluative⁵⁵.

II.1.2. Champs des études de la satisfaction

Comme nous l'avons déjà indiqué dans la partie précédente « les points de vue de la mesure de la satisfaction », la mesure de la satisfaction peut s'intégrer dans deux grandes démarches pour les études de satisfaction : (1) la démarche d'évaluation professionnelle de la qualité des soins avec une approche descriptive, (2) la démarche de recherche : (la mesure de la satisfaction) elle est elle-même objet de recherche de type explicatif, ou critère de jugement dans une approche évaluative.

II.1.2.1. L'évaluation professionnelle de la qualité des soins

Elle a pour objectif de vérifier l'efficacité de l'intervention, telle qu'elle a été mise en place dans la pratique habituelle. Elle vérifie la qualité, l'efficacité réelle et l'efficience dans un contexte d'application donné. Dans cette perspective, il ne s'agit plus de répondre aux questions de recherche, mais de savoir, par exemple, si les héparines de bas poids moléculaire sont prescrites chez les sujets à risque, et seulement chez eux, à la dose préconisée, avec la surveillance requise. Il s'agit alors, de comparer la pratique à des références externes définies au préalable et qui, théoriquement, ont été obtenues à partir des résultats de l'évaluation de recherche. Les différentes méthodes dans l'évaluation professionnelle : (1) approche purement qualitative, (2) approche descriptive, (3) approche analytique, (4) approche évaluative⁵⁶.

La mesure de la satisfaction à objectif descriptif s'attache à décrire le niveau de satisfaction sans chercher en trouver de facteurs explicatifs. Si cette description est une étape préalable à un programme d'amélioration de la qualité des soins, elle peut parfois en constituer le seul objectif. Elle se concrétise par le recueil d'informations venant des patients (focus groupe, lettre de plaintes, questionnaires de sortie, enquêtes spécifiques par les questionnaires de satisfaction) ou d'informations pouvant avoir un impact sur l'attente ou l'appréciation par des patients (données sur l'hôpital, sur l'équipe soignante, sur le patient...). Bien que l'approche descriptive n'apporte que des informations dites « élémentaires », son importance est primordiale :

- Elle permet d'appréhender l'ampleur des phénomènes de santé (en appréciant leur prévalence) et de disposer d'une surveillance épidémiologique (ex : enquête périodique..) ;
- Elle constitue une aide à la décision dans les domaines de la planification et de la gestion des organisations ou des programmes de santé ;
- Elle peut être à l'origine d'hypothèses sur les causes de la situation.

L'approche descriptive ne peut établir de lien de cause à effet, elle n'est pas prédictive. Le but de ce travail est centré sur cette approche qui a pour but de fournir un résumé des méthodologies dans la mesure de la satisfaction et les problèmes rencontrés pour les établissements des soins.

II.1.2.2. Recherche sur la satisfaction

Elle a pour but d'identifier des facteurs influençant la satisfaction, ou les attentes, les prestations fournies, les écarts. Cette approche permet de mieux interpréter les résultats ou permet de comparer des unités des soins en prenant en compte ces facteurs. Les objectifs de cette approche sont de répondre aux questions suivantes (1) Quels sont les déterminants, les conséquences de la satisfaction ? (2) Quels sont les facteurs, les interventions susceptibles d'améliorer la satisfaction ? Cette démarche sera présentée plus loin sous forme des travaux personnels.

II.1.3. Objectifs de la mesure

La mesure de la satisfaction des patients doit permettre de détecter les dysfonctionnements. Les questionnaires et les enquêtes mettant en évidence les causes d'insatisfaction permettent aux professionnels de déterminer les mesures correctives nécessaires pour améliorer la qualité des soins et des services au sein de l'établissement. Ces mesures sont à "prioriser" pour répondre de la manière la plus appropriée possible aux attentes des patients. Ces enquêtes peuvent également mettre en évidence des aspects positifs, voire des points d'excellence qui devront être mis en valeur auprès du personnel et être diffusés à l'extérieur. De même, la communication d'une méthode apparaissant satisfaisante serait susceptible de profiter à d'autres établissements.

L'utilisation des mesures de satisfaction peut se faire dans des contextes différents :

- Un diagnostic des points forts et des points faibles : détection des dysfonctionnements et apport des mesures correctives nécessaires, ainsi que reconnaissance et confirmation des éléments positifs.
- Un des indicateurs d'un programme d'assurance qualité : critère de jugement des démarches de la qualité, indicateur d'un système d'alerte dans les programmes d'assurance qualité.
- Un des indicateurs de mesure des résultats (outcomes) de la prise en charge des patients : critère de jugement d'essai thérapeutique, critère de jugement de la qualité de soins.

II.2. OUTIL DE MESURE : *LE QUESTIONNAIRE*

Dans une enquête de mesure de la satisfaction des patients, il existe plusieurs méthodes de recueil des données. Chacune de ces méthodes comporte des avantages et des inconvénients. L'appréciation de la satisfaction des patients ne peut se limiter à des enquêtes quantitatives (par ex. le questionnaire de sortie, le questionnaire dans les enquêtes spécifiques), mais s'appuyer également sur des enquêtes qualitatives approfondies et intégrer les remontées du terrain et l'exploitation des réclamations clients. Les méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients n'échappent pas à la classique opposition entre techniques qualitatives et techniques quantitatives. Ces deux approches ne sont pas opposables, mais complémentaires : autant l'approche quantitative permet de mesurer, autant l'approche qualitative permet de fournir des éléments de compréhension et d'aller plus loin dans l'exploration grâce au caractère libre de la réponse. Différents auteurs, parmi lesquels, Avis et Williams^{38,57}, recommandent de combiner les techniques qualitative et quantitative de mesure de la satisfaction des patients pour profiter de la complémentarité des informations qu'elles produisent.

L'approche qualitative permet à des patients qui peuvent parler, d'exprimer leurs expériences par leurs propres mots. Il fournit des détails riches selon son point de vue. Pourtant, elle est moins utile si l'objectif est d'obtenir des données généralisables ou de faire des comparaisons entre hôpitaux puisque les données obtenues ne sont pas favorables à l'analyse statistique.

L'approche quantitative, les études quantitatives, réalisées sur des échantillons représentatifs de la population cible, utilisent souvent des questionnaires fermés. Ces études permettent de calculer facilement des indices de satisfaction (% et/ou moyenne). Il est alors possible de comparer différentes populations entre elles ou une même population au cours du temps. Pourtant, pour ce type d'étude, il faut être prudent quant à l'interprétation brute des chiffres obtenus, en dehors de tout test statistique adapté, car de nombreux facteurs peuvent modifier les taux ou les scores de satisfaction comme nous en avons déjà discuté dans la partie sur les facteurs influençant la satisfaction, ce qui pose la question de la validation du questionnaire. Compte tenu que l'approche quantitative a été utilisée dans la majorité des études de satisfaction des patients, ce travail s'est limité dans cette approche.

La pratique du questionnaire est la méthode la plus répandue dans cette dernière approche. Dans l'analyse de la littérature, il ressort une nette prépondérance des questionnaires dans les enquêtes de satisfaction^{6,24,58}. Cela tient probablement à son apparente simplicité d'utilisation. L'élaboration d'un système de mesure adapté constitue l'un des axes essentiels de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit, pour les établissements, d'inscrire cette démarche dans leur projet d'établissement. Comme nous en avons déjà discuté dans la première partie, il existe plusieurs méthodes de recueil des données lorsque l'on mesure la satisfaction des patients. Le recueil des données par un questionnaire peut se faire pendant l'hospitalisation, la consultation ou à distance. On peut utiliser des questionnaires auto-administrés, remplis par les patients. On peut aussi choisir des questionnaires remplis par un tiers au cours d'une interview en face-à-face (sur site ou à distance) ou téléphonique. Chacune de ces méthodes comporte des avantages et des inconvénients que nous abordons dans le chapitre « Modalités de passation » (II.2.5).

II.2.1. Définition

Un questionnaire est un ensemble de questions (ou items) dont chacune représente une donnée élémentaire. Un questionnaire peut être utilisé par contact direct avec des personnes interrogées, ou par les personnes elles-mêmes, mais également pour analyser secondairement les dossiers établis à

l'occasion de soins des patients⁵⁴. Les questionnaires sont des outils de recueil des données standardisés visant à la reproductibilité et la validité des informations recueillies.

L'élaboration d'un questionnaire est une étape essentielle et complexe, qui nécessite l'expérience et le point de vue de différentes personnes. Les choix sont irréversibles et déterminent la qualité du résultat ultérieur. Ils sont liés aux objectifs et aux différentes perspectives impliquées. Un questionnaire universel n'existe pas et « aucun système d'enquête n'a été validé pour qu'il soit considéré [...] comme fiable, valide pour la mesure de la satisfaction »²⁸. Pourtant, le temps d'élaboration d'un nouveau questionnaire est de 2 à 5 ans^{34,44}.

L'adoption d'un outil existant vise donc à économiser le temps et les dépenses. De plus, l'adoption (intégrale ou légèrement modifiée) de questionnaires déjà utilisés permet de s'assurer les mêmes propriétés que la version originale, à condition que la population étudiée soit peu différente⁵⁹. En France, il n'y a pas actuellement d'instrument standardisé unique reconnu, et de nombreuses équipes travaillent à l'élaboration d'instruments adéquats. On peut être amené à utiliser un outil étranger déjà validé. Et en raison de différences internationales tant culturelles que d'organisation sanitaire, les déterminants de la satisfaction varient d'un pays à l'autre, même pour des pays ayant des fonctionnements très proches²¹, la validation doit en conséquence être répétée pour son utilisation.

Un questionnaire de satisfaction comporte généralement 4 parties :

- (1) Une partie portant sur les renseignements complémentaires de type socio-démographique et l'identification du patient.
- (2) Une partie portant sur des informations générales concernant l'expérience antérieure et l'organisation du séjour du patient.
- (3) Une partie correspondant à la satisfaction proprement dite.
- (4) Une partie comportant des variables indicatrices de validité (« validity indicator variables ») utilisées dans le processus d'amélioration des dimensions.

II.2.2. Caractéristiques de l'instrument

Les outils de mesure de la satisfaction des patients peuvent être classés selon trois caractéristiques principales : la structure de soins concernée par le questionnaire, le niveau de spécificité du questionnaire et la typologie des items.

II.2.2.1. La structure de soins

Il est nécessaire de différencier les types de structure de soins : hospitalisation en court, moyen séjour ou long séjour, consultation, soins à domicile ou réseau de soins. De même pour les types de prises en charge : soins généraux, soins spécifiques tels que la pédiatrie, l'obstétrique, la cancérologie et la psychiatrie. Car ils ont des caractéristiques différentes concernant le contexte de la structure, la relation entre le personnel soignant et le patient, et le mode d'offre de soins.

II.2.2.2. Le niveau de spécificité du questionnaire : générique et spécifique

Un instrument spécifique évalue un événement particulier comme une hospitalisation ou consultation précise (la dernière, par exemple). Un instrument générique mesure la satisfaction des patients par rapport à l'offre de soins en général.

L'évaluation d'une structure de soins (un hôpital, par exemple) ou un type de prise en charge (comme la pédiatrie) se situe entre ces deux pôles, générique et spécifique, respectivement.

Un questionnaire spécifique tend à inclure des items comme "est-ce que le médecin vous a donné des explications assez claires sur votre problème de santé ?" (par exemple, au cours de la dernière hospitalisation), tandis qu'un questionnaire générique a la formulation suivante "est-ce que votre médecin vous donne des explications suffisamment claires sur vos problèmes de santé ?".

Le choix dépend en partie du type de soins et en partie de la question posée. Comme la satisfaction des patients est multi-dimensionnelle, le questionnaire de satisfaction a plus tendance à poser des questions spécifiques et centrées qu'à demander une appréciation globale de la satisfaction. Plus la question sera clairement spécifique et centrée, plus la comparaison de la satisfaction entre les différents structures de soins sera facile. Hall et Dornan²⁸, ont conclu que des questionnaires avec un contenu plus spécifique

ont tendance à produire plus de réponses favorables que ceux avec des questions formulées de façon générale qui produisent un point de vue légèrement plus négatif. D'autres auteurs ont montré que les questionnaires génériques génèrent des scores de satisfaction plus élevés que les questionnaires spécifiques.

Depuis quelques années, on remarque une tendance d'individualisation des réponses des patients en ajoutant le notion d'"importance" pour chaque question dans le questionnaire. Le niveau d'importance est jugé sur une échelle de 1 à 5 (pas du tout important . . . très important).

II.2.2.3. La typologie des items et des réponses

Les items sont les stimulus destinés à obtenir une réponse⁶⁰ et peuvent être des questions ou des affirmations. Dans la suite du texte, nous utiliserons indifféremment les mots item et question selon leur usage courant en français.

II.2.2.3.1. Formulation des questions

Pour qu'une étude produise des résultats précis et utiles, les questions doivent être enracinées dans ce que les patients définissent comme important pour eux. Les focus groups et les plaintes des patients sont une source riche de sujets pour des questions d'étude. Il est également important, pour des questions de pré-test avec des patients, de prendre en compte les éléments suivants :

- ◆ Le sujet des questions doit être assez spécifique pour être approprié, mais pas trop spécifique au point qu'il devient pénible d'y répondre.
- ◆ Aborder une seule idée par question.
- ◆ Eviter les sujets politiquement sensibles ou qui pourraient embarrasser des patients.
- ◆ Exprimer les questions en langage simple et direct.
- ◆ Considérer le but de la question en choisissant les mots et le format.

Formulation - Ouverte ou Fermée

Avec les questions ouvertes, le répondant dispose d'une très grande liberté de réponse en choisissant librement ses mots et la longueur de la réponse ce qui permet au sujet de s'exprimer librement, de fournir des informations qualitatives. Elles permettent l'étude en profondeur d'une attitude ou d'une opinion et sont une bonne source pour des anecdotes ; les sujets sont illimités, mais elles sont plus difficiles à analyser et à récapituler que des questions fermées. Exemple d'une question ouverte : « Qu'est-ce que vous avez spécialement aimé à l'hôpital ? ».

Les questions fermées sont indiquées lorsque les modalités possibles de réponses sont claires. Exemple d'une question fermée : « Où êtes-vous allé en quittant l'hôpital ? ». Les réponses « à la maison », « dans un autre hôpital », « dans un centre de rééducation », « dans une maison de retraite » sont logiques et augmentent l'efficacité de l'interrogation.

Les avantages des questions fermées : codification facile, interprétation des réponses simplifiée et tâche du répondant facile et rapide.

Il s'avère très utile de compléter les questions fermées par quelques interlignes réservés aux « remarques ». Les patients peuvent ici approfondir ou ajouter des explications à leurs réponses.

Formulation - Directe ou indirecte

D'après Fitzpatrick³⁴ et une méta-analyse de 221 études réalisées en 1988²⁸, on peut différencier les questions de satisfaction selon leur formulation directe ou indirecte.

Dans l'approche directe, les questions abordent directement des niveaux de satisfaction « De quelle façon étiez-vous satisfait... ? » « How satisfied were you with ... ? » ; par exemple, "Etes-vous satisfait de l'information médicale que vous avez reçue ?" ou une réponse positive pour « Est-ce que le docteur a répondu à toutes les questions inhérentes à votre problème ? » sera interprétée comme une réponse indiquant la satisfaction.

Alors que dans l'approche indirecte, la satisfaction est inférée à partir des réponses. Les items indirects sont une description de la prise en charge, par exemple : "Avez-vous reçu des informations sur votre

prise en charge médicale ?". Le choix de la formulation des questions dépend en grande partie de l'objectif poursuivi : cherche-t-on plutôt à connaître l'avis des patients ou veut-on, par l'intermédiaire du patient, identifier des mauvaises pratiques ? A titre d'exemple, dans le cas de la prise en charge de la douleur, une question indirecte permet de vérifier si les modalités de prise en charge de la douleur sont conformes à ce qu'elles devraient être (normes, procédures, consensus). Il n'y a pas d'avantages établis d'une des deux approches. La distribution de ce caractère sur 200 études est de 43% en direct, de 37% en indirect et de 20% en combinant les deux²⁸.

Formulation – Observation (*report*) ou évaluation/jugement (*rating*)

Les questions d'observation et d'expérience sont souvent formulées de la même manière, par exemple : « Vous a-t-on expliqué comment se déroule le travail quotidien au service ? ». Il s'agit là, au fond, d'une question factuelle, susceptible en principe, d'une vérification objective (c'est arrivé ou ça n'a pas eu lieu). Mais le problème n'est pas là ; ce qui compte dans ce cas est plutôt la question de savoir si les patients ont suffisamment vécu ce fait pour le percevoir en tant que tel et se le rappeler. Quelle que soit la réponse donnée à ces questions, elle ne traduit pas directement si l'intéressé était ou non satisfait de l'acte.

Celui qui tient à le savoir devra poser des questions d'évaluation/jugement, donc demander par exemple « Comment avez-vous trouvé les explications reçues sur la façon dont se déroule le travail quotidien au service ? ».

Pour pouvoir mieux comparer, les questions d'évaluation/jugement sont, dans la règle, posées sous une forme fermée, donc assorties d'une échelle de réponse allant d'une note positive à une note négative.

II.2.2.3.2. Le format de réponses

Durant le développement du questionnaire de satisfaction, se pose le problème de la définition des échelles de réponse pour chaque item. Outre les échelles visuelles analogiques, qui sont assez peu appliqués dans le cadre d'études de la satisfaction, les réponses sont le plus souvent établies sur des échelles de réponse, s'apparentant à des questions à choix multiple, qui sont, soit binaires (oui/non),

soit en plusieurs points. Ce choix est d'importance quant à ses répercussions sur les propriétés psychométriques des scores calculés.

a. « Oui/Non »

Le format le plus simple est binaire. Les avantages de simplicité de ce format sont, selon plusieurs analystes, obérés par le fait que la plupart des répondants donnent des réponses favorables pour n'importe quel item touchant aux soins. Il ne permet pas de détecter des changements fins de satisfaction. Il conduit à des effets plancher et plafond importants.

b. Choix multiple

La plupart des questionnaires actuels favorise plus de deux réponses par question. Une meilleure chance est donnée aux répondants d'exprimer précisément leur point de vue. D'ailleurs, la fiabilité (reliability) des items augmente quand le nombre de réponses possibles augmente⁶⁰. Par contre, la réduction du nombre de réponses dans l'échelle augmente la fiabilité dans le temps (il est plus probable qu'un même individu réponde de façon identique à la même question posée à deux reprises à un mois d'intervalle si l'échelle de réponse comporte 3 points que si elle en comporte 6), mais diminue d'autant son pouvoir de discrimination dans un continuum d'états d'altération de la qualité. Par exemple, une échelle de la satisfaction comportant 20 questions dont les réponses se font en 3 points permet de distinguer 60 (3x20) états différents, tandis que si les réponses se font en 5 points, elle permet d'en distinguer 100 (5x20).

D'après Nunally⁶⁰, dans la pratique, le gain de précision et de fiabilité par l'augmentation des réponses possibles est minime quand le nombre des réponses dépasse 7, et en général, 5 catégories de réponse sont utilisées. Un nombre de réponses impair permet au répondant de se positionner comme « neutre » ou « sans opinion » mais peut introduire une tendance à l'utilisation systématique de cette catégorie pour éviter d'avoir à se prononcer.

Les principales échelles sont :

(1) Échelle nominale : qui liste une série de catégories d'une variable.

Exemple : CSP

(2) Échelles ordinales :

- Échelle de Likert : contient un nombre d'énoncés déclaratoires accompagnés d'une échelle graduée. Elle est une des échelles la plus souvent employée dans les enquêtes de satisfaction. Chacun d'entre eux a 5 réponses typiques, de « fortement/absolument d'accord » (strongly agree) à « fortement/absolument pas d'accord » (strongly disagree).

Exemple :

Absolument d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Plutôt en désaccord	Absolument en désaccord
1	2	3	4	5

- Échelle différentielle sémantique : instrument constitué de deux adjectifs contraires, disposés sur une échelle bipolaire à sept points ; le sujet positionne sa réponse sur cette échelle qui décrit le mieux son opinion.



- Échelle à icônes



Problèmes dans l'interprétation selon le format de réponse

Observation (report) vs Evaluation/Jugement (rating)

Il n'y a pas de résultats clairs concernant l'influence du format de réponse sur l'appréciation de la satisfaction par les patients. Aucune étude à notre connaissance ne compare les formats de réponses (observation vs évaluation/jugement) en utilisant les mêmes questions. Les résultats de Mathiew, cité par Rubin⁶, ont montré qu'il y a plus de variation dans le type d'observation que celui d'évaluation. Le

type d'observation est moins influencé par les caractéristiques des patients comme l'âge, le niveau d'étude, et le fait d'être fonctionnaire. Les évaluations/jugements, dans le cas de l'échelle de satisfaction en particulier (très satisfait – très dissatisfait), sont aplatissement dans la distribution des scores (skewness) dans presque toutes les études.

Echelle « excellent/mauvais » vs « d'accord/pas d'accord »

L'échelle « excellent/mauvais » a des avantages dans la variabilité et validité des réponses en respectant de l'intention⁹. Elle permet de comparer directement des aspects de soins, ce qui est impossible pour les autres échelles comme « d'accord/pas d'accord ». Ware et Hays dans une étude de satisfaction chez les consultants, ont trouvé qu'il est mieux d'utiliser une échelle « excellent/mauvais » avec un item neutre qu'une échelle «très satisfaisant/pas du tout satisfaisant». Ils ont montré que l'échelle « excellent/mauvais » donne des résultats avec plus de variance, moins aplatissement de la distribution (skewness) et traduisent mieux les comportements des patients vis-à-vis des soins⁶¹.

II.2.3. Elaboration d'un questionnaire

Il existe deux approches pour construire un questionnaire comme nous l'avons mentionné dans la partie qui traite de la définition d'un questionnaire ; soit l'élaboration d'un nouveau questionnaire qui commence par les deux étapes essentielles : le choix initial des items et la sélection ou la réduction des items ; soit l'adoption d'un questionnaire qui commence par une revue de la littérature sur les questionnaires existants. Les autres étapes des deux approches seront présentées plus loin.

II.2.3.1. Choix initial des items

Dans un premier temps, on s'attache à collecter tous les items candidats à l'outil définitif. Après avoir défini la "population-cible", le développement d'un questionnaire débute par l'établissement d'une liste initiale d'items. Ceci découle de la confrontation d'entretiens réalisés auprès d'un échantillon de patients que l'on désire étudier, à l'avis d'experts ou par analyse de la littérature, afin d'établir une liste des domaines et des items concernés. Il est également possible de retenir des domaines déjà mis en évidence dans la littérature comme nous l'avons déjà abordé dans la partie traitant du concept de

satisfaction. Ces premiers entretiens avec les patients sont réalisés généralement de façon libre ou semi-directive ; ils sont généralement enregistrés et retranscrits, et l'ensemble des données ainsi recueillies est analysé puis confronté à l'avis d'experts de la pathologie étudiée, afin de ne retenir que les items qui semblent à priori pertinents. Ce premier questionnaire présente le plus souvent un grand nombre d'items (de 100 à 200 en général) et nécessite, afin d'être réellement exploitable, une réduction des items.

Il peut même falloir mener une phase de pré-pilotage avec des questions ouvertes, des entretiens exploratoires, dans lesquels un questionnaire complet et des dimensions du point de vue des patients ont été évaluées, avant de passer aux items du questionnaire fixés, fermés pour l'enquête pilote.

II.2.3.2. La réduction (sélection) des items

Cette phase du développement consiste à réaliser une pré-étude, en administrant le questionnaire à un second échantillon des patients. On réalise ensuite soit une analyse statistique soit en prenant en compte l'avis des experts soit en combinant les deux méthodes afin d'éliminer d'une part les items non discriminants, c'est-à-dire, ceux qui ne mettent pas en évidence de différence entre les deux populations, mais aussi ceux qui ne sont pas applicables, ou ne donnent pas lieu à suffisamment de réponses exploitables. Pour prendre un exemple pratique, le développement du PJHQ (Patient Judgements of Hospital Quality), un des questionnaires de satisfaction développé au milieu des années 90, a débuté par la réalisation d'un "pool" de 1000 items, à partir duquel un premier questionnaire a été élaboré, puis après réduction d'items, le questionnaire définitif comportant les 50 items les plus pertinents a été proposé.

II.2.3.3. Les questionnaires d'origine anglo-saxonne

Depuis plus de 20 ans, la mesure de la satisfaction a fait l'objet de nombreuses études à l'étranger, surtout dans les pays anglo-saxons. Plusieurs instruments ont été élaborés et sont utilisés en routine.

Nous citons ici des questionnaires souvent utilisés dans les enquêtes de satisfaction.

Le questionnaire du patient de satisfaction (**PSQ** : Patient Satisfaction Questionnaire), se composant de 80 items, a été initialement développé par Ware et ses collègues. Le PSQ-III est une version de 50-items avec les dimensions suivantes : la satisfaction globale, soins médicaux aussi bien que six aspects de soin : qualité technique, relation interpersonnelle, transmission, frais d'hospitalisation, temps passé avec le médecin, et accessibilité des soins. Ce questionnaire a été utilisé entièrement ou partiellement dans plusieurs études. Van Campen¹¹ a conclu que ce questionnaire est bien adapté dans le domaine d'évaluation des services de soins à domicile. Le questionnaire prend 9-12 minutes pour se terminer.

Le « Patients Judgements of Hospital Quality Questionnaire » (**PJHQ**, 1990), se compose de 116 items dans lesquels 50 items de satisfaction proprement dit avec 7 dimensions : admission, nursing and daily care, hospital environnement and ancillary staff, medical care, discharge, information et billing. Ce questionnaire a été construit pour une population hospitalisée en 1987 en passant toutes les étapes nécessaires. Cette étude conduite dans 10 hôpitaux a contribué au développement de ces différents points :

1. Elle a identifié les aspects importants des soins, de l'opinion des patients.
2. Elle a testé les différentes méthodes d'administration des questionnaires.
3. Elle a décrit le plan d'analyse de validation de l'outil.

C'est un questionnaire spécifique pour les soins à l'hôpital. Il y a plusieurs études de satisfaction des patients hospitalisés qui ont été utilisé ou adapté ce questionnaire¹¹. Il faut environ 20 minutes pour le remplir.

Les « Patient Judgement System » (**PJS**)⁶². et « Patient Comment Card » (**PCC**)⁶³ sont des versions développées à partir du PJHQ en réduisant le nombre d'items par Nelson et al.

Tableau 2. Les principaux questionnaires de mesure de la satisfaction des patients développés à l'étrangers

Nom du questionnaire	Population	Méthode d'enquête	Validation (Analyse métrologique)
« What the patient thinks », Thompson ⁶⁴	Base de données nationale, plus de 100 hôpitaux de Grande-Bretagne, plus de 80000 patients de 14 ans	Echantillon de 20 hôpitaux entre 1987-1990	Validité de contenu
PSQ, Ware ⁶⁵	433 personnes en population générale (un adulte par foyer) dans trois régions de l'Illinois (USA)	Auto-questionnaire à domicile supervisé par un enquêteur. Taux de participation : 82%	Validité de contenu, fiabilité : test-retest et cohérence interne
PATSAT, Gritzner cité par ⁵⁹	704 patients hospitalisés dans 6 hôpitaux de Grande-Bretagne à partir d'un échantillon extrait du Système d'Information Hospitalier sur une période d'une semaine. Exclusion : <16ans , obstétrique, psychiatrie, pédiatre, urgences, hospitalisation de moins de 24 heures et gériatrie.	Auto-questionnaire pendant l'hospitalisation. Taux de réponse : 96%	Validité d'apparence Validité de construit
PJHQ, Rubin et al ⁶⁻⁹	2113 patients hospitalisés dans 10 hôpitaux de 3 régions du sud des USA à partir d'un échantillon consécutif de 150 à 350 patients sortants. Exclusions : décédés, sortie contre avis médical et diagnostics particuliers comme intoxication	Plusieurs modalités de recueil testées : par téléphone, par courrier avec ou sans utilisation d'intéressement, avec des procédures de relance lourdes. Taux de réponse brut global : 65%. Taux de participation global de 91%	Validité de contenu Fiabilité : homogénéité
PJS (Patient Judgement System) Hospital Corporation of America, Nelson ⁶²	5625 patients hospitalisés dans 32 hôpitaux de 5 régions (USA) à partir d'un échantillon randomisé et stratifié de 150 à 450 patients par hôpital durant 3 mois. Exclusion : psychiatrie, intoxication, maladies graves, >80ans et < 1an, sortie contre avis médical.	Auto-questionnaire par courrier dans les deux à cinq semaines après la sortie. Procédures de remerciement et de relance avec un stylo. Taux de réponse : 66%	Validité discriminante globale entre hôpitaux et par item (validité convergente), validité concurrente et validité de construit. Fiabilité : homogénéité, test-retest

Tableau 2. Les principaux questionnaires de mesure de la satisfaction des patients développés à l'étrangers (continu)

Nom du questionnaire	Population	Méthode d'enquête	Validation (Analyse métrologique)
PCC (Patient Comment Card), Nelson ⁶²	1. Etude de validation sur 240 patients dans 6 hôpitaux (USA), 40 répondants par établissements à partir de séries consécutives de patients qui avaient retourné le PJS. 2. Etude des taux de réponse en fonction de deux modalités d'administration dans trois hôpitaux à partir d'une série consécutive de 1200 patients (par courrier) versus une série consécutive de 600 patients (pendant l'hospitalisation). Exclusion : <18ans	Auto-questionnaire par courrier. Taux de réponse : 65%. Auto-questionnaire par courrier versus auto-questionnaire remise pendant l'hospitalisation sans relance. Taux de réponse : par courrier 17%, et par remise en main propre 28%.	Fiabilité : homogénéité et test-retest Validité convergente (PJS versus PCC) et discriminante par item entre hôpitaux.
The Picker, Cleary ³⁹	6455 patients hospitalisés dans 62 hôpitaux (USA) à partir d'un échantillon consécutif de 100 patients par établissement. Exclusion : décédés lors de l'hospitalisation	Entretien par téléphone à trois mois de leur sortie	Validation de contenu : corrélation entre items Fiabilité : homogénéité

II.2.3.4. Les questionnaires d'origine francophone

Dans le cadre de la consultation, il n'existe pas, à notre connaissance, d'outil validé en France, à l'exception du travail de Labarere J et al, publié en 1999 dans *Journal Clinical Performance Quality of Health Care* « Outpatient satisfaction: validation of a French-language questionnaire: data quality and identification of associated factors »³².

Les outils de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés font l'objet de travaux depuis quelques années. L'adaptation française du questionnaire PJHQ a été validée en 1997 et publiée récemment dans *Social Science et Médecine*⁴¹. Ce travail est détaillé dans la partie des travaux personnels. Deux questionnaires ont été développés :

- en 1998 par l'équipe de Grenoble vient d'être publié en 2001 dans *International Journal for Quality in Health Care*⁴².

- en 1998 par l'équipe AP-HP, il s'agit de l'EQS (échelle de qualité des soins). Cette échelle explore l'opinion des patients hospitalisés par rapport aux soins médicaux et infirmiers dans les services de médecine et chirurgie de court séjour⁵⁰. Elle comporte deux dimensions : information médicale (13 items) et la relation avec les soignants – l'organisation du service (13 items) et 8 variables d'ajustement (caractéristiques des patients et modalités de séjour) qui permettent des comparaisons entre structures (établissements ou services cliniques). L'EQS génère 3 scores de 0 à 100 (niveau croissant de satisfaction) : un score par dimension et un score global.

A l'heure actuelle, il y a beaucoup de travaux en cours par des équipes de recherche françaises sur d'autres populations : psychiatrie, enfant, monde carcéral...

Tableau 3. Les principaux questionnaires de mesure de la satisfaction des patients développés en France

Nom du questionnaire	Population	Méthode d'enquête	Validation (Analyse métrologique)
Satisfaction des patients hospitalisés, adapté de PJHQ. Nguyen Thi PL. et al ⁴¹	533 patients hospitalisés de court séjour dans les 12 services médicaux et chirurgicaux spécialisés de l'appareil circulatoire, respiratoire, locomoteur et urinaire dans CHU de Nancy de mai 1997 à avril 1998 (2474 lits). Patients adultes, de 18 à 80 ans, hospitalisés au moins 72 heures (prévu par l'équipe de soignant dans les premières heures de l'hospitalisation). Exclue : patients décédés ou non pas sortis vers domicile.	Auto-questionnaire par courrier à domicile 2 semaines après la sortie. Relance téléphonique 2 semaines suivantes si nécessaire.	Validité de contenu Fiabilité : cohérence interne
Satisfaction des patients hospitalisés de Grenoble. Labarere J. t al ⁴²	1000 patients hospitalisés de l'hôpital Grenoble (2200 lits) pendant le mois de mai, 1998. Patients adultes, hospitalisés en service de médecine, chirurgie ou obstétrique, au moins de 24 heures. Exclue : patients décédés ou non pas sortis vers domicile.	Auto-questionnaire par courrier à domicile de 2 à 4 semaines après la sortie. Relance par courrier 2 semaines suivantes. Taux de participation : 71%	Validité de contenu, validité de construit (analyse factorielle) fiabilité : cohérence interne
Satisfaction des patients vus en consultation. Labarere J. t al ³²	586 patients vus en consultation dans 6 services d'un hôpital universitaire pendant le mois d'octobre 1997. Patients > 15ans, consultant en services médecine interne, rhumatologie, ophtalmologie, chirurgie vasculaire, et gynécologie.	Contact avant la sortie de l'hôpital pour obtenir l'identification du patient, et le consentement des parents chez les mineurs. Auto-questionnaire par courrier à domicile de 2 semaines après la consultation ou entretien par téléphone (NR : si le patient refuse ou après 5 fois essais). Relance par courrier 2 semaines suivantes. Taux de participation : 79%	Validité du construit (analyse cluster hiérarchique) Validité de convergence (Kruskal-Wallis) Fiabilité (cohérence interne)
Echelle de Qualité des soins. Salomon L. et al ⁵⁰	534 patients hospitalisés dans 8 services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital Cochin (800 lits). Patients adultes, hospitalisés au moins de 24 heures dans un de 4 services médicaux : médecin interne, rhumatologie, cardiologie, gastro-entérologie, un des 4 services chirurgicaux : urologie, digestive, et orthopédie (2). Les patients ont été contactés et ont reçu un questionnaire par les assistants de recherche un jour avant la sortie pour que chaque service recrute environ 60 patients.	Auto-questionnaire pendant l'hospitalisation. Taux de réponse : 80,2%	Validité de construit (analyse factorielle), fiabilité : cohérence interne), test-retest.

II.2.3.5. Notion de dimension - Description de la dimension

Comme nous en avons déjà discuté dans la partie traitant du concept de satisfaction, le questionnaire utilisé permet la construction de dimensions explorant différents champs de la satisfaction et le calcul des scores par addition des réponses aux questions qui composent une dimension. Il existe deux façons de construire des dimensions : a priori et a posteriori.

Les étapes principales dans la construction de dimensions valides et fiables basées sur les items clé ou la partie « satisfaction proprement dite » dans un questionnaire de satisfaction :

1. Elaboration des dimensions a priori : items groupés en se basant sur la revue de la littérature et le cadre conceptuel qui en découle.
2. Réalisation d'une analyse factorielle exploratoire qui permet de tester les dimensions présumées et d'identifier éventuellement de nouvelles.
3. Construction des dimensions multi-items à partir des résultats de l'analyse factorielle exploratoire en prenant en compte les relations théoriques et le contenu des items.
4. Evaluation des propriétés psychométriques de ces dimensions par le calcul des statistiques descriptives pour chaque dimension, l'estimation de leur fiabilité et l'évaluation de leur validité.

II.2.3.5.1. Les dimensions a priori

Elles sont construites de façon logique pour explorer les grands thèmes. Elles sont fixées par le concepteur du questionnaire. Ce sont les dimensions prises dans les questionnaires préexistants, employés pour fournir des données de référence à des buts comparatifs. Il peut s'agir de la réalisation empirique du regroupement des items qui explorent a priori une même dimension, regroupement effectué selon l'avis des experts, et pouvant s'aider des données de la littérature. Ce regroupement doit ensuite être évalué par une étude statistique (cohérence interne et validité essentiellement).

II.2.3.5.2. Les dimensions a posteriori (post hoc)

Elles peuvent être construites par l'analyse du questionnaire en recherchant les questions pour lesquelles il existe de fortes corrélations entre les réponses. Ces dimensions sont construites une fois

que toutes les données ont été collectées et cette méthode est basée sur l'utilisation de l'analyse en composantes principales (analyse factorielle exploratoire).

II.2.4. Validation d'un instrument de mesure

La phase de validation, comportant une enquête pilote, permet de sélectionner les outils les plus pertinents pour rendre compte de manière optimale de la satisfaction des patients.

Cette validation nécessite la mise en œuvre d'enquêtes et d'analyse statistiques spécifiques, visant à s'assurer que l'instrument mesure effectivement ce qu'il est censé mesurer et qu'il le fait de façon optimale.

La validation permet également de définir précisément les dimensions explorées par l'instrument.

La validation psychométrique est une étape importante pour permettre d'utiliser un outil de mesure de la satisfaction. Elle permet, outre une sélection des items, de préciser la validité de l'instrument définitif (validity) et sa fiabilité (reliability).

Pourtant, les études de satisfaction des patients ne fournissent pas systématiquement des évaluations de la validité et de la fiabilité. Une revue de la littérature sur 198 articles publiés en 1994 concernant des études de satisfaction⁵⁸ dont 93% sont quantitatives et 7% qualitatives. Seulement 89 (46%) ont fourni des informations sur la validité et sur la fiabilité ; 76 ont rapporté quelques éléments de validité du contenu, 14 ont rapporté la validité sur critère avec l'intention de retourner à l'hôpital comme le critère le plus utilisé ; 4 ont rapporté la validité de construction (construct validity). 31 études ont rapporté la cohérence interne en utilisant le coefficient alpha de Cronbach's, 8 ont rapporté le test-retest. Seul 11 études (6%) ont rapporté les trois critères : validité de contenu, validité de construction et fiabilité.

La validité et la fiabilité sont des concepts liés au fait qu'un instrument mesure ce qu'il est supposé mesurer.

II.2.4.1. Validité

La validation est un processus visant à soutenir l'instrument de mesure comme une représentation claire du concept de l'étude. Par exemple, si on veut mesurer la satisfaction concernant les informations liées aux soins – notre concept – nous avons besoin d'être sûr que les items de l'outil mesure la satisfaction

vis-à-vis des informations liées aux soins, non pas un autre concept comme la satisfaction vis-à-vis des attitudes des infirmières quand elles fournissent des informations. Satisfaction vis-à-vis des informations et satisfaction vis-à-vis des attitudes sont deux concepts différents.

Les différentes de validité sont présentées ci dessous :

- (1) **La validité d'apparence (*Face validity*):** La validité d'apparence est le jugement fait par l'utilisateur. Cette validité résulte donc d'un jugement subjectif, prenant en compte les aspects visibles de l'échelle : longueur, libellé des items, modalités de réponse, etc... Elle permet d'assurer l'acceptabilité du questionnaire et la compréhension des items. Ce qui peut influencer sur le fait de participer des patients. Donc, elle nécessite la réalisation d'une enquête pilote auprès de patients, permettant de recueillir leurs remarques sur le contenu du questionnaire et sur la formalisation des items.
- (2) **La validité de contenu (*Content validity*) :** ou validité externe, permet de juger si l'on répond correctement au problème posé, c'est à dire la capacité de l'instrument à mesurer effectivement ce qu'il est censé mesurer et varier avec ce qu'il mesure. Elle suppose que les items rassemblés explorent de façon complète l'ensemble des aspects d'une dimension donnée, sans redondance entre eux. Elle explore l'adéquation de l'instrument au domaine de l'étude, en fonction des concepts, de l'étendue du domaine pris en compte et des formulations employées. Ce type de validation implique la définition préalable des concepts et l'accord consensuel des experts.
 - a. **La validité de structure ou la validité du construit (*Construct validity*) :** L'étude de la structure même de l'instrument, par diverses méthodes d'analyses multivariées, conduit à apprécier la validité de structure ou du construit. Ces critères peuvent être utilisés, lorsqu'il n'existe pas de référence (gold standard). Elle est un élément important qui permet de définir les dimensions de l'instrument. Elle est appréciée par la cohérence interne (validité de structure interne). Il s'agit donc de la capacité de l'instrument à mesurer de façon séparée les différentes dimensions. Sa vérification fait appel à l'analyse factorielle et à la cohérence interne.

L'analyse factorielle : à partir des résultats d'une enquête pilote sur un échantillon représentatif de la population cible, on peut, par exemple, rechercher la structure factorielle de l'instrument

par une analyse en composantes principales. Les résultats permettent également d'optimiser le nombre d'item de l'outil. Ainsi peut-on décider d'éliminer les items corrélés à plusieurs facteurs, à aucun facteur, ou encore des items qui appartiennent à une dimension expliquant un part faible de la variance totale. En toute rigueur, on ne peut calculer de score par sommation d'items que si ceux-ci appartiennent à une même dimension ; il n'est donc pas théoriquement licite de calculer un score global dans le cas d'un instrument multidimensionnel.

La cohérence interne est basée sur l'étude de la corrélation moyenne entre les items. La mesure utilisant le coefficient alpha de Cronbach est une approche populaire. Le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est une estimation du fait que les items d'un questionnaire (ou d'une sous-échelle) mesurent un même concept. Il varie de 0 à 1. Plus le coefficient est élevé, plus la cohérence interne du questionnaire est satisfaisante ; en pratique, une valeur d'au minimum de 0,8 est considérée comme un bon indicateur de cohérence interne.

Mais ce coefficient a l'inconvénient d'être dépendant du nombre d'items.

- (3) **La validité sur critère (*Criterion validity*)** : Dans le cas où l'objet évalué par l'instrument est complètement et indiscutablement défini par une autre méthode de mesure. C'est la corrélation de la nouvelle échelle avec d'autres mesures, idéalement, un « *gold standard* » validé qui est bien accepté dans le champ.

Toutefois, concernant les mesures de satisfaction des patients, il faut reconnaître qu'il n'existe aucun *standard universellement reconnu ou gold standard* ; c'est pourquoi ce type de validité ne peut être mesuré.

II.2.4.2. Fiabilité

La fiabilité reflète le total des erreurs inhérentes dans les mesures. *La variabilité* est fondamentale dans ce concept. Par exemple, nous demandons à un patient d'estimer la satisfaction en utilisant une échelle visuelle analogique de 100mm. Le résultat obtenu est 81. Nous demandons alors au patient de répéter l'évaluation quatre fois, et trouvons que les résultats sont 79, 78, 76 et 81. Quel est donc le vrai niveau de satisfaction pour ce patient ? Si nous pouvons faire l'hypothèse que la satisfaction du patient était

stable au cours de la période, nous savons que la variation dans les scores est aléatoire. C'est *l'erreur de mesure* dans ce cas. Si nous répétons l'expérience avec 99 patients, nous trouverons à la fois *une variabilité entre sujets* - certaines personnes seront plus satisfaites que d'autres - et cette erreur aléatoire.

La fiabilité comprend essentiellement la reproductibilité (comprenant stabilité dans le temps et reproductibilité inter-observateurs), qui est la capacité à fournir un résultat stable lorsque le questionnaire est administré à plusieurs reprises (ou par plusieurs observateurs) à une population stable.

II.2.5. Modalités de passation

II.2.5.1. Les modalités d'administration

II.2.5.2. Entretien ou auto-administration

Selon le type de population et la taille d'échantillon, on choisit des modalités de recueil des données : un entretien ou un questionnaire auto-administré, de l'endroit de remise et de remplissage du questionnaire.

Entretien (en individuel ou collectif)

En principe, il faut laisser répondre les malades. Il est indispensable de définir également leurs expériences, même pour ceux présentant une capacité de communication ou d'autonomie (santé) réduite ou limitée. Le moyen le plus logique pour interroger ces derniers est l'entretien personnel ou en groupe (avec ou sans l'aide d'un interprète, des parents ou proches).

Cette modalité se caractérise par l'excellente qualité des données ainsi collectées, lorsque les enquêteurs sont entraînés : les données manquantes sont exceptionnelles, les refus de réponse sont généralement rares.

En revanche, la présence même de l'enquêteur peut influencer les réponses : (1) par l'effet Hawthorne, cette expression est utilisée pour expliquer des situations dans lesquelles une expérience n'est pas fiable parce que le simple fait qu'elle ait lieu influe sur les résultats obtenus. Cela rappelle que le personnel et les bénéficiaires du programme ont parfois un comportement très différent de leur comportement habituel s'ils savent qu'ils sont observés. C'est l'impact d'être inclus dans l'étude⁶⁶.

(2) la désirabilité sociale est, ce qui entraîne une sous-déclaration, des comportements illégaux, illicites ou socialement dévalorisés. C'est une tendance à agir de manière à se percevoir et à être perçu des autres de façon positive.

Auto-administration

Les questionnaires auto-administrés peuvent être remis par voie postale ou remis en main propre sur site ; remplis sur site ou à la maison ; par la personne elle-même ou par une proche, avec aide ou sans aide.

Cette méthode permet d'apprécier directement le point de vue des patients. Le coût de cette modalité est moins élevé, mais le taux de réponse est en règle générale faible, de l'ordre de 10 à 50%, selon les auteurs (sans relance). Les répondants sont souvent différents de non répondants donc les résultats obtenus comportent un biais de sélection.

II.2.5.3. Face-à-face, téléphone ou courrier

Nous empruntons le tableau de Delbanco TL. (1996), cité par Pourin⁵⁹ pour présenter les avantages et les inconvénients des différentes modalités de recueil des données (tableau 4).

II.2.5.4. Le lieu de recueil des données : sur site ou à distance

L'endroit et le moment choisis de remise et de remplissage du questionnaire peuvent également influencer sur la façon dont les patients répondent. Les questionnaires peuvent être remis ou remplis

(1) sur site (l'hôpital, le lieu de consultation, la maternité). Dans ce cas, il faut bien discuter des modalités comme le moment de remise du questionnaire - avant, pendant ou après la rencontre des soins - ; le moment de demande de remplissage du questionnaire - pendant ou après la rencontre des soins. Et la personne qui remet ou demande de remplir le questionnaire aux patients - le personnel d'accueil, le personnel soignant ou le personnel à l'extérieur de l'établissement.

(2) à distance (au domicile, maison de retraite...) : le temps écoulé entre la sortie et le moment où l'on administre le questionnaire semble important, plusieurs auteurs recommandent un délai de 2 à 4 semaines^{9,22,44,45}. L'organisation et la logistique pour assurer les adresses ou les numéros de

téléphone des patients. Et le mode de surveillance des non réponses si nécessaire (relance téléphonique, courrier...).

Interroger des patients sur le lieu de soins génère en général des scores de satisfaction plus élevés que les enquêtes réalisées à distance⁶. Certains auteurs ont montré que les réponses sont plus critiques, d'autres que les réponses peuvent être influencées positivement du fait que le patient est dans une situation de dépendance (relation d'iniquité).

Au niveau des questionnaires envoyés à domicile, peut se poser le problème de qui répond réellement. Si les réponses sont faites avec l'aide des personnes plus jeunes, elles peuvent être plus critiques. Ceci peut probablement être un facteur qui peut expliquer la similitude des tendances des réponses faites entre des sujets jeunes et âgés, à savoir plus critiques et peu positives. Cette interprétation peut être cohérente avec celle de Thorslund et Wärneryd. Leur travail a porté sur l'existence d'une différence entre les patients très âgés qui avaient rempli les questionnaires avec aide et sans aide. Ils ont ainsi précisé que l'accès à l'aide pour remplir un questionnaire peut probablement influencer la perception de cette personne très âgée sur son propre état de santé de façon positive. Une autre interprétation possible, et peut-être plus naturelle, est que les patients très âgés ont une santé plus faible, avec un plus grand besoin de soins et donc un plus grand risque de voir ce besoin non satisfait. Le tableau suivant présente les avantages de 4 modalités (tableau 5).

Tableau 4. Les avantages et inconvénients des différentes modalités de recueil des données

Avantages	Inconvénients
Face-à-face	
Taux de réponse le plus élevé	Très coûteuse
L'enquêteur peut clarifier les questions et utiliser des instructions complexes	Limitée à un petit nombre de répondants et à une zone géographique
Autorise un entretien plus long avec un meilleur taux de réponse	Risque de biais lié à l'enquêteur
Processus interactif pour générer de nouvelles informations	Ne respecte pas l'anonymat
Permet d'aborder des sujets sensibles	
Permet de joindre des populations à bas niveau d'étude	
Téléphone	
Couvre une grande zone géographique	Plus coûteux qu'une enquête postale
Taux de réponse meilleur par courrier	Les patients perçoivent moins bien l'anonymat qu'avec un questionnaire postal
L'enquêteur peut clarifier les réponses confuses et essayer de convaincre ceux qui refusent	Nécessite d'avoir des numéros de téléphone fiables
Possibilité d'utiliser les entretiens assistés par ordinateur	Taux d'abandon élevé pour les questionnaires au-dessus de 15-20 minutes de longueur
Permet de joindre des populations à bas niveau d'étude	Difficulté de joindre les patients qui travaillent la journée
Courrier	
Coût faible	Nécessite une organisation des envois et des relances
Peut être réalisée avec peu de personnels et de moyens	Difficulté à comprendre les questions compliquées
Peu couvrir une grande zone géographique et permet d'atteindre des personnes difficiles à joindre personnellement	De faible taux de réponse peuvent nécessiter des relances (par courrier ou par téléphone) impliquant une identification des questionnaires
Permet au répondant de prendre du temps pour réfléchir à la réponse	Les patients peuvent retourner des questionnaires incomplets
Les patients ont l'impression que la confidentialité est mieux conservée que par entretien	Prend davantage de temps que les méthodes par entretien
Permet d'élargir les critères d'inclusion de l'échantillon	Nécessite des sujets avec un niveau d'étude suffisant
Peut être utilisée de façon mixte avec une relance téléphonique	Nécessite des adresses exactes

Tableau 5. Les caractéristiques selon la modalité de recueil des données

Caractéristiques	Entretien		Auto-administré	
	Face-à-face	Téléphonique	Courrier	Sur site
Confidentialité et anonymat peuvent être assurés	-	±	++	±
Taux de réponse élevé	++	+	-	++
L'enquêteur/facilitateur peut clarifier	++	+	-	+
Souplesse de la discussion	++	+	-	-
Possibilité d'établir un rapport avec le patient	++	+	-	+
Sensibilité à concerner les patients	++	+	-	+
Approprié aux questions ouvertes multiples	++	+	-	-
Facilité d'analyse	-	±/+	++	++
Capacité à atteindre des populations à faible niveau d'instruction	++	+	-	-
Faible coût en personne et équipements	-	-	+	+
Les répondants ont le temps pour des réponses réfléchies	+	-	++	-
Le rappel des expériences est plus récent	+	-	+	++
Capacité à couvrir un grand nombre de patients.	-	±	++	+
Biais de l'enquêteur	++	±	-	±
Aucune formation spéciale des enquêteurs	-	-	+	±
Les patients peuvent répondre à leur convenance	-	±	++	±
L'échantillonnage aléatoire est faisable	+	+	+	+
Faisabilité de relance des non-répondants	?	+	+	±
Faisabilité d'évaluer la sortie et le suivi	+	+	+	-

(Source : NHS Trust-based Patient Surveys : inpatients - acute hospital. *Listening to your patients*02/ 2002)

Il est nécessaire de noter que les avantages cités dans ce tableau ne sont pas égaux. Par exemple, assurer la confidentialité aux patients, le taux de réponse élevé, et la facilité d'échantillonnage sont en particulier des critères importants pour obtenir un feedback fiable et exigible des patients. L'enquête postale par questionnaire a tous ces avantages.

II.2.5.5. Le moment de recueil des données

Le moment de réalisation de l'enquête

Pour commencer une enquête portant sur la satisfaction des patients, il est recommandé d'essayer d'éviter le plus possible tout travail autour des périodes de vacances à cause du manque de disponibilité ou de l'absence des patients. Pendant l'hiver, l'étude peut suivre une épidémie de grippe, et il y a une tendance saisonnière dans les admissions des services des urgences. L'expédition par voie postale des questionnaires autour de Noël peut également se révéler problématique, une pression sur les systèmes postaux et le temps des individus pouvant affecter le taux de réponse et la teneur des réponses. C'est un des biais rencontrés si l'on fait des enquêtes ponctuelles.

La durée écoulée entre la sortie et le moment de réalisation de l'enquête

Dans le cas de l'hospitalisation, seule une mesure après l'hospitalisation permettra d'évaluer les conditions de sortie et la satisfaction par rapport au suivi. Cette mesure doit être effectuée juste après l'hospitalisation, et semble plus fiable lorsqu'elle est proche de la sortie que lorsqu'elle est effectuée plusieurs mois après. Et il paraît préférable d'éviter le cours de l'hospitalisation, notamment d'obtenir les réponses le jour de la sortie²⁴. Le moment idéal pour envoyer un questionnaire à un patient est de 2 à 4 semaines après sa sortie^{9,22,44,45}. Une durée plus longue (6 mois) a été proposée dans le cas d'une intervention chirurgicale pour permettre au patient d'intégrer les résultats des soins⁶⁷. Il est également probable que les sujets portent un avis plus réfléchi et nuancé après une hospitalisation ou une consultation que pendant leur déroulement.

Ce délai a pour but (1) de donner le temps nécessaire aux patients de se détacher de leurs expériences hospitalières, car s'il est trop proche de la sortie, on peut risquer le biais lié au traumatisme de l'hospitalisation et (2) de bien se rappeler ce qui leur est arrivé, car on peut risquer, avec un délai trop long, le biais de mémoire³. De plus, une étude a montré que les patients sortis depuis plusieurs mois sont plus satisfaits que ceux qui ne sont sortis que depuis quelques semaines⁴⁶. Il est recommandé de ne pas échantillonner les patients qui sont sortis de l'hôpital depuis plus de 3 mois, puisqu'il est peu probable que le détail des expériences des patients soit exactement retrouvé. Des données plus récentes sont susceptibles de fournir des informations beaucoup plus utiles sur les forces et les faiblesses

actuelles de la prise en charge, de sorte que des stratégies d'amélioration peuvent être convenablement envisagées. Pourtant, d'après une étude⁶⁶, la durée écoulée depuis la sortie et le moment où le patient remplit le questionnaire de satisfaction n'influerait pas sur l'appréciation de la satisfaction.

Donc, il faut prendre en compte l'élément de délai entre la sortie et le remplissage du questionnaire dans l'interprétation des résultats de l'enquête de satisfaction des patients⁶⁸.

II.2.6. Le consentement, l'anonymat et la confidentialité

Le consentement des patients ou de leur entourage doit être recherché, quelle que soit la méthode d'enquête retenue. Charles et al, cité par Pourin⁵⁹, ont testé deux méthodes de recueil du consentement des patients au Canada. Une première technique était de faire recueillir ce consentement auprès du patient alors qu'il est encore hospitalisé, par un membre du service. L'autre technique consistait à adresser à son domicile un courrier après sa sortie de l'hôpital. Dans les deux cas, l'objectif de l'étude était présenté et la permission était demandée de transmettre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone à un organisme externe réalisant l'étude. Le taux de réponse ne diffère pas significativement entre ces deux techniques. Pourtant, le recueil du consentement à l'hôpital a plusieurs avantages : meilleure implication du personnel soignant, moindre coût, meilleure fiabilité de l'adresse et du téléphone.

Il est nécessaire d'adhérer le plus possible à deux grands principes : l'anonymat ou la confidentialité des réponses et la neutralité de la personne qui collecte des données. Tous les deux sont destinés principalement à privilégier la sincérité de l'expression du point de vue. Le principe de l'anonymat est complètement atteint si aucune méthode d'identification des répondants n'est utilisée, toutefois, il est nécessaire d'utiliser certaines techniques comme l'identification par des numéros de codage si l'étude demande le suivi des non-répondants. Même si elle empêche la possibilité de relance, la garantie de l'anonymat ou au moins de la confidentialité est importante dans ce type d'enquête où il existe une relation de dépendance, le patient étant susceptible de revenir dans l'hôpital et/ou les services de soins sur lequel il exprime son avis.

La déclaration de la confidentialité demande une explication simple sur comment l'information doit être traitée et analysée. Plusieurs études essayent de garantir la neutralité de la personne qui collecte des données par l'implication d'instituts de recherche ou de groupes académiques, qui sont moins identifiés aux fournisseurs de la santé, lors de la collecte et de l'analyse des données, or ceci peut ne pas être faisable. Il est raisonnable de faire hypothèse que le cadre dans lesquels les répondants expriment leurs points de vue influent sur les résultats, et que, par exemple, ils sont plus francs dans l'intimité de leur domicile. Pourtant, l'analyse systématique de l'effet du cadre n'a jamais pu mettre en évidence de telles faits.

Des travaux⁶⁹⁻⁷¹ ont montré que le taux de réponse est plus bas lorsque l'enquête est anonyme. Certaines personnes peuvent estimer que leurs opinions sont importantes seulement quand ils sont identifiés. D'autres tendent à ne répondre que s'ils sentent une certaine pression, la possibilité d'anonymat réduit cette pression. D'autres travaux ont montré que la garantie de l'anonymat avait peu d'influence sur le taux de réponse^{69,72}.

En résumé, nous n'avons pas trouvé de comparaison directe entre les différentes méthodes d'étude dans la littérature. Pourtant l'anonymat complet du questionnaire soulève des problèmes méthodologiques qui ne permettent pas de valider les résultats comme la représentativité de l'échantillon. Certains patients peuvent ne pas vouloir exprimer nominativement leur opinion vis-à-vis de l'établissement ou du responsable de la structure de prise en charge. Une des études au CHU de Nancy a offert toutes ces modalités. C'est le patient qui a choisi la modalité de réponse : 6,2% des réponses ont montré que les patients voulaient garder l'anonymat, 31,4% des réponses étaient nominatives avec cependant une demande de confidentialité et 19,2% des réponses étaient nominatives avec demande de transmission au chef de service. A notre avis, il est nécessaire de garantir la confidentialité et de ne pas imposer l'anonymat à tous les patients. En effet, certains patients veulent répondre de façon nominative aux responsables de la structure de soins. Les détails de cette partie sont discutés plus loin dans un des travaux personnels⁴².

De telles comparaisons sont nécessaires pour comprendre quelles méthodes introduisent des biais substantiels et quelles autres fournissent les réponses les plus valides pour l'évaluation de la qualité.

II.2.7. Biais d'investigation

Les biais sont des erreurs systématiques et constantes plutôt qu'aléatoires. Cette partie discute des biais liés au recueil des données.

1. Biais liés aux informations recueillies ou aux enquêtés

Les informations obtenues doivent être "exactes". Or l'oubli (données anciennes, personnes âgées), la peur (sujet ayant un impact social fort : drogue ...), la méfiance (perception négative de l'enquête), le degré d'implication, constituent autant d'éléments pouvant aboutir à un recueil d'information erroné, "orienté" ou incomplet.

2. Biais liés aux enquêteurs

Les enquêteurs doivent bien connaître leur questionnaire de façon à reproduire de manière identique l'enquête auprès de chaque personne (s'il s'agit d'entretien). Les enquêteurs doivent, dans la mesure du possible, garder une attitude "neutre".

Les biais liés aux investigateurs peuvent concerner les différents types d'enquête. Toutefois les enquêtes rétrospectives sont plus facilement sujettes à ces biais.

3. Effet d'acquiescement

La méconnaissance d'un effet de Halo ou d'effet d'acquiescement est une source de biais extrêmement courante dans les enquêtes de satisfaction par questionnaire. Le premier désigne l'orientation de la réponse à un item par celle fournie au précédent. Sa survenue est étroitement liée à l'ordre des questions. Il impose de n'interroger le sujet sur sa satisfaction globale qu'en fin de questionnaire : un patient se sentirait incohérent s'il émettait des critiques sur les aspects spécifiques de son expérience après avoir formulé un jugement global positif. L'acquiescement (ou biais de positivité) traduit la tendance d'un sujet à utiliser systématiquement la modalité de réponse positive. Il est plus fréquemment rencontré chez les sujets âgés, disposant d'un faible revenu, d'un bas de niveau d'études et révélant un score de santé perceptuelle médiocre⁷³. L'acquiescement n'est toutefois pas indépendant du contenu de l'item⁷⁴. L'alternance d'items de signification favorable et défavorable neutraliserait le biais d'acquiescement. D'autres caractéristiques du questionnaire influent sur les résultats de l'enquête. Ross⁷³

en comparant sept instruments, montre que les taux de satisfaction produits par chacun d'eux sont davantage corrélés s'ils partagent le même format de réponse.

Les auteurs opposent classiquement les questions de satisfaction stricto-sensu ("Êtes-vous satisfait des informations du médecin sur votre traitement ?") aux questions de fait ("Le médecin vous a-t-il informé des effets secondaires du traitement ?"). Ils soulignent la discordance des réponses et reprochent aux premières de fournir une opinion sans qu'on connaisse les critères de jugement des répondants³⁴. Cela incite, en pratique, à combiner les deux types de formulation.

II.2.8. L'instrument est-il applicable ?

Pour obtenir des résultats utiles, un instrument pertinent et performant doit encore être applicable, c'est-à-dire utilisable en pratique. Un instrument est applicable s'il peut répondre au minimum à 4 critères, d'après Rubin⁶ :

- Le coût de la mise en œuvre
- La facilité d'utilisation
- L'acceptabilité pour les patients et les administrateurs
- La facilité d'interprétation des résultats

II.2.8.1. Les coûts de mise en œuvre

Ils sont liés à la méthode d'investigation. Dans le domaine considéré, il s'agit essentiellement de passation de questionnaires ou de grilles, le coût dépendra de la durée d'investigation mais aussi de la qualification de l'enquêteur. Il faut également prendre en compte le coût de leur formation et de la vérification des réponses. On doit noter que dans un certain nombre de cas l'indicateur considéré est inclus dans un questionnaire plus large (grille) portant sur de multiples aspects. Dans certaines circonstances, l'indicateur est construit à partir d'une sélection d'items du questionnaire ; d'autres fois, on introduit dans un questionnaire des items d'un indicateur construit par ailleurs. Ce contexte peut influencer l'acceptabilité pour l'enquêteur.

II.2.8.2. Facilité d'utilisation

Beaucoup d'études ont utilisé avec succès des auto-questionnaires par courrier ou par téléphone. En outre, beaucoup de sociétés commerciales réalisent ces types études (surtout aux Etat-Unis). Bien que la plupart des sociétés ne mentionnent pas le coût de leurs méthodes, et ne fournissent pas de données sur la fiabilité et la validité, leur présence sur le marché démontre que ces études sont facilement gérées⁶.

II.2.8.3. Acceptabilité

Elle doit être appréciée au niveau des enquêteurs et des patients.

(1) Pour les enquêteurs : qu'il s'agisse d'une grille ou d'un questionnaire, l'enquêteur doit pouvoir adhérer à l'instrument utilisé. La connaissance des principes de construction, de la philosophie sous-jacente aux objectifs visés constitue un préalable nécessaire à l'acceptabilité. Par exemple, l'enquêteur doit être informé avec précision de la signification des items et des principes de cotation.

(2) Pour les patients : les questions doivent être claires, univoques, sans ambiguïté et rédigées de façon à être comprises de la population touchée par l'enquête.

D'une façon générale, pour être acceptable un instrument doit être :

- clair dans sa formulation qui doit être compréhensible pour les patients et pour l'enquêteur.

L'utilisation d'instruments d'origine étrangère suppose une traduction associant des experts du pays d'origine et du pays d'utilisation ;

- clair dans sa présentation ;
- de longueur raisonnable compte tenu du contexte et de la fréquence d'application ;

il est nécessaire de (1) concilier le besoin de précision et le risque de lasser le répondant ; (2) tenir compte du mode d'administration : par téléphone : courte durée ; à domicile : durée plus longue ; (3) tenir compte du sujet traité : si le sujet l'intéresse vraiment, le répondant y accordera plus de temps ; (4) tenir compte du coût de l'étude et du temps d'analyse.

- adapté aux conditions d'utilisation. Il convient de distinguer les enquêtes ponctuelles approfondies confiées à des enquêteurs spécialement formés et les enquêtes systématiques répétitives, sur le fonctionnement d'un service par exemple, dont la fréquence influence les conditions d'applicabilité.

La qualification de l'enquêteur (enquêteur professionnel, médecin, infirmière, ou assistante sociale, etc.) peut influencer les réponses des patients. Des questions posées sans problème par un médecin ou dans un cadre hospitalier paraîtront impossibles voire indécentes à une assistante sociale enquêtant à domicile. Par ailleurs il faut tenir compte du fait que les réponses sont orientées par la qualification de celui qui pose les questions. On parlera moins spontanément à un médecin des problèmes de l'environnement matériel. L'espoir d'obtenir ou la crainte de perdre une prestation est aussi susceptible d'orienter les réponses.

On peut apprécier l'applicabilité d'un instrument en se fondant sur le pourcentage de sujets qui ont refusé de répondre à certaines questions (acceptabilité pour les patients), la durée de passation (non seulement des items de l'indicateur lui-même mais aussi de l'ensemble de l'instrument dans lequel il est inclus) et l'évaluation d'un coût moyen par sujet enquêté. De plus, un récent travail porte sur l'élaboration de procédures standardisées et efficaces d'administration des questionnaires, proposant de juger la qualité du questionnaire sur les critères suivants⁷⁵ :

1. Proportion de non-réponses
2. Qualité de remplissage (proportion des données manquantes)
3. Contenu discriminant des données (distribution des modalités d'opinion)
4. Temps de passation : le temps nécessaire pour compléter la grille ou le questionnaire est un facteur important d'acceptabilité et doit donc être connu. Il peut déterminer la participation à l'enquête des personnes sollicitées. Il conditionne dans une large mesure le coût financier.

II.2.8.4. Interprétabilité

Les administrateurs trouveront des études de mesure de la satisfaction des patients plus utiles si les résultats peuvent être intuitivement compris et peuvent clairement indiquer quoi améliorer. Personne n'a encore comparé les méthodes et les instruments d'étude concernant ce problème. Ce critère peut

être en conflit avec ceux qui rendent des mesures plus fiables ou valides. Pour exemple, les échelles d'évaluation utilisées peuvent être problématiques parce que l'interprétation par des patients du terme « mauvais » ou « excellent » peuvent s'avérer claire. Un administrateur pourrait également vouloir savoir avec quelle régularité, selon des patients, les salles de bain étaient nettoyées. Pourtant une échelle d'évaluation pourrait mieux réussir à indiquer les points de vue des patients sur la qualité des soins.

L'évaluation des soins de l'hôpital par les patients est fréquemment mal interprétée. L'aplatissement de la distribution et l'insensibilité des estimations de la satisfaction peuvent avoir comme conséquence de considérer que 90 pour cent et 95 pour cent des patients « satisfaits » sont des résultats proche alors que de telles variations peuvent correspondre à une grande différence dans les conditions de soins réelles. Un administrateur peut être peu disposé à croire que 90 pour cent de satisfaction reflète un problème important.

Les utilisateurs doivent savoir que, les jugements des patients doivent être interprétés en utilisant des normes de population ou validées par d'autres. Ces normes déterminent ce que signifient les niveaux de réponse. Si les évaluations sont enregistrées seulement avec des proportions de patients « satisfaits » ou qui évaluent le soin comme « excellent », ils seront in-interprétables à moins que le seul but de l'étude ne soit de déterminer quel groupe parmi plusieurs mieux les soins ou dans le cas d'une enquête permanente, ne soit de suivre des évolutions de chaque niveau.

II.2.9. Tester un questionnaire

Il est essentiel qu'un questionnaire soit testé sur un échantillon des répondants avant une étude complète. Ceci permet de prévoir plusieurs problèmes potentiels. En premier, la clarté et l'acceptabilité des items du questionnaire peuvent être examinées. Aussi, si l'on offre aux répondants un espace ouvert pour des commentaires, les items supplémentaires ou les issues qui ne sont pas inclus dans la première version du questionnaire peuvent émerger. De plus, la variabilité des réponses peut être vérifiée. L'étude ne sera pas particulièrement informative si la version finale inclut trop d'items qui produisent des réponses uniformes.

II.3. ECHANTILLONNAGE

Lorsque l'objectif de l'enquête est principalement descriptif (nous n'abordons pas ici le cas où l'objectif est étiologique), il est essentiel de constituer un échantillon représentatif de la population visée par l'étude.

II.3.1. Population (N)

Définition des populations cible et source. La population cible est l'ensemble des sujets visés par l'étude, c'est à dire les sujets auxquels les résultats seront généralisés (ce sont les personnes qui sont les bénéficiaires visés d'un programme ou d'une activité). La population source est l'ensemble des sujets à partir duquel on constitue de l'échantillon.

Notion de temps. Le point sans doute le plus crucial et le plus mal compris dans la définition de la population pour une enquête de satisfaction est la notion de temps. La population des patients hospitalisés ou consultants n'est pas une population au sens démographique comme celle d'une ville, d'une région, d'un pays ... Elle est définie de façon fermée par une date d'entrée et de sortie dans l'hôpital. La durée de temps sur laquelle on veut mesurer la satisfaction doit donc être définie de façon précise dans la population cible.

Population selon la structure de soins. Il est important de bien cerner le groupe réellement visé par la mesure²⁴. Le choix de la population dépend des objectifs que l'on a fixés et des finalités que l'on vise. De plus, il existe des facteurs influençant le choix de la population source, comme la nature de la population que l'on vise, l'endroit où l'étude va se passer, le temps écoulé depuis la sortie jusqu'au moment de la remise du questionnaire et le type d'enquête qui est appliqué. Cette partie présente les différents types de populations en essayant de prendre en compte tous ces éléments. A titre d'illustration, nous présenterons à la fin de cette partie des exemples de types de population déjà utilisés.

Les patients hospitalisés en court, moyen ou long séjour

Pour étudier la satisfaction des patients hospitalisés, le CHU de Nancy a constitué un échantillon représentatif à partir de la liste de tous les patients sortis vivants du CHU. Ce sont des patients adultes

hospitalisés au minimum 24h ou ayant passé au moins une ou deux nuits à l'hôpital assurant ainsi que les patients ont eu assez de temps et d'événements ou d'expériences pendant leur prise en charge. Sont exclus les sujets transférés un autre établissement pour éviter les facteurs de confusion dans l'appréciation dues aux expériences passées dans le premier établissement ou unités de soins suivants⁴².

Avec la même population source, pour identifier l'intérêt de la mesure de qualité de vie à l'admission, la CHU de Nancy a constitué un échantillon représentatif à partir de la liste de tous les patients adultes de 18 à 80 ans hospitalisés du vendredi au lundi pour chaque semaine de la période d'enquête (de 1996 à 2000). Sont exclus les patients dont l'état de santé (physique ou mental) ne permet pas de répondre à un auto-questionnaire, les patients dont la barrière de la langue ne permettait pas de comprendre et de répondre au questionnaire (ces deux critères sont évalués par les personnels soignants), les patients décédés à l'hôpital (concernant ces patients, il est nécessaire de mener un autre type d'enquête spécifique)⁴¹.

Patients vus en consultation

Ce sont des patients venant d'un des services de l'établissement pour une consultation soit médicale soit technique (par exemple, pour faire des examens paracliniques) ou tous les deux. Il faut faire attention à la notion de consultation publique ou privée si on veut faire des comparaisons pour les résultats dans ce cas. En effet, pour certains établissements, ces 2 types de consultation existent en même temps.

C'est le cas, par exemple, d'une étude réalisée au CHU de Grenoble en octobre 1997 qui porte sur une population des patients vus en consultation dans les services de médecine interne, de rhumatologie, d'ophtalmologie, de chirurgie vasculaire, de gynécologie et des urgences³².

Population particulière ou type de prise en charge spécifique

Les patients en fin de vie ou cancéreux

Les proches ou les amis des patients : dans le cas des patients décédés, la population est constituée des proches ou des amis des patients qui remplissent le questionnaire.

Dans les autres cas, les proches ou les amis des patients sont des intermédiaires qui expriment et apprécient les attentes et la satisfaction des patients. Ces malades ne peuvent pas remplir le

questionnaire pour les raisons suivantes : malades gravissimes et désorientés, état grabataire, barrière linguistique, trop petit (enfant) ou trop âgé (personne âgée) ou simplement absence (dans le cas d'une enquête téléphonique)...

Les enfants : ce sont des patients hospitalisés ou en consultation de moins de 18 ans ce qui pose le problème de l'obtention d'un consentement de la part de leurs parents ou de leurs tuteurs.

Des questions se posent quant à ce problème d'âge : après avoir le consentement de ses tuteurs, qui va remplir le questionnaire ? A quel âge les enfants peuvent-ils répondre de façon autonome ? A notre connaissance, il n'y a pas encore de critères précis sur ce point.

Les patients en passage des urgences : ce sont des patients hospitalisés qui ne sont pas attendus. La durée de séjour est souvent très courte, le malade arrivant à l'hôpital, pour la plupart de cas, dans un état grave. Une étude réalisée au service de passage aux urgence au CHU de Nancy peut être prise comme exemple pour illustrer cette situation.

Les patients en maternité : il faut différencier les femmes hospitalisées pour un accouchement, et celles hospitalisées pour une maladie en rapport ou sans avec leur grossesse, un avortement Il faut différencier aussi le moment avant ou après l'accouchement (bébé vivant à côté).

Les autres types de population comme les patients en psychiatrie, les personnes âgées....

Le tableau suivant présente le résultat d'une méta-analyse de Dixon et Carr-Hill sur 230 études dans le contexte pratique des soins, dont la plupart non-publiée, cité par Car-Hill³.

Tableau 6. Le type de population dans la mesure de satisfaction

Type de population	Nombre
Santé de la communauté (<i>Community health</i>)	10
Personnes âgées	15
Patients hospitalisés	35
Maternité	47
Consultants	32
Etude en population	22
Santé des femmes	13

II.3.2. Constitution d'un échantillon représentatif (n)

Echantillon : c'est un sous-ensemble des sujets de la population sur lequel se fait la collecte de données.

Bref rappel. Le principe de la méthode d'échantillonnage est d'obtenir l'estimation d'un paramètre caractéristique de la distribution d'une variable sur un échantillon d'effectif n qui provient de la population N ($n < N$) par tirage au sort et, dans ces conditions, d'inférer la valeur correspondante qui caractérise cette population N . Autrement dit c'est d'utiliser l'information obtenue à partir d'un groupe d'individus (un échantillon) de la population source, car il n'est pas possible ou pratique d'examiner chaque membre de la population. Le rapport n/N est la fraction de sondage. Le paramètre est le plus souvent soit une proportion P (estimation \hat{p}), soit un score moyen de satisfaction μ et sa variance σ^2 (estimations \hat{m} et \hat{s}^2).

L'échantillon doit être représentatif c.a.d que \hat{p} et \hat{m} ne doivent différer de P et μ que par le seul effet des fluctuations aléatoires. L'échantillon est alors dit représentatif.

Décider de la taille appropriée de l'échantillon entraîne un dilemme entre le **coût** et la **précision** des résultats. La précision est caractérisée par l'intervalle de confiance de la proportion ou de la moyenne. Plus n augmente, plus l'estimation de P sera précise, c'est à dire que l'intervalle de confiance sera réduit. Il existe un risque d'erreur α que la valeur réelle (inconnue) de P , ou de μ , soit à l'extérieur de l'intervalle de confiance censé l'encadrer.

La taille de l'échantillon doit être choisie par rapport au degré de précision nécessaire d'après les estimations générées par l'échantillon. Par exemple, si on veut être certain à 95% que la "vraie" valeur de la population est comprise dans un intervalle de 3% autour de l'estimation ponctuelle, on calcule la taille de l'échantillon dont on a besoin pour atteindre ce niveau de précision. Les recommandations suivantes pourront aider à déterminer le niveau de précision dont on a besoin et la taille appropriée à faible coût. En règle générale, plus l'échantillon est grand, plus la conclusion est précise et plus le coût est élevé. Pourtant, ils ne réduisent pas le biais potentiel. Les deux principales sources de biais dans les

études viennent de la sélection de l'échantillon et de la non-réponse. La taille de l'échantillon ne peut compenser les biais. Les estimations ne sont valides que si l'échantillon n'est pas biaisé.

Dans l'exemple suivant, nous estimons la proportion de patients qui ne sont pas satisfaits vis-à-vis d'un problème soins. Pour calculer l'IC à 95% de cette proportion, 1,96 fois l'écart-type de la proportion est ajouté ou soustrait à la proportion pour atteindre les deux limites de l'IC. L'IC indique le rang de valeurs plausibles dans lesquels se trouve la vraie valeur de la population avec un niveau de confiance donnée. L'IC peut être calculé pour des niveaux de confiance différents.

Cette formulation plus facile à comprendre pour le non spécialiste n'est pas strictement exacte ; en réalité, il s'agit d'un intervalle qui, si l'échantillon était répété 100 fois contiendrait 95 fois la vraie valeur de P (la vraie valeur de P est unique, l'intervalle change à chaque estimation)

Cette estimation basée sur la loi normale présente des conditions de validité (np et $n(1-p)$) supérieurs à 5 aux bornes de l'IC ; si ce n'est pas le cas, il faut utiliser les estimations exactes obtenues par la loi binomiale et l'IC est alors asymétrique.

Si une étude inclut 500 patients et laisse apparaître 10% de non satisfaits sur une question particulière de repas. Cela signifie t-il que 10% de tous les patients ont ce problème ? Pas nécessairement, car il y a une incertitude autour de cette estimation qu'il faut prendre en compte. Le tableau 7 suivant montre comment la prévalence des problèmes et la taille de l'échantillon affectent la précision (dans le cas d'un sondage aléatoire simple).

La case grisée indique la valeur de l'IC utilisée dans l'exemple ci-dessus : pour une prévalence de non satisfaction de 10%, estimée sur un échantillon de 500 patients, le tableau fait apparaître les valeurs de l'IC que le score pour la population entière est quelque part entre 7,4% et 13,0%. La confiance dans la proportion estimée serait plus importante si nous avions étudié 1000 patients puisque la précision augmenterait.

Tableau 7. Relation entre la prévalence, la taille de l'échantillon et la précision

Taille de l'échantillon	Proportion estimée (%)					
	5%	10%	20%	30%	40%	50%
30	0,8 - 17,2	2,1 - 26,5	7,7 - 38,6	14,7 - 49,4	22,7 - 59,4	31,3 - 68,7
40	0,6 - 16,9	2,8 - 23,7	9,1 - 35,7	16,6 - 46,5	24,9 - 56,7	33,8 - 66,2
50	1,3 - 13,7	3,3 - 21,8	10,0 - 33,7	17,9 - 44,6	26,4 - 54,8	35,5 - 64,5
60	1,0 - 13,9	3,8 - 20,5	10,8 - 32,3	18,8 - 43,2	27,6 - 53,5	36,8 - 63,2
70	1,6 - 12,0	4,1 - 19,5	11,4 - 31,3	19,6 - 42,1	28,5 - 52,4	37,8 - 62,2
80	1,4 - 12,3	4,4 - 18,8	11,9 - 30,4	20,3 - 41,3	29,2 - 51,6	38,6 - 61,4
90	1,8 - 11,0	4,7 - 18,1	12,3 - 29,8	20,8 - 40,6	29,8 - 50,9	39,3 - 60,7
100	1,6 - 11,3	4,9 - 17,6	12,7 - 29,2	21,2 - 40,0	30,3 - 50,3	39,8 - 60,2
150	2,3 - 9,4	5,7 - 16,0	13,9 - 27,3	22,8 - 38,0	32,1 - 48,3	41,7 - 58,3
200	2,4 - 9,0	6,2 - 15,0	14,7 - 26,2	23,7 - 36,9	33,2 - 47,2	42,9 - 57,1
300	2,8 - 8,1	6,9 - 14,0	15,6 - 25,0	24,9 - 35,5	34,4 - 45,8	44,2 - 55,8
400	3,1 - 7,6	7,2 - 13,4	16,2 - 24,3	25,6 - 34,8	35,2 - 45,0	45,0 - 55,0
500	3,3 - 7,3	7,4 - 13,0	16,6 - 23,8	26,0 - 34,2	35,7 - 44,4	45,5 - 54,5
600	3,4 - 7,1	7,7 - 12,7	16,9 - 23,4	26,4 - 33,8	36,1 - 44,0	45,9 - 54,1
700	3,5 - 6,9	7,9 - 12,5	17,1 - 23,2	26,6 - 33,6	36,4 - 43,7	46,2 - 53,8
800	3,6 - 6,8	8,0 - 12,3	17,3 - 22,9	26,8 - 33,3	36,6 - 43,5	46,5 - 53,5
900	3,7 - 6,6	8,1 - 12,2	17,9 - 22,8	27,0 - 33,1	36,8 - 43,3	46,7 - 53,3
1000	3,7 - 6,5	8,2 - 12,0	17,6 - 22,6	27,2 - 33,0	37,0 - 43,1	46,9 - 53,2

Tableau 8. Les facteurs en faveur de grands et de petits échantillons

Arguments en faveur de grands échantillons	Arguments en faveur de petits échantillons
On utilisera les résultats de l'étude pour prendre des décisions avec de sérieuses ou de coûteuses implications i.e. demande des résultats précis.	Peu ou pas de décisions ou engagements importants s'articulent sur les résultats de l'enquête.
Un haut degré de confiance dans les résultats est nécessaire.	Seules des estimations brutes sur les populations étudiées sont nécessaires.
Il y a probablement un haut degré de variabilité (i.e. hétérogénéité) des populations de patients	La population à échantillonner est relativement homogène.
L'échantillon entier est découpé en de multiples sous-échantillons lorsque les données sont analysées et interprétées.	Les résultats de l'analyse seront basés sur l'échantillon entier ou sur quelques grands sous-échantillons.
Une augmentation de la taille de l'échantillon n'affecte que légèrement les coûts du projet et sa durée.	Les travaux de collecte des données pour une grande partie du projet total et /ou les coûts augmentent considérablement avec la taille de l'échantillon.
Le temps et les ressources nécessaires pour la collecte des données sont facilement disponibles.	Les contraintes budget et/ou temporelles limitent le nombre total de patients qui peuvent entrer dans l'étude.

Echantillonnage d'une petite population, pour de petites populations - dans des petits hôpitaux avec relativement peu de sorties ou des groupes spécifiques de patients, par exemple ceux avec un diagnostic particulier - il est inutile d'échantillonner et il faut étudier l'ensemble de la population (exhaustif). Dans ce cas, on peut être assuré à 100% que l'estimation est la vraie valeur de la population.

Les modalités d'échantillonnage, c'est à dire les modalités de sélection de l'échantillon sur lequel va porter le suivi et l'analyse, représentent l'étape où le risque de biais est le plus élevé. Et certains des biais de sélection constitués à ce niveau sont pernicious, car ils concernent des patients non inclus dans l'étude ; il est parfois difficile de concevoir le fait que ces personnes sont « par défaut » génératrices de biais. Les méthodes d'échantillonnage possibles : le sondage aléatoire simple, le sondage systématique, le sondage en grappe, le sondage aléatoire stratifié, le sondage non aléatoire. Dans ce paragraphe, nous présentons les méthodes d'échantillonnage le plus souvent utilisés dans les études de satisfaction. Selon la taille de la population source choisie et le nombre de sujets nécessaire dans l'enquête, on peut décider de faire porter l'étude sur l'ensemble des sujets (exhaustive) ou sur une partie seulement (tirage au sort).

II.3.2.1. Exhaustif

Tous les patients de la population dans une période définie participent à l'étude. Cette méthode s'applique souvent pour les unités de soins, un établissement de petite taille ou pour une période d'étude courte (une journée). Par exemple, pour l'étude de satisfaction chez les patients hospitalisés en court et moyen séjour au CHU de Nancy, on a demandé leur consentement pour participer à l'étude à tous les patients hospitalisés⁴¹.

II.3.2.2. Aléatoire simple

Cette méthode assure à chaque patient une égalité de chance d'être inclus dans l'étude. Cette méthode peut être difficile à réaliser, en particulier lorsque l'on ne dispose pas de liste exhaustive, ou non biaisée, de la population cible. Un sondage aléatoire simple a deux propriétés importantes (1) celle dite du « non-biais » puisque chaque membre de la population a des chances égales d'être choisi, et (2) l'indépendance : la sélection d'un sujet n'a pas de rapport avec la sélection d'un autre. L'échantillonnage aléatoire simple est plus approprié lorsque la population est homogène.

II.3.2.3. Stratifié

Cette méthode permet de stratifier l'échantillon en fonction de variables liées à la satisfaction, comme l'âge par exemple. La population est divisée en sous-groupes homogènes, strates et enfin un échantillon aléatoire simple est tiré dans chaque strate. Cette méthode permet de neutraliser des facteurs de confusion majeurs, et de plus permet de fixer la taille des échantillons pour chaque strate et donc permet d'améliorer la précision dans les strates de petites tailles. Les techniques d'échantillonnage stratifié sont préférables quand la population est hétérogène, et où des sous-groupes homogènes peuvent être identifiés.

Le CHU de Nancy a 41 services répartis dans 5 établissements différents. Dans le but de mesurer la satisfaction des services des établissements du CHU de Nancy, l'étude a construit un échantillonnage stratifié. La population est constituée de tous les patients sortis du CHU chaque semaine, stratifié par service. Au niveau de chaque service, 3 patients sont tirés au sort de façon aléatoire simple.

II.3.2.4. En grappe

C'est une technique utilisée quand la population est divisée en petits groupes ou grappes hétérogènes. Un échantillon aléatoire simple de ces grappes est d'abord réalisé. Puis, tous les sujets des grappes sont inclus ou sont tirés au sort. L'échantillon en grappe peut avoir un rapport coût-efficacité important si le coût des déplacements entre les sujets d'un échantillon aléatoire est élevé.

Ainsi dans le cadre d'une étude nationale de satisfaction des patients, les établissements peuvent être classés selon la région, la spécialité et le nombre de lits. L'échantillon en grappes à plusieurs degrés est souvent utilisé. Les établissements sont d'abord tirés au sort à l'intérieur de chaque strate (le premier niveau). Puis les patients sont tirés au sort dans les grands établissements, avec une fraction de sondage n/N selon la taille de l'établissement, et tous les patients sont pris dans les petits établissements (fraction de sondage =1) (le deuxième niveau). Il s'agit donc d'un sondage en grappes à deux degrés avec stratification sur la région, la spécialité et la taille de l'établissement. Ceci permettait d'équilibrer les effectifs des sujets provenant des petits et grands établissements dans lesquels les soins fournis ou l'environnement étaient très différents.

Une règle générale : La taille de l'échantillon dépend entre autres du type de l'enquête et de l'unité observée. Classiquement pour assurer la validité des tests utilisés, il est considéré qu'il faut au moins de 30 patients (cas) par « unité observée ou analyse ». Hormis la possibilité de joindre en routine un court questionnaire au dossier des patients (sous forme d'annexe à une brochure d'information), dont le taux de réponse est très faible (2-4%) ; les enquêtes doivent être organisées en tant que mesures réitérées, limitées dans le temps : enquête ponctuelle. Sauf si l'on voudra ou pourra en permanence questionner les patients : enquête permanente. Les enquêtes le plus utilisées pour la plupart des établissements sont des enquêtes ponctuelles : les enquêtes réalisées à un moment choisi, peut-être une semaine, un jour, une matinée... et peuvent être réitérées tous les ans ou tous les deux ans. Les études des patients hospitalisés au CHU de Grenoble ou Aquitaine en sont de bonnes illustrations. Certains établissements ont choisi le type d'enquête permanent : les enquêtes réalisées de façon continue pendant une période prédéfinie. Ce type d'enquête permet de prendre en compte les changements au cours du temps qui peuvent modifier les appréciations des patients, par exemple les clôtures des services, le changement

des personnels de santé, l'implication des programmes d'amélioration des soins. Une enquête de ce type est menée au CHU de Nancy depuis octobre 1999 jusqu'à aujourd'hui sur un échantillon de patients sortis. Les points forces et faibles sont présentés dans le tableau 9 ci dessous.

Les enquêtes de satisfaction un jour donné (enquête ponctuelle) peuvent être considérées comme sondage en grappe : une seule grappe parmi les 365 grappes d'une année qui constituent chaque jour. Les résultats peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de population hospitalisés au cours des 365 jours de l'année.

Tableau 9. Les points faibles et forces selon le type d'enquête

Enquête permanente	Enquête ponctuelle
Forces	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance ▪ Détection de variation au cours du temps ▪ Contrôle qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats rapides ▪ Mobilisation immédiate autour des résultats ▪ Organisme extérieur
Faiblesse	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structure à mettre en place ▪ Organisation à mettre en place 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Image ponctuelle, non obligatoirement représentative de la satisfaction de l'ensemble des patients d'une période donnée. ▪ Ne détecte pas les tendances, les variations saisonnières ou les problèmes particuliers ▪ Contrôle qualité ▪ Maintien des mêmes modalités lors de la répétition

II.3.2.5. Méthode des quotas

C'est une des méthodes non aléatoires (non probabilistes) dans laquelle chaque sujet a une chance indéterminée de se trouver dans l'échantillon. La différence avec les autres méthodes non probabilistes comme « convenance » ou « snowball » est qu'il s'agit une méthode de stratification non aléatoire. On fixe le nombre de sujets dans chaque strate en fonction de la répartition de la population dans des strates définies. Les strates sont choisies sur des critères très liées au phénomène étudié. Le choix de sujets dans chaque strate est réalisé à la convenance de l'enquêteur. La méthode des quotas est fréquemment utilisée dans les études de marché et les sondages d'opinion.

II.3.3. Différents types de biais

L'échantillon n'est pas représentatif de la population, s'il en diffère de façon systématique. Les biais d'échantillonnage peuvent concerner les différents types d'enquête.

➔ Il faut choisir de préférence l'échantillon au hasard par tirage au sort afin d'assurer sa représentativité par rapport à la population.

1. Biais de recrutement

La personne chargée d'entretien des patients, peut-être du fait de préférences inconscientes, ne va interroger, par exemple, que les jeunes hommes de 18 à 25 ans.

2. Biais d'auto sélection

Ceux-ci résultent d'un choix provenant du sujet. C'est le cas lorsque des enquêtes portent sur des patients volontaires. Ce sont des patients qui sont d'accord pour participer à l'étude avec un consentement signé quand nous leur demandons. A cette étape, nous avons fait une auto-sélection des sujets volontaires, souvent des bien portants pour l'inclure dans l'étude. Une autre forme de ce biais, c'est lorsque l'on interroge les personnels de santé sur la capacité des patients de participer à l'étude, souvent les personnels de santé excluent des patients à « problèmes ». Ce biais influe aussi sur le mode de calcul du taux de réponse. Ainsi, si vous avez adressé un questionnaire par voie postale à un échantillon de personnes et que seul 5% des personnes contactées répondent, il est probable que ces personnes aient un profil particulier. C'est également le cas pour le recours à des structures de soins.

II.4. METHODE D'ANALYSE – INTERPRETATION DES RESULTATS

Cette partie se veut surtout pratique, présentant les grandes lignes du raisonnement et de la démarche d'analyse des données d'une mesure de la satisfaction des patients.

II.4.1. Le taux de réponse

II.4.1.1. Mode de calcul

Un point très important est la façon de calculer le taux de réponse ; certains auteurs ont eu des biais d'auto-sélection quand ils ont fait des calculs où les dénominateurs étaient mal définis au début de

l'enquête. Il n'y a que 60% des études publiées qui présentent le taux de réponse, 55% fournissent les numérateurs et dénominateurs⁶⁹.

$$\text{Taux de réponse brut} = \frac{\text{nombre de répondants}}{\text{nombre de questionnaires envoyés}}$$

Numérateur : c'est le nombre de questionnaires reçus ou de questionnaires exploitables (dans ce cas les questionnaires qui sont incomplets ou ne répondent pas aux critères d'inclusion, par exemple rempli par un proche, doivent être soustraits).

Dénominateur : c'est le nombre de sujets de l'échantillon défini au début de l'enquête.

- Certains auteurs considèrent seulement les patients ayant signé le consentement.
- Certains auteurs considèrent seulement les questionnaires envoyés moins les questionnaires retournés à cause de fausse adresse, de refus de remplissage, remplissage incomplet...

Si l'objectif visé est la connaissance de la satisfaction dans l'ensemble de la structure, le seul dénominateur raisonnable est l'ensemble des patients sortis de l'établissement pendant la période de l'étude et tirés au sort pour participer.

II.4.1.2. Analyse des absences de réponse

Quelle que soit la méthode choisie, il est nécessaire de recueillir des informations sur les non répondants et, en particulier, le taux de non participation à l'enquête et la raison de cette non participation (refus, impossibilité, incompréhension...).

Non réponse liée aux caractéristiques des patients : il est également souhaitable de préciser le profil socio-démographique et médical des patients inclus qui n'ont pas rempli le questionnaire. Les répondants et non répondants présentent habituellement des caractéristiques socio-démographiques différentes^{6,45,48,76,77}. Par exemple, les répondants sont plutôt des femmes, d'âge intermédiaire, non marié, de classe sociale élevée, hospitalisés pour des courtes durées, présentant des maladies légères avec des diagnostics chirurgicaux et qui ne sont pas transférés^{78,79}. Les études récentes menées à large échelle concluent à une probabilité accrue de non-réponse chez les jeunes de sexe masculin ainsi que chez les

célibataires. Nelson a objectivé cependant une liaison inverse entre l'âge et la non réponse⁷⁷. Il y a peu d'études en France qui abordent ce problème.

Non-réponse liée au mode de passation

Yu et Cooper en analysant 473 publications, en 1983 ont montré que le taux de réponse est meilleur dans pour les enquêtes face-à-face ou téléphonique que dans les enquêtes postales⁸⁰. Cette tendance a été retrouvée pour les enquêtes de satisfaction^{75,77}. L'auteur a montré que plusieurs facteurs influencent le taux de réponse⁸⁰ :

Le tableau 10 présente l'effet de l'échantillon , de la méthode de contact et de la longueur du questionnaire.

- Il existe un effet de l'incitation monétaire et non-monétaire sur le taux de réponse : le taux de réponse est significativement meilleur dans les études ayant une incitation monétaire (50,5% vs 35,2%). Les études ayant offert une incitation non-monétaire ont également un taux de réponse plus élevé que les études n'ayant pas (55,3% vs 46,1%).
- Le tableau 11 présente l'effet des facilitateurs sur le taux de réponse.

La question essentielle est de savoir si les non-répondants introduisent un biais dans l'estimation du niveau de satisfaction. De rares travaux ont été publiés sur ce thème. Des études comportant des relances systématiques de patients montrent soit l'absence de différence, soit des différences peu importantes dont le sens varie selon le domaine de la satisfaction considéré⁶⁶. La satisfaction des répondants étant significativement différente de celle des non-répondants. Ceci peut donc affecter l'identification des champs visés pour l'amélioration⁸¹.

Tableau 10. Effet de l'échantillon, de la méthode de contact et de la longueur du questionnaire sur le taux de réponse

Echantillon et méthode de contact	Nombre d'études	Nombre total de contacts	Taux de réponse moyen pondéré	SD
Aléatoire	320	142 487	52,4	21,6
Stratifié	15	76 643	42,9	19,1
En grappe	27	16 684	42,4	23,0
Plusieurs degrés	29	6 723	69,7	23,0
Convenance	6	735	41,6	16,0
Téléphone	53	9 118	72,3	22,6
Entretien individuel	69	19 149	81,7	21,3
Par courrier	389	224 279	47,3	19,6
Longueur du questionnaire				
1-10 items	25	7 219	41,0	19,8
11-20	11	3 917	54,5	21,9
21-30	14	4 405	28,7	15,1
31-40	10	1 038	38,6	12,9
41-50	10	2 544	67,7	13,8
51-60	10	4 576	31,7	14,8
61-100	12	9 392	43,8	27,1
101-150	11	16 254	50,7	20,5
151-200	7	13 307	51,6	23,0
>200	6	42 142	40,0	15,6

Tableau 11. Effet des facilitateurs sur le taux de réponse

Facilitateur de réponse	Nombre d'études	Nombre de contacts	Taux de réponse moyen pondéré	SD
<i>Notification préliminaire</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	10	2 561	46,0	23,3
Groupe témoin	9	2 927	37,9	25,7
Etudes non expérimentales	66	19 586	58,7	22,1
<i>Technique du pied dans la porte</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	34	1 341	43,9	19,0
Groupe témoin	12	742	25,6	15,2
Etudes non expérimentales	3	201	37,8	11,1
<i>Lettre de couverture</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	2	180	42,2	3,1
Témoins	2	180	44,5	2,3
Etudes non expérimentales	165	113 256	50,3	19,6
<i>Personnalisé</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	35	23 439	39,3	18,7
Témoins	32	16 230	32,7	18,7
Etudes non expérimentales	58	19 141	64,8	16,3
<i>Anonymat</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	8	23 272	42,7	17,2
Témoins	7	23 219	43,1	14,0
Etudes non expérimentales	17	13 040	70,7	23,7
<i>Deadline</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	7	1 406	34,5	5,7
Témoins	7	1 397	35,2	8,2
Etudes non expérimentales	16	26 707	64,8	20,2

Tableau 11. Effet des facilitateurs sur le taux de réponse (suite)

Facilitateur de réponse	Nombre d'études	Nombre de contacts	Taux de réponse moyen pondéré	SD
<i>Affranchissement</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	6	2 111	36,9	18,1
Témoins	5	2 078	35,6	21,0
Etudes non expérimentales				
	37	5 560	34,3	14,2
<i>Enveloppe de renvoi</i>				
Etudes non expérimentales				
	122	75 255	54,8	20,8
Absente				
	8	232	49,5	11,9
<i>Lettre de suivi</i>				
Etudes expérimentales				
Groupe expérimental	16	10 633	57,6	17,8
Témoins	14	11 696	39,7	12,9
Etudes non expérimentales				
	122	88 734	55,3	21,5

Une revue de la littérature sur 36 études a rapporté les taux de réponse; ce taux varie de 37 à 92 % (médian : 80%). Seules deux études ont examiné s'il existe un biais de non-réponse. (1) Ley, Kinsey, and Atherton (1976)⁴⁶ trouvé que les patients d'un de leur groupe d'étude qui ont exprimé plus d'insatisfaction au niveau des communications lors de l'étude initiale avaient moins tendance à compléter un questionnaire après la sortie que les patients satisfaits. (2) Dans la littérature de psychiatrie, Eisen et Grob (1979)⁸² et Eisen et Berman (1978) ont rapporté que les parents des patients de psychiatrie qui complétaient les questionnaires de satisfaction ou qui envoyaient des lettres à propos des soins à l'hôpital en réponse à une sollicitation de l'administration, percevaient plus d'amélioration dans la santé de leurs parents à leur sortie et étaient plus satisfaits que ceux qui ne répondaient pas.

Les raisons de non-réponse : toutes les études ont rapporté qu'un peu moins de 4% a refusé de participer. Cinq à 10 % sont décédés ou étaient trop malades, séniles ou dans l'incapacité de participer ; ce pourcentage était plus grand pour les patients hospitalisés que pour les patients en consultation. De 2 à 15 pour cent de l'échantillon avaient un numéro de téléphone incorrect ou non listé ; quelques uns avaient une mauvaise adresse ou pas d'adresse listée. Finalement, un pourcentage variable n'a pas

répondu au téléphone ou n'a pas retourné le questionnaire envoyé par voie postale. La méthode d'étude peut considérablement affecter ce dernier pourcentage.

Nous ne connaissons presque rien de ceux qui ne peuvent être atteints ou qui n'ont pas répondu et qui sont susceptibles d'évaluer l'hôpital différemment de ceux qui ont pu être contactés. Pourtant, l'omission de ceux qui sont trop malades peut causer un biais. Deux études ont montré que les patients qui se percevaient comme étant plus gravement malades étaient moins satisfaits des soins indépendamment de caractéristiques démographiques et psychologiques^{41,83}. Les patients plus gravement malades qui demandent plus d'assistance peuvent être davantage affectés par des omissions au niveau des soins ; la maladie et l'inconfort peuvent aussi les rendre plus négatifs par rapport à leur séjour à l'hôpital.

Ainsi, les preuves suggèrent que le biais d'aplatissement de la distribution, la non-réponse, la distribution des réponses, provoquent une évaluation plus positive. Est-ce cela qui affecte les études d'évaluation de la qualité qui comparent les groupes dans différents hôpitaux ou sous des conditions de traitement différents ? Aucune des études qui ont comparé deux groupes n'a examiné un biais de non-réponse. Si deux groupes sont étudiés avec deux méthodes ou sont très différents sur le plan clinique ou démographique, le biais de non-réponse peut être particulièrement important. Dans ces circonstances, même des taux de réponse similaires dans deux groupes n'élimineraient pas la possibilité que les répondants dans les deux groupes sont des gens très différents les uns des autres.

Le biais de non-réponse peut également affecter la validation des études en examinant comment les évaluations des patients sont liées aux standards de qualité. S'ils utilisent des coefficients de corrélation comme des mesures d'effet, les études peuvent explorer ce qui explique qu'une évaluation est bonne (vs) plutôt qu'excellente ou qu'une évaluation est mauvaise plutôt que (vs) bonne. Le biais de non-réponse peut aussi affecter les études de validation en examinant comment les évaluations des patients sont reliées aux standards de qualité.

Les non-réponses importent plus pour certains buts que pour d'autres. Pour trouver quels composants de soin prédisent qui reviendra et recommandera l'hôpital, ou quels composants sont les plus liés à l'évaluation des patients au niveau de la qualité de soin, nous pouvons porter moins d'attention aux non

répondants. Cependant, si nous voulons utiliser l'évaluation des patients comme une mesure d'évaluation qualité pour comparer les hôpitaux ou les traitements, on pourra avoir besoin d'informations supplémentaires sur les patients que l'étude n'a pu atteindre.

En résumé, les biais de non-réponse affectent la représentation de la population, dans la présentation et l'interprétation des résultats il faut utiliser la méthode de post-stratification (redressement). Pour pouvoir de réaliser ce type d'analyse, il faut avoir les informations nécessaires sur la population avec les niveaux de structure de soins qu'on veut comparer et les différents facteurs. Donc, dans l'étape de mise au point de l'enquête, il faut prévoir les moyens pour collecter ces informations.

II.4.2. Calcul des scores

L'établissement du score consiste en plusieurs étapes :

- (1) Recoder les valeurs out-of-range comme manquants, si on n'a pas de moyen pour vérifier sur les questionnaires originaux : ce sont des erreurs souvent dues à la saisie.
- (2) Inverser l'ordre des valeurs si nécessaire : pour certaines questions, il faut faire attention à l'ordre des modalités de réponse ; parfois, l'inversion des valeurs est nécessaire pour que l'ensemble des scores les plus élevés corresponde au niveau très satisfait.
- (3) Traiter les données manquantes : parfois, il y a quelques réponses manquantes dans une dimension donnée ; un des avantages des échelles multi-items est que le score d'une dimension peut être estimé malgré certains items manquants. Une recommandation est calculer le score d'une dimension si le patient répond au minimum à la moitié des items de la dimension concernée (ou moitié + 1 dans le cas où le nombre d'items est impair). Dans la cas contraire, le score de la dimension est considéré comme manquant.
- (4) Calculer le score en tenant compte des réponses manquantes : c'est la somme des réponses à tous les items de la dimension en affectant la valeur moyenne de cette dimension aux items manquants.
- (4) Normaliser ou standardiser des scores de façon à rendre les différents scores calculés comparables.

L'échelle la plus utilisée est l'échelle de 0 à 100.

$$\text{Nouveau score} = \left(\frac{[(\text{Ancien score}) - (\text{ABP})]}{[(\text{ABM}) - (\text{ABP})]} * (\text{NBM} - \text{NBP}) \right) + \text{NBP}$$

ABP : Ancienne borne pire ; ABM : Ancienne borne meilleure

NBP : Nouvelle borne pire ; NBM : Nouvelle borne meilleure

Dans le cas de normalisation des scores à l'échelle de 0 – 100, la formule est simplifiée :

$$\text{Nouveau score} = \left(\frac{[(\text{Ancien score}) - (\text{ABP})]}{[(\text{ABM}) - (\text{ABP})]} * 100 \right)$$

(6) Réaliser le contrôle du score.

II.4.3. Mode de présentation des résultats

L'exploitation et la présentation des données d'une mesure de la satisfaction des patients repose sur plusieurs étapes selon les objectifs de la mesure. (1) La description des données ; (2) La prise en compte du mode d'échantillonnage et des facteurs de confusion ; (3) La comparaison des données entre les différentes unités et au cours du temps.

II.4.3.1. La description des données

Cette première étape est une étape obligée pour tous les types d'étude : quel que soit l'objectif de l'étude, il est important de décrire les données. Cette description est utilisée à différents niveaux : lors de l'analyse, lors de l'interprétation des résultats et lors de leur diffusion.

Lors de l'analyse

La description permet d'abord de vérifier la qualité des données (valeurs aberrantes, valeurs manquantes...). Elle peut indiquer la nécessité de transformer des variables (comme les transformations logarithmiques, les regroupements de classes). C'est un des éléments pouvant influencer sur le choix de la méthode statistique (par exemple en fonction de la normalité d'une distribution).

Lors de l'interprétation des résultats

La description permet de connaître les caractéristiques des unités d'analyse. Ce qui aide à décider de la possibilité de faire des comparaisons entre eux.

Lors de la diffusion des résultats

Un des premiers critères de lecture d'un article scientifique est « Est-ce que ces résultats peuvent s'appliquer à mes patients ? » et plus globalement, pour quels patients peut-on extrapoler ces résultats. La description des patients inclus dans l'étude est un des moyens de répondre à ces questions.

Comment les décrire ?

Lors de l'analyse, il faut étudier l'ensemble de la distribution des variables. Dans la présentation des résultats, il faut associer pour chaque variable un paramètre de centrage (comme la moyenne ou le pourcentage) et un paramètre de dispersion (comme la variance). Dans les études de satisfaction, la distribution des scores des dimensions est aplatie, à côté des moyennes et des variances, il est préférable de présenter les médians.

Les résultats peuvent être présentés sous forme de tableaux, de figures comme des camemberts, de graphiques, de diagrammes en bâtons ...

Nous avons pris le mode de présentation d'enquête de satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy comme un exemple. L'échantillon étudié et les taux de réponse (questionnaires exploitables, questionnaires nominatifs ou non, accord de transmission) sont décrits. Les résultats de la mesure de la satisfaction sont présentés comme suit pour le CHU et par établissement (rapport biennal du programme DSPH, page 230):

1. Pour les **moyennes des scores de satisfaction** sous forme d'un diagramme en bâtons.

Ces scores sont établis pour les dimensions suivantes :

- satisfaction globale
- formalités administratives
- admission
- passage aux urgences
- soins reçus avec communication (dont l'information du patient, son écoute), les interventions hors chambre, l'information de la famille

- soins réalisés par l'équipe avec les soins réalisés par le personnel médical (intitulé soins médecins), les soins infirmiers, les soins réalisés par les autres personnels
- environnement hospitalier avec les domaines de l'équipement, l'intimité, les repas, les facilités offertes aux familles et amis

Les moyennes des scores étudiés varient de 0 à 100 (100 étant la satisfaction maximum).

Un tableau récapitulatif présente les scores pour chaque dimension pour les 3 établissements.

2. Pour la **satisfaction globale** (qualité des soins, installation, alimentation repas, séjour) et les **descriptions particulières** (prise en charge de la douleur, restitution des biens, jugement sur la durée du séjour, éléments à améliorer "certaines choses auraient pu mieux se passer") sous la forme d'un tableau.

Le degré de satisfaction est mesuré à travers la répartition d'items qualitatifs, par exemple de très content à très mécontent ou d'excellent à mauvais.

3. Des courbes illustrent **l'évolution** au cours des dernières périodes des scores et des proportions de sujets se déclarant très satisfaits pour l'ensemble du CHU.

Un commentaire général, validé par le groupe de travail, résume les principaux résultats et les tendances.

II.4.4. Prise en compte du mode d'échantillonnage et des facteurs de confusion

- L'estimation de la satisfaction doit tenir compte du mode de sondage, par exemple stratifié sur le service avec fraction de sondage variable.
- Le niveau de satisfaction des sujets peut être influencé par un certain nombre de caractéristiques notamment l'âge et le sexe (les sujets jeunes et les sujets de sexe féminin ont tendance à être moins satisfait) ; or il existe des variations importantes de la structure d'âge et de sexe par service et le taux de réponse au questionnaire est également influencé par ces deux caractéristiques.

➔ Donc dans la description des résultats d'une enquête de satisfaction, il faut :

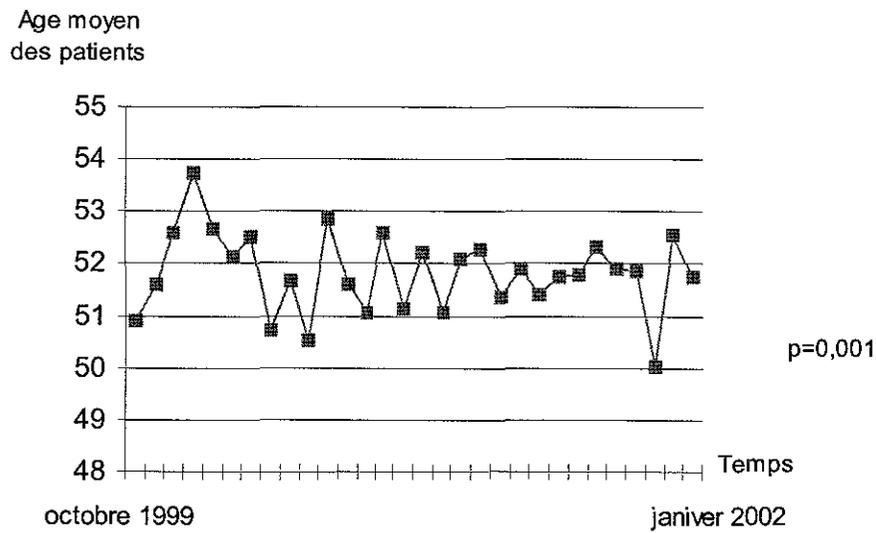
- Tenir compte du plan de sondage.
- Redresser les résultats pour tenir compte des biais de sélection liés au non-réponse.

Nous empruntons les étapes d'analyse et d'interprétation des résultats d'une enquête permanente réalisée au CHU de Nancy pour montrer qu'il est important de prendre en compte les facteurs qui peuvent influencer des résultats de l'enquête (dans cet exemple, ce sont l'âge et le sexe), surtout quand on veut comparer entre elle les unités de soin (figures 7-9).

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du CHU (35 services présentés dans les résultats) et pour différents sous groupes, composés de plusieurs services, afin de mieux appréhender les variations de satisfaction d'un service à l'autre. Ces différents sous-groupes sont :

- L'Etablissement
- La Fédération : seules les fédérations officiellement constituées sont retenues.
- La Discipline : court ou moyen séjour.

Donc, les résultats présentés, pour être valide, doivent donc en tenir compte ; c'est la raison pour laquelle ces résultats sont d'une part redressés dans chacun des services, afin d'être représentatif de la structure d'âge et de sexe des patients sortis du service pendant la même période.



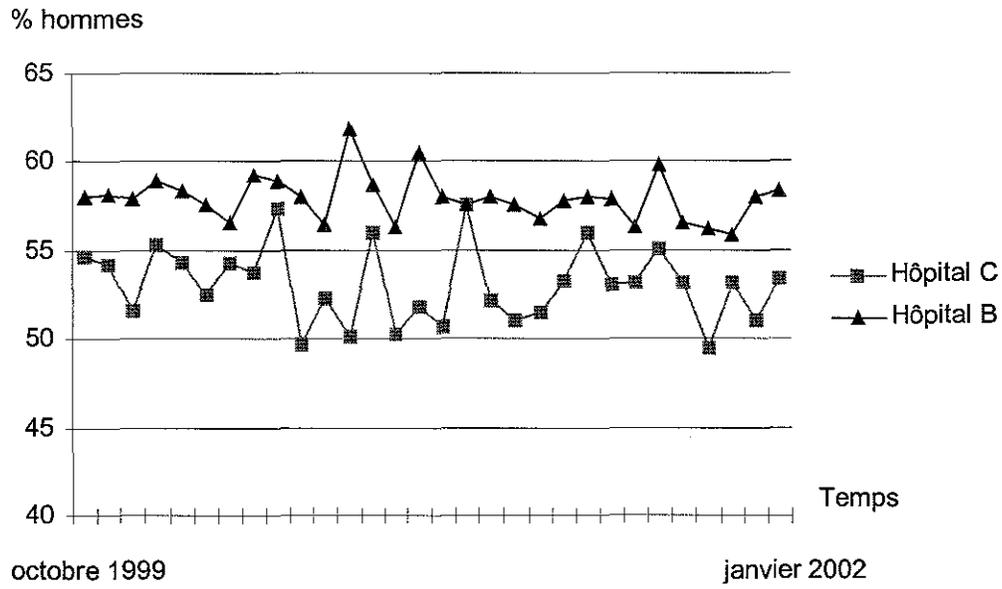


Figure 9. Variation de la répartition du sexe selon l'établissement au cours du temps

II.4.5. Comparaison de la satisfaction de plusieurs structures ou au cours du temps

Comme nous venons d'aborder les problèmes dans le paragraphe précédent, dans les comparaisons des résultats de satisfaction, il faut tenir compte d'éventuelles différences de structure (âge, sexe, ...) des groupes à comparer :

Analyse par sous-groupe : Grâce à l'étape descriptive des données, nous avons mis en évidence que :

(1) Au niveau des établissements :

- L'hôpital A est caractérisé par une sur-représentation des hommes entre 50 et 80 ans et des femmes de plus de 70 ans
- L'hôpital B est caractérisé par une sur-représentation des hommes jeunes
- Il existe également des différences notables par fédération : par exemple, les fédérations médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires et de pneumologie accueillent principalement des hommes entre 50 et 80 ans, alors que la fédération de l'appareil locomoteur accueille de façon importante des hommes jeunes.
- Il existe bien entendu des différences parfois considérables d'un service à l'autre pouvant conduire à des difficultés d'analyse.

(3) Au niveau des services : au total 35 services concordent donc à la description de la satisfaction par service. Enfin certains services n'accueillent que des patients de tranche d'âge particulière, c'est le cas notamment du service de Médecine B Gériatrie, dont la quasi-totalité des patients ont plus de 60 ans ; ce service accueille cependant quelque fois des patients plus jeunes...

Standardisation : la satisfaction observée d'un patient dans une structure de soins à un moment donné dépend des caractéristiques des patients, notamment de l'âge et du sexe. On ne peut pas conclure que la satisfaction pour une structure de soins (un service, par exemple) est meilleure qu'une autre en se basant uniquement sur les scores bruts. D'où, la nécessité d'effectuer une standardisation des résultats que l'on veut comparer. La population de référence utilisée pour la standardisation est la structure de la population du CHU en l'an 2000.

Analyse hiérarchique : dans le domaine médical, nous sommes souvent confrontés au problème de l'analyse de données ayant une structure hiérarchique (groupe de patients pris en charge par différents médecins, eux-mêmes travaillant dans différents hôpitaux...). En particulier, les études de variations de pratiques médicales entre différentes aires géographiques ou entre différents services, hôpitaux (multi-centrique) se font sur les données dont la structure est hiérarchique. Par exemple, dans l'étude du CHU de Nancy, il existe une structure hiérarchique des données qui situe le patient, le service et l'établissement, respectivement au premier, deuxième et troisième niveau. Donc, il faut utiliser les méthodes d'analyse adéquates qui permettent de prendre en compte la structure hiérarchique des données, par exemple, les modèles de régression logistique avec effet mixte (hiérarchique) ont été choisis pour analyser des données du CHU de Nancy⁸⁴⁻⁸⁸.

Les analyses statistiques complexes peuvent être réalisées grâce aux logiciels SAS[®] version 8.2 et SUDAAN[®] version 7.5 ou STATA^{67,78}.

Dans le tableau suivant, la première colonne teste l'effet du service seul sur chaque dimension de la satisfaction. Cet effet est significatif dans tous les cas, ce qui indique qu'il y a des différences de scores entre service quelque soit la dimension. Les deuxième et troisième colonnes donnent respectivement la significativité des effets établissement et discipline (ajustés sur l'âge et le sexe). Enfin, les deux dernières colonnes indiquent si l'effet du service est toujours significatif à l'intérieur de chaque établissement et discipline.

Tableau 12. L'effet du service seul et par rapport à sa hiérarchie ; ajusté sur les facteurs influençant les scores de satisfaction

Dimension de satisfaction	Effet				
	Service ¹	Etablissement	Discipline	Service ²	Service ³
Admission	***	*	**	**	
Formalités administratives	***	***		*	
Soins reçus	***		***	**	**
Communication	***		***	**	**
Interventions hors chambre	***		***	*	*
Information de la famille	***	**	**	**	
Soins équipe	***	**	***	**	**
Soins médecins	***	*	***	**	**
Soins infirmiers	***	*	**	**	**
Soins autres	***	***	**	*	*
Environnement hospitalier	***			**	**
Équipement	***			***	***
Intimité	***	***		**	**
Repas	***	*		**	**
Facilités offertes aux familles & amis	***	**		**	**
Satisfaction globale	***	*	***	**	*

$p < 0,001 = ***$, $p < 0,01 = **$, $p < 0,05 = *$

¹ : Effet du service seul , sans ajustement.

² : Effet du service en tenant compte de son appartenance à un établissement et à une discipline, ajusté sur l'âge et le sexe.

³ : Effet du service en tenant compte de son appartenance à un établissement et à une discipline, ajusté sur l'âge, le sexe et les autres facteurs déterminants comme la santé perçue, l'intensité de la douleur, la chambre individuelle pendant le séjour

PARTIE II : LES TRAVAUX PERSONNELS

I. PRESENTATION GENERALE

Les travaux présentés ci-après sont des études de satisfaction effectuées dans le cadre de deux programmes : l'un de recherche « CliniQualVie », l'autre d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients « DSPH ».

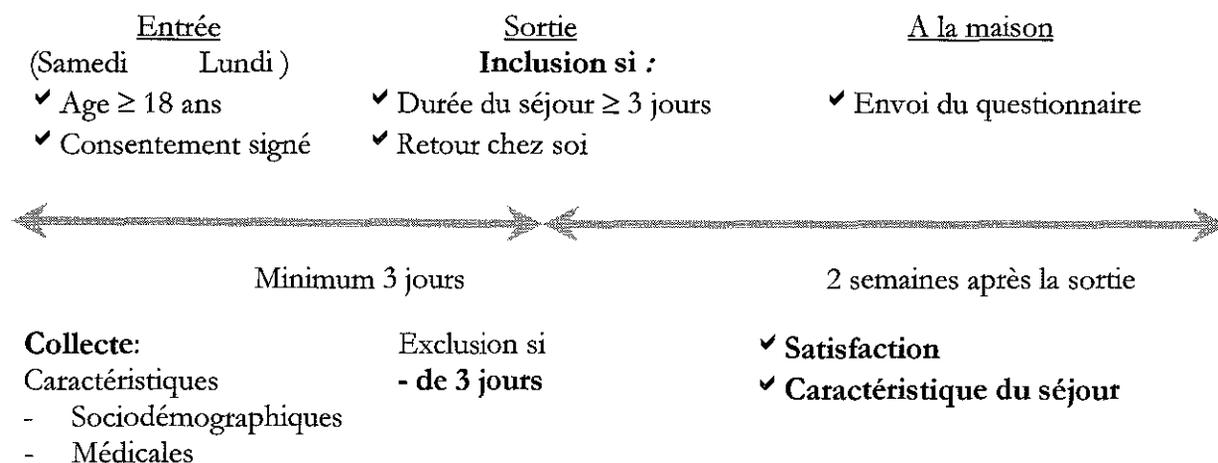
Mon travail personnel a consisté en une participation effective à la recherche bibliographique, à la rédaction du plan d'analyse, au recueil et à ma vérification des données, à la gestion de la base de données, à la réalisation de l'analyse, à la rédaction et diffusion des résultats.

I.1. LES PROGRAMMES : *CLINIQUALVIE – DSPH*

I.1.1. CliniQualVie : L'intérêt clinique des mesures de qualité de vie

C'est un programme de recherche financé par le PHRC 1996 dont l'objectif était de mettre en évidence, dans un essai contrôlé randomisé, l'intérêt d'une mesure systématique de qualité de vie à l'entrée en hospitalisation de court séjour, en prenant comme critères de jugement la mesure de la qualité de vie 15 jours après la sortie d'hospitalisation, la satisfaction des soins, les modifications du processus de soins.

Ma contribution dans ce programme a concerné la mesure de la satisfaction des patients après la sortie de l'hôpital.



I.1.2. Programme DSPH : mesure à distance de la satisfaction des patients hospitalisés

Il s'agit d'un programme d'amélioration de la qualité mis en place par le CHU de Nancy en 1999 dont l'objectif est de décrire la satisfaction des patients en ce qui concerne les soins reçus, le personnel, et les conditions hôtelières durant leur séjour dans l'établissement et dans le service dans lequel ils ont été hospitalisés en la mesurant 15 jours après la sortie par courrier. L'enquête est permanente et réalisée sur un échantillon représentatif des patients hospitalisés en court et moyen séjour.

Sortie de l'hôpital



- Hospitalisés dans un des 41 services participants de 5 établissements du CHU de Nancy
- Age \geq 18 ans
- Séjour \geq 24 h
- Retour chez soi

Les données recueillies à partir de base de données administratives du CHU :

- Nom
- Date de naissance
- Sexe
- Service d'hospitalisation
- Date d'entrée, date de sortie
- Département de résidence

15 jours après la sortie



Patients reçoivent un questionnaire de satisfaction à leur domicile

Les données recueillies à partir du questionnaire de satisfaction :

- ± Nom
- ± Date de naissance
- ± Sexe
- ± Age
- ± Service d'hospitalisation
- Les caractéristiques du séjour, de la santé
- L'appréciation du séjour (satisfaction)

I.2. OBJECTIFS

1. Mettre au point et valider l'instrument de mesure la satisfaction des patients en langue française.
2. Contribuer à la connaissance des déterminants des non-réponses.
3. Contribuer à la connaissance des déterminants de la satisfaction.
4. Décrire la satisfaction des patients hospitalisés en France et au Vietnam.

Les résultats correspondant à ces objectifs sont présentés à travers des travaux personnels suivant :

- *Objectif : Mettre au point et valider l'instrument de mesure la satisfaction des patients en langue française.* p.115
- Adaptation et validation du questionnaire du PJHQ

- *Objectif : Contribuer à la connaissance des déterminants des non-réponses* p.141
- Qui répond aux questionnaires de satisfaction des soins ? p.142
- La non-réponse au questionnaire de satisfaction par courrier et les facteurs qui l'influencent p.171

- *Objectif : Contribuer à la connaissance des déterminants de la satisfaction* p.177
- Factors determining inpatient satisfaction with care. p.178

- *Objectif : Décrire la satisfaction des patients hospitalisés en France* p.191
- Mise en place d'un programme d'assurance qualité dans l'enquête permanente de satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy. p.192
- Rôle des commentaires libres dans une enquête de satisfaction. p.218
- Satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy. p.230
- Satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy. Evolution trimestrielle. p.316

- *Objectif : Décrire la satisfaction des patients hospitalisés au Viet Nam* p.317
- Satisfaction des patients hospitalisés à Ho Chi Minh-ville, Viet Nam. p.318
- Le système de santé et la situation sanitaire du Viet Nam. p.350

II. ADAPTATION ET VALIDATION DU QUESTIONNAIRE PJHQ

Nous avons expliqué dans la page 60, de la première partie les raisons qui nous ont poussé à choisir le PJHQ. Le processus d'adaptation, de validation et de vérification des propriétés psychométriques a été poursuivi en deux étapes :

1. Nous avons réalisé une première adaptation du PJHQ et une vérification des propriétés psychométriques dans le cadre du programme de recherche CliniQualVie.
2. Dans la deuxième étape, nous avons mis au point une version finale à la lumière de la version précédente et des demandes qui ont émergé des expertises du CHU de Nancy dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité DSPH.

II.1. DESCRIPTION DE LA VERSION ORIGINALE DU PJHQ^{4,7-9}

I.1.3. Description du questionnaire

Le PJHQ est un auto-questionnaire de 106 items (annexe 1), comprenant :

Une partie de 46 items clés interrogeant les patients sur l'évaluation des soins à l'hôpital à travers leurs expériences pendant leur séjour avec l'échelle de Likert de 5 points : de excellente à mauvaise (item 21 à item 66). Cette partie est constituée a priori de 8 aspects différents respectant l'ordre des expériences des patients : au début de leur hospitalisation, pendant les soins et à leur sortie de l'hôpital. Les aspects sont : Admission (admission, 4 items), Daily care in the hospital (soins reçus à l'hôpital, 14 items), Nursing care (soins infirmier(ère), 5 items), Medical care (soins médicaux, 5 items), Other hospital staff (autres personnels ; 3 items), Living arrangements and the hospital environment (conditions hôtelières et environnement hospitalier, 10 items), Discharge (Sortie, 3 items), Billing (Frais d'hospitalisation, 2 items).

Chacun de ces 46 items est composé d'un label indicateur (sign-post), d'une expression descripteur, et d'une échelle Likert de 5 points : excellent, très bon, bon, pas très bon, mauvais, plus une catégorie "ne sait pas".

Par exemple : la question 39

	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	Don't know
39. SKILL AND COMPETENCE OF NURSES "label indicateur"	<input type="checkbox"/>					
<i>How well things were done, like giving medicine and handling IV's</i>						
"expression descripteur"						

1. Une partie résumé de 7 items interrogeant les patients sur la qualité des soins (item 67 à item 73)
2. Une partie de 2 items interrogeant les patients sur l'évolution de la santé liée aux soins à l'hôpital (items 74, 75).
3. Une partie de 9 items interrogeant les patients sur leur niveau de satisfaction des soins à l'hôpital (items 78, 79, 80a à 80f).
4. Une partie de 2 items interrogeant les patients sur leur intention de retourner de l'hôpital ou de recommander l'établissement aux proches (items 82, 83).
5. Des questions concernant les caractéristiques socio-démographiques des patients, les circonstances de leur séjour, la perception de leur santé (36 items : item 1 à item 20 ; et item 86 à 100 et une question ouverte). La traduction de cette partie est présentée dans l'annexe 2.
6. Une partie de 4 questions ouvertes : 2 concernant l'évolution de l'état de santé à la sortie par rapport à l'admission (items 76, 77) et 2 concernant le séjour en général (items 84, 85).

I.1.4. Description des dimensions de satisfaction (tableau II)

1. Pour réaliser l'analyse factorielle, les auteurs ont sélectionné les 50 items concernant les aspects spécifiques des soins de l'hôpital qui utilisent la même échelle de Likert (de excellent à mauvais). Ce sont 46 items clés et 4 items de la partie résumé (item 69 à item 72). Ces items sont regroupés, après l'analyse factorielle, en 6 dimensions : Admissions (admission, 4 items), Information (information, 4 items), Nursing and daily care (soins reçus et soins infirmier(ère), 9 items), Medical care (soins médicaux, 7 items), Hospital environment and ancillary staff (Environnement hospitalier et autres personnels, 13 items), Discharge and Billing (Sortie et Frais d'hospitalisation, 5 items).
2. Trois dimensions sont construites, également par analyse factorielle, à partir des parties 1 (item 67, 68, 73), 4, 5 précédentes : Overall quality of care and services (Qualité globale des soins et de

service, 3 items 67, 68, 89), Recommendations and intentions (Recommandation aux proches et intentions de retour, 3 items 90, 98, 99), et Overall health outcomes (la santé globale, 2 items 73, 75). Ces dimensions ont servi d'indicateurs globaux pour l'évaluation de la qualité des soins par des patients et ont été utilisés dans les tests de validité.

Ces 9 dimensions expliquent 68% de la variance.

I.1.5. Validation psychométrique

- L'alpha Cronbach's pour 8 des 9 dimensions était bon ou excellent. (Critère de Nunally).
- L'homogénéité (i.e. la corrélation moyenne inter-items de chaque dimension) était acceptable pour toutes les dimensions et variait de 0,47 à 0,69.
- Validité de contenu et de construction ont fourni des résultats satisfaisants.

Le PJHQ demande environ 30 minutes lorsqu'il est administré par téléphone et 20 minutes lorsqu'il est auto-administré.

II.2. TRADUCTION, ADAPTATION : PREMIERE VERSION FRANÇAISE

Ce travail a été réalisé dans le cadre de l'étude CliniQualVie sous le contrôle d'un groupe de travail.

- ◆ Les questions ont été traduites (avec des experts de la validation des questionnaires).
- ◆ Ensuite, des réunions de consensus ont vérifié les traductions et les ont modifiées pour prendre en compte les aspects culturels français et certaines caractéristiques des établissements de soins en France.
- ◆ La validité d'apparence des questions a été vérifiée pour la compréhension du libellé des items, la compréhension des modalités de réponse, la longueur du questionnaire appréciée par le temps de passation.

I.1.6. Les modifications retenues par rapport à l'original (tableau III)

Suppressions

- ◆ La dimension « sortie et frais d'hospitalisation » n'a pas été retenue dans la version française car le mode de prise en charge des frais d'hospitalisation est très différent de celui des Etats-Unis, et a peu d'impact pour le patient au moment de la sortie.
- ◆ La dimension "mesure de la santé globale" a été supprimée car l'information concernant cette dimension était recueillie par les autres questionnaires.

Ajouts

- ◆ Une question (question 28) concernant la douleur (si vous en aviez pendant le séjour) : Etes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur ?
- ◆ Une question concernant les brancardiers (question 39).

Modifications

- ◆ Certaines questions ont été regroupées (de 2 questions originales en une question traduite), par exemple les questions 47 et 48 ont été regroupées dans la question 37 pour la version française.

- ◆ Certaines questions ont été divisées (d'une question originale en 2 questions traduites), par exemple la question 30 a été divisée en 2 questions - 18a et 18b - dans version française.

Le tableau suivant présente la version traduite du PJHQ en français (les items clés et retenus dans les dimensions et une question concernant des remarques) par le service Epidémiologie et évaluation cliniques – CHU de Nancy. La mise en forme (majuscule / minuscule, italique / normal, gras / normal...) et le numéro devant chaque question sont identiques à ceux de la version d'où ils sont extraits.

En résumé, la première version française du PJHQ comporte 59 items (annexe 2), dont :

1. Une partie de 42 items clés interrogent les patients sur l'évaluation des soins à l'hôpital à travers les expériences pendant leur séjour avec la même échelle de Likert de 5 points : de excellente à mauvaise (item 9 à item 49).
2. Une partie de 2 items interrogent les patients sur l'intention de retourner à l'hôpital ou de recommander l'établissement aux proches (items 51, 53).
3. Une partie de 6 items interrogent les patients sur leur niveau de satisfaction des soins à l'hôpital (items 50, 52a à 52e).
4. Des questions concernant les caractéristiques socio-démographiques des patients, les circonstances de leur séjour, la perception de leur santé (8 items : item 1 à item 8).
5. Un item ouvert (items 54).

Les 40 items retenus à partir des trois premières parties (1,2,3) sont répartis en 7 dimensions (tableau II).

I.1.7. L'évaluation des propriétés psychométriques de la première version française

Les résultats sont présentés dans un des travaux personnels publié dans la revue *Social Science and Medicine*, 54(2) 2002 (page 177).

Tableau I. Traduction française du PJHQ

ADMISSION : ENTERING THE HOSPITAL ADMISSION – ENTRÉE A L'HOPITAL	
21.	<i>PREPARATION FOR ADMISSION : How clear and complete the information was about how to prepare for your stay in the hospital and what to expect once you got there</i>
9.	Préparation L'information reçue pour préparer votre hospitalisation était-elle claire et complète ?
22.	<i>EFFICIENCY OF THE ADMITTING PROCEDURE : Ease of getting admitted, including the amount of time it took</i>
10.	Efficacité Facilité à être admis(e) y compris le temps nécessaire ?
23.	<i>HELPFULNESS AND CONCERN OF ADMITTING STAFF : Their courtesy and concern for your confort and feelings</i>
11.	Aide de l'équipe d'admission Prise en compte de votre confort et de vos sentiments ?
24.	<i>ATTENTION OF ADMITTING STAFF TO YOUR INDIVIDUAL NEEDS : Their flexibility in handling your personal needs and wants</i>
12.	Attention à vos besoins Adaptation à vos besoins et désirs personnels ?
YOUR CARE IN HOSPITAL LES SOINS RECUS	
25.	<i>MEDICAL FACILITIES : How complete and up-to-date the medical equipment was</i>
13.	Efficacité médicale L'équipement était-il complet et moderne ?
26.	<i>OVERALL EFFICIENCY OF HOSPITAL : How smoothly things ran</i>
14.	Efficacité globale Le fonctionnement était-il harmonieux ?
27.	<i>RECOGNITION OF YOUR NEEDS : Asking you what you think is important and giving our choices</i>
15.	Prise en compte de vos opinions Votre opinion a-t-elle été prise en compte ?
28.	<i>CONSIDERATION OF YOUR NEEDS : Willingness to be flexible in meeting your needs</i>
16.	Prise en compte de vos besoins Vos besoins ont-ils été pris en compte ?
29.	<i>INFORMATION YOU WERE GIVEN : How clear and complete were the explanations about tests, treatments, and what to expect</i>
17.	Information reçue Les informations reçues sur votre traitement étaient-elles claires et complètes ?
30.	<i>INSTRUCTIONS : How well doctors, nurses and other staff explained how to prepare for tests and operations</i>
18a.	Instructions reçues pour les examens et opérations
18b.	Les médecins vous ont-ils permis de vous préparer aux examens et opérations ? Les infirmières vous ont-elles permis de vous préparer aux examens et opérations ?
31.	<i>COORDINATION OF CARE : The teamwork of all the hospital staff who took care of you</i>
19.	Coordination des soins entre les équipes qui vous prise en charge
32.	<i>THE DAILY ROUTINE OF THE DOCTORS, NURSES AND HOSPITAL STAFF : How well they adjusted their schedules to your needs</i>
20.	Activité quotidienne des médecins Comment ont-ils adapté leurs horaires à vos besoins ?
21.	Activité quotidienne des infirmières Comment ont-elles adapté leurs horaires à vos besoins ?
33.	<i>INFORMING FAMILY OR FRIENDS : How well they were kept informed about your condition and needs</i>
22.	Information de votre famille ou amis Comment ont-ils été tenus informés de votre état et de vos besoins ?
34.	<i>INVOLVING FAMILY OR FRIENDS IN YOUR CARE : How much they were allowed to help in your care</i>
23.	Implication de votre famille ou de vos amis Ont-ils été autorisés à vous aider dans vos besoins ?
35.	<i>EASE OF GETTING INFORMATION : Willingness of hospital staff to answer your questions</i>

24. **Facilité à obtenir de l'information**
Volonté de l'équipe à répondre à vos questions ?
36. *SPECIALISTS AND SPECIAL THERAPY : Availability of getting the specialized tests, medicines, or treatments you needed*
25. **Spécialités**
Facilité pour obtenir des examens ou traitements spécialisés dont vous aviez éventuellement besoin ?
37. *HELPFULNESS : Ability of hospital staff to make you comfortable reassure you*
26. **Aide apporté**
Aptitude de l'équipe à vous mettre à l'aise, à vous rassurer ?
38. *SAFETY AND SECURITY : The provisions for your safety and the security of your belongings*
27. **Sécurité**
Vos biens étaient-ils en sécurité ?

**YOUR NURSES
INFIRMIERES ET AIDE-SOIGNANTES**

39. *SKILL AND COMPETENCE OF NURSES : How well things were done, like giving medicine and handling IV's*
29. **Habilité et compétences**
Qualité des soins (comme donner des médicaments ou faire une injection)
40. *ATTENTION OF NURSES TO YOUR CONDITION : How often nurses checked in you and how well they kept track of how you were doing*
30. **Attention à votre état**
Comment les infirmières ont-elles suivi votre état et pris soin de vous ?
41. *NURSING STAFF RESPONSE TO YOUR CALLS : How quick they were to help*
31. **Réponse à vos appels**
Avec quelle rapidité vous a-t-on aidé ?
42. *CONCERN AND CARING BY NURSES : Courtesy and respect you were given, friendliness and kindness*
32. **Courtoisie et respect à votre égard**
43. *INFORMATION GIVEN BY NURSES : How well nurses communicated with patients, families, and doctors*
33. **Communication avec les patients et les familles**

**YOUR DOCTORS
MEDECINS**

44. *ATTENTION OF DOCTOR TO YOUR CONDITION : How often doctors checked on you and how well they kept track of how you were doing*
34. **Attention à votre état**
Comment les médecins ont-ils suivi votre état et prise soins de vous ?
45. *AVAILABILITY OF DOCTOR : How easy it was to get your doctor when needed*
35. **Disponibilité**
Était-il facile d'obtenir une information ?
46. *CONCERN AND CARING BY DOCTOR : Courtesy and respect you were given, friendliness and kindness*
36. **Courtoisie et respect à votre égard**
47. *SKILL OF DOCTOR : Ability to diagnose problems, thoroughness of examinations, skill in treating your condition, and scientific knowledge*
48. *RESPECT FOR YOU : How well the doctor listened to what you had to say, how well the doctor understood what you thought was important*
37. **Habilité et compétence**

**OTHER HOSPITAL STAFF
AUTRES PERSONNELS**

49. *HOUSEKEEPING STAFF : How well they did their job and how they acted towards you*
38. **Agent de service**
51. *X-RAY STAFF : How well they did their jobs and how they acted towards you*
40. **Radiology**

**LIVING ARRANGEMENTS
CONDITIONS HOTELIERES**

52. *CONDITIONS OF YOUR ROOM : Cleanliness, comfort, lighting, and temperature*
41. **État de votre chambre**
Propreté, confort, éclairage, température ?

53. *SUPPLIES AND FURNISHINGS : Completeness of supplies, condition of the furniture and how well things worked*
 42. **Fournitures (draps, linges, etc...)**
54. *RESTFUL ATMOSPHERE : Amount of peace and quiet*
 43. **Atmosphère**
 Paix et tranquillité ?
55. *PRIVACY : Provisions for your privacy*
44. **Intimité**
56. *QUALITY OF FOOD : Overall, how well it tasted, serving temperature, and variety available*
 45. **Qualité des repas**
57. *HOSPITAL ENVIRONMENT : Other than your room, how comfortable, quiet, and pleasant it was*
 46. **Environnement hospitalier**
 Votre chambre exclue, comment était le confort, la tranquillité ?
58. *SIGNS AND DIRECTIONS : Ease of finding your way around the hospital*
 47. **Repérage**
 Facilité à savoir où vous étiez et à vous orienter dans l'hôpital ?
60. *PARKING : Number of spaces available, convenience of location, and costs*
 48. **Parking**
 Disponibilité des places, situations ?
61. *PROVISIONS FOR FAMILY AND FRIENDS : Adequacy of visiting hours and facilities for them : visitors treated like welcome guests*
 49. **Facilité pour votre famille et vos amis**
 Heures de visite adéquates, facilité offerte, accueil ?

OVERALL SATISFACTION WITH HOSPITAL
SATISFACTION GENERALE

78. *There were some things about my hospital that could have been better*
 50. Certaines choses auraient pu mieux se passer
79. *The care I received at the hospital was so good that I have bragged about it to family and friends*
 51. Les soins que j'ai reçus sont si bons que j'en ai parlé à ma famille et à mes amis
80. *How satisfied were you with :*
 52. Êtes-vous satisfait de :
- 80a. *The quality of care provided by your doctors*
 52a. La qualité de soins donnés par les médecins
- 80b. *The quality of care nursing*
 52b. La qualité des soins donnés par les infirmières
- 80c. *The rooms and facilities*
 52c. Les chambres et facilités offertes
- 80d. *The food and meals*
 52d. L'alimentation et les repas
81. *Were you Completely Satisfied, Somewhat Satisfied or Not at all Satisfied with the hospital stay overall*
 52e. De votre séjour globalement

INTENTIONS TO RETURN TO SAME HOSPITAL

83. *Would you recommend the hospital to your family or friends if they needed hospital care*
 53. *Recommanderiez-vous ce service à votre famille ou vos amis s'ils ont besoins de soins hospitaliers de même type que vous ?*
- 84,85 **Any additional comments ?**
 54. Avez-vous d'autres remarques ?
-

Tableau II. Les dimensions de la satisfaction du PJHQ

Dimension en anglais	Nombre d'items	Dimension en français	Nombre d'items
Admissions	4	Admissions	4
Information	4	Information	6
Nursing and daily care	9	Soins reçus et soins infirmier(ère)s	10
Medical care	7	Soins médicaux	4
Hospital environment and ancillary staff	13	Environnement hospitalier et autres personnels	12
Discharge and Billing	5	Sortie et Frais d'hospitalisation*	0
Overall quality of care and services	3	Qualité globale des soins et de service	2
Recommendations and intentions	3	Recommandation aux proches et intentions de retour	2
Overall health outcomes	2	La santé globale*	0

* : les dimensions n'ont pas été retenues dans la première version française.

I.1.8. Conclusion

Les résultats d'évaluation psychométriques de la première version française du questionnaire PJHQ sont satisfaisants dans le cadre d'un programme de recherche dans lequel la satisfaction des patients est un des critères de jugement. Pourtant, quelques obstacles dans l'application de cette première version sont apparus pour son utilisation comme un indicateur de la qualité des soins.

1. Dans cette première version, des items avaient été supprimés par rapport à la version originale (surtout les items concernant les caractéristiques du patient, la santé perçue, l'amélioration de la santé...) car en même temps, les patients remplissaient d'autres questionnaires qui contenaient ces informations.
2. La première version a laissé de côté certains items clés, car le groupe de travail manquait de certains experts qui jouent en général un rôle important dans le processus de prise en charge des patients, comme les infirmiers(ères), les personnels soignants, les personnels administratifs...
3. Certaines dimensions explorées par l'analyse factorielle dans la première version sont regroupées dans différents thèmes, par exemple : l'environnement hospitalier avec les autres personnels ; ou les soins reçus avec les soins fournis par les infirmières... Certains aspects importants dans le programme d'amélioration de la qualité ont été masqués dans les dimensions, par exemple, la qualité des repas : elle n'est considérée que dans une seule question et a été insérée dans la dimension « Environnement hospitalier et autres personnels ».

Donc, cette version n'était pas apte à être appliquée dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients. C'est la raison pour laquelle une deuxième étape était nécessaire à l'élaboration de la version finale d'un questionnaire de mesure de la satisfaction des patients.

II.3. PRODUCTION D'UNE VERSION FINALE

A la lumière de la première version française, un groupe de travail pluridisciplinaire a été créé (page 230, partie VII.3. Satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy) afin de produire une version finale dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Ce groupe a introduit des modifications et réalisé une étude pilote.

I.1.9. Modifications par rapport à la première version française du PJHQ (tableau III)

- Pour l'admission, un item concernant l'administration de l'accueil a été ajouté.
- La partie concernant le « Passage des urgences » (4 items) a été ajoutée.
- Dans la partie des soins reçus, de nouveaux items ont été ajoutés concernant :
 - L'installation médicale ;
 - Le bloc opératoire ;
 - Les explorations fonctionnelles.
- Les items concernant les « médecins », « infirmières », « autres personnels » ont été regroupés sous un même intitulé « Equipe de prise en charge », et de nouveaux items ont été ajoutés concernant :
 - L'écoute et la compréhension ;
 - Le respect des règles d'hygiène.
- Dans la partie « Conditions hôtelières », de nouveaux items ont été ajoutés concernant :
 - Les sanitaires ;
 - Le bruit ;
 - La télévision ;
 - Le téléphone .
- Des items sont ajoutés concernant la sortie (administrative) et l'amélioration de la santé à la sortie par rapport à l'admission :
- **Sortie**
 - Procédures de sortie ;
 - Instructions pour la sortie ;

- Coordination de soins après la sortie.
- **Evolution de l'état de santé**
 - Comparaison de la santé avec l'état de santé à l'entrée ;
 - Explication de l'évolution.
- Concernant l'intention de retourner à l'hôpital, un item est ajouté :
 - Intention de retourner dans le même hôpital.
- La possibilité de commentaires libres est ajoutée sous chaque dimension au lieu d'une seule à la fin du questionnaire dans la version précédente.

En résumé, cette version comporte 110 items (annexe 3) à réponse fermée avec la même échelle de Likert, dont :

1. Une partie de 63 items clés interrogeant les patients sur l'évaluation des soins à l'hôpital à travers leurs expériences pendant leur séjour avec la même échelle de Likert de 5 points : de excellente à mauvaise (label indicateur 14 à 65, à l'exclusion label indicateur 19). Certains labels indicateurs ont 2 items.
2. Une partie de 2 items interrogeant les patients sur l'intention de retourner dans le même hôpital ou de recommander l'établissement aux proches (labels indicateurs 68, 69).
3. Une partie de 6 items interrogeant les patients sur leur niveau de satisfaction par rapport aux soins à l'hôpital (labels indicateurs 67, 70a à 52e).
4. Un item (71a) concernant l'amélioration de la santé par rapport à l'entrée.
5. Une partie de 21 items porte sur des informations concernant les caractéristiques socio-démographiques des patients, la perception de leur santé et l'organisation du séjour .
6. Une série de 9 items portent sur le choix des patients quant au niveau d'anonymat et de confidentialité de leurs réponses.
7. Sept zones de commentaires libres.

Tableau III. Modification des versions françaises par rapport à la version originale du questionnaire PJHQ
(les numéros indiqués dans ce tableau correspondent aux numéros des items dans les questionnaires correspondants)

Label	PJHQ	1 ^{re} version	Version finale
Les informations générales			
Introduction	1	Lettre d'accompagnement'	Lettre d'accompagnement'
	2		
Nombre de jours écoulés depuis la sortie	3	Calculé**	Calculé**
Combien d'hospitalisation	4	1	1
Déjà consulté dans cet hôpital	5	2	2
Qui a choisi l'hôpital	6	3	3
Importance de ce choix	7	4	4
Type de service, d'unité	8	Inclusion‡	Inclusion‡
Motif d'hospitalisation (type de pathologie).	9	Inclusion‡	-
Type d'hospitalisation (urgente, programmée ou autre)	10	Inclusion‡	19 (passage aux urgences : oui/non)
Qui a choisi ce service des urgences	11	-	-
Intervention chirurgicale. (O/N)	12	Inclusion‡	13a
ICU ou CCU (O/N)	13	-	-
Chambre à un seul ou plusieurs lits	14	5	10
Gravité perçue à l'admission	15	6	5
Santé perçue à l'admission	16	-	6
Besoin d'aide pendant le séjour	17	7	7
Douleurs pendant le séjour	18	-	13b,
Nombre de nuits passées à l'hôpital	19	Calculé**	Calculé**
Jugement sur le temps passé à l'hôpital	20	8	9
Protection des biens en votre possession	-	-	8
Désir d'un lit d'accompagnant	-	-	11
Désir d'un repas d'accompagnant	-	-	12
Admission			
Préparation	21	9	14
Efficacité	22	10	15
Aide de l'équipe à l'entrée	23	11	17
Attention	24	12	18
L'administration	-	-	16
Passage aux urgences			
Accueil	-	-	19a
Délais d'attente	-	-	19b
Communication	-	-	19c
Les soins reçus			
Installation médicales	-	-	20
Efficacité médicale	25	13	21
Efficacité globale	26	14	22
Prise en compte vos opinions	27	15	23
Prise en compte vos besoins	28	16	24
Information concernant les traitements reçue	29	17	27
Information concernant de la maladie reçue	-	-	26
Instruction reçue auprès des médecins	30	18a	28a
Instruction reçue auprès des infirmières	30	18b	28b
Coordination des soins	31	19	29
Activités quotidiennes des médecins	32	20	-
Activités quotidiennes des infirmières	32	21	-
Information de votre famille	33	22	34
Implication de votre famille	34	23	35
Facilité à obtenir information	35	24	25
Spécialité	36	25	30

Aide apportée	37	26	36
Sécurité	38	27	8 et 64
Prise en charge de la douleur	-	28	37
Bloc opératoire	-	-	31
Explorations fonctionnelles : délais d'attente	-	-	32a
Explorations fonctionnelles : qualité du déroulement	-	-	32b
Infirmières			Equipe qui vous a pris en charge
Identification des soignants	-	-	38
Habilité & compétence	39	29	39a
Attention à votre état	40	30	41
Réponse à vos appels	41	31	43
Courtoisie et respect à votre égard	42	32	45a
Communication	43	33	48
Médecins			
Attention à votre état	44	34	42
Disponibilité	45	35	44
Courtoisie et respect à votre égard	46	36	45b
Habilité & compétence	47	37	39b
Écoute & compréhension	48	37	45c
Autres personnels			
Agent de service	49	38	46
Brancardiers	50	39	47
Radiologie : délais d'attente	51	40	33a
Radiologie : qualité du déroulement			33b
Respect des règles d'hygiène : infirmières	-	-	40a
Respect des règles d'hygiène : médecins			40b
Respect des règles d'hygiène : autres personnels			40c
Conditions hôtelières			
État de votre chambre	52	41	49
Fournitures	53	42	51
Atmosphère	54	43	52
Intimité	55	44	54
Qualité des repas : présentation et température	56	45 (sans précision)	55a
Qualité des repas : saveur	56		55b
Environnement hospitalier	57	46	56
Repérage	58	47	57
Construction de l'hôpital	59	-	59
Parking	60	48	58
Facilité pour votre famille et ...	61	49	62
Sanitaire	-	-	50
Bruit	-	-	53
Télévision	-	-	60
Téléphone	-	-	61
Sortie			
Procédures de sortie	62	-	63
Instructions pour la sortie	63	-	-
Coordination de soins après la sortie	64	-	65
Frais d'hospitalisation			
Explication des frais payés	65	-	-
Efficacité des factures	66	-	-
Retour sur vos soins			
Qualité de soins et de service	67	-	-
Rencontre à vos attentes	68	-	-
Informations	69	-	-
Travail d'équipe des médecins	70	-	-
Compétence des infirmières	71	-	-

Courtoisie et respect des infirmières	72	-	-
Etre aidé par l'hôpital	73	-	-
Evolution de votre état de santé			
Etat de santé par rapport à l'entrée	74	-	71a
L'évolution de l'état de santé grâce au séjour à l'hôpital	75	-	-
Explication de l'évolution de l'état de santé	76	-	71b
Explication de l'évolution de l'état de santé	77	-	71c
Satisfaction générale			
Certaines choses auraient pu mieux se passer	78	50	67
Parlé à ma famille et à mes amis	79	51	-
La qualité des soins délivrés par les médecins	80a	52a	70a
La qualité des soins délivrés par les infirmières	80b	52b	70b
Chambre et facilités	80c	52c	70c
Repas & alimentation	80d	52d	70d
Assurance	80e	-	-
Frais hors assurance	80f	-	-
Satisfaction globale du séjour	81	52c	70e
Intention de retourner			
Retour au même hôpital	82	-	68
Recommandation de l'hôpital aux proches	83	53	69
Vos commentaires			
Choix de thèmes et appréciation	84	-	-
Commentaires libres	85	54	7 zones sous chaque dimension
Identification du patient	86-100	Inclusion	2 derniers pages (9 derniers items)

*: Lettre d'accompagnement : c'est une lettre signée par le Directeur du CHU ou le Responsable du programme de recherche qui présente de l'étude et est envoyée en même temps que le questionnaire.

": Calculé : cette information a été calculée à partir des autres sources d'informations

‡: Inclusion : cette information a été recueillie au moment de l'inclusion des patients, soit par un autre questionnaire soit par des informations administratives.

- : cet item n'existe pas dans la version

I.1.10. Analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales a été réalisée sur les 1652 premiers questionnaires reçus dans le programme, en utilisant toutes les questions explorant la satisfaction avec le processus de soins, soit les items de 14 à 71a, à l'exception de :

- ◆ Les 4 items sur le passage aux urgences qui constituent une dimension spécifique et concernent des patients particuliers (item 19, 19a, b, c).
- ◆ La satisfaction générale qui constitue une dimension particulière (indicateur de validité : item 67 à 71a).
- ◆ Les items sur la satisfaction de la prise en charge au bloc opératoire et sur la douleur (items 31 et 37), qui sont spécifiques et correspondent à des patients particuliers.
- ◆ Les items concernant les remarques, les opinions ainsi que la question 66 qui demande au patient, s'il a eu la possibilité de remplir un questionnaire de satisfaction au cours du séjour.

Traitement des *non-réponses*

La mise en œuvre de l'analyse en composantes principales pose des difficultés méthodologiques liées au rôle que l'on fait jouer aux non-réponses. En effet, les non réponses sont de 2 types :

- ◆ non réponses aux questions qui sont codées « 0 », le sujet n'a coché aucune réponse.
- ◆ réponse « *ne me concerne pas* » cochée « 6 »; théoriquement les patients auraient dû toujours cocher la réponse « 6 » « *ne me concerne pas* », mais il existe également des vraies non-réponses (souhait du patient de ne pas donner son opinion sur cette question), la réponse « 6 » correspond alors à une non-réponse structurelle. Par exemple ; le patient qui n'a pas été opéré n'a pas donné sa satisfaction sur la prise en charge au bloc opératoire, alors que la personne qui a été opérée mais ne répond pas à la question, ne le fait pas vraisemblablement pour des raisons particulières (probablement une moins bonne satisfaction qu'elle ne souhaite pas exprimer).

Si l'on ne retenait que les sujets qui apportent une réponse aux questions de satisfaction, l'ACP ne prendrait plus en compte que 112 sujets qui ont répondu absolument à toutes les questions; mais il

s'agit de sujets très particuliers (sujets opérés, ayant eu des douleurs, ayant des investigations complémentaires, etc. ...) et donc non représentatifs de l'ensemble des patients du CHU.

- ◆ Une analyse des correspondances a montré que les vraies non-réponses sont proches du niveau moyen de réponse à la question et que les réponses « *ne me concerne pas* » sont des réponses intermédiaires ; c'est pourquoi, il a été procédé à un recodage sur une échelle de 1 à 6 en recodant les réponses 6 en valeur intermédiaire 4 et en remplaçant les codes non-réponses par la réponse moyenne à la question.

Analyse en composantes principales

Les dimensions a priori : Le questionnaire DSPH est constitué de 12 dimensions : admission ; passage aux urgences ; soins reçus ; équipe de prise en charge avec trois sous-dimensions : infirmières, médecins, autres personnels ; conditions hôtelières ; sortie ; satisfaction générale ; information ; et recommandations.

La construction des dimensions a posteriori est basé sur :

- Une analyse en composante principale (ACP)
- La prise en compte des apports théoriques des items
- Le jugement des experts (professionnel)

L'analyse en composantes principales permet de retenir 10 facteurs pertinents dont la valeur propre est supérieure à 1 (eigenvalue) et sont constitués d'au moins 2 items avec une corrélation supérieur à 0,30.

Globalement, cette analyse montre la bonne cohérence du questionnaire et la nécessité de construire des sous-dimensions. Elle permet de retenir l'existence de 7 dimensions principales en cohérence avec les dimensions à priori dans les 10 facteurs retenus.

L'ACP de la partie de la satisfaction générale (items 67 à 70e) retient une seule dimension, intitulé « satisfaction globale » avec 3 items 68, 69 et 70e.

Tableau IV. Résultats d'analyse en composantes principales

N° de question	Label	Charge	N° du facteur	Nom de la dimension
20	Installations médicales	0,46	1	Communication
36	Aide apportée - à vous mettre à l'aise. à vous rassurer	0,56	1	Communication
28 b	Instructions pour les examens et opérations - l'aide des infirmières	0,57	1	Communication
29	Coordination des soins	0,57	1	Communication
22	Efficacité globale (fonctionnement du service)	0,58	1	Communication
21	Efficacité médicale (confiance dans les soins)	0,59	1	Communication
28 a	Instructions pour les examens et opérations - l'aide des médecins	0,59	1	Communication
24	Prise en compte de vos besoins	0,61	1	Communication
23	Prise en compte de vos opinions	0,63	1	Communication
27	Qualité des informations reçues sur votre traitement	0,71	1	Communication
25	Facilité à obtenir des informations	0,73	1	Communication
26	Qualité des informations reçues sur votre maladie	0,74	1	Communication
43	Réponse à vos appels	0,36	2	Infirmières
38	Coordination des soins	0,47	2	Infirmières
40 a	Respect des règles d'hygiène - infirmières et aides-soignants	0,66	2	Infirmières
41	Prise en compte de votre état par les infirmières	0,68	2	Infirmières
45 a	Courtoisie & respect de l'équipe soignante - infirmières et aides-soignants	0,69	2	Infirmières
39 a	Qualité des soins donnés - infirmières & aides-soignants	0,70	2	Infirmières
40 c	Respect des règles d'hygiène - autres personnels	0,59	2	Autres personnels
46	Agent de service	0,64	2	Autres personnels
47	Brancardiers	0,39	2	Autres personnels
59	Bâtiment	0,48	3	Équipement
56	Environnement	0,54	3	Équipement
51	Fourmitures	0,57	3	Équipement
49	Etat de votre chambre	0,71	3	Équipement
50	Sanitaire	0,73	3	Équipement
30	Spécialités - facilité pour obtenir les examens ou traitements	0,46	4	Intervention hors lit
32 a	Explorations fonctionnelles - délai d'attente lors des examens	0,70	4	Intervention hors lit
32 b	Explorations fonctionnelles - qualité déroulement des examens	0,71	4	Intervention hors lit
33 b	Radiologie - qualité déroulement	0,73	4	Intervention hors lit
33 a	Radiologie - délai d'attente	0,76	4	Intervention hors lit
31	Bloc opératoire - comment s'est déroulé la prise en charge		4	Intervention hors lit
18	Aide de l'équipe à l'entrée dans le service	0,46	5	Admission
17	Attention à vos besoins	0,56	5	Admission
14	Préparation	0,66	5	Admission
15	Efficacité	0,73	5	Admission
63	L'administration - déroulement des modalités administratives	0,42	5	Formalité administrative
16	L'administration	0,73	5	Formalité administrative
65	Après votre sortie	0,35	6	Médecins
44	Disponibilité du médecin en réponse à votre demande	0,52	6	Médecins
45 c	Courtoisie & respect de l'équipe soignant – écoute des médecins	0,52	6	Médecins
42	Prise en compte de votre état par les médecins	0,53	6	Médecins
45 b	Courtoisie et respect de l'équipe soignante - médecins	0,53	6	Médecins
40 b	Respect des règles d'hygiène - médecins	0,58	6	Médecins
39 b	Qualité des soins donnés - médecins	0,6	6	Médecins
64	Sécurité	0,39	7	Description
48	Communication de l'équipe soignant avec les patients et la famille	0,57	7	Information de la famille
34	Information de votre famille ou vos amis	0,73	7	Information de la famille
35	Implication de votre famille ou vos amis	0,78	7	Information de la famille
54	Intimité	0,56	8	Intimité

52	Atmosphère	0,78	8	Intimité
53	Bruit	0,81	8	Intimité
58	Parking	0,34	9	Facilité
57	Repérage	0,43	9	Facilité
62	Facilité de votre famille ou vos amis - heures de visite.	0,45	9	Facilité
61	Téléphone	0,76	9	Facilité
60	Télévision	0,77	9	Facilité
55 b	La saveur des repas	0,82	10	Repas
55 a	La présentation du repas et la température dans le service	0,87	10	Repas
19	Etes vous entré par le Service d'accueil des urgences			
19 a	Qualité de l'accueil aux urgences		11	Passage aux urgences
19 b	Appréciation des délais d'attente aux urgences		11	Passage aux urgences
19 c	Communication avec le personnel des urgences		11	Passage aux urgences
37	Douleurs			Description
67	Certaines choses auraient pu mieux se passer			Description
68	Vous reviendriez dans cet établissement			Satisfaction globale
69	Recommanderiez-vous ce service à votre famille ou à vos amis ?			Satisfaction globale
70 e	Globalement - Votre séjour			Satisfaction globale
70 a	Globalement - Qualité des soins - médecins			Médecins
70 b	Globalement - Qualité des soins - infirmières			Infirmières
70 c	Globalement - Chambre & installations communes			Equipeement
70 d	Globalement - Alimentation & repas			Repas

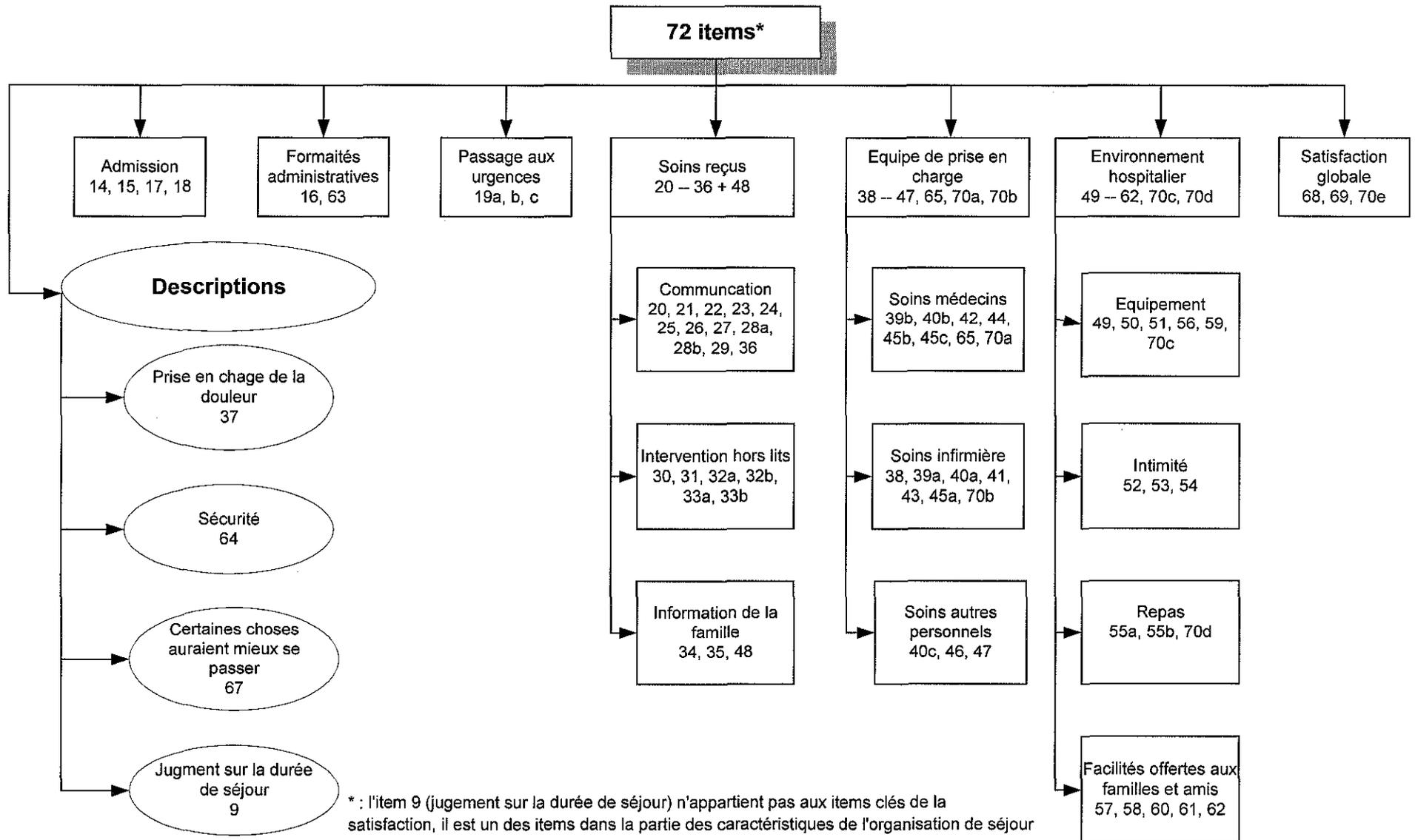
Discussion et conclusion sur les items et dimensions retenues

- ◆ La dimension satisfaction avec les soins peut être regroupée par 3 sous-dimensions cohérentes : une sur la qualité de la communication, une sur l'information de la famille et une sur la satisfaction avec les interventions médicales et infirmières réalisées non au lit du patient.
- ◆ La dimension satisfaction avec les équipes construite avec 3 sous-dimensions cohérentes : une sur la satisfaction avec les médecins, une avec les infirmières et une avec les autres personnels.
- ◆ La dimension environnement est construit avec 4 sous-dimensions : une sur la qualité des équipements, une sur l'intimité, une sur les repas, une sur les facilités offertes par l'hôpital. La figure de la page 133 résume l'ensemble des dimensions.
- ◆ Les 3 items portant sur la sortie ne construisent pas une dimension unique et cohérente ; l'analyse de ces items montre en effet qu'elles correspondent à des champs extrêmement différents :
- ◆ L'item 63 sur les modalités administratives de sortie est très corrélée à l'item 16 correspondant aux relations avec l'administration à l'entrée et conduit à proposer une dimension spécifique sur la satisfaction des relations avec l'administration.
 - ◆ L'item 64 sur la sécurité est un item à part.
- ◆ L'item 65 explore la qualité de la communication avec le médecin traitant et présente une forte corrélation avec les items explorant la satisfaction des soins prodigués par les médecins ; cet item est donc réintégré dans cette dimension. Nous proposons donc de ne pas garder de dimension sortie.
- ◆ Les items 70a, 70b, 70c 70d dans la partie satisfaction générale ont été intégrés dans les dimensions correspondantes.
- ◆ Les 3 items qui n'ont pas été retenus dans l'ACP : prise en charge de la douleur, sécurité et « *certaines choses auraient pu mieux se passer* » qui ne peuvent pas être considérés comme un item de satisfaction globale sont présentés sous forme des descriptions particulières.

Pour la thèse de Phi Linh NGUYEN THI

IL N'Y A PAS DE PAGE 134.

Figure 1. Les dimensions de la satisfaction de la version finale française du questionnaire PJHQ



Pour la thèse de Phi Linh NGUYEN THI

IL N'Y A PAS DE PAGE 136.

I.1.11. Etude pilote

L'étude pilote qui a été réalisée répondait à plusieurs objectifs. Dans ce travail, nous présentons seulement le premier objectif concernant la qualité et les propriétés de la nouvelle version. Nous avons examiné la compréhension, la simplicité des items, le taux de non réponse de chaque item, le taux de retour du questionnaire.

L'étude pilote a porté sur un échantillon de 360 patients de 36 services du CHU de Nancy pendant une période de 5 semaines. Dix patients par service sont tirés au sort sur la liste de tous les patients éligibles. Il s'agit des patients adultes (≥ 18 ans), sortant d'un de ces 36 services, exceptés pour les hospitalisations de jour. Le questionnaire a été envoyé à domicile 15 jours après la sortie du patient.

Les résultats du premier objectif :

- Le taux de retour était de 46% (115/252) dans lequel 90% étaient exploitables.
- Le taux de non réponse variait de 0% à 22,6% :
- La partie de l'information générale sur votre séjour : ce taux variait de 0% à 11,9%
 - L'admission : il variait de 3,6% à 10,7%
 - Les soins reçus : il variait de 1,2% à 31,0%
 - L'équipe prise charge : il variait de 3,6% à 19,0%
 - Conditions hôtelières : il variait de 0% à 11,9%
 - Sortie de l'établissement : il variait de 6,0% à 22,6%
 - La satisfaction générale : il variait de 1,2% à 14,3%

Tous les items ayant un taux de non réponse important ont fait l'objet de vérification par le groupe de travail sur la compréhension, la logique, les modalités de réponse....

- Le taux de remplissage des zones de commentaire libre variait selon les dimensions : de 12% pour la satisfaction en général à 52% pour les commentaires concernant l'amélioration de l'état de santé par rapport à l'entrée grâce au séjour à l'hôpital.
- Le score de satisfaction était le plus bas pour la dimension « passage aux urgences » (57,5 sur une échelle de 0 (pire) à 100 (meilleur)), en sachant qu'il n'y a que 38% des patients ayant répondu

qui sont passés par le service des urgences. Le niveau le plus élevé est obtenu pour la dimension « recommandation auprès des proches ou intention de retourner dans le service » (84,6).

- 82% des patients ont donné leur identité. Les patients ayant conservé l'anonymat sont globalement moins satisfaits que ceux ayant donné leur identité.

I.1.12. Evaluation des propriétés psychométriques

Ce travail a été réalisé sur un échantillon d'une période de 27 mois. Le taux de réponse était de 38,8% (5137 / 13228), dans lequel 95,5% étaient des questionnaires exploitables (4907 / 5137).

L'âge moyen des patients était de $55,5 \pm 17,7$ ans, 58,6% étaient des hommes.

Le nombre moyen d'item manquantes pour les questions concernant la partie de la satisfaction (74 items) était de $11,8 \pm 9,3$.

Le nombre moyen d'items manquants pour les questions concernant les caractéristiques des patients (27 items) était de $4,7 \pm 1,7$.

Le nombre moyen de dimensions manquantes (17 dimensions) était de $1,5 \pm 1,7$.

Le tableau suivant présente les scores des 17 dimensions de satisfaction. Le niveau le plus bas concerne la dimension « Repas », le niveau le plus élevé concerne la dimension « Satisfaction globale ».

L'alpha Cronbach's pour 16 de 17 dimensions était bon ou excellent (Critère de Nunally), sauf la dimension « Repas » (0,49).

Les principaux résultats psychométriques de la version française du questionnaire PJHQ produite dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité sont satisfaisants.

Tableau V. Scores des dimensions de la satisfaction

Dimension	n	Moyenne	Médiane	SD	min	max
Admission	4613	69,8	68,8	20,3	0	100
Formalités administratives	4772	70,8	75,0	20,2	0	100
Passage urgences	1601	66,9	66,7	25,4	0	100
Soins reçus	4596	68,5	68,1	18,4	0	100
Communication	4708	69,6	70,0	19,3	0	100
Interventions hors chambre	3739	65,3	63,8	19,6	0	100
Information de la famille	4008	69,4	75,0	22,2	0	100
Soins équipe	4792	75,4	76,1	17,1	6,9	100
Soins médecins	4750	75,4	77,4	19,0	0	100
Soins infirmiers	4837	76,3	78,6	17,5	0	100
Soins autres	4768	72,8	75,0	19,7	0	100
Environnement hospitalier	4842	62,6	60,7	17,2	0	100
Equipement	4859	65,6	65,3	19,1	0	100
Intimité	4853	63,0	58,3	23,6	0	100
Repas	4853	59,2	55,6	24,4	0	100
Facilites offertes aux familles et amis	4622	60,2	58,3	19,6	0	100
Satisfaction globale	4845	81,0	88,9	18,4	0	100

Tableau VI. Propriétés psychométriques des dimensions de satisfaction

Dimensions (0-100)	Nombre d'items	Effet plancher %	Effet plafond %	Skewness value/SE	Alpha Cronbach
Admission	4	0,22	15,45	-0,15	0,78
Formalités administratives	2	0,40	18,95	-0,19	0,68
Passage urgences	3	1,56	21,25	-0,36	0,65
Soins reçus	21	0,04	4,99	-0,15	0,92
Communication	12	0,09	8,00	-0,24	0,89
Interventions hors chambre	6	0,29	8,82	-0,00	0,79
Information de la famille	3	1,08	20,13	-0,34	0,79
Soins équipe	18	0	7,82	-0,29	0,92
Soins médecins	8	0,04	13,82	-0,54	0,84
Soins infirmiers	7	0,04	13,88	-0,43	0,85
Soins autres	3	0,21	21,06	-0,16	0,77
Environnement hospitalier	17	0,02	2,19	+0,17	0,85
Equipe	6	0,04	6,23	-0,05	0,75
Intimité	3	1,28	14,19	-0,12	0,69
Repas	3	2,95	9,93	-0,27	0,49
Facilités offertes aux familles et amis	5	0,20	6,26	+0,24	0,70
Satisfaction globale	3	0,56	29,40	-1,30	0,67

III. CONTRIBUER A LA CONNAISSANCE DES DETERMINANTS DES NON-REPONSES

Deux travaux ont contribué à cette partie :

QUI REpond AUX QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION DES SOINS?

*LA NON-REponse ET LES FACTEURS QUI L'INFLUENCENT DANS LES ETUDES DE
SATISFACTION PAR COURRIER*

III.1. QUI REPOND AUX QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION DES SOINS ?

Résumé. Cette étude a pour but d'identifier les facteurs influençant le taux de réponse et le taux de réponses nominatives dans une enquête de satisfaction des patients hospitalisés.

Méthodes : 9504 (12,3%) patients tirés au sort parmi les sorties du CHU de Nancy ont reçu un questionnaire de satisfaction des soins (PJHQ adapté en français) par courrier deux semaines après leur sortie. Les facteurs influençant la réponse ont été identifiés par régression logistique hiérarchique.

Résultats : Le taux de réponse était de 37,6% ; 83,5% des questionnaires retournés étaient nominatifs dont 61% avec accord de transmission des réponses au chef de service. Le taux de réponse dépend des caractéristiques socio-démographiques elles-mêmes déterminants de niveau de satisfaction. La réponse nominative est également dépendante des expériences passées avec l'hôpital, et de la gravité du problème de santé à l'origine de l'hospitalisation. L'accord de transmission des réponses au chef de service est, de plus, influencé par des caractéristiques du séjour, telle que le besoin d'assistance. Les patients qui ne souhaitent pas l'anonymat et qui donnent l'accord pour la transmission des résultats au chef du service sont plus satisfaits dans les 17 dimensions de satisfaction.

Conclusion : La réponse à un questionnaire de satisfaction est influencée par les modalités offertes aux patients et par des facteurs identiques à ceux influençant le niveau de satisfaction, notamment l'âge et le sexe.

Abstract. The objective of the study was to identify the factors influencing the response rate and nominative response rate in a patient satisfaction surveys.

Method : Two weeks after discharge, 9504 eligible patients of University Hospital of Nancy - France received a satisfaction of care questionnaire (PJHQ adapted in French). Factors related to the response rate were identified by hierarchical logistic regression.

Results : The response rate was 37,6%; 83,5% were nominative questionnaires, including 61% agreement of disclosure of information to the chief of ward. The socio-demographic characteristics influencing the response rate were similar to those determinants of the level of satisfaction such as: age, sex, department of residence, type of service (medical/surgical). The nominative response also depend on the previous experiences of the hospital, the hospital reputation and on the gravity of the problem having justified the hospitalization. The agreement of disclosure of information to the chief of ward, in addition, is influenced by stay characteristics, such as the need for assistance during the stay. The patients who did not keep anonymity and who did not refuse the disclosure of information to the chief of ward were more satisfied in all satisfaction dimensions.

Conclusion : The response rate to a satisfaction questionnaire is influenced by the methods offered to the patients and by factors that influence the level of satisfaction, in particular age and sex.

Mots clés : taux de réponse, anonymat, confidentialité, satisfaction des patients hospitalisés, analyse hiérarchique.

Key words : response rate, anonymity, confidentiality, inpatient satisfaction, hierarchical analysis.

INTRODUCTION

La satisfaction du patient est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS. L'évaluation de la satisfaction des patients est une obligation imposée à toutes les structures d'hospitalisation par l'article L.710.1.1 de l'ordonnance du 24 avril 1996 [1], la circulaire n°97-29 du 17 janvier 1997 en application de l'arrêté du 07 janvier 1997 [2], le décret du 16 décembre 1997 et le document d'orientation de la Direction des Hôpitaux [3].

Depuis octobre 1999, le CHU de Nancy a mis en place un programme de mesure à distance de la satisfaction des patients adultes hospitalisés en court séjour (DSPH) par voie postale.

Les limites des enquêtes de satisfaction par questionnaire sont nombreuses [4]. Un faible taux de réponse dans une enquête de satisfaction peut entraîner des résultats biaisés. Les répondants et non répondants présentent habituellement des caractéristiques socio-démographiques différentes [5, 9-12]. Il existe une probabilité accrue de non réponse chez les hommes jeunes, les célibataires, les personnes d'un niveau d'instruction élevé, les personnes d'un statut socio-économique bas, les travailleurs, les bien portants ou au contraire les personnes en moins bonne santé [6, 7]. De plus, la satisfaction des répondants étant significativement différente de celle des non répondants [5, 6]. Ainsi, Sitzia et Wood, après analyse de 210 publications sur ce thème [7], ont montré que les non répondants ont tendance à être moins satisfaits que les répondants pour les soins médicaux reçus. Ceci peut donc affecter l'identification des champs visés pour l'amélioration des soins médicaux [8]. En France, il y a peu d'études qui abordent ces problèmes, alors qu'il s'agit d'un problème important à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. C'est pourquoi, nous avons réalisé une étude dont l'objectif était d'identifier les facteurs influençant le fait et la façon de répondre dans une enquête de satisfaction afin de vérifier l'hypothèse que le fait de répondre à un questionnaire de satisfaction, de répondre nominativement, de souhaiter la transmission des informations nominatives figurant sur le questionnaire au chef de service dépend aussi bien des caractéristiques du patient que de celles du séjour ou du service.

MATERIEL et METHODES

Echantillonnage. Dans le cadre du programme, les patients sortis des 36 services de court séjour des 4 établissements hospitaliers du CHU de Nancy sont éligibles. Il s'agit des patients âgés de 18 ans ou plus, hospitalisés pour une durée d'au moins 24 heures au CHU de Nancy et retournés à leur domicile. Chaque semaine, jusqu'à 3 patients par service sont tirés au sort. Un patient ne peut être tiré au sort qu'une seule fois. Cette étude porte sur la période du 1^{er} octobre 1999 au 1^{er} juillet 2001, comportant 77104 patients éligibles et 9504 tirés au sort. Avec cette taille d'échantillon, le modèle de régression logistique permettait de mettre en évidence les facteurs associées à la non-réponse avec un odds-ratio supérieur à 1,1 ($\alpha = 5\%$, $1-\beta = 90\%$, taux de réponse moyen d'environ 40% et corrélation avec les autres covariables estimée à 0,2) [14].

Questionnaire. Le questionnaire de satisfaction des soins (QSS) utilisé était une adaptation française [15] du questionnaire PJHQ (Patient Judgements of Hospital Quality) [16]. Cet auto-questionnaire était constitué de trois grandes parties. La première partie portait sur des informations générales concernant l'organisation du séjour du patient. La deuxième partie correspondait au questionnaire de satisfaction proprement dit. Elle comportait 56 questions à réponses fermées (échelle de Likert : excellent, très bon, bon, pas très bon et mauvais) se répartissant en 17 dimensions et sous-dimensions de satisfaction : admission ; formalités administratives; passage aux urgences; soins reçus avec 3 sous-dimensions : communication, interventions hors chambre, information de la famille; équipe soignante avec 3 sous-dimensions : équipe médecins, équipe infirmiers, équipe autres personnels; environnement hôtelier avec 4 sous-dimensions : équipement, intimité, repas, facilités offertes aux familles et amis; et enfin satisfaction globale. Les scores de satisfaction calculés variaient de 0 (insatisfaction totale) à 100 (satisfaction complète). De plus, elle comprenait 8 zones de commentaires libres. La troisième partie comportait 9 questions permettant de recueillir des renseignements complémentaires de type socio-démographique et les dernières questions concernaient l'identification du patient. L'anonymat et la confidentialité pouvaient être demandés par le patient. Seuls les patients qui le désiraient donnaient leur nom, prénom et date de naissance. Dans le cas où les patients acceptaient de donner leur identité, les réponses aux questionnaires restaient strictement confidentielles sauf pour les patients qui souhaitaient

expressément le contraire. Dans ce cas, les réponses aux questionnaires étaient transmises nominativement au chef de service.

Quinze jours après sa sortie, chaque patient recevait par courrier à domicile un questionnaire de satisfaction accompagné d'une lettre signée par le Directeur de l'hôpital visant à présenter l'enquête et à motiver le patient et d'une enveloppe T pour le renvoi du questionnaire au Directeur d'Etablissement concerné.

Les variables d'analyse.

Un questionnaire exploitable était un questionnaire renvoyé qui comportait les informations d'identification du patient, c'est à dire soit le nom et la date de naissance soit l'âge, le sexe, le service de sortie de façon complète et cohérente par rapport à la base de sondage. Un questionnaire non exploitable était le questionnaire où ces informations manquaient (Figure 1).

a. Réponse : Le patient qui renvoyait un questionnaire exploitable était considéré comme répondant. Le patient qui n'avait pas renvoyé le questionnaire ou qui l'avait renvoyé sans les informations d'identification était considéré comme non répondant.

b. Réponse nominative : Le terme "nominatif" désignait les questionnaires dans lesquels le patient avait donné volontairement son nom et sa date de naissance. Le terme "anonyme" désignait les questionnaires dans lesquels le patient avait donné seulement son âge, son sexe et son service de sortie.

c. Accord de transmission au chef de service : ce terme désignait les questionnaires dans lesquels le patient souhaitait explicitement que ses réponses soient adressées au chef de service de façon nominative. (*a, b, c, sont les variables binaires à expliquer*)

Les variables explicatives (co-variables). Elles provenaient soit de la base de gestion administrative de sondage, soit du questionnaire de satisfaction.

La base de gestion administrative de sondage fournit 2 types de variable disponibles pour tous les patients. Celles qui caractérisent le patient : l'âge traité en 8 classes, le sexe, la durée de séjour (≤ 14 jours, > 14 jours), les dates d'entrée et de sortie et le département de résidence (Meurthe & Moselle, Meuse, Moselle, Vosges et autres départements). Celles que l'on peut qualifier de variables contextuelles : le service (36 services), l'établissement (4 établissements), la discipline (médecine/chirurgie), la fédération

(7 types : médico-chirurgicale pour la pneumologie, médico-chirurgicale pour les maladies cardiovasculaires, sciences neurologiques, appareil locomoteur, appareil digestif, cervico-facial, hors fédération).

Le questionnaire de satisfaction fournit 4 types d'information. Socio-démographiques : vit seul(e) (oui/non), activité professionnelle avant l'hospitalisation (oui/non), CSP (8 classes), sécurité sociale (oui/non), affiliation à une mutuelle (oui/non). Informations générales concernant l'organisation du séjour du patient : hospitalisations ou consultations précédentes, le choix de l'hôpital et ses raisons, protection des biens, chambre à l'hôpital (individuelle ou non), lit et repas accompagnant, jugement sur le temps passé à l'hôpital, le délai de réponse au questionnaire. Informations concernant la santé du patient : gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation, état de santé perçu à l'admission, évolution de la santé depuis l'admission, besoin d'assistance pendant le séjour, intervention chirurgicale pendant le séjour (oui/non), intensité de la douleur. Scores des 17 dimensions et sous-dimensions de la satisfaction et le remplissage des zones de commentaires libres (0 zone, 1-2 zones et ≥ 3 - 8 zones).

Plan d'analyse. Les calculs et les comparaisons réalisés sur l'ensemble de l'établissement tenaient compte du déséquilibre de l'échantillon, lié à la stratification sur le service avec des fractions de sondage différentes.. Un poids a été assigné à chaque observation (individu), ce poids étant égal à l'inverse de la probabilité de sélection.

Toutes les variables indépendantes ont été recodées pour que la classe de référence soit celle correspondant aux taux de réponse le moins favorable. Les relations entre les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques du séjour, de la santé du patient d'une part et les trois variables dépendantes d'autre part ont été analysées en utilisant le test t de Student, l'analyse de variance ou le chi deux de Pearson. Ces analyses ont été réalisées en prenant en compte les poids. Les variables significatives au seuil 5% étaient candidates pour l'analyse multivariée.

Les relations entre les scores des 17 dimensions et sous dimensions de la satisfaction et les deux variables dépendantes, réponse nominative et accord de transmission au chef de service, ont été analysées en prenant en compte les poids et la post-stratification sur le sexe et les classes d'âge en utilisant le test t de Student.

Les modèles de régression logistique avec effet mixte (hiérarchique) ont été choisis [17-21], car il existe dans ce cas une structure hiérarchique des données qui situe le patient, le service et l'établissement, respectivement au premier, deuxième et troisième niveau.

Les données ont été saisies et enregistrées dans des fichiers Access®. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce aux logiciels SAS® version 8.2 et SUDAAN® version 7.5 [22, 23].

RESULTATS

Pendant la période de cette étude, 77 104 patients sont sortis de l'hôpital, 12,3% d'entre eux ont reçu un questionnaire. Le taux de retour était de 39,4%. Parmi les questionnaires renvoyés, 95,4% questionnaires étaient exploitables (figure 1). Le taux de réponse était de 37,6%. Ce taux brut variait en fonction du service, le plus élevé étant celui d'un service de chirurgie (49,6%) et le plus bas celui d'un service de médecine (20%). Parmi les 2 985 questionnaires nominatifs, 61% comportaient l'accord de transmission au chef de service de façon nominative.

Réponse. L'âge moyen des patients hospitalisés était de 55,4 ans; 56 % étaient des hommes, la majorité des patients (61,8 %) venaient du département de la Meurthe & Moselle où se trouve le CHU. La durée moyenne de séjour était de 7,1 jours et 88,2% des patients restaient moins d'une semaine.

Les résultats des analyses bivariées sont présentés dans le tableau I. Le sexe, la classe d'âge, le département de résidence, ainsi que la durée de séjour influençaient le fait de répondre. Le fait de répondre le questionnaire variait significativement selon les caractéristiques du service. Il existait des effets majeurs liés au service, au type de fédération, à la discipline et à l'établissement d'appartenance du service ($p < 10^{-4}$) sur le taux de réponse.

Dans l'analyse multivariée, la classe d'âge, le sexe, le département de résidence et la discipline sont liés au fait de répondre le questionnaire. Il y a une interaction age*sexe : les femmes de plus de 80 ans et les hommes de moins de 30 ans ont renvoyé les questionnaires moins fréquemment que les autres patients (tableau II) Les patients qui habitent dans les départements plus urbains (Meurthe & Moselle, Moselle) ont renvoyé le questionnaire moins fréquemment que ceux qui habitent dans les départements plus ruraux (Meuse, Vosges et les autres). Les patients hospitalisés dans les services de médecine ont renvoyé le questionnaire moins fréquemment que ceux hospitalisés dans les services de chirurgie.

Globalement en tenant compte de la discipline, il n'y a pas de différences entre les établissements et entre les services, seul 2 services de médecine (de gériatrie et de psychologie médicale) présentaient un taux de réponse significativement plus faible.

Réponse nominative. Environ 46,3% des répondants ont été hospitalisés dans les services de chirurgie. La moitié des patients (50,4%) a eu une intervention chirurgicale et 35,6% des répondants étaient entrés via le service d'accueil des urgences. La durée moyenne de séjour était de 6,6 jours.

Cinquante huit pour-cent des patients étaient hospitalisés pour la première fois dans cet hôpital, 65,6% y avaient déjà consulté. Seulement 31,8% des patients avaient choisi l'hôpital eux-mêmes, pour ceux-ci la raison "très importante" la plus fréquemment citée correspondait à la réputation de l'hôpital (61,9%), les autres raisons étaient les expériences passées, le critère géographique et les frais d'hospitalisation, qui représentaient respectivement 38,5%, 32,6% et 10,7% des réponses. 48,5% des patients avaient bénéficié d'une chambre individuelle, et 23,9% ont jugé que leurs biens avaient fait l'objet d'une procédure particulière de protection.

Quatre-vingt deux pour cent des patients ont jugé comme très grave ou sérieux le problème ayant motivé l'hospitalisation, 58,9% des patients ont jugé leur santé perçue à l'admission comme médiocre ou mauvaise, 77,8% des patients ont eu une douleur variant de très faible (11%), faible (14%), moyenne (32%), grande (15%) à très grande (6%). Environ 35% des patients n'avaient pas du tout besoin d'assistance pour leur vie quotidienne pendant leur séjour. Soixante-dix pour cent des patients ont déclaré que leur état de santé était bien ou plutôt meilleur qu'à l'admission, 79,3% des patients ont jugé leur durée de séjour à l'hôpital correcte. Le délai moyen de réponse à ce questionnaire était de 12,4 jours (délai entre la date d'envoi et la date de réception).

Les résultats des analyses bivariées et multivariées sont présentés dans les tableaux III et IV.

Les hommes ont donné leur nom et leur date de naissance plus souvent que les femmes, les patients entre 40 ans et 80 ans ont donné leur nom et leur date de naissance plus souvent que les autres. Les patients ayant choisi l'hôpital eux-mêmes, en considérant la réputation de cet hôpital, les expériences passées, comme des raisons très importantes dans le choix de l'hôpital ont donné leur nom et leur date de naissance plus souvent que les autres. Les patients ayant jugé comme sérieux ou très grave le

problème ayant motivé l'hospitalisation, ont donné leur nom et leur date de naissance plus souvent que ceux qui l'ont jugé comme mineur ou modéré. Les patients ayant trouvé leur état de santé bien ou plutôt meilleur depuis la sortie par rapport à l'entrée, ont donné leur nom et leur date de naissance plus souvent que ceux qui ont trouvé leur état de santé semblable ou moins bon à la sortie qu'à l'entrée. Les patients ayant jugé le temps passé à l'hôpital correct, ont donné leur nom et leur date de naissance plus souvent que ceux qui ont jugé ce temps trop long ou trop court. Les patients ayant rempli les zones de commentaires libres ont donné leur nom et leur date de naissance plus souvent que ceux qui ne les ont pas remplis (avec une relation dose-effet linéaire significative).

Concernant l'effet aléatoire, il n'existait pas de variation du taux de réponse nominative des établissements, des services selon le type de fédération, type de discipline.

Accord de transmission au chef de service. L'âge moyen était de 56,2 ans; 60,5 % étaient des hommes. La durée moyenne de séjour était de 6,6 jours.

Le tableau V présente les résultats des analyses bivariées. Cinq variables ont été retenues dans le modèle d'analyse multivariée hiérarchique en ajustant sur les autres variables (tableau VI). Les hommes ont donné leur accord de transmission au chef de service plus souvent que les femmes. Les patients entre 30 et 80 ans ont donné leur accord de transmission au chef de service plus souvent que les autres groupes. Les patients qui ont eu besoin d'assistance pour leur vie quotidienne pendant leur séjour à l'hôpital ont donné leur accord de transmission au chef de service plus souvent que ceux qui n'en ont pas eu besoin. Les patients qui ont demandé et obtenu un repas accompagnant, pendant leur séjour, ont donné leur accord de transmission au chef de service plus souvent que les autres. Les patients ayant trouvé leur état de santé bien ou plutôt meilleur depuis la sortie par rapport à l'entrée, ont donné leur accord de transmission au chef de service plus souvent que ceux ayant trouvé leur état de santé identique ou moins bon à la sortie qu'à l'entrée. Il n'y a pas d'effet hiérarchique d'établissement, de service selon le type de discipline, type de fédération dans le fait d'accorder la transmission au chef de service ou non.

Scores de satisfaction et le fait de répondre de façon nominative, d'accepter la transmission des résultats au chef de service. Les scores moyens des 17 dimensions de satisfaction sont présentés dans le tableau VII. Le score le plus élevé était celui de la dimension satisfaction globale (81,0), et le plus bas concernait celle du repas (59,7). Environ 23% des patients n'avaient rempli aucune zone, 52,4% de 1 à 2 zones, et 24,4% plus de 3 zones. Le fait de répondre de façon nominative ou non, de donner l'accord pour la transmission au chef de service a eu une influence significative sur les scores de satisfaction (tableau VIII). Un écart de 9,3 à 12,6 points et de 3,7 points à 7,1 points de 17 dimensions sur une échelle de 0 à 100 est observé entre les répondants nominatifs et les non nominatifs, les répondants accordant la transmission au chef de service et les refusants, respectivement. Ceux qui ont donné leur nom et leur date de naissance et ceux qui ont accepté la transmission sont plus satisfaits que ceux qui ne les ont pas donnés et ceux qui ont refusé la transmission.

DISCUSSION

Le fait de répondre au questionnaire de satisfaction est lié à la classe d'âge, au sexe, au département de résidence, au type de discipline du service.

Le fait de répondre de façon nominative et d'accepter la transmission des résultats au chef de service est liée à la classe d'âge, au sexe et à l'évolution de l'état de santé à la sortie par rapport à l'entrée. Le fait de répondre de façon nominative est de plus lié au fait que la réputation de l'hôpital, les expériences passées soient des critères de choix de l'hôpital par les patients eux-mêmes, à la gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation, au jugement sur la durée du séjour et au remplissage des zones de commentaires libres. Le fait d'accepter de transmettre les résultats au chef de service est de plus lié au fait d'avoir eu besoin d'assistance pour les activités de la vie quotidienne, et au fait de demander et d'obtenir un repas accompagnant.

Les patients qui ne souhaitent pas l'anonymat et qui donnaient l'accord pour la transmission des résultats au chef du service sont plus satisfaits.

L'utilisation d'un modèle hiérarchique est indispensable [17-21] pour la recherche des facteurs explicatifs d'un phénomène au sein d'une structure telle que l'hôpital. Ainsi un modèle de régression logistique simple cherchant à expliquer le fait de renvoyer le questionnaire identifie 4 facteurs : le

service d'hospitalisation, le sexe, la classe d'âge, et le département de résidence. Il y a un effet service majeur qui est surestimé, alors l'effet du type du service (discipline, fédération) est masqué. Le modèle hiérarchique permet de montrer qu'il y a pour le taux de réponse, surtout un effet discipline (chirurgie vs médecine) et qu'une fois prise en compte cette caractéristique, il y a peu d'effet service (aucun en chirurgie, et seul 2 des 21 services de médecine se distinguent par un taux de réponse plus faible). Pour le taux de réponse nominative, les différences entre services disparaissent en analyse multivariée et reflètent en fait surtout de différence de recrutement selon le sexe des services.

Le taux de réponse d'environ 40% de notre étude est cohérent avec les résultats des études antérieures. Dans celles-ci en effet, le taux de réponse pour ce type d'enquête avec un seul questionnaire sans relance varie de 25 à 40% [12, 24]. Dans les études concernant la satisfaction des patients par courrier, il existe des opinions très divergentes sur ce thème. Une analyse de 210 études publiées, faite par Sitzia et Wood [7] a trouvé que ce taux varie de 17 à 100%. La comparaison des taux de réponse publiés dans la littérature est rendu difficile par la sélection préalable possible de la population d'envoi. Ainsi dans un travail antérieur, dans le même contexte et avec le même questionnaire [15], nous avons obtenu un taux de réponse de 77,9% en envoyant le questionnaire aux sujets ayant donné un accord écrit de participation au cours de l'hospitalisation et avec une relance téléphonique. Dans beaucoup d'études des techniques de rappel sont utilisées (lettre, carte postale, relance téléphonique, nouveaux questionnaires...). Si on augmente le nombre de contacts (lettre de rappel, relance téléphonique, envoi de nouveau questionnaire pour des non répondants...), le taux de réponse augmente [5, 7, 15, 25-28] en même temps bien sûr que les coûts. Une technique de rappel, quelle que soit la méthode (lettre ou téléphone) peut augmenter de 13% le taux de réponse [28, 29]. Dans une étude réalisée en France [30], le taux de réponse est de 80%, néanmoins, les auteurs ont conclu que les moyens mis en œuvre : mobilisation d'un médecin de santé publique, enquête postale avec une enveloppe réponse pré-affranchie, relance téléphonique ne permettent cependant pas son utilisation en routine. C'est pourquoi ayant choisi de réaliser la mesure de satisfaction des patients de façon permanente dans notre étude, les problèmes logistiques et financiers pour mettre en place un système de relance téléphonique ou d'envoi d'un nouveau questionnaire auraient été lourds et difficile à gérer.

L'âge est un des facteurs déterminants dans le fait de répondre les questionnaires de satisfaction, les jeunes répondent moins souvent que les personnes âgées [6-9, 31-33], mais quand l'âge est supérieur à 75 ans, le taux de réponse diminue [34]. Les femmes ont tendance à moins répondre que les hommes [34- 36]. De plus nous montrons une interaction âge/sexe, les femmes âgées et les hommes jeunes répondent moins souvent, ce qui est cohérent avec d'autres études [4, 37, 38]. Les gens qui habitent dans les régions rurales répondent plus souvent que ceux qui habitent dans les régions urbaines, ce qui est retrouvé dans d'autres enquêtes de satisfaction et d'autre nature par courrier ou par téléphone [31, 39].

Il est intéressant de noter que les facteurs principaux influençant le taux de réponse sont identiques à ceux influençant la satisfaction des patients tel l'âge, le sexe, le type de discipline (médecine / chirurgie) [15].

Dans notre étude, il y a deux niveaux d'anonymat : les répondants anonymes complets et les répondants refusant la transmission nominative des résultats au chef de service (confidentialité). Des travaux [28, 29, 41] ont montré que le taux de réponse est plus bas lorsque l'enquête est anonyme. Certaines personnes peuvent estimer que leurs opinions sont importantes seulement quand ils sont identifiés. D'autres tendent à ne répondre que s'ils sentent une certaine pression, la possibilité d'anonymat réduit cette pression. D'autres travaux ont montré que la garantie de l'anonymat avait peu d'influence sur le taux de réponse [28, 42]. L'effet dépend du contenu de questionnaire et du type de relation entre enquêté et enquêteur. Même si elle empêche la possibilité de relance, la garantie de l'anonymat ou au moins de la confidentialité est importante dans ce type d'enquête où il existe une relation de dépendance le patient était susceptible de revenir dans l'hôpital et/ou les services de soins sur lequel il exprime son avis. Parmi les facteurs qui influencent la probabilité de réponse nominative, nous en avons identifié comme l'âge, le sexe et l'amélioration de l'état de santé qui sont aussi déterminants de la satisfaction des patients [5, 15, 43-47].

Les personnes qui acceptent de donner leur nom et celles qui acceptent que les résultats soient transmis de façon nominative au chef du service qui les a pris en charge sont en moyenne beaucoup plus satisfaites que les personnes qui ne l'acceptent pas. Chez les répondants nominatifs et les répondants

nominatifs auprès du chef de service, environ 10 points d'écart et 5 points d'écart sur une échelle de 0 à 100. Ces différences sont nettement supérieures à celles que l'on peut observer avec les facteurs classiques déterminants classiques du niveau de satisfaction [15]. La possibilité d'anonymat dans ce type d'enquête est souhaitable d'autant que les patients sont susceptibles d'être réhospitalisés à nouveau dans le même service. Mis à part quelques patients particuliers qui souhaitent exprimer leur opinion, il est le plus facile, plus serein pour la majorité des patients de ne pas déclarer nominativement leur désaccord quand il existe. Il faut noter que les facteurs qui ont une influence sur le taux de réponse sont également des facteurs qui influencent classiquement le niveau de satisfaction et en particulier l'âge et le sexe auquel il faut ajouter les autres facteurs concernant les expériences passées avec l'hôpital et les besoins du patient pendant leur séjour, ce qui, à notre connaissance, n'a pas été décrit jusqu'à présent.

Le fait de ne pas prendre en compte le respect de l'anonymat et de la confidentialité peut conduire à des biais de sélection majeurs des patients dans le sens d'une amélioration du niveau de satisfaction. Ce biais de sélection est peut être plus particulièrement présent dans les enquêtes où la mesure de satisfaction est réalisée en face à face et surtout au moment de la sortie du patient avec un questionnaire proposé par le personnel soignant. Il faut garantir une certaine indépendance pour le remplissage et, parmi d'autres, il s'agit là d'un argument en faveur d'enquêtes réalisées à distance par voie postale, le choix de l'anonymat et/ou la confidentialité devant être impérativement laissé au patient.

RECOMMANDATIONS

Notre étude permet de formuler quelques conclusions importantes concernant la mesure de la satisfaction à l'hôpital :

1. Le taux de réponse et les modalités de réponse à un questionnaire de satisfaction par courrier sont multifactoriels. Il est indispensable de fournir des résultats détaillés sur le taux de réponse en précisant clairement les critères de définition du dénominateur utilisé, permettant de la situer parmi l'ensemble des sujets sortis de l'hôpital. Les difficultés du recueil de données chez les non répondants peuvent être évitées en utilisant et en améliorant la qualité des données administratives recueillies en routine à l'entrée. Le taux de réponse peut être amélioré, pour un coût non négligeable, si on peut organiser le suivi des patients, obligatoirement alors nominatif, par lettre ou/et par relance téléphonique.
 2. Il faut éviter les entretiens face-à-face et/ou les questionnaires donnés directement dans le service de soins par le personnel soignant qui tend à sélectionner les sujets les plus satisfaits. Il faut garantir au patient, la possibilité de l'anonymat ou à tout le moins de la confidentialité vis-à-vis des équipes soignantes, et peut-être même de la direction de l'hôpital.
 3. Il faut utiliser les méthodes d'analyse adéquates qui permettent de prendre en compte la structure hiérarchique des données et les caractéristiques de la méthode de sondage utilisée, et de réaliser le redressement (rendu nécessaire par les biais de non-réponse) sur les facteurs qui influencent le niveau de satisfaction (en particulier l'âge et le sexe).
1. L'interprétation des résultats d'une étude de satisfaction des patients n'est pas simple. Elle doit être prudente surtout si l'objectif de l'étude est d'identifier et de construire des programmes d'intervention dans un but d'amélioration de la qualité de soins ou de comparaison de structures de soins, différentes ou non.
 2. La comparaison des différentes structures de soins (services, établissements ...) doit tenir compte des différences de structure d'âge et de sexe en utilisant les techniques classiques de standardisation utilisées en épidémiologie. Elles supposent des échantillons de taille suffisante pour permettre leur mise en œuvre.

Référence

1. Ministère du Travail et des Affaires Sociales 1996; Ordonnance. 6324 p. n°96-346.
2. Journal Officiel. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. *Circulaire DH/AF n°97-29 du 17 janvier 1997 relative à la mise en oeuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L710-1-1 du code de santé publique.* 1997; 71 -73.
3. Ministère de l'Emploi et de Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé. Direction des hôpitaux. Evaluation de la satisfaction des patients: Document d'orientation à l'intention des établissements de santé. *Informations Hospitalières* 1998; 47: 1-15.
4. Labarère J, François P. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements des soins. *Rev Epidemiol & Santé Pub* 1999; 47(2): 175-84.
5. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of care ? *Med Care Rev* 1990; 47(3): 267-326.
6. Lasek RJ, Barkley W, Harper DL, Rosenthal GE. An evaluation of the impact of non-response bias on patient satisfaction surveys. *Med care* 1997; 35(6): 646-52.
7. Sitzia J, Wood N. Response Rate in Patient Satisfaction Research: An Analysis of 210 Published Studies. *Int J Qual Health Care* 1998; 10(4): 311-7.
8. Barkley WM, Furse DH. Changing Priorities for Improvement: The Impact of Low Response Rates in Patient Satisfaction. *The Joint Commission* 1996; 22(6): 427-33.
9. Doering ER. Factors influencing inpatient satisfaction with care. *QRB* 1983; 9(10): 291-9.
10. Walker AH, Restuccia JD. Obtaining Information on Patient Satisfaction with Hospital Care: Mail versus Telephone. *Health Serv Res* 1984; 19(3): 291-306.
11. Service d'Evaluation Hospitalière. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un manuel pratique. *ANAES* 1999; 1-105.
12. Nelson EC, Rubin HR, Hays RD, Meterko M. Response to Questionnaire. *Med care* 1990; 28(9): S18-22.
13. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *Press Med* 1999; 28(29): 1610-3.
14. Elashoff JD. *nQuery Advisor User's Guide*. [computer program]. Los Angeles,CA: Dixon Associates: 1995.

15. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. *Soc Sci & Med* 2002; 54(4): 493-504.
16. Rubin HR, Ware JE, Nelson EC, and Meterko M. The Patient Judgements of Hospital Quality (PJHQ) questionnaire. *Med care* 1990; 28(9): S17-8.
17. Roy T, Carrere MO, Mille D, Ray I, Laporte S, Philip T. L'apport des modèles logistiques hiérarchiques à l'analyse de la conformité des pratiques cliniques aux recommandations. Le cas de la surveillance du cancer du sein localisé dans un Centre Régional de lutte Contre le Cancer. *J Econ Méd* 1999; 17(7-8): 489-504.
18. Littell RC; Milliken GA; Stroup WW, et al. *SAS System for Mixed Models*. Fourth ed. Cary,NC: SAS Intitute Inc. 1996.
19. Khan HTA. A Hierarchical Model of Contraceptive Use in Urban and Rural Bangladesh. *Contraception* 1997; 55: 91-6.
20. Leung K, Elashoff RM, Rees KS, Hasan MM, Legorreta AP. Hospital- and Patient-Related Characteristics Determining Maternity Length of Stay: A Hierarchical Linear Model Approach. *Am J Pub Health* 1998; 88(3): 377-81.
21. Rabilloud M, Ecochard R, Matillon Y. Utilisation d'un modèle de régression logistique à deux niveaux dans l'analyse des variations de pratique médicale : à propose de la césarienne prophylactique. *Rev Epidemiol & Santé Pub* 1997; 45: 237-47.
22. SAS Institute Inc. *SAS/STAT User's Guide*. Fourth ed. Cary,NC: SAS Institute Inc. 1989.
23. Shah BV, Barnwell BG, & Bieler GS. *SUDAAN User's Manual. Volume 1-2* [computer program]. Release 7.5. Research Triangle Park: Research Triangle Institute; 1997.
24. Press I, Ganey RF. The Mailout Questionnaire as the Practical Method of Choice in Patient Satisfaction Monitoring. *J Health Care Marketing* 1989; 9(1): 67-8.
25. Tennant A, Badley EM. A Confidence Interval Approach to Investigating Non-Response Bias and Monitoring Response to Postal Questionnaire. *J Epidemiol Community Health* 1991; 45: 81-5.
26. Heberlein TA, Baumgartner Robert. Factors Affecting Response Rates to Mailed Questionnaires: A Quantitative Analysis of the Published Literature. *Am Sociological Rev* 1978; 43(4): 447-62.

27. Ware JE and Berwick DM. Conclusion and recommendation. *Med care* 1990; 28(9): S39-40.
28. Asch DA, Kathryn Jedrzejewski M, Christakis NA. Response rates to mails surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(10): 1129-36.
29. Fuller C. Effect of Anonymity on Return Rate and Response Bias in a Mail Survey. *J Applied Psychol* 1974; 59(3): 292-6.
30. Sznajder M, Petiot-Amargil G, Beauchet A, Auvert B. Enquête de Satisfaction des Patients Hospitalisés à l'Hôpital Ambroise-Paré. *Gestions Hospitalières* 2001; 129-32.
31. Groves RM, Cialdini RB, Couper MP. Understanding the Decision to Participate in a Survey. *Public Opinion Quarterly* 1992; 56: 475-95.
32. Bamford C, Jacoby A. Development of Patient Satisfaction Questionnaires: I. Methodological Issues. *Quality in Health Care* 1992; 1: 153-7.
33. Harris LE, Swindle RW, Mungai SM, Weinberger M, Tierney WM. Measuring patient satisfaction for quality improvement. *Med care* 1999; 37(12): 1207-13.
34. Ehnfors M, Smedby B. Patient Satisfaction Surveys Subsequent to Hospital Care: Problems of Sampling, Non-response and Other Losses. *Quality Assurance in Health Care* 1993; 5(1): 19-32.
35. Hawkins DF. Estimation of Nonresponse Bias. *Sociological Methods & Res* 1975; 3(4): 461-85.
36. Akhtar AJ. Refusal to Participate in a Survey of the Elderly. *Geront Clin* 1972; 14: 205-11.
37. Cartwright A, Windsor J. Who Else Responds to Postal Questionnaires? Are Those Involved in the Subject of the Study More Likely To Do So? *Community Med* 1989; 11(4): 373-5.
38. Dunn JP, Hawkes R. Comparison of Respondents and Nonrespondents in a Periodic Health Examination Program to a Mailed Questionnaire. *Am J Pub Health* 1966; 56(2): 230-6.
39. Smith TW. The Hidden 25 percent: An Analysis of Nonresponse on the 1980 General Social Survey. *Public Opinion Quarterly* 1983; 47: 386-404.
40. Ley P, Kinsey J, Atherton S. Increasing patients' satisfaction with communication. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15: 403-13.
41. Asch DA. Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates, and bias. *Epidemiol* 1996; 7(5): 550-1.

42. Campbell MJ, Waters WE. Does anonymity increase response rate in postal questionnaire surveys about sensitive subjects? A randomised trial. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44(1): 75-6.
43. Calnan M, Katsouyinannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H. *Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Fam Practice* 1994; 11(4): 468-78.
44. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco TL. Patients evaluate their hospital care : A national survey. *Health Aff* 1991; 10(4): 254-67.
45. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1998; 25(1): 25-36.
46. Hays RD, Ware JE. My medical care is better than yours. Social desirability and patient satisfaction ratings. *Med care* 1986; 24(6): 519-25.
47. Cleary PD, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco TL. The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *QRB* 1992; 18(2): 53-9.

Remerciements : P.L. NGUYEN THI a obtenu une bourse du Ministère des Affaires Etrangères Français. Les auteurs remercient l'équipe du service Epidémiologie et Evaluation Cliniques, les personnels administratifs du CHU de Nancy, le Centre Régional d'Informatique Hospitalière, les services participants pour leur aide. Ils remercient également tous les patients pour leur participation.

Tableau I. Taux de réponse selon les caractéristiques des patients et du contexte (n=9504)

Variabiles		n	Taux de réponse	p
<i>Sexe du patient</i>	Homme	5320	39,0	0,01
	Femme	4184	36,5	
<i>Classe d'âge</i>	18 - <30ans	1066	33,7	10 ⁴
	30 - <40ans	1111	38,7	
	40 - <50ans	1454	40,1	
	50 - <60ans	1642	37,9	
	60 - <70ans	1665	41,6	
	70 - <80ans	1670	38,7	
	>=80ans	896	30,1	
<i>Département de résidence</i>	Meurthe et Moselle (54)	5871	36,5	10 ⁴
	Meuse (55)	601	44,5	
	Moselle (57)	1293	37,0	
	Vosges (88)	1001	42,0	
	Autres (autres départements et pays étrangers)	738	40,2	
<i>Mois de sortie</i> ^a				0,35
<i>Durée de séjour</i>	< 7 jours	8384	38,5	0,002
	≥ 7 jours	1120	32,8	
<i>Etablissement d'hospitalisation</i> ^a	N°1	3267	41,2	10 ⁴
	N°2	537	30,8	
	N°3	4770	36,6	
	N°4	930	36,7	
<i>Fédération d'appartenance du service</i>	Médocochirurgicale de Pneumologie	775	34,1	10 ⁴
	Médocochirurgicale des maladies cardio-vasculaires	1279	42,4	
	Sciences Neurologiques	542	42,0	
	Appareil Locomoteur	1100	39,8	
	Appareil Digestif	540	39,3	
	Cervico - Faciale	544	42,6	
	Hors Fédération	4724	35,3	
<i>Discipline d'appartenance du service</i>	Médecine court séjour	5331	35,6	10 ⁴
	Chirurgie court séjour	3883	42,0	
<i>Service d'hospitalisation</i> ^a	36 services différents			10 ⁴

^a: Données non détaillées.

Tableau II. Facteurs associés à la réponse au questionnaire de satisfaction
(Odds Ratio de Régression Logistique Hiérarchique)

Variables	<i>p</i>		
<i>Caractéristiques des patients</i>	OR	I.	IC 95%
<i>Sexe et classe d'âge</i>			
Hommes, 18 - <30ans	1,0	0,7 - 1,2	10 ^d
Hommes, 30 - <40ans	1,4	1,1 - 1,8	
Hommes, 40 - <50ans	1,7	1,3 - 2,1	
Hommes, 50 - <60ans	1,5	1,2 - 1,9	
Hommes, 60 - <70ans	2,0	1,6 - 2,5	
Hommes, 70 - <80ans	1,8	1,4 - 2,2	
Hommes, >=80ans	1,6	1,2 - 2,2	
Femmes, 18 - <30ans	1,6	1,2 - 2,0	
Femmes, 30 - <40ans	1,7	1,3 - 2,2	
Femmes, 40 - <50ans	1,5	1,1 - 1,9	
Femmes, 50 - <60ans	1,7	1,3 - 2,2	
Femmes, 60 - <70ans	1,5	1,1 - 1,9	
Femmes, 70 - <80ans	1,4	1,1 - 1,8	
Femmes, >=80ans ^a	1,0		
<i>Département de résidence</i>			
Meuse (55), Vosges (88)	1,2	1,1 - 1,3	0,003
Autres départements et les départements étrangers	1,1	0,9 - 1,3	
Meurthe et Moselle (54) et Moselle (57) ^a	1,0		
<i>Discipline</i>			
Chirurgie	1,3	1,1 - 1,6	0,002
Médecine ^a	1,0		
	<u>Exp(β)/1+ Exp(β)</u>		
Constante	0,3 ^b		0,01
Service selon le type de discipline (niveau 2)	0,024	0,01	0,02

^a: Classe de référence.

^b: $p = \frac{\exp(\beta)}{1 + \exp(\beta)} = 0,3$ correspond à l'estimation du taux de réponse chez les femmes de plus de 80 ans, habitant en département urbain et hospitalisées dans un service de médecine.

Tableau III. Taux de réponse nominative selon les caractéristiques des patients (n=3 575)

Variables		n	Réponse nominative	p
<i>Sexe du patient</i>	Femme	1512	78,1	10^4
	Homme	2063	87,4	
<i>Classe d'âge</i>	18 - <30ans	352	73,8	10^4
	30 - <40ans	413	75,1	
	40 - <50ans	564	84,6	
	50 - <60ans	641	85,2	
	60 - <70ans	695	87,5	
	70 - <80ans	643	86,7	
	>=80ans	267	83,3	
<i>Choix de l'hôpital et motivation</i>				0,0004
	Par le patient lui-même : réputation	614	87,5	
	Par le patient lui-même: expériences passées	111	91,4	
	Par le patient lui-même: situation géographique	67	84,4	
	Par le patient lui-même : autres	174	77,8	
	Par une autre personne	2019	82,4	
<i>Gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation</i>	Sérieux ou très grave	2791	84,8	10^4
	Mineure ou modéré	648	77,4	
<i>Santé perçue à l'admission</i>	Excellente ou bonne	1406	81,5	0,02
	Médiocre ou mauvaise	2017	84,7	
<i>Besoin d'assistance pendant le séjour</i>	Complète ou beaucoup ou modérée	1208	86,0	0,008
	Peu ou pas du tout	2276	82,3	
<i>Lit accompagnant</i>	Désiré et obtenu	155	89,4	0,02
	Désiré et non obtenu	923	84,3	
	Non désiré	2150	82,2	
<i>Repas accompagnant</i>	Désiré et obtenu	297	86,0	0,02
	Désiré et non obtenu	907	85,4	
	Non désiré	1964	81,7	
<i>Evolution de l'état de santé par rapport à l'admission</i>	Meilleure	2333	86,1	10^4
	Pareille/moins bonne/beaucoup moins bonne	981	77,6	
<i>Activité professionnelle avant l'hospitalisation</i>	Oui	1205	80,4	0,002
	Non	2370	85,0	
<i>Protection des biens</i>	Non	2489	82,6	0,01

	Oui	782	86,4	
<i>Jugement du temps</i>	Correct	2767	85,6	<i>10^t</i>
	Trop long ou trop court ou ne sais pas	725	75,4	
<i>Remplissage des zones de commentaires</i>	≥ 3 zones remplies	871	85,0	<i>0,003</i>
	1 - 2 zones remplies	1872	84,8	
	0 zone remplie	832	78,9	
<i>Fédération d'appartenance du service</i>	Médocochirurgicale de Pneumologie	273	89,4	<i>0,003</i>
	Médocochirurgicale des Maladies cardio-vasculaires	548	86,7	
	Sciences Neurologiques	229	86,4	
	Appareil Locomoteur	447	83,1	
	Appareil Digestif	214	81,3	
	Cervico Faciale	232	79,3	
	Hors Fédération	1612	82,0	
<i>Discipline</i>	Chirurgie vs Médecine			<i>0,43</i>
<i>Service d'hospitalisation^a</i>	36 services			<i>10^t</i>
<i>Etablissement d'hospitalisation^a</i>	4 établissements			<i>0,76</i>

^a: Données non détaillées

Tableau IV. Facteurs associés à la réponse nominative au questionnaire de satisfaction
(Odds Ratio de Régression Logistique Hiérarchique)

Variables			<i>p</i>
EFFETS FIXES			
<i>Caractéristiques des patients</i>			
	OR	IC 95%	
<i>Sexe</i>			
Homme	1,9	1,5 - 2,3	10^4
Femme ^a	1,0		
<i>Classe d'âge</i>			
			0,003
18 - <30ans ^a	1,0		
30 - <40ans	1,1	0,8 - 1,6	
40 - <50ans	1,6	1,1 - 2,4	
50 - <60ans	1,7	1,2 - 2,4	
60 - <70ans	2,1	1,2 - 3,3	
70 - <80ans	2,2	1,3 - 3,8	
>=80ans	1,4	0,8 - 2,5	
<i>Choix de l'hôpital et motivation</i>			
			0,01
Par le patient lui-même : réputation	1,3	1,0 - 1,8	
Par le patient lui-même : expériences passées	1,8	1,0 - 3,6	
Par le patient lui-même : situation géographique	0,8	0,5 - 1,5	
Par le patient lui-même : autres	0,8	0,5 - 1,1	
Par une autre personne ^a	1,0		
<i>Jugement de la durée du séjour</i>			
			10^4
Correct	1,7	1,3 - 2,1	
Trop long ou trop court ou ne sais pas ^a	1,0		
<i>Gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation</i>			
			0,008
Sérieux ou très grave	1,4	1,1 - 1,8	
Mineure ou modérée ^a	1,0		
<i>Evolution de l'état de santé par rapport à l'admission</i>			
			10^4
Meilleure	1,6	1,3 - 1,9	
Pareille ou moins bonne ou beaucoup moins bonne ^a	1,0		
<i>Le remplissage des zones de commentaires</i>			
			0,0007
≥ 3 zones remplies	1,7	1,3 - 2,2	
1 - 2 zones remplies	1,4	1,1 - 1,8	
0 zone remplie ^a	1,0		

^a: Classe de référence.

^b: $p = \exp(\beta) / (1 + \exp(\beta)) = 0,4$ correspond à l'estimation du taux de réponse nominative chez les patients qui appartiennent à la classe de référence de chacune des variables du modèle.

Tableau V. Taux d'accord de transmission des réponses au chef de service
selon les caractéristiques des patients (n=2 985)

Variables	n	Accord de transmission	p
<i>Sexe du patient</i>			10 ⁻⁴
Femme	1178	54,9	
Homme	1807	65,1	
<i>Classe d'âge du patient</i>			
18 - <30ans	137	53,5	
30 - <40ans	190	60,9	
40 - <50ans	289	60,5	
50 - <60ans	342	62,1	
60 - <70ans	375	61,3	
70 - <80ans	364	64,1	
>=80ans	124	59,2	
<i>Hospitalisations précédentes</i>			0,002
Jamais	1602	58,6	
Plus 1 fois	1213	64,7	
<i>Gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation</i>			0,005
Mineure ou modérée	1483	62,6	
Sérieux ou très grave	276	55,2	
<i>Besoin d'assistance pendant le séjour</i>			10 ⁻⁴
Complète ou beaucoup ou modérée	1034	68,3	
Peu ou pas du tout	1875	57,8	
<i>Lit accompagnant</i>			0,0004
Non désiré	1767	59,3	
Désiré et non obtenu	780	65,6	
Désiré et obtenu	138	71,6	
<i>Repas accompagnant</i>			0,0007
Non désiré	1603	57,9	
Désiré et non obtenu	773	65,9	
Désiré et obtenu	259	66,8	
<i>Intervention chirurgicale pendant le séjour</i>			0,003
Oui	928	58,3	
Non	828	64,1	
<i>Evolution de l'état de santé par rapport à l'admission</i>			10 ⁻⁴

Meilleure	2013	65,4	
Pareille ou moins bonne ou beaucoup moins bonne	757	53,8	
<i>Protection des biens</i>			<i>0,001</i>
Non	2050	59,7	
Oui	675	67,3	
<i>Délai de réponse le questionnaire</i>			<i>0,03</i>
≤ 7 jours	831	63,3	
7 jours < ≤ 14 jours	586	57,1	
14 jours < ≤ 28 jours	279	63,1	
> 28 jours	125	61,0	
<i>Fédération d'appartenance du service^a</i>			<i>0,17</i>
7 fédérations			
<i>Discipline</i>			<i>0,14</i>
Chirurgie vs Médecine			
<i>Service d'hospitalisation^a</i>			<i>0,02</i>
36 services			
<i>Etablissement d'hospitalisation^a</i>			<i>0,18</i>
4 établissements			

^a: Données non détaillées

Tableau VI. Facteurs associés à l'accord de transmission au chef de service des réponses au questionnaire de satisfaction (Odds Ratio de Régression Logistique Hiérarchique)

Variables			<i>P</i>
<i>EFFETS FIXES</i>			
<i>Caractéristiques des patients</i>			
	OR	IC 95%	
<i>Sexe du patient</i>			<i>0,0002</i>
Homme	1,4	1,2 - 1,6	
Femme ^a	1,0		
<i>Classe d'âge du patient</i>			<i>0,05</i>
18 - <30ans ^a	1,0		
30 - <40ans	1,4	1,0 - 2,0	
40 - <50ans	1,4	1,0 - 2,0	
50 - <60ans	1,6	1,1 - 2,2	
60 - <70ans	1,3	0,9 - 2,1	
70 - <80ans	1,6	1,0 - 2,4	
>=80ans	1,0	0,6 - 1,7	
<i>Besoin d'assistance pendant le séjour</i>			<i>10⁻⁴</i>
Complète ou beaucoup ou modérée	1,5	1,2 - 1,7	
Peu ou pas du tout ^a	1,0		
<i>Repas accompagnant</i>			<i>0,003</i>
Désiré et obtenu	1,4	1,1 - 1,7	
Désiré et non obtenu	1,6	1,1 - 2,1	
Non désiré ^a	1,0		
<i>Evolution de l'état de santé par rapport à l'admission</i>			<i>10⁻⁴</i>
Meilleur	1,5	1,3 - 1,8	
Pareille ou moins bonne ou beaucoup moins bonne ^a	1,0		

^a: Classe de référence.

^b : $\exp(\text{intercept}) / 1 + \exp(\text{intercept}) = 0,3$ probabilité de réponse au questionnaire de satisfaction en accordant la transmission au chef de service chez les patients qui appartiennent à la classe de référence de chacune des variables du modèle.

Tableau VII. Scores moyens des dimensions de la satisfaction chez les répondants (n=3 575)

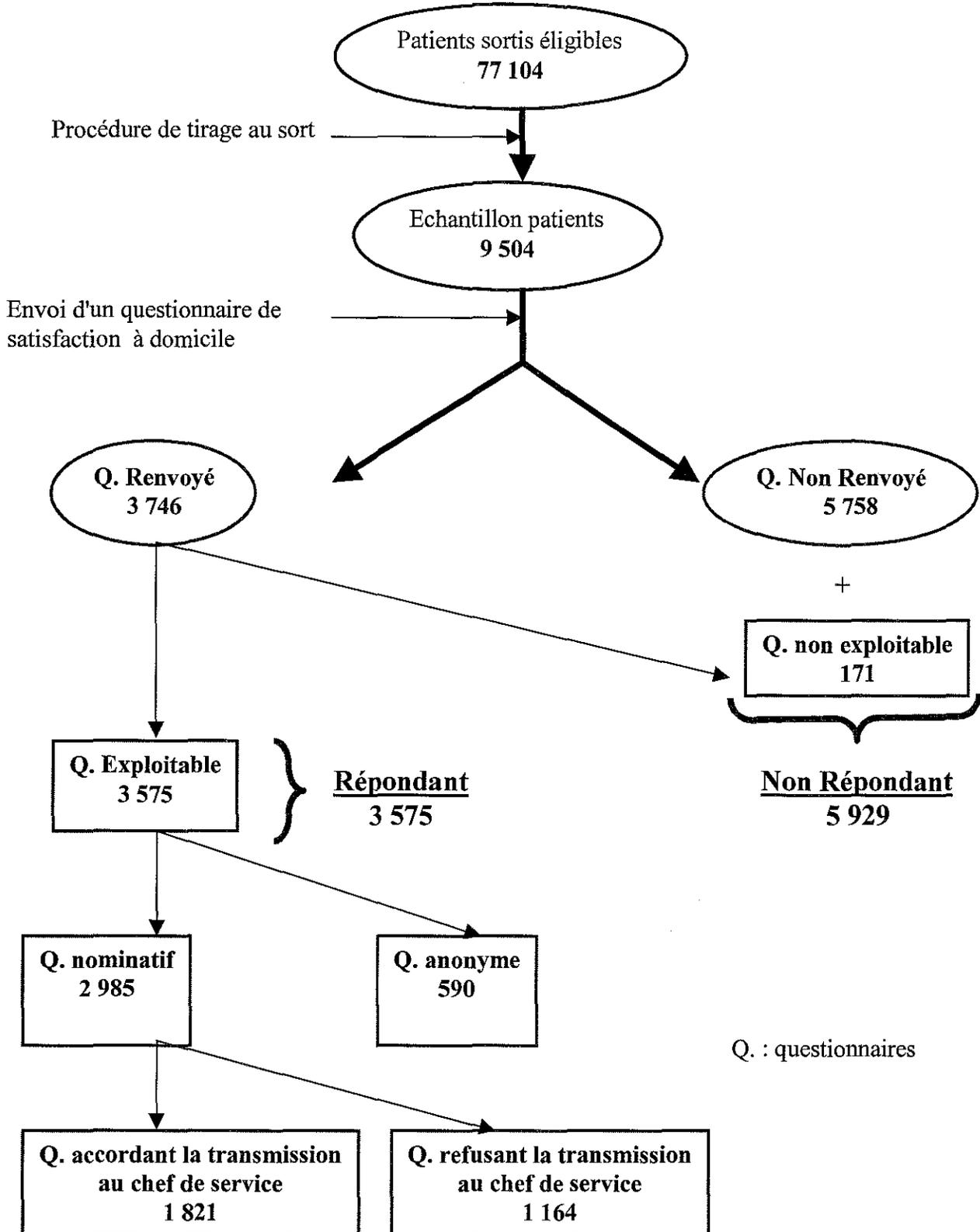
Dimensions	N	Moyenne	Ecart-type	Min	Max
Admission	3348	69,8	20,3	0	100
Formalités administratives	3473	70,5	20,3	0	100
Passage urgences	1171	66,2	25,4	0	100
Soins reçus	3357	68,5	18,4	0	100
Communication	3431	69,6	19,3	0	100
Interventions hors chambre	2746	65,2	19,7	0	100
Information de la famille	2924	69,4	22,2	0	100
Soins équipe	3479	75,4	17,2	6,9	100
Soins médecins	3443	75,4	19,1	0	100
Soins infirmiers	3516	76,3	17,7	0	100
Soins autres	3458	73,0	19,7	0	100
Environnement hospitalier	3521	63,0	17,2	2,9	100
Equipement	3534	66,1	19,1	0	100
Intimité	3527	63,4	23,6	0	100
Repas	3528	59,7	24,3	0	100
Facilites offertes aux familles et amis	3354	60,4	19,7	0	100
Satisfaction globale	3520	81,0	18,7	0	100

Tableau VIII. Différences des scores moyens de satisfaction entre les patients ayant rempli leur questionnaire nominativement et ceux l'ayant rempli de façon anonyme et entre les patients accordant et ceux refusant la transmission au chef de service

Dimensions	Différences des scores moyens	
	Réponse	Accord vs Refus
	Nominative vs Anonyme ^a	Transmission ^a
Admission	10,1	6,6
Formalités administratives	9,5	5,6
Passage urgences	14,1	4,3
Soins reçus	11,4	6,4
Communication	11,9	6,5
Interventions hors chambre	11,0	5,7
Information de la famille	10,6	7,1
Soins équipe	10,8	5,7
Soins médecins	10,9	6,0
Soins infirmiers	11,1	5,2
Soins autres	10,8	5,7
Environnement hospitalier	10,0	4,9
Equipement	10,0	5,0
Intimité	11,0	6,0
Repas	9,3	4,9
Facilites offertes aux familles et amis	9,3	4,5
Satisfaction globale	10,2	4,5

^a : $p < 10^{-4}$ pour chaque variable

Figure 1. Schéma de définition



**III.2. LA NON-REPOSE ET LES FACTEURS QUI L'INFLUENCENT DANS LES
*ETUDES DE SATISFACTION PAR COURRIER***

Thu HUONG HO*Centre de formation et de perfectionnement des professionnels de santé de Hô Chi Minh-Ville, Viêt Nam***Phi Linh NGUYEN THI***Service d'épidémiologie et d'évaluations cliniques***Francis GUILLEMIN***Service d'épidémiologie et d'évaluations cliniques***Florence GIRARD***Service d'épidémiologie et d'évaluations cliniques***Jean-Pierre DELAGOUTTE***Service de chirurgie orthopédique et traumatologique***Serge BRIANÇON***Service d'épidémiologie et d'évaluations cliniques***CHU de Nancy**

L'augmentation du niveau de vie, du niveau d'éducation et la satisfaction plus large des besoins essentiels conduisent les consommateurs à exprimer des exigences plus grandes et plus variées⁽¹⁾. Depuis 1945, on a attaché de l'importance au confort hospitalier en rapport avec le mode de vie quotidienne et le libre exercice des droits des patients. Les réclamations et/ou plaintes font l'objet d'une gestion particulière des établissements de santé⁽²⁾. Pour évaluer la qualité des soins, la mesure de la satisfaction du patient est un indicateur indispensable. Selon A. Donabedian, l'étude de satisfaction constitue un composant de toute démarche qualité⁽³⁾. Elle est toujours un instrument irremplaçable qui aide à connaître les besoins des patients et la performance du système des soins. Dans la procédure d'accréditation, il est clairement indiqué que « l'hôpital doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des malades, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation⁽²⁾ ».

Plusieurs méthodes sont proposées pour mesurer la satisfaction du patient. Le questionnaire envoyé par courrier est le plus souvent utilisé parce qu'il assure l'anonymat du patient et reflète bien la réalité. Malheureusement, le taux de réponse atteint dans les études qui appliquent cette méthode est de l'ordre de 25 % à 80 %^(4, 5). Ce taux semble très variable selon les études^(4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Lorsque le taux de non-réponse est élevé, on peut le suspecter d'entraîner une interprétation erronée des résultats, en particulier si les caractéristiques des non-répondants sont associées à leur degré de satisfaction⁽¹¹⁾. De plus, le fait d'augmenter la taille d'échantillon pour obtenir une meilleure précision des estimations ne présente aucun intérêt s'il existe un tel biais de non-réponse⁽¹¹⁾.

Le taux de non-réponse théoriquement souhaitable dans les études de satisfaction par courrier est inférieur à 5 %⁽⁶⁾. Mais en réalité, on ne peut jamais l'obtenir. Un

La **non-réponse** et les facteurs qui l'influencent dans les études de satisfaction par courrier

L'étude présentée ici a été conçue dans le but d'identifier les **facteurs sociodémographiques et médicaux** qui influencent le taux de réponse à l'**étude de satisfaction hospitalière par courrier** chez 298 patients du service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Nancy. On y apprend notamment que le taux de réponse au **questionnaire de satisfaction** a été de 46 %, que les patients donnent moins volontiers leur nom si ce sont des femmes et des jeunes, qu'ils refusent la transmission de leur réponse au chef du service plus fréquemment si ce sont des habitants du département du CHU et des patients qui n'ont pas eu une intervention chirurgicale pendant leur séjour...

taux de non-réponse de 20 % à 30 % est considéré comme acceptable⁽⁶⁾. Cependant, il n'est pas toujours facile à atteindre.

Plusieurs études se sont intéressées aux taux de réponse en comparant différentes méthodes d'administration des

questionnaires^(7, 12). Par contre, les études portant sur l'influence des facteurs sociodémographiques et médicaux sur le taux de réponse sont limitées⁽¹⁾. Quelques-unes de ces études ont montré des différences d'âge, de sexe, de situation familiale, d'activité professionnelle, de catégorie socioprofessionnelle, de nombre d'hospitalisations, de délai de la dernière hospitalisation et la durée de séjour entre le groupe des répondants et celui des non-répondants^(4, 6, 7, 13, 14, 15). D'autres facteurs démographiques et médicaux tels que le lieu de résidence, les habitudes de vie, le diagnostic, la localisation de la lésion, le traitement, la douleur ou les complications ont peu été mesurés. Les études réalisées en France, beaucoup moins nombreuses que dans les pays anglo-saxons, abordent très peu ce thème. Une différence de culture, d'organisation du système de soins de santé influencent peut-être le fait de répondre. Puisqu'un taux de non-réponse élevé est suspecté d'être une source de biais dans les études de satisfaction, il est nécessaire de mieux connaître l'influence de ces facteurs démographiques et médicaux afin de permettre une meilleure interprétation des résultats. L'objectif de cette étude est d'identifier des facteurs sociodémographiques et médicaux qui influencent le fait et la façon de répondre à un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés en court séjour.

Méthodologie

Échantillonnage

La population visée était l'ensemble des patients hospitalisés en service de chirurgie orthopédique et traumatologique de court séjour du CHU de Nancy pendant la période allant du 1^{er} octobre 1999 au 1^{er} octobre 2001. Étaient inclus tous les patients adultes (âge supérieur ou égal à 18 ans), hospitalisés pour une durée d'au moins 24 heures, sortis vivants et retournant à domicile après l'hospitalisation. L'échantillon de l'étude a été constitué grâce à un tirage au sort de trois patients par semaine sur la liste fournie par le CRIH (centre régional d'information hospitalière). Il comprenait 311 patients.

Envoi et retour du questionnaire de satisfaction

Quinze jours après la sortie, chaque patient tiré au sort a reçu par courrier à son domicile un questionnaire de satisfaction des soins (QSS)⁽¹⁶⁾, l'adaptation française du questionnaire PJHQ (Patient Judgement of Hospital Quality)⁽¹⁷⁾, accompagné d'une enveloppe T.

Un questionnaire exploitable était un questionnaire renvoyé qui comportait les informations d'identification du patient, c'est-à-dire soit le nom et la date de naissance, soit l'âge, le sexe, le service de sortie de façon complète et cohérente par rapport à la base de sondage. Un

questionnaire non exploitable était le questionnaire auquel manquaient ces informations.

Réponse: le patient qui a renvoyé un questionnaire exploitable a été considéré comme répondant. Le patient qui n'a pas renvoyé le questionnaire ou qui l'a renvoyé sans les informations d'identification a été considéré comme non-répondant.

Réponse nominative: le terme « nominatif » désigne les questionnaires dans lesquels le patient a donné volontairement son nom et sa date de naissance. Le terme « anonyme » désigne les questionnaires dans lesquels le patient a donné seulement son âge, son sexe et son service de sortie.

Accord de transmission au chef du service: concerne les questionnaires dans lesquels le patient souhaite explicitement que ses réponses soient adressées au chef de service de façon nominative. Les patients qui ne le souhaitent pas sont les refus de transmission (les variables en gras étant les variables binaires dépendantes).

Recueil des données

Une étude pilote pour valider la fiche de recueil des données a été réalisée auprès de 18 patients du service. Les données ont été recueillies dans les dossiers médicaux et infirmiers du patient. Elles concernaient: l'âge (par 10ans), le sexe, le lieu de résidence (Meurthe-et-Moselle/autres régions), la catégorie socioprofessionnelle (employés, ouvriers/autres professions et sans travail), l'activité professionnelle (active ou non), la situation familiale (vit en famille/seul), les habitudes de vie comme la consommation de tabac, d'alcool, des drogues (oui/non), le mode d'admission à l'hôpital (urgent/programmé), l'état de conscience à l'admission (normal/altéré), la comorbidité (oui/non), le nombre d'hospitalisations et de consultations antécédentes au service et à l'hôpital, le diagnostic, la localisation de la lésion, le type de traitement (médical/chirurgical), l'existence des douleurs notées par les infirmiers (oui/non) et leurs traitements (les antalgiques et les durées de traitement), l'état à la sortie (immobilisé, portant une prothèse/non) et l'existence d'un rendez-vous après la sortie du patient (oui/non).

Analyse statistique

L'échantillon, décrit en effectifs et en pourcentages, a été comparé avec la population étudiée. Les relations entre les caractéristiques sociodémographiques, médicales et les trois variables dépendantes (taux de non-réponse, réponse anonyme, refus de transmission) ont été analysées à l'aide du test du Chi deux de Pearson, du test de Fischer Exact et du test t de Student^(18, 19). Les variables significatives au seuil 10% ont été candidates pour l'analyse multivariée par une régression logistique pas à pas ascendante en forçant âge et sexe quel

que soit leur niveau de signification. L'effet des facteurs retenus dans le modèle final était exprimé sous forme d'odds ratio (OR) - une estimation du risque relatif - et son intervalle de confiance ^(20, 21). Le seuil de signification final a été de 5 %.

Les données ont été saisies sous Access® et exploitées sous SAS version 8.1 ⁽²¹⁾.

Résultats

Description de l'échantillon

La population visée comprenait 2 680 patients sur la période d'étude. Parmi eux, 311 ont été tirés au sort et ont reçu un questionnaire de satisfaction à leur domicile. Treize patients n'ont pas été retenus pour cause de dossier introuvable. L'âge moyen de l'échantillon était de 49 ans, 48,3 % étaient des hommes. La plupart de ces patients venaient de Meurthe-et-Moselle (71,1 %) et 55,7 % d'entre eux avaient une activité professionnelle. La durée d'hospitalisation moyenne était de 5 jours et 84,2 % de ces patients ont été hospitalisés moins d'une semaine. L'échantillon est représentatif de l'ensemble des patients du service pour l'âge, le sexe, le lieu de résidence et de durée de séjour.

Le taux de non-réponse au questionnaire de satisfaction, la réponse anonyme et le refus de transmission de la réponse au chef de service sont présentés selon les caractéristiques des patients dans le tableau 1 pour l'analyse univariée, dans le tableau 2 pour l'analyse multivariée.

Non-réponse

Le taux de retour des questionnaires a été de 46 %. Les patients vivant seuls ont moins répondu que les patients vivant en famille ($p = 0,01$). Il n'y avait pas de différence du taux de réponse selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence, la catégorie socioprofessionnelle, l'activité professionnelle et les habitudes de vie du patient comme la consommation d'alcool, de drogue et de tabac. Les patients hospitalisés en urgence ont répondu moins fréquemment que ceux qui ont été hospitalisés de façon programmée (35,1 % vs 53 %, $p = 0,003$). Chez les personnes atteintes d'un traumatisme primaire, le taux de réponse a été moins favorable que les autres ($p = 0,02$). Les patients qui ont eu une intervention chirurgicale pendant leur séjour ont répondu plus fréquemment que les autres ($p = 0,07$). Les patients hospitalisés moins d'une semaine ont retourné le questionnaire de satisfaction moins fréquemment que les autres ($p = 0,03$). La durée de séjour moyenne chez les répondants a été d'environ 5,4 jours versus 4,7 jours chez les non-répondants. Concernant le nombre de consultations antérieures dans ce service, plus il était élevé, plus le risque de ne pas répondre était diminué ($p = 0,01$). Par contre,

l'augmentation du nombre d'hospitalisations dans cet hôpital accroît le risque de ne pas répondre ($p = 0,06$). On n'a pas mis en évidence d'effet du nombre de comorbidités, du diagnostic, du type de traitement, de la localisation des lésions et de la douleur sur le taux de réponse. En analyse multivariée, en plus du sexe et de l'âge forcés dans le modèle, seuls le mode d'entrée et la durée de séjour sont retenus dans le modèle final. Le taux de réponse a été moins élevé chez les patients hospitalisés en urgence ($p = 0,004$). Le risque de ne pas répondre s'est élevé si la durée de séjour a été inférieure à une semaine ($p = 0,003$).

Réponse anonyme

Parmi 137 répondants, 76,6 % ont retourné le questionnaire de façon nominative. Les patients de sexe masculin ont donné plus volontiers leur nom ($p = 0,02$). Aucun autre facteur sociodémographique et médical n'a été trouvé significatif dans cette analyse univariée. En analyse multivariée, le risque de donner une réponse anonyme est moins élevé chez les hommes ($p = 0,003$) et diminue avec l'âge ($p = 0,01$).

Refus de transmission

Parmi les réponses nominatives, 41,9 % ont refusé de transmettre leurs réponses au chef de service. Les patients habitant le département de Meurthe-et-Moselle ont eu plus de risque de refuser la transmission ($p = 0,03$). Les non-fumeurs ont donné moins souvent leur accord de transmettre la réponse au chef de service ($p = 0,02$). Les patients qui ont eu une intervention chirurgicale pendant leur séjour ont donné moins souvent leur accord de transmettre la réponse au chef de service ($p = 0,10$). Les trois variables indépendantes ont été retenues dans le modèle final de régression logistique. Le taux de refus de transmission a été plus élevé chez les patients habitant dans le département de Meurthe-et-Moselle ($p = 0,02$) et chez les patients qui ont eu une intervention chirurgicale pendant leur séjour ($p = 0,04$).

Discussion

L'étude menée sur 298 patients est représentative de l'ensemble des patients hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique. Le taux de réponse au questionnaire de satisfaction postal est de 46 %, plus élevé lorsque l'hospitalisation n'est pas réalisée en urgence, et la durée de séjour est supérieure à une semaine. Les patients donnent plus volontiers leur nom si ce sont des hommes et des personnes plus âgées et ils souhaitent que leurs réponses soient transmises au chef de service s'ils habitent dans les départements autres que la Meurthe-et-Moselle, c'est-à-dire le lieu

1
tableau

Relation entre facteurs sociodémographiques et médicaux et réponse au questionnaire de satisfaction

Variables	n	Non-réponse		Réponse anonyme		Refus de transmission	
		%	p	% des répondants	p	% des répondants nominatifs	p
Sexe			0,45		0,02		0,15
Homme	144	56,3		14,3		35,2	
Femme	154	52,0		31,1		49,0	
Age			0,63*		0,19*		0,24*
18-<30	53	56,6		30,4		37,5	
30-<40	40	45,0		36,4		28,6	
40-<50	55	54,6		12,0		36,4	
50-<60	63	54,0		24,1		59,1	
60-<70	44	54,6		20,0		37,5	
70-<80	31	58,1		15,4		27,3	
≥ 80	12	58,3		20,0		100,0	
Résidence			0,37		0,19		0,03
Meurthe-et-Moselle	212	55,7		26,6		49,3	
Autres départements	86	50,0		16,3		27,8	
Vit en famille			0,02		0,76		0,40
Oui	221	51,2		24,1		53,9	
Non	59	69,5		27,8		41,5	
Consommation de tabac			0,18		0,55		0,02
Oui	76	47,4		20,0		25,0	
Non	222	56,3		24,7		49,3	
Mode d'entrée au service			0,003		0,28		0,38
Urgent	114	64,9		17,5		48,5	
Programmé	181	47,0		26,0		39,4	
Motif d'hospitalisation			0,02		0,99		0,42
Affection non traumatique	129	47,3		23,5		36,5	
Traumatisme primaire	102	65,7		22,9		51,9	
Ablation de matériel	66	50,0		24,2		44,0	
Nombre de consultations au service			0,01		0,80		0,43
0	149	62,4		23,2		48,8	
1	65	49,2		27,3		33,3	
2	84	42,9		20,8		39,5	
Nombre d'hospitalisations à l'hôpital			0,06		0,70		0,91
0	194	53,6		25,6		40,0	
1	67	46,3		19,4		44,8	
2	37	70,3		18,2		44,4	
Durée de séjour			0,38		0,44		0,63
< 7 jours	46	56,8		24,8		42,7	
≥ 7 jours	252	39,1		17,9		39,1	
Type de traitement			0,07		0,91		0,11
Médical	30	70,0		22,2		71,4	
Chirurgical	266	52,6		23,8		40,6	

* : p = tendance linéaire

Les variables non significatives : la catégorie socioprofessionnelle, l'activité professionnelle, la consommation d'alcool, de drogue, l'état de conscience à l'admission, la comorbidité, le nombre d'hospitalisations antécédentes au service et de consultations antécédentes à l'hôpital, le diagnostic, la localisation de la lésion, le type de traitement, l'existence des douleurs notées par les infirmiers et leurs traitement, l'état à la sortie et l'existence d'un rendez-vous après la sortie du patient.

d'implantation du CHU et s'ils ont eu une intervention chirurgicale pendant leur séjour. Le taux de réponse dans cette étude atteint 46 %, supérieur à l'étude générale, menée dans tous les services du CHU de Nancy (37,6 %), y compris le service de chirurgie orthopédique et traumatologique ⁽²²⁾. Dans l'étude de satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy dans tous les services, le taux de réponse des services de chirurgie, notamment chirurgie orthopédique et traumatologique, est proche de 50 %, soit plus élevé que celui des services de médecine ⁽²²⁾. Lorsque la répartition du pourcentage des répondants et des non-répondants est ainsi égale, la variabilité est maximale et cela facilite la recherche des facteurs qui l'influencent. De plus, il faut souligner que dans ce service de chirurgie, il existe une variété intéressante de pathologies : les malades sont soit victimes de traumatismes sévères qui obligent souvent à les hospitaliser en urgence, soit de maladies chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde qui peuvent laisser d'importantes conséquences socioprofessionnelles et familiales ⁽²³⁾. En comparant avec d'autres études, ce taux semble assez faible ^(4, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 24). Cette contradiction s'explique par les différences de méthodologies, du type de questionnaire utilisé et du choix de la population. En particulier, les études qui obtiennent des taux de réponse élevés ont réalisé une sélection préalable des patients, éliminant ceux non susceptibles de répondre. Cependant, ce résultat est comparable avec ceux de T.A. Heberlein ⁽¹⁰⁾ et de I. Press ⁽⁶⁾ qui ont réalisé une revue de la littérature. Les causes principales de la non-participation peuvent être le refus, l'impossibilité ou l'incompréhension ⁽²⁵⁾. Dans cette étude, le questionnaire de satisfaction est traduit et adapté en France. Il a été validé. Peut-être les patients ne le retournent-ils pas à cause de la barrière du langage s'ils sont étrangers ou à cause de lésions sur les membres supérieurs ou de problèmes de la vision... De plus, les courriers peuvent ne pas arriver au domicile du patient pendant la période de convalescence. À propos de la réponse nominative, 76,6 % des répondants donnent leur nom, dont 46 % acceptent de transmettre leurs réponses au chef du service. Pour l'ensemble des patients du CHU de Nancy, ces taux sont plus élevés (83,5 % et 61 %). Ce phénomène dépend soit du retour du patient en consultation auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologique, soit de l'insatisfaction du patient. Mais dans cette étude, on n'aborde pas les résultats de l'étude de satisfaction qui, de toute façon, ne peut être appréciée chez les non-répondants.

Dans ce service, on ne trouve pas de différence du taux de réponse selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence, les catégories socioprofessionnelles et l'activité professionnelle. Ces résultats sont semblables à ceux des autres études ^(4, 5, 9, 24) mais différents de ceux de l'étude générale

tableau

Facteurs influençant la non-réponse, la réponse anonyme et le refus de transmettre la réponse au chef du service. Régression logistique multivariée

Variables	Non-réponse	Réponse anonyme	Refus de transmission
	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]
Age*	1,0 [0,9-1,2]	0,7 [0,5-0,9]	1,1 [0,8-1,5]
Sexe			
Homme	1	1	1
Femme	0,8 [0,5-1,3]	4,5[1,7-12,1]	2,0 [0,8-4,8]
Résidence			
Meurthe-et-Moselle			1
Autres départements			0,3 [0,1-0,8]
Mode d'entrée au service			
Programmé	1		
Urgent	2,3 [1,4-3,9]		
Type de traitement			
Chirurgical			1
Médical			6,7 [1,1-41,6]
Durée de séjour			
≥ 7 jours	1		
< 7 jours	2,7 [1,3-5,5]		

* : OR pour 10 années d'âge

où l'on a observé que les femmes âgées de plus de 80ans et les hommes de moins de 30 ans répondent moins que les autres groupes. Les personnes rurales répondent plus que celles vivant en ville ⁽²²⁾. Les études publiées donnent des résultats très variables. Par exemple, dans l'étude de K. Sheikh, les non-répondants sont, pour la plupart, des jeunes et il n'y a pas de différence selon le sexe ⁽⁶⁾. Tandis que dans le rapport de E.C. Nelson, les jeunes et les femmes répondent plus fréquemment que les personnes âgées et les hommes ⁽¹⁴⁾. Sexe et âge sont deux facteurs importants qui influencent la satisfaction du patient. Le jugement sur le rôle du retour des questionnaires doit être prudent à cause de la contradiction entre les résultats des études réalisées. Huit études sur quatorze dans une méta-analyse effectuée par J. Sizia ne trouvent pas de différence entre les répondants et les non-répondants, les autres ayant des résultats contradictoires. Pour les variables médicales, il n'existe pas de références actuellement disponibles sur ces variables.

D'un point de vue méthodologique, il s'agit d'une étude de cohorte avec un recueil des données aveugle qui en assure l'objectivité. Cependant, le recueil des données à partir des dossiers médicaux et infirmiers limite la qualité des informations. L'étude a été limitée au service de chirurgie

orthopédique et traumatologique, et la possibilité de généraliser les résultats doit être posée. Si les facteurs socio-démographiques ont été assez souvent étudiés, il n'y a pratiquement pas d'étude ayant recherché si des facteurs médicaux pouvaient influencer le taux de réponse. La limitation de l'étude à un seul service était nécessaire pour contrôler les facteurs importants de variabilité de diagnostic et de prise en charge médicale sur l'ensemble d'un établissement de santé. Il est donc très intéressant de noter que le contexte médical joue peu sur la décision de répondre, mis à part le mode d'entrée - urgent ou programmé - et la durée de séjour qui reflètent de façon très globale le type de pathologie sous-jacente et l'insertion du patient dans la filière de soins hospitalière. On ne peut évidemment, au vu de ce seul résultat, assurer que les facteurs médicaux n'influencent pas quel que soit le contexte, mais il s'agit là d'une étape importante dans la compréhension des mécanismes de réponses à ce type de questionnaire. Il ne paraît pas utile de vouloir améliorer la réponse de façon adaptée au contexte médical.

Conclusion et recommandation

Depuis plusieurs années, de nombreuses enquêtes de satisfaction ont été réalisées dans les établissements hospitaliers français. Cependant, la satisfaction des patients ne peut représenter une mesure fiable et sensible de la qualité des soins que s'il existe une grande rigueur dans la méthode utilisée. C'est à cette condition que les résultats des études de satisfaction pourront contribuer à améliorer la qualité des soins, en permettant une meilleure prise en compte des attentes et des difficultés rencontrées par les patients⁽²⁵⁾. Il est important de garantir l'anonymat ou, à tout le moins, la confidentialité au patient s'il le souhaite; mais il paraît aussi important pour certains de pouvoir s'exprimer nominativement et en toute responsabilité devant les personnes qui l'ont pris en charge. C'est pourquoi il faut offrir le choix. L'amélioration du taux de réponse ne semble pas passer par une prise en compte du contexte médical du patient, à l'exception du caractère urgent ou programmé de l'hospitalisation et du contexte médical ou chirurgical. •

Les auteurs tiennent à remercier l'équipe du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital central de Nancy et l'équipe du service d'épidémiologie et évaluation cliniques pour leur participation à l'étude.

références

- (1) Ory-Barbe I., *Mesure du degré de satisfaction des usagers du service d'accueil des urgences du CHU de Nancy en 1997 et en 1999. Étude comparative, université Henri-Poincaré, Nancy-I, 2000, 143 : thèse de doctorat.*
- (2) ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé, février 1999, n° 118, p. 40-44.*
- (3) Donabedian A., « The quality of care : How can it be assessed? », *Jama* 1998, n° 260, p. 1743-1748.
- (4) Dunn J.P., Hawkes R., « Comparison of respondents and non-respondents in a periodic health examination program to a mailed questionnaire », *American Journal of Public Health*, 1996, n° 56 (2), p. 230-236.
- (5) Press I., Ganey R.F., « Commentary on... », *Journal of Health Care Marketing*, 1989, n° 9 (1), p. 67-68.
- (6) Sheikh K., Mattingly S., « Investigating non-response bias in mail surveys », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1981, n° 35, p. 293-296.
- (7) Siltz J., Wood N., « Response rate in patient satisfaction research : an analysis of 210 published studies », *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, n° 10 (4), p. 311-317.
- (8) Labarère J., François P., Bertrand D. et al., « Évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés », *La Presse médicale*, 2000, n° 29 (20), p. 1112-1114.
- (9) Asch D.A., Kathryn Jedziewski M., Christakis N.A., « Response rates to mail surveys published in medical journals », *Journal of Clinical Epidemiology*, 1997, n° 50 (10), p. 1129-1136.
- (10) Heberlein T.A., Baumgartner R., « Factors affecting response rates to mailed questionnaires: a quantitative analysis of the published literature », *American Sociological Review*, 1978, n° 43 (4), p. 447-460.
- (11) Barkley W., Furse D.H., « Changing priorities for improvement : the impact of low response rates in patient satisfaction », *The Joint Commission*, 1996, n° 22 (6), p. 427-433.
- (12) Walker A.H., Restuccia J.D., « Obtaining information on patient satisfaction with hospital care : mail versus telephone », *Health Services Research*, 1984, n° 19 (3), p. 291-306.
- (13) Lasek R.J., Barkley W., Harper D.L., Rosenthal G.E., « An evaluation of the impact of non-response bias on patient satisfaction survey », *Medical Care*, 1997, n° 35 (6), p. 646-642.
- (14) Nelson E.C., Rubin H.R. et al., « Response to questionnaire », *Medical Care*, 1990, n° 28 (9), p. 18-20.
- (15) Macera C.A., Jackson K.L., Davis D.R. et al., « Patterns of non-response to a mail survey », *Journal of Clinical Epidemiology*, 1990, n° 43 (12), p. 1427-1430.
- (16) Nguyen Thi P.L., Briançon S., Emperreux F., Guillemain F., « Factors determining inpatient satisfaction with care », *Social Science & Medicine*, 2002, n° 54 (4), p. 493-504.
- (17) Rubin H.R., Ware J.E., Nelson E.C. and Meterko M., « The Patient Judgements of Hospital Quality (PJHQ) questionnaire », *Medical Care*, 1990, n° 28 (9), p. 517-518.
- (18) Schwartz D., « Épidémiologie : méthodes et pratique », *Médecine-Sciences Flammarion*, 1993, n° 312, p. 205-229.
- (19) Bouyer J., *Méthodes statistiques médecine-biologie*, Inserm, 1996, n° 353, p. 97-110.
- (20) Falissard B., *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*, Masson, 1996, p. 136-154.
- (21) SAS software, *SAS/STAT User's Guide, Release 8.1*. Cary, NC, USA, 1999-2000, SAS Institute Inc.
- (22) Nguyen Thi P.L., Briançon S., Virion J.-M., Emperreux F., « Qui répond aux questionnaires de satisfaction with care questionnaires? » *Journal d'économie médicale (soumis)*.
- (23) Sany J., « Évaluation de la qualité de vie et polyarthrite rhumatoïde », *Communication partenaires santé*, 1992, numéro spécial 71, p. 11-14.
- (24) Etter J.F., Peneger T.V., « Analysis of non-response bias in a mailed health survey », *Journal of Clinical Epidemiology*, 1997, n° 50 (10), p. 1123-1127.
- (25) Gasquet I., Lairy G., Ravaut Ph., « Étude de la satisfaction des patients », *La Presse médicale*, 1999, n° 28 (29), p. 115-119.

IV. CONTRIBUER A LA CONNAISSANCE DES DETERMINANTS DE LA SATISFACTION

Cette partie a été abordée dans un article présentant des données de l'étude de CliniQualVie, ainsi que dans une analyse complémentaire du programme DSPH sous forme d'un tableau (page 190)



PERGAMON

Social Science & Medicine 54 (2002) 493–504

SOCIAL
SCIENCE
&
MEDICINE

www.elsevier.com/locate/socscimed

Factors determining inpatient satisfaction with care

Phi Linh Nguyen Thi^{a,b}, S. Briancon^{b,c,*}, F. Empereur^b, F. Guillemin^{b,c}

^aHo Chi Minh City Health Services, Viet Nam

^bClinical Epidemiology and Evaluation CHU, Nancy UPRES EA 1124, France

^cSchool of Public Health, Nancy I Henri Poincare University, UPRES EA 1124, France

Abstract

The objective of the study was to identify factors associated with satisfaction among inpatients receiving medical and surgical care for cardiovascular, respiratory, urinary and locomotor system diseases.

Two weeks after discharge, 533 patients completed a Patient Judgments Hospital Quality questionnaire covering seven dimensions of satisfaction (admission, nursing and daily care, medical care, information, hospital environment and ancillary staff, overall quality of care and services, recommendations/intentions). Patient satisfaction and complaints were treated as dependent variables in multivariate ordinal polychotomous and dichotomous logistic stepwise regressions, respectively. Patient sociodemographic, health and stay characteristics as well as organization/activity of service were used as independent variables.

The two strongest predictors of satisfaction for all dimensions were older age and better self-perceived health status at admission. Men tended to be more satisfied than women. Other predictors specific for certain dimensions of satisfaction were: married, Karnofsky index more than 70, critical/serious self-reported condition at admission, emergency admission, choice of hospital by her/himself, stay in a medical service, stay in a private room, length of stay less than one week, stay in a service with a mean length of stay longer than one week.

The factors associated with inpatient satisfaction elucidated in this study may be helpful in interpreting patient satisfaction scores when comparing hospitals, services, or time periods, in targeting patient groups at risk of worse experiences and in focusing care quality programs. © 2002 Elsevier Science Ltd. All rights reserved.

Keywords: Patient satisfaction; Health care; Inpatient; Polychotomous regression; France

Introduction

Respect for patients' needs and wishes is central to any humane health care system. Providers wishing to meet those needs more effectively have shown growing interest in the use of patient evaluations and reports as a complement to other methods of quality assessment and

assurance (Cleary et al., 1991). Increasing attention has been paid to the assessment of patient satisfaction with care. Furthermore, the patients' own evaluations of their experiences in the hospital have been used to improve the quality of care in English-speaking countries (Calnan et al., 1994; Epstein, Laine, Farber, Nelson, & Davidoff, 1996; Hays & Ware, 1986; Williams, 1994). Indeed, patient satisfaction is widely considered as an integral part of the quality of care. Pascoe (1983) has defined it as a health care recipient's reaction to salient aspects of his or her experience of a service. In his formulation, satisfaction is assumed to consist of a cognitive evaluation and an emotional reaction to the structure, process and outcome of services. For Donabedian (1980), client satisfaction is a fundamentally

*Corresponding author. Epidémiologie et évaluation cliniques, Hôpital Marin CHU de Nancy, avenue de Lattre de Tassigny, 54035 Nancy, France. Tel.: +33-3-83-85-21-63; fax: +33-3-83-85-12-05.

E-mail addresses: philinh@hotmail.com (P.L. Nguyen Thi), eval@chu-nancy.fr (S. Briancon), eval@chu-nancy.fr (F. Empereur), eval@chu-nancy.fr (F. Guillemin).

important measure of the quality of care because it offers information on the provider's success at meeting those expectations of most relevance to the client. Measures of satisfaction are, therefore, important tools for research, administration and planning. Patient satisfaction can also be used to evaluate the process of care (Carey & Seibert, 1993; Etter, Perneger, & Rougemont, 1996; Fitzpatrick, 1991a, b; Guadagnoli & Cleary, 1995; Kane, Maciejewski, & Finch, 1997; Lasek, Barkley, Harper, & Rosenthal, 1997; Linn et al., 1995; Ross, Steward, & Sinacore, 1995; Williams, 1994) as greater satisfaction may be associated with superior compliance, improved attendance at return visits and better outcomes (Cleary, Keroy, Karapanos, & McMullen, 1989).

Previous studies have tended to report very high levels of overall satisfaction during hospitalization, often reaching 90% or more (Williams, 1994; Victorian public hospitals, 1995). Factors associated with satisfaction are thought to include the structure, process and outcome of care as well as patient sociodemographic, physical and psychological status, and attitudes and expectations concerning medical care (Cleary & McNeil, 1988; Minnick, Roberts, Young, Kleinpell, & Marcantonio, 1997; Williams, 1994). Results, however, are inconsistent and sometimes contradictory, other than the finding that older patients consistently tend to report higher levels of satisfaction than do younger ones (Calnan et al., 1994; Cleary & McNeil, 1988; Cleary et al., 1989; Ware & Berwick, 1990). Although numerous hospitals have developed ongoing programs for the routine assessment of patient perceptions of the quality of care, and many inpatient satisfaction surveys have been published (Rubin, 1990), none in France has been devoted to factors that may affect level of satisfaction, especially in a single, prospective study.

The objective of the present study was to identify factors associated with satisfaction among inpatients receiving medical or surgical care for cardiovascular, respiratory, urinary and locomotor system diseases.

Some factors such as those related to hospital stay (e.g. amenities in the patient's room or in the service) or those related to the organization and provision of services (e.g. number of inpatients, index of care load per physician or per nurse) are alterable by health providers/managers who wish to intervene and monitor programs aimed at improving the quality of care.

Some other factors such as patient characteristics (e.g. age, sex) are not alterable. However, their role might be important to investigate for two reasons. One is the need to adjust for these factors for benchmarking when comparing hospitals, services and specialties. The second concerns making it possible for providers to target patients at risk for worse experiences.

Methods

Sample and procedure

The study population consisted of inpatients discharged from 12 medical and surgical services specializing in cardiovascular, respiratory, urinary and locomotor system diseases at the Nancy University Hospital Center (20.1% of all inpatients). The investigation was conducted between April 1997 and May 1998. Nancy University Hospital is a public hospital located in northeast France. In 1997, it had 2474 beds, with 74% occupancy rate, 76,012 admissions and 608,462 hospitalization days. Some 92% of patients came from the Lorraine region.

Patients eligible for screening were adults aged 18–80 years, admitted to one of the 21 units of the 12 involved services, stayed more than 3 days and were discharged to their home. In this way the study targeted a homogenous sample of patients requiring therapeutic care and a stay long enough to experience many aspects of care. Patients usually came for scheduled hospitalizations on Monday and were discharged before the end of the week; emergency admissions usually came during the weekend. Consequently we interviewed patients admitted from Saturday afternoon to Monday afternoon, and asked medical staff to estimate their forecasted length of stay. 684 eligible patients were included in the study. The five most common diagnoses (International Classification of Diseases, tenth revision), representing one-third of our sample were myocardial infarction, chronic respiratory insufficiency, bronchogenic carcinoma, sciatica and chronic renal failure. Eighteen percent were emergency admissions.

The plan was to include a sample of approximately 550 patients, given a risk α of 0.05, a risk β of 0.20, and a ratio of sample sizes being less than 4 in the two groups being compared on binary independent variables (i.e. at least 20% of the subjects in the interest group for the explanatory variable). This would permit detection of a difference in means of at least 6 points on a satisfaction scale from 0 to 100 assuming that the common standard deviation was 20.

Research assistants contacted eligible patients on the first day of hospitalization in order to obtain consent to participate in the study. Data concerning sociodemographic and health status were collected at this time. Two weeks after discharge, patients were mailed a questionnaire and were asked to complete and return it. A follow-up telephone call was made if necessary. Of 684 patients initially included in the study, 533 (77.9%) completed and returned the questionnaire. The principal reasons for non-response were inability to be contacted, unwillingness to participate and death. Compared to respondents, non-respondents were more often admitted through emergency rooms, were more likely to be living

alone and unmarried. They did not differ according to age, sex, education level, occupational activity, or the general health perception score on SF-36.

Measures

Patient satisfaction questionnaire

Patient satisfaction was measured using the Patient Judgments of Hospital Quality questionnaire of 106 items (PJHQ) (Rubin, Ware, Nelson, & Meterko, 1990). The tool was adapted to the French setting by using only the core part of the questionnaire, as follows:

- 8 questions concerned prior and recent hospitalizations to provide explanatory variables (number of prior hospitalizations, prior consultations, choice of hospital, number of beds in the room, self-reported condition at admission, need for assistance).
- 36 questions dealt with aspects of the inpatient experience. Items were rated on a 5-point Likert scale (poor, fair, good, very good, excellent or do not know) covering 5 specific hospital practices: admissions (4 questions), nursing and daily care (10 questions), medical care (4 questions), information (6 questions), and hospital environment and ancillary staff (12 questions).
- 2 questions concerned overall satisfaction of care and services.
- 2 questions concerned recommendation of the hospital to others and intention to return to the same hospital.

(The two latter dimensions concern overall satisfaction with care and services and recommendations/intentions are considered to be general satisfaction measures.)

- One open-ended question asking for any comments or suggestions the patient wished to express about the hospital stay.

The discharge and billing dimension of the original PJHQ was not included, as it does not apply to the

French system in which patients are not required to pay for hospitalization. Scores were calculated for the seven dimensions based on the mean of the corresponding items. Dimensions in which the respondent did not answer at least half of the items were considered to be missing. All dimension scores were then standardized from 0 (poor) to 100 (excellent).

The open-ended question allowed respondents to make comments or suggestions. This question was used to construct a binary variable with a value of 1 for patients who made complaints and a value of 0 for those who made non-complaints or chose not to respond. In addition, all comments/suggestions were categorized as: positive comments, complaints about procedures and functioning, complaints about interpersonal aspects of care and communication of health care information and complaints about living arrangements and amenities.

Patient satisfaction items in the adapted questionnaire were assessed for consistency. Cronbach's α coefficients were greater than 0.80 (Nunnally, 1978) for all but two dimensions: recommendations/intentions (0.69), and overall quality of care and services (0.51) (Table 1). Correlation coefficient ranged from 0.56 to 0.82 between dimensions covering five specific hospital processes, was 0.53 between the two general dimensions (overall satisfaction and recommendations/intentions), and ranged from 0.39 to 0.61 between the five specific and the two general satisfaction dimensions.

Explanatory variables

Sociodemographic characteristics included age, education level (less than high school, high school and more than high school), family situation (unmarried/married), sex (male/female), living alone (yes/no) and occupational activity (not working/remunerated work). Patients' addresses were used to calculate distances from home to the university hospital center, which were then categorized into three groups (<50, 50–100, >100 km). The community size of the patient was categorized as <5000 habitants, 5000–20,000 habitants and >20,000 habitants.

Table 1
Descriptive statistics of satisfaction dimensions

Dimensions (0–100)	Number of items	<i>n</i>	Mean	SD	Floor effect (%)	Ceiling effect (%)	Skewness value/SE	Cronbach's α
1. Admissions	4	521	70.4	21.0	0.2	18.4	–1.49	0.91
2. Nursing and daily care	10	520	75.0	18.8	0	10.2	–1.92	0.95
3. Medical care	4	522	75.1	21.3	0.4	24.1	–5.45	0.93
4. Information	6	467	68.0	19.6	0	10.3	–0.1	0.90
5. Hospital environment and ancillary staff	12	527	66.8	17.2	0	3.0	1.02	0.92
6. Overall quality of care and services	2	529	68.2	21.4	0.9	14.2	–3.94	0.51
7. Recommendations/intentions	2	531	81.7	19.8	1.5	36.9	–14.2	0.69
8. Complaints (% of patients)		533	26.1					

Health characteristics measured at admission included body mass index (BMI) expressed in kg/m^2 , Karnofsky index (score of activity and general condition, from 0 = death to 100 = normal) (Chang & Hawes, 1983) as assessed by investigators, assistance required (physical help) at the hospital due to the disorder and type of admission (emergency or scheduled). At admission, we used the Short-Form 36 (SF-36) Health Profile Questionnaire (Ware & Sherbourne, 1992), translated and adapted into French (Leplège, Mesbah, & Marquis, 1995) to measure self-perceived health status in six dimensions: physical functioning, bodily pain, general health perception, vitality, social functioning and mental health. SF-36 scales were standardized from 0 (poor) to 100 (excellent). The physical and the emotional role limitations subscales were omitted as they were not considered relevant for recently admitted patients. Self-reported condition at admission (minor, moderate, serious, critical/emergency) was collected 2 weeks after discharge.

Stay characteristics included prior hospitalization and treatment in the hospital as an outpatient, whether or not the hospital was the patient's own choice, the type of service (medical or surgical), the specialty (cardiovascular, respiratory, urinary and locomotor system diseases), amenities in the room (one bed or more), patient length of stay, elapsed time between discharge and completion of the satisfaction questionnaire.

Data concerning the organization and provision of services for each of the 21 units for 1997 were obtained from the administrative offices. They covered: number of inpatients, mean length of stay in the unit, number of physicians and number of nurses (full-time equivalent). In addition, an index of care load was calculated as the number of inpatients per physician or per nurse, per year. For the purpose of analysis, these clustering (unit) values were assigned to patients according to the unit they were admitted to.

Data analysis

Bivariate analyses

Sociodemographic, health stay and service characteristics relationships with mean satisfaction scores and complaints were analyzed using Student's *t* tests, analysis of variance or Pearson correlation coefficients and Pearson chi-square, respectively. Variables significant at a 0.05 level were subsequently used in multivariate analyses of the factors associated with satisfaction.

Multivariate analyses

Age, the strongest and most consistent predictor in previous studies (Calnan et al., 1994; Cleary & McNeil, 1988; Ware & Berwick, 1990), was forced as the first predictor in these analyses. Age, general health

perceptions score on SF-36, and number of patients per unit in 1997 were recoded in classes covering 10 years, 10 points and 100 patients, respectively. All independent variables were recoded to give the reference class the better satisfaction score.

Aspects of satisfaction were each treated as dependent variables in separate ordinal polychotomous logistic regressions (Jobson, 1992). Each specific and general satisfaction score was designated as a five-level ordinal variable: under 20, 20–39, 40–59, 60–79, 80–100 to be consistent with the 5-point Likert scales. Because few patients gave ratings under 20 (0–2.3%) and between 20 and 39 (2.6%–8.1%), they were combined into one under-40 category. Sociodemographic, health, stay and service characteristics selected by bivariate analyses were used as independent variables. All were treated as nominal variables with the exception of age, general health perceptions score on SF-36, ratio patient/physician per year and ratio patient/nurse per year. The level of significance for variables retained in the multivariate models was set at 0.05. The models provided regression coefficients of independent variables, antilogs of which were odds ratios (OR) expressing the effect, when changing one unit of the independent variable, on the probability of having a higher rather than a lower satisfaction level, holding other variables in the equation model constant (OR are given with their 95% confidence limits).

The logit of the probability is

$$\text{Ln} \left(\frac{P[y > j]}{1 - P[y > j]} \right) = \alpha_j + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_n x_n,$$

where *j* is one of the chosen threshold (in this case 40, 60, 80) and α_j is the estimated value of the constant terms so that $P_0[y > j] = e^{\alpha_j} / (1 + e^{\alpha_j})$ is the probability of an "unexposed" patient of having a satisfaction score over *j*.

Factors associated with complaints were investigated using a dichotomous logistic regression model.

Data were recorded on Access® files. Statistical analysis was performed using BMDP® statistical software (Dixon, 1992).

Results

Characteristics of the sample

The sample comprised respondents with respiratory diseases (31.3%), cardiovascular diseases (22.1%), urinary diseases (15.8%) and locomotor system diseases (30.8%). A total of 77% were admitted to medical services.

Mean age of subjects was 56.2 years, and 63% were male. Forty-seven percent were educated to below high school level, 42% had a high school education and 11%

had received college or graduate diplomas. Two-thirds of respondents were not working, and 15% lived alone. About 18% were admitted through the emergency unit. Two weeks after discharge, 83% reported their condition at time of admission as "serious" or a "critical/emergency", 3% thought their condition was "minor" and 14% "moderate". Fifty-one percent had not been hospitalized during the 2 months prior to hospitalization. Two-thirds had previously been treated at the hospital as an outpatient. Slightly more than half of the patients (53.5%) reported needing assistance while hospitalized and 36% shared a room. Other demographic and stay characteristics were as shown in Table 2.

One-third of patients chose their hospital, most commonly on the basis of its reputation (38.6%). The mean length of stay of patients in the total sample was 8.2 days (range=3–84 days, median=5 days). This varied between 5.4 and 17.0 days according to the unit of hospitalization, and did not differ significantly from the 1997 mean length of stay in the same unit. The organization of services in the 14 medical units included an average of 10–22 physicians and 10–33 nurses, with a care load of 130–335 patients/physician/year and 108–184 patients/nurse/year per unit. In the 7 surgical units, there were 4–8 physicians and 8–21 nurses, for a care load of 169–310 patients/physician/year and 63–87

Table 2
Demographic, health and stay characteristics ($n = 533$)

		%	Mean	(SD)	Min	Max
Age			56.2	(13.7)	18	80
Sex	Male ^a	62.9				
	Female	37.1				
Family situation	Single ^a	18.9				
	Married	73.0				
	Widowed	8.1				
Distance from patient's home to hospital	≤50 km	51.4				
	50–100 km ^a	31.9				
	≥100 km	16.7				
Community size	≤5000 habitants	49.8				
	5000–20,000 habitants ^a	35.1				
	≥20,000 habitants	15.1				
BMI index	<25 ^a	47.7				
	≥25	52.3				
Karnofsky index	<70 ^a	78.2				
	≥70	21.8				
Assistance needed at hospital	No ^a	46.5				
	Yes	53.5				
SF-36 scores at admission						
	Physical functioning		52.9	(28.3)	0	100
	Social functioning		62.3	(25.6)	0	100
	Bodily pain		45.0	(25.8)	0	100
	Mental health		57.7	(21.2)	0	100
	Vitality		41.7	(21.5)	0	100
	General health perceptions		47.3	(21.1)	0	100
Choice of hospital	Patient's choice	34.1				
	Others ^a	65.9				
Factors in patient's choice of hospital	Hospital location	22.0				
	Previous experience	28.2				
	Reputation of the hospital	38.6				
	Out-of-pocket cost	11.2				
Length of stay	<7 days ^a	59.9				
	≥7 days	40.1				
Attitude to length of stay	About right	74.4				
	Too short	2.8				
	Too long	13.1				
	Not sure	9.7				
Response time (days)			19.9	(9.2)	8	71

^aReference group for the regression analysis.

patients/nurse/year per unit. The mean length of stay in the unit ranged from 4.4 to 8.2 days.

Patient satisfaction and complaints description

Mean satisfaction scores on the five specific and two general dimensions are presented in Table 1. The lowest score related to the hospital environment and ancillary staff (66.8/100). Considerable variation was observed in the quality ratings that patients assigned to different dimensions of their hospital experience. A negative skew associated with a high mean score indicates that most of the patients tended to rate hospital processes favorably.

About 45% of respondents made comments and/or suggestions about their stay in hospital: 18% expressed contentment and 26.1% complained. Almost all of the comments concerned interpersonal aspects of care and communication of health care information, living arrangements and amenities.

Multivariate analysis

Seventeen variables were significantly related to satisfaction in the bivariate analysis ($p < 0.05$). The polychotomous stepwise logistic regression findings presented in Table 3 revealed the two strongest and most consistent predictors of higher satisfaction to be older age (significant OR = 1.2 for four dimensions), and a higher general health perception score on SF-36 at admission (OR = 1.1 in almost all dimensions). Gender was not consistently associated with satisfaction on any dimension. However, men tended to give higher satisfaction ratings than women to hospital environment and ancillary staff dimensions, daily care and physician care (OR = 1.4–1.7). Information received was affected by an interaction of gender with general health perception (OR = 1.1), i.e. the effect of an increased general health perception score was more striking among men than women. Self-reported critical/serious condition at admission was associated with higher satisfaction on the majority of dimensions directly concerning care, including daily care, medical care and information (OR = 2.2). Patients who stayed in private rooms expressed greater satisfaction on the following dimensions: admissions, hospital environment and ancillary staff, information, overall quality of care, recommendations/intentions (OR = 1.8–2.0). Other variables were associated specifically with some dimensions. Married patients who were not admitted through the emergency room, who stayed in a unit with a mean length of stay of more than one week or who chose the hospital themselves had higher scores in recommendations/intentions. In addition to older age and private room, patients who had a Karnofsky index greater than 70, who were hospitalized in a surgical service had

higher satisfaction scores in overall quality of care and services dimension (Table 3).

Consider, for example, a 55-year old patient, married, not admitted through the emergency room, whose self-reported condition on admission as recalled two weeks after discharge was critical/serious, whose general health perception score on SF-36 was 30 at admission, who chose the hospital him or herself, stayed in a private room and was hospitalized in a service with a mean length of stay of less than one week. As seen in Table 3, it can be predicted from the model that he or she will have a 0.98, 0.94 and 0.79 cumulative probability of having a satisfaction score for recommendations/intentions of more than 40, 60 and 80, respectively.

Table 4 presents the factors associated with the expression of complaints entered in the dichotomous logistic regression model. The model adequately fitted the data (χ^2 Hosmer–Lemeshow = 4.4, 8 degree of freedom, $p = 0.64$). Four predictors were significant at $p < 0.05$. The strongest was the choice of hospital: patients who did not choose the hospital themselves complained almost twice as often about their hospital stay as those who did. Younger patients and those with poorer self-perceived health status at admission tended to complain more often. Patients who came from areas of medium community size complained 1.8 times more often than those who came from areas of sparse or high community size did.

Discussion

Main findings

Seventeen variables describing patient and service characteristics were significant factors in at least one satisfaction dimension equation, and variables that appeared in more than one dimension equation were consistent in their directions of influence. Patient characteristics (demographics, health and patient stay) were the strongest predictors of the level of satisfaction. Satisfaction was not related to specialty ward. The two most consistent factors associated with a higher satisfaction were older age and better self-perceived health status at admission.

Methodology

The study included patients admitted to the main specialty internal services of the hospital. General internal medicine services were deliberately excluded in order to focus on services thought to provide higher technical levels of care. Thus it is not possible to conclude that our results are generalizable. However, weak differences between services and the absence of any

Table 3
Factors associated with satisfaction dimensions (odds ratio from ordinal polychotomous stepwise logistic regression)

		Satisfaction dimensions		
		Daily care	Physician care	Information
<i>Demographic characteristics</i>				
Age ^a (per 10 years)		1.1 [1.0-1.2]	1.0 [0.9-1.2]	0.9 [0.7-1.2] ^b
Sex	Female	1	1	1
	Male	1.4 [1.0-1.9]	1.7 [1.2-2.4]	0.9 [0.5-1.7] ^b
Family situation	Unmarried		ns ^c	
	Married			
<i>Occupational activity</i>				
Distance from patient's home to hospital				
<i>Health characteristics</i>				
Karnofsky index	≤70			
	>70			
Severity at admission	Moderate	1	1	1
	Severe	2.1 [1.4-3.3]	2.2 [1.4-3.4]	2.1 [1.3-3.3]
Emergency admission	Yes			
	No			
SF-36 general health perceptions		1.1 [1.1-1.2]	1.1 [1.0-1.2]	0.8 [0.7-1.0] ^b
<i>Patient stay characteristics</i>				
Length of stay		ns	ns	ns
Response time				ns
Number of beds in the room	2, 3 beds			1
	One			1.7 [1.2-2.5]
Type of service	Medical		ns	ns
	Surgical			
Choice of hospital	Others			
	Patient			
<i>1997 organization and provision of services</i>				
Number of patients per unit				
Ratio patients/physician/year				
Ratio patients/nurse/year				
Mean length of stay per unit	≥7 days	ns	ns	ns
	<7 days	ns	ns	ns
<i>Predicted P₀(y > j)^d</i>				
j = 40		0.6	0.8	0.9
j = 60		0.4	0.3	0.4
j = 80		0.2	0.1	0.2
p value of goodness of fit of the model		0.99	1.0	1.0

		Satisfaction dimensions			
		Admissions	Hospital environment	Overall quality of care and services	Recommendations/intentions
<i>Demographic characteristics</i>					
Age ^a		1.2 [1.0-1.3]	1.2 [1.0-1.3]	1.2 [1.0-1.3]	1.2 [1.1-1.4]
Sex	Female		1		ns
	Male		1.5 [1.1-2.0]		
Family situation	Unmarried				1
	Married				1.9 [1.2-3.1]
Occupational activity		ns		ns	ns
Distance from patient's home to hospital					
<i>Health characteristics</i>					
Karnofsky index	≤70			1	
	>70			1.5 [1.0-2.2]	ns

Table 3 (continued)

		Satisfaction dimensions			
		Admissions	Hospital environment	Overall quality of care and services	Recommendations/intentions
Severity at admission	Moderate	ns			1
	Severe				1.8 [1.1-2.9]
Emergency admission	Yes	ns		ns	1
	No				1.9 [1.2-3.0]
SF36 general health perceptions			1.1 [1.0-1.2]	ns	ns
<i>Patient stay characteristics</i>					
Length of stay					ns
Response time					
Number of beds in the room	2,3 beds	1	1	1	1
	One	1.8 [1.3-2.5]	1.5 [1.1-2.1]	1.5 [1.0-2.1]	2.0 [1.3-3.1]
Type of service	Medical			1	ns
	Surgical			1.5 [1.0-2.2]	
Choice of hospital	Others				1
	Patient				1.6 [1.0-2.4]
<i>1997 organization and provision of services</i>					
Number of patients per unit					
Ratio patients/physician/year					ns
Ratio patients/nurse/year					
Mean length of stay per unit	≥7 days			ns	1
	<7 days				1.5 [1.0-2.3]
<i>Predicted $P_0(y > j)^d$</i>					
	$j = 40$	0.9	0.9	0.8	0.6
	$j = 60$	0.5	0.4	0.4	0.3
	$j = 80$	0.2	0.1	0.2	0.1
p value of goodness of fit of the model		0.1	0.9	0.9	1.0

^a Forced in the model. Age reference class ≤40 year old.

^b Interaction between: age and SF-36 GHP: OR [CI 95%]=1.1 [1.0-1.1]; sex and SF-36 GHP: OR [CI 95%]=1.2 [1.0-1.4].

^c ns: candidate non-significant variable, blanks indicate that the variable was not a candidate for the dimension.

^d Predicted probability of a score > j for a patient 'unexposed', i.e. with the level of reference for each variable in the model.

significant interaction suggest that factors associated with patient satisfaction are similar among services.

One possible limitation of the study is that the exclusion of some individuals more likely to experience problems with care may cause sampling bias. The following were excluded: patients discharged to other institutions, judged incapable of completing the questionnaire (because, for example, of a language barrier or too severe illness), those refusing to participate, and patients admitted for laboratory tests, approximately 40% who generally stay for less than 3 days according to hospital records for 1997.

The core of the PJHQ questionnaire was translated into French and adapted to the present setting, retaining the dimensions proposed (Hays, Nelson, Ware, & Meterko, 1990; Rubin, Ware, & Hays, 1990), representing a step towards a well-designed and tested questionnaire in French that might have extensive applications.

One weakness of mailed surveys is the difficulty of achieving a representative response rate. The 78%

response in the present study may be considered remarkably good (Asch, Jedrzejewski, & Christakis, 1997) and was probably achieved by informing patients of the purpose of the post-discharge survey and by obtaining their consent to participate. It suggests that the survey used here is practical, although it might be improved even further by shortening the questionnaire and refining follow-up procedures. The impact of non-response, assessed by a respondent/non-respondent comparison in the present study, may be relatively small, but the impact of potential differences in their assessments of care is uncertain. A two-week interval between discharge and questionnaire mailing appears adequate (Carey & Seibert, 1993; Cleary et al., 1991; Doering, 1983; Ware & Berwick, 1990). One study found a U-shaped curve for patient satisfaction with greater satisfaction being expressed several months after discharge compared to a few weeks before (Ley, Kinsey, & Atherton, 1976). But others did not find that timing had any effect on mean responses. On the other hand,

Table 4
Factors associated with patient complaints (logistic regression)

		Odds ratio [CI 95%]
<i>Demographic characteristics</i>		
Age ^a (per 10 years)		0.83 [0.71–0.98]
Sex		ns ^b
Occupational activity		ns
<i>Health characteristics</i>		
Severity at admission		ns
Emergency admission		ns
SF36 general health perceptions		0.91 [0.83–1.00]
<i>Patients stay characteristics</i>		
Number of prior hospitalizations		ns
Number of beds in the room		ns
Type of service		ns
Choice of hospital	Others	1.77 [1.17–2.68]
	Patient	1
Community size	Medium	1.83 [1.20–2.79]
	Sparse or high	1
P ₀ ^c		0.55
Goodness of fit, Hosmer–Lemeshow		p = 0.64

^a Forced in the model, age reference class ≤40.

^b ns: non-significant variable.

^c Predicted probability of expressing complaints for a 'non-exposed' subject.

response rates decrease as time past hospitalization increases (Wren, Longest, Keith, & Walker, 1971); the longer the gap between the use of services and the interview (or the questionnaire), the greater the chance of recall bias (Carr-Hill, 1992).

The satisfaction ratings were markedly skewed toward the negative end of the response scale. Therefore, multiple linear regression, the most common model used in the literature (Carey & Seibert, 1993; Cleary et al., 1989, 1991; Doering, 1983; Etter et al., 1996; Fitzpatrick, 1991a, b; Hays et al., 1990; Kane et al., 1997; Lasek et al., 1997; Linn et al., 1995; Minnick et al., 1997; Williams, 1994) may produce misleading results. Choosing a unique threshold to define satisfied and non-satisfied patients is somewhat arbitrary and may be subject to considerable random error (Fitzpatrick, 1991a, b). The results of logistic regression could be highly inconsistent, depending on the chosen threshold. Ordinal polychotomous regression appears to be the most appropriate model to use with this type of data, yielding easily interpreted odds ratios and assuming a multiplicative model. Nevertheless, this model assumes that the odds ratio from level to level of the cumulative categories is the same. This is probably not always true, since threshold effects are likely to occur, and being possibly identified by nominal polychotomic regression, an analysis somewhat more difficult to interpret with $k-1$ odds ratio for a dependent k level variable. Sociodemographic and health characteristics were strong predictors of satisfaction in the present study,

although non-significant or inconsistent results have been reported in the literature. Such discrepancies may be explained by the choice of model.

Consistency with other studies

Consistent with previous studies, patient age was found to be the most frequent predictor of satisfaction of all the sociodemographic factors considered (Calnan et al., 1994; Cleary & McNeil, 1988; Hays & Ware, 1986). Although self-perceived health status is not usually considered important in satisfaction studies, general health perception score was a strong predictor here and the most consistent among SF-36 dimensions, independent of observed severity (Karnofsky index). These findings underscore the importance of measuring and controlling for perceived health status when comparing different patient groups or following a patient group over time. It should be noted that the present study made no attempt to measure health outcomes of care and therefore took no account of SF-36 after discharge. We suggest that researchers investigate how the change in health status between admission and discharge influences patient assessment of quality of care. Indeed, efforts targeting patients with poorer health status will generate greater returns in patient satisfaction than efforts centered on younger, less educated, patients living in a community of medium size, or other factors not alterable by health services providers. Perceived health status measured at admis-

sion may be routinely employed by providers to monitor quality of care through patient satisfaction, and reveal patient problems using a simple, valid questionnaire.

Interestingly, and consistent with a previous study by Cleary et al. (1989), self-reported condition at admission, as recalled two weeks after discharge, is related to patient satisfaction. In our study, it is related to daily care, physician and information in an opposite direction to perceived health status measured at admission. Patients who remembered their condition as critical at admission were the most satisfied, while those having lower general health perception scores on the SF-36 measured at admission were less satisfied. Further research is needed to make a thorough comparison of the properties of these two perceived health indicators and to verify how the timing of patient appraisals affects satisfaction assessment.

In our study, men tended to be more satisfied than women on four dimensions, as reported previously, and women tended to complain more often than men do, even after controlling for SF-36 general health perception and age. These results might indicate that women expect more than men, or that women have different experiences than men. Some would argue that women are not only the key decision-makers for their own health care but for their immediate and extended families as well. In many households, a woman may determine the healthcare provided for their children, spouses, parent, parent-in-law and even co-workers based upon her experience or satisfaction level with a provider or facility. Given the decisive role of the female consumer within the healthcare industry, this aspect deserves additional research.

The choice of the hospital by the patient presumably reflects good previous experiences and a favorable disposition. This result lends support to the hypothesis that patients with more experience of hospitalization have more realistic expectations and are therefore more easily satisfied (Doering, 1983) or that patients may, with experience, replace ideal expectations with practical ones and thus be more easily satisfied.

Another interesting finding of the present study is the influence of the activity level of the service, measured by the effect of the length of stay in the unit on patient satisfaction in recommendations/intentions. It indicates that services dealing with more patients or having a longer length of stay yield less satisfaction. One possible explanation is that nurses in these services are overloaded and too busy to take care of patients carefully or respond to all their needs. This is consistent with patients' responses to open-ended questions, namely, that the hospital staff (nurses) did not allow enough time for communication. This result underscores the value of open-ended questions for facilitating interpretation of responses to closed questions (Doering, 1983).

Almost all comments in response to open-ended questions referred to interpersonal aspects of care, and communication of health care information, indicating that this is a key area of concern for many patients (Cleary & McNeil, 1988; Doering, 1983; Williams, 1994). Few patients commented about the technical quality of care. It has been suggested that patients do not feel qualified to attempt to judge the technical quality of their care (Doering, 1983). Some comments about aspects of nurses' behavior suggest that nursing care is extremely relevant to patients, probably because nurses are among the health professionals who spend most time with them. The most common complaints were about living arrangements and amenities (room, toilets and bathroom). This is consistent with the satisfaction score being lowest in this dimension.

Conclusions and recommendations

This study demonstrates that information about patient satisfaction with their care may be collected in a way that is acceptable to both patients and health care providers/managers. Using polychotomous logistic regression has proved useful and appropriate for analyzing determinants of satisfaction level. Information of the kind provided here, based on quantitative and qualitative data, reveals the specific areas in which care may be improved or is already very good.

We recommend that health care providers develop routine patient satisfaction surveys to provide better care using this questionnaire for motivating, shaping and evaluating initiatives. Periodic analyses of survey of this type could be used to monitor the impact of change in hospital improvement programs.

The findings of this study confirmed our hypotheses:

Crude satisfaction scores are not relevant when comparing hospitals or services, or on variation of satisfaction over time. Adjustment for main associated factors, e.g. age and self-perceived health status at admission, is needed for such comparisons, since services admitting older patients or those with higher self-perceived health status are likely to have better satisfaction by reason of these two attributes.

Health care providers/managers could use such results to target patient groups at risk of having worse experiences in the hospital; for example, women, young patients, patients in more severe condition and patients admitted through emergency rooms. Efforts and programs to improve the quality of care may have different foci, targeting specific patient groups, instead of a systematic general patient program. Such findings have important implications for restructuring health plans to meet consumer needs and preferences more effectively.

The emphasis should be put on factors that health providers/managers can alter; like the behavior of health

professionals (being courteous, providing information), the recording of patient complaints, and the management of hospital environment especially living arrangements and amenities. This could result in decisions to increase the quantity of single rooms, to identify the optimal index of care load for improving timeliness and consistency in patient and family communication and to implement specific "guest relation" training for members of the clinical staff.

Acknowledgements

This study was funded by a 1996 PHRC grant (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) from the French Health Ministry. T.P.L. Nguyen was supported by a grant from the French Foreign Office. Approval was given by the Regional Ethics Committee.

The authors would like to thank the research team of Clinical Epidemiology and Evaluation, the physicians and nurses of the study services, and the administrative staff of CHU Nancy for their help with organization. They would also like to thank all the patients for their participation.

References

- Asch, D. A., Jedrzejewski, M. K., & Christakis, N. A. (1997). Response rates to mail surveys published in medical journals. *Journal Clinical Epidemiology*, 50(10), 1129–1136.
- Cainan, M., Katsouyianopoulos, V., Ovcharov, V. K., Prokhorskas, R., Ramic, H., & Williams, S. (1994). Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 11, 468–478.
- Carey, R. G., & Seibert, J. H. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*, 31, 834–845.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236–249.
- Chang, S. K., & Hawes, K. A. (1983). The adequacy of the Karnofsky rating and global adjustment to illness scale as outcome measures in cancer rehabilitation and continuing care. *Progress in Clinical and Biological Research*, 120, 429–443.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Roberts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D., & Delbanco, T. L. (1991). Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affairs*, 10(4), 254–267.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25–36.
- Cleary Jr., P. D., Keroy, L., Karapanos, G., & McMullen, W. (1989). Patient assessments of hospital care. *Quarterly Review Bulletin*, 15(6), 172–179.
- Dixon, W. J. (1992). *BMDP statistical software manual*, version 7.0, vol. 2 (p. 1145). Berkeley: Los Angeles.
- Doering, E. R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quarterly Review Bulletin*, 9(10), 291–299.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring: Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Epstein, K. R., Laine, C., Farber, N. J., Nelson, E. C., & Davidoff, F. (1996). Patients perceptions of office medical practice: Judging quality through the patients eyes. *American Journal of Medical Quality*, 11(2), 73–80.
- Etter, J. F., Perneger, T. V., & Rougemont, A. (1996). Does sponsorship matter in patient satisfaction surveys? *Medical Care*, 34(4), 327–335.
- Fitzpatrick, R. (1991a). Surveys of patient satisfaction: I. Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887–889.
- Fitzpatrick, R. (1991b). Surveys of patient satisfaction: II. Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302, 1129–1132.
- Guadagnoli, E., & Cleary, P. D. (1995). How consistent is patient-reported pre-admission health status when collected during and after hospital stay? *Medical Care*, 33(1), 106–112.
- Hays, D. R., Nelson, E. C., Rubin, H. R., Ware Jr., J. E., & Meterko, M. (1990). Further evaluation of the PJHQ scales. *Medical Care*, 28(9), S29–S39.
- Hays, R. D., & Ware Jr., J. E. (1986). My medical care is better than yours. Social desirability and patient satisfaction ratings. *Medical Care*, 24(6), 519–524.
- Jobson, J. D. (1992). *Applied Multivariate data analysis. Volume II: Categorical and multivariate methods*. New York: Springer.
- Kane, R. L., Maciejewski, M., & Finch, M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*, 35(7), 714–730.
- Lasek, R. J., Barkley, W., Harper, D. L., & Rosenthal, G. E. (1997). An evaluation of the impact of non-response bias on patient satisfaction surveys. *Medical Care*, 35(6), 646–652.
- Leplège, A., Mesbah, M., & Marquis, P. (1995). Preliminary psychometric analysis of the French version of an international quality of life questionnaire: The M.O.S SF-36 (version 1.1). *Revue Epidemiologie et Sante Publique*, 43, 371–379.
- Ley, P., Kinsey, J., & Atherton, S. T. (1976). Increasing patients satisfaction with communication. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 403–413.
- Linn, L. S., Brook, R. H., Clark, V. A., Davies, A. R., Fink, A., & Kosecoff, J. (1995). Physician and patients satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Medical Care*, 23(10), 1171–1178.
- Minnick, A. F., Roberts, M. J., Young, W. B., Kleinpell, R. M., & Marcantonio, R. J. (1997). What influences patients reports of three aspects of hospital services? *Medical Care*, 35(4), 399–409.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 185–210.
- Ross, C. K., Steward, C. A., & Sinacore, J. M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*, 33(4), 392–406.

- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of care. *Medical Care Review*, 47(3), 267–326.
- Rubin, H. R., Ware Jr., J. E., & Hays, D. R. (1990). The PJHQ Questionnaire: Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Medical Care*, 28(9), S22–S29.
- Rubin, H. R., Ware Jr., J. E., Nelson, E. C., & Meterko, M. (1990). The patient judgments of hospital quality (PJHQ) questionnaire. *Medical Care*, 28(9), S17–S22.
- Victorian public hospitals—TQA Research Pty. Ltd. (1995). *Patient satisfaction survey*, vol. 11.
- Ware Jr., J. E., & Berwick, D. M. (1990). Conclusion and recommendation. *Medical Care*, 28(9), S39–S42.
- Ware Jr., J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine*, 38(4), 509–516.
- Wren, G. R., Longest, B. B., Keith, J. H., & Walker, J. R. (1971). Patient opinion polls. *Hospitals*, 45(4), 80.

Scores de satisfaction selon l'évolution de l'état de santé des patients par rapport à l'admission en ajustant sur l'âge, le sexe et l'état de santé perçue à l'admission

Dimension	Amélioration de l'état de santé par rapport à l'admission		p
	Oui	Non	
Admission	73,1	65,9	<10 ⁻⁴
Formalités administratives	73,1	67,9	<10 ⁻⁴
Passage urgences	70,8	59,9	<10 ⁻⁴
Soins reçus	72,5	62,9	<10 ⁻⁴
Communication	73,8	63,9	<10 ⁻⁴
Interventions hors chambre	68,6	59,5	<10 ⁻⁴
Information de la famille	73,2	64,6	<10 ⁻⁴
Soins équipe	79,0	70,3	<10 ⁻⁴
Soins médecins	79,6	69,2	<10 ⁻⁴
Soins infirmiers	79,4	71,6	<10 ⁻⁴
Soins autres	76,1	69,6	<10 ⁻⁴
Environnement hospitalier	65,5	59,4	<10 ⁻⁴
Équipement	68,5	62,5	<10 ⁻⁴
Intimité	66,9	59,3	<10 ⁻⁴
Repas	61,4	55,5	<10 ⁻⁴
Facilités offertes aux familles & amis	62,6	57,5	<10 ⁻⁴
Satisfaction globale	84,2	75,6	<10 ⁻⁴

Ce tableau présente l'influence de l'évolution de l'état de santé du patient par rapport à l'admission sur le niveau de satisfaction. Les patients ayant perçu une amélioration de leur état de santé sont plus satisfaits que les autres, quelque soit la dimension considérée moins importante, mais malgré tout notable pour les dimensions liées à l'environnement hospitalisés. Cette analyse prend en compte l'âge, le sexe et l'état de santé perçue à l'admission.

V. SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES AU CHU DE NANCY

Quatre travaux ont contribué à cette partie :

PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE DU PROGRAMME DSPH

ROLE DES COMMENTAIRE LIBRES DANS UNE ENQUETE DE SATISFACTION

RAPPORT BIENNAL DU PROGRAMME MESURE A DISTANCE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES

RAPPORT EVOLUTION TRIMESTRIEL DE LA SATISFACTION DU PROGRAMME MESURE A DISTANCE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES

V.1. PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE DU PROGRAMME DSPH

I. PROBLEMATIQUE

I.1. CONTEXTE GENERAL

Selon l'OMS : « L'évaluation de la qualité est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins... ». Ainsi la satisfaction du patient apparaît comme une composante de cette définition. Elle peut être "considérée comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même" (1)

I.1.1. Contexte juridique et réglementaire

En France, la mesure de la satisfaction est devenue une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers. En effet, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 réformant l'hospitalisation publique et privée précise dans son article L.710.1.1 « Tout établissement de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation ». L'objectif est d'utiliser les informations recueillies auprès des patients pour améliorer les services proposés, en tenant compte du caractère subjectif de la notion de satisfaction des patients qui reflète davantage leurs attentes que la qualité de la prestation reçue (2).

La circulaire n°97-29 du 17 janvier 1997 en application de l'arrêté du 07 janvier 1997 rappelle que le livret d'hospitalisation doit comprendre un questionnaire de satisfaction (3).

Par ailleurs, le décret du 16 décembre 1997 relatif à l'évaluation des matériels et activités soumis à autorisation, indique que celle-ci doit aussi comprendre l'évaluation de la satisfaction des patients.

Enfin le document d'orientation de la Direction Hospitalière fixe les principes et les modalités de base de l'évaluation de la satisfaction des patients, la méthode à employer, la participation des représentants des patients au processus et les propositions d'indicateurs (4).

I.1.2. Référentiel et recommandations

Dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé réalisée par l'ANAES, la mise en place d'un dispositif de mesures de la satisfaction des usagers représente un critère du référentiel d'auto-évaluation (5). Ce dispositif doit être cohérent et fiable afin d'être en mesure d'orienter des choix locaux d'actions dont le suivi sera assuré par la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité.

L'établissement doit mettre en place une mesure de satisfaction des patients dans son programme d'amélioration de la qualité et évaluer régulièrement l'efficacité de ce programme.

L'objectif des établissements de santé est de mieux appréhender les attentes des patients et d'y répondre dans les meilleures conditions. Pour cela il s'agit, tout en s'appuyant sur un dispositif réglementaire, d'élaborer une démarche spécifique pour chaque établissement (4)

I.2. CONTEXTE LOCAL

1.2.1. La situation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy

Comme de nombreux autres établissements de santé, le CHU a choisi de procéder à une première analyse de la qualité de ses processus de prise en charge des patients et de sécurité, développés au sein de l'établissement. Le 19 mai 2000, le Comité de Pilotage a retenu le principe de la réalisation d'un autodiagnostic en préalable à la réflexion interne relative au calendrier à proposer à l'ANAES dans la démarche d'accréditation. En s'appuyant sur les 10 chapitres du référentiel de l'ANAES et sur une méthodologie fortement inspirée de celle retenue par ce dernier, le CHU a constitué 10 groupes de réflexion multi-professionnels et multi-catégoriels, dont un sur la mesure de la satisfaction des patients. Elle est un des instruments de contribution à la politique qualité et permet la mise en place des mesures adaptées d'amélioration de la qualité. Différents outils sont utilisés pour mesurer la satisfaction :

Le questionnaire de sortie - "Questionnaire d'appréciation sur votre SEJOUR ou sur le SEJOUR de votre ENFANT" - qui comprend 12 questions, inclus au livret d'accueil (résultat de l'enquête pilote et de l'année 2000 ayant un taux de retour faible : 3% et 2,7% respectivement) a été distribué depuis plusieurs années, en même temps que le livret d'accueil. Ce questionnaire est mis à la disposition des patients lors de leur entrée dans l'établissement, à l'accueil et dans le service d'hospitalisation. Les patients ont donc la possibilité à tout moment de le remplir et de le renvoyer aux Directeurs

d'établissements. Il s'agit d'un questionnaire simple qui peut être rempli soit par le patient lui-même pour son séjour, soit par les parents quand il s'agit du séjour de leur enfant. Ce questionnaire de satisfaction qui comprend plusieurs dimensions de la satisfaction, mais porte essentiellement sur les conditions hôtelières du séjour (3/12). C'est la façon la plus pertinente d'analyser les résultats qui doivent être interprétés, comme des taux de satisfaction ou d'insatisfaction spontanément exprimés, parmi l'ensemble des patients sortis des services du CHU au cours de la période (6).

Le questionnaire de sortie à distance (plus complet, explorant différentes dimensions de la satisfaction) est envoyé à un échantillon de patients dans une enquête permanente. Il a été mis en place depuis octobre 1999 pour mesurer à Distance la Satisfaction du séjour des Patients adultes Hospitalisés en court et moyen séjour (programme DSPH). Ce questionnaire est réalisé sur 41 services de 5 établissements (Brabois Adulte, Central, Jeanne D'Arc, Fournier et Spillmann) (6,7,8,9).

1.2.2. La place du service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy

La volonté, les personnels compétents : le service est constitué de professionnels formés à la méthodologie des études et particulièrement réceptifs à l'évaluation des pratiques.

Il existe une culture qualité au service : une démarche qualité a été initiée dès l'été 1997 autour de son activité la plus ouverte sur les autres services de l'établissement et partenaires de l'inter-région : la consultation de méthodologie et statistique. Elle s'est concrétisée sous la forme d'une démarche qualité traduite par : le manuel qualité, les procédures, l'organisation et l'audit de fonctionnement. Depuis le printemps 2000, une réflexion plus approfondie est engagée en vue de satisfaire aux exigences du référentiel de l'accréditation pour les références qui sont les plus pertinentes par rapport aux orientations et objectifs des services.

Le rôle du service d'épidémiologie et évaluation cliniques dans ce programme est celui d'un noyau central qui collabore avec différentes instances. Il a un rôle d'initiation, d'organisation et de réalisation.

En juin 2000, un travail d'identification des priorités du service, au regard du référentiel accréditation, par l'ensemble du personnel du service, par une méthode de type groupe nominal, a retenu trois axes principaux. Deux axes complémentaires ont été constitués au cours de l'automne 2000 :

- Accueil et mission du service

- Information et confidentialité
- Enquête permanente du programme DSPH
- Gestion documentaire
- Gestion interne informatique

Ces groupes ont pour mission, de préparer la démarche de l'accréditation et de vérifier l'adéquation des pratiques du service aux référentiels du manuel.

Les caractéristiques du programme DSPH

1. Pour mesurer la satisfaction des patients hospitalisés, ce programme consiste en l'envoi régulier d'un questionnaire de satisfaction à un échantillon tiré au sort parmi l'ensemble des patients adultes de plus de 18 ans ayant séjourné dans le CHU. Tous les patients sont sortis de l'hôpital de 41 services de court et de moyen séjours de 4 établissements (Brabois, Central, Maringer-Villemin-Fournier, Jeanne d'Arc de Toul, Spillman) pendant la période de l'enquête. Ce sont des patients âgés de 18 ans ou plus, hospitalisés pour une durée d'au moins 24 heures au CHU de Nancy, sortis vivants, et retournés chez eux (figure 1). Quinze jours après la sortie, chaque patient reçoit par courrier, chez lui, un questionnaire de satisfaction accompagné d'une lettre signée par le Directeur de l'hôpital visant à présenter l'enquête et à motiver le patient en vue d'améliorer le taux de retour. Une enveloppe T est jointe au courrier pour le renvoi du questionnaire. Il est adressé au Directeur d'Etablissement concerné.

1. Les caractéristiques de ce programme :

- ✓ Un programme pluri-disciplinaire
- ✓ Un programme multi-sites
- ✓ Un programme multi-étapes
- ✓ Une répétitivité :
 - Des opérations journalières et hebdomadaires : réception, saisie des questionnaires, tirage au sort des patients, l'envoi des listings et des étiquettes aux sites pour l'envoi des questionnaires aux patients, l'importation des données ...
 - De restitution des rapports trimestriel, bimestriel, annuel et biennal.

2. Le programme a été mis en place à partir du 1 octobre 1999, une analyse de la période (01/10/1999 - 31/03/2001) a été effectuée. Le service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques, outre son rôle de coordination générale du projet, occupe une place particulière d'une part : au début de processus pour la sélection des patients, d'autre part et surtout à la fin du processus pour l'exploitation et la valorisation des données (figure 2). L'auteur de ce mémoire est particulièrement chargé de cette phase d'exploitation. C'est à cette phase que sont apparus rapidement, à toutes les étapes de processus, des dysfonctionnements préjudiciables à la qualité des résultats ce qui nous a conduit à décider la mise en place d'un programme d'assurance qualité.

I.3. OBJECTIF

Mise en place d'un programme d'assurance qualité de l'enquête permanente du programme DSPH afin d'assurer l'exhaustivité, l'exactitude et la précision des informations initiales (input) pour garantir à la suite des analyses la qualité des résultats (output).

Figure 1. Enquête permanente du programme DSPH

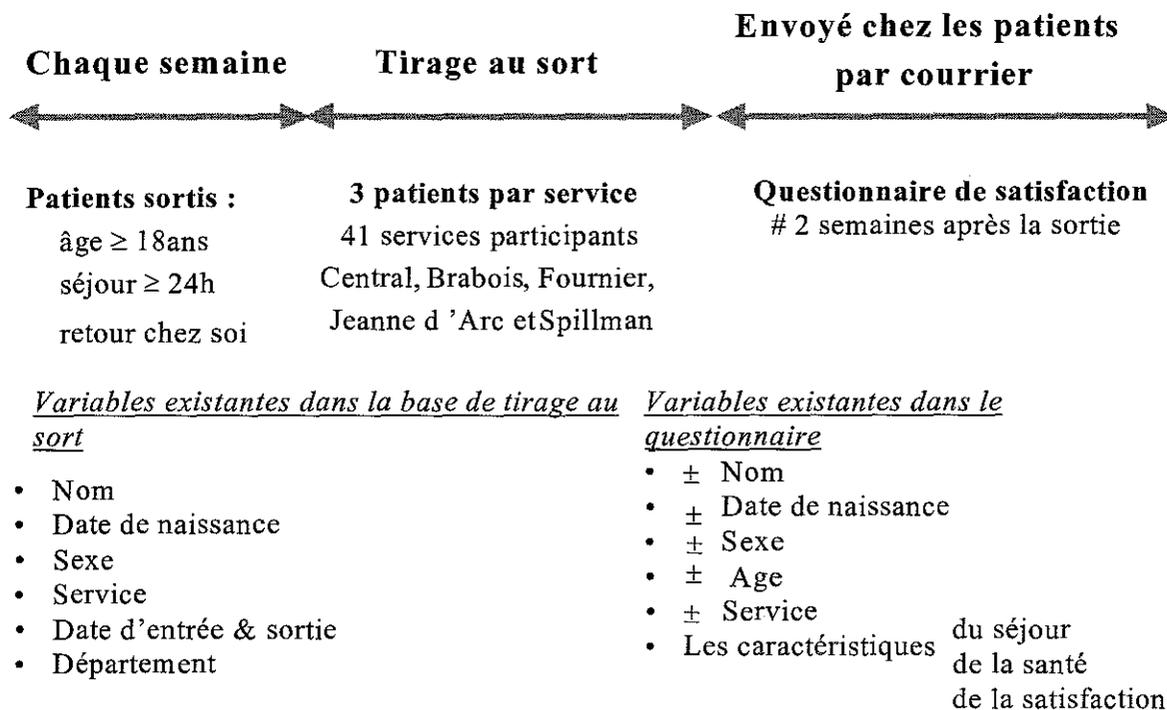


Figure 2. Organisation logistique générale de l'enquête satisfaction pour les patients hospitalisés au CIU de Nancy. (en fonction des acteurs)

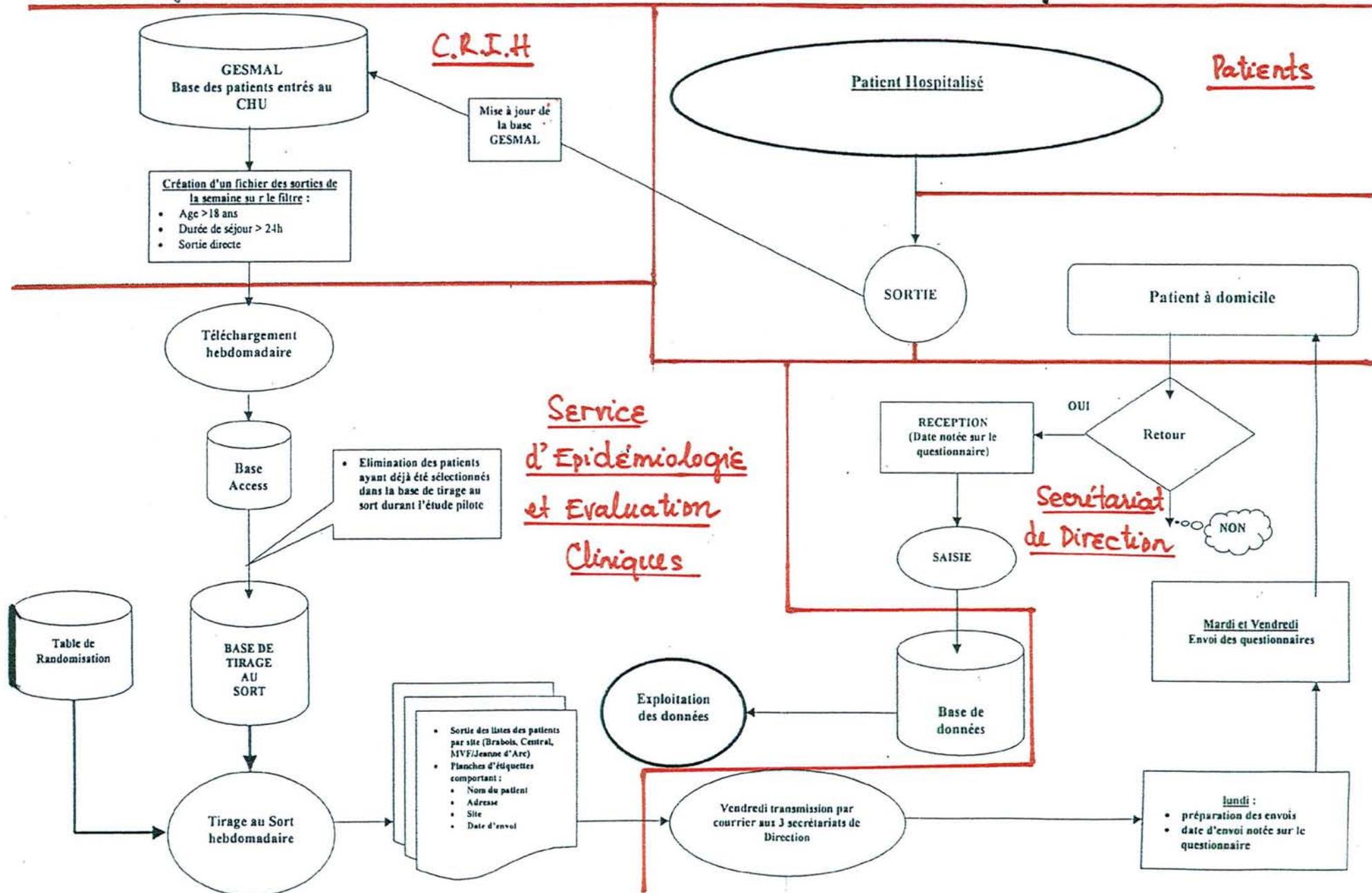


Figure 3.

ETAPES PRINCIPALES DU PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE

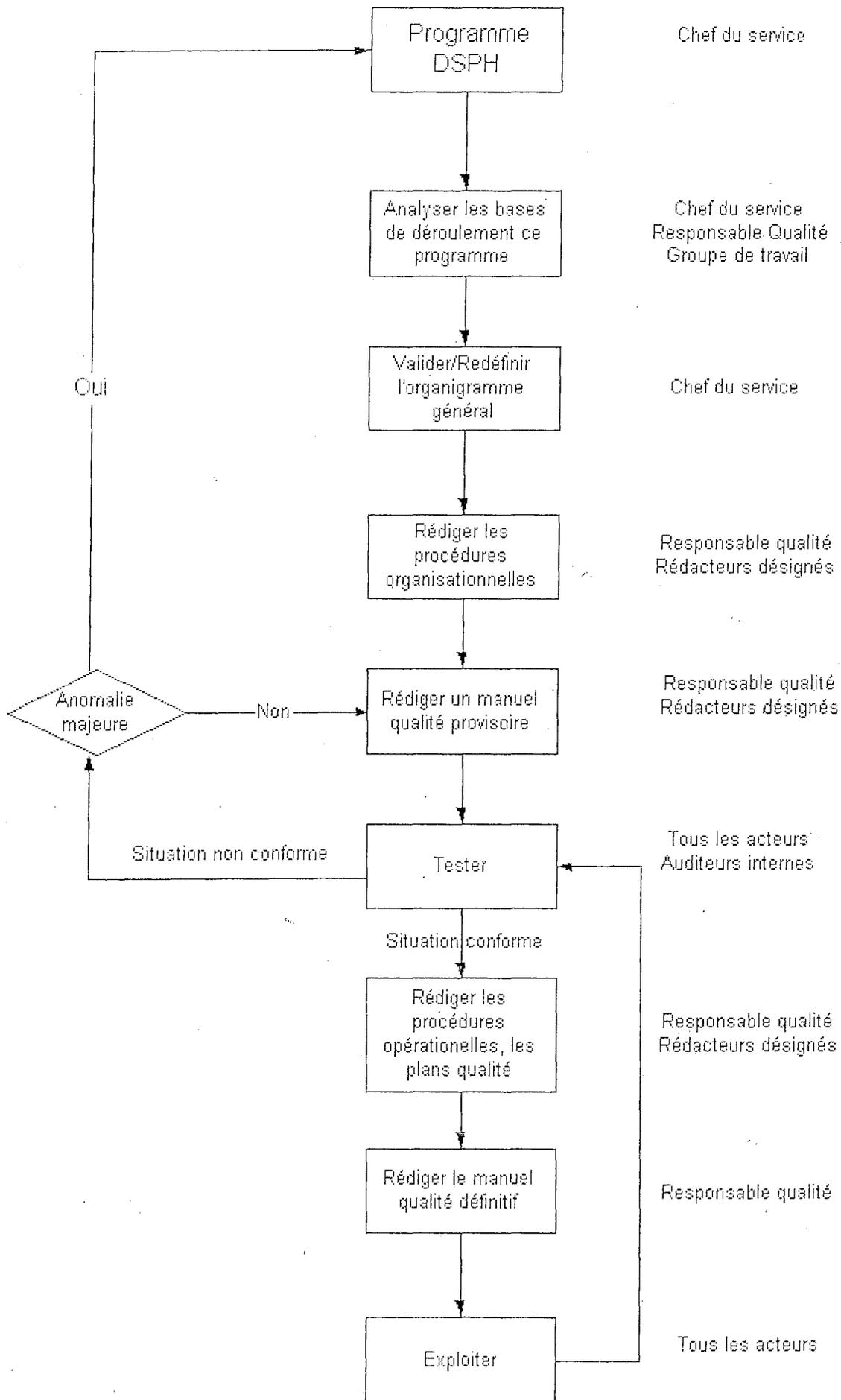
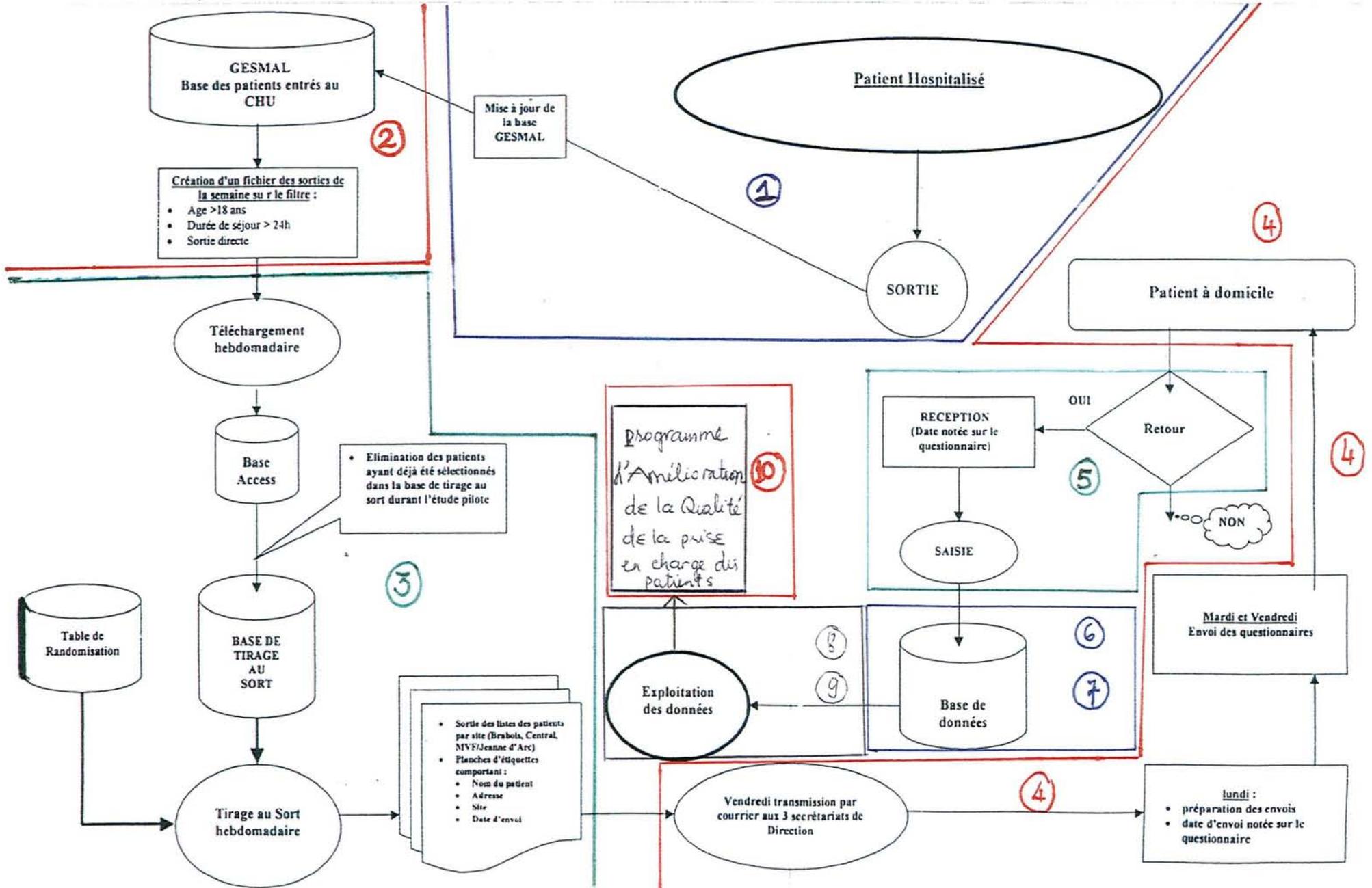


Figure 4. Organisation logistique générale de l'enquête satisfaction pour les patients hospitalisés au CHU de Nancy (en fonction des procédures)



II. MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE POUR LE PROGRAMME DSPH (figure 3)

II.1. PHASE PRELIMINAIRE (table 1)

Les activités reposent sur quelques principes généraux comme pour les autres axes prioritaires du service:

1. Mettre en place une politique qualité : des orientations et des objectifs généraux en ce qui concerne la qualité, exprimés formellement par la direction générale (lettre de déclaration des objectifs qualité du service et la politique qualité du service).
2. Mettre en place un système qualité comprenant :
 - ✓ La description des structures organisationnelles;
 - ✓ La définition des délégations de responsabilités;
 - ✓ Les procédures de déroulement et d'enchaînement des tâches, et les instructions pour assurer une exécution de ces tâches (en cours).
3. Mettre en place une gestion de la qualité permettant de rendre opérationnel les objectifs et les exigences qualité :
 - ✓ En veillant à la mise en œuvre de toutes les actions afin de répondre aux exigences et aux objectifs.
 - ✓ En donnant aux responsables une évaluation permanente des situations par rapport à ces objectifs et ces exigences.

II.1.1. Les groupes de travail

Différents groupes de travail ont été constitués de façon volontaire et pluridisciplinaire pour permettre la réalisation et la mise sous assurance qualité de l'enquête. Ils permettent le suivi et la validation du projet, ainsi que son encadrement méthodologique.

1. Groupe de projet

Ce groupe est mandaté par le Directeur de l'établissement. Il est pluridisciplinaire, et constitué selon le thème retenu : des décideurs, des experts dans le domaine étudié, du personnel médical et du personnel logistique et technique. Il associe des représentants du personnel médical, du personnel infirmier, de la Direction générale, de la cellule d'analyse et de gestion, des Directions d'Établissement, des usagers et

de service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques. Ce groupe a été constitué dès février 1998 afin de participer à la mise en place d'une politique d'évaluation de la satisfaction des patients. La mission de ce groupe est de conduire le projet jusqu'à son terme (soutenir et fournir les moyens nécessaires).

2. Groupe de l'encadrement méthodologique

Ce sont des groupes de travail qui sont constitués par le groupe de projet. Ils sont pluridisciplinaires et rassemblent du personnel de différents établissements et différents services. Pour un bon fonctionnement du groupe, le nombre de membres est limité, au sein du groupe, chacun assume une mission précise en fonction de ses compétences, des objectifs et du calendrier fixés.

Les missions des groupes de travail sont de mettre en œuvre le projet.

2.1. Un groupe de pilotage de l'enquête pilote : il a été constitué dès février 1999 afin d'élaborer le questionnaire et réaliser une étude pilote sur 5 semaines pour apprécier la faisabilité du déroulement de l'enquête de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au CHU de Nancy et la méthode qui permettra d'optimiser le taux de retour de ces questionnaires.

2.2. Un groupe d'envoi, réception et saisie des questionnaires :

Ce groupe est constitué du personnel qui prend en charge les tâches dans les 3 hôpitaux, d'une personne de la direction pour assurer les moyens mise en œuvre, et d'une personne du service gestion des informations de tous les patients.

2.3. Un groupe de gestion de la base de données, contrôle de qualité, analyses statistiques, écriture du rapport :

2.4. Un groupe d'assurance qualité

Ce groupe a été constitué en janvier 2001 pour assurer le déroulement de l'enquête permanente du programme DSPH. Ce groupe comprend un responsable qualité du service, un groupe de travail : des médecins, des infirmières, un statisticien, une secrétaire.

II.1.2 Services et structures impliqués

Direction CHU de Nancy - Cellule d'analyse et de gestion

Service économique du CHU

Directions des 3 sites : Brabois, Central, Jeanne d'Arc

Les bureaux des entrées de tous les hôpitaux

Centre Régional d'Informatique Hospitalière

Les 41 services cliniques participants

Les vagemestres des 3 sites

Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques

II.1.3. Ressources

1. Ressources matérielles et structures

Afin de réaliser ce programme dans de bonnes conditions, plusieurs types de matériels sont nécessaires

:

1. Outil de recueil des données :

Le questionnaire et l'enveloppe T ont été fournis par le CHU pour les trois sites (service de reprographie).

Le masque de saisie standardisé a été installé sur les 4 sites (3 sites hôpitaux et au service).

2. Outil informatique et logiciel adapté :

Micro-ordinateur : chaque site de saisie a un ordinateur; logiciel pour les masques de saisie : Access 97; logiciel d'analyse : SAS version 8.0 puis 8.1

3. Outil de communication

Téléphone : utilisant les moyens existant avec une liste des numéros de téléphones nécessaires

Papier : fourni par le service économique du CHU

4. Diffusion des informations

Imprimante.

Rapport d'analyse : fait par le service d'épidémiologie et évaluation cliniques et envoyé aux instances.

2. Ressources humaines

Ce programme utilise le personnel des secrétariats de Direction de chaque site en place, ainsi que le personnel du service d'épidémiologie et évaluation cliniques. Aucun personnel supplémentaire n'a été, a ce jour nommé.

Motivation et formation :

1. Tout le personnel a été informé de la politique qualité du service, de ses objectifs.
2. Une procédure d'accueil a été mise en place pour sensibiliser à la qualité les nouveaux arrivants (instruction et formation).
3. Un programme de formation à la qualité répété périodiquement va être mis en place pour sensibiliser le personnel.
4. Un programme de formation sur site va être poursuivi.

Communication :

1. Les réunions du groupe de programme d'assurance qualité sont régulières (tous les deux semaines) et plus si besoin. Les réunions avec les instances ont été programmées tous les six mois. Le travail en équipe est un moyen efficace pour améliorer la communication entre les membres du personnel et pour favoriser une attitude coopérative et participative dans la résolution de problèmes.
2. Information écrite et/ou orale.

II.2. PREMIERE PHASE - PREPARATION ET MISE A PLAT DES PRATIQUES*EXISTANTES (table 1)***II.2.1 Le choix de la méthode**

Différents outils ont été utilisés par les groupes de travail pour la mise à plat des pratiques existantes puis pour les autres phases de ce programme.

Type d'activité	Méthodes
<i>Pour chercher des dysfonctionnements</i>	Brainstorming (Remue-méninges) Représentations graphiques Focus groupe Contrôle qualité - Audit procédés Analyse statistique QQOQCP Logigramme L'arborescence des tâches
<i>Pour chercher des causes</i>	Représentation graphique Histogramme

<i>Pour choisir des priorités</i>	Fiche signalétique
<i>Pour chercher des solutions</i>	Groupe nominale
	QQOQCP
	Méthode de résolution de problème
	Diagramme
<i>Pour suivi</i>	Check-list
	Histogramme
	Fiche signalétique
<i>Pour la mise en œuvre du programme d'assurance qualité</i>	PDCA
<i>Pour améliorer de la qualité</i>	Audit qualité interne

II.2.2 Les standards qualité

L'objectif de cette étape : établir des 'standards qualité' pour le programme DSPH

La rédaction des "standards qualité" s'établit à partir de quatre sources :

- Le recensement de la réglementation et des codes de bonnes pratiques
- La mise à plat des procédures existantes
- La confrontation avec le point de vue des utilisateurs
- Le consensus du groupe de travail
- Les normes ISO 9001

II.2.3. Etat des lieux

L'objectif de cette étape est de :

- ✓ Identifier les activités, mettre en évidence les points forts, les points sensibles, les risques et dysfonctionnements constatés.
- ✓ Faire l'inventaire des pratiques et documents existants.
- ✓ Sensibiliser à la démarche qualité

Résultats :

Logigramme de déroulement de l'enquête permanente (figure 4).

II.2.4. Plan d'actions et moyens mis en œuvre

L'objectif de cette étape est de :

- ✓ Etablir un plan d'action à mettre en place après la comparaison avec les exigences du référentiel

Qualité 9001 : les actions, les délais (table 1).

- ✓ Rôle des différents acteurs :

1. Responsable de la qualité :

Il est le garant de la mise en œuvre effective de la démarche qualité, plus précisément de la connaissance ou de la compréhension de la politique qualité pour tous.

Il sensibilise et forme les personnels aux concepts de la qualité

Il est le garant de la mise en application et du respect des procédures.

2. Responsable du programme d'assurance qualité du programme DSPH :

Il a un rôle d'animateur et facilitateur.

Il élabore en collaboration avec le groupe de travail le plan d'action, désigne les responsables, assure les moyens et fixe les délais.

Il valide les procédures et donne son accord pour toute modification.

Toutes les 2 semaines, une réunion du groupe est programmée.

3. Auteur du mémoire :

Il est désigné par le responsable du groupe en tant qu'adjoint.

Il réalise, avec le groupe de travail, la rédaction de la procédure standard, analyse l'état des lieux, rédige dans son domaine de travail le manuel qualité et les procédures qui sont validés par les équipes de travail de service.

4. Les autres membres dans le groupe d'assurance qualité :

Ils participent aux différentes étapes chacun dans son domaine d'activité. Ils permettent la rédaction, la validation et la réalisation des procédures ainsi que la signalisation des anomalies.

II.3. DEUXIEME PHASE - FORMALISATION ET MISE EN PLACE DU SYSTEME

QUALITE

L'objectif de cette étape est de définir le système qualité et d'en assurer sa transcription dans un système documentaire : Manuel Qualité qui imposé par les normes ISO 9001.

Les éléments essentiels du Manuel sont :

- ✓ L'engagement de la direction
- ✓ La politique qualité
- ✓ Le plan qualité et les objectifs à atteindre
- ✓ La définition des responsabilités
- ✓ Les procédures de fonctionnement du système qualité
- ✓ Les procédures de fonctionnement de ce programme d'assurance qualité
- ✓ L'évaluation du programme assurance qualité figure en dernière partie du manuel qualité.

Le groupe d'assurance qualité du programme DSPH travaille à 2 niveaux :

- ◆ Le programme DSPH s'intègre dans le système qualité générale du service d'épidémiologie et évaluation cliniques. Il comporte des procédures transversales concernant l'ensemble des activités du service. L'objectif du groupe d'assurance qualité de ce programme est de participer, de compléter, de mettre à jour et de standardiser ces procédures avec les autres groupes qualité du service. Il a participé à l'élaboration de :
 1. Procédure des procédures.
 2. Procédure d'accueil.
 3. Procédures concernant la gestion des informations (en cours)
 4. Procédures concernant la gestion interne informatique (en cours)
 5. Procédures concernant la gestion documentaire (en cours).
- ◆ Le programme DSPH comporte spécifiquement 11 procédures définies lors de l'étape d'état des lieux. Elles concernent toutes les étapes du déroulement de l'enquête.
 1. Saisie et mise à jour de la base GESMAL des patients hospitalisés au CHU de Nancy (bureau des entrées)
 2. Création d'un fichier des sorties de la semaine sur le filtre (Centre régional d'informatique hospitalière)
 3. Préparation des listes de tirage au sort en fonction des services, par établissement (service)

- 3.1. Téléchargement hebdomadaire
- 3.2. Préparation de la base des patients avant tirage au sort
- 3.3. Tirage au sort hebdomadaire
- 3.4. Préparation et envoi des listings et étiquettes au secrétariat de la direction générale de l'hôpital Central
4. Préparation et envoi des questionnaires chez les patients (secrétariats de direction)
 - 4.1. Transmission des courriers du programme DSPH du secrétariat de direction générale hôpital central aux 3 sites (Central, Brabois et Spillman).
 - 4.2. Préparation et envoi des questionnaires aux domiciles des patients.
5. Réception et saisie des questionnaires retournés (secrétariats de direction)
 - 5.1. Réception des questionnaires
 - 5.2. Saisie des questionnaires
 - 5.3. Exportation des données saisies (sur disquette ou par email) et les questionnaires papiers pour l'envoi au service d'épidémiologie et évaluation cliniques
6. Importations et corrections de la base informatique (secrétariat du service)
 - 6.1. Importation de la base des données pour chaque site
 - 6.2. Vérification et correction de la base pour la jonction (toutes les dates, nom et prénom, activité professionnelle)
7. Préparation et envoi des scores et lettres aux différents chefs de service
8. Analyse des données et contrôle qualité (service)
 - 8.1. Audit contrôle qualité trimestriel des données saisies.
 - 8.2. Vérification et correction des données incohérentes pour la jonction
 - 8.3. Programmer les étapes d'analyse
 - 8.4. Transférer les résultats du logiciel sas vers excel pour la rédaction des rapports
9. Rédaction des différents rapports (service)
 - 9.1. Trimestriel pour ensemble du chu
 - 9.2. Semestriel pour ensemble du chu et par établissement

9.3. Annuel pour ensemble du chu, par établissement, par fédération et par discipline (court et moyen séjour)

9.4. Biennal pour ensemble du chu, par établissement, par fédération, par discipline (court et moyen séjour) et par service.

10. Programme d'amélioration la qualité de prise en charge des patients.

11. Mise à jour les masques de saisie pour chaque site s'il y a des modifications.

II.4. TROISIEME PHASE - MISE EN APPLICATION DU SYSTEME QUALITE

L'objectif est d'assurer et de respecter ce qui a été écrit. Elle prévoit :

Le suivi trimestriel par des audits des procédés et des contrôles de saisie.

L'évaluation annuelle par l'Audit qualité interne.

II.5. QUATRIEME PHASE - EVALUATION DE L'EFFICACITE DU PROGRAMME

D'ASSURANCE QUALITE

L'objectif est de valider des objectifs qualité et développer des axes d'amélioration au travers des indicateurs qualité, des problèmes rencontrés et des résultats d'audit qualité internes. Il s'agit de prendre en compte les anomalies dépistées, mettre en place des corrections et en assurer le suivi.

III. QUELQUES EXEMPLES DE DYSFONCTIONNEMENTS CONSTATES ET

ACTIONS A METTRE EN PLACE

III.1. LORS DE LA PHASE DE MISE A PLAT

III.1.1. Identification des répondants

Un des points principal qui permet de garantir un travail de qualité est l'identification des questionnaires dans le respect des désirs éventuels d'anonymat et de confidentialité des patients avec l'implication des directions des établissements concernés et la coordination par le service d'épidémiologie et évaluation cliniques. Les critères (5) :

- 1. Respect du tirage au sort parmi l'ensemble des patients sortis du CHU, âgés de plus de 18 ans, ayant une durée de séjour d'au minimum 48h, revenant chez eux en fonction du service d'hospitalisation au moment de la sortie (procédure 2).**

Problème rencontré : existence de doublons (les patients ont été tirés au sort deux ou trois fois), les patients venant à l'hôpital pour une consultation.

Méthode utilisée : analyse statistique, contrôle de saisie, QQQQCP, fiche signalétique.

Cause possible : procédure de filtration ne fonctionnant pas ou inadéquate

Solution proposée : renforcer cette procédure et mettre en place des fiches signalétiques pendant l'analyse pour afficher les patients qui ne répondent pas aux critères de tirage au sort.

2. Identification correcte de la date prévue d'envoi du questionnaire (procédure 6).

Problème rencontré : la date prévue d'envoi du questionnaire est un élément-clé qui permet de joindre les informations nécessaires des patients pour pouvoir faire des analyses. On s'est aperçu qu'il y a beaucoup de cas pour lesquels on a pas pu faire la jonction car les dates ne correspondaient pas.

Méthode utilisée : Analyse statistique : représentation graphique, brainstorming, QQQQCP, fiche signalétique, méthode de résolution de problème.

Cause possible : Il n'existe pas d'endroit précis sur le questionnaire pour tamponner ces dates.

Tamponner au mauvais endroit ? Avoir du mal à positionner le tampon ?

Tamponner les dates d'envois réelles, surtout pendant la période des vacances ou les ponts ?

Absence de saisie.

Concernant le nom et la date de naissance

Ne respect pas les majuscules, faute d'orthographe

Mal saisie à cause de l'illisibilité

Non saisie

Solution proposée : Modifier le questionnaire : définition d'un endroit précis pour tamponner/noter ces dates. Informer les personnels de saisie des trois sites de l'importance de cette information et des changements dans le questionnaire. Ecrire un programme d'informatique qui permet d'afficher les cas de non-conformité des dates pour correction. Prévoir cela dans le prochain audit pour évaluer l'amélioration.

3. Cohérence du nom et de la date de naissance des patients qui acceptent de donner leur nom (procédure 6).

Problème rencontré : même raison comme la date d'envoi, le nom et la date de naissance des patients sont des éléments-clés.

Méthode utilisée : Analyse statistique, représentation graphique, brainstorming, QQQQCP, fiche signalétique, méthode de résolution de problème.

Cause possible : Non respect les majuscules, faute d'orthographe
Saisie incorrecte à cause de l'illisibilité de l'écriture du patient.
Absence de saisie

Solution proposée : Mise en place d'un programme d'informatique (fiche signalétique) qui permet de détecter et de corriger tous les cas de non-conformité concernant les noms et les dates de naissances saisies par rapport aux références de la base du CRIH à chaque mise à jour de la base de saisie des 3 sites.

4. Renvoi dans les meilleurs délais au chef de service des informations que le patient souhaite lui transmettre (procédure 7).

Quand un patient retourne le questionnaire à l'hôpital, il donne son d'accord ou désaccord à la transmission du contenu de son questionnaire (sous forme des scores de satisfaction et de tous les commentaires libres) au chef de service.

Problème rencontré : il y a des questionnaires dont les informations ne peuvent pas arriver au chef de service dans un délai acceptable.

Méthode utilisée : analyse de statistique, QQQQCP.

Cause possible : il a des discontinuités dans la saisie, surtout pendant la période de vacances, il n'y a pas de remplacement ou les remplaçants ne savent pas ce qu'il faut faire.

Solution proposée : demande de remplacements obligatoirement pendant le période de vacances, avec transmission des tâches. Mise en place des fiches signalétiques sur le nombre de questionnaire saisis par site (la référence est le nombre moyen de questionnaires dans le même période) et sur la cohérence entre les questionnaires papiers et les données saisies

5. Identification correcte du service, de l'hôpital, de l'âge et du sexe, de la durée de séjour des patients qui ne souhaitent pas donner leur nom (procédure 8).

Problème rencontré : car pour ces patients, ce sont des éléments-clés pour pouvoir réaliser des analyses. Il existe des patients qui soit ne donnent rien, soit ne donnent pas ces informations de façon complète et cohérente.

Méthode utilisée : Analyse statistique, représentation graphique, brainstorming, QQQQCP, fiche signalétique, méthode de résolution de problème.

Cause possible : soit les patients n'acceptent pas de donner ces informations soit elles sont non ou mal saisies ou incohérentes par rapport à la base de tirage au sort.

Solution proposée : mise en place d'un programme d'informatique (fiche signalétique) de détection de tous les cas ayant des incohérences entre âge/sexe/service de sortie/durée de séjour saisie et le tirage au sort. Vérification sur la base de tirage au sort et modification si nécessaire.

III.1.2. Qualité de la saisie et du questionnaire

Problème rencontré : Grâce aux résultats d'analyse, les contrôles de saisie et les résultats d'un focus groupe, on a découvert l'existence de problèmes concernant des données manquantes.

Cause possible : 2 sont évoquées

- ◆ Au niveau de la formulation de certaines questions (46, 69, 13a, 13b, 8, 64) et des recommandations sur chaque page du questionnaire, ce qui produit de nombreuses données manquantes.
- ◆ Au niveau de la facilité de saisie : la présentation du masque de saisie ne correspond pas à celle du questionnaire.

Méthode utilisée : Analyse statistique : représentation graphique, focus groupe, QQQQCP, fiche signalétique, méthode de résolution de problème.

Solution proposée : Modification du questionnaire (version 2.5), et du masque de saisie.

Information ces changements aux personnels par une réunion.

Installation du nouveau masque dans chaque site à partir du 28 février 2001.

III.1.3. Qualité des rapports

Les résultats de l'enquête permanente du programme DSPH ont été analysés et rédigés :

Tous les trois mois pour l'ensemble du CHU

Tous les six mois pour ensemble du CHU et par établissements

Tous les ans pour l'ensemble du CHU, par établissement, par fédération et par discipline

Tous les deux ans pour l'ensemble du CHU, par établissement, par fédération, par discipline et par service.

Chaque type de rapport fait appel à différentes stratégies d'analyse.

Les résultats sont fournis sous différents formats : tableaux simples, tableaux compliqués, graphiques, histogrammes, textes

Problème rencontré : il existe des erreurs (discordances) lors de l'analyse de différentes périodes ou lors de la réalisation de tableaux, ou de graphiques à partir des résultats d'analyse.

Méthode utilisée : analyse statistique, QQQQCP.

Cause possible : problème d'erreur pour les périodes d'analyses, erreurs pendant la réalisation des tableaux : retaper des chiffres.

Solution proposée : mise en place des programmes informatiques qui permettent de construire des rapports avec les tableaux, les graphiques ... des résultats directement sous WORD ou sous EXCEL à partir des résultats calculés grâce au logiciel SAS.

III.1.4. Les commentaires libres

Il est nécessaire que tous les commentaires libres soient analysés. Ils permettent une meilleure compréhension des résultats obtenus à partir des réponses aux questions fermées, ils sont une aide pour la construction des programmes d'intervention visant à améliorer la qualité de soins.

Problème rencontré : trois groupes de travail (commission de conciliation, le service, un des 3 sites de l'enquête) ont réalisé spontanément cette analyse avec des outils différents.

Cause possible : manque de communication entre les auteurs, intérêts pour le contenu.

Solution proposée : des réunions pour la création d'un groupe de travail sur ce thème qui comprend les infirmières de recherche clinique, les médecins du service, les cadres infirmières du CHU de Nancy (commission de conciliation) :

- amélioration et validation d'outil (en cours)
- création d'un masque de saisie (première version)
- installation des matériels adéquats pour la saisie (ACCESS 97 : lettre de demande de matériel)
- les critères retenus en codant pendant la saisie (méthode consensus)
- élaboration des procédures de transmission des bases des commentaires libres aux sites de saisie et de transmission des fichiers de saisie au service (en cours)
- analyse des commentaires libres
- rédaction des rapports
- communication et diffusion des résultats
- proposition des axes à améliorer.

III.2. LES PROBLEMES D'INTERFACE

1. Problème de vaguesmestres, quand ils sont absents ou remplacés.

Solution proposée : Mise en place d'une logistique en routine poursuivie pendant les vacances

2. Problème de mise à jour des changements des unités fonctionnelles (UF) (regroupement, séparation), et des chefs de service.

Problème rencontré :

Au niveau des résultats => il existe des discordances entre les unités réelles et les unités dans la base de données.

Au niveau de retour des résultats aux chefs de services pour des patients ayant donné leur accord

Solution proposée : Demande de transmission régulière de toutes les modifications au niveau des UF et des chefferies de services.

3. Manque de matériel adéquat pour la saisie.

IV. LES CONDITIONS DE SUCCES

IV.1. L'APPORT POSITIF

- ◆ La politique du service est orientée depuis 1997 vers l'assurance qualité avec des objectifs précisés, des soutiens méthodologiques et une culture qualité existe, ceux qui permettent de faciliter le lancement de ce programme,
- ◆ Une collaboration efficace avec les différentes instances qui a été réalisée de façon transversale et pluridisciplinaire (du niveau de la Direction jusqu'au niveau de chaque personnel) permet de réussir de conduire ce programme,
- ◆ Au sein du service, grâce aux groupes de qualité qui ont été mis en place pour la gestion documentaire, la gestion interne d'informatique, l'archivage, l'accueil, ce qui a permis une collaboration et un soutien interne de façon horizontale,
- ◆ Valorisation de l'image des personnels du service auprès des autres services et de la direction,
- ◆ Meilleure reconnaissance et meilleure intégration de l'équipe de travail auprès des autres services et de la direction,
- ◆ Participation et sensibilisation de tous les services impliqués à la démarche qualité,
- ◆ La formation du DIU "Qualité - Accréditation - Evaluation des établissements sanitaires et sociaux" fournit des expériences et des méthodologies nécessaires pour que le déroulement de ce programme soit plus "rigoureux", plus "méthodologique"

➔ A l'issue de quelques mois, un certain nombre d'actions concrètes sont d'ores et déjà engagées.

IV.2. LES FREINS

- ◆ Notre service est une petite structure composée de peu de personnel qui est en grande majorité employé à mi-temps (personne travaillant dans deux structures différentes) ce qui ne facilite pas la communication et la formation. Cela entraîne des retards dans la prise de décision et un surcoût de travail quelquefois difficile à gérer.

- ◆ Un nombre important de projets sont conduits dans notre service, ce qui provoque à certains moments des surcharges de travail pour le personnel. Il y a alors un risque de non-disponibilité, de lassitude, d'où un ralentissement des travaux, voire du désintéressement. La nécessité de mettre en place une assurance qualité est ressentie pour l'instant comme une perte de temps (nombreuses réunions, rapports et procédures à élaborer); la validation de tous ces documents nécessite beaucoup d'investissement de la part de tout le personnel.
- ◆ La manque de temps pour la formation, dû au manque de personnel, pose des problèmes importants de motivation et d'engagement.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVE DE CE PROGRAMME

V.1. AU NIVEAU DU SERVICE

- ◆ On constate que la réalisation d'un manuel qualité permet de formaliser le travail réalisé quotidiennement et, du fait des procédures, de standardiser les différentes étapes, donc de rendre possible l'organisation à long terme et de pérennité de ce type d'enquête.
- ◆ L'essentiel est d'obtenir tout au long de la démarche, l'adhésion des membres de l'équipe aux standards et aux indicateurs retenus.
- ◆ Le manuel constitue ainsi un acquis certain pour le service, en particulier pour sa valeur d'outil de formation et de référence pour l'équipe existante et un avantage pour l'intégration de tout nouvel agent, surtout dans notre service : il y a tout le temps des vacataires, des stagiaires, des externes et des internes.
- ◆ De façon générale ce programme a généré une émulation de l'ensemble du personnel du service dans le principe de la multi-disciplinarité. Il a permis une participation active des différents professionnels à la prise en compte des problèmes, la proposition de solutions, leurs applications sur le terrain et à la visualisation des corrections des dysfonctionnements en temps réel.

V.2. AU NIVEAU D'ETABLISSEMENT

- ◆ L'hôpital est une structure en mouvement continu (regroupement de services, changement de

personnels médicaux et paramédicaux). Il est donc capital qu'une enquête souhaitée permanente puisse suivre voire même anticiper les évolutions.

- ◆ La réflexion réalisée dans le cadre de la mise sous assurance qualité permet une bonne connaissance du fonctionnement de l'enquête permanente de la mesure de la satisfaction et son évolution selon des décisions du groupe de projet. Elle garantit la qualité de l'enquête dans le temps. Elle permet une réactivité rapide afin de rester en adéquation avec la structure hospitalière, les besoins des usagers, qu'ils soient cliniciens, décideurs ou malades.
- ◆ Du fait de la méthodologie retenue (échantillon permanent avec des analyses régulières identiques répétées dans le temps), l'indicateur de satisfaction des patients fait désormais partie du tableau de bord de suivi de la qualité. Il s'intègre dans le programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients développé par l'établissement.
- ◆ Cette enquête permanente du programme DSPH est la symbole d'une volonté institutionnelle pour le développement des démarches qualité.
- ◆ La réussite de l'organisation de cette enquête sur différents sites permet d'envisager la construction d'un réseau de coopération entre les établissements utilisant les méthodes et les outils standardisés

VI. REFERENCES

Textes officiels et articles

1. Rodenberg, S.N. Choosing the assessment method that meets your needs. *Quality assurance in hospitals. Strategies for assessment and implementation* 1990 ; 95-106.
2. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé. *Journal Officiel de la République Française* 1996 ; 6324-6325.
3. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Circulaire DH/AF 1 n°97-29 du 17 janvier 1997 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L 710-1-1 du code de santé publique. *Texte non paru au Journal officiel* 1997 ; 71-73.
4. Ministre de Santé. Evaluation de la satisfaction des patients : Document d'orientation à l'intention des établissements de santé. 1998.; 1-15.
5. Gasquet, I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Presse Médicale* 1999 ; 28(29): 1610-1616.
6. CHU Nancy. Rapport d'activités 2000 Centre Hospitalier Universitaire Nancy. 2000 ; Tome 1: 37-41.
7. Rubin, H.R., Ware J.E., Nelson E.C., Meterko, M. The Patients Judgement of Hospital Quality (PJHQ) questionnaire. *Medical Care* 1990 ; 28(9): S17-S18.
8. Rubin, H.R., Ware J.E., Hays, R.D. The PJHQ questionnaire : Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Medical Care* 1990 ; 28(9): S22-S26.
9. Nguyen Thi, P.L., Briançon, S., Empereur F., Guillemin, F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine* 2001 ; (accepté, en cours de publication).

Base bibliographique générale utilisée par le groupe de travail

- ◆ Service d'Evaluation Hospitalière. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : Un manuel pratique. *Paris : ANAES;1999*
- ◆ Service d'Evaluation Hospitalière. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. *Paris : ANAES; 1996*
- ◆ Service d'Evaluation Hospitalière. Manuel d'accréditation des établissements de santé. *Paris : ANAES; 1999*
- ◆ Service d'Evaluation Hospitalière. La satisfaction des patients - Lors de leur prise en charge dans les établissements de santé : Revue de la littérature médicale. *Paris : ANAES; 1996*
- ◆ Service d'Evaluation Hospitalière. Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. *Paris : ANAES; 1996*
- ◆ Service d'Evaluation Hospitalière. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. *Paris : ANAES; 2000*
- ◆ Service Evaluation des Pratiques. Démarches qualité des établissements de santé : Principes de recours à un prestataire. *Paris : ANAES; 2001*
- ◆ Chauvel, A.M. Qualité Méthode et Outils pour résoudre un problème - 30 outils pour améliorer la qualité de votre organisation. *Paris : Dunod; 1996*
- ◆ Hosotani, K. Le guide qualité de résolution de problème - Le secret de l'efficacité japonaise. *Paris : Dunod; 1997*
- ◆ Leteurtre, H., Perret, F. L'essentiel du management hospitalier : à l'usage des médecins et des cadres soignants. *Audit Hôpital, Paris : Berger-Levrault; 2000*
- ◆ Anhoury, P., Viens, G. Gérer la qualité et les risques à l'hôpital. *Gérer la Santé, Paris : ESF; 1994*
- ◆ Leteurtre, H., Vandenmersch, V., Blondiau, M.F. L'accréditation hospitalière : Gestion et services de soins. *Audit Hôpital, Paris : Berger-Levrault; 1997*

- ◆ Leteurtre, H., Patrelle I., Quaranta J.F., Ronzière N. La qualité hospitalière. *Audit Hôpital, Paris : Berger Levrault; 1999*
- ◆ Chevallier, R., Doutre, E., Spalanzani, A. Le management de la qualité. *La Gestion En Plus, Grenoble : Presses Universitaire de Grenoble; 1996*
- ◆ Hersan, C. Vade-mecum assurance qualité. *Paris : Technique et Documentation; 1995*
- ◆ Fromentin, D., Brun, J., Lengart J. Santé et Assurance qualité : Vers l'accréditation. *Paris : Berger Levrault; 1998*
- ◆ Fourcade, A., et al. La démarche qualité dans un établissement de santé. *AP-HP : Doin; 1997*
- ◆ Walter, M.H., Horn, M. L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé. *Encadrer à l'hôpital, Paris : Masson; 2000*
- ◆ SAS/STAT User's Guide. SAS Software. Release 8.0 Cary,NC,USA: *SAS Institute INC. 1999*

V.2. ROLE DES COMMENTAIRES LIBRES DANS UNE ENQUETE DE *SATISFACTION*

L'appréciation de la satisfaction des patients ne peut se limiter à des enquêtes quantitatives spécifiques (le questionnaire de sortie, le questionnaire dans les enquêtes spécifiques), mais s'appuyer également sur des enquêtes qualitatives approfondies et intégrer les remontées du terrain et l'exploitation des réclamations clients.

L'appréciation de la satisfaction des patients évaluée exclusivement par des questions fermées ne fournit pas une image complète des attentes des patients. Les méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients n'échappent pas à la classique opposition entre techniques qualitatives et techniques quantitatives. Différents auteurs, parmi lesquels, Avis et Williams^{38,57}, recommandent d'inclure des questions ouvertes dans les questionnaires de satisfaction pour profiter de la complémentarité des informations qu'elles produisent.

Le rôle des commentaires libres ou des plaintes n'a que très récemment fait l'objet d'attention comme :

- (1) un outil permettant d'entendre les doléances des patients,
- (2) un outil de management (de gestion),
- (3) un outil pour guider la mise en place des actions correctrices,
- (4) un outil permettant de mesurer d'autres domaines non étudiés,
- (5) une source riche pour élaborer des questions fermées.

Les questions ouvertes sous forme de commentaires libres peuvent être l'occasion d'une part de mieux décrire une plainte ressentie et d'autre part d'identifier des causes de dysfonctionnement. Les commentaires libres sont là pour préciser une information positive ou négative que le patient considère comme importante à signaler au moment où il remplit le questionnaire. Les commentaires libres doivent être exploités de façon traditionnelle comme un outil de gestion des plaintes à titre individuel (patient), et en parallèle elles peuvent faire l'objet d'analyses systématiques dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins. C'est la vision du

patient sur son séjour qui va permettre d'améliorer sa prise en charge. Grâce à l'analyse de ces commentaires libres, l'établissement pourra définir des programmes d'intervention plus ciblés, car ces commentaires libres permettent d'avoir des détails plus précis, et donc une information plus détaillée qui donne la possibilité de fixer de priorités en vue de l'amélioration de la satisfaction des patients hospitalisés (par exemple : hôtellerie score favorable mais beaucoup de plaintes concernant l'heure des repas)... Toutefois, l'aspect qualitatif de ce type d'évaluation, plus délicat à analyser, est moins souvent évoqué. A l'heure actuelle, les résultats concernant les commentaires libres sont présentés sous forme d'un recueil de commentaires classés par grands thèmes (rapport de l'enquête 01/09/1999 - 30/06/2000 du programme DSPH, CHU Nancy) ou d'une description simple. Dans notre étude, dans le cadre de l'amélioration de la satisfaction des patients hospitalisés, dès la mise en place du programme DSPH, une réflexion a été menée sur l'utilisation des commentaires libres. Ce travail a pour objectif de décrire le contenu des commentaires libres et d'identifier les facteurs qui influencent le fait remplir et le contenu des commentaires libres. Les retombées attendues de ce travail sont d'essayer de démontrer l'importance de la prise en compte des commentaires libres dans une enquête de satisfaction.

METHODE

Echantillonnage. Ce travail a été réalisé sur les 618 questionnaires renvoyés pendant les 3 premiers mois de 2001.

Les commentaires libres. Ce questionnaire comporte **7 zones** de commentaires libres (6 après chaque partie de satisfaction et 1 pour l'évolution de l'état de santé), chacune permettant d'élargir le thème pris en compte par les questions fermées. A partir de ces commentaires libres, une grille d'analyse qui permet de classer et recoder ces commentaires libres en **7 grands thèmes**, totalement **71 critères** pouvant appartenir à deux catégories (positif et négatif) a été élaborée et validée. Le tableau I présente l'ensemble des thèmes et critères retenus.

A partir de ces données, plusieurs variables ont été construites.

- a. Le remplissage des zones de commentaires libres en trois niveaux : 0 zone remplie, de 1 à 2 zones remplies, et ≥ 3 zones remplies.
- b. Le sens de commentaires libres en trois niveaux : aucun, positif et négatif.
- c. Les grands thèmes (7 thèmes).
- d. Les scores des dimensions de satisfaction (6 dimensions, nous n'avons pas traité les sous dimensions) : l'admission, les soins reçus, l'équipe de prise en charge, l'environnement hospitalier, la sortie de l'établissement, la satisfaction générale.

Autres données utilisées

- a. Les caractéristiques socio-démographiques des patients : l'âge traité en 8 classes, le sexe, vit seul(e) (oui/non), activité professionnelle avant l'hospitalisation (oui/non), CSP (8 classes), sécurité sociale (oui/non), affiliation à une mutuelle (oui/non) et le département de résidence (Meurthe & Moselle, Meuse, Moselle, Vosges et autres départements).
- b. Les informations générales concernant l'organisation du séjour du patient : hospitalisations ou consultations précédentes, le choix de l'hôpital et ses raisons, protection des biens, chambre à l'hôpital (individuelle ou non), la durée de séjour (≤ 14 jours, > 14 jours), les dates d'entrée et de sortie, lit et repas accompagnant, jugement sur le temps passé à l'hôpital, le délai de réponse au questionnaire, le service (36 services), l'établissement (4 établissements), la discipline (médecine/chirurgie), la fédération (7 types : médico-chirurgicale pour la pneumologie, médico-chirurgicale pour les maladies cardio-vasculaires, sciences neurologiques, appareil locomoteur, appareil digestif, cervico-facial, hors fédération).
- c. Les informations concernant la santé du patient : gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation, état de santé perçu à l'admission, évolution de la santé depuis l'admission, besoin d'assistance pendant le séjour, intervention chirurgicale pendant le séjour (oui/non), intensité de la douleur.

Analyses. Les résultats ont été exprimés en pourcentage et en scores moyens de satisfaction dans toutes les dimensions. Les relations entre les caractéristiques socio-démographiques, les

caractéristiques du séjour, de la santé du patient d'une part et les variables exprimant le remplissage des commentaires libres d'autre part ont été analysées en utilisant de façon appropriée le test t de Student ou l'analyse de variance et le chi deux de Pearson ou le test exact de Fisher, (le seuil de signification étant fixé à 5%). Les relations entre les scores de satisfaction et les variables exprimant le remplissage des commentaires libres ont été recherchées par analyse de variance en tenant compte des variables comme âge, sexe et les catégories de commentaire libre.

RESULTAT

Description de l'échantillon. 618 patients ont renvoyé le questionnaire. L'âge moyen des patients est de 55,5 ans ; 58% sont des hommes. La durée moyenne de séjour est de 7 jours. Le délai moyen de retour du questionnaire est de 11 jours. Les caractéristiques des patients sont présentées dans les tableaux II, III, IV.

Les commentaires libres et les scores de satisfaction.

Les zones de commentaires libres. 21% des patients n'ont rempli aucune zone de commentaires libres. 33,2% ont rempli 1 zone, 18,5% en ont rempli 2. Et 170 patients ont rempli au moins 3 zones sur 7 (tableau V).

Les patients les plus jeunes et qui ont choisi l'hôpital eux-mêmes ont rempli plus souvent de zones de commentaires libres que les autres. Les patients qui ont désiré et obtenu un lit ou un repas accompagnant ont rempli moins souvent que les autres (tableau VI). Nous n'avons pas trouvé des relations significatives entre le fait de remplir des zones de commentaires libres et les autres facteurs socio-démographiques, de santé des patients.

Les patients qui ont rempli plus de zone de commentaires libres ont tendance à être moins satisfaits. Cette tendance est significative pour les dimensions « admission » et « environnement hospitalier » (tableau VII).

Les thèmes abordés. Parmi les 489 patients qui ont rempli au moins 1 zone de commentaire libre, 65,4% avaient des commentaires concernant la prise en charge et soins reçus, 39,7%

concernant l'environnement hospitalier. Au total, 1124 commentaires dont 40,7% sont négatifs. (un patient peut remplir plusieurs commentaires pour un type de commentaire) (tableau VIII).

Il existe une différence significative des scores de satisfaction entre les patients qui n'ont pas fait de commentaires et ceux qui ont fait des commentaires négatifs pour le thème « prise en charge et soins reçus » en tenant compte de la classe d'âge, du sexe, et des interactions âge*commentaire, sexe*commentaire. Cette différence varie de 10,6 points à 19,1 points ; en moyenne de 14,2 points (tableau IX).

DISCUSSION

Il y a une cohérence entre le nombre de commentaires négatifs et les scores de satisfaction, pourtant cette analyse permet d'obtenir d'informations plus détaillées qui permettent de mieux fixer des priorités en vue de l'amélioration de la satisfaction des patients hospitalisés :

Exemple :

- Score de satisfaction pour la dimension concernant l'environnement hospitalier (à partir des réponses aux questions fermées) : 61,4 sur une échelle de 0 à 100.
- Apport de l'analyse des commentaires libres par notre grille :

Commentaires positifs = 6 (sur 667), commentaires négatifs = 166 (sur 457).

Les problèmes relevés parmi ces 166 plaintes sont : repas (76), sanitaire (WC, douche) (57), le reste concerne la chambre, le bruit, la télévision, le téléphone, le parking.... En ce qui concerne le repas, 26/76 commentaires sur la qualité, 17/76 sur la présentation (barquette...), 9/76 sur la quantité, 9/76 sur le choix ou la variété des menus.

Il n'y a pas de relation entre les scores de satisfaction et le fait de faire des commentaires positifs dans la dimension correspondante, il y a un problème de puissance lié au faible nombre de commentaire positif dans certains thèmes, ceci peut aussi être le témoin d'un apport spécifique des commentaires libres qui demandera à être approfondi sur un échantillon de plus grande taille.

Le fait de tenir compte des commentaires libres permet de corriger les scores de satisfaction et peut-être de mieux montrer les différences de scores de satisfaction entre les structures de soins quand on veut faire des comparaisons.

CONCLUSION et RECOMMANDATION

Ce travail a montré que les commentaires libres permettent de :

- Préciser une information positive ou négative qui permet de visualiser les zones dans lesquelles des programmes d'amélioration de la qualité sont nécessaires.
- Démontrer le rôle important des commentaires libres dans l'élaboration des questionnaires et de la prise en compte des commentaires dans l'analyse pour éviter une surestimation des scores de satisfaction et en améliorer l'interprétation.
- L'analyse des commentaires libres est un travail lourd et compliqué(estimé à une semaine ETP pour 500 questionnaires). La décision de les utiliser doit être prise en fonction de leur intérêt et de leur coût.

Tableau I. Thèmes et critères des commentaires libres

Thèmes	Critères	Nombre (total=71)
Attente	A l'admission au niveau du bureau des entrées	5
	A l'admission au niveau du service	
	Délai d'obtention	
	Avant un examen	
	En général (pendant le séjour)	
Appréciation générale	Médicale	3
	Paramédicale	
	Séjour dans sa globalité	
Communications	Médicale : amabilité	12
	Médicale : écoute, disponibilité	
	Médicale : information	
	Paramédicale : amabilité	
	Paramédicale : écoute, disponibilité	
	Paramédicale : information	
	Administratif : amabilité	
	Administratif : écoute, disponibilité	
	Administratif : information	
	Identification du personnel	
	Secret professionnel	
	En général	
Prise en charge et soins	Médicale : disponibilité	16
	Médicale : compétence	
	Médicale : disponibilité	
	Paramédicale : compétence	
	Infirmière : disponibilité	
	Infirmière : compétence	
	Aide-soignante : disponibilité	
	Aide-soignante : compétence	
	Brancardier : disponibilité	
	Brancardier : compétence	
	Autres	
	Equipe en général : coordination	
	Equipe en général : hébergement autre service	
	Equipe en général : compétence	
	Prise en charge de la douleur	
En général		
Manque de personnel	Médical, paramédical, administratif	4
	En général	
Conditions hôtelières :		28
Repas	Service au lit	
	Quantité	
	Qualité	
	Présentation	
	Choix	
	Régime	
	Hygiène	
En général		
Sanitaires	WC : conception	
	WC : localisation	
	WC : hygiène	
	Douche : conception	
	Douche : localisation	
Douche : hygiène		
Autres	Chambre : literie	
	Conception	
	Hygiène	
	Obtention chambre seule	
	Bruit : la nuit	
	Bruit : en général	
	Télévision : prix	
	Télévision : utilisation	
	Téléphone : prix	
	Téléphone : utilisation	
	Chauffage	
	Hôtellerie en générale	
	Protection des biens	
	Stationnement	
Sortie de l'établissement	Préparation	3
	Administratif	
	Courrier médical	

Tableau II. Description de l'échantillon étudié (n=618)
Les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Niveau	%
Sexe	Homme	57,4
	Femme	42,6
Classe d'âge	18 ≤ < 30 ans	10,7
	30 ≤ < 40 ans	9,5
	40 ≤ < 50 ans	15,2
	50 ≤ < 60 ans	19,4
	60 ≤ < 70 ans	20,6
	70 ≤ < 80 ans	18,1
	≥ 80 ans	6,5
Département de résidence	Meurthe & Moselle	56,3
	Moselle	8,3
	Meuse	14,6
	Vosges	11,5
	Autres	9,4
Mode de vie - Vie seul(e)	Oui	18,4
	Non	81,6
Activité professionnelle	Activité, Arrêt de travail avant d'hospitalisation	12,5
	Activité, Sans arrêt de travail avant d'hospitalisation	23,7
	Retraité	45,1
	Demandeur d'emploi	5,8
	Etudiant	3,9
	Pension d'invalidité	5,1
	Autres situations	3,9
CSP	Agriculteur	3,1
	Artisan/commerçant	6,1
	Cadre sup / Libéral	9,8
	Prof intermédiaire	10,9
	Employé	30,7
	Ouvrier	20,5
	Femme au foyer	10,4
	Autres situations	8,6
Mutuelle	Oui	94,5
	Non	5,5
Sécurité sociale	Oui	98,5
	Non	1,5

Tableau III. Description de l'échantillon étudié (n=618)
Les caractéristiques de séjour

Caractéristiques	Niveau	%
Etablissement	A	34,1
	B	3,9
	C	39,5
	D	22,3
	E	0,2
Discipline	Médecine court séjour	48,1
	Chirurgie court séjour	40,1
	Soins de suite et réadaptation	9,9
	Psychiatrie	1,9
Séjour	Court séjour	90,1
	Moyen séjour	9,9
Hospitalisation précédente	Jamais	58,2
	Une fois	18,2
	Deux fois	9,0
	>= 3 fois	14,6
Consultations précédentes	Oui	64,6
	Non	35,4
Choix de l'hôpital	Du patient	28,6
	Du médecin	55,9
	De la famille	5,0
	D'une autre	12,0
Si le patient a choisi l'hôpital lui-même, les raisons très importantes et assez importantes	Critère géographique	76,1
	Expérience passée	79,4
	Réputation	93,1
	Frais d'hospitalisation	93,1
Chambre à un lit	Oui	47,2
	Non	52,8
Lit accompagnant	Ne le désirait pas	68,3
	Oui	5,1
	Non	26,6
Repas accompagnant	Ne le désirait pas	63,7
	Oui	10,0
	Non	26,3
Jugement de la durée du séjour	Correct	79,8
	Trop court	4,8
	Trop long	8,8
	Ne sais pas	6,5

Tableau IV. Description de l'échantillon étudié (n=618)

Les caractéristiques de santé

Caractéristiques	Niveau	%
Opéré au cours de séjour	Oui	47,6
	Non	52,4
Etat de santé à l'admission (Gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation)	Mineur	3,9
	Modéré	15,3
	Sérieux	64,6
	Très grave	16,3
Santé perçue à l'admission	Excellent	3,5
	Très bon	5,5
	Bon	33,6
	Médiocre	31,4
	Mauvais	25,9
Besoin d'aide pendant le séjour	Quasi complète	7,9
	Beaucoup	11,1
	Modérée	14,0
	Peu	27,2
	Pas du tout	39,8
Intensité de la douleur	Nulle	23,5
	Très faible	10,4
	Faible	13,3
	Moyenne	30,6
	Grande	15,4
	Très grande	6,7
Evolution de l'état de santé par rapport à l'admission	Bien meilleur	35,5
	Plutôt meilleur	35,3
	A peu près pareil	24,7
	Plutôt moins bon	3,1
	Beaucoup moins bon	1,4

Tableau V. Distribution du nombre de zones de commentaires libres remplies

Nombre de zones de commentaire remplies	Nombre de questionnaires	%
0	129	20,9
1	205	33,2
2	114	18,5
3	65	10,5
4	55	8,9
5	19	3,1
6	19	3,1
7	12	2,0

Tableau VI. Relations entre le nombre de zones de commentaires libres remplies et les caractéristiques du patient

Variables	Nombre de zones de commentaires libres remplies			<i>p</i>
	0 (n=129)	< 3 zones (n=319)	≥ 3 zones (n=170)	
Age (moyen)	60,1	54,8	53,2	0,002
Choix de l'hôpital par le patient (%)	12,3	52,8	34,9	0,0004
Lit d'accompagnant (%) (souhaité et obtenu)	48,3	34,5	17,2	0,0001
Repas d'accompagnant (%) (souhaité et obtenu)	26,8	50,0	23,2	0,0001

Tableau VII. Score moyen de satisfaction selon le nombre de zones de commentaire remplies

Dimension de satisfaction	Zones de commentaires libres remplies						<i>p</i>
	0 zone (n=129)		1 – 2 zones (n=319)		≥ 3 zones (n=170)		
	m	SD	m	SD	m	SD	
Admission	75,1 ± 18,1		70,1 ± 20,3		68,8 ± 22,0		0,03
Soins reçus	71,1 ± 17,8		69,2 ± 18,2		67,6 ± 20,1		
Equipe de prise en charge	76,8 ± 17,1		75,5 ± 17,1		74,1 ± 19,2		
Environnement hospitalier	65,0 ± 17,7		61,4 ± 16,6		58,6 ± 19,2		0,007
Sortie de l'établissement	74,3 ± 20,0		70,8 ± 19,7		68,9 ± 22,3		0,08
Satisfaction globale	82,6 ± 15,7		81,4 ± 17,6		79,8 ± 20,2		

Tableau VIII. Répartition des commentaires positifs et négatifs selon le thème

Thème (nombre de critères)	Nombre de patients (n=489, %)	Nombre de patients donnant des commentaires positifs	Nombre de patients donnant des commentaires négatifs	Nombre de commentaires positifs	Nombre de commentaires négatifs
Attente (5)	40 (8,2)	10	30	10	31
Appréciation générale (3)	37 (7,6)	35	2	55	4
Communications (12)	105 (21,5)	63	42	141	63
Prise en charge et soins reçus (16)	320 (65,4)	261	59	439	67
Manque de personnel (4)	14 (2,9)	4	55	5	76
Conditions hôtelières (28)	194 (39,7)	8	186	6	166
Sortie de l'établissement (3)	53 (10,8)	9	44	11	50
				667	457

Tableau IX. Score moyen de satisfaction selon la catégorie (aucun, positif, négatif) pour le thème "prise en charge et soins reçus"

Dimension de satisfaction	Score de satisfaction (moyenne)			p1*	p2**
	Aucun commentaire	Commentaires positifs	Commentaires négatifs		
Admission	76,1	73,7	55,5	ns	10 ⁻⁴
Soins reçus	71,8	73,4	53,8	ns	0,0003
Equipe prise en charge	76,6	79,2	62,3	ns	0,009
Environnement hospitalier	64,9	64,8	49,8	ns	0,002
Sortie de l'établissement	74,5	73,5	60,3	ns	0,004
Satisfaction globale	82,6	84,5	69,9	ns	0,0009

p obtenu à partir des tests t protégés (Dunnet)

*: p1 : entre les scores de satisfaction des patients "aucun commentaire" et ceux "commentaires positifs"

*: p2 : entre les scores de satisfaction des patients "aucun commentaire" et ceux "commentaires négatifs"

**V.3. SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES AU CHU DE NANCY.
*RAPPORT BIENNAL DU PROGRAMME DSPH (MESURE A DISTANCE DE LA
SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES)***

Mesure de la Satisfaction des Patients
Programme D.S.P.H.

Rapport Biennal

Oct 1999-Déc 2001

Centre Hospitalier Universitaire Nancy



Nancy



PREPARE PAR

Epidémiologie et Evaluation Cliniques
C.H.U de Nancy

CONTACT

Pr. Serge Briançon

AUTEURS

Serge Briançon, Phi Linh Nguyen Thi, Florence Girard, Sylvie Klein, Jean-Marc Virion

RAPPORT D'EXECUTION

Octobre 1999 - Décembre 2001

EDITION

Mai 2002

EPIDEMIOLOGIE ET EVALUATION CLINIQUES
C.H.U. DE NANCY

Tél : 03-83-85-21-63 – Fax : 03-83-85-12-05 – email : eval@chu-nancy.fr

Adresse : 92 Avenue du Mal de Lattre de Tassigny 54035 Nancy

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES.....	3
SYNOPSIS DE L'ETUDE.....	5
PARTICIPENT A CE TRAVAIL.....	6
REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON.....	7
COMPARABILITE DES SOUS GROUPES.....	11
CARACTERISTIQUES DES PATIENTS.....	17
MODALITES DE PRESENTATION DES RESULTATS DE SATISFACTION.....	21
COMPARAISON DES SCORES DE SATISFACTION DES SERVICES.....	65
Annexe 1. LES SERVICES CLINIQUES PARTICIPANTS OCTOBRE 1999 - DÉCEMBRE 2001.....	82
Annexe 2. LE QUESTIONNAIRE.....	86

TABLEAUX DE DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Tableau I : Nombre de questionnaires exploitables selon le service	8
Tableau II: Structure par âge et par sexe selon l'établissement, la discipline et la spécialité	13
Tableau III : Caractéristiques des sujets hospitalisés - Socio-démographie	18
Tableau IV : Caractéristiques des sujets hospitalisés - Motivations séjour	19
Tableau V : Caractéristiques des sujets hospitalisés - Etat de santé perçu	20
Tableau VI : Nombre de sujets pour lesquels les scores de satisfaction sont calculables	22

FIGURES DE DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Figure 1 : Evolution mensuelle de la population et de l'échantillon satisfaction	9
Figure 2 : Pyramide des ages des envois et des répondants exploitables satisfaction	10
Figure 3 : Structure par âge et sexe selon l'établissement satisfaction	14
Figure 4 : Structure par âge et sexe selon la spécialité satisfaction	15
Figure 5 : Structure par âge et sexe selon la discipline satisfaction	16

TABLEAUX ET FIGURES DES RESULTATS DE SATISFACTION

	Description	Satisfaction Globale	Scores Moyens	Comparatifs	
Ensemble CHU		23	24	25	
Etablissement	Hôpital Central	26	27	28	
	Hôpital Brabois	29	30	31	
	Hôpital Jeanne D'Arc	32	33	34	
	Hôpital Fournier	35	36	37	38
Discipline	Court Séjour	39	40	41	
	Moyen Séjour	42	43	44	45
Fédération	Médico-chirurgicale de Pneumologie	46	47	48	
	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	49	50	51	
	Sciences Neurologiques	52	53	54	
	Appareil Locomoteur	55	56	57	
	Appareil Digestif	58	59	60	
	Cervico-Faciale	61	62	63	64
Services					
	Admission				66
	Communication				67
	Environnement hospitalier				68
	Equipement				69
	Facilites offertes aux familles & amis				70
	Formalités administratives				71
	Information de la famille				72
	Interventions hors chambre				73
	Intimité				74
	Repas				75
	Soins autres				76
	Soins infirmiers				77
	Soins médecins				78
	Soins reçus				79
	Soins équipe				80
	Satisfaction globale				81

SYNOPSIS DE L'ETUDE

POPULATION	99 590 patients de plus de 18 ans, hospitalisés en court ou moyen séjour, plus de 24 heures et sortis vers leur domicile
SERVICES	40 services cliniques de médecine et chirurgie (liste annexe 1)
QUESTIONNAIRE	Questionnaire PJHQ (Rubin), adapté et validé en français, auto-administré, envoyé par courrier environ 15 jours après la sortie du patient de l'hôpital (annexe 2)
TYPE D'ENQUETE	Echantillon représentatif obtenu par tirage au sort stratifié sur le service de sortie et la semaine de sortie avec fraction de sondage variable d'un service à l'autre (3 patients/service /semaine).
ECHANTILLON	4 907 questionnaires exploitables
PERIODE ANALYSEE	1 ^{er} octobre 1999 – 31 décembre 2001
PRECISION DES ESTIMATIONS	Précision globale à 95% : ± 0,75% pour l'estimation d'un pourcentage; ± 0,4 pour l'estimation d'une moyenne pour l'ensemble du CHU. ± 5% et 2,4 points pour les services.

PARTICIPENT A CE TRAVAIL

GROUPE DE TRAVAIL

Direction	Monsieur Vuillemin Madame Toussaint Monsieur Collombet Monsieur Baginski
Direction du service de Soins Infirmiers	Monsieur Thomas
Cadres Infirmiers	Mademoiselle David
Médecins	Monsieur le Professeur Picard Monsieur le Professeur Briançon Monsieur le Docteur François Alla Monsieur le Docteur Bellou Madame le Docteur Girard Madame le Docteur Pinelli Madame le Docteur Nguyen
Représentants des usagers	Monsieur le Docteur Maison Monsieur Lequeue

ENVOI, RECEPTION ET SAISIE DES QUESTIONNAIRES

Secrétariat de Direction des sites

Brabois	Madame Michel Madame Voiriot Madame Valdenaire
Central	Mademoiselle Gefvneu
MVF - Jeanne d'Arc - Spillman	Madame Broust Madame Rémen
Analyse de Gestion	Madame Soldner

TRANSMISSION DES SORTIES DU CHU CRIH

Madame Picard

GESTION DE LA BASE DE DONNEES, CONTROLE DE QUALITE ANALYSES STATISTIQUES, ECRITURE DU RAPPORT

Epidémiologie et évaluation Cliniques	Monsieur Briançon Madame Fischer Madame Girard Madame Klein Monsieur Melchior Madame Nguyen Madame Stein Monsieur Virion
--	---

REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

Parmi les 99 590 sorties éligibles, 13 228 [fraction de sondage globale (13,3%)] ont été tirés au sort dans chacun des services cliniques ; 5 137 (38,8%) patients ont renvoyé un questionnaire ; mais seulement 4 907 (37,1%) questionnaires sont exploitables, les patients ayant donné leur nom et date de naissance (4 134) ou ayant indiqué leur âge, sexe et service d'hospitalisation de façon cohérente (773). L'évolution est relativement stable au cours des 25 mois étudiés (figure 1).

L'estimation de la satisfaction doit tenir compte du mode de sondage stratifié sur le service avec fraction de sondage variable. Il permet de garantir que l'échantillon est représentatif sur le service quelque soit le taux de réponse par service (tableau I). Le nombre de questionnaires obtenu est donc supérieur à 100 pour la quasi totalité des services, à l'exception de quelques un qui se répartissent en deux groupes :

- Trois pour lesquels le nombre est extrêmement faible, il s'agit des services de Maladies Infectieuses et Réanimation Neurorespiratoire, de Soins de suite orientation gériatrie, soins palliatifs et réadaptation et de Médecine G Maladie de la Nutrition – moyen séjour ; la raison en est le faible nombre de sorties vers le domicile à partir de ces services et donc la quasi impossibilité d'obtenir les mesures de satisfaction sur ces services.
- Deux services dont la fermeture est intervenue pendant la période de mesure : Chirurgie cardiovasculaire (73 questionnaires, fermeture le 31/12/2000) Chirurgie E Thoracique (77 questionnaires, fermeture le 31/12/2000).

Le taux de réponse varie donc de façon assez considérable d'un service à l'autre avec un minimum au service de médecine B Gériatrie (22%) et un maximum au service de Neurochirurgie (48,9%).

Globalement il est meilleur en service de chirurgie qu'en service de médecine.

Cette variation du taux de réponse par service reflète en partie des variations liées à d'autres facteurs importants, particulièrement l'âge et le sexe. La figure 2 montre la pyramide des âges des sujets à qui un questionnaire a été envoyé et des sujets qui ont répondu de façon exploitable.

Le taux de réponse varie de façon significative selon l'âge et le sexe. Notamment le taux de réponse est plus faible chez les femmes à tous les âges sauf avant 40 ans et chez les 50 - 60 ans. Chez les femmes le taux de réponse est maximum pour cette dernière classe d'âge, chez les hommes entre 40 et 80 ans (figure 2).

Il est donc nécessaire de tenir compte de l'âge et du sexe en effectuant une post-stratification ou redressement de l'échantillon de façon à obtenir des estimations représentatives sur ces deux caractéristiques qui sont très liées au niveau de satisfaction.

Au total, les estimations de la satisfaction fournies sont représentatives sur l'âge, le sexe et le service d'hospitalisation.

Tableau I : Nombre de questionnaires exploitables selon le service

SERVICES	Nombre de sorties	Questionnaires *	Fraction de sondage	Taux de reponse *	Nombre passé aux urgences *
Cardiologie Brabois Adultes	5934	147	5,9	42,0	62
Cardiologie C Central	3684	197	12,9	41,4	85
Cardiologie Unité Fonctionnelle - SSR - Moyen séjour	895	149	36,4	45,7	43
Chirurgie Arthroscopique et Traumat. de l'Appareil Locomoteur	1158	154	31,1	42,8	72
Chirurgie Cardio-Vasculaire	227	73	71,4	45,1	8
Chirurgie Digestive et Générale	4673	143	7,4	41,1	53
Chirurgie E Thoracique	460	77	41,7	40,1	12
Chirurgie Générale et Urgences	3498	135	10,0	38,5	63
Chirurgie Maxillo-Faciale	2764	132	12,7	37,6	23
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	2958	160	11,8	46,0	50
Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l'Appareil Locomoteur	4771	179	9,7	38,7	102
Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l'Appareil Locomoteur - MS	1730	115	21,2	31,3	42
Chirurgie Vasculaire et Endoluminale	1429	145	24,5	41,4	31
Chirurgie cardiaque et Transplantation cardiotoracique	741	143	45,5	42,4	31
Dermatologie - Vénérologie	1525	105	22,9	30,1	20
Hématologie et Médecine Interne	1826	122	19,1	35,0	32
Hépatogastro-Enterologie	6143	125	5,7	35,8	39
Maladies Infectieuses et Réanimation Neurorespiratoire	29	10	100,0	34,5	4
Maladies Infectieuses et Tropicales	2665	126	13,2	35,9	81
Maladies Respiratoires	3716	134	9,4	38,4	38
Medecine E	3172	122	11,1	34,8	28
Médecine B Gériatrie	1522	89	26,6	22,0	61
Médecine G Maladies de la Nutrition	3534	196	14,0	39,6	24
Médecine G Maladies de la Nutrition - Moyen séjour	360	32	19,4	45,7	0
Médecine Interne H	2129	105	16,4	30,1	62
Médecine J	1828	104	19,1	29,8	46
Médecine L	856	101	40,1	29,4	9
Médecine interne et Immuno Allergologie Clinique	1926	136	18,1	39,1	30
Neurochirurgie	4820	171	7,3	48,9	35
Neurologie	4001	123	8,7	35,3	62
Néphrologie	1433	125	24,6	35,5	43
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale	3132	153	11,2	43,7	14
Ophtalmologie A	2872	168	12,2	48,0	11
Ophtalmologie B	3149	136	11,1	39,1	19
Pneumologie	3181	121	12,3	31,0	60
Psychologie Médicale	847	93	46,3	23,7	30
Rhumatologie	3629	124	9,6	35,4	38
Réanimation Médicale	788	96	42,3	28,8	63
Service de suite orientation gériatrie, Soins palliatifs, Réadaptation	49	11	100,0	22,4	7
Urologie	5536	130	6,3	37,1	67
CHU	99590	4907	13,3	37,1	1600

* : exploitables (nominatif ou âge, sexe et service remplis)

Figure 1 : EVOLUTION MENSUELLE DE LA POPULATION ET DE L'ECHANTILLON

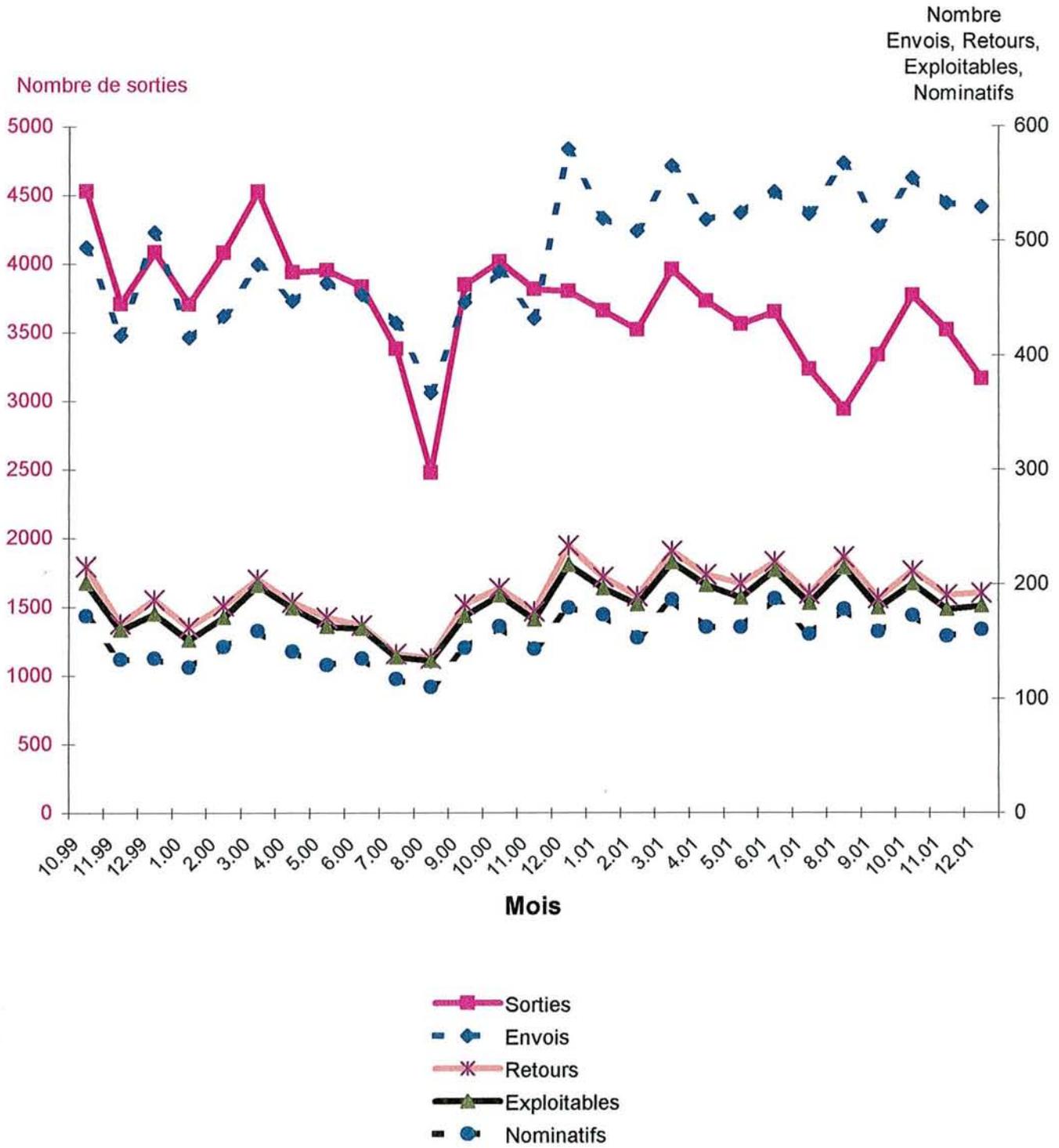
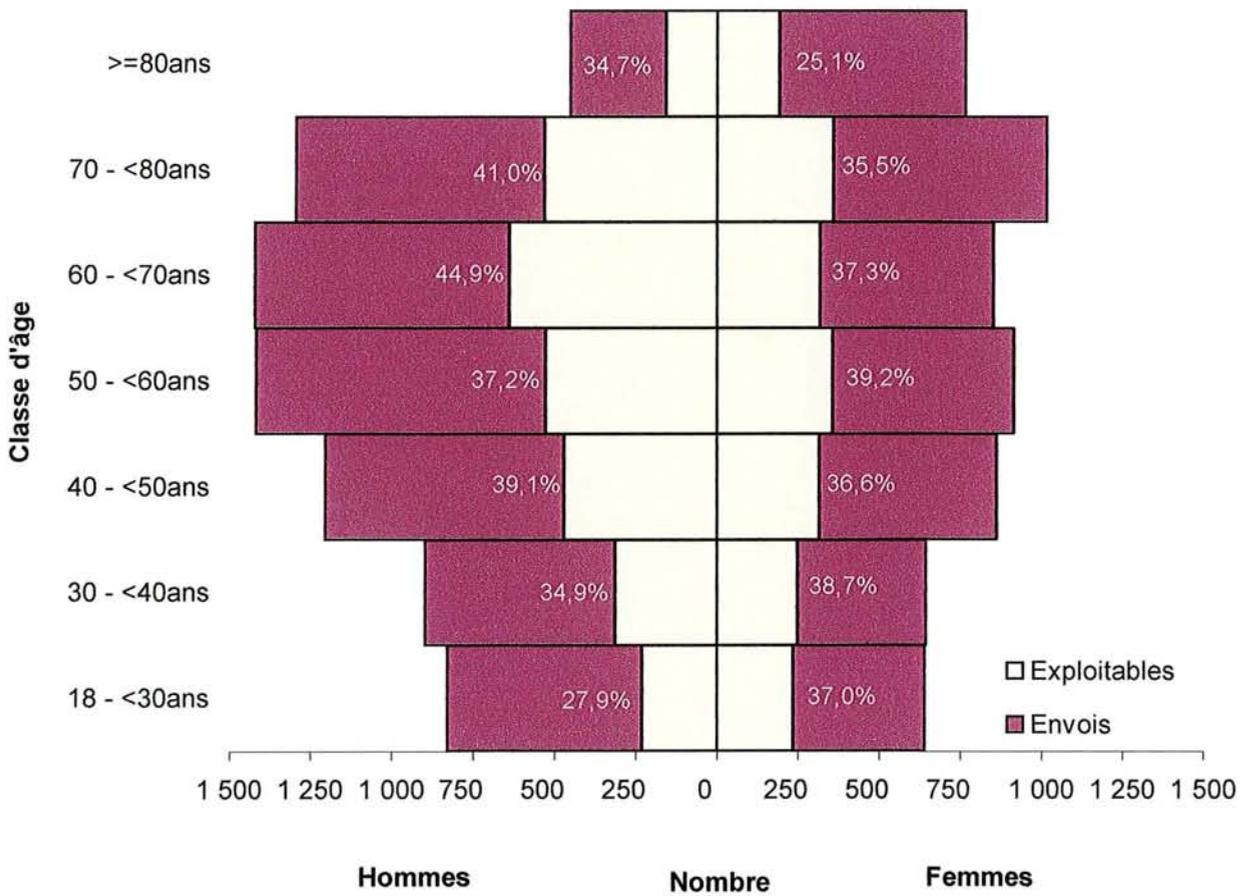


Figure 2 : PYRAMIDE DES AGES DES ENVOIS ET DES REpondANTS



COMPARABILITE DES SOUS GROUPES

L'objectif de cette exploitation biennale est de permettre une exploitation par service des résultats de satisfaction. Les résultats sont également présentés pour l'ensemble du CHU et pour différents sous groupes, composés de plusieurs services, afin de mieux appréhender les variations de satisfaction d'un service à l'autre. Ces différents sous-groupes :

- L'Etablissement
- La Fédération : seules les fédérations officiellement constituées sont retenues.
- La Discipline : court ou moyen séjour.

Le niveau de satisfaction dépendant de l'âge et du sexe, il est indispensable pour toute description de tenir compte de ces deux facteurs, les différences de niveau de satisfaction d'un sous-groupe à l'autre pouvant ne refléter que des différences de structure d'âge et de sexe qui sont très importantes comme l'illustrent le tableau II et les Figures 3, 4 et 5 :

- L'hôpital de Brabois est caractérisé par une sur-représentation des hommes entre 50 et 80 ans et des femmes de plus de 70 ans
- L'hôpital Jeanne d'Arc est caractérisé par une sur-représentation des hommes jeunes
- Il existe également des différences notables par fédération : par exemple, les fédérations médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires et de pneumologie accueillent principalement des hommes entre 50 et 80 ans, alors que la fédération de l'appareil locomoteur accueille de façon importante des hommes jeunes.
- Il existe bien entendu des différences parfois considérables d'un service à l'autre pouvant conduire à des difficultés d'analyse.
 - D'une part, trois services n'ont pu faire l'objet d'une analyse séparée des résultats en raison d'un nombre trop faible de sujets inclus. Ce sont les services de : Maladies Infectieuses et Réanimation Neurorespiratoire, Médecine G Maladies de la Nutrition – Moyen séjour, Soins de suite, orientation gériatrie, soins palliatifs, réadaptation Spillmann.
 - D'autre part, deux services ont fermé au cours de la période : il s'agit du service de chirurgie cardiaque et vasculaire (Professeur Mathieu), du service de chirurgie thoracique (Professeur Borrelly) tous deux fermés le 1^{er} janvier 2002 ; 73 et 77 questionnaires ont été collectés respectivement dans ces deux services ; il a été décidé de ne pas présenter les résultats de ces services et de ne pas les regrouper avec les services qui ont repris leur activité.
 - Au total 35 services concordent donc à la description de la satisfaction par service.
- Enfin certains services n'accueillent que des patients de tranche d'âge particulière, c'est le cas notamment du service de Médecine B Gériatrie, dont la quasi totalité des patients ont plus de 60 ans ; ce service accueille cependant quelque fois des patients plus jeunes ; parmi ces rares patients 2 avaient répondu au questionnaire et indiqué des niveaux de satisfaction très faibles (peut être parce qu'ils étaient entourés essentiellement de personnes âgées) ; mais ils induisaient une perturbation considérable des résultats qui a conduit à l'exclure de l'analyse de ce service. C'est le cas également pour une femme de moins de 30 ans au service de Cardiologie Brabois-Adultes, et d'un homme de plus de 80 ans au service de Psychologie médicale.

La présentation des résultats tient donc compte de ces différences de structure d'âge et de sexe et c'est la raison pour laquelle : on fournit d'une part l'estimation dans le sous-groupe considéré et d'autre part une estimation standardisée qui permet de comparer les sous-groupes à structure d'âge et sexe équivalents. La population de référence utilisée est celle de l'ensemble du CHU sur la période.

Pour les comparaisons des services, on réalise d'une part une comparaison globale des services entre eux présentée de façon anonyme et d'autre part une description de chacun des services avec comparaison à l'ensemble du CHU, à l'établissement et enfin à la discipline (Médecine ou Chirurgie) auquel il appartient, adressée au chef de service concerné.

Note méthodologique : Dans la comparaison de scores (écart-type des scores de 20) ou de proportions de deux échantillons de **n** patients chacun (pour un risque alpha de 5%, une puissance de 80%), la différence observée doit être au moins égale à celle indiquée dans le tableau ci-dessous pour être significative

Nombre de patients (n)	Moyenne	Pourcentage
2500	1,6	4,0
2000	1,8	4,5
1500	2,0	5,0
1000	2,5	6,2
500	3,5	8,8
400	4,0	9,8
300	4,6	11,3
200	5,6	13,9
100	8,0	19,4

Tableau II : Structure par age et sexe selon l'établissement, la fédération et le séjour

(en pourcentage, la somme des % en ligne est égale à 100%)

		Homme							Femme						
		18 - <30ans	30 - <40ans	40 - <50ans	50 - <60ans	60 - <70ans	70 - <80ans	>=80ans	18 - <30ans	30 - <40ans	40 - <50ans	50 - <60ans	60 - <70ans	70 - <80ans	>=80ans
Etablissement	Hôpital Central	7,8	7,4	9,3	10,3	8,9	7,2	2,2	6,7	6,7	8,2	7,3	6,7	7,0	4,5
	Hôpital Brabois	3,8	4,5	8,0	11,2	13,5	12,5	4,4	3,7	3,6	5,4	6,4	7,1	9,5	6,3
	Hôpital Jeanne D'Arc	10,8	11,8	13,1	11,8	8,6	5,0	0,7	4,5	5,2	6,9	7,9	6,7	5,9	1,0
	Hôpital Fournier	3,3	9,6	15,4	10,7	5,4	8,0	3,0	3,4	5,7	8,5	7,2	5,3	7,7	6,7
Fédération*	Pneumologie	2,9	2,6	7,1	15,6	18,1	16,6	5,2	2,4	1,9	3,4	5,0	6,0	8,4	4,9
	Cardio-vasculaire	1,3	2,7	8,7	15,6	19,2	17,4	4,5	1,0	1,3	2,8	4,2	6,2	9,8	5,3
	Neurologie	6,9	9,8	11,9	10,7	8,1	6,7	1,2	5,2	8,0	10,4	7,4	6,8	5,3	1,9
	Locomoteur	13,0	12,4	12,6	9,8	5,8	3,5	0,8	4,4	5,3	7,5	8,6	7,8	6,2	2,4
	Digestif	4,3	5,5	9,2	10,6	13,3	11,0	2,4	5,0	4,5	6,9	7,4	7,9	8,2	3,8
	Cervico-Faciale	10,2	7,8	10,1	11,9	8,5	3,8	1,0	10,4	9,6	9,7	7,9	4,9	2,8	1,3
Discipline	Court Séjour	5,9	6,3	9,1	10,8	11,2	9,8	3,3	4,9	4,9	6,6	6,9	6,9	8,3	5,2
	Moyen Séjour	8,6	12,8	15,3	13,6	9,1	6,3	1,0	3,6	5,4	7,6	6,8	5,4	3,9	0,7
Total	CHU	6,0	6,5	9,2	10,9	11,1	9,7	3,2	4,8	4,9	6,6	6,9	6,9	8,2	5,1

- * : Pneumologie : Médico-chirurgicale de Pneumologie
 Cardio-vasculaire : Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires
 Neurologie : Sciences Neurologiques
 Locomoteur : Appareil Locomoteur
 Digestif : Appareil Digestif
 Cervico-Faciale : Cervico-Faciale

Figure 3 : STRUCTURE PAR AGE ET SEXE SELON L'ETABLISSEMENT

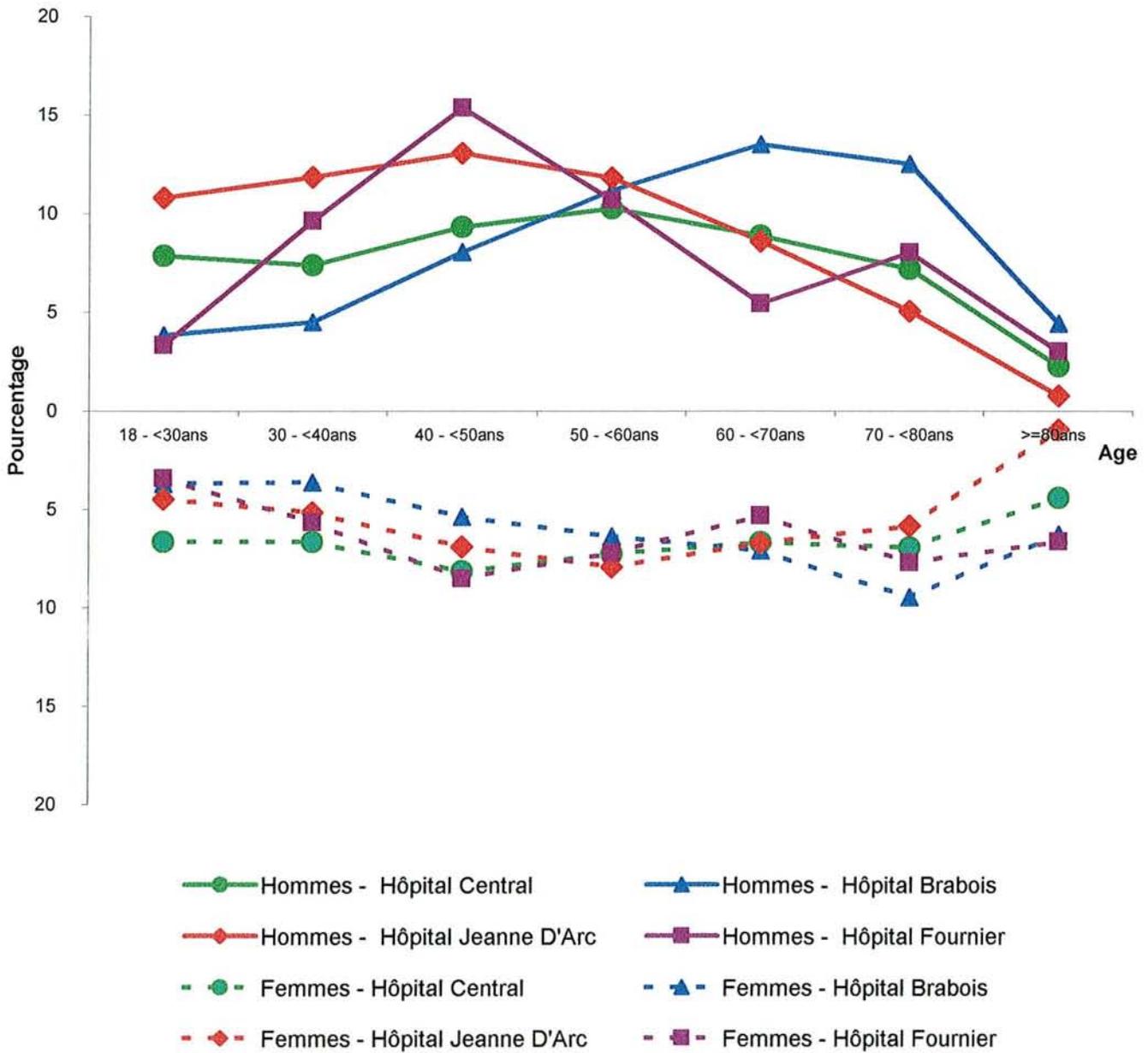


Figure 4 : STRUCTURE PAR AGE ET SEXE SELON LA FEDERATION

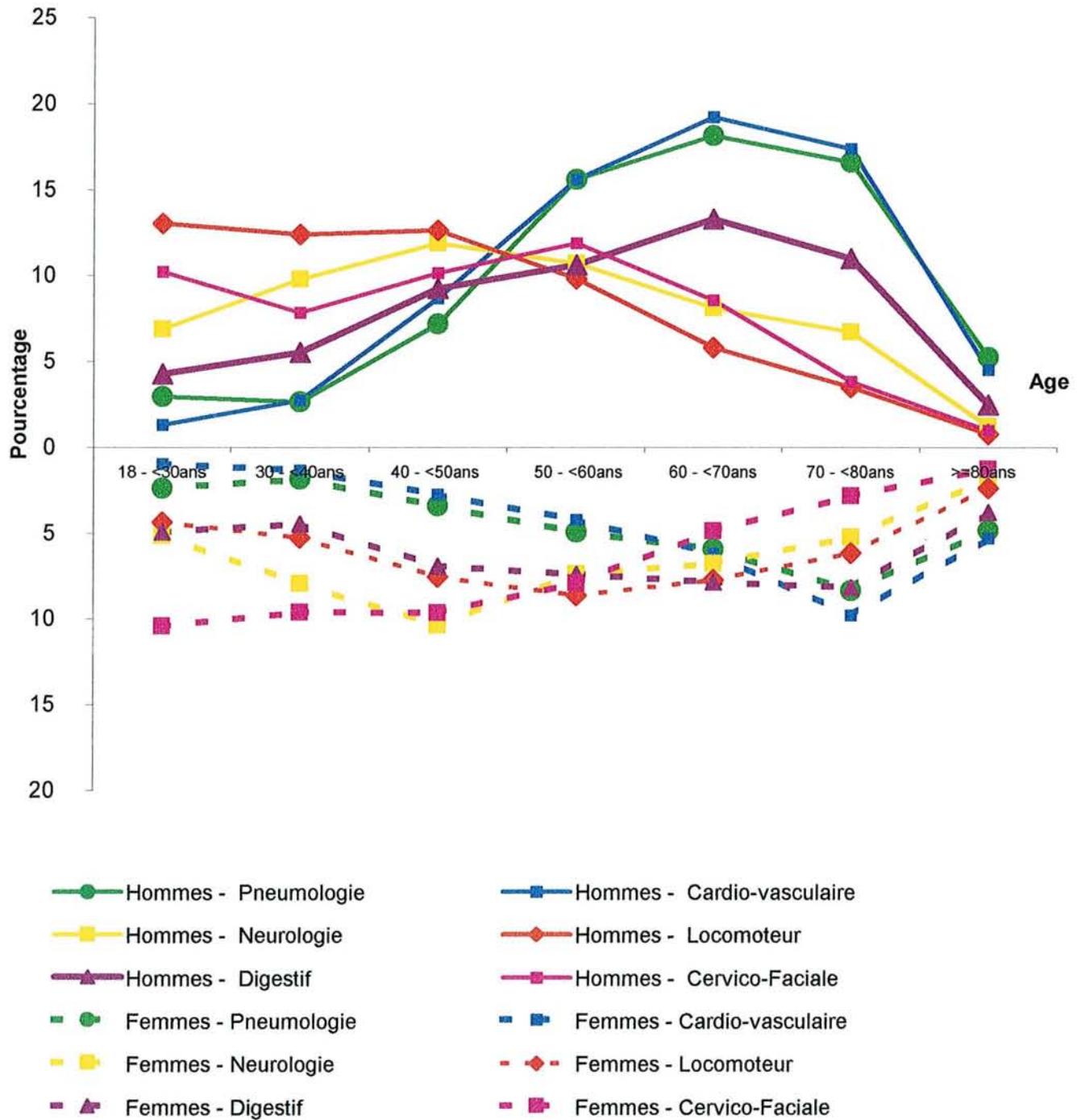
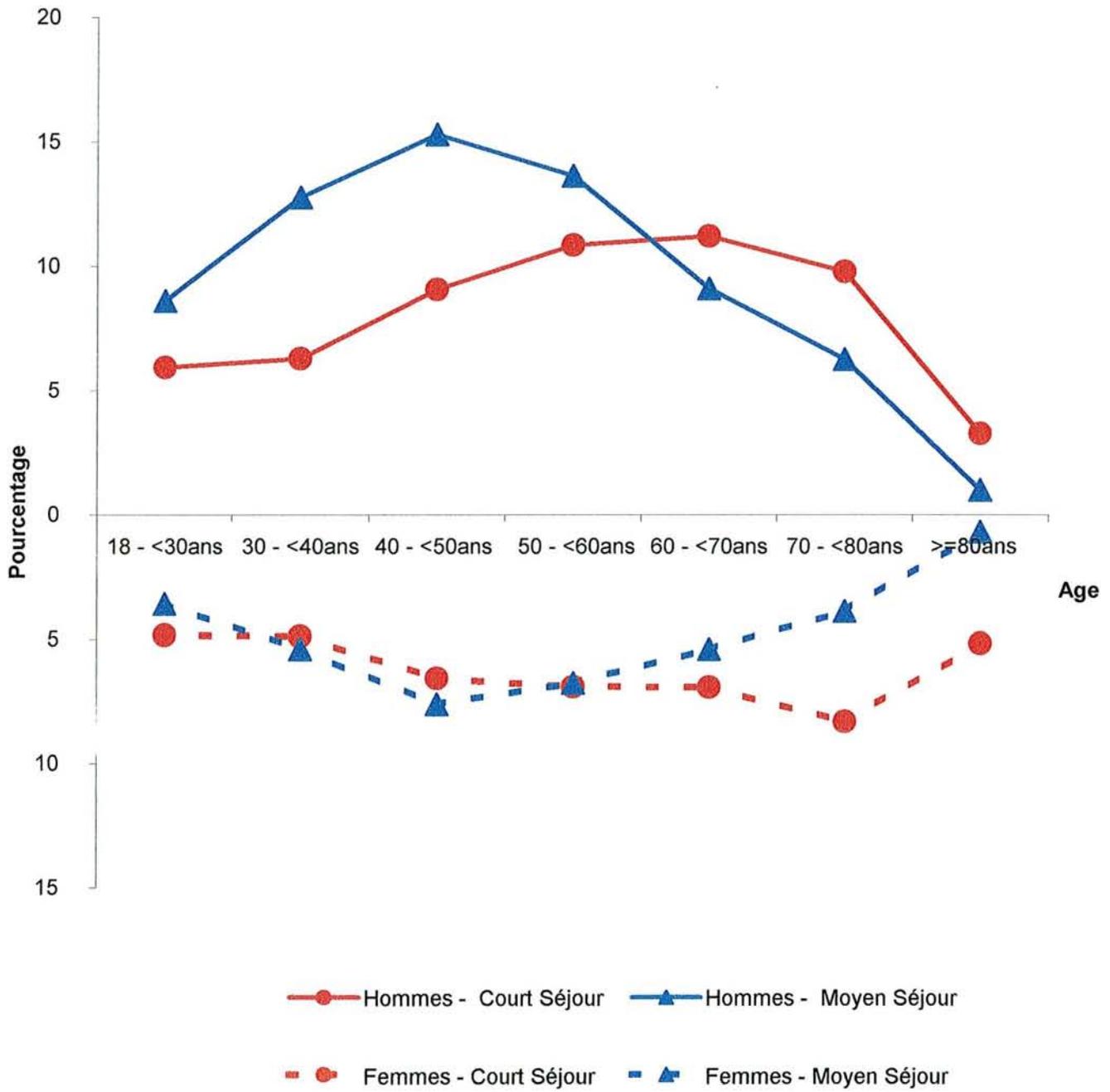


Figure 5 : STRUCTURE PAR AGE ET SEXE SELON LA DISCIPLINE



CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Les patients sortis du CHU de Nancy peuvent être décrits selon trois types de caractéristiques :

- Socio-démographiques (Tableau III)
- Motivation du choix de l'hôpital, séjour (Tableau IV)
- Etat de santé perçu (Tableau V)

Plus de la moitié (59,0%) des patients ne connaissaient pas l'hôpital avant cette venue.

Les critères majeurs dans le choix de l'hôpital sont d'abord la réputation puis le critère géographique. Chez ceux qui sont déjà venus, il s'agit de leur expérience passée.

Plus de 79,6% jugent le problème pour lequel ils sont venus sérieux ou très grave tandis que près de 57,7% jugent leur état de santé à l'entrée médiocre ou mauvais. Près de deux patients sur trois déclarent être en meilleur santé après leur séjour.

Un patient sur trois avait besoin, pendant le séjour, d'une assistance pour leurs activités de la vie quotidienne.

La moitié ont subi une intervention chirurgicale.

Un quart dit n'avoir ressenti aucune douleur au cours de leur séjour.

Enfin plus d'un sujet sur trois est entré à l'hôpital en passant par le service des urgences.

Tableau III : Caractéristiques des sujets hospitalisés - Socio-démographie

		Nombre *	Proportion **	IC 95%
Sécurité sociale	Oui	4778	99,1	98,8 - 99,3
Affiliation à une mutuelle	Oui	4512	94,1	93,4 - 94,8
Activité professionnelle	Activité en arrêt de travail***	670	14,2	13,2 - 15,2
	Activité sans arrêt de travail***	1042	23,5	22,3 - 24,7
	Retraité	2081	44,2	43,4 - 45,0
	Demandeur d'emploi	233	5,1	4,4 - 5,8
	Etudiant	132	3,2	2,7 - 3,7
	Pension d'invalidité	220	4,6	3,9 - 5,2
	Autres situations	239	5,2	4,5 - 5,8
Catégorie socio-professionnelle	Agriculteur	105	2,9	2,3 - 3,5
	Artisan/commerçant	233	5,7	4,9 - 6,5
	Cadre supérieur	371	9,2	8,2 - 10,2
	Profession intermédiaire	459	12,1	11,0 - 13,3
	Employé	1101	29,3	27,8 - 30,9
	Ouvrier	803	20,8	19,4 - 22,2
	Femme au foyer	471	12,4	11,3 - 13,4
	Autres situations	270	7,5	6,6 - 8,4
Vie seul(e)	Oui	1048	22,6	21,3 - 23,9

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

*** Arrêt de travail avant l'entrée à l'hôpital

Tableau IV : Caractéristiques des sujets hospitalisés - Motivations séjour

		Nombre *	Proportion **	IC 95%
Hospitalisations précédentes	Jamais	2718	59,0	57,4 - 60,5
	Une fois	769	16,5	15,3 - 17,6
	Deux fois	413	8,6	7,7 - 9,5
	>= 3 fois	737	16,0	14,8 - 17,1
Consultations précédentes	Oui	3048	65,0	63,5 - 66,5
Critère géographique	Très important	1092	47,9	45,6 - 50,2
	Assez important	600	26,5	24,5 - 28,5
	Peu important	374	16,7	15,0 - 18,3
	Pas du tout important	209	9,0	7,7 - 10,2
Expérience passée	Très important	1042	50,9	48,4 - 53,3
	Assez important	566	30,0	27,7 - 32,3
	Peu important	161	8,5	7,1 - 9,8
	Pas du tout important	216	10,7	9,2 - 12,1
Réputation	Très important	1892	73,1	71,2 - 75,0
	Assez important	561	22,0	20,3 - 23,8
	Peu important	64	2,4	1,8 - 3,0
	Pas du tout important	65	2,5	1,8 - 3,1
Frais d'hospitalisation	Très important	347	21,1	18,9 - 23,2
	Assez important	318	19,7	17,6 - 21,8
	Peu important	454	27,6	25,2 - 30,0
	Pas du tout important	524	31,6	29,2 - 34,1
Passage par le Service d'accueil des urgences	Oui	1650	37,7	36,2 - 39,2
Chambre seule	Oui	2268	44,5	43,0 - 45,9
Lit accompagnant	Non	1245	27,8	26,3 - 29,2
	Oui	219	5,0	4,3 - 5,8
	Ne le désirais	2973	67,2	65,7 - 68,7
Repas accompagnant	Non	1227	28,6	27,1 - 30,1
	Oui	406	9,0	8,1 - 10,0
	Ne le désirais	105	62,4	60,8 - 64,0
Protection des biens	Oui	1014	21,2	20,0 - 22,5

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Tableau V : Caractéristiques des sujets hospitalisés - Etat de santé perçu

		Nombre *	Proportion **	IC 95%
Gravité du problème ayant motivé l'admission	Mineur	177	4,0	3,4 - 4,6
	Modéré	725	16,4	15,2 - 17,5
	Sérieux	3030	64,2	62,8 - 65,7
	Très grave	803	15,4	14,3 - 16,5
Santé perçue à l'admission	Excellent	207	4,6	4,0 - 5,3
	Très bon	343	7,3	6,5 - 8,1
	Bon	1415	30,3	28,9 - 31,8
	Médiocre	1517	31,9	30,4 - 33,3
	Mauvais	1235	25,8	24,5 - 27,2
Evolution de l'état de santé depuis l'hospitalisation	Bien meilleur	1784	37,7	36,2 - 39,2
	Plutôt meilleur	1461	32,9	31,4 - 34,4
	A peu près pareil	1089	24,4	23,0 - 25,7
	Plutôt moins bon	178	3,8	3,2 - 4,4
	Beaucoup moins bon	59	1,3	0,9 - 1,6
Besoin d'assistance pendant le séjour	Quasi complète	383	7,6	6,8 - 8,5
	Beaucoup	513	9,9	8,9 - 10,8
	Modérée	782	16,4	15,2 - 17,5
	Peu	1230	26,7	25,4 - 28,1
	Pas du tout	1867	39,4	38,0 - 40,9
Intervention chirurgicale		2394	50,2	49,0 - 51,5
Intensité de la douleur	Nulle	1206	24,7	23,4 - 25,9
	Très faible	408	8,8	7,9 - 9,7
	Faible	544	11,4	10,4 - 12,4
	Moyenne	1666	35,8	34,3 - 37,3
	Grande	600	13,5	12,4 - 14,6
	Très grande	243	5,7	5,0 - 6,5

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

MODALITES DE PRESENTATION DES RESULTATS DE SATISFACTION

Les résultats de la mesure de la satisfaction sont présentés globalement et par sous groupe .
Pour chacun, après une page de présentation des caractéristiques de la population et de l'échantillon sont donnés les scores moyens des treize dimensions retenues et les proportions de sujets pour chacune des questions traitées individuellement. **Seuls sont présentés les résultats des sous groupes pour lesquels l'on dispose au cours de la période d'au moins 100 questionnaires exploitables et d'au moins un questionnaire par classe d'âge et sexe, soit :**

Etablissement	Hôpital Central Hôpital Brabois Adultes Hôpital Jeanne D'Arc Hôpital Fournier
Discipline	Court séjour Moyen séjour
Fédération	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires Médico-chirurgicale des maladies de pneumologie Sciences neurologiques Appareil locomoteur Appareil digestif Cervico-faciale

Après la présentation de chacun des sous groupes, un tableau avec les scores standardisés permet la comparaison des niveaux de satisfaction à structure d'âge et sexe identique.

Pour les services la comparaison fait l'objet d'une présentation particulière qui est expliquée à la page 65.

Le score d'une dimension n'est calculé que si le patient a répondu à au moins la moitié des questions qui la composent (Tableau VI). Une non réponse peut être :

- Structurelle : le patient n'est pas concerné par la question, par exemple passage au urgences ou interventions réalisées hors chambre.
- Volontaire : le sujet n'a pas pu ou su répondre à la question.

Tableau VI : Nombre de sujets pour lesquels les scores de satisfaction sont calculables

Dimensions	Nombre de sujets pour lesquels le calcul de la dimension est possible	Nombre de sujets pour lesquels le calcul de la dimension est impossible
Admission	4602	305
Formalités administratives	4761	146
Passage urgences	1600	3307
Soins reçus	4586	321
Communication	4698	209
Interventions hors chambre	3730	1177
Information de la famille	4000	907
Soins équipe	4782	125
Soins médecins	4740	167
Soins infirmiers	4827	80
Soins autres	4758	149
Environnement hospitalier	4832	75
Equipement	4849	58
Intimité	4843	64
Repas	4843	64
Facilites offerites aux familles & amis	4613	294
Satisfaction globale	4835	72

Compte tenu de la règle de calcul adoptée, le calcul du score d'une sous dimension peut être impossible alors que le calcul du score de la dimension est possible

SATISFACTION CHU DE NANCY
ENSEMBLE DE L'ENTITE
Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	99590
Nombre de questionnaires envoyés	13228
Nombre de questionnaires retournés	5137
Nombre de questionnaires exploitables	4907
avec nom du patient	4134
accord de transmission au chef de service	2569

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
(Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	230	237	467
[30 – 40 ans[	313	246	559
[40 - 50 ans[	470	316	786
[50 - 60 ans[	529	362	891
[60 - 70 ans[	640	320	960
[70 - 80 ans[	534	358	892
>= 80 ans	157	195	352
Total	2873	2034	4907

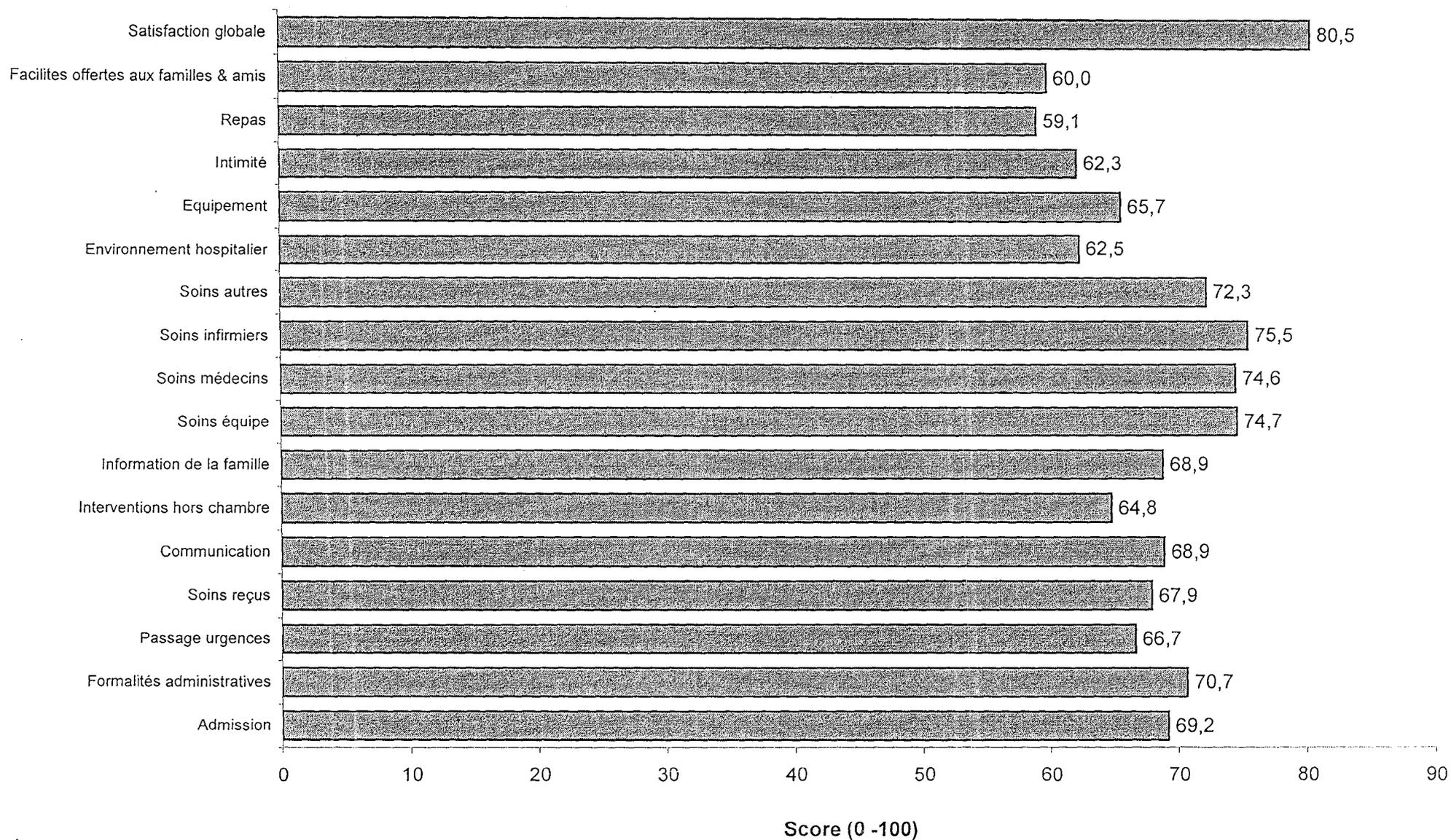
Satisfaction globale et descriptions particulières
ENSEMBLE DU CHU 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	2859	59,2	57,7 - 60,7
	Content	1762	37,8	36,3 - 39,3
	Mécontent	99	2,3	1,8 - 2,8
	Très mécontent	36	0,8	0,5 - 1,1
Qualité des soins Infirmières	Très content	3103	63,4	61,9 - 64,9
	Content	1608	34,9	33,5 - 36,4
	Mécontent	58	1,2	0,9 - 1,6
	Très mécontent	20	0,4	0,2 - 0,6
Chambre & installation communes	Très content	1318	28,1	26,7 - 29,5
	Content	2665	57,7	56,1 - 59,2
	Mécontent	531	11,4	10,4 - 12,4
	Très mécontent	135	2,9	2,3 - 3,4
Alimentation & repas	Très content	1130	23,9	22,6 - 25,2
	Content	2588	55,1	53,6 - 56,7
	Mécontent	765	16,1	15,0 - 17,2
	Très mécontent	233	4,9	4,2 - 5,5
Votre séjour	Très content	1710	35,4	33,9 - 36,9
	Content	2832	60,1	58,5 - 61,6
	Mécontent	161	3,8	3,2 - 4,4
	Très mécontent	36	0,8	0,5 - 1,0
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	647	16,1	14,8 - 17,3
	D'accord	1679	40,3	38,7 - 42,0
	Pas d'accord	1368	32,7	31,1 - 34,3
	Absolument pas d'accord	463	10,9	9,9 - 11,9
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	3801	79,3	78,0 - 80,5
	Trop courte	247	5,2	4,5 - 5,8
	Trop longue	433	9,2	8,3 - 10,1
	Ne sait pas	315	6,3	5,6 - 7,1
Prise en charge de la douleur	Excellent	806	25,3	23,6 - 26,9
	Très bon	105	30,7	28,9 - 32,5
	Bon	1089	34,8	33,0 - 36,7
	Pas très bon	198	6,4	5,4 - 7,3
	Mauvais	86	2,8	2,2 - 3,5
Modalité de restitution des biens	Excellent	740	30,8	28,8 - 32,9
	Très bon	793	33,6	31,4 - 35,7
	Bon	738	33,4	31,3 - 35,6
	Pas très bon	22	0,9	0,5 - 1,4
	Mauvais	33	1,3	0,8 - 1,7

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
CHU Nancy 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
HOPITAL : CENTRAL
 Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	33730
Nombre de questionnaires envoyés	4314
Nombre de questionnaires exploitables	1730
avec nom du patient	1432
accord de transmission au chef de service	878

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
 (Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	110	116	226
[30 – 40 ans[	126	118	244
[40 - 50 ans[	156	149	305
[50 - 60 ans[	154	151	305
[60 - 70 ans[	178	104	282
[70 - 80 ans[	149	111	260
>= 80 ans	46	62	108
Total	919	811	1730

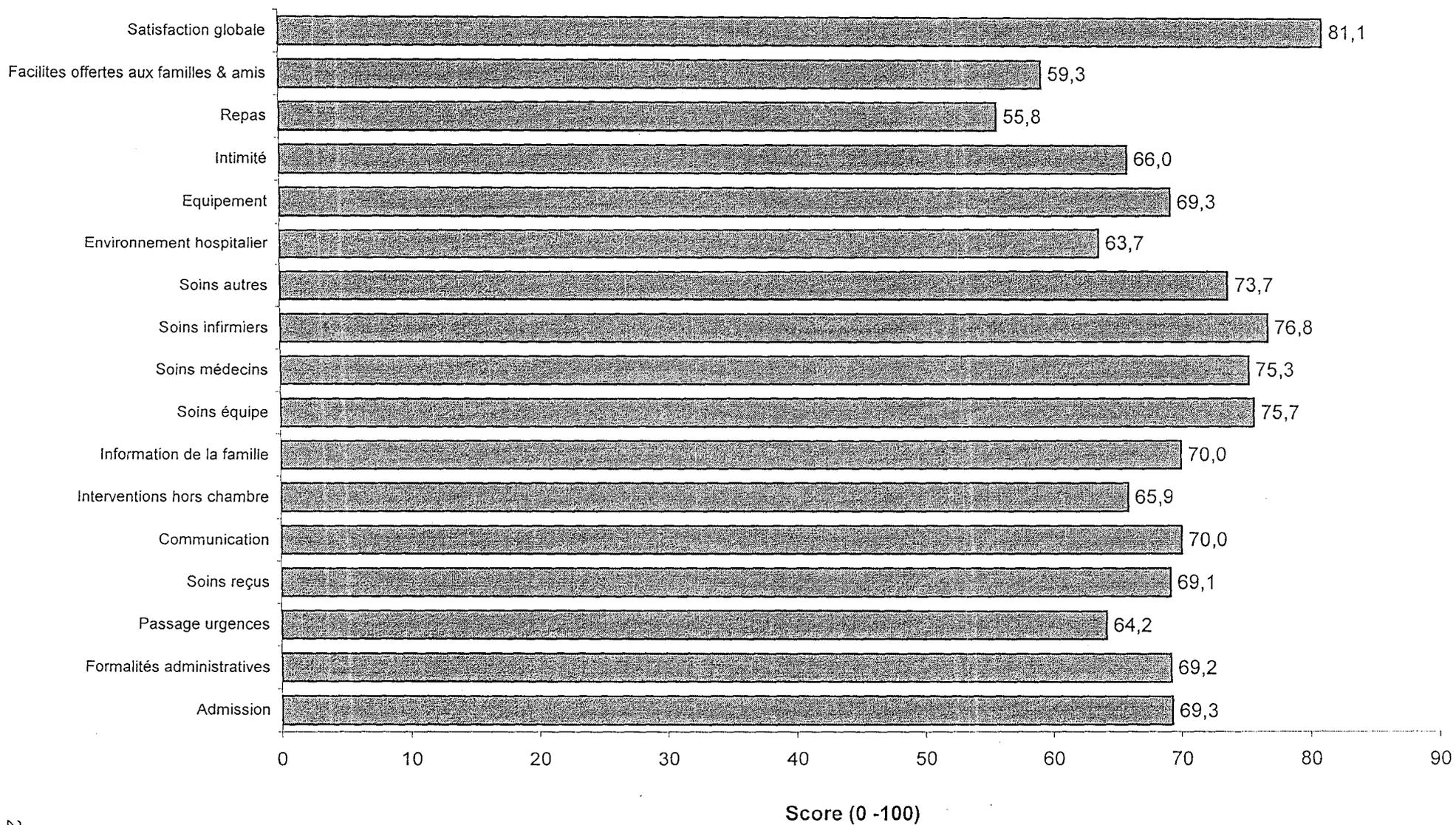
Satisfaction globale et descriptions particulières
HOPITAL CENTRAL 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
<i>Globalement</i>				
Qualité des soins Médecins	Très content	1000	61,1	58,7 - 63,5
	Content	622	36,2	33,8 - 38,5
	Mécontent	36	2,2	1,4 - 2,9
	Très mécontent	8	0,5	0,1 - 0,9
Qualité des soins Infirmières	Très content	1113	66,8	64,5 - 69,1
	Content	541	31,4	29,1 - 33,7
	Mécontent	20	1,2	0,7 - 1,8
	Très mécontent	9	0,6	0,2 - 1,0
Chambre & installation communes	Très content	541	35,1	32,7 - 37,4
	Content	910	54,4	51,9 - 56,9
	Mécontent	139	8,0	6,7 - 9,3
	Très mécontent	42	2,5	1,7 - 3,3
Alimentation & repas	Très content	327	20,4	18,4 - 22,4
	Content	863	51,9	49,4 - 54,4
	Mécontent	337	20,5	18,5 - 22,5
	Très mécontent	117	7,2	5,9 - 8,5
Votre séjour	Très content	615	38,5	36,1 - 41,0
	Content	984	57,8	55,3 - 60,2
	Mécontent	56	3,4	2,5 - 4,3
	Très mécontent	6	0,3	0,1 - 0,6
<i>Descriptions particulières</i>				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	209	13,9	12,1 - 15,8
	D'accord	582	38,5	36,0 - 41,1
	Pas d'accord	506	34,3	31,8 - 36,8
	Absolument pas d'accord	189	13,2	11,4 - 15,0
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	1357	80,0	78,1 - 82,0
	Trop courte	121	7,3	6,0 - 8,6
	Trop longue	125	7,2	5,9 - 8,4
	Ne sait pas	93	5,5	4,4 - 6,7
Prise en charge de la douleur	Excellent	305	25,7	23,1 - 28,3
	Très bon	105	32,9	30,1 - 35,6
	Bon	381	32,9	30,1 - 35,7
	Pas très bon	68	6,1	4,6 - 7,6
	Mauvais	28	2,4	1,5 - 3,4
Modalité de restitution des biens	Excellent	241	32,3	28,8 - 35,8
	Très bon	259	33,7	30,2 - 37,2
	Bon	249	32,1	28,6 - 35,6
	Pas très bon	8	1,2	0,3 - 2,1
	Mauvais	5	0,8	0,1 - 1,4

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
Hôpital Central 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
HOPITAL : BRABOIS ADULTES
 Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	51293
Nombre de questionnaires envoyés	6061
Nombre de questionnaires exploitables	2196
avec nom du patient	1854
accord de transmission au chef de service	1138

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
 (Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	75	80	155
[30 – 40 ans[	97	85	182
[40 - 50 ans[	183	106	289
[50 - 60 ans[	240	135	375
[60 - 70 ans[	350	152	502
[70 - 80 ans[	307	181	488
>= 80 ans	96	109	205
Total	1348	848	2196

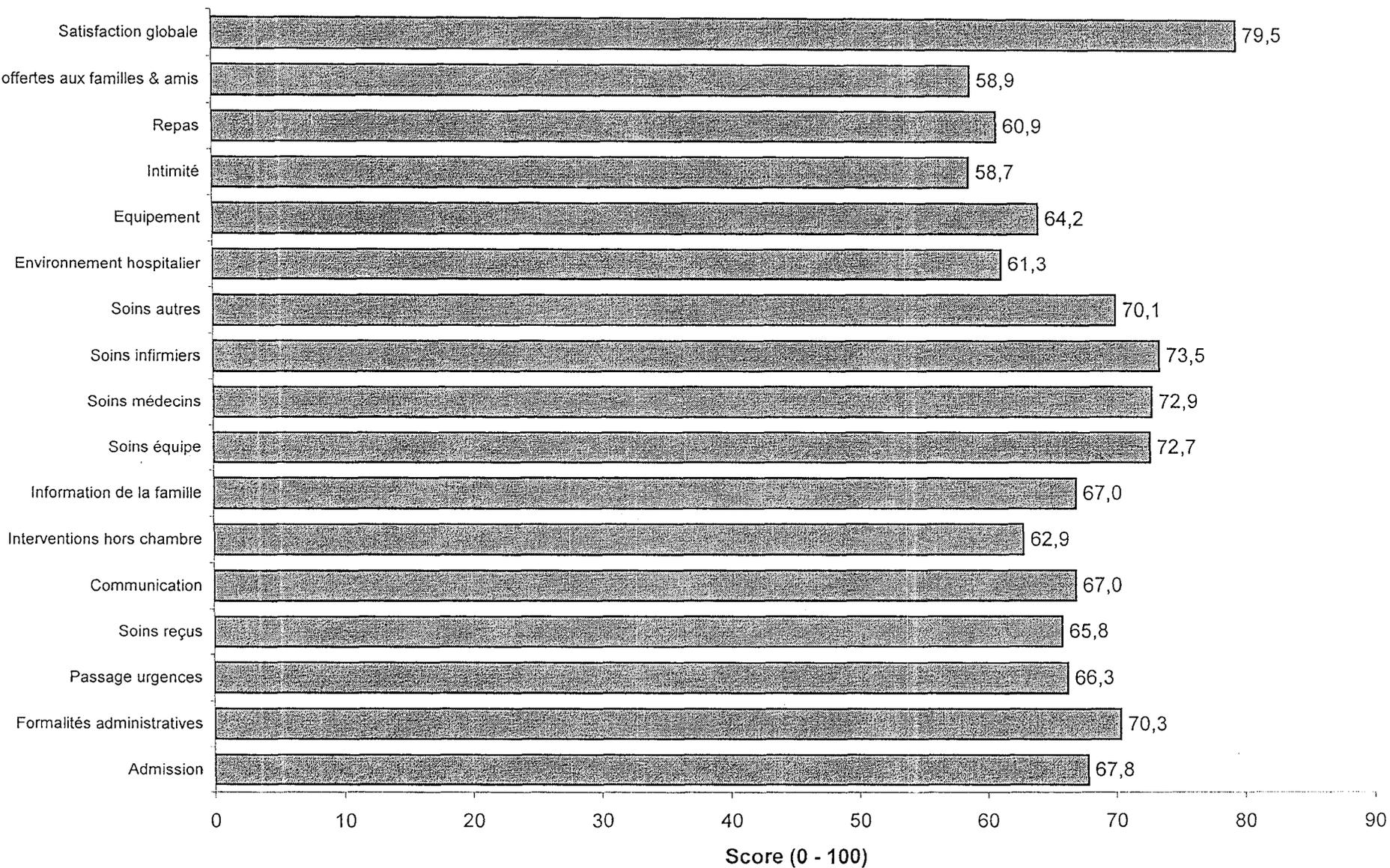
Satisfaction globale et descriptions particulières
HOPITAL BRABOIS ADULTES 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
<i>Globalement</i>				
Qualité des soins Médecins	Très content	1250	55,8	53,5 - 58,1
	Content	823	40,8	38,5 - 43,1
	Mécontent	43	2,5	1,7 - 3,2
	Très mécontent	18	0,9	0,5 - 1,4
Qualité des soins Infirmières	Très content	1321	58,7	56,4 - 61,0
	Content	797	39,7	37,4 - 42,0
	Mécontent	25	1,3	0,8 - 1,9
	Très mécontent	8	0,3	0,1 - 0,6
Chambre & installation communes	Très content	534	23,6	21,6 - 25,6
	Content	1248	61,1	58,8 - 63,4
	Mécontent	242	12,4	10,8 - 14,0
	Très mécontent	60	2,9	2,1 - 3,7
Alimentation & repas	Très content	544	25,0	23,0 - 27,1
	Content	1240	58,8	56,4 - 61,1
	Mécontent	274	12,9	11,3 - 14,5
	Très mécontent	72	3,3	2,5 - 4,1
Votre séjour	Très content	709	31,5	29,3 - 33,7
	Content	1319	63,1	60,8 - 65,4
	Mécontent	78	4,3	3,3 - 5,3
	Très mécontent	23	1,1	0,6 - 1,6
<i>Descriptions particulières</i>				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	308	18,0	16,0 - 20,0
	D'accord	756	41,6	39,1 - 44,1
	Pas d'accord	592	31,7	29,4 - 34,1
	Absolument pas d'accord	179	8,7	7,3 - 10,1
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	1684	78,2	76,3 - 80,2
	Trop courte	76	3,8	2,9 - 4,7
	Trop longue	239	11,2	9,7 - 12,6
	Ne sait pas	149	6,8	5,7 - 8,0
Prise en charge de la douleur	Excellent	337	22,5	20,1 - 25,0
	Très bon	105	29,6	26,9 - 32,3
	Bon	546	38,2	35,4 - 41,1
	Pas très bon	93	6,9	5,4 - 8,3
	Mauvais	33	2,8	1,8 - 3,8
Modalité de restitution des biens	Excellent	327	27,9	24,9 - 30,8
	Très bon	371	34,1	31,0 - 37,3
	Bon	365	36,5	33,3 - 39,7
	Pas très bon	10	0,9	0,2 - 1,5
	Mauvais	6	0,6	0,1 - 1,2

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
Hôpital Brabois Adultes 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
HOPITAL : JEANNE D'ARC
 Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	12137
Nombre de questionnaires envoyés	2112
Nombre de questionnaires exploitables	764
avec nom du patient	661
accord de transmission au chef de service	438

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
 (Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	40	37	77
[30 – 40 ans[	76	31	107
[40 - 50 ans[	83	42	125
[50 - 60 ans[	108	59	167
[60 - 70 ans[	95	54	149
[70 - 80 ans[	67	52	119
>= 80 ans	11	9	20
Total	480	284	764

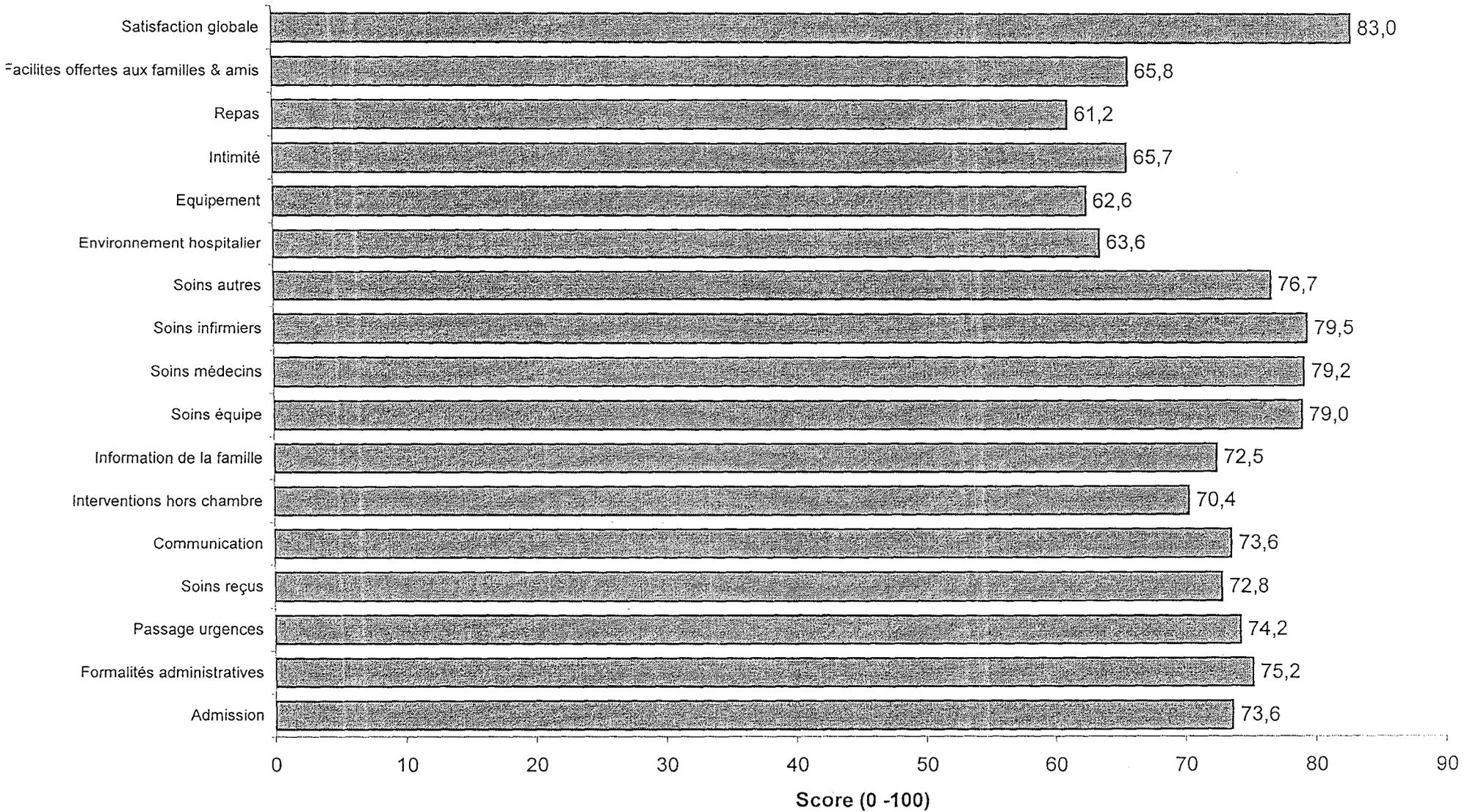
Satisfaction globale et descriptions particulières
HOPITAL JEANNE D'ARC 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	497	69,3	65,9 - 72,8
	Content	227	27,9	24,5 - 31,2
	Mécontent	14	2,0	0,9 - 3,1
	Très mécontent	7	0,7	0,2 - 1,3
Qualité des soins Infirmières	Très content	529	73,0	69,7 - 76,4
	Content	201	25,6	22,3 - 28,9
	Mécontent	10	1,1	0,4 - 1,8
	Très mécontent	3	0,3	0,0 - 0,7
Chambre & installation communes	Très content	185	27,6	24,0 - 31,2
	Content	389	52,1	48,1 - 56,1
	Mécontent	123	16,5	13,7 - 19,3
	Très mécontent	29	3,8	2,4 - 5,2
Alimentation & repas	Très content	197	27,9	24,3 - 31,4
	Content	381	49,8	45,9 - 53,8
	Mécontent	122	17,6	14,5 - 20,7
	Très mécontent	32	4,7	3,0 - 6,4
Votre séjour	Très content	295	42,4	38,5 - 46,3
	Content	413	53,7	49,8 - 57,7
	Mécontent	23	3,1	1,8 - 4,5
	Très mécontent	7	0,8	0,2 - 1,3
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	101	15,1	12,2 - 18,0
	D'accord	263	38,8	34,7 - 42,8
	Pas d'accord	211	32,5	28,5 - 36,5
	Absolument pas d'accord	79	13,6	10,6 - 16,7
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	600	81,8	78,8 - 84,7
	Trop courte	37	5,1	3,2 - 6,9
	Trop longue	51	6,5	4,7 - 8,4
	Ne sait pas	53	6,6	4,7 - 8,5
Prise en charge de la douleur	Excellent	140	34,9	30,0 - 39,7
	Très bon	105	29,7	25,3 - 34,1
	Bon	136	27,5	23,1 - 32,0
	Pas très bon	28	4,8	3,0 - 6,6
	Mauvais	19	3,1	1,6 - 4,5
Modalité de restitution des biens	Excellent	132	37,8	32,3 - 43,3
	Très bon	128	31,0	26,0 - 36,1
	Bon	108	26,3	21,5 - 31,2
	Pas très bon	3	0,7	0,0 - 1,5
	Mauvais	16	4,1	2,0 - 6,3

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
Hôpital Jeanne D'Arc 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
HOPITAL : FOURNIER
 Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	2381
Nombre de questionnaires envoyés	692
Nombre de questionnaires exploitables	206
avec nom du patient	176
accord de transmission au chef de service	109

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
 (Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	5	4	9
[30 – 40 ans[	14	12	26
[40 - 50 ans[	48	19	67
[50 - 60 ans[	27	17	44
[60 - 70 ans[	16	10	26
[70 - 80 ans[	8	13	21
>= 80 ans	3	10	13
Total	121	85	206

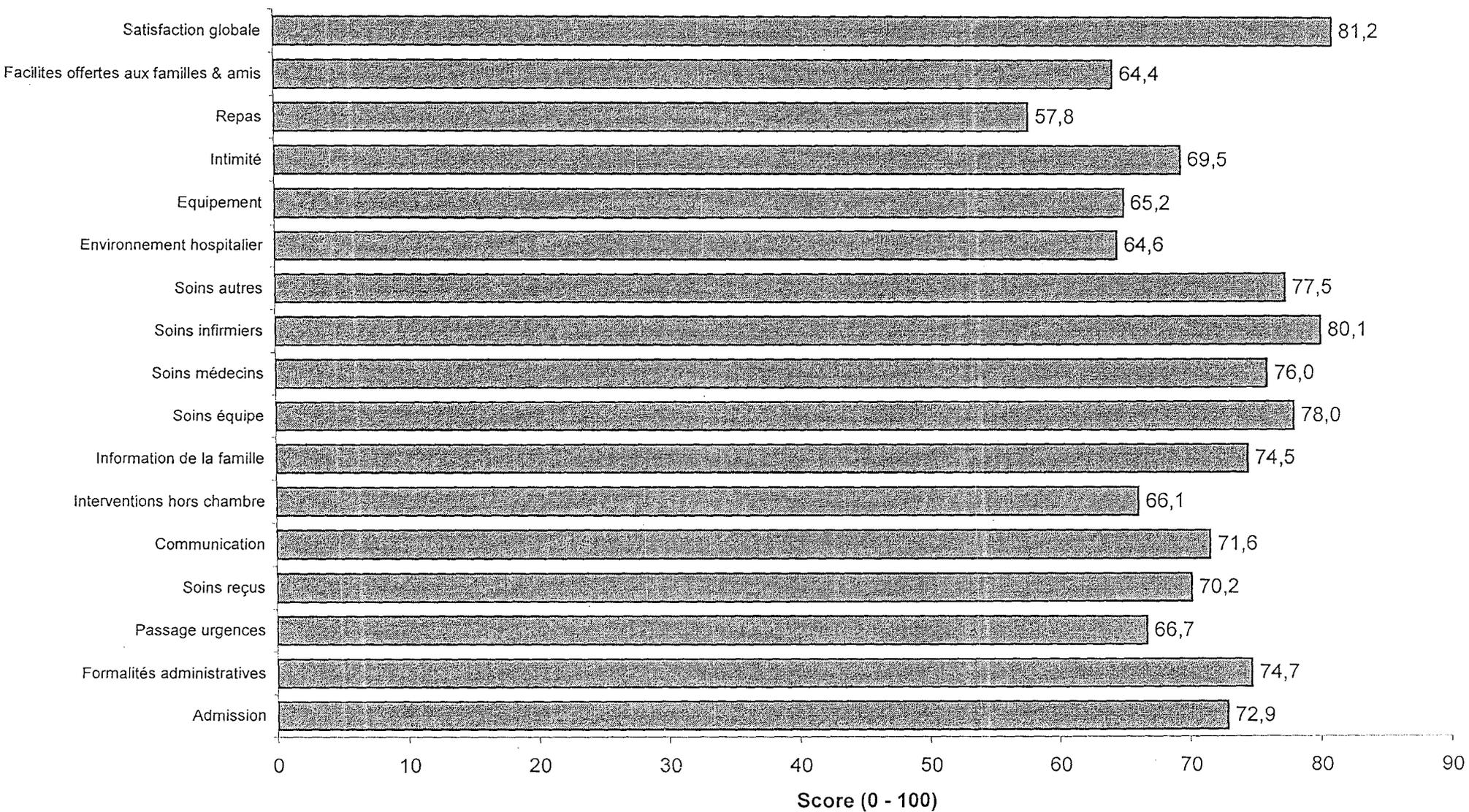
Satisfaction globale et descriptions particulières
HOPITAL FOURNIER 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	107	51,7	45,3 - 58,1
	Content	85	43,8	37,2 - 50,3
	Mécontent	5	2,7	0,4 - 4,9
	Très mécontent	3	1,8	0,0 - 3,8
Qualité des soins Infirmières	Très content	133	63,6	57,0 - 70,2
	Content	65	35,1	28,6 - 41,7
	Mécontent	3	1,2	0,0 - 2,6
	Très mécontent	0	0,0	-
Chambre & installation communes	Très content	55	26,8	21,1 - 32,5
	Content	113	58,7	51,8 - 65,5
	Mécontent	24	12,1	7,5 - 16,6
	Très mécontent	4	2,4	0,0 - 4,8
Alimentation & repas	Très content	59	25,5	20,0 - 31,0
	Content	99	49,6	42,7 - 56,4
	Mécontent	31	17,0	11,8 - 22,2
	Très mécontent	12	7,9	3,9 - 11,9
Votre séjour	Très content	87	39,6	33,3 - 46,0
	Content	109	58,3	52,0 - 64,7
	Mécontent	4	2,1	0,1 - 4,0
	Très mécontent	0	0,0	-
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	28	16,2	10,7 - 21,7
	D'accord	75	45,4	38,4 - 52,3
	Pas d'accord	58	29,7	23,6 - 35,9
	Absolument pas d'accord	15	8,7	4,5 - 12,9
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	154	74,8	68,7 - 80,8
	Trop courte	13	5,0	2,4 - 7,6
	Trop longue	17	11,4	6,7 - 16,2
	Ne sait pas	17	8,8	4,8 - 12,8
Prise en charge de la douleur	Excellent	22	27,8	18,2 - 37,3
	Très bon	105	19,7	11,5 - 27,8
	Bon	24	38,3	28,0 - 48,6
	Pas très bon	8	7,5	2,7 - 12,3
	Mauvais	6	6,8	1,8 - 11,8
Modalité de restitution des biens	Excellent	37	39,7	29,8 - 49,6
	Très bon	33	37,6	27,3 - 47,8
	Bon	14	15,8	8,4 - 23,2
	Pas très bon	1	1,3	0,0 - 3,6
	Mauvais	6	5,7	1,3 - 10,0

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
Hôpital Fournier 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



Scores moyens comparatifs de satisfaction

Hôpitaux Central - Brabois Adultes - Jeanne D'Arc - Fournier - 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

	Central		Brabois		Jeanne d'Arc		Fournier	
	Moy.*	IC 95%**	Moy.*	IC 95%**	Moy.*	IC 95%**	Moy.*	IC 95%**
Admission	69,5	68,5 - 70,5	67,6	66,5 - 68,6	74,1	72,4 - 75,8	73,6	70,7 - 76,6
Formalités administratives	69,6	68,6 - 70,6	70,1	69,1 - 71,1	75,5	73,8 - 77,2	75,1	71,9 - 78,2
Passage urgences	64,9	62,5 - 67,2	65,6	63,6 - 67,6	75,9	72,9 - 78,9	70,9	65,2 - 76,5
Soins reçus	69,3	68,4 - 70,2	65,6	64,7 - 66,6	72,4	70,8 - 73,9	70,7	68,0 - 73,4
Communication	70,2	69,3 - 71,2	66,7	65,7 - 67,7	73,0	71,4 - 74,6	72,4	69,6 - 75,2
Interventions hors chambre	66,1	65,0 - 67,2	62,6	61,6 - 63,7	69,7	68,0 - 71,4	66,2	63,4 - 69,0
Information de la famille	70,1	68,9 - 71,4	66,9	65,7 - 68,0	72,9	70,9 - 74,9	76,2	73,2 - 79,3
Soins équipe	75,9	75,1 - 76,7	72,5	71,7 - 73,4	78,7	77,3 - 80,0	78,1	75,8 - 80,3
Soins médecins	75,8	74,9 - 76,7	72,3	71,4 - 73,3	79,1	77,6 - 80,6	75,9	73,2 - 78,5
Soins infirmiers	76,9	76,1 - 77,8	73,5	72,6 - 74,4	78,9	77,5 - 80,2	80,3	78,1 - 82,5
Soins autres	73,6	72,6 - 74,5	70,3	69,3 - 71,2	76,3	74,7 - 77,8	77,6	74,9 - 80,2
Environnement hospitalier	64,1	63,3 - 64,9	60,8	60,0 - 61,6	63,6	62,2 - 65,0	65,2	62,5 - 67,9
Equipement	69,5	68,7 - 70,4	63,7	62,8 - 64,6	62,5	61,0 - 64,1	65,9	62,9 - 68,9
Intimité	66,3	65,2 - 67,5	58,3	57,1 - 59,5	66,0	64,1 - 67,8	70,1	66,3 - 73,8
Repas	56,4	55,2 - 57,7	60,1	59,0 - 61,3	61,6	59,6 - 63,6	57,9	54,1 - 61,7
Facilites offertes aux familles & amis	59,6	58,6 - 60,7	58,5	57,6 - 59,4	65,2	63,6 - 66,7	65,0	61,7 - 68,4
Satisfaction globale	81,4	80,5 - 82,2	79,0	78,0 - 79,9	82,9	81,5 - 84,2	81,7	79,3 - 84,2

Gras (bleu) : site où le score est le plus élevé

Grisée (rouge) : site où le score est le plus faible

* Scores moyens comparatifs (population de référence : population CHU 2000)

** Intervalle de confiance

SATISFACTION CHU DE NANCY
DISCIPLINE : COURT SEJOUR
Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	96556
Nombre de questionnaires envoyés	12416
Nombre de questionnaires exploitables	4600
avec nom du patient	3859
accord de transmission au chef de service	2398

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
(Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 - 30 ans[	220	227	447
[30 - 40 ans[	293	239	532
[40 - 50 ans[	433	296	729
[50 - 60 ans[	486	341	827
[60 - 70 ans[	591	299	890
[70 - 80 ans[	494	343	837
>= 80 ans	151	187	338
Total	2668	1932	4600

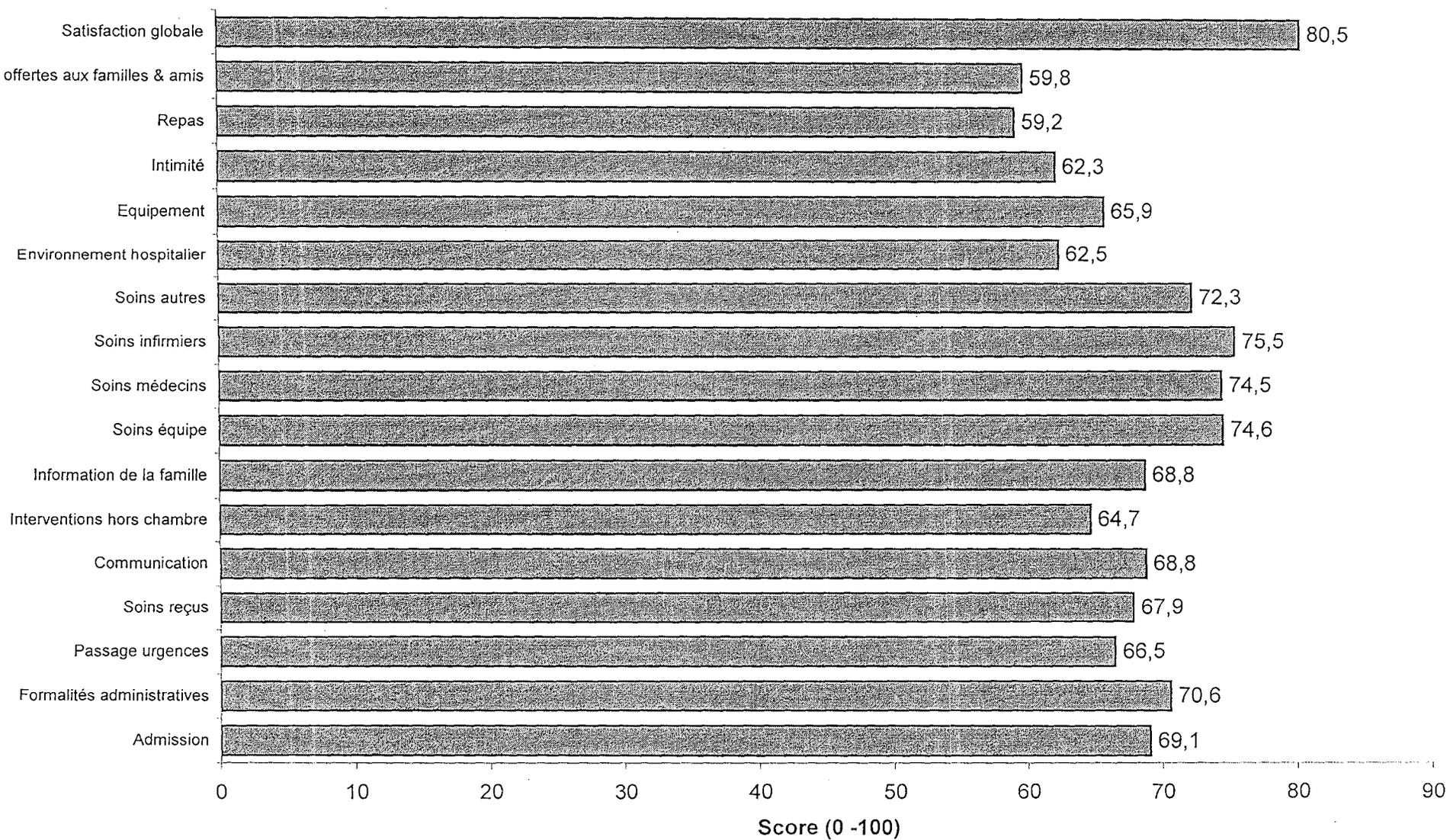
Satisfaction globale et descriptions particulières
COURT SEJOUR 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	2656	59,0	57,5 - 60,6
	Content	1668	37,9	36,3 - 39,4
	Mécontent	96	2,3	1,8 - 2,8
	Très mécontent	35	0,8	0,5 - 1,1
Qualité des soins Infirmières	Très content	2882	63,2	61,7 - 64,8
	Content	1532	35,1	33,6 - 36,7
	Mécontent	55	1,2	0,9 - 1,6
	Très mécontent	19	0,4	0,2 - 0,6
Chambre & installation communes	Très content	1253	28,3	26,9 - 29,8
	Content	2488	57,7	56,1 - 59,3
	Mécontent	482	11,1	10,1 - 12,1
	Très mécontent	129	2,8	2,3 - 3,4
Alimentation & repas	Très content	1065	24,0	22,6 - 25,4
	Content	2432	55,2	53,6 - 56,8
	Mécontent	706	15,9	14,8 - 17,1
	Très mécontent	220	4,8	4,2 - 5,5
Votre séjour	Très content	1599	35,4	33,9 - 36,9
	Content	2648	59,9	58,4 - 61,5
	Mécontent	157	3,8	3,2 - 4,5
	Très mécontent	36	0,8	0,5 - 1,1
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	608	16,1	14,8 - 17,3
	D'accord	1568	40,1	38,4 - 41,8
	Pas d'accord	1285	32,8	31,2 - 34,5
	Absolument pas d'accord	439	11,0	10,0 - 12,0
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	3551	79,1	77,9 - 80,4
	Trop courte	236	5,2	4,5 - 5,9
	Trop longue	417	9,3	8,4 - 10,2
	Ne sait pas	297	6,3	5,6 - 7,1
Prise en charge de la douleur	Excellent	752	25,3	23,6 - 27,0
	Très bon	105	30,6	28,7 - 32,4
	Bon	1026	35,1	33,2 - 37,0
	Pas très bon	181	6,3	5,3 - 7,2
	Mauvais	81	2,8	2,1 - 3,5
Modalité de restitution des biens	Excellent	688	31,0	28,8 - 33,1
	Très bon	726	33,3	31,1 - 35,5
	Bon	690	33,7	31,5 - 35,9
	Pas très bon	19	0,9	0,5 - 1,3
	Mauvais	27	1,2	0,7 - 1,6

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
COURT SEJOUR 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
DISCIPLINE : MOYEN SEJOUR
 Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	3034
Nombre de questionnaires envoyés	812
Nombre de questionnaires exploitables	307
avec nom du patient	275
accord de transmission au chef de service	171

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
 (Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	10	10	20
[30 – 40 ans[	20	7	27
[40 - 50 ans[	37	20	57
[50 - 60 ans[	43	21	64
[60 - 70 ans[	49	21	70
[70 - 80 ans[	40	15	55
>= 80 ans	6	8	14
Total	205	102	307

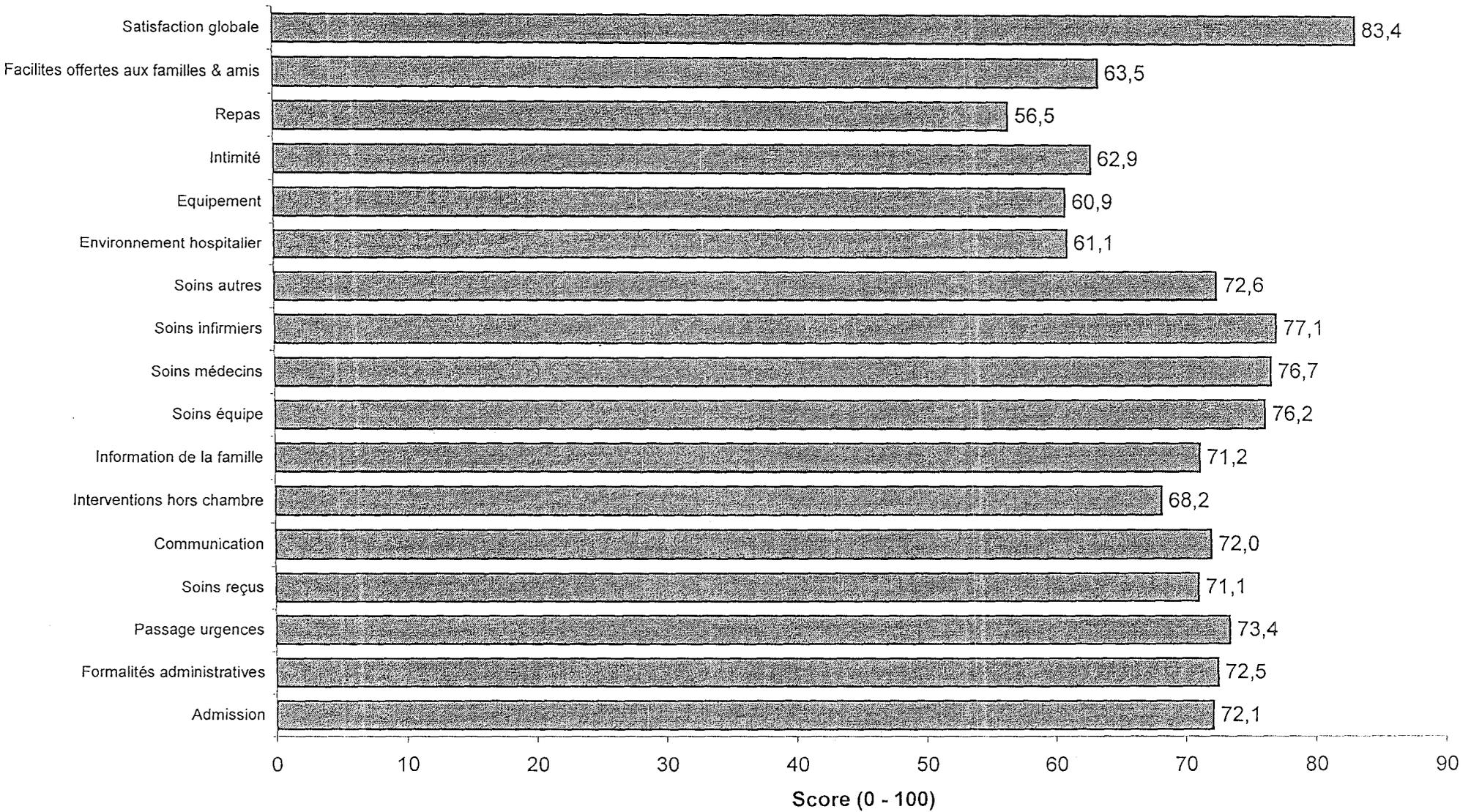
Satisfaction globale et descriptions particulières
MOYEN SEJOUR 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	203	65,4	59,5 - 71,2
	Content	94	33,1	27,3 - 39,0
	Mécontent	3	1,0	0,0 - 2,3
	Très mécontent	1	0,4	0,0 - 1,3
Qualité des soins Infirmières	Très content	221	68,6	62,6 - 74,6
	Content	76	29,2	23,3 - 35,2
	Mécontent	3	1,7	0,0 - 3,6
	Très mécontent	1	0,4	0,0 - 1,3
Chambre & installation communes	Très content	65	21,3	16,2 - 26,4
	Content	177	54,7	48,5 - 60,9
	Mécontent	49	20,6	15,4 - 25,9
	Très mécontent	6	3,3	0,9 - 5,8
Alimentation & repas	Très content	65	20,8	16,0 - 25,6
	Content	156	51,0	44,6 - 57,4
	Mécontent	59	22,3	17,0 - 27,6
	Très mécontent	13	5,9	2,7 - 9,1
Votre séjour	Très content	111	35,3	29,4 - 41,2
	Content	184	62,4	56,5 - 68,3
	Mécontent	4	2,3	0,0 - 4,6
	Très mécontent	0	0,0	-
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	39	18,4	13,0 - 23,8
	D'accord	111	45,7	39,2 - 52,2
	Pas d'accord	83	29,0	23,1 - 34,9
	Absolument pas d'accord	24	6,9	3,9 - 9,9
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	250	82,9	78,0 - 87,9
	Trop courte	11	4,2	1,7 - 6,6
	Trop longue	16	6,1	2,9 - 9,4
	Ne sait pas	18	6,7	3,3 - 10,1
Prise en charge de la douleur	Excellent	54	24,8	18,4 - 31,1
	Très bon	105	34,2	27,3 - 41,0
	Bon	63	28,9	22,2 - 35,6
	Pas très bon	17	9,4	4,9 - 14,0
	Mauvais	5	2,7	0,4 - 5,0
Modalité de restitution des biens	Excellent	52	27,6	20,5 - 34,8
	Très bon	67	40,8	32,6 - 49,0
	Bon	48	25,3	18,4 - 32,1
	Pas très bon	3	2,7	0,0 - 5,9
	Mauvais	6	3,6	0,5 - 6,7

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
MOYEN SEJOUR 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



Scores moyens comparatifs de satisfaction
Court Séjour - Moyen Séjour 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

	Court Séjour		Moyen Séjour	
	Moyenne*	IC 95%**	Moyenne*	IC 95%**
Admission	69,1	68,4 - 69,7	71,9	69,5 - 74,3
Formalités administratives	70,6	69,9 - 71,2	72,4	69,9 - 74,9
Passage urgences	66,5	65,2 - 67,9	73,1	69,1 - 77,1
Soins reçus	67,8	67,2 - 68,4	70,1	68,1 - 72,2
Communication	68,8	68,2 - 69,4	71,3	69,3 - 73,4
Interventions hors chambre	64,6	63,9 - 65,3	66,8	64,4 - 69,2
Information de la famille	68,8	68,1 - 69,6	70,9	68,2 - 73,6
Soins équipe	74,6	74,0 - 75,1	75,7	73,8 - 77,6
Soins médecins	74,5	73,9 - 75,1	76,3	74,2 - 78,4
Soins infirmiers	75,5	74,9 - 76,0	76,8	74,9 - 78,6
Soins autres	72,4	71,7 - 73,0	72,0	69,6 - 74,5
Environnement hospitalier	62,5	61,9 - 63,0	61,5	59,5 - 63,5
Equipement	65,8	65,3 - 66,4	61,9	59,7 - 64,2
Intimité	62,2	61,5 - 63,0	63,3	60,5 - 66,1
Repas	59,1	58,4 - 59,9	56,9	54,0 - 59,8
Facilites offertes aux familles & amis	59,8	59,2 - 60,4	63,3	61,2 - 65,4
Satisfaction globale	80,4	79,8 - 81,0	82,9	81,2 - 84,7

Gras (bleu) : site où le score est le plus élevé

Grisée (rouge) : site où le score est le plus faible

* Scores moyens comparatifs (population de référence : population CHU 2000)

** Intervalle de confiance

SATISFACTION CHU DE NANCY

FEDERATION : Médico-chirurgicale de Pneumologie

Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période

7357

Nombre de questionnaires envoyés

931

Nombre de questionnaires exploitables

332

avec nom du patient

292

accord de transmission au chef de service

177

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
(Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	10	7	17
[30 – 40 ans[	15	8	23
[40 - 50 ans[	23	16	39
[50 - 60 ans[	52	11	63
[60 - 70 ans[	75	16	91
[70 - 80 ans[	56	21	77
>= 80 ans	13	9	22
Total	244	88	332

Satisfaction globale et descriptions particulières
Médico-chirurgicale de Pneumologie 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

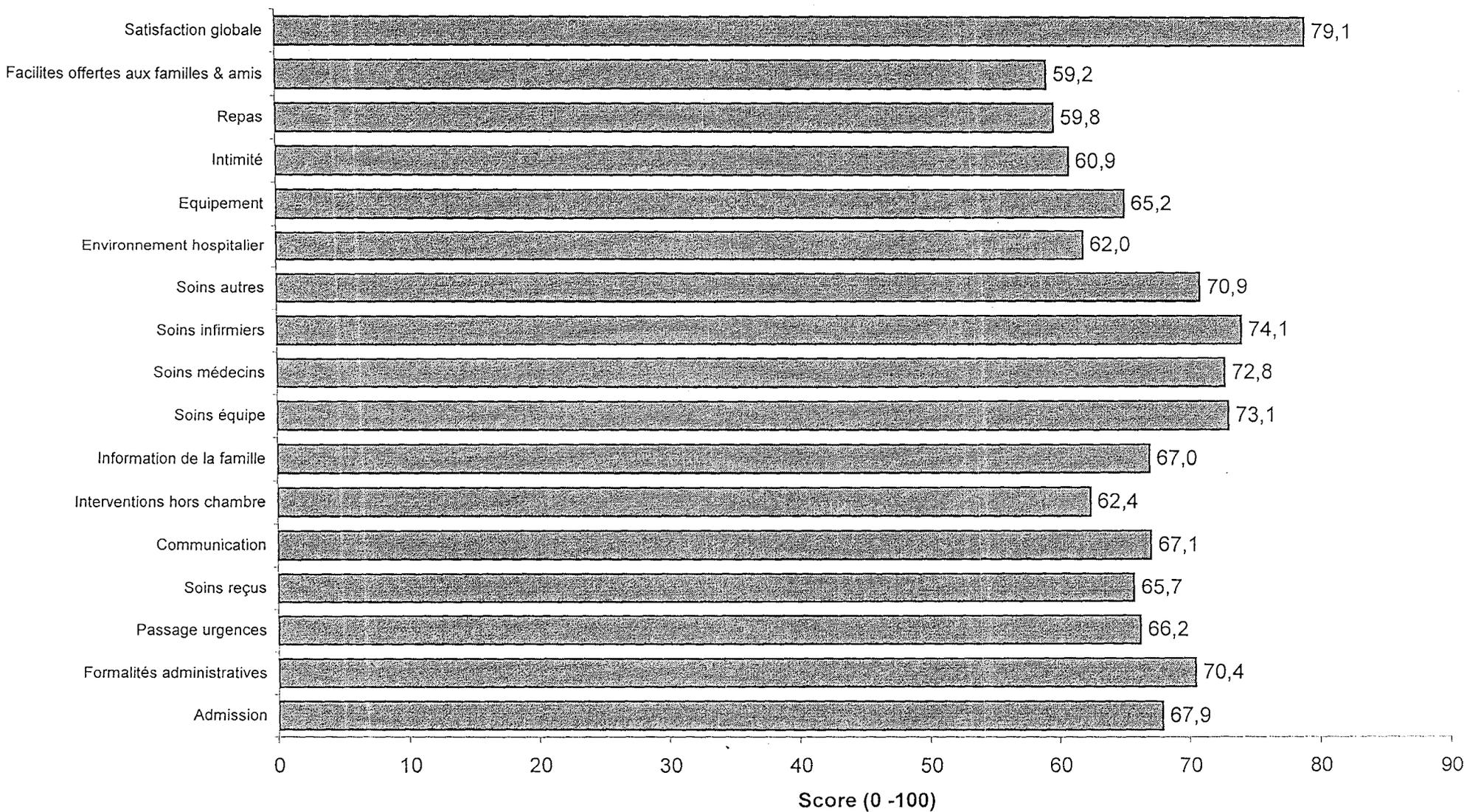
		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	198	58,9	53,3 - 64,5
	Content	120	39,3	33,7 - 45,0
	Mécontent	2	0,5	0,0 - 1,3
	Très mécontent	4	1,3	0,1 - 2,4
Qualité des soins Infirmières	Très content	216	63,7	58,2 - 69,3
	Content	107	34,6	29,1 - 40,1
	Mécontent	4	1,4	0,1 - 2,7
	Très mécontent	1	0,3	0,0 - 0,8
Chambre & installation communes	Très content	84	24,3	19,3 - 29,3
	Content	200	63,6	57,9 - 69,2
	Mécontent	22	7,5	4,4 - 10,6
	Très mécontent	14	4,5	2,1 - 7,0
Alimentation & repas	Très content	84	26,2	21,2 - 31,1
	Content	187	58,6	53,0 - 64,2
	Mécontent	36	11,2	7,5 - 14,8
	Très mécontent	14	4,1	1,8 - 6,3
Votre séjour	Très content	118	35,5	30,0 - 41,0
	Content	198	61,6	56,0 - 67,2
	Mécontent	3	1,1	0,0 - 2,3
	Très mécontent	5	1,8	0,3 - 3,3
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	32	12,5	8,3 - 16,6
	D'accord	113	41,1	35,1 - 47,1
	Pas d'accord	105	36,7	30,9 - 42,6
	Absolument pas d'accord	31	9,7	6,1 - 13,3
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	269	80,9	76,4 - 85,3
	Trop courte	9	2,5	0,9 - 4,1
	Trop longue	33	10,5	7,0 - 14,1
	Ne sait pas	19	6,1	3,4 - 8,8
Prise en charge de la douleur	Excellent	53	23,8	17,5 - 30,0
	Très bon	70	31,9	24,8 - 38,9
	Bon	65	36,1	28,8 - 43,3
	Pas très bon	9	5,6	2,0 - 9,2
	Mauvais	4	2,7	0,1 - 5,2
Modalité de restitution des biens	Excellent	63	31,7	24,6 - 38,8
	Très bon	71	37,3	29,9 - 44,7
	Bon	52	29,9	23,0 - 36,8
	Pas très bon	1	0,6	0,0 - 1,7
	Mauvais	1	0,5	0,0 - 1,4

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction

Fédération : Médico-chirurgicale de Pneumologie 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY

FEDERATION : Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires
Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	12910
Nombre de questionnaires envoyés	2001
Nombre de questionnaires exploitables	854
avec nom du patient	755
accord de transmission au chef de service	493

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
(Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	16	7	23
[30 – 40 ans[	22	14	36
[40 - 50 ans[	73	22	95
[50 - 60 ans[	125	35	160
[60 - 70 ans[	198	53	251
[70 - 80 ans[	166	65	231
>= 80 ans	30	28	58
Total	630	224	854

Satisfaction globale et descriptions particulières
 édico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

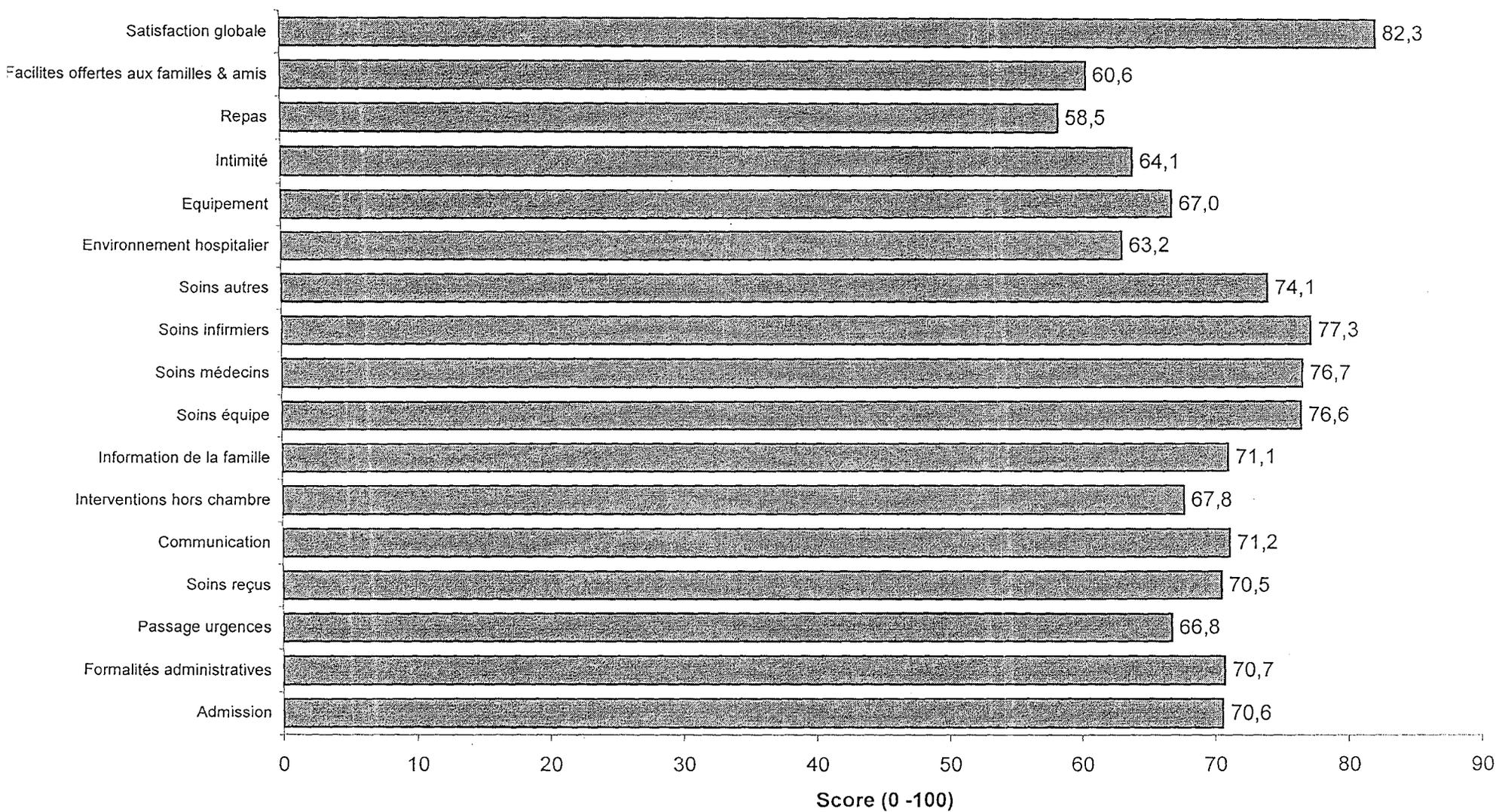
		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	560	61,8	57,6 - 66,1
	Content	264	36,7	32,4 - 40,9
	Mécontent	5	1,0	0,0 - 1,9
	Très mécontent	3	0,5	0,0 - 1,1
Qualité des soins Infirmières	Très content	599	64,6	60,4 - 68,8
	Content	236	34,5	30,4 - 38,7
	Mécontent	4	0,7	0,1 - 1,4
	Très mécontent	2	0,1	0,0 - 0,3
Chambre & installation communes	Très content	234	26,7	23,0 - 30,5
	Content	500	62,5	58,3 - 66,7
	Mécontent	61	9,4	6,8 - 12,1
	Très mécontent	11	1,3	0,5 - 2,2
Alimentation & repas	Très content	206	26,2	22,4 - 30,0
	Content	460	55,4	51,1 - 59,6
	Mécontent	127	14,8	11,8 - 17,7
	Très mécontent	28	3,6	2,1 - 5,1
Votre séjour	Très content	325	36,4	32,3 - 40,5
	Content	487	60,6	56,4 - 64,8
	Mécontent	11	2,0	0,8 - 3,2
	Très mécontent	5	1,0	0,1 - 1,9
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	93	15,1	11,6 - 18,6
	D'accord	260	38,6	34,0 - 43,2
	Pas d'accord	252	34,9	30,5 - 39,3
	Absolument pas d'accord	87	11,4	8,6 - 14,1
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	723	86,2	83,3 - 89,1
	Trop courte	33	4,7	2,8 - 6,6
	Trop longue	41	4,4	2,7 - 6,1
	Ne sait pas	39	4,7	2,9 - 6,5
Prise en charge de la douleur	Excellent	144	22,3	18,0 - 26,6
	Très bon	208	37,7	32,4 - 42,9
	Bon	184	34,1	29,1 - 39,2
	Pas très bon	22	4,7	2,2 - 7,2
	Mauvais	5	1,2	0,0 - 2,6
Modalité de restitution des biens	Excellent	138	26,8	21,7 - 32,0
	Très bon	173	43,6	37,6 - 49,5
	Bon	119	27,8	22,5 - 33,1
	Pas très bon	4	0,6	0,0 - 1,2
	Mauvais	4	1,2	0,0 - 2,8

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction

Fédération : Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
FEDERATION : Sciences Neurologiques
 Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	8821
Nombre de questionnaires envoyés	698
Nombre de questionnaires exploitables	294
avec nom du patient	255
accord de transmission au chef de service	154

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
 (Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	12	14	26
[30 – 40 ans[	28	29	57
[40 - 50 ans[	37	33	70
[50 - 60 ans[	35	27	62
[60 - 70 ans[	29	7	36
[70 - 80 ans[	18	15	33
>= 80 ans	5	5	10
Total	164	130	294

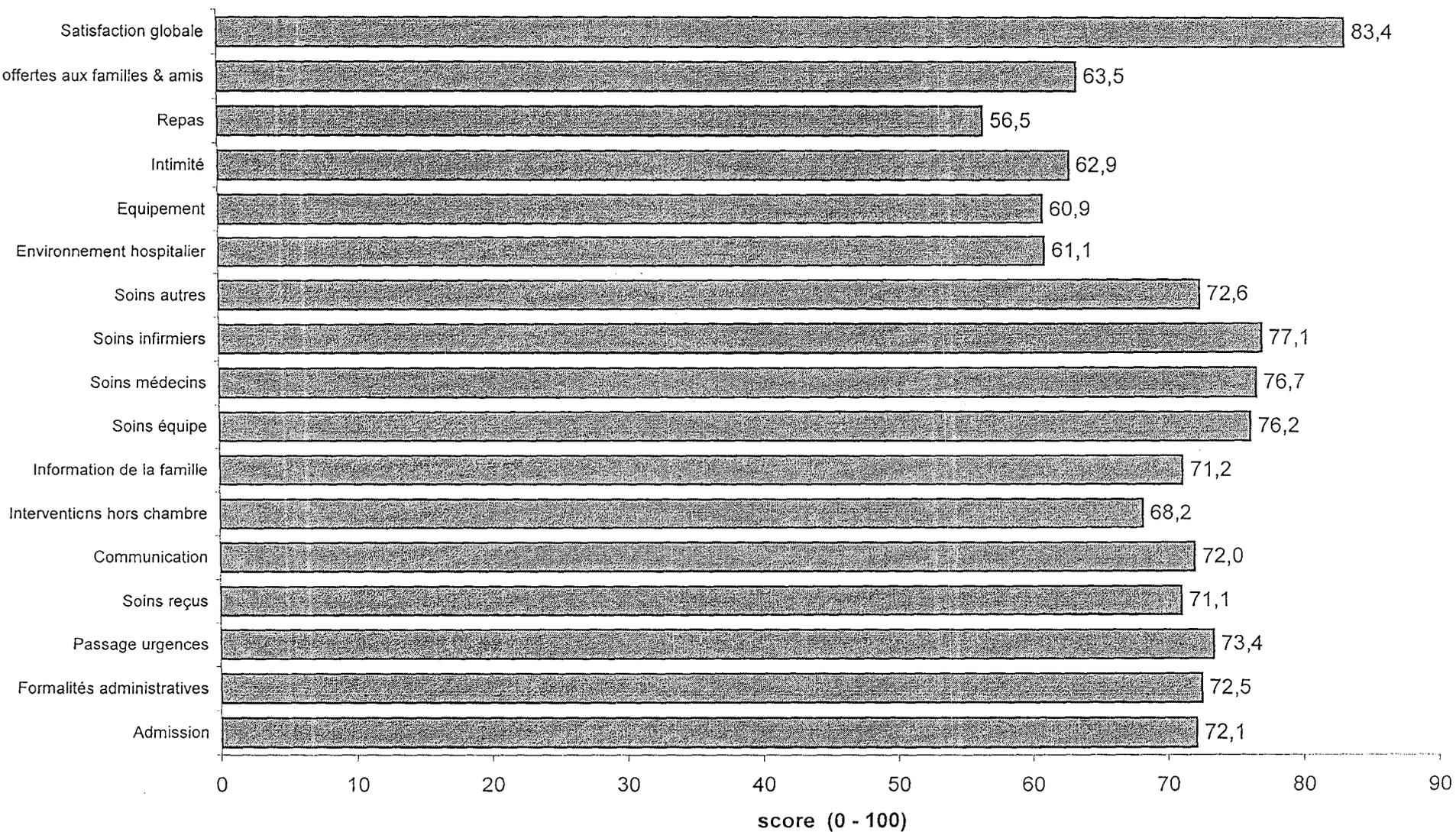
Satisfaction globale et descriptions particulières
 Sciences Neurologiques 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	182	64,0	58,3 - 69,7
	Content	91	32,8	27,3 - 38,4
	Mécontent	7	2,5	0,7 - 4,3
	Très mécontent	1	0,7	0,0 - 1,9
Qualité des soins Infirmières	Très content	205	71,4	66,2 - 76,7
	Content	75	26,3	21,3 - 31,4
	Mécontent	4	1,3	0,1 - 2,5
	Très mécontent	2	1,0	0,0 - 2,3
Chambre & installation communes	Très content	146	52,8	46,8 - 58,8
	Content	127	44,2	38,3 - 50,2
	Mécontent	8	2,7	0,9 - 4,5
	Très mécontent	1	0,3	0,0 - 0,8
Alimentation & repas	Très content	66	23,9	18,9 - 28,9
	Content	142	51,1	45,3 - 56,8
	Mécontent	53	18,6	14,2 - 23,0
	Très mécontent	19	6,5	3,7 - 9,3
Votre séjour	Très content	134	47,4	41,5 - 53,3
	Content	140	48,9	43,0 - 54,9
	Mécontent	11	3,7	1,6 - 5,7
	Très mécontent	0	0,0	-
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	40	15,5	10,9 - 20,0
	D'accord	99	39,1	32,9 - 45,2
	Pas d'accord	90	33,3	27,6 - 39,0
	Absolument pas d'accord	32	12,2	8,1 - 16,3
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	224	77,6	72,8 - 82,4
	Trop courte	29	8,9	5,9 - 11,8
	Trop longue	18	6,5	3,7 - 9,2
	Ne sait pas	18	7,0	3,8 - 10,3
Prise en charge de la douleur	Excellent	47	25,3	18,9 - 31,6
	Très bon	64	32,2	25,4 - 38,9
	Bon	62	30,4	24,3 - 36,5
	Pas très bon	15	8,4	4,2 - 12,7
	Mauvais	6	3,7	0,9 - 6,6
Modalité de restitution des biens	Excellent	50	39,9	31,3 - 48,4
	Très bon	44	33,3	25,2 - 41,3
	Bon	32	24,2	16,9 - 31,6
	Pas très bon	3	1,9	0,0 - 3,9
	Mauvais	1	0,8	0,0 - 2,2

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
Fédération : Sciences Neurologiques 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
FEDERATION : Appareil Locomoteur
 Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	14246
Nombre de questionnaires envoyés	1887
Nombre de questionnaires exploitables	732
avec nom du patient	616
accord de transmission au chef de service	378

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
 (Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 - 30 ans[	75	41	116
[30 - 40 ans[	96	37	133
[40 - 50 ans[	79	56	135
[50 - 60 ans[	79	65	144
[60 - 70 ans[	52	62	114
[70 - 80 ans[	33	40	73
>= 80 ans	4	13	17
Total	418	314	732

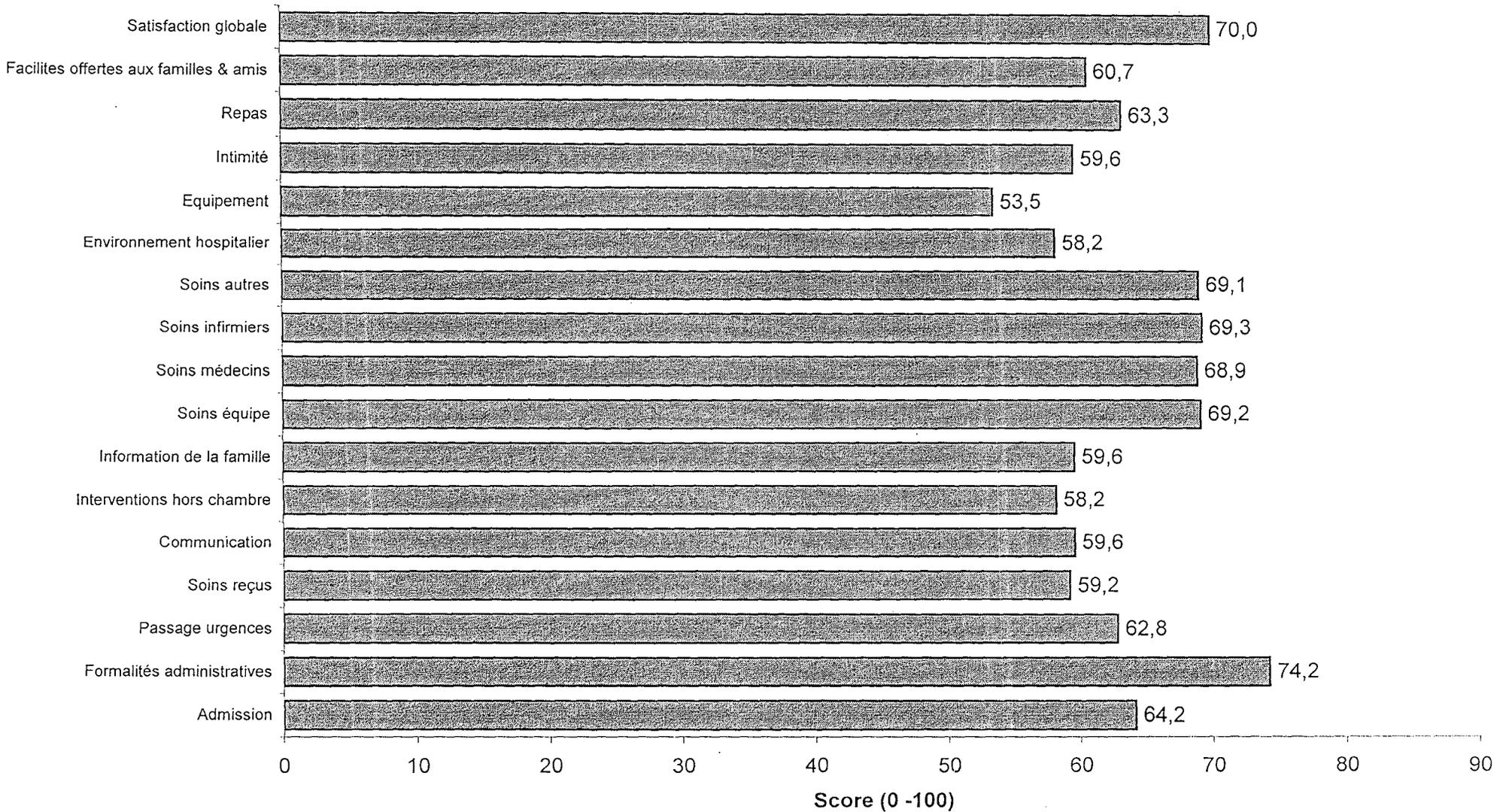
Satisfaction globale et descriptions particulières
Appareil Locomoteur 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	447	64,4	60,8 - 68,0
	Content	243	31,8	28,3 - 35,3
	Mécontent	22	3,3	1,9 - 4,7
	Très mécontent	3	0,5	0,0 - 1,0
Qualité des soins Infirmières	Très content	481	67,8	64,2 - 71,3
	Content	225	31,1	27,6 - 34,6
	Mécontent	7	0,9	0,2 - 1,6
	Très mécontent	2	0,2	0,0 - 0,6
Chambre & installation communes	Très content	200	28,8	25,2 - 32,3
	Content	397	56,7	52,8 - 60,5
	Mécontent	88	11,9	9,5 - 14,4
	Très mécontent	21	2,6	1,5 - 3,8
Alimentation & repas	Très content	144	21,8	18,5 - 25,0
	Content	369	52,1	48,2 - 56,0
	Mécontent	151	20,5	17,4 - 23,6
	Très mécontent	45	5,6	4,0 - 7,3
Votre séjour	Très content	244	35,9	32,2 - 39,7
	Content	438	59,8	55,9 - 63,6
	Mécontent	27	4,1	2,6 - 5,6
	Très mécontent	1	0,2	0,0 - 0,6
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	98	15,6	12,7 - 18,6
	D'accord	266	39,2	35,3 - 43,1
	Pas d'accord	216	33,1	29,3 - 37,0
	Absolument pas d'accord	69	12,0	9,3 - 14,7
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	578	80,2	77,1 - 83,2
	Trop courte	40	5,6	3,8 - 7,5
	Trop longue	51	6,8	4,9 - 8,7
	Ne sait pas	48	7,4	5,3 - 9,5
Prise en charge de la douleur	Excellent	194	30,3	26,6 - 34,0
	Très bon	202	30,0	26,3 - 33,7
	Bon	182	29,6	25,8 - 33,4
	Pas très bon	45	7,2	5,1 - 9,3
	Mauvais	18	2,9	1,6 - 4,3
Modalité de restitution des biens	Excellent	107	32,8	27,6 - 38,0
	Très bon	117	30,8	25,8 - 35,7
	Bon	113	32,2	27,1 - 37,4
	Pas très bon	3	0,6	0,0 - 1,3
	Mauvais	12	3,5	1,5 - 5,5

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
Fédération : Appareil Locomoteur 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
FEDERATION : Appareil Digestif
Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	10816
Nombre de questionnaires envoyés	697
Nombre de questionnaires exploitables	268
avec nom du patient	221
accord de transmission au chef de service	129

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
(Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 - 30 ans[	11	16	27
[30 - 40 ans[	15	17	32
[40 - 50 ans[	26	15	41
[50 - 60 ans[	29	21	50
[60 - 70 ans[	39	17	56
[70 - 80 ans[	31	21	52
>= 80 ans	5	5	10
Total	156	112	268

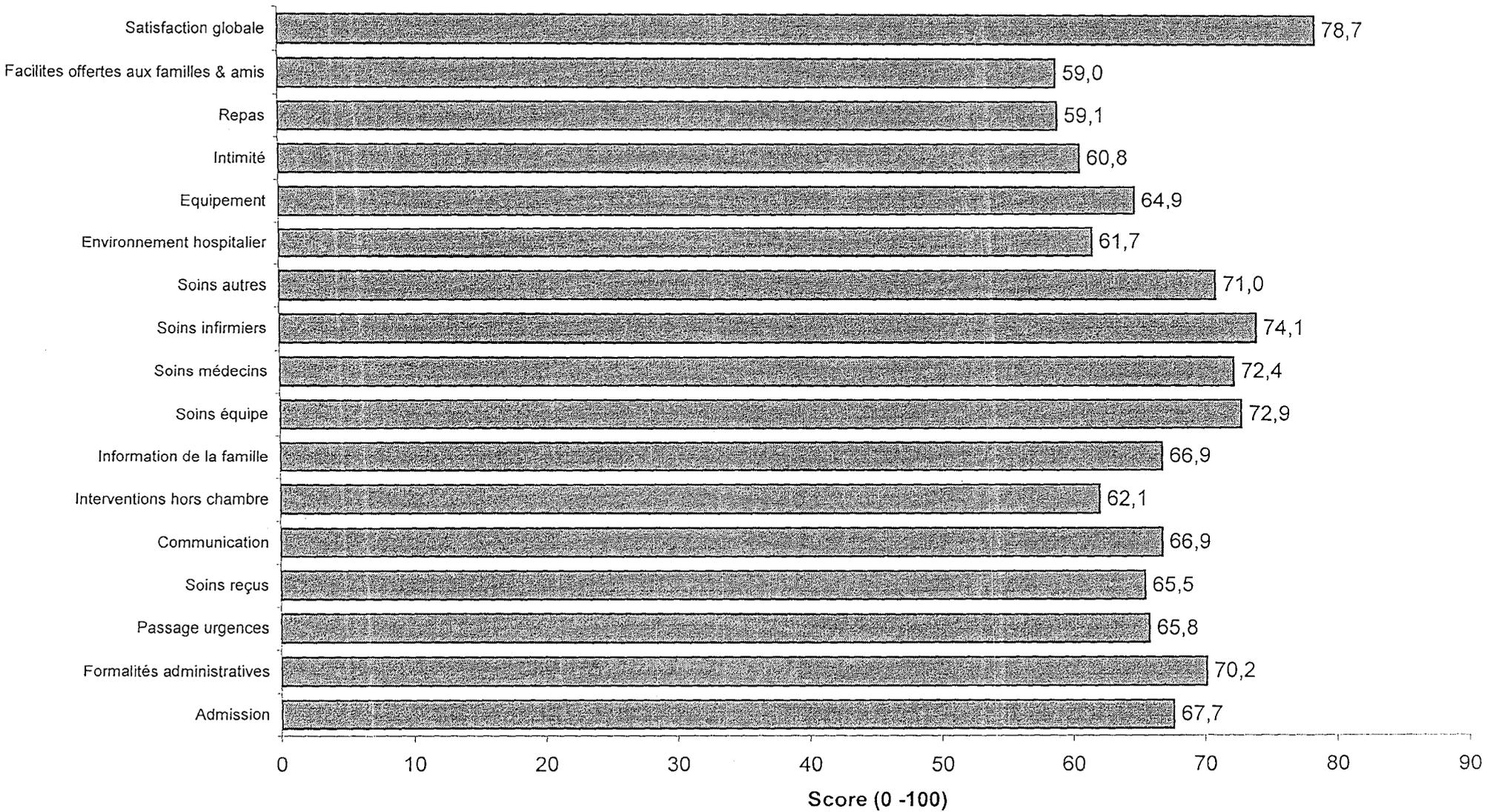
Satisfaction globale et descriptions particulières
Appareil Digestif 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	144	53,4	47,5 - 59,3
	Content	108	42,0	36,0 - 47,9
	Mécontent	8	3,2	1,0 - 5,3
	Très mécontent	4	1,5	0,0 - 2,9
Qualité des soins Infirmières	Très content	160	58,6	52,8 - 64,5
	Content	97	39,2	33,4 - 45,0
	Mécontent	5	1,8	0,3 - 3,4
	Très mécontent	1	0,3	0,0 - 1,0
Chambre & installation communes	Très content	55	21,1	16,2 - 26,1
	Content	159	63,1	57,2 - 69,0
	Mécontent	35	13,2	9,2 - 17,2
	Très mécontent	7	2,6	0,7 - 4,5
Alimentation & repas	Très content	55	21,4	16,4 - 26,4
	Content	160	61,3	55,5 - 67,2
	Mécontent	38	14,3	10,2 - 18,4
	Très mécontent	9	2,9	1,0 - 4,8
Votre séjour	Très content	79	30,4	24,8 - 36,0
	Content	161	62,3	56,5 - 68,2
	Mécontent	15	6,5	3,3 - 9,7
	Très mécontent	2	0,8	0,0 - 1,8
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	50	22,9	17,3 - 28,4
	D'accord	90	39,2	32,9 - 45,5
	Pas d'accord	72	31,1	25,2 - 37,0
	Absolument pas d'accord	17	6,8	3,6 - 10,0
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	209	79,6	74,7 - 84,6
	Trop courte	10	3,4	1,3 - 5,5
	Trop longue	29	12,2	8,2 - 16,3
	Ne sait pas	12	4,7	2,1 - 7,3
Prise en charge de la douleur	Excellent	63	28,7	22,7 - 34,6
	Très bon	58	30,4	24,1 - 36,7
	Bon	61	31,2	24,8 - 37,6
	Pas très bon	13	6,0	3,0 - 9,1
	Mauvais	7	3,7	1,0 - 6,4
Modalité de restitution des biens	Excellent	43	29,0	21,7 - 36,3
	Très bon	44	31,2	23,5 - 38,9
	Bon	49	38,2	30,1 - 46,3
	Pas très bon	2	1,5	0,0 - 3,6
	Mauvais	0	0,0	-

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction
Fédération : Appareil Digestif 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



SATISFACTION CHU DE NANCY
FEDERATION : Cervico-Faciale
Sorties période de 01/10/1999 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	5896
Nombre de questionnaires envoyés	701
Nombre de questionnaires exploitables	285
avec nom du patient	229
accord de transmission au chef de service	149

Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
(Répartition par tranche d'âge et par sexe)

	Hommes	Femmes	Total
[18 - 30 ans[	26	30	56
[30 - 40 ans[	27	29	56
[40 - 50 ans[	23	27	50
[50 - 60 ans[	23	29	52
[60 - 70 ans[	36	12	48
[70 - 80 ans[	11	7	18
>= 80 ans	2	3	5
Total	148	137	285

Satisfaction globale et descriptions particulières
Cervico-Faciale 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

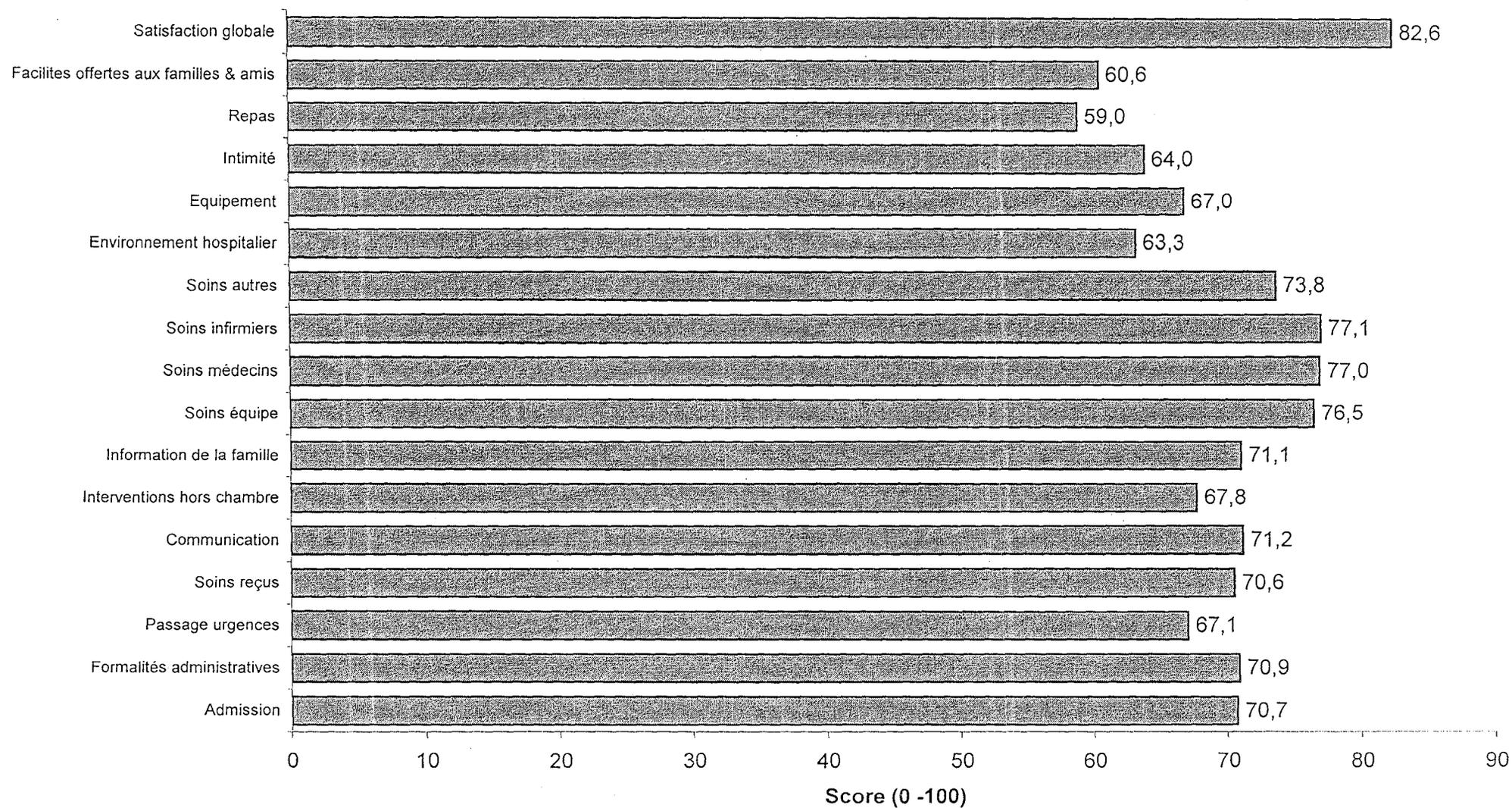
		Nombre*	Proportion**	IC 95%
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	185	66,8	61,7 - 72,0
	Content	90	31,3	26,2 - 36,4
	Mécontent	4	1,4	0,1 - 2,8
	Très mécontent	1	0,4	0,0 - 1,2
Qualité des soins Infirmières	Très content	183	65,0	59,7 - 70,3
	Content	91	32,5	27,3 - 37,7
	Mécontent	6	2,2	0,5 - 3,9
	Très mécontent	1	0,4	0,0 - 1,0
Chambre & installation communes	Très content	54	19,1	14,6 - 23,6
	Content	162	60,3	54,8 - 65,8
	Mécontent	52	17,6	13,4 - 21,7
	Très mécontent	9	3,0	1,2 - 4,9
Alimentation & repas	Très content	46	17,2	12,8 - 21,7
	Content	143	55,2	49,5 - 61,0
	Mécontent	62	21,8	17,1 - 26,5
	Très mécontent	16	5,7	3,0 - 8,4
Votre séjour	Très content	97	35,1	29,6 - 40,6
	Content	170	61,8	56,2 - 67,4
	Mécontent	9	3,1	1,2 - 5,1
	Très mécontent	0	0,0	-
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	34	12,8	8,9 - 16,8
	D'accord	101	40,0	34,1 - 45,9
	Pas d'accord	88	36,9	31,1 - 42,7
	Absolument pas d'accord	26	10,3	6,6 - 13,9
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	233	82,2	77,8 - 86,5
	Trop courte	19	6,4	3,7 - 9,1
	Trop longue	19	7,1	4,1 - 10,0
	Ne sait pas	12	4,4	2,0 - 6,8
Prise en charge de la douleur	Excellent	64	28,3	22,6 - 34,1
	Très bon	90	39,8	33,6 - 46,1
	Bon	61	26,7	21,2 - 32,2
	Pas très bon	7	3,4	1,0 - 5,9
	Mauvais	4	1,7	0,1 - 3,3
Modalité de restitution des biens	Excellent	40	36,8	28,0 - 45,7
	Très bon	23	23,6	15,4 - 31,7
	Bon	39	36,8	27,9 - 45,7
	Pas très bon	2	1,7	0,0 - 3,9
	Mauvais	1	1,1	0,0 - 3,1

* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

Scores moyens de satisfaction

Fédération : Cervico-Faciale 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001



Scores moyens comparatifs de satisfaction
Les fédérations 01 Octobre 1999 - 31 Décembre 2001

	Pneumologie		Cardio-vasculaire		Neurologie		Locomoteur		Digestif		Cervico-Faciale	
	Moy*	IC 95%**	Moy*	IC 95%**	Moy*	IC 95%**	Moy*	IC 95%**	Moy*	IC 95%**	Moy*	IC 95%**
Admission	71,9	69,5 - 74,3	65,2	-	69,9	67,5 - 72,2	72,0	70,3 - 73,7	69,2	66,9 - 71,6	69,7	68,0 - 71,3
Formalités administratives	72,4	69,9 - 74,9	73,8	-	71,2	68,9 - 73,6	71,1	69,3 - 73,0	73,3	70,8 - 75,8	71,0	69,5 - 72,6
Passage urgences	73,1	69,1 - 77,1	67,2	-	71,3	67,2 - 75,4	76,5	73,3 - 79,8	57,9	51,5 - 64,3	68,1	65,2 - 70,9
Soins reçus	70,1	68,1 - 72,2	60,2	-	66,9	64,8 - 69,0	70,7	69,2 - 72,3	70,8	68,6 - 72,9	69,2	67,8 - 70,7
Communication	71,3	69,3 - 73,4	60,3	-	68,3	66,2 - 70,4	71,8	70,2 - 73,4	71,6	69,4 - 73,8	70,4	68,9 - 71,9
Interventions hors chambre	66,8	64,4 - 69,2	63,0	-	63,6	61,3 - 65,8	68,6	67,0 - 70,3	68,6	65,5 - 71,6	65,2	63,5 - 66,8
Information de la famille	70,9	68,2 - 73,6	61,1	-	67,5	64,8 - 70,2	70,6	68,5 - 72,8	70,7	67,8 - 73,6	68,8	66,8 - 70,8
Soins équipe	75,7	73,8 - 77,6	68,9	-	74,7	72,7 - 76,7	76,2	74,8 - 77,6	76,5	74,5 - 78,4	76,1	74,9 - 77,4
Soins médecins	76,3	74,2 - 78,4	69,6	-	75,0	72,9 - 77,1	76,6	75,0 - 78,2	75,2	72,8 - 77,5	76,2	74,8 - 77,7
Soins infirmiers	76,8	74,9 - 78,6	68,9	-	75,5	73,5 - 77,6	77,3	75,8 - 78,8	78,0	76,1 - 79,9	76,7	75,5 - 78,0
Soins autres	72,0	69,6 - 74,5	67,1	-	72,0	69,8 - 74,3	72,3	70,6 - 74,0	75,2	72,8 - 77,5	73,9	72,4 - 75,3
Environnement hospitalier	61,5	59,5 - 63,5	60,6	-	61,9	60,0 - 63,8	62,6	61,2 - 64,0	69,9	68,0 - 71,8	62,1	60,8 - 63,4
Equipement	61,9	59,7 - 64,2	57,1	-	65,0	62,8 - 67,1	65,3	63,9 - 66,8	79,3	77,4 - 81,3	65,0	63,6 - 66,5
Intimité	63,3	60,5 - 66,1	61,7	-	61,3	58,8 - 63,9	62,1	60,2 - 63,9	70,1	67,5 - 72,8	63,5	61,7 - 65,4
Repas	56,9	54,0 - 59,8	66,0	-	61,5	58,9 - 64,1	60,3	58,4 - 62,3	57,5	54,7 - 60,3	57,5	55,5 - 59,4
Facilites offertes aux familles & amis	63,3	61,2 - 65,4	60,0	-	58,1	55,9 - 60,4	59,6	58,0 - 61,2	64,8	62,2 - 67,4	60,4	58,9 - 62,0
Satisfaction globale	82,9	81,2 - 84,7	75,2	-	81,5	79,5 - 83,6	82,4	80,8 - 84,0	84,3	82,4 - 86,2	81,2	79,8 - 82,6

Note : Les intervalles de confiance ne sont pas calculés si il n'y a pas au moins une personne dans chaque tranche d'âge et de sexe

Gras (bleu) : fédération où le score est le plus élevé

Grisée (rouge) : fédération où le score est le plus faible

* Scores moyens comparatifs (population de référence : population CHU 2000)

** Intervalle de confiance

COMPARAISON DES SCORES DE SATISFACTION DES SERVICES

La comparaison des scores des différents services du CHU est présentée pour 16 dimensions de satisfaction. Pour chacune des dimensions les résultats sont présentés sous forme de diagramme en bâtons, la couleur indiquant l'établissement dans lequel se trouve le service, l'encadrement représentant les services de chirurgie, les bâtons sans encadrement les services de médecine. Ce mode de présentation permet d'identifier avec l'analyse statistique des effets établissement et/ou discipline (diagramme en couleur).

Pour chaque dimension, les données sont présentées en 2 diagrammes (p.66 à 81 bis) :

- (1) en couleur, les données prennent en compte le mode d'échantillonnage et les facteurs de confusion et sont standardisées sur l'âge et le sexe ;
- (2) en noir et blanc, les données brutes (telles qu'obtenues dans l'échantillon).

Sur l'axe des ordonnées, on peut constater que le classement des services en fonction de leur score de satisfaction est modifiée par la stratégie d'analyse. Ceci démontre la nécessité de prendre en compte ces facteurs dans l'analyse et l'interprétation des données.

Une seule dimension n'est pas présentée : il s'agit de la satisfaction avec le passage aux urgences, en raison du faible nombre de réponses à cette dimension (moins de 40% des patients passent par le service des urgences, tableau I). Par ailleurs, une comparaison des services quant à la satisfaction avec le passage aux urgences est d'une pertinence limitée.

Il existe des variations assez importantes de 15-20 points d'un service à l'autre.

Dans le tableau suivant, la première colonne teste l'effet du service seul sur chaque dimension. Cet effet est significatif dans tous les cas, ce qui indique qu'il y a des différences de scores entre service quelque soit la dimension. Les deuxième et troisième colonnes donnent respectivement la significativité des effets établissement et discipline (ajustés sur l'âge et le sexe). Enfin, les deux dernières colonnes indiquent si l'effet du service est toujours significatif à l'intérieur de chaque établissement et discipline.

Dimension de satisfaction	Effet				
	Service ¹	Etablissement	Discipline	Service ²	Service ³
Admission	***	*	**	**	
Formalités administratives	***	***		*	
Soins reçus	***		***	**	**
Communication	***		***	**	**
Interventions hors chambre	***		***	*	*
Information de la famille	***	**	**	**	
Soins équipe	***	**	***	**	**
Soins médecins	***	*	***	**	**
Soins infirmiers	***	*	**	**	**
Soins autres	***	***	**	*	*
Environnement hospitalier	***			**	**
Equipement	***			***	***
Intimité	***	***		**	**
Repas	***	*		**	**
Facilites offertes aux familles & amis	***	**		**	**
Satisfaction globale	***	*	***	**	*

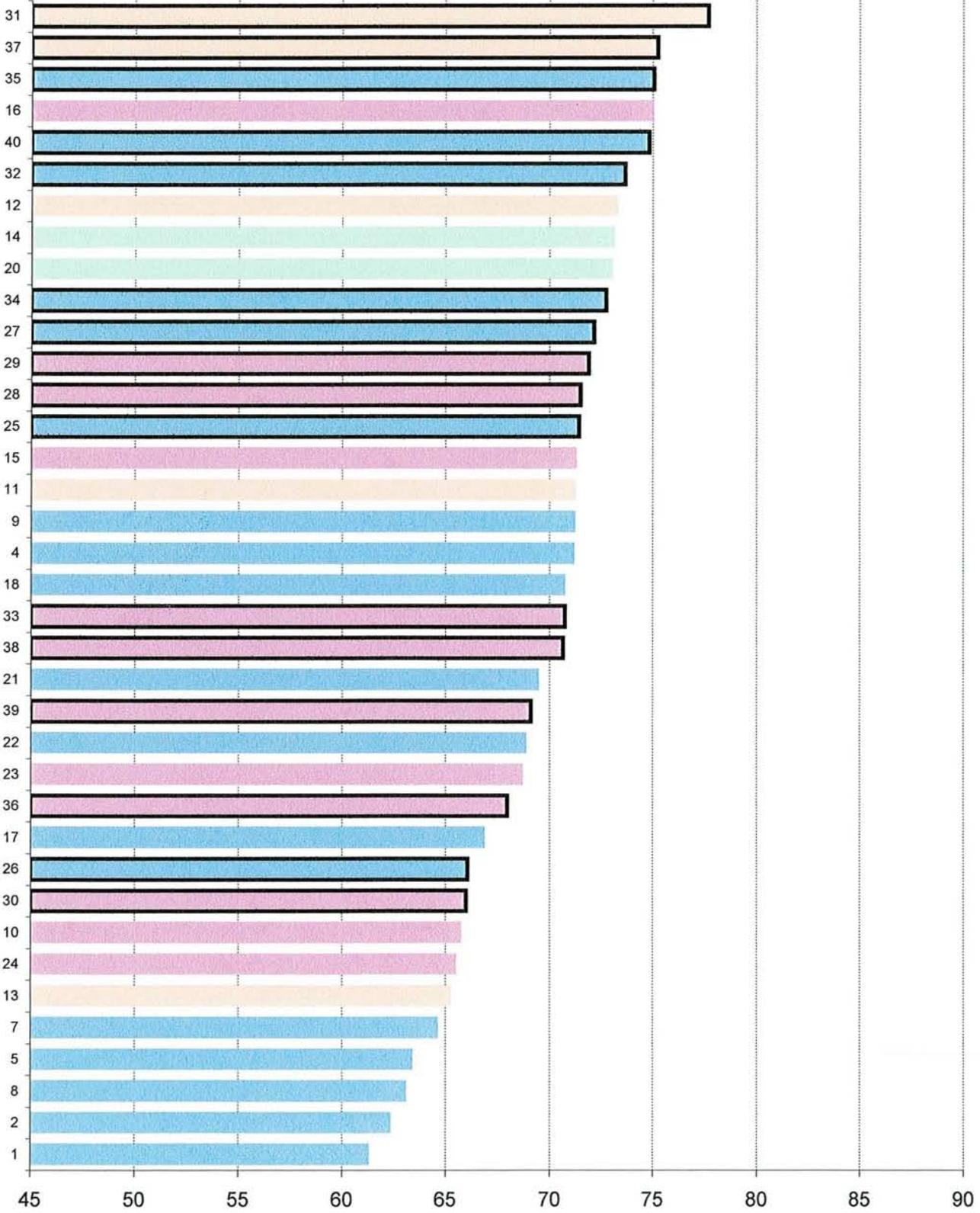
Les $p < 0,001 = ***$, $p < 0,01 = **$, $p < 0,05 = *$

¹ : Effet du service seul , sans ajustement.

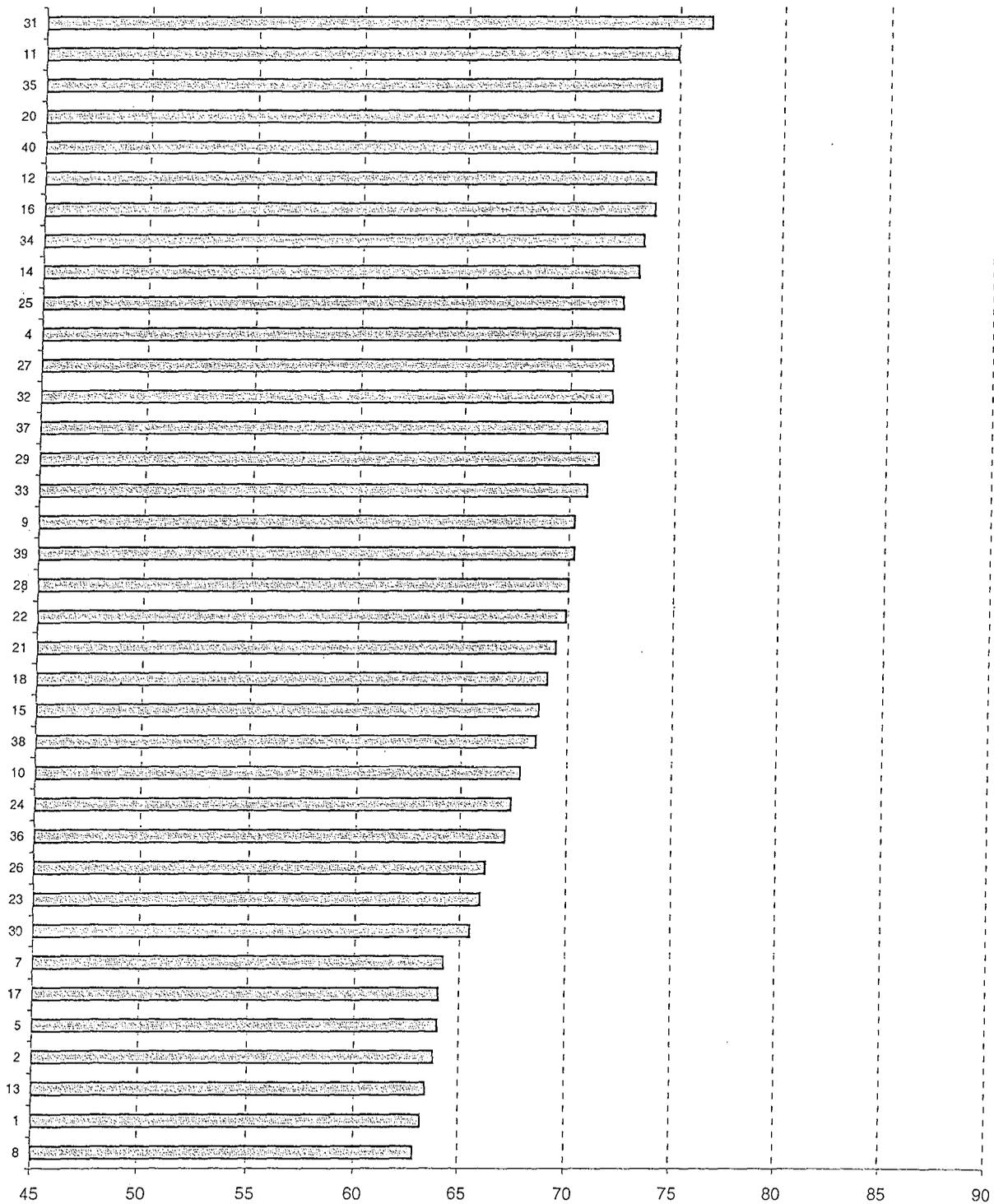
² : Effet du service en tenant compte de son appartenance à un établissement et à une discipline, ajusté sur l'âge et le sexe.

³ : Effet du service en tenant compte de son appartenance à un établissement et à une discipline, ajusté sur l'âge, le sexe et les autres facteurs déterminants comme la santé perçue, l'intensité de la douleur, la chambre individuelle pendant le séjour

Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service Dimension : Admission



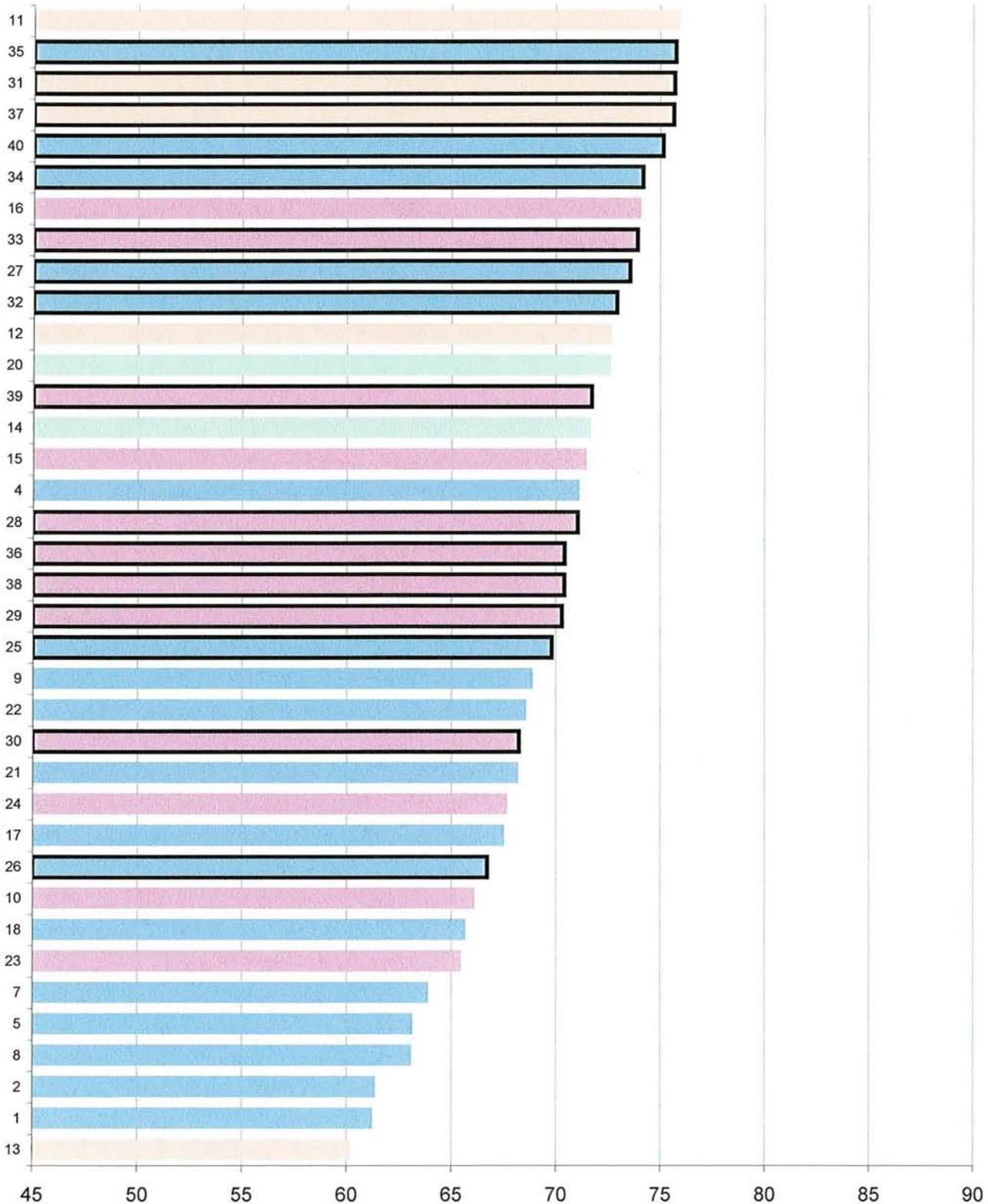
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Admission



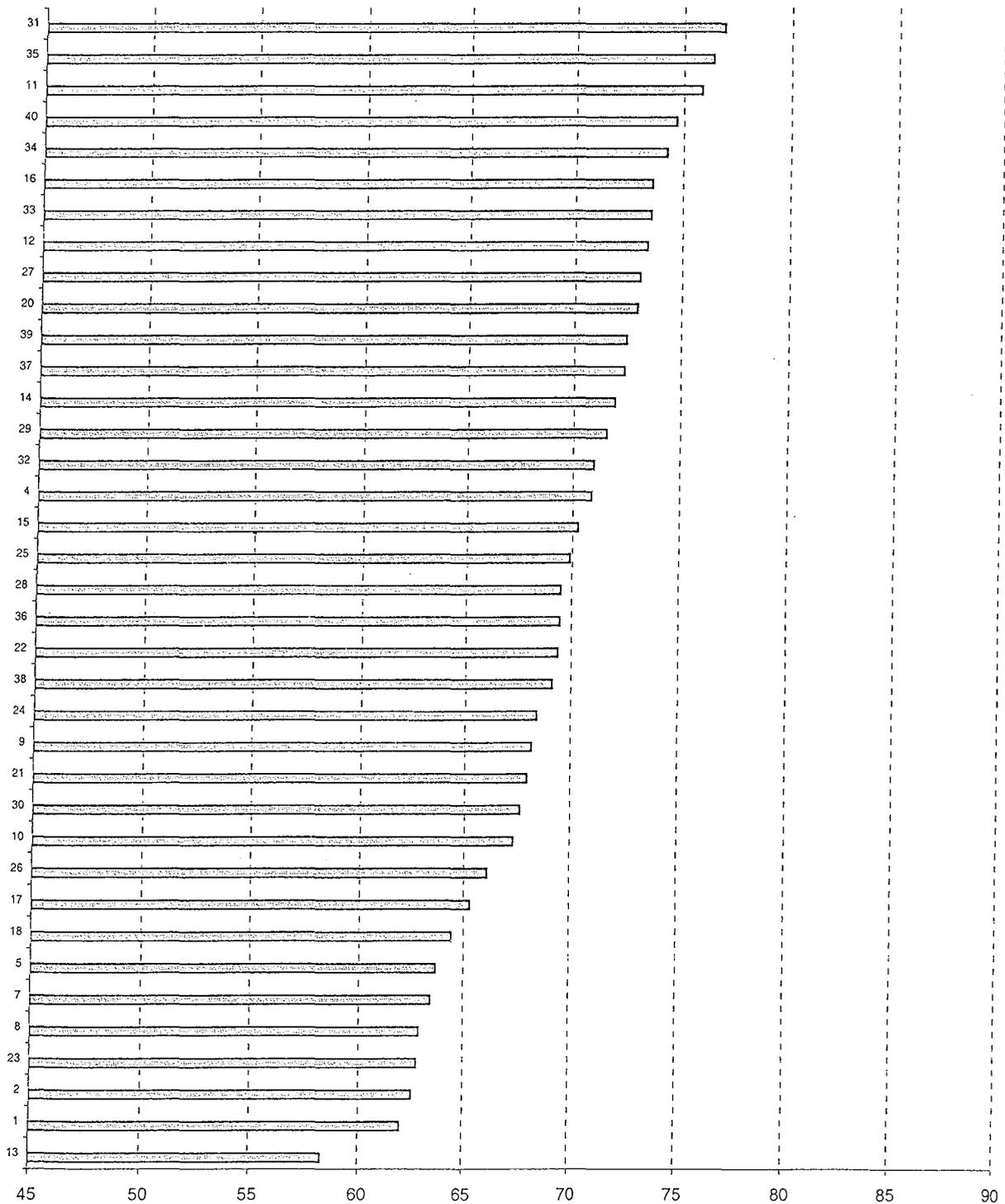
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Communication

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	69,0	73,6
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	72,3	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	64,9	70,0
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	70,0	75,2

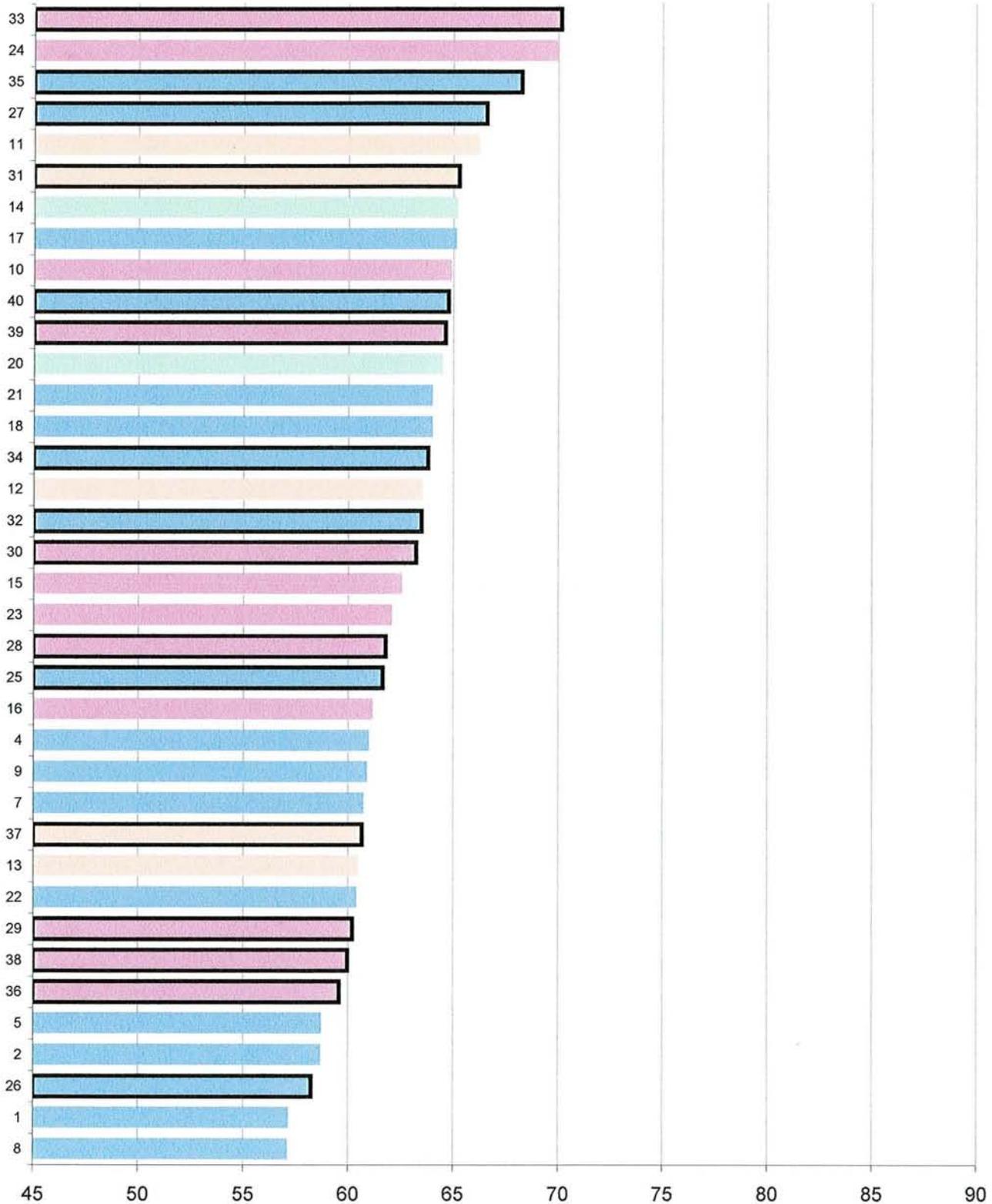


Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension: Communication

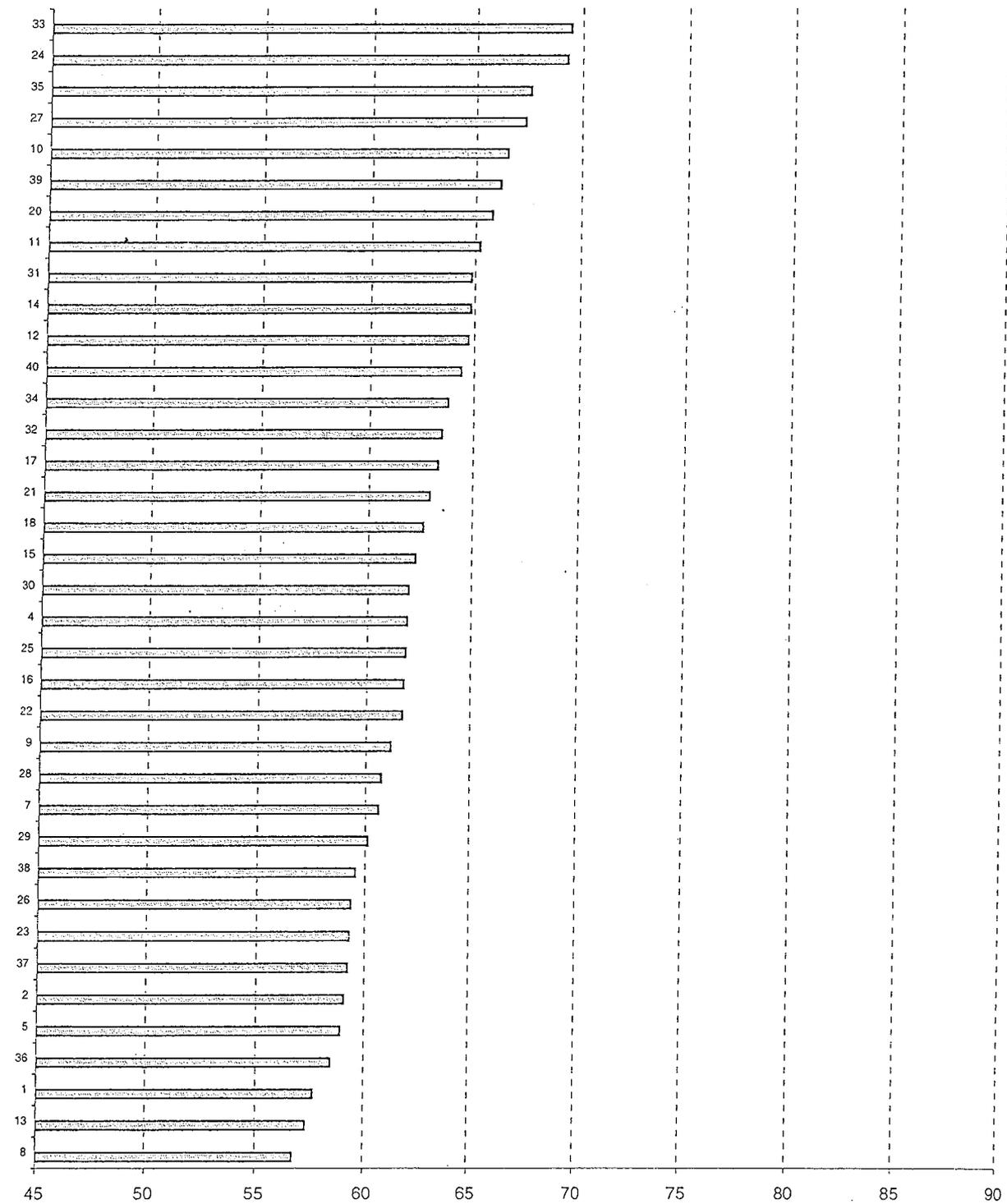


Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Environnement hospitalier

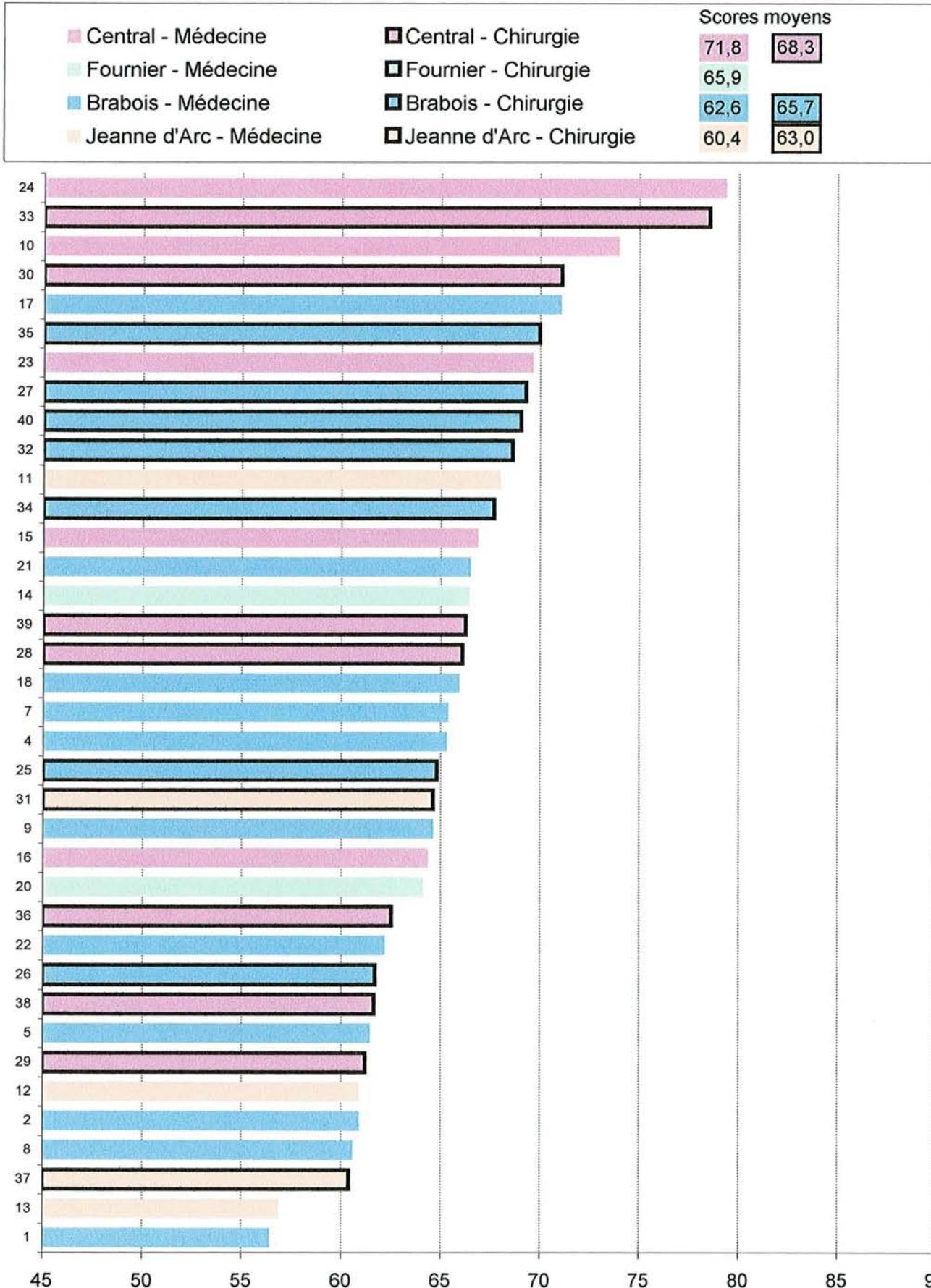


Comparaison des scores brut de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Environnement hospitalier

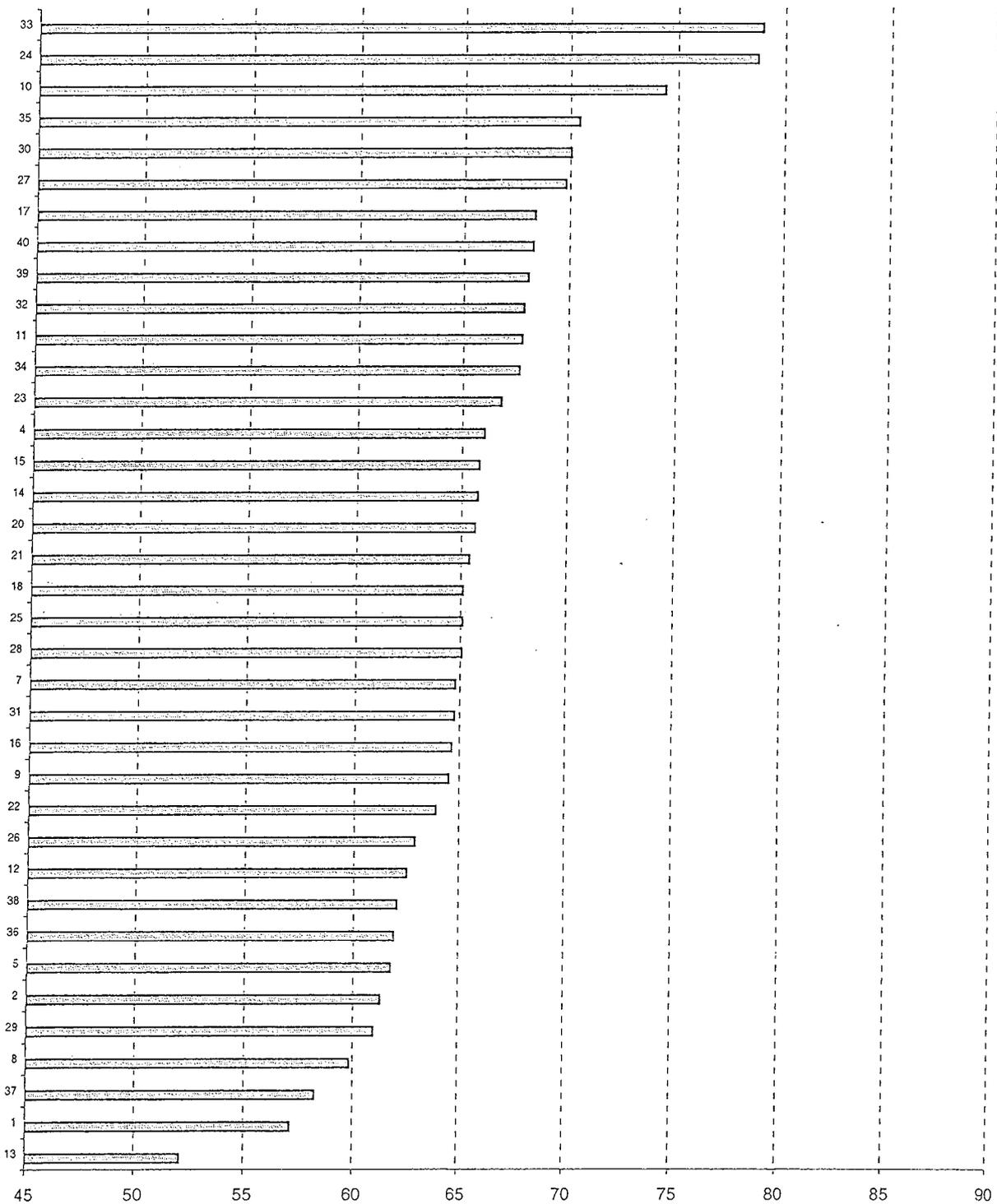


Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Equipement



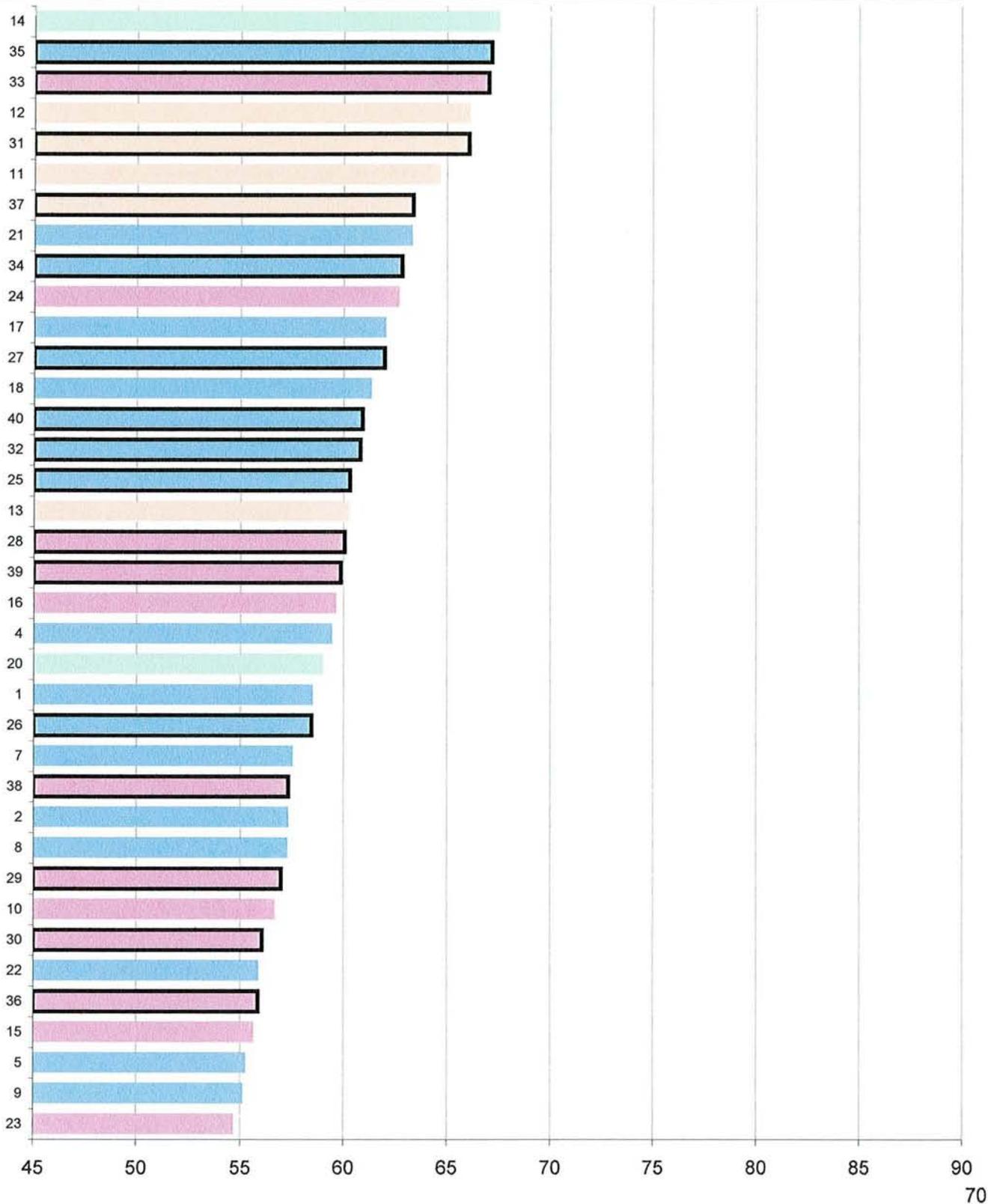
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service Dimension Equipement



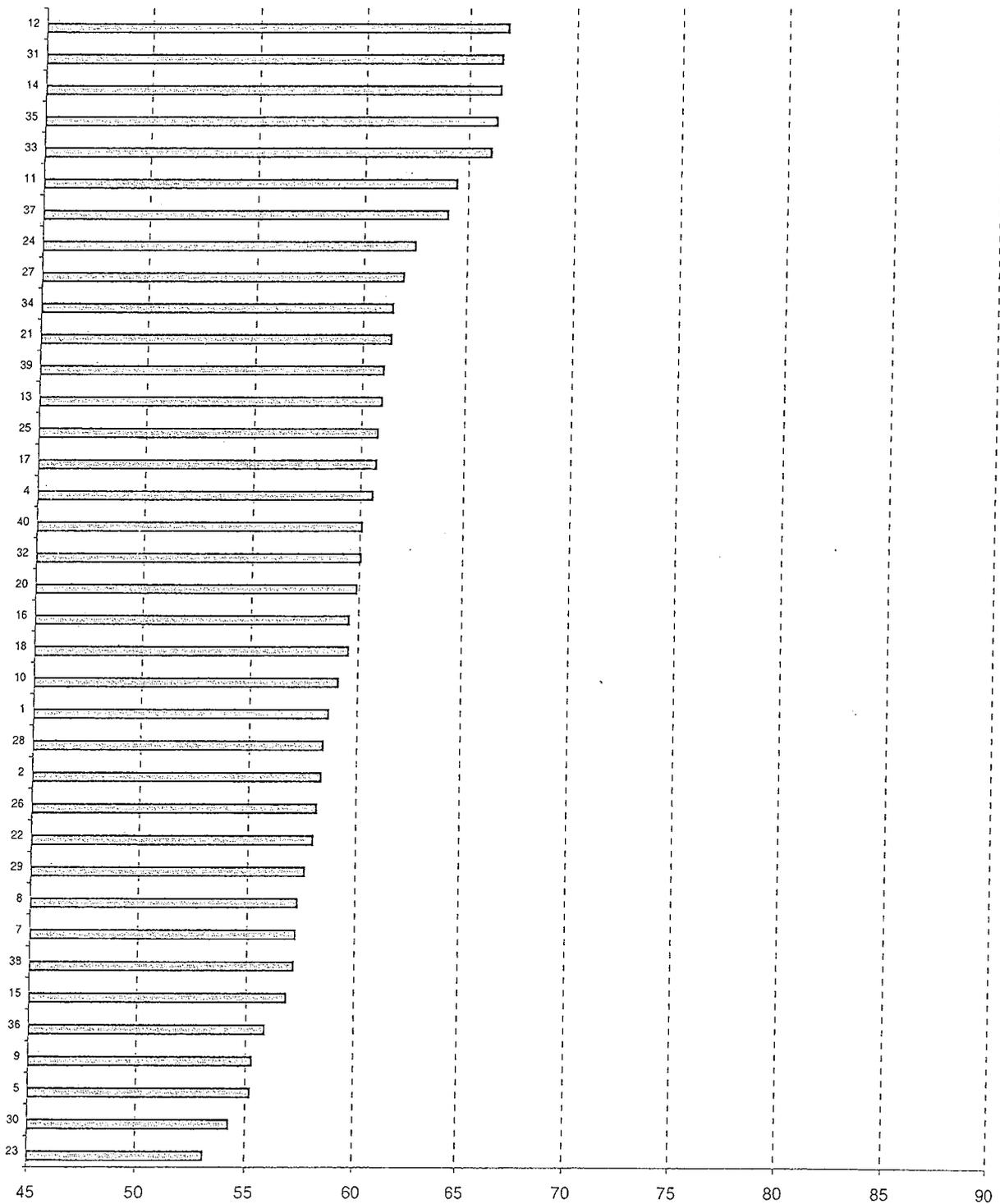
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Facilites offertes aux familles & amis

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	59,4	59,9
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	65,1	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	57,6	60,2
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	64,6	65,0

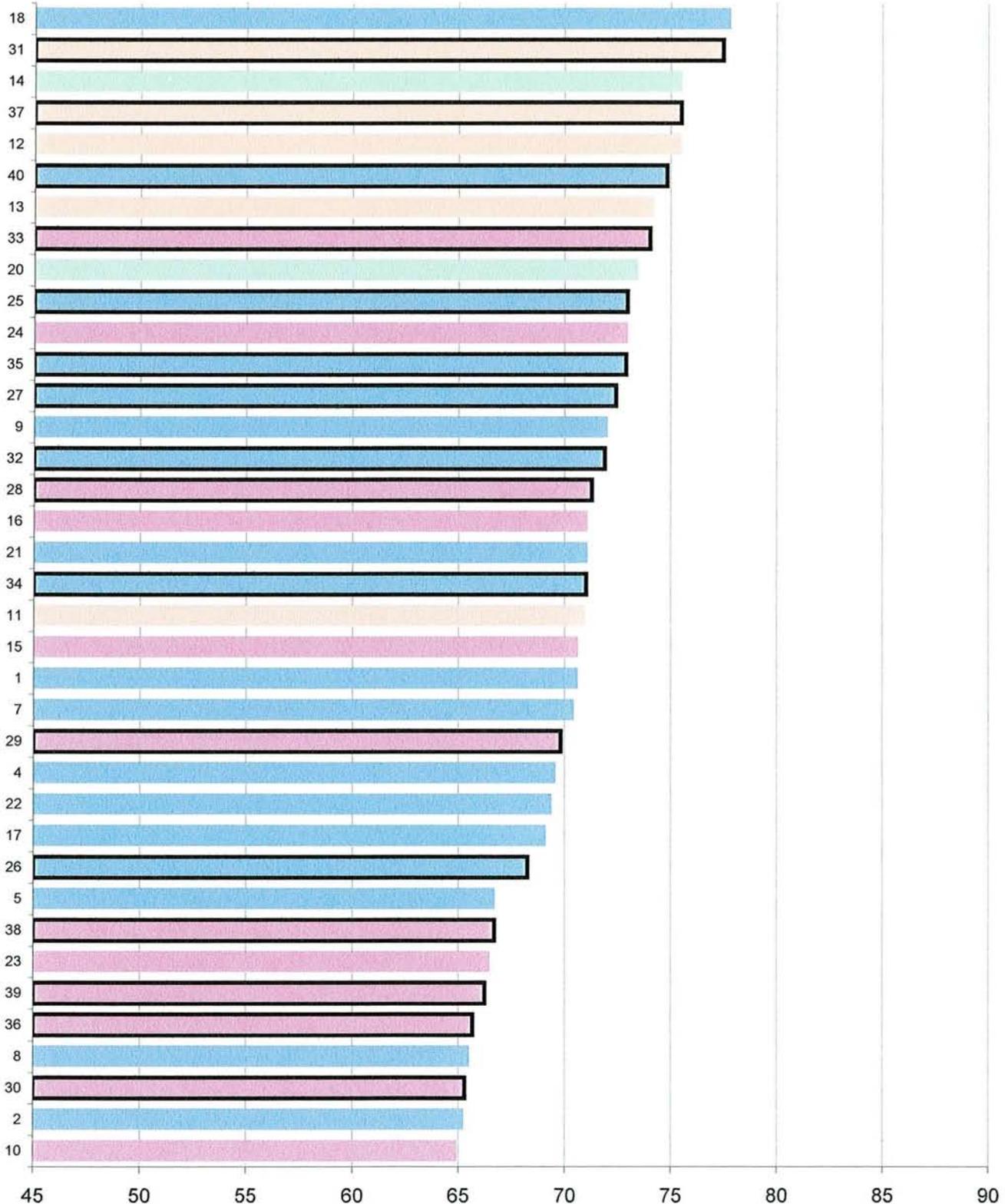


Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Facilité offertes aux familles et amis

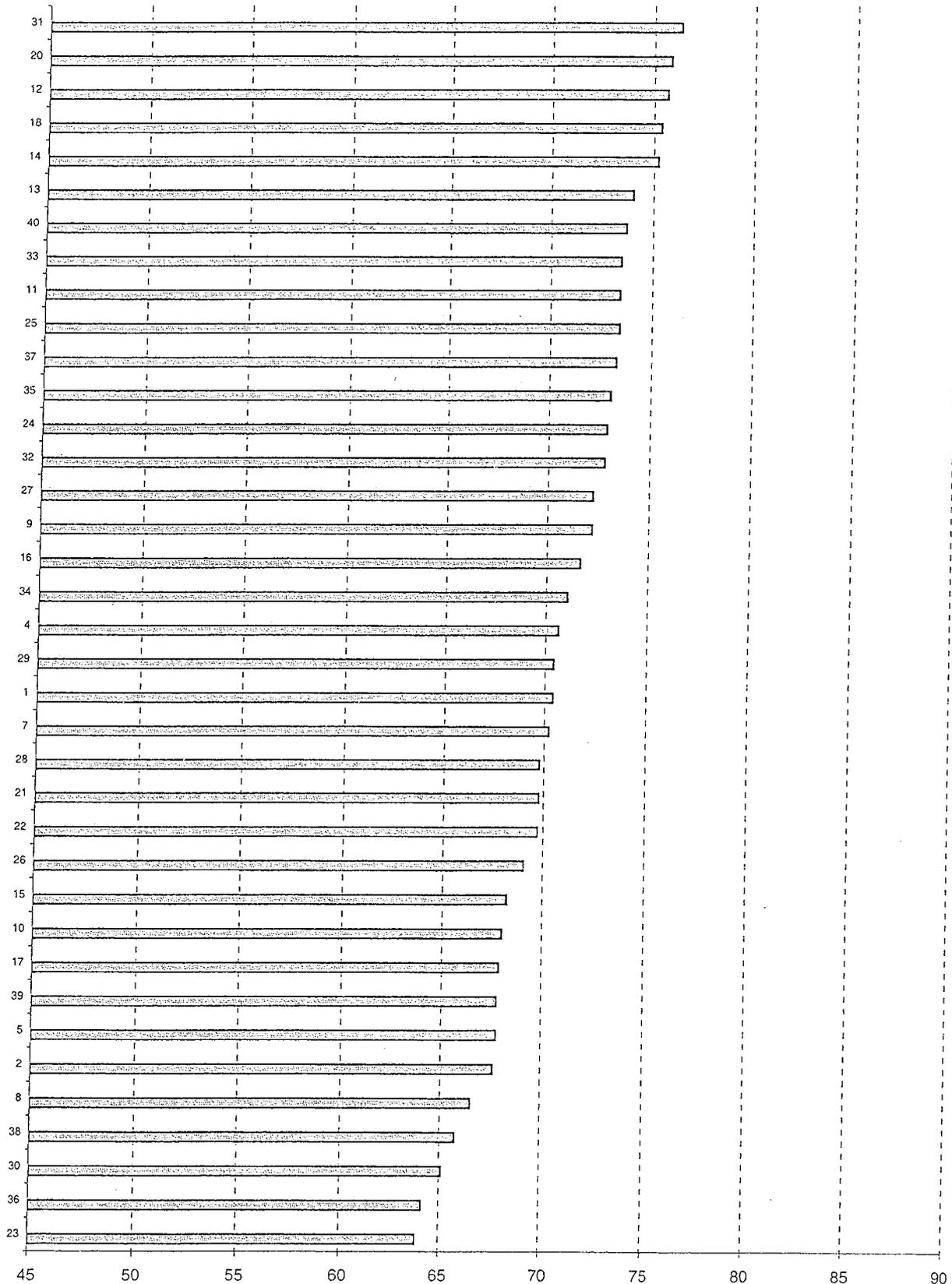


Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Formalités administratives



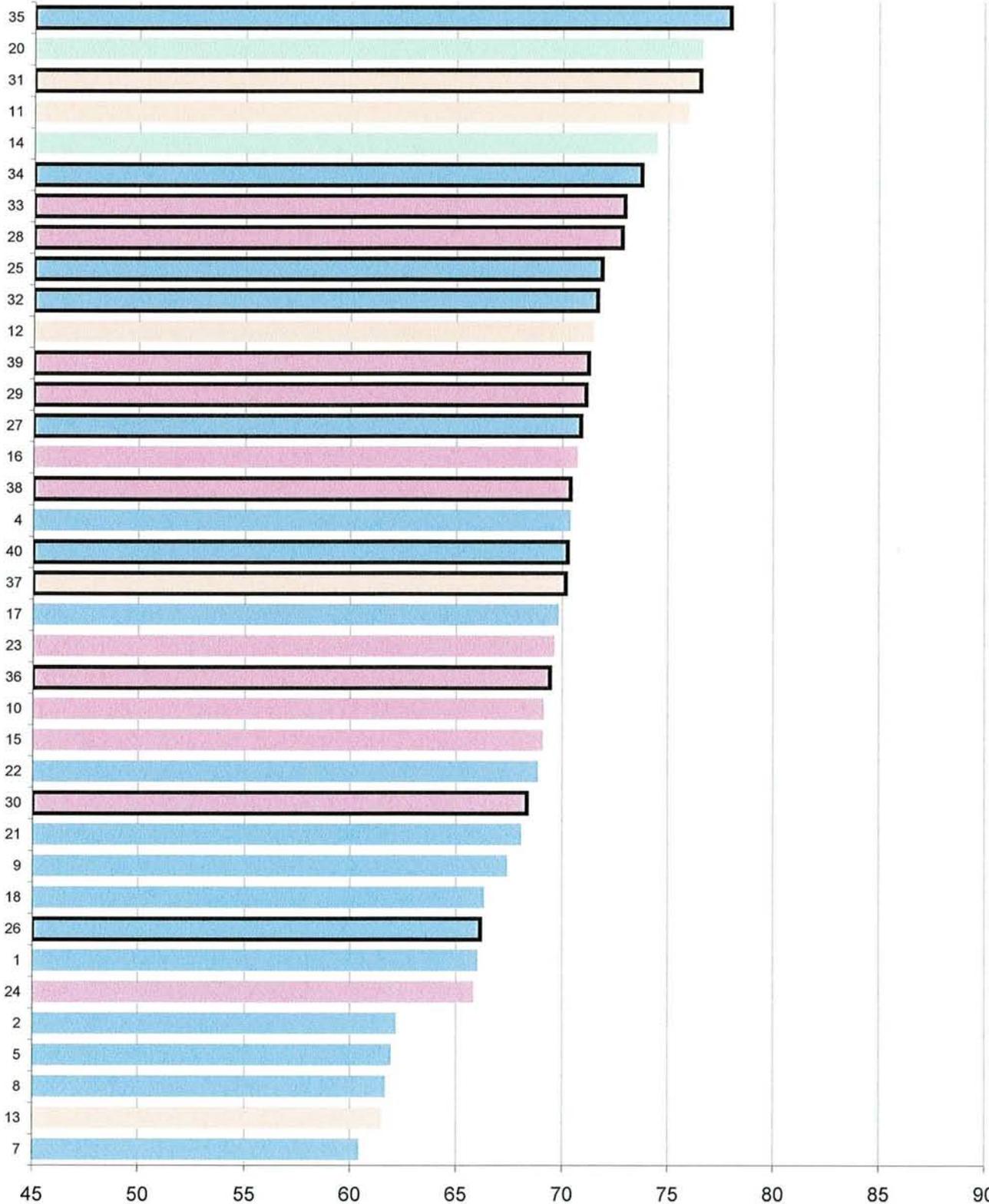
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension: Formalités administratives



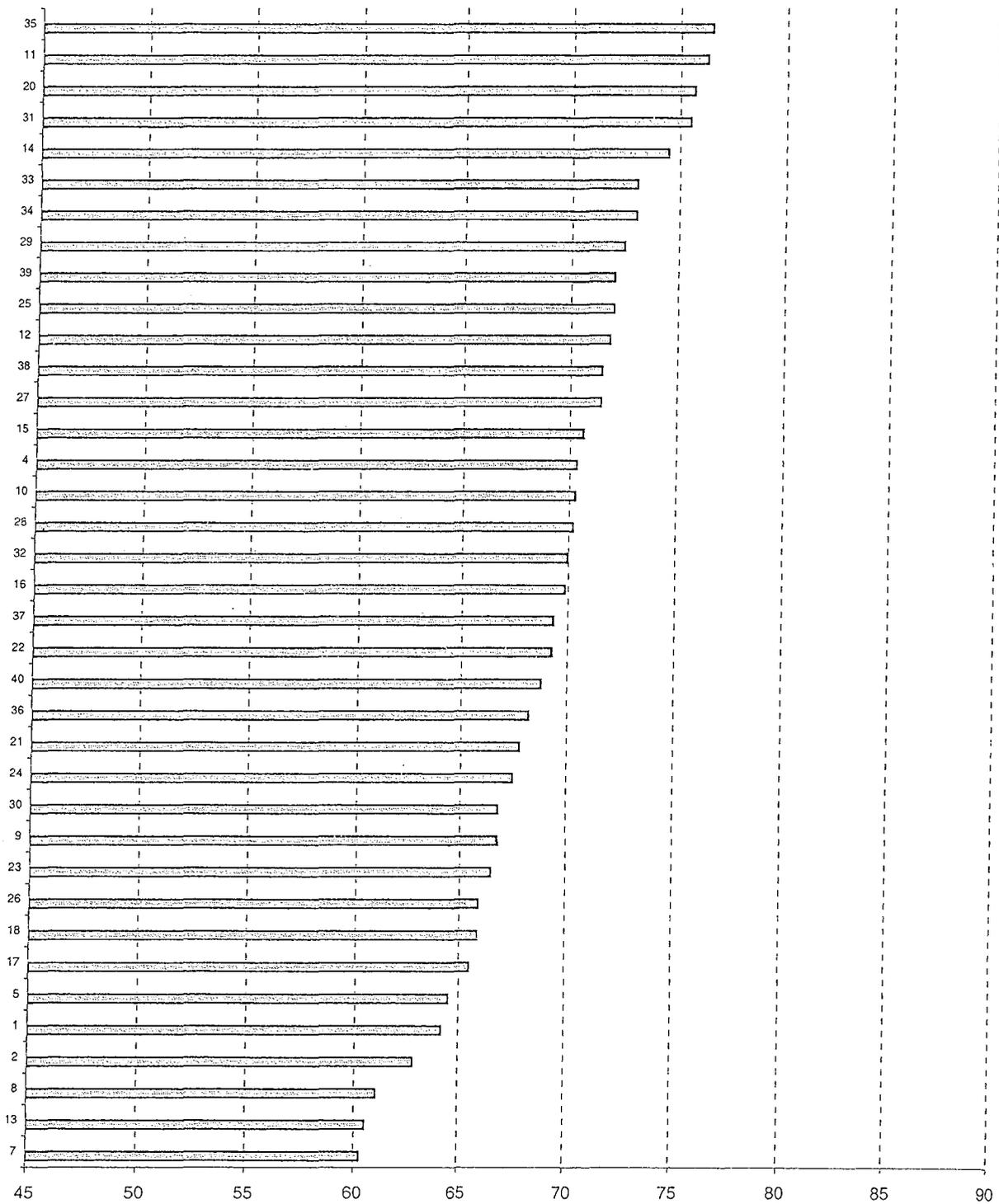
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Information de la famille

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	68,7	71,3
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	76,1	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	65,1	70,0
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	69,8	75,2



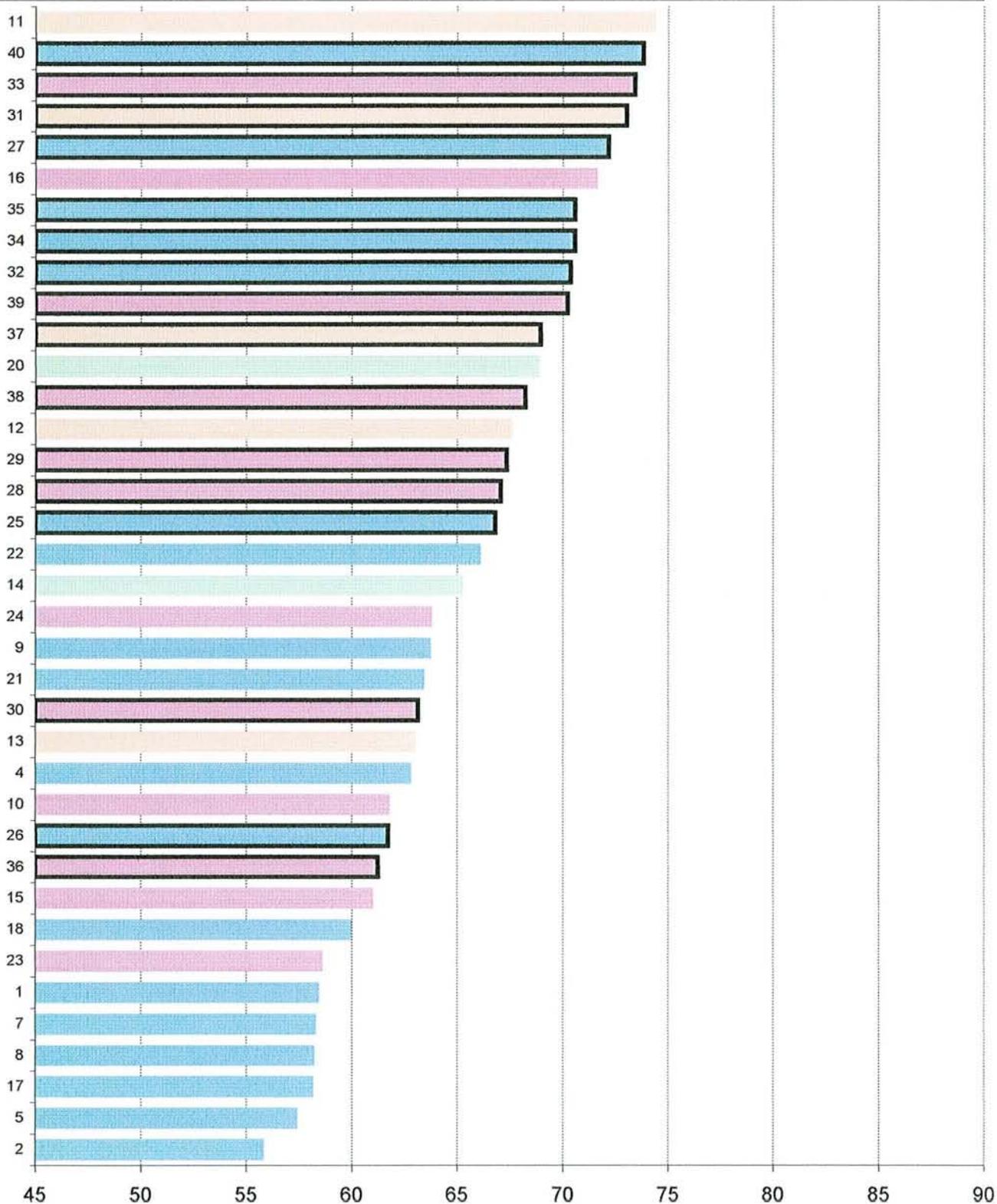
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension: Information de la famille



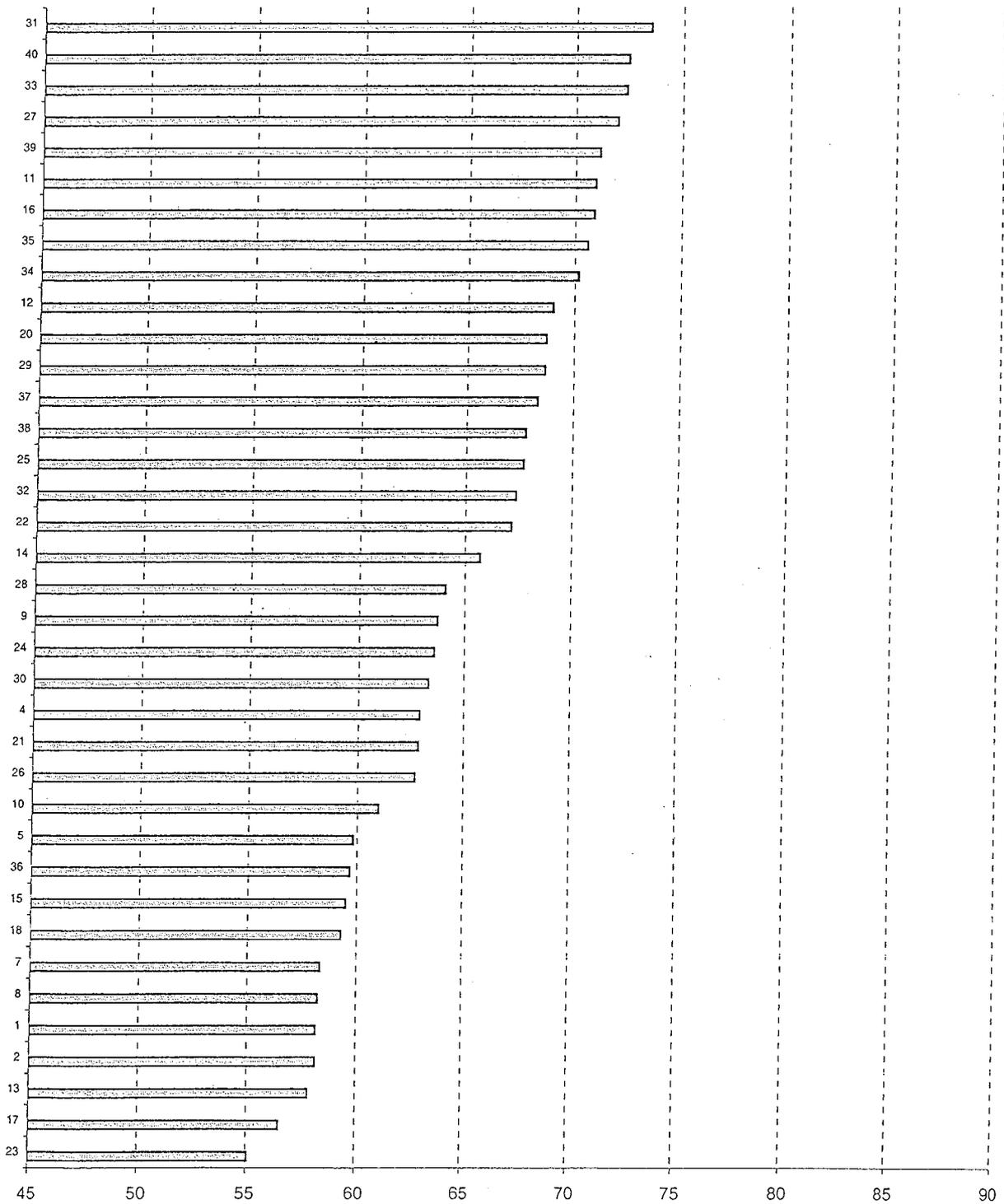
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Interventions hors chambre

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	64,1	67,5
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	66,1	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	60,5	67,0
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	66,9	71,4

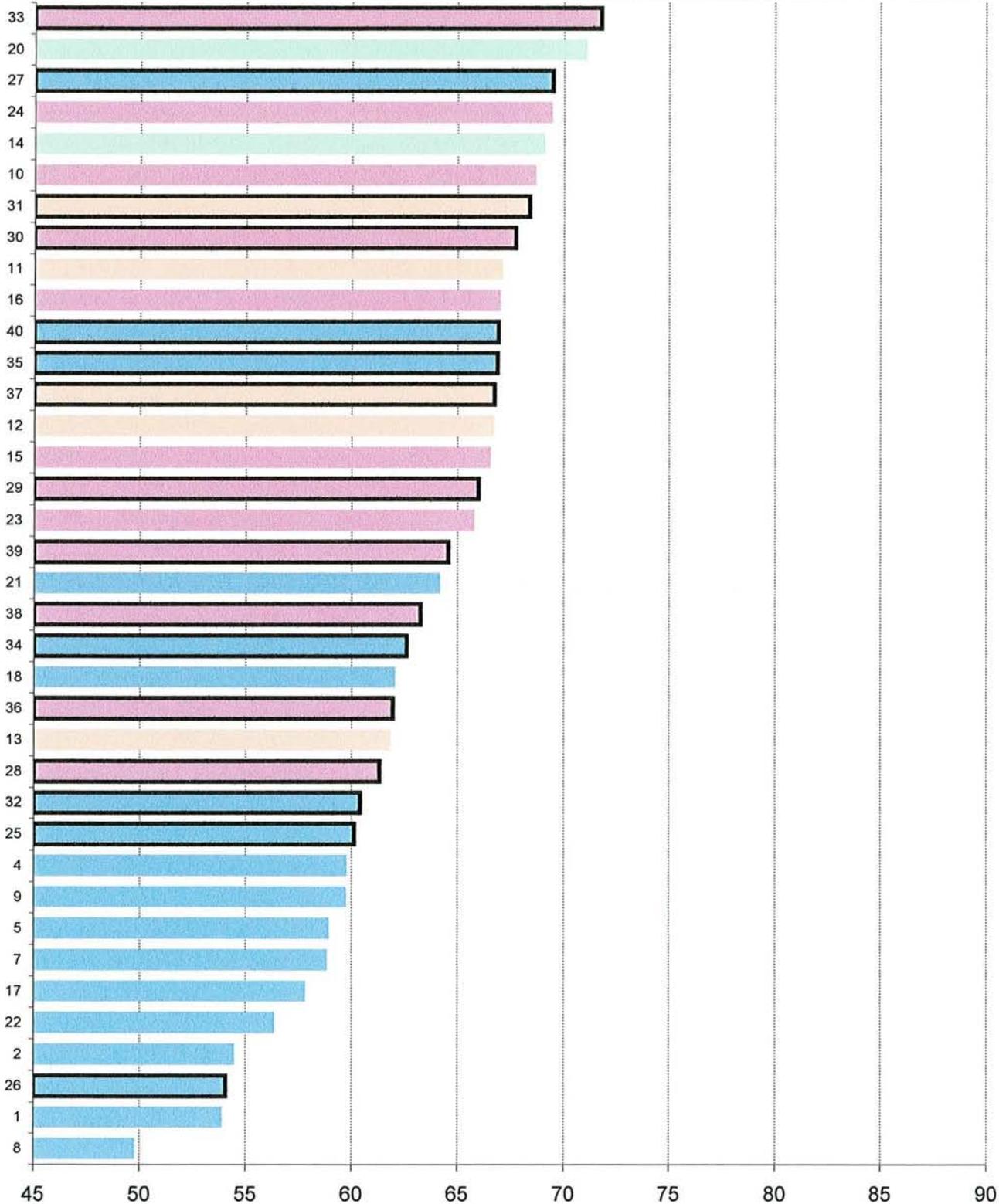


Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Interventions hors chambre

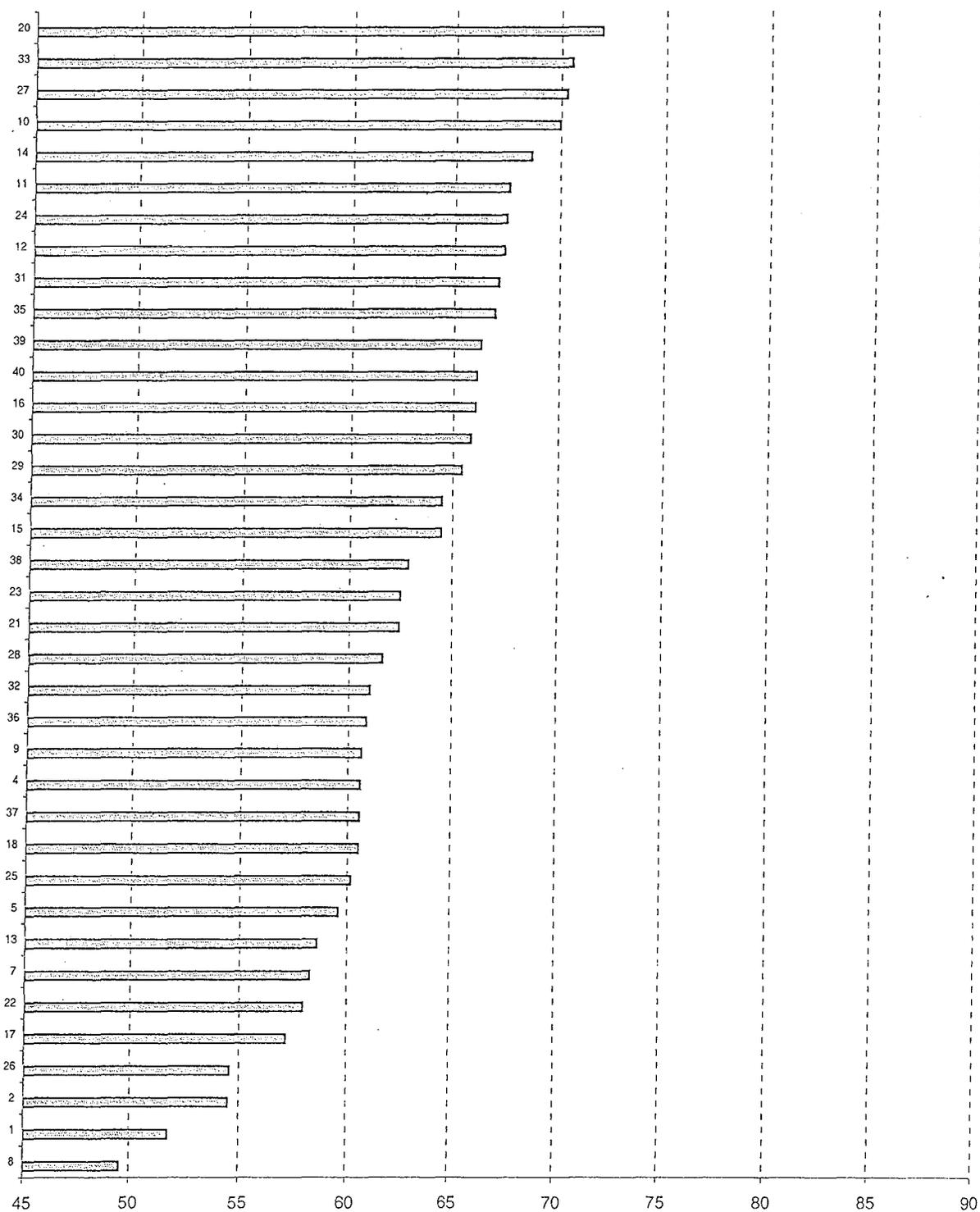


Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Intimité



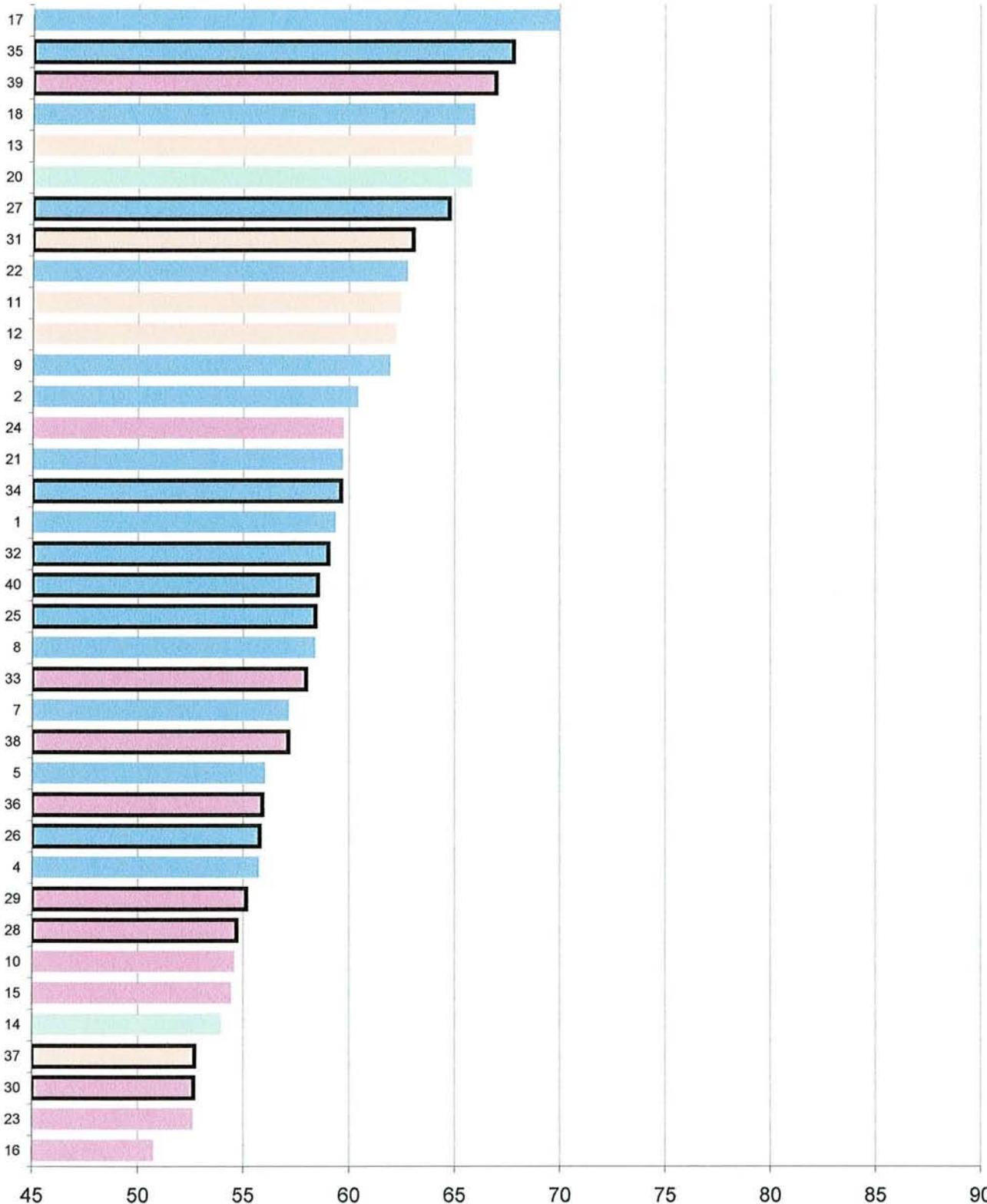
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Intimité



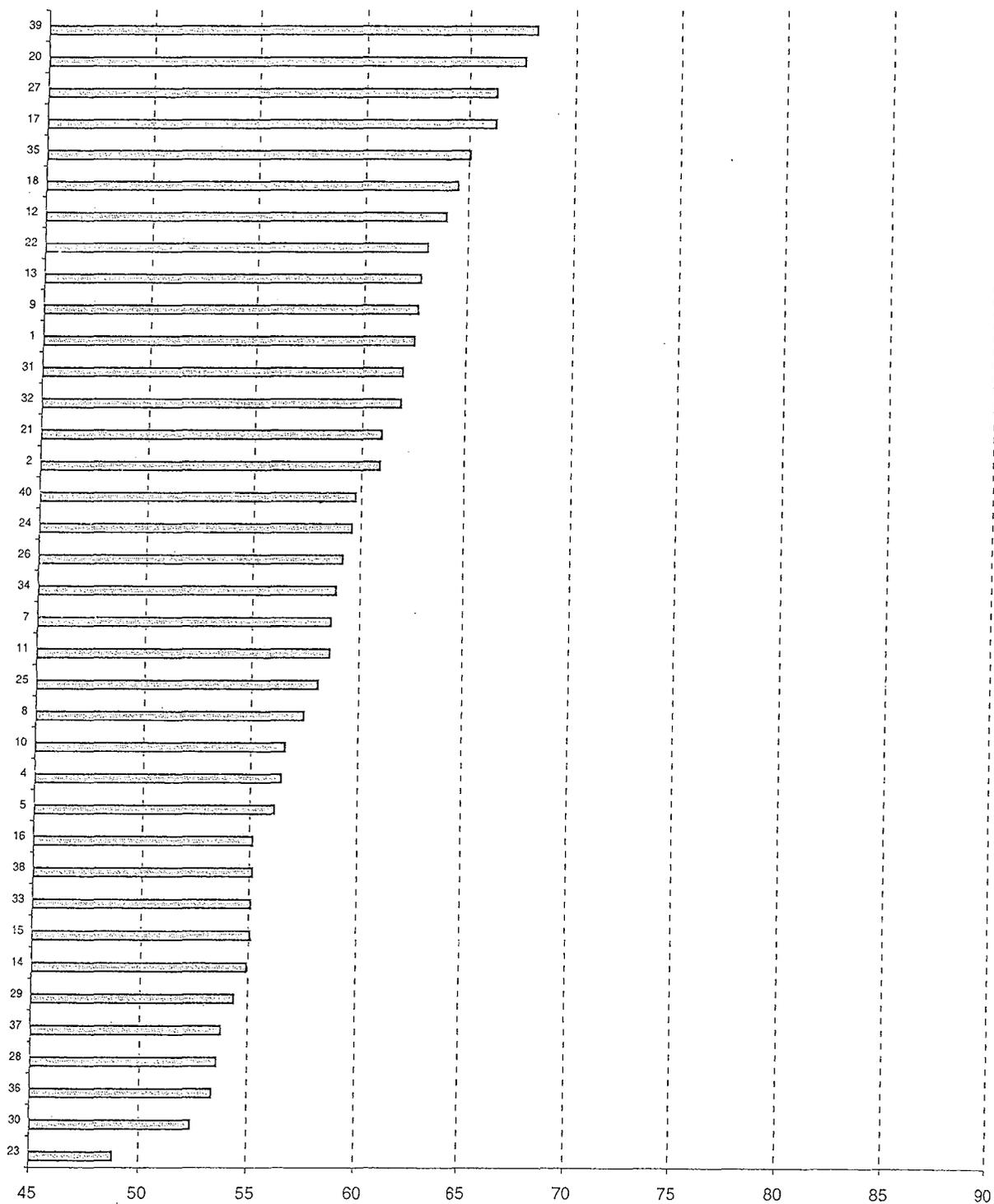
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Repas

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	55,2	57,2
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	57,7	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	60,2	60,3
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	62,5	60,7



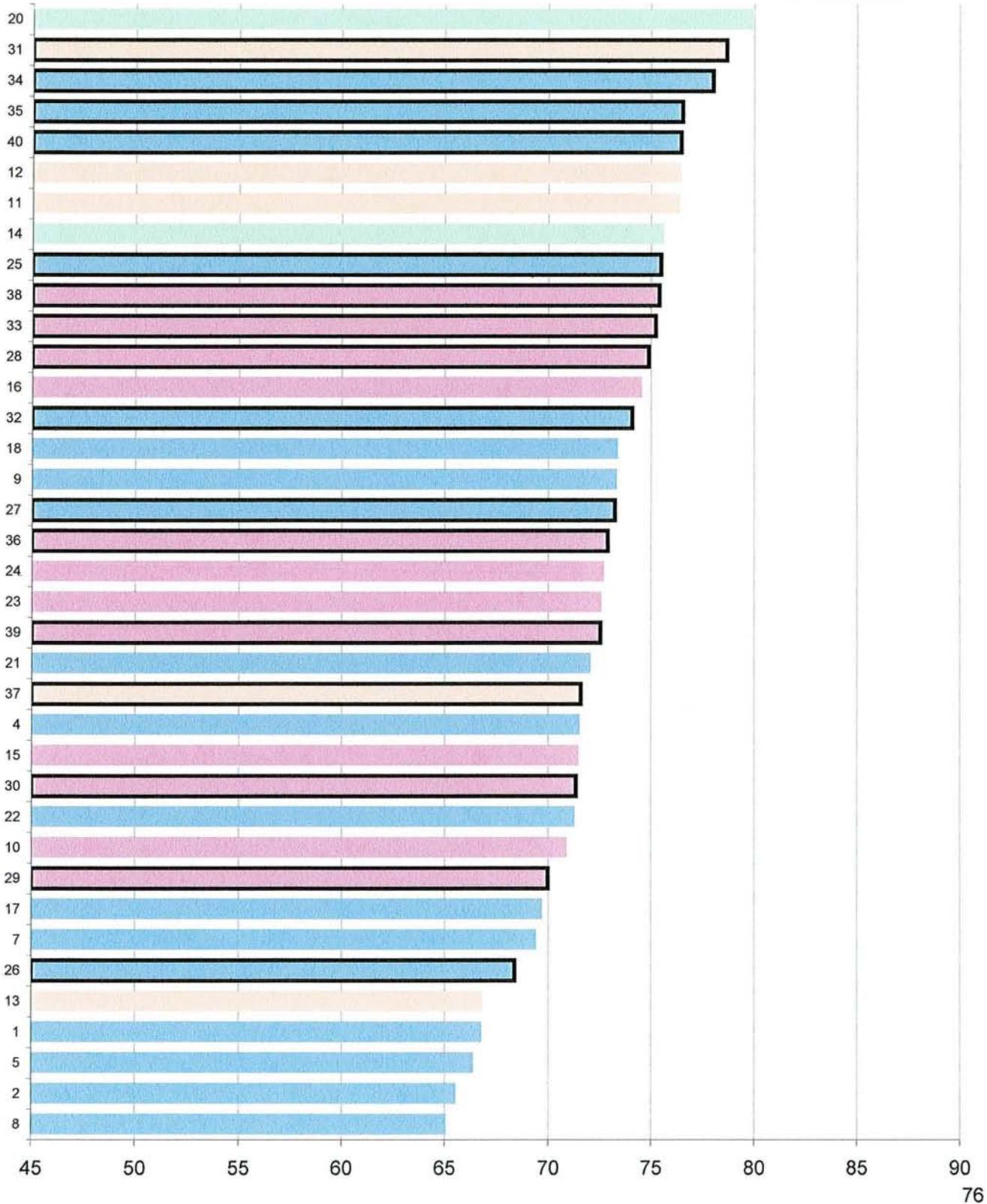
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Repas



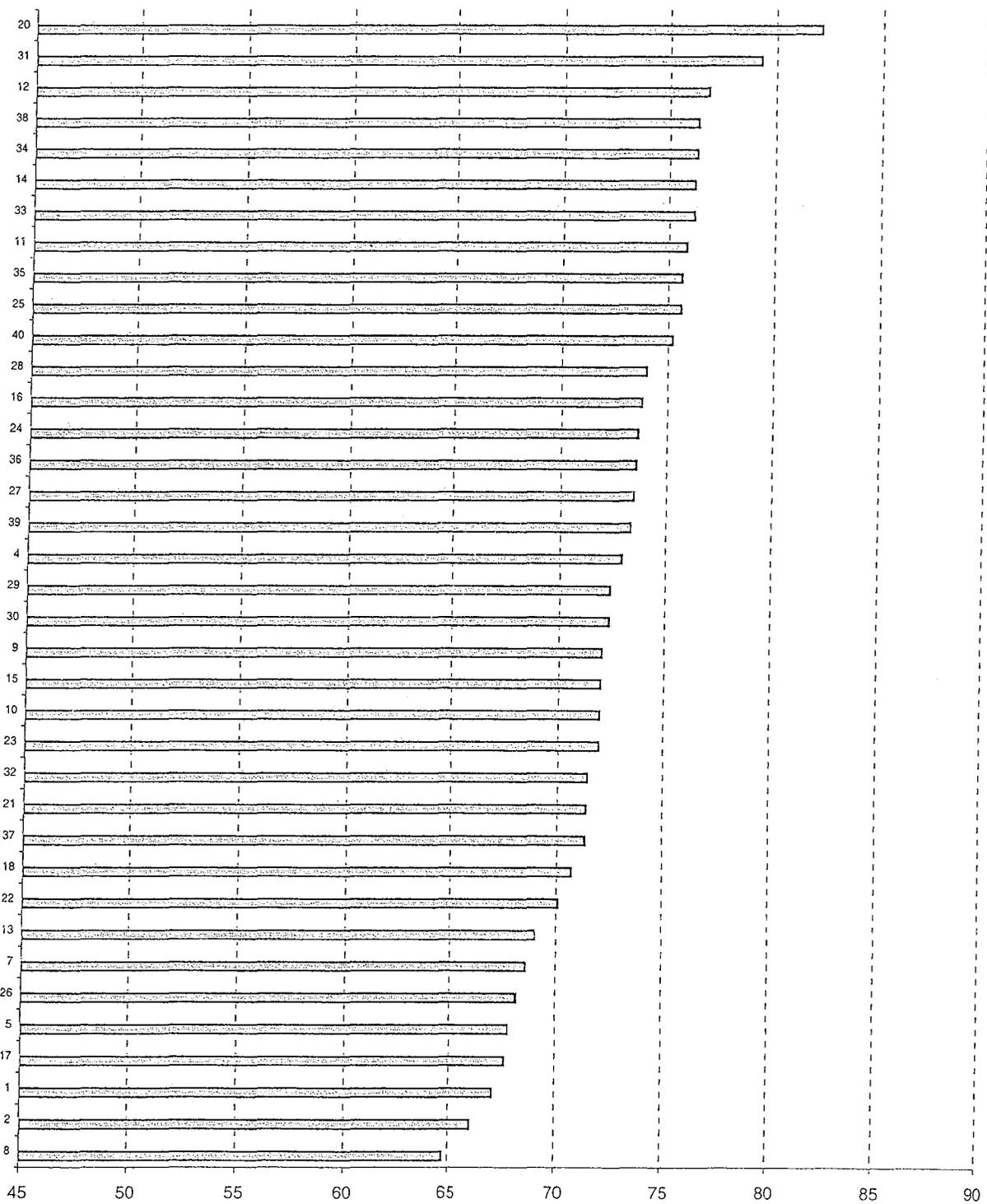
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Soins autres

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	73,3	73,7
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	77,4	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	69,0	72,6
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	74,8	76,3



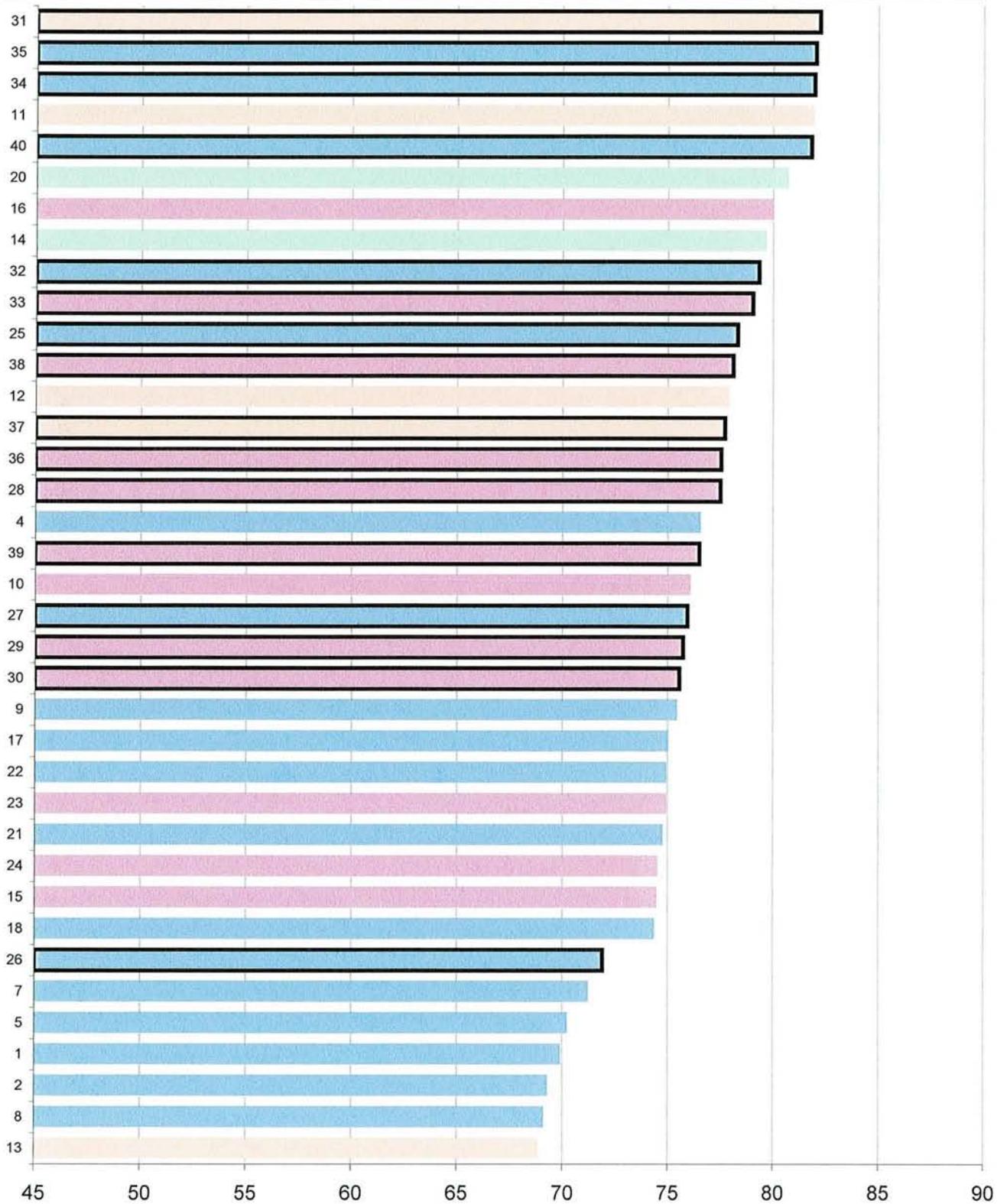
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Soins autres personnels



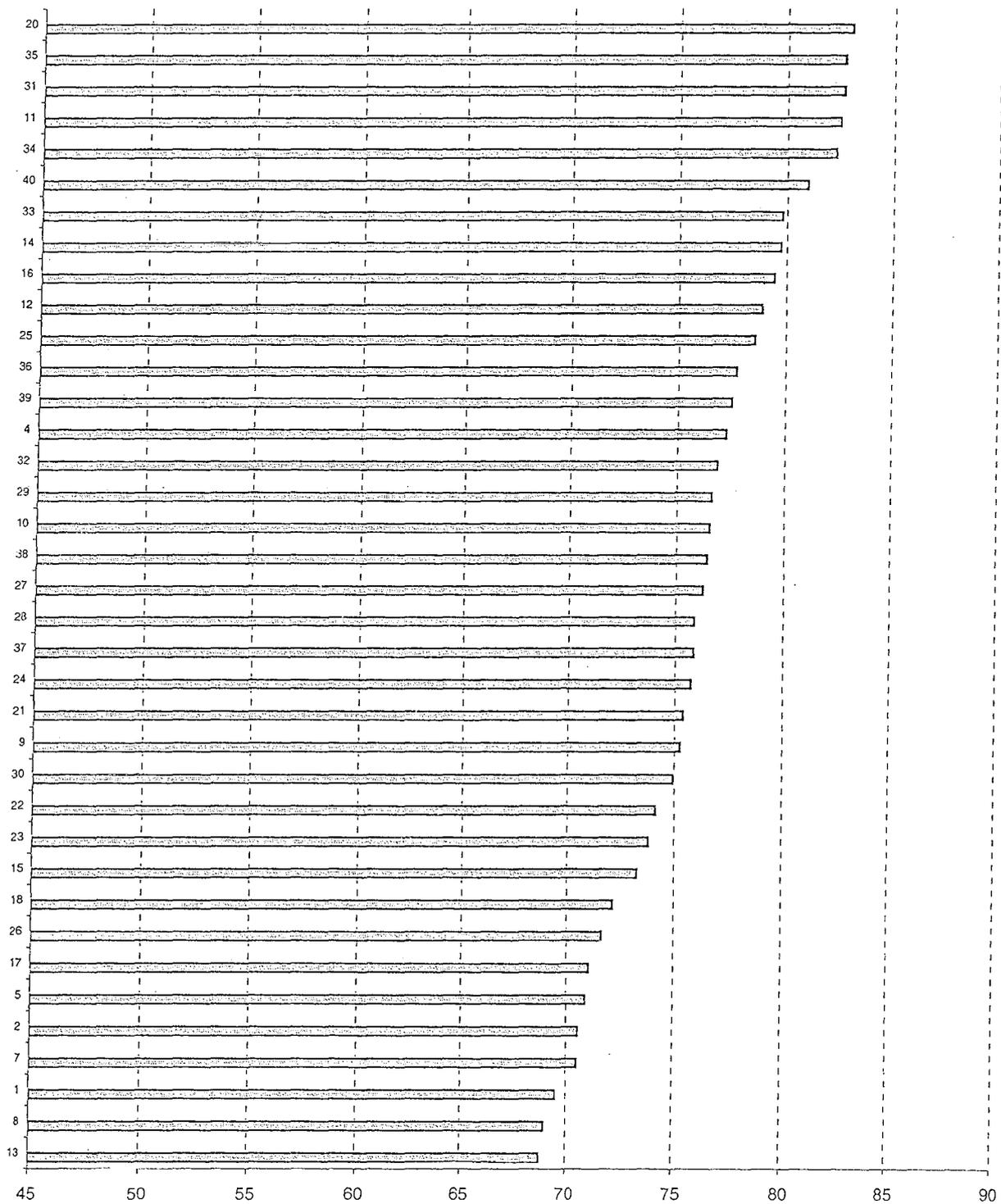
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Soins infirmiers

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	76,4	77,2
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	80,3	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	72,1	76,1
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	76,6	80,4



Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service Dimension :
Soins infirmiers



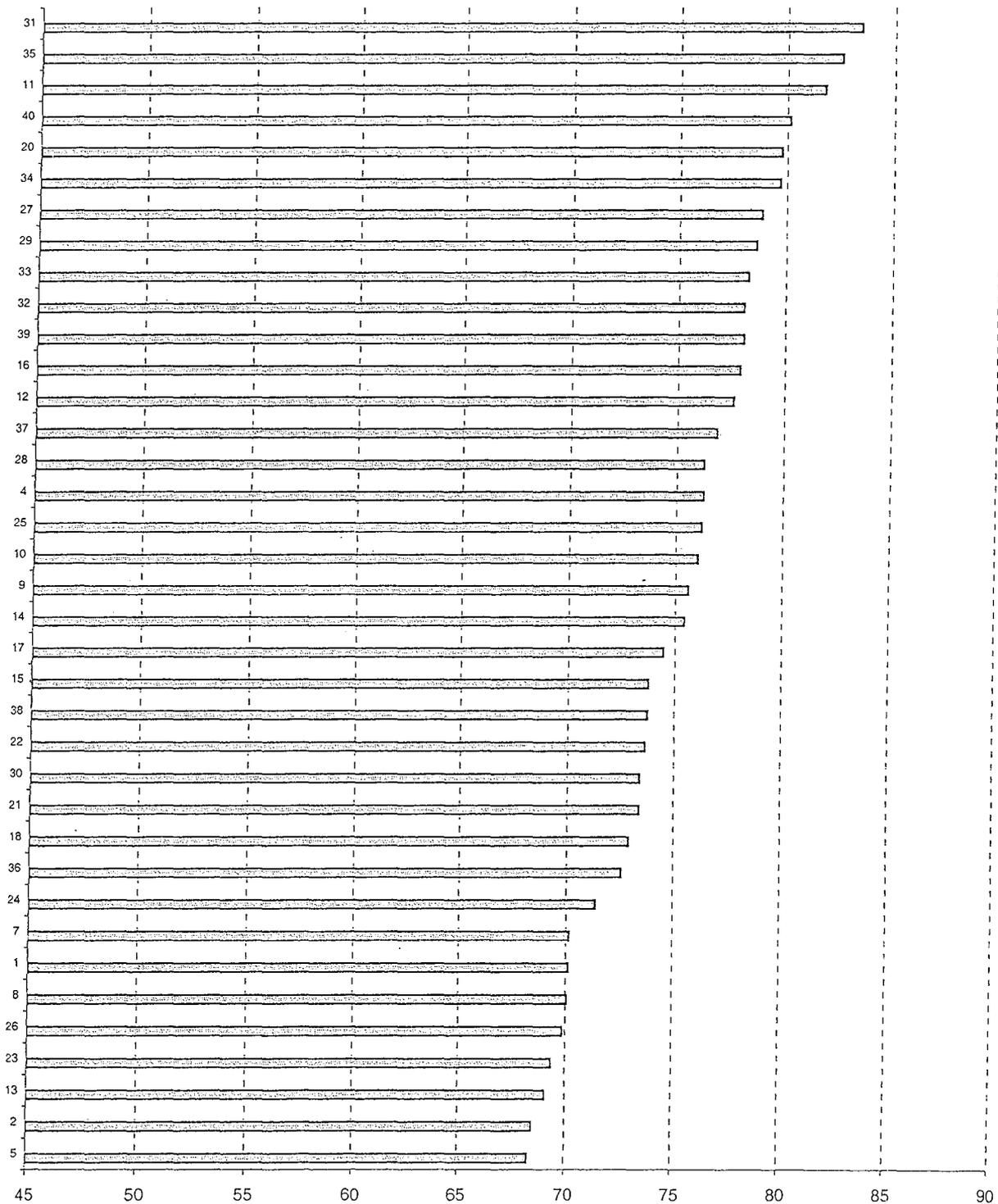
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Soins médecins

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	73,9	77,0
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	75,8	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	70,9	75,3
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	75,5	82,6



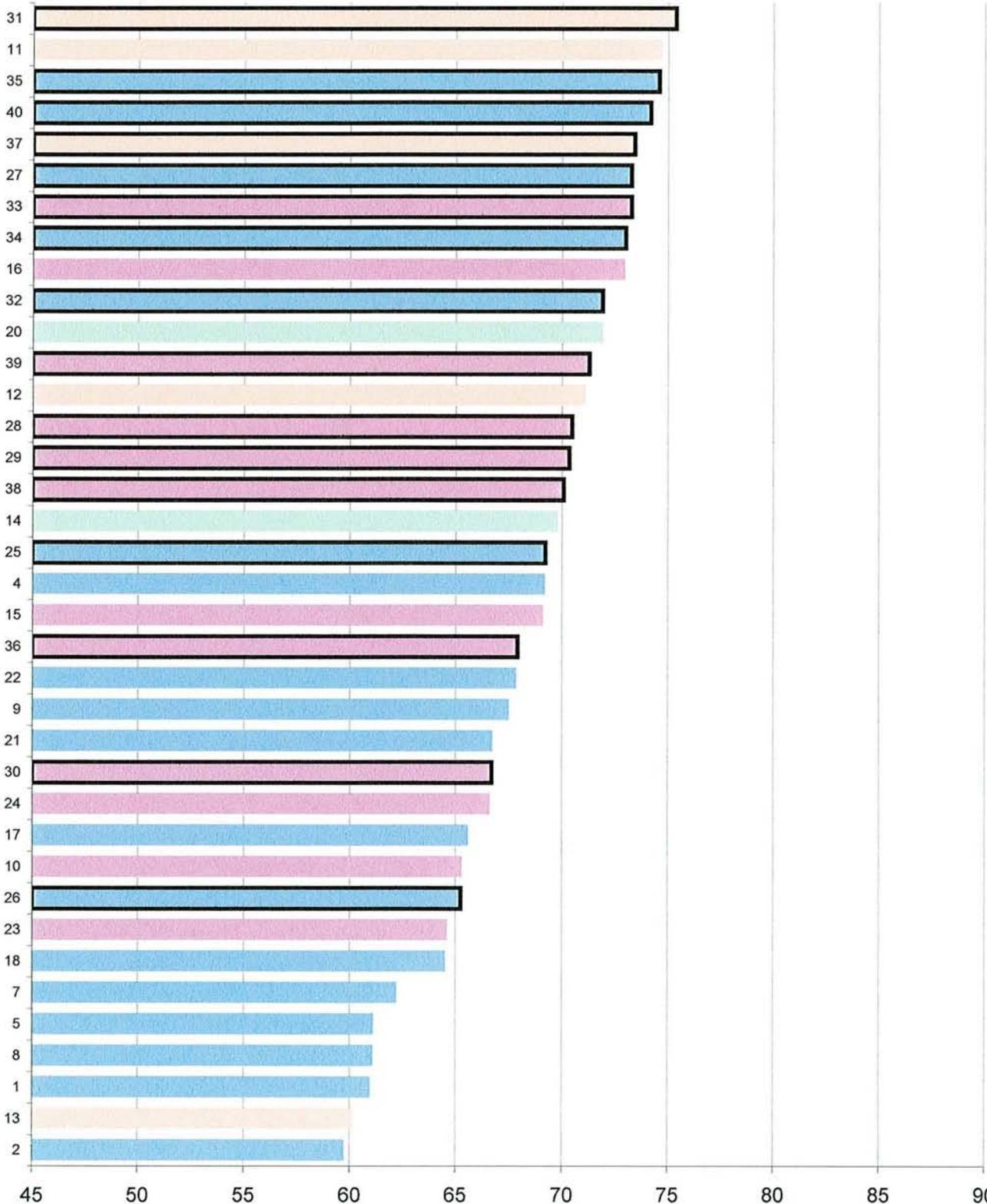
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service Dimension :
Soins médecins



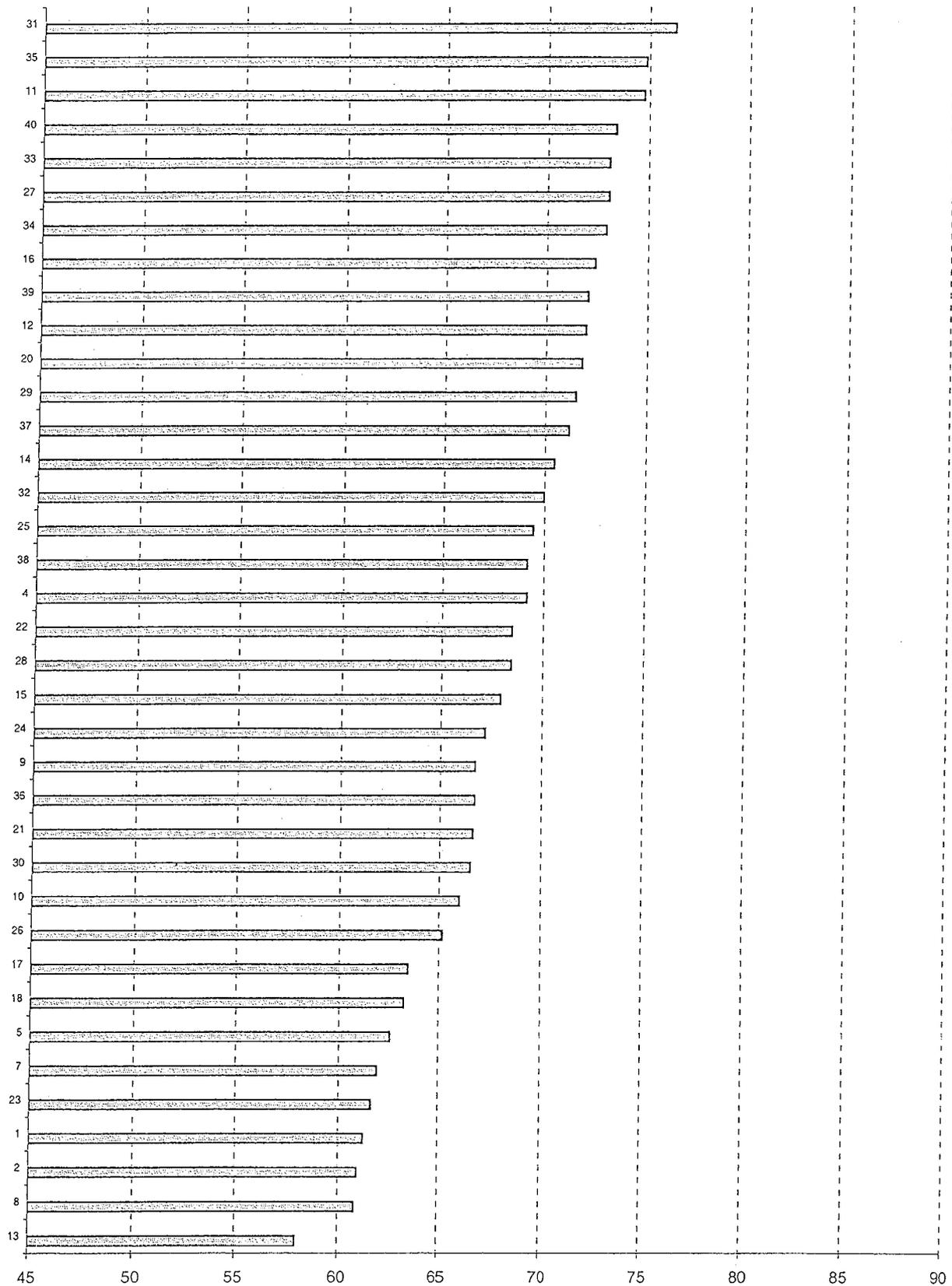
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Soins reçus

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	67,6	70,4
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	70,6	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	63,6	69,4
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	69,0	74,5



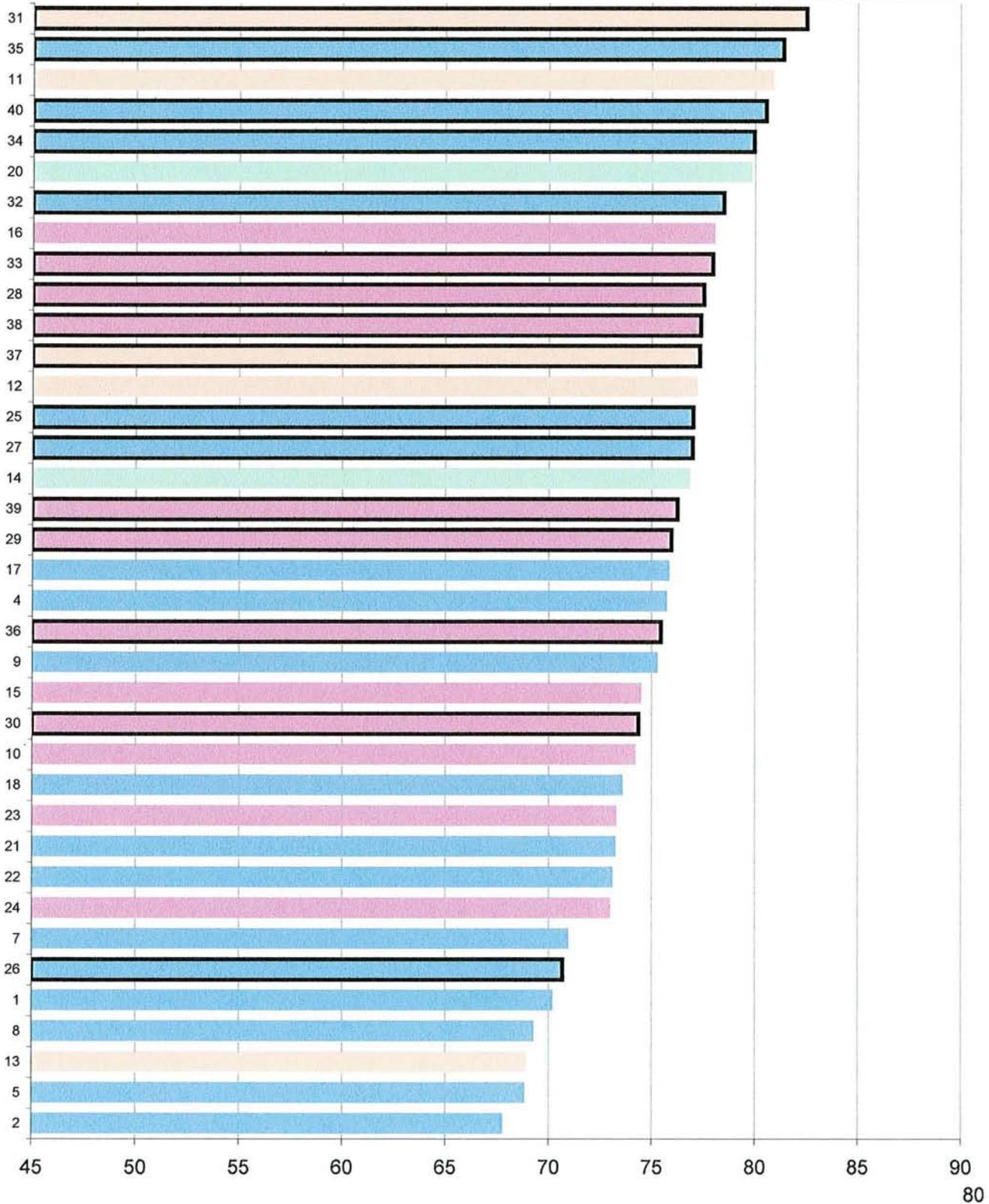
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Soins reçus



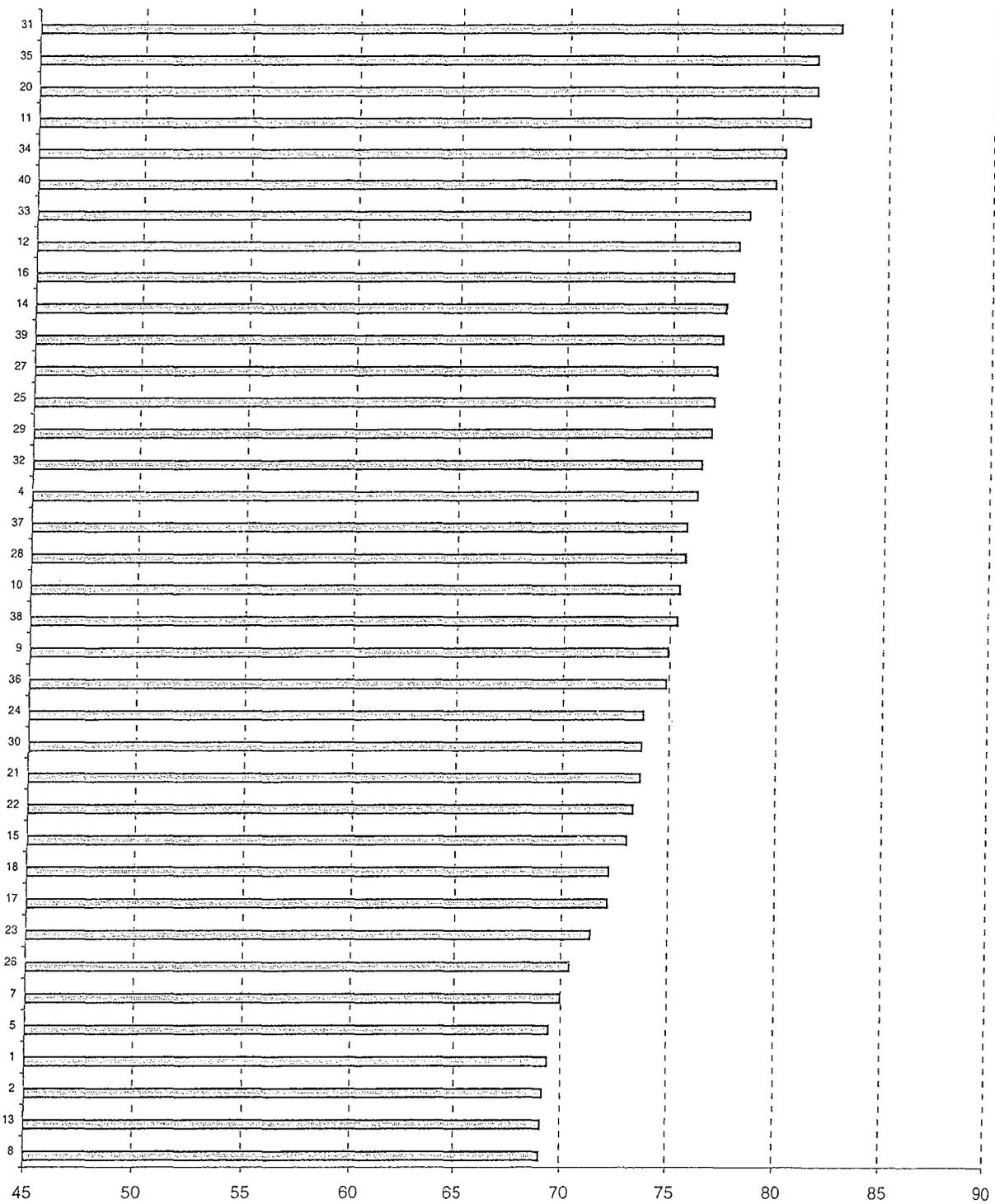
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Soins équipe

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	74,9	76,6
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	78,0	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	71,1	75,2
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	75,8	80,9



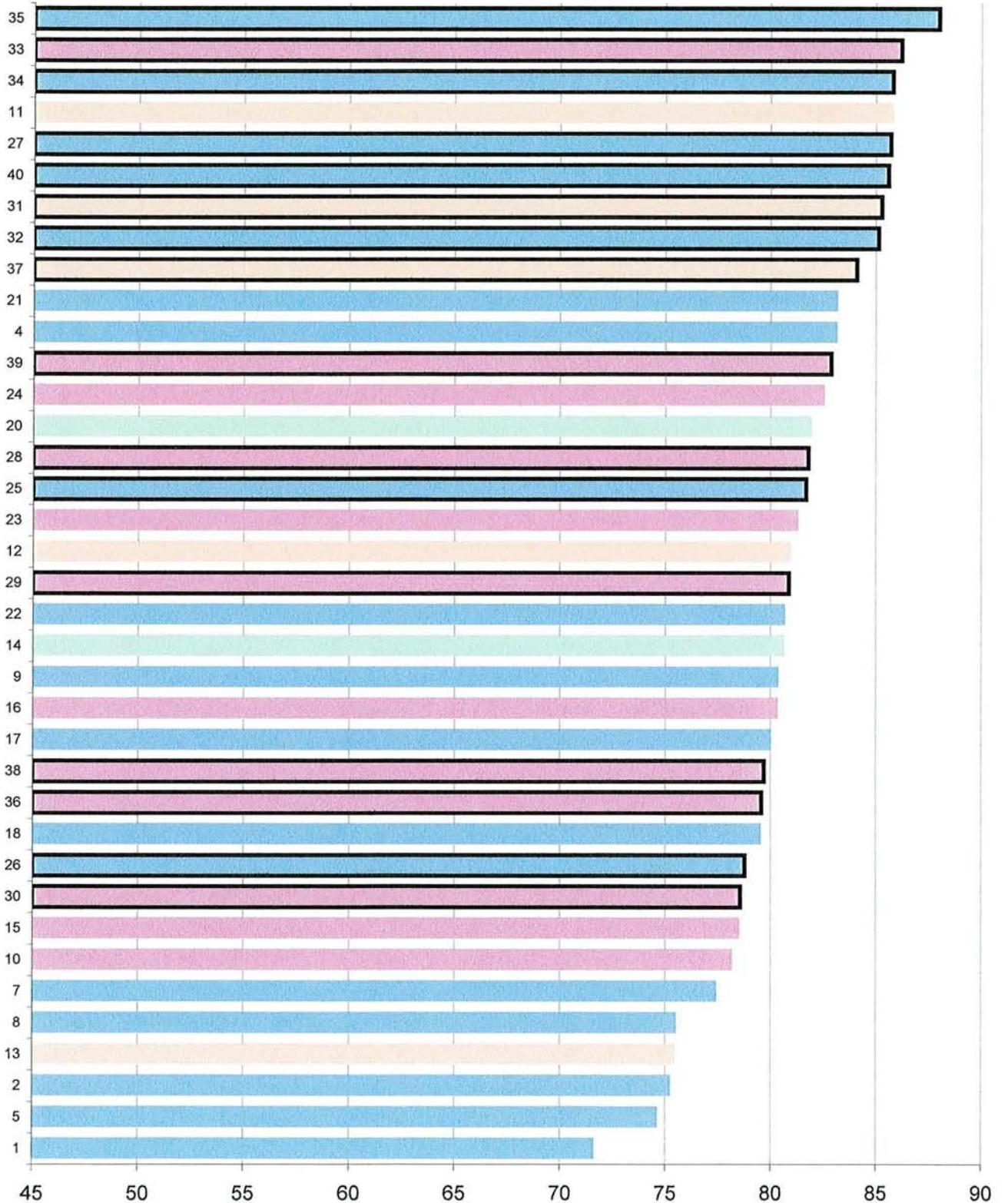
Comparaison des scores bruts de satisfaction en fonction du service
Dimension : Soins équipe



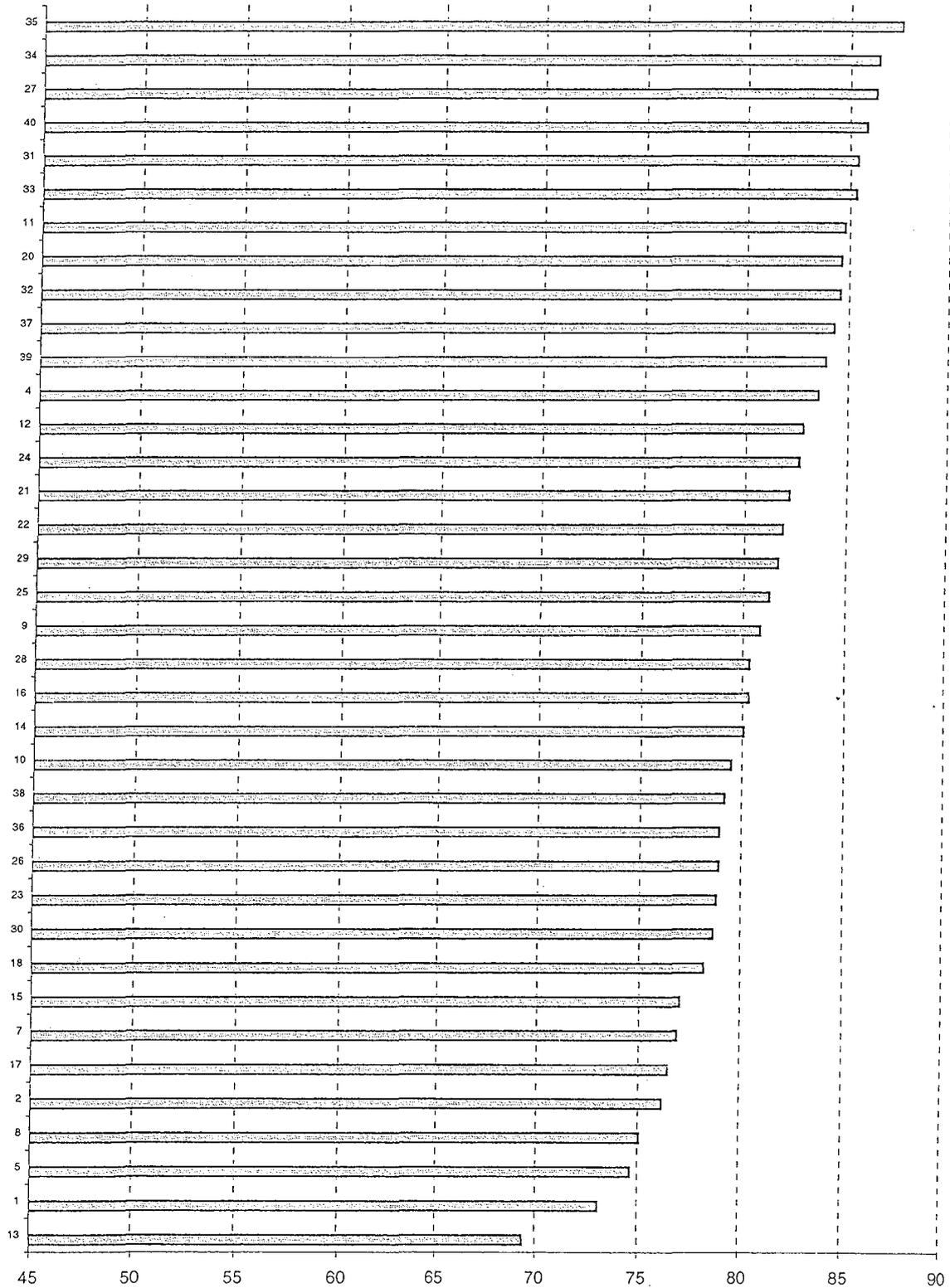
Comparaison des scores de satisfaction en fonction du service

Dimension : Satisfaction globale

		Scores moyens	
Central - Médecine	Central - Chirurgie	80,3	82,0
Fournier - Médecine	Fournier - Chirurgie	81,7	
Brabois - Médecine	Brabois - Chirurgie	77,3	82,2
Jeanne d'Arc - Médecine	Jeanne d'Arc - Chirurgie	79,5	85,1



Comparaison des scores brut de satisfaction en fonction du service
 Dimension : Satisfaction Globale



Annexe 1. LES SERVICES CLINIQUES PARTICIPANTS OCTOBRE 1999 - DECEMBRE 2001

La liste des services participants au programme de mesure de la satisfaction correspond aux dénominations officielles des services pendant la période d'exploitation et est présentée avec trois modalités de tri :

- ◆ Selon le service
- ◆ Selon l'établissement d'appartenance
- ◆ Selon la fédération d'appartenance

Annexe 1. LES SERVICES CLINIQUES PARTICIPANTS
Liste triée par fédération

Fédération	Numéro	Intitulé du service	Discipline	Etablissement	
Appareil Digestif	2030	Chirurgie Digestive et Générale	Court Séjour	Brabois	
	1020	Hépatogastro-Entérologie	Court Séjour	Brabois	
Appareil Locomoteur	2220	Chirurgie Arthroscopique & Traumatologique de l'Appareil Locomoteur	Court Séjour	Central	
	2120	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	Court Séjour	Central	
	2140	Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l'Appareil Locomoteur	Court Séjour	Jeanne D'Arc	
	2240	Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l'Appareil Locomoteur - MS	Moyen Séjour	Jeanne D'Arc	
	1070	Rhumatologie	Court Séjour	Brabois	
Cervico-Faciale	2400	Chirurgie Maxillo-Faciale	Court Séjour	Central	
	2110	ORL Chirurgie Cervico-Faciale	Court Séjour	Central	
Hors Fédération	2080	Chirurgie Générale et Urgences	Court Séjour	Central	
	1180	Dermatologie - Vénérologie	Court Séjour	Fournier	
	1000	Endocrinologie	Court Séjour	Brabois	
	1040	Hématologie et Médecine Interne	Court Séjour	Brabois	
	1030	Maladies Infectieuses et Réanimation Neurorespiratoire	Court Séjour	Brabois	
	1050	Maladies Infectieuses et Tropicales	Court Séjour	Brabois	
	1110	Médecine H	Court Séjour	Central	
	1440	Médecine Interne et Immuno Allergologie Clinique	Court Séjour	Central	
	1240	Médecine B	Court Séjour	Brabois	
	1160	Médecine G maladies de la nutrition	Court Séjour	Jeanne D'Arc	
	1060	Médecine G maladies de la nutrition - MS	Moyen Séjour	Jeanne D'Arc	
	1250	Médecine J	Court Séjour	Brabois	
	1280	Médecine L	Court Séjour	Fournier	
	1090	Néphrologie	Court Séjour	Brabois	
	2420	Ophthalmologie A	Court Séjour	Central	
	2070	Ophthalmologie B	Court Séjour	Brabois	
	1170	Psychologie Médicale	Court Séjour	Jeanne D'Arc	
	1220	Réanimation Médicale	Court Séjour	Central	
	2040	Urologie	Court Séjour	Brabois	
	Médico-chirurgicale de Pneumologie	2440	Chirurgie E Thoracique	Court Séjour	Brabois
		1100	Maladies et Réanimation Respiratoires	Court Séjour	Brabois
		1300-1370	Pneumologie	Court Séjour	Brabois
	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	1400	Cardiologie Brabois-Adultes	Court Séjour	Brabois
1230		Cardiologie C	Court Séjour	Central	
1150		Cardiologie Unité fonctionnelle - SSR - MS	Moyen Séjour	Jeanne D'Arc	
2200		Chirurgie Cardiaque et Transplantation	Court Séjour	Brabois	
2190		Chirurgie Cardio-Vasculaire	Court Séjour	Brabois	
2150		Chirurgie Vasculaire et Endoluminale	Court Séjour	Brabois	
Sciences Neurologiques	2160	Neurochirurgie	Court Séjour	Central	
	1460	Neurologie	Court Séjour	Central	

Annexe 1. LES SERVICES CLINIQUES PARTICIPANTS
Liste triée par service

Numéro	Intitulé du service	Discipline	Fédération	Etablissement
1400	Cardiologie Braboïs-Adultes	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	Braboïs
1230	Cardiologie C	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	Central
1150	Cardiologie Unité fonctionnelle - SSR - MS	Moyen Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	Jeanne D'Arc
2220	Chirurgie Arthroscopique & Traumatologique de l'Appareil Locomoteur	Court Séjour	Appareil Locomoteur	Central
2030	Chirurgie Digestive et Générale	Court Séjour	Appareil Digestif	Braboïs
2200	Chirurgie Cardiaque et Transplantation	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	Braboïs
2190	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	Braboïs
2440	Chirurgie E Thoracique	Court Séjour	Médico-chirurgicale de Pneumologie	Braboïs
2080	Chirurgie Générale et Urgences	Court Séjour	Hors Fédération	Central
2400	Chirurgie Maxillo-Faciale	Court Séjour	Cervico-Faciale	Central
2120	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	Court Séjour	Appareil Locomoteur	Central
2140	Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l' Appareil Locomoteur	Court Séjour	Appareil Locomoteur	Jeanne D'Arc
2240	Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l' Appareil Locomoteur - MS	Moyen Séjour	Appareil Locomoteur	Jeanne D'Arc
2150	Chirurgie Vasculaire et Endoluminale	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	Braboïs
1180	Dermatologie - Vénérologie	Court Séjour	Hors Fédération	Fournier
1000	Endocrinologie	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
1040	Hématologie et Médecine Interne	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
1020	Hépatogastro-Entérologie	Court Séjour	Appareil Digestif	Braboïs
1100	Maladies et Réanimation Respiratoires	Court Séjour	Médico-chirurgicale de Pneumologie	Braboïs
1030	Maladies Infectieuses et Réanimation Neurorespiratoire	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
1050	Maladies Infectieuses et Tropicales	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
1110	Médecine H	Court Séjour	Hors Fédération	Central
1440	Médecine Interne et immuno Allergologie Clinique	Court Séjour	Hors Fédération	Central
1240	Médecine B	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
1160	Médecine G maladies de la nutrition	Court Séjour	Hors Fédération	Jeanne D'Arc
1060	Médecine G maladies de la nutrition - MS	Moyen Séjour	Hors Fédération	Jeanne D'Arc
1250	Médecine J	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
280	Médecine L	Court Séjour	Hors Fédération	Fournier
090	Néphrologie	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
1160	Neurochirurgie	Court Séjour	Sciences Neurologiques	Central
460	Neurologie	Court Séjour	Sciences Neurologiques	Central
420	Ophthalmologie A	Court Séjour	Hors Fédération	Central
070	Ophthalmologie B	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs
110	ORL Chirurgie Cervico-Faciale	Court Séjour	Cervico-Faciale	Central
300-1370	Pneumologie	Court Séjour	Médico-chirurgicale de Pneumologie	Braboïs
170	Psychologie Médicale	Court Séjour	Hors Fédération	Jeanne D'Arc
220	Réanimation Médicale	Court Séjour	Hors Fédération	Central
170	Rhumatologie	Court Séjour	Appareil Locomoteur	Braboïs
140	Urologie	Court Séjour	Hors Fédération	Braboïs

Annexe 1. LES SERVICES CLINIQUES PARTICIPANTS
Liste triée par établissement

Etablissement	Numéro	Intitulé du service	Discipline	Fédération	
Brabois	1400	Cardiologie Brabois-Adultes	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	
	2030	Chirurgie Digestive et Générale	Court Séjour	Appareil Digestif	
	2200	Chirurgie Cardiaque et Transplantation	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	
	2190	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	
	2440	Chirurgie E Thoracique	Court Séjour	Médico-chirurgicale de Pneumologie	
	2150	Chirurgie Vasculaire et Endoluminale	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	
	1000	Endocrinologie	Court Séjour	Hors Fédération	
	1040	Hématologie et Médecine Interne	Court Séjour	Hors Fédération	
	1020	Hépatogastro-Enterologie	Court Séjour	Appareil Digestif	
	1100	Maladies et Réanimation Respiratoires	Court Séjour	Médico-chirurgicale de Pneumologie	
	1030	Maladies Infectieuses et Réanimation Neurorespiratoire	Court Séjour	Hors Fédération	
	1050	Maladies Infectieuses et Tropicales	Court Séjour	Hors Fédération	
	1240	Médecine B	Court Séjour	Hors Fédération	
	1250	Médecine J	Court Séjour	Hors Fédération	
	1090	Néphrologie	Court Séjour	Hors Fédération	
	2070	Ophthalmologie B	Court Séjour	Hors Fédération	
	1300-1370	Pneumologie	Court Séjour	Médico-chirurgicale de Pneumologie	
	1070	Rhumatologie	Court Séjour	Appareil Locomoteur	
	2040	Urologie	Court Séjour	Hors Fédération	
	Central	1230	Cardiologie C	Court Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires
2220		Chirurgie Arthroscopique & Traumatologique de l'Appareil Locomoteur	Court Séjour	Appareil Locomoteur	
2080		Chirurgie Générale et Urgences	Court Séjour	Hors Fédération	
2400		Chirurgie Maxillo-Faciale	Court Séjour	Cervico-Faciale	
2120		Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	Court Séjour	Appareil Locomoteur	
1110		Médecine H	Court Séjour	Hors Fédération	
1440		Médecine Interne et Immuno Allergologie Clinique	Court Séjour	Hors Fédération	
2160		Neurochirurgie	Court Séjour	Sciences Neurologiques	
1460		Neurologie	Court Séjour	Sciences Neurologiques	
2420		Ophthalmologie A	Court Séjour	Hors Fédération	
2110		ORL Chirurgie Cervico-Faciale	Court Séjour	Cervico-Faciale	
1220		Réanimation Médicale	Court Séjour	Hors Fédération	
Fournier		1180	Dermatologie - Vénérologie	Court Séjour	Hors Fédération
		1280	Médecine L	Court Séjour	Hors Fédération
Jeanne D'Arc	1150	Cardiologie Unité fonctionnelle - SSR - MS	Moyen Séjour	Médico-chirurgicale des maladies cardio-vasculaires	
	2140	Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l'Appareil Locomoteur	Court Séjour	Appareil Locomoteur	
	2240	Chirurgie Plastique et Reconstructrice de l'Appareil Locomoteur - MS	Moyen Séjour	Appareil Locomoteur	
	1160	Médecine G maladies de la nutrition	Court Séjour	Hors Fédération	
	1060	Médecine G maladies de la nutrition - MS	Moyen Séjour	Hors Fédération	
	1170	Psychologie Médicale	Court Séjour	Hors Fédération	

V.4. SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES AU CHU DE NANCY.
*RAPPORT EVOLUTION TRIMESTRIEL DE LA SATISFACTION DU
PROGRAMME DSPH (MESURE A DISTANCE DE LA SATISFACTION DES
PATIENTS HOSPITALISES)*

Mesure de la Satisfaction des Patients
Programme D.S.P.H.

Rapport Trimestriel

4^{ème} Trimestre 2002

Centre Hospitalier Universitaire Nancy



PREPARE PAR Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques
Hôpital Marin

CONTACT Pr. Serge Briançon

AUTEURS Serge Briançon, Phi Linh Nguyen Thi, Sylvie Klein, Florence Girard, Jean-Marc Virion.

RAPPORT D'EXCUTION DU 1^{er} octobre 2001 au 31 décembre 2001

EDITION mardi 16 avril 2002

PARTICIPENT A CE TRAVAIL

GROUPE DE TRAVAIL

Direction

Monsieur Vuillemin
Madame Toussaint
Monsieur Collombet
Monsieur Baginski

Direction du service de Soins Infirmiers

Monsieur Thomas

Cadres Infirmiers

Médecins

Monsieur le Professeur Picard
Monsieur le Professeur Briançon
Monsieur le Professeur Bronowicki
Monsieur le Docteur François Alla
Monsieur le Docteur Bellou
Madame le Docteur Girard
Madame le Docteur Pinelli
Madame le Docteur Nguyen
Monsieur le Docteur Maison
Monsieur Lequeue

Représentants des usagers

ENVOI, RECEPTION ET SAISIE DES QUESTIONNAIRES

Secrétariat de Direction des sites

Brabois

Madame Michel
Madame Voiriot
Madame Valdenaire

Central

MVF - Jeanne d'Arc - Spillman

Mademoiselle Gefvener
Madame Broust
Madame Rémen

Analyse de Gestion

Madame Soldner

TRANSMISSION DES SORTIES DU CHU CRIH

Madame Picard

GESTION DE LA BASE DE DONNEES, CONTROLE DE QUALITE

ANALYSES STATISTIQUES, ECRITURE DU RAPPORT

Epidémiologie et évaluation Cliniques

Monsieur Briançon
Madame Fischer
Madame Girard
Madame Klein
Monsieur Melchior
Madame Nguyen
Madame Stein
Monsieur Virion

Le Centre Hospitalier et Universitaire de Nancy réalise dans le cadre de l'amélioration des soins, un programme permanent de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. La réalisation de ce travail a été confiée au service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du Professeur Serge Briançon.

Vous trouverez dans ce rapport trimestriel différents résultats présentés pour l'ensemble du CHU. Ils concernent la période du 1 Octobre au 31 Décembre 2001.

Méthodologie utilisée :

Chaque semaine, le service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques procède à un tirage au sort à partir de GESMAL de 3 patients par service. Sont éligibles les patients âgés de plus de 18 ans, hospitalisés au CHU dans un des services participant à l'étude, ayant séjourné plus de 24 heures, et sortis du CHU. Un questionnaire de satisfaction leur est envoyé avec une enveloppe pour le retour par courrier. La saisie des informations est réalisée dans les différentes directions des établissements. Le service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques reçoit l'ensemble des données et en assure l'analyse statistique : description de la population étudiée, calcul des scores pour les différentes dimensions de la satisfaction avec ajustement pour l'âge et le sexe sur les caractéristiques de la population hospitalisée au CHU.

Mode de présentation des résultats :

L'échantillon étudié et les taux de réponse (questionnaires exploitables, questionnaires nominatifs ou non, accord de transmission) sont décrits.

Les résultats de la mesure de la satisfaction sont présentés comme suit :

1. Pour **les moyennes des scores de satisfaction** sous forme d'un diagramme en bâtons.

Ces scores sont établis pour les domaines suivants :

- satisfaction globale
- formalités administratives
- admission
- passage aux urgences
- soins reçus avec communication (dont l'information du patient, son écoute), les interventions hors chambre, l'information de la famille
- soins réalisés par l'équipe avec les soins réalisés par le personnel médical (intitulé soins médecins), les soins infirmiers, les soins réalisés par les autres personnels
- environnement hospitalier avec les domaines de l'équipement, l'intimité, les repas, les facilités offertes aux familles et amis

Les moyennes des scores étudiés varient de 0 à 100 (100 étant la satisfaction maximum).

2. Pour **la satisfaction globale** (qualité des soins, installation, alimentation repas, séjour) et **les descriptions particulières** (prise en charge de la douleur, restitution des biens, jugement sur la durée du séjour, éléments à améliorer "certaines choses auraient pu mieux se passer") sous la forme d'un tableau.

Le degré de satisfaction est mesuré à travers la répartition d'items qualitatifs, par exemple de très content à très mécontent ou d'excellent à mauvais.

3. Des courbes illustrent **l'évolution** au cours des dernières périodes des scores et des proportions de sujets se déclarant satisfaits.

Un commentaire général, validé par le groupe de travail, résume les principaux résultats et les tendances. L'analyse statistique est réalisée avec les logiciels SAS et Sudaan.

Principaux résultats

1. Les scores de satisfaction

Le score de satisfaction globale est le plus élevé à 80,9.

L'étendue des moyennes des scores est de 22,9 points avec un minimum de 58 (facilités offertes aux familles et amis) et un maximum de 80,9 (satisfaction globale).

Les autres domaines pour lesquels les scores sont les plus élevés sont :

- Les soins réalisés par l'équipe infirmière (76,3), par le personnel médical (74,4), les soins réalisés par l'équipe (75,2), les soins autres (73,5).
- Les formalités administratives (73,1).

Les domaines pour lesquels les scores les plus bas sont enregistrés sont :

- Les facilités offertes aux familles et aux amis (58,0), les repas (59,1), l'environnement hospitalier (62,5).

2. Satisfaction globale et descriptions particulières

96,7% des patients se déclarent contents et très contents de leur séjour. Ils sont 97,3% et 99,6% à s'estimer très contents et contents de la qualité des soins respectivement médicaux et infirmiers. Néanmoins 54,8% "trouvent que des choses auraient pu mieux se passer".

78,4% se déclarent contents ou très contents de l'alimentation et des repas.

La prise en charge de la douleur est appréciée comme excellente ou très bonne par 55,8% des patients. 9,3% estiment cette prise en charge mauvaise ou pas très bonne.

3. Etude de l'évolution des scores : tendances sur les derniers trimestres

Tous les scores présentent par rapport au troisième trimestre 2001 une tendance à la hausse. Cette tendance compense la baisse observée au trimestre précédent. Une possible tendance saisonnière avec baisse estivale est à surveiller. Les hausses les plus importantes sont retrouvées pour le passage aux urgences (+6,1), l'intimité (+5,3). La proportion de patients qui estiment mauvaise ou pas très bonne la prise en charge de la douleur est en hausse (9,3% versus 5,9 le trimestre précédent).

Note méthodologique : Dans la comparaison de scores (écart-type des scores de 20) ou de proportions de deux échantillons de n patients chacun (pour un risque alpha de 5%, une puissance de 80%), la différence observée doit être au moins égale à celle indiquée dans le tableau ci-dessous pour être significative :

Nombre de patients (n)	Moyenne	Pourcentage
2500	1,6	4,0
2000	1,8	4,5
1500	2,0	5,0
1000	2,5	6,2
500	3,5	8,8
400	4,0	9,8
300	4,6	11,3
200	5,6	13,9
100	8,0	19,4

SATISFACTION CHU DE NANCY ENSEMBLE DE L'ENTITE

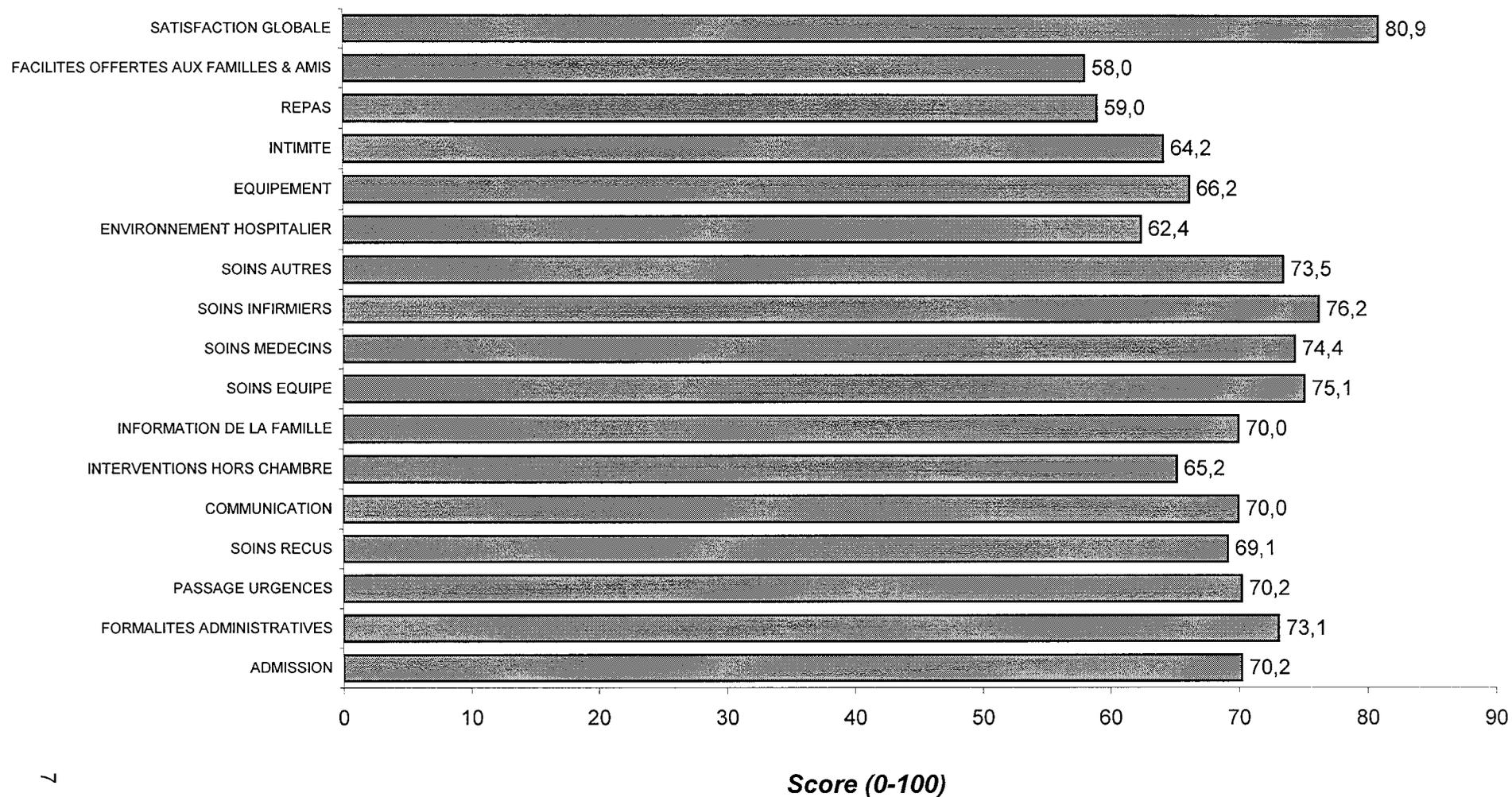
Sorties période de 01/10/2001 au 31/12/2001

Nombre de sorties durant cette période	10428
Nombre de questionnaires envoyés	1615
Nombre de questionnaires retournés	593
Nombre de questionnaires exploitables	559
avec nom du patient	486
accord de transmission au chef de service	310

**Description de l'échantillon de patients dont les questionnaires ont pu être exploités
(Répartition par tranche d'âge et par sexe)**

	Hommes	Femmes	Total
[18 – 30 ans[	20	28	48
[30 – 40 ans[	33	32	65
[40 - 50 ans[	49	45	94
[50 - 60 ans[	59	38	97
[60 - 70 ans[	74	33	107
[70 - 80 ans[	74	37	111
>= 80 ans	16	21	37
Total	325	234	559

Scores moyens de satisfaction CHU Nancy Octobre 2001 - Décembre 2001



Satisfaction globale et descriptions particulières
ENSEMBLE DU CHU 01 Octobre 2001 - 31 Décembre 2001

		Nombre*	Proportion**	IC 95% ***
Globalement				
Qualité des soins Médecins	Très content	327	59,2	54,2 - 64,1
	Content	191	38,2	33,3 - 43,1
	Mécontent	11	1,7	0,6 - 2,9
	Très mécontent	5	0,9	0,0 - 1,7
Qualité des soins Infirmières	Très content	363	66,5	61,8 - 71,1
	Content	169	33,1	28,5 - 37,8
	Mécontent	3	0,3	0,0 - 0,6
	Très mécontent	2	0,2	0,0 - 0,3
Chambre & installation communes	Très content	157	30,4	25,8 - 35,0
	Content	284	55,8	50,6 - 61,0
	Mécontent	68	12,1	8,7 - 15,5
	Très mécontent	12	1,8	0,6 - 2,9
Alimentation & repas	Très content	128	23,9	19,5 - 28,2
	Content	280	54,4	49,2 - 59,5
	Mécontent	89	15,6	12,0 - 19,2
	Très mécontent	33	6,2	3,8 - 8,6
Votre séjour	Très content	191	33,9	29,3 - 38,6
	Content	324	62,7	58,0 - 67,4
	Mécontent	14	2,8	1,2 - 4,5
	Très mécontent	5	0,5	0,0 - 1,0
Descriptions particulières				
Certaines choses auraient pu mieux se passer	Absolument d'accord	71	14,3	10,5 - 18,1
	D'accord	188	40,4	35,0 - 45,9
	Pas d'accord	162	35,5	30,4 - 40,6
	Absolument pas d'accord	51	9,8	6,8 - 12,7
Jugement sur la durée de séjour	Correcte	417	77,8	73,7 - 81,8
	Trop courte	36	6,9	4,5 - 9,4
	Trop longue	46	9,4	6,5 - 12,3
	Ne sait pas	37	5,9	3,8 - 8,1
Prise en charge de la douleur	Excellent	104	26,9	21,6 - 32,3
	Très bon	102	28,8	23,2 - 34,3
	Bon	114	35,0	29,1 - 40,9
	Pas très bon	21	6,1	3,2 - 9,1
	Mauvais	11	3,2	1,1 - 5,4
Modalité de restitution des biens	Excellent	98	32,2	26,0 - 38,5
	Très bon	89	35,1	28,4 - 41,8
	Bon	77	31,2	24,4 - 38,0
	Pas très bon	2	0,4	0,0 - 1,0
	Mauvais	6	1,0	0,2 - 1,9

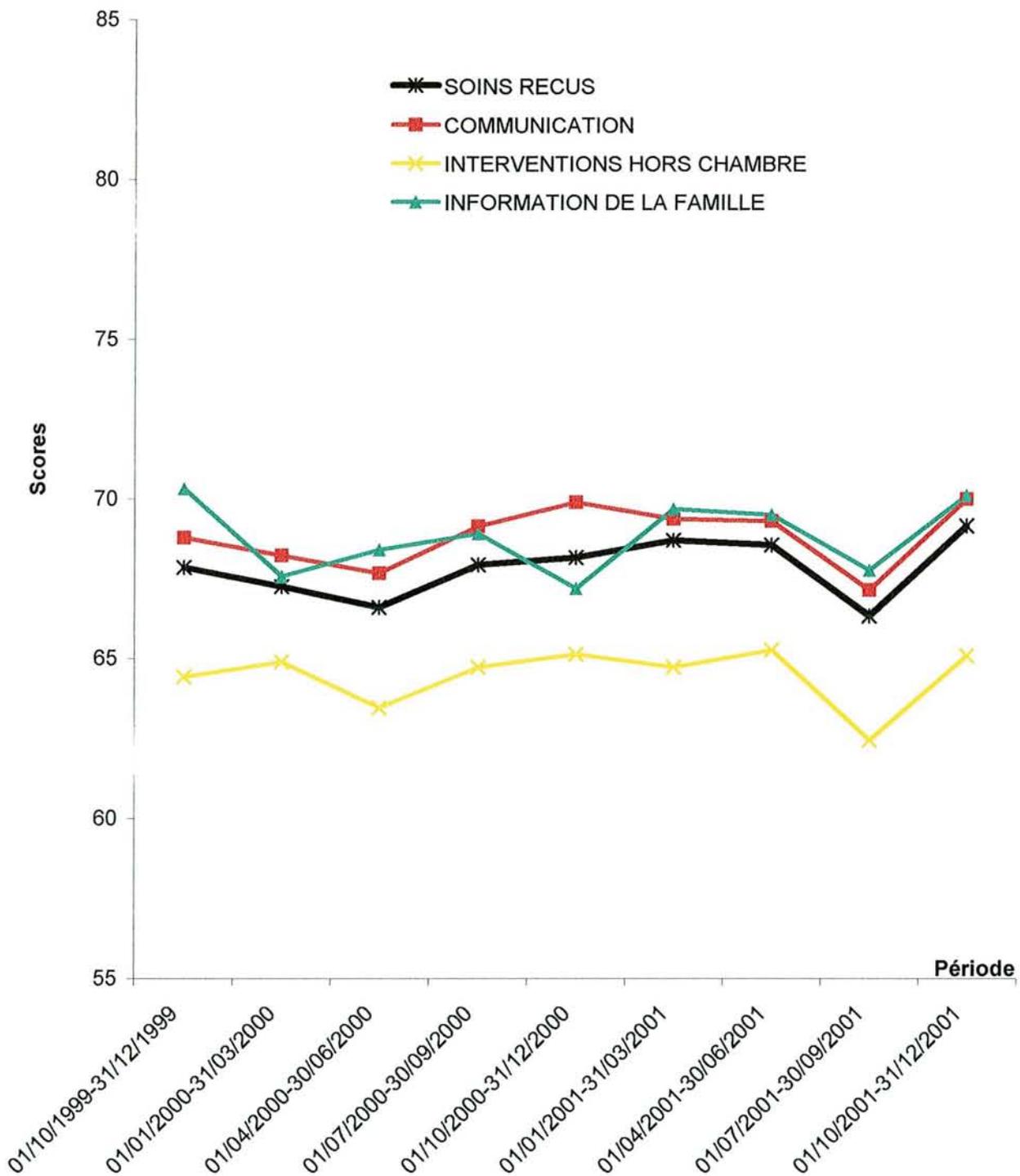
* Nombre de sujets présentant cette caractéristique dans l'échantillon

** Proportion estimée dans la population compte tenu du mode de sondage

*** IC : Intervalle de confiance

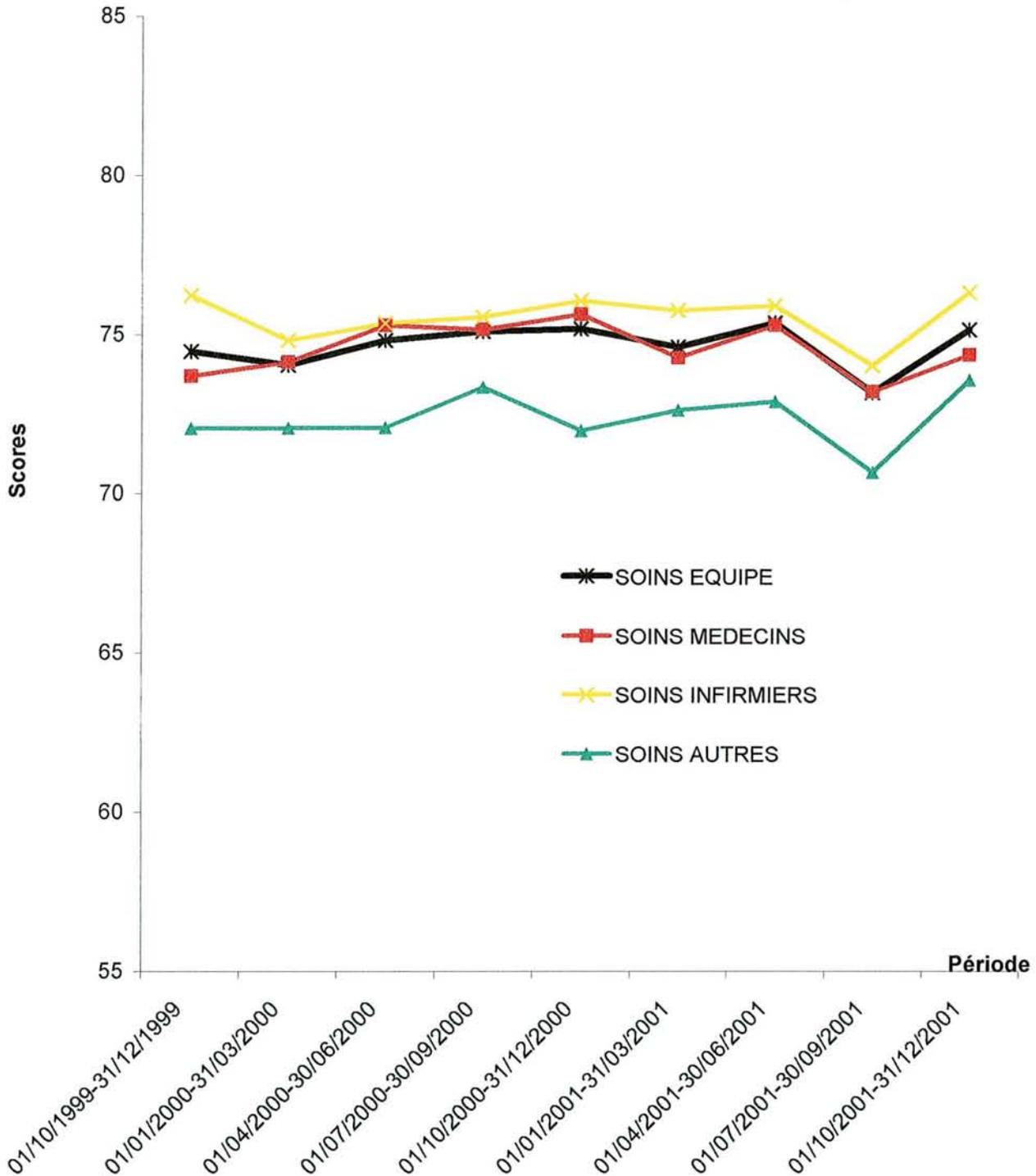
Evolution trimestrielle des scores de satisfaction - Ensemble du CHU
Scores standardisés sur l'âge et le sexe (population de référence CHU 2000)

01/10/1999-31/12/2001



Evolution trimestrielle des scores de satisfaction - Ensemble du CHU
Scores standardisés sur l'âge et le sexe (population de référence CHU 2000)

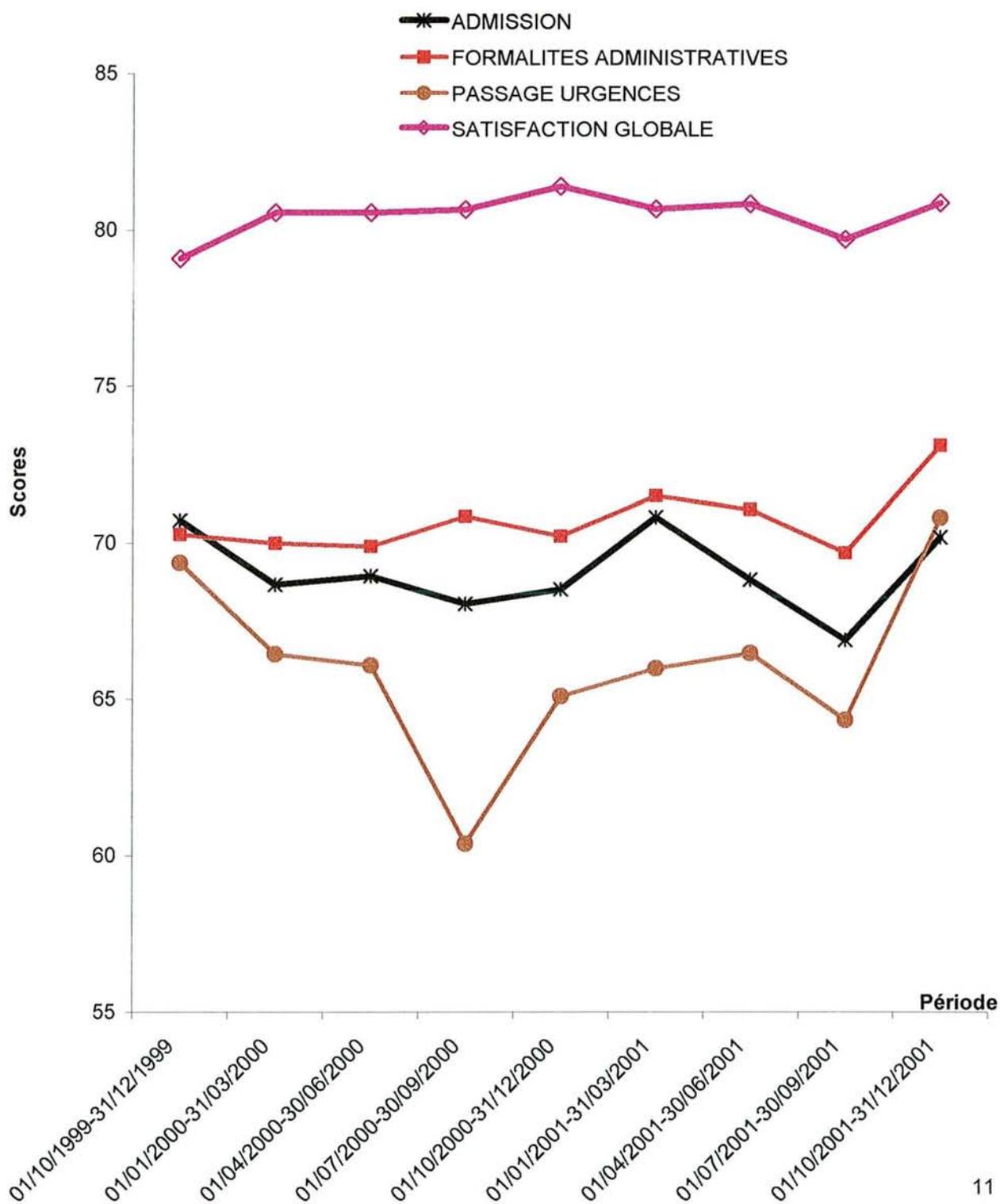
01/10/1999-31/12/2001



Evolution trimestrielle des scores de satisfaction - Ensemble du CHU

Scores standardisés sur l'âge et le sexe (population de référence CHU 2000)

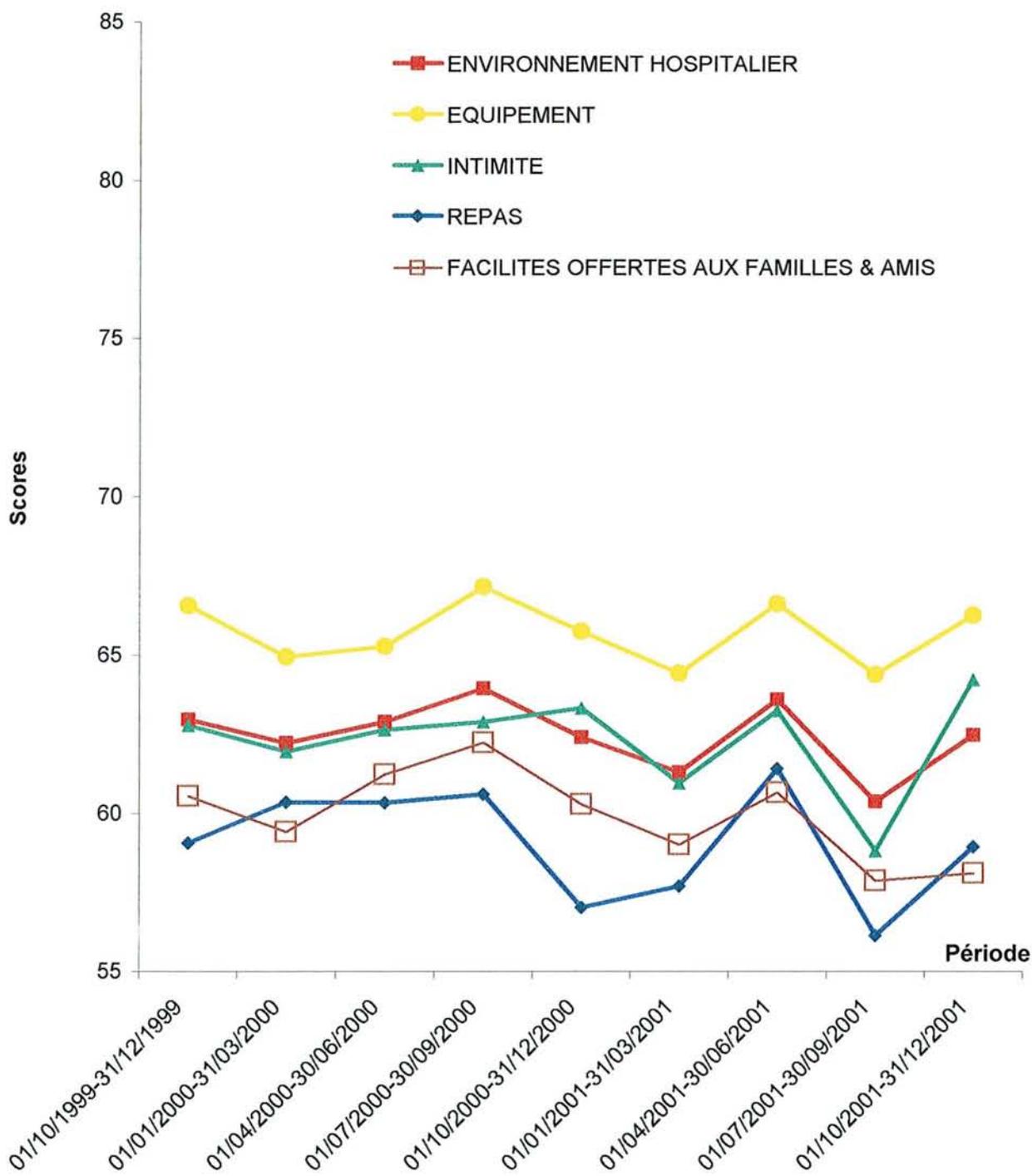
01/10/1999-31/12/2001



Evolution trimestrielle des scores de satisfaction - Ensemble du CHU

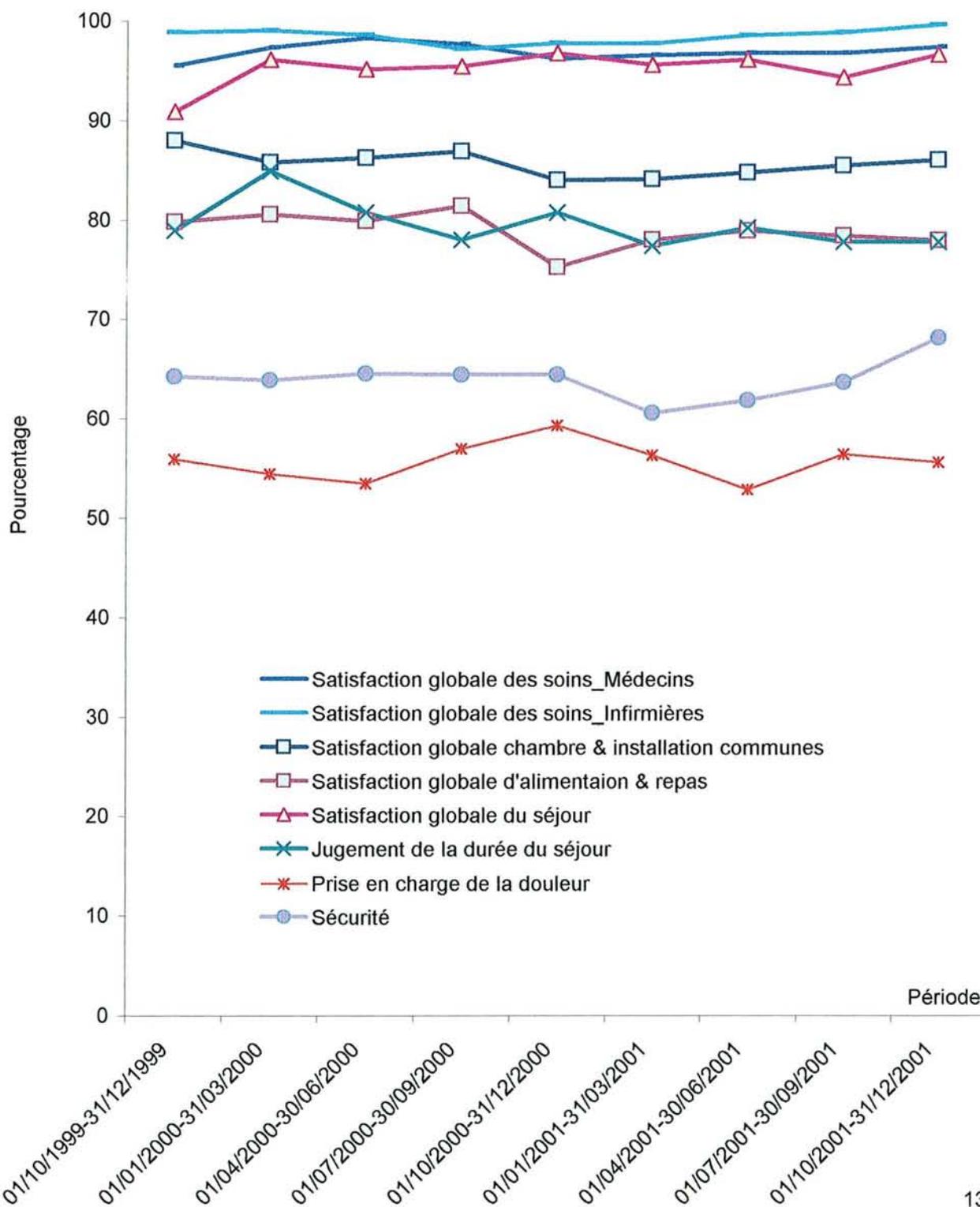
Scores standardisés sur l'âge et le sexe (population de référence CHU 2000)

01/10/1999-31/12/2001



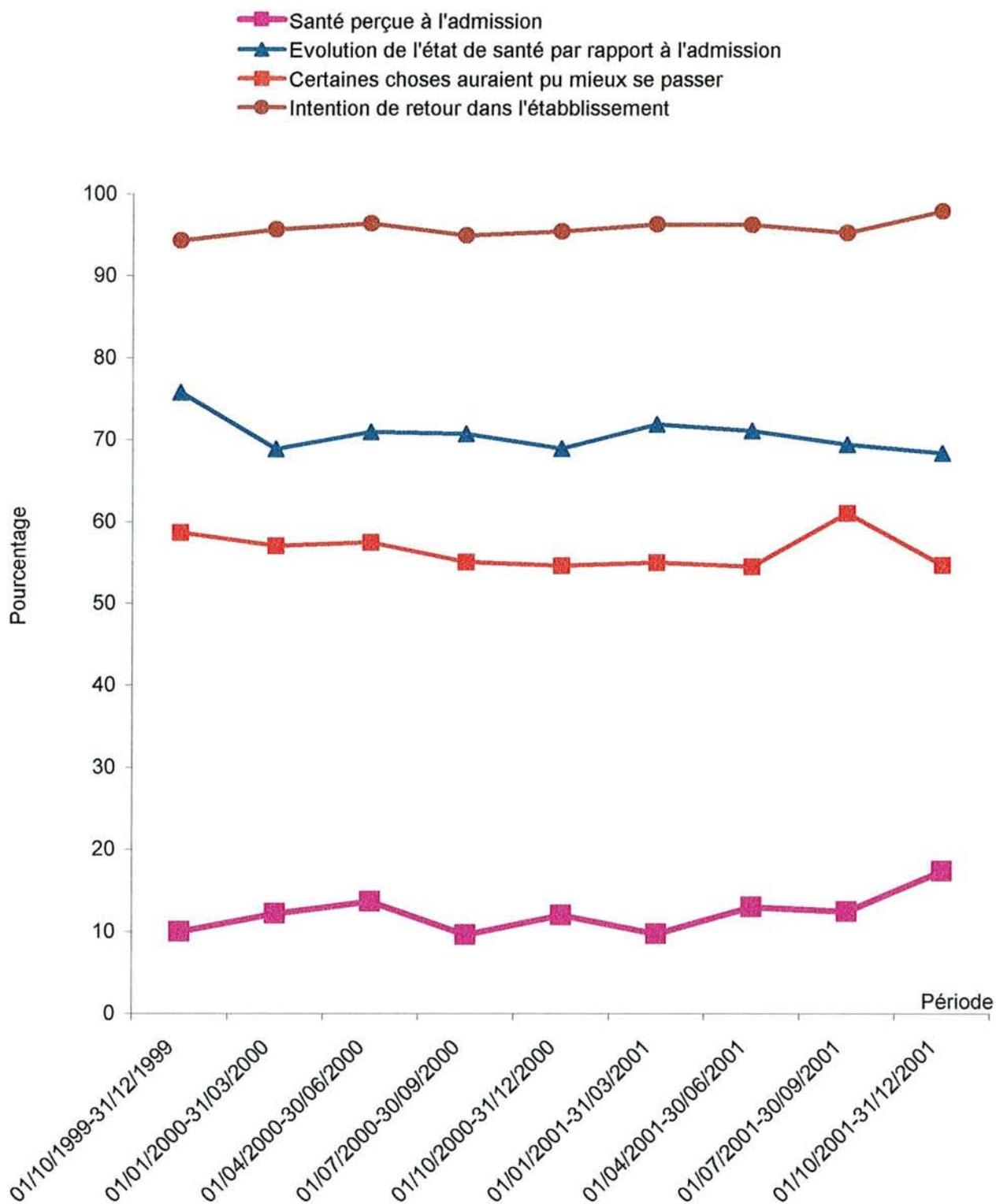
Evolution trimestrielle des pourcentages de sujets satisfaits - Ensemble du CHU
Proportions standardisées sur l'âge et le sexe (population de référence CHU 2000)

01/10/1999-31/12/2001



Evolution trimestrielle des pourcentages de sujets satisfaits - Ensemble du CHU
Proportions standardisées sur l'âge et le sexe (population de référence CHU 2000)

01/10/1999-31/12/2001



VI. SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES DANS LES HOPITAUX DE HOCHIMINH VILLE - VIETNAM

Deux travaux contribuent à cette partie :

SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES A HO CHI MINH VILLE, VIETNAM

SYSTEME DE SANTE ET LA SITUATION SANITAIRE DU VIETNAM

**VI.1. SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES A HO CHI MINH VILLE,
*VIET NAM***

Satisfaction des patients hospitalisés à Hô Chi Minh Ville, Viet Nam

Satisfaction of patients admitted in Ho Chi Minh City hospitals, Viet Nam

P.L. Nguyen^{1,2}, T.G. Lé¹, F. Empereur², S. Briançon^{2,3}

Résumé : Cette étude vise à décrire la satisfaction de patients et de leurs familles, selon le type d'hôpital et les caractéristiques socio-démographiques des patients hospitalisés dans les hôpitaux à Ho Chi Minh ville (HCMV), Viet Nam. L'étude portait sur un échantillon de 538 patients et leurs familles de tous les hôpitaux à HCMV à qui l'on a demandé le jour de leur sortie de remplir un questionnaire de satisfaction. L'âge moyen est de 39 ans, 65,4% sont des femmes. Les scores de satisfaction varient de 57,7 à 90,7 points (échelle de 0 à 100). La dimension "soins fournis par les médecins" a reçu le score de satisfaction le plus élevé (90,7/100). Les insatisfactions ont été associées principalement aux temps d'attente, au comportement du personnel soignant, à l'hygiène, à la cantine, et au parking pour motos. Presque 100% des patients ont parlé de leurs expériences pendant le séjour : 50,2% ont eu des avis négatifs (1042 plaintes). Les patients plus âgés, ayant un niveau d'éducation plus bas, et habitant dans les autres villes ou dans la région rurale de HCMV, ont tendance à être plus satisfaits que les patients plus jeunes, ayant un niveau d'éducation plus élevé, et habitant respectivement dans la région sub-urbain et urbaine de HCMV. Les patients qui jugent comme sérieux ou très grave le problème ayant justifié l'hospitalisation, qui estiment leur état de santé amélioré à la sortie par rapport à l'admission étaient plus satisfaits que les autres. Les patients ayant une chambre individuelle, hospitalisés dans un hôpital spécialisé ont tendance à être plus satisfaits que ceux qui ont une chambre à plusieurs lits, hospitalisés dans un hôpital général ou en urgence dans un hôpital spécialisé. Nous n'avons observé aucune relation entre la satisfaction et le sexe des patients. Les résultats de notre étude ont mis en évidence que certains domaines notamment de l'environnement hospitalier devraient être examinés par des administrateurs et responsables de santé afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Summary : To investigate the satisfaction of patients and their families with experiences according to type of hospital and patient' sociodemographic characteristics when admitted to hospitals in Ho Chi Minh City (HCMC), Viet Nam. A sample of 538 patients and their families from all hospitals of HCMC were interviewed on the day of discharge and asked to complete a satisfaction with care questionnaire (81 items with 16 dimensions). The mean age of respondents was 39.0 years, and 65.4% were female. Satisfaction scores varied from 57.7 to 90.7 points (0-100 scale). The physician dimension received the highest satisfaction rating. Most dissatisfaction was associated with waiting times, comfort during admission, staff behavior, room conditions, hygiene, canteen and motorbike parking. Almost 100% of patients spoke about their experiences: 50,2% had negative opinions (1042 complaints). Older, lower education level, lived in other city or in rural region tended to be more satisfied than younger, higher education level, lived in sub- and urban region of HCMC, respectively. Patients with serious/critical judgement on the gravity of the problem having justified the hospitalization, with improved health condition at discharge were more satisfied than the others. Patients with single bed room, hospitalized in specialized hospital tend to be more satisfied than those with more one bed room, hospitalized in general or urgent hospital. No relation was observed between satisfaction and sex of patients. Our results has highlighted certain areas that should be subjected to scrutiny by health care administrators for improve the quality of care.

Mots clés : patients hospitalisés, satisfaction, Viet Nam.

Key words : inpatients, satisfaction, quality of care, Viet Nam

Le respect des besoins et des souhaits des patients est central dans tout système de santé [1]. En effet, la satisfaction des patients est de plus en plus employée comme une mesure de

la qualité des soins [1-11]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : "L'évaluation de la qualité est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes

¹ Service de Santé de Ho Chi Minh ville, Viet Nam

² Epidémiologie et Evaluation cliniques, CHU de Nancy, France

³ Ecole de Santé Publique (EA 3444), Université Henri Poincaré Nancy I, France

Tirés-à-part : P.L. Nguyen

Réception : 20/06/2002 – Acceptation : 02/12/2002

diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins...". Ainsi la satisfaction du patient apparaît-elle comme une composante de cette définition. Elle peut être "considérée comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même" [12]. D'après Donabedian [13], cité par Williams [14] "la satisfaction du patient est d'une importance fondamentale comme une mesure de la qualité des soins car elle donne des informations sur la capacité des professionnels de santé à répondre aux valeurs et attentes du client qui sont des domaines où le client est l'autorité suprême. La mesure de satisfaction est donc un outil important pour la recherche, l'administration et la planification". Selon Donabedian [13] "l'objectif des soins médicaux est non seulement d'améliorer l'état de santé du patient mais aussi de répondre à son attente et d'assurer sa satisfaction".

Avec le développement de la société, les besoins et les exigences des hommes augmentent de jour en jour. Non seulement dans les activités sociales, familiales, quotidiennes mais aussi dans les services de soins médicaux - gratuits ou payants - les patients attendent d'être soignés de la meilleure façon dont on puisse souhaiter l'être. Il n'y a pas longtemps encore, dans la plupart des cas, le patient n'intervenait pas dans les décisions concernant les soins qu'il recevait [5]. Le malade n'est plus un consultant ou un usager mais un client, au même titre que sa famille ou son entourage. Et ce client est devenu plus exigeant quant à la qualité de service. Il est plus attentif à l'accueil, à la durée de l'attente, au manque d'information. Il considère la santé comme un droit, un service

dû ; l'importance de ses cotisations sociales le pousse à avoir un œil critique.

En France, la mesure de la satisfaction est devenue une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers depuis 1996 [15-18].

La littérature des enquêtes de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés montre que le concept de satisfaction est multidimensionnel et de nombreux facteurs (caractéristiques socio-démographiques, de santé, de structure de soins...) peuvent influencer cette mesure [9,19-30]. La satisfaction des soins reçus peut être mesurée sous différents aspects, par exemple, "admission", "soins reçus", "soins fournis par les infirmiers", "soins fournis par les médecins", "autres personnels", "conditions hôtelières générales" et "environnement hospitalier", "sortie", "frais d'hospitalisation" [2,3,19,30].

Au Viet Nam, jusqu'à ce jour, aucune étude descriptive des besoins ou de la qualité des soins n'a été effectuée du point de vue du patient. L'objectif est d'une part de décrire la satisfaction des patients et de leurs familles par rapport à l'hôpital et au personnel de santé, et d'autre part de la comparer en fonction du type d'hôpital et des facteurs socio-démographiques au moyen d'une étude chez les patients sortant des hôpitaux de HCMV en mai 1997. Les retombées attendues de cette étude sont de pouvoir porter un regard concret et objectif sur les points forts et les déficiences dans le processus de la prise en charge des patients et, dans un même temps, de tenter d'avoir des informations de base pour élaborer un programme d'amélioration de la qualité des soins.

LE CONTEXTE : LE SERVICE DE SANTE AU VIET NAM

L'administration au Viet Nam est décentralisée sur 4 échelons : l'échelon national, celui de la province, celui de l'arrondissement et celui de la commune, avec un service de santé et une administration à chaque niveau. L'organisation

comporte : le Ministère de la Santé (national), les Services de santé (provinces ou villes), les Centres de santé d'arrondissement (arrondissement) et les Postes de santé (commune). HCMV (Ho Chi Minh Ville) comprend le centre urbain de Saigon et l'ancienne province de Gia Dinh, ce qui en fait la plus grande ville du pays avec une superficie de

2 056 km², une population d'environ 6 000 000 d'habitants, une densité par km² de 2 332 habitants et un taux de croissance de la population de 1,53% par an [31]. Le réseau sanitaire de la ville qui est géré par la municipalité de HCMV et le Ministère de la Santé, ne sert pas seulement 6 millions d'habitants, mais est également au service des 30 millions de personnes des provinces du Sud (30 à 50% des malades soignés dans les hôpitaux de HCMV proviennent des provinces du Sud du pays). Ce réseau comprend 25 hôpitaux généraux et spécialisés de la ville avec 10 320 lits, 66 hôpitaux, maternités et polycliniques d'arrondissements avec 1 310 lits, et 282 postes sanitaires de commune ou quartier [31]. Un certain nombre de problèmes subsistent dans la qualité des soins apportés aux malades. D'une part à cause des mécanismes administratifs compliqués et d'autre part, à cause d'un mécanisme de marché entraînant une nouvelle rationalité la création d'une base économique à multiples composantes. Le niveau de vie augmente, ce qui entraîne une modification croissante des besoins et des exigences en matière de santé de jour en jour plus élevées et variées, alors que le corps médical ne peut y répondre [32]. Ces nouvelles circonstances soulèvent beaucoup d'interrogations pour les responsables qui veulent améliorer la qualité des soins.

MATERIEL et METHODES

Echantillonnage. Tous les patients sortant des 22 hôpitaux de la ville (sur un total de 25 hôpitaux) au mois de mai 1997 étaient éligibles. Il s'agit des patients sortant de

l'hôpital le jour de l'interview. Pour les patients de moins de 15 ans, ce sont leurs parents ou les tuteurs. Trois des 25 hôpitaux ont été exclus de l'étude : l'Institut du Cœur qui a des conditions générales de fonctionnement très différentes de celles des autres hôpitaux de la ville, le Centre d'Hématologie qui a peu de patients sortant de l'hôpital quotidiennement et le Centre de Santé mentale qui répond à un de nos critères d'exclusion. Le nombre de patients sortant de l'hôpital pendant le mois de notre étude, comparé aux autres mois de l'année était similaire. Le jour de l'enquête pour chaque hôpital a été tiré au sort, en nous basant sur le temps de réalisation de l'étude. Ces jours n'ont pas été annoncés à l'avance aux hôpitaux. Seuls la façon de procéder et le temps approximatif de réalisation de l'étude leur ont été communiqués. Trente patients ont été tirés au sort dans la liste de tous les patients sortant de l'hôpital ce jour-là à midi. Si le nombre de patients sortant de l'hôpital quotidiennement était inférieur ou égal à 30, tous les patients étaient inclus. Au total, 538 patients ont été interviewés face-à-face.

Questionnaire. Une étude pilote a été réalisée avec 20 patients dans un hôpital général de la ville choisi au hasard. Le questionnaire à questions ouvertes dérivées à partir des dimensions utilisées dans le questionnaire Patient Judgment of Hospital Quality (PJHQ) [2, 3] utilisé lors de cette étape a permis l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction. Le questionnaire final, anonyme et facultatif, a été soumis au patient par l'enquêteur, dans le service de soins, avant le retour au domicile. Il était constitué de trois grandes parties. La première partie portait sur des informations administratives (4 questions). La deuxième partie portait sur des informations générales concernant les facteurs socio-démographiques et les caractéristiques de la santé du patient (13 questions). La troisième partie correspondait au questionnaire de satisfaction proprement dit, elle comportait 64 questions à réponses fermées (échelle de 0 à 10 et "sans

opinion") se répartissant en 16 dimensions de satisfaction : "admission"; "passage aux urgences"; "information renseignés"; "soins reçus" avec les 4 sous-dimensions : "soins fournis par les médecins", "soins fournis par les infirmiers", "soins fournis par les autres personnels", "médicaments et équipements"; "examens para-cliniques"; "conditions hôtelières générales"; "repas" (les repas étaient fournis par l'hôpital seulement pour les patients ayant un régime particulier); "cantine" (presque 100% des patients passent à la cantine de l'hôpital pour les repas, les boissons ou achats nécessaires durant l'hospitalisation); "frais d'hospitalisation"; "sortie"; "autres points" (stagiaire, parking, sécurité) et "recommandation de l'hôpital aux proches". Les scores de satisfaction calculés dans ces dimensions variaient de 0 (insatisfaction totale) à 100 (satisfaction complète) et n'étaient affectés qu'aux seuls patients réellement concernés (par exemple, pour la dimension "repas", il n'y a que 77 patients qui avaient un score) (tableau II). De plus, il existait 2 lignes sous toutes les questions afin de recueillir, de façon ouverte, les opinions des patients. Pendant l'interview, les patients ont répondu eux-mêmes à la partie "satisfaction" après une brève explication de l'enquêteur. Les informations concernant les deux premières parties ont été collectées par l'enquêteur. Le temps de réponse à ce questionnaire était d'environ 20 minutes (19,7 ± 6,1 minutes).

Analyses. Les résultats ont été exprimés en fréquence de sujets se répartissant dans les niveaux "insatisfait", "satisfait", "très satisfait" correspondant respectivement à des scores de satisfaction de 0 à 50, 50 à 80 et supérieur à 80, sur l'échelle de 0 à 100, et en scores moyens de satisfaction dans toutes les dimensions. Les relations entre les facteurs socio-démographiques, les caractéristiques de la santé, les types d'hôpitaux et les scores de satisfaction ont été analysés en utilisant le test t-Student, le χ^2 et l'analyse de la variance (le seuil de signification étant $\alpha = 5\%$).

Les données ont été saisies et enregistrées dans des fichiers DBase®. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce aux logiciels EPI-INFO® version 5.0 et SPSS.Win.

RÉSULTATS

Caractéristiques des patients

Le taux de réponse global était de 99,6% (538/540). Le tableau I montre les caractéristiques démographiques des répondants. L'âge moyen était de 39,0 ans; 65,4% étaient des femmes et 39% des patients venaient des départements suburbains. L'analphabétisme était de 5,9% (en grande majorité des femmes), 8% des patients ayant un niveau universitaire ou supérieur; 36,4% des patients n'avaient aucun revenu; 7,1% bénéficiaient de la carte d'assurance de santé et 2,4% étaient affiliés à un programme d'aide sociale (programme d'éradication de la faim et de diminution de la pauvreté). Environ 34% des patients ont été hospitalisés dans les hôpitaux généraux; 52,4% des patients l'ont été en provenance de la consultation externe contre 32,9% des patients venant des services des urgences. La durée moyenne de séjour était de 11 jours; 65% des patients étaient hospitalisés pour la première fois. Seulement 36,1% des patients avaient choisi l'hôpital eux-mêmes; pour ceux-ci la raison la plus fréquemment citée était le rapport entre leur maladie et la spécialisation de l'hôpital (30%), les autres raisons étaient la réputation de l'hôpital (20%), les expériences passées (14%), le critère géographique (13%), les frais d'hospitalisation (5%), les relations à l'hôpital (2%). En outre, 45,7% des patients ayant choisi l'hôpital ont évoqué 1 raison, 42,6% 2 raisons et 11,7% plus de 2 raisons. Environ 60% des patients ont jugé comme très grave ou sérieux le problème ayant motivé l'hospitalisation; 99,4% des patients ont déclaré que leur état de santé s'était bien ou plutôt amélioré par rapport à l'admission et 66,0% des patients ont jugé leur durée de séjour à l'hôpital correcte.

Description de la satisfaction

Les scores moyens des 16 dimensions de satisfaction sont présentés dans la figure 1 et le tableau II. Le score le plus élevé est celui de la dimension "soins fournis par les médecins" (90,7/100), et le plus bas concerne la dimension "cantine de l'hôpital"(57,7/100). Le niveau "insatisfait" est le plus bas dans la dimension "soins reçus" (0,4%) et le plus élevé dans la dimension "cantine de l'hôpital" (62,3%).

Presque tous les patients ont apporté des commentaires libres, dans lesquels 50,2% des patients présentaient plutôt des plaintes, au total il y avait 1042 plaintes ; 72% des plaintes correspondaient aux niveaux de 50 à 80 sur l'échelle de 0 à 100 de satisfaction ; 1,7% correspondaient aux niveaux de 90 à 100. Il n'y a que 25% des plaintes qui correspondaient aux niveaux inférieurs à 50 sur l'échelle de 0 à 100. La fréquence des plaintes était plus élevée pour les patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux (46%), les femmes (60,4%), les patients âgés entre 20 à 49 ans (74%), et les patients ayant un niveau d'étude supérieur au 2^{ème} cycle (72%). Les plaintes étaient réparties dans toutes les étapes du processus de la prise en charge des patients.

Admission.

Environ 59% des patients sont hospitalisés via la consultation de l'hôpital. Dans cette dimension, le pourcentage d'"insatisfait" est plus élevé pour les questions concernant le comportement des personnels de santé et le confort de l'espace d'attente (4%). Il y a 134 plaintes (13,1%) qui sont centrées sur le temps d'attente, le manque de confort de l'espace d'attente et le comportement du personnel de santé.

Information donnée.

En ce qui concerne les informations données, il n'y a que 40% des patients qui ont répondu qu'il existait des panneaux indicateurs dans l'hôpital. La plupart des patients n'a pas fait attention à la présence de ces panneaux indicateurs. Parmi les répondants à cette dimension, 95,6% sont satisfaits ou très

satisfaits. Les plaintes visaient des informations : trop simples, floues, surchargées, incomplètes...

Passage aux urgences.

Parmi les 37,5% des patients passés par les urgences, il n'y a que 4,4% d'"insatisfaits", ce qui correspond à un score moyen de 82,6/100. Les insatisfaits sont plus nombreux pour les questions concernant la réponse aux appels des patients et le comportement des personnels soignants (8%), les explications et la communication d'informations aux patients et leurs familles, la surveillance de l'état de santé des patients (7%), et le temps d'attente (6,5%). Il y a 107 plaintes (10%) concernant cette dimension.

Soins reçus.

Tous les patients ont répondu aux questions concernant cette dimension et ses sous dimensions. Le pourcentage des "insatisfaits" est le plus faible par rapport aux autres dimensions (0,4%).

Médecins, infirmiers, autres personnels.

Concernant les soins fournis par les médecins, le score moyen est le plus élevé de toutes les dimensions (90,7/100). Il n'y a que 275 sur 538 patients qui se sont vu prescrire des conseils, des suivis ou des consultations après leur sortie. Les "insatisfaits" sont répartis dans les items concernant l'explication, la communication (2%) et les réponses aux appels de patient (1,2%). Il y a 48 plaintes pour cette dimension. Les "insatisfaits" (2,6%) pour la dimension "soins fournis par les infirmiers" concernent les gestes techniques, le comportement, la réponse aux appels et la compréhension des explications. Cette dimension a récolté 60 plaintes. Pour la dimension "autres personnels", le pourcentage d'"insatisfaits" est de 5,6%, et elle a récolté le plus de plaintes parmi les dimensions concernant l'équipe soignante (76 plaintes).

Médicament et équipement.

Le score de cette dimension est au deuxième rang parmi toutes les dimensions. Il

n'y a que 1,1% de patients "insatisfaits" et 38 plaintes.

Examen para-clinique.

Pendant l'hospitalisation, 58% des patients ont dû passer dans les services para-cliniques pour y réaliser des examens, 38% les ont reçus directement dans les services de soins et 4% des patients n'en ont pas eu besoin. Les plaintes pour cette dimension (63/1024) visent le temps d'attente, le comportement des personnels et les horaires inadaptés.

Condition hôtelière générale.

Le score moyen de cette dimension est de 86,3/100. La fréquence des "insatisfaits" est la plus élevée pour la question concernant les toilettes dans le service de soins (6,2%); la sécurité (4,2%) et la distraction (4,4%). En ce qui concerne la distraction à l'hôpital, il n'existe que 2 moyens : la télévision et les journaux. Il n'y a que 16% des patients qui peuvent avoir des chambres individuelles (en raison de la disponibilité de ce type de chambre). Il y a 225 plaintes pour cette dimension. La plupart de ces plaintes concerne le confort de la chambre des patients, et les toilettes dans le service.

Repas.

Pour les repas, 49% des patients prennent des repas faits à la maison, 24,3% des patients les achètent à la cantine de l'hôpital ou dans les petits "restaurants" aux alentours de l'hôpital ; 14,5% des repas des patients ont été fournis par l'hôpital, la majorité étant pour des enfants ou des patients suivant un régime. Pour ces patients, il y a 5,2% d' "insatisfaits". Il n'y a que 10 plaintes qui touchent au goût et aux horaires trop précoces de repas.

Cantine.

Le score moyen de satisfaction pour cette dimension est le score le plus bas (57,7). Le pourcentage des "insatisfaits" est de 62,3%, les plaintes visent le prix jugé trop élevé, le comportement des personnels, la qualité du repas, l'hygiène et la variété de choix.

Autres points.

Les questions dans cette dimension concernent les agents de sécurité, les

stagiaires, les externes et le parking à motos. Cette dimension a reçu 165 sur les 1024 plaintes, surtout pour le parking à motos (prix élevé et surface insuffisante).

Frais d'hospitalisation.

Il y a 31% de patients "insatisfaits" pour cette dimension, avec 13 plaintes (prix élevé).

Sortie.

Au moment de cette enquête, il y a seulement 31,4% des patients qui avaient fini les formalités administratives de sortie. Les "insatisfaits" représentent 5,3% pour cette dimension. Les plaintes concernent les formalités administratives (temps d'attente, complexité...), le mode de paiement des frais d'hospitalisation (plusieurs fois pendant le séjour, pas d'explication sur ce qu'il faut payer).

Recommandation de l'hôpital aux proches.

Cette question a été considérée comme la satisfaction globale. Le score moyen est 87,6/100 ; 11,2% des patients ne recommanderont pas cet hôpital à leurs proches.

Comparaison de la satisfaction

Selon les caractéristiques des patients.

Dans notre étude, il y a une relation significative entre l'âge et la satisfaction – les patients plus âgés sont plus satisfaits - concernant les soins reçus, les soins fournis par les médecins, les soins fournis par les infirmiers, les soins fournis par les autres personnels, les médicaments et l'équipement, les conditions hôtelières générales, et les recommandations de l'hôpital aux proches. Les patients qui habitent dans les autres villes ou les régions rurales de HCMV sont plus satisfaits que ceux qui habitent dans les régions sub-urbaines ou urbaines pour la dimension : recommandation de cet hôpital aux proches. Plus le niveau d'étude est élevé, moins les patients sont satisfaits pour les dimensions : admission, passage aux urgences, soins reçus, conditions hôtelières générales, soins fournis par les médecins, soins fournis par les infirmiers, soins fournis

par les autres personnels, recommandation de l'hôpital aux proches.

En ce qui concerne les caractéristiques de la santé des patients, les patients qui jugent comme très grave ou sérieux le problème ayant motivé l'hospitalisation sont plus satisfaits que ceux qui le jugent comme mineur ou modéré pour les dimensions : soins fournis par les infirmiers, soins fournis par les médecins. Les patients ayant une amélioration de leur santé depuis l'admission sont plus satisfaits que ceux qui n'en ont pas eu, pour presque toutes les dimensions. Par contre nous n'avons pas observé de différences en ce qui concerne l'expression de plaintes.

Selon le type de chambre.

Nous avons mise en évidence une relation entre la satisfaction et les caractéristiques de la chambre. Les patients ayant une chambre individuelle sont plus satisfaits que ceux ayant une chambre à plusieurs lits ou un lit pour deux patients pour certaines dimensions : soins reçus, conditions hôtelière générales, médicament et équipement, soins fournis par les infirmiers, soins fournis par les autres personnels.

Selon le type d'hôpital.

Le tableau III présente les scores de satisfaction selon le type d'hôpital. Nous avons ajusté sur les facteurs influençant la satisfaction que nous avons présenté dans la partie précédente : âge, sexe, niveau d'étude, adresse de résidence, état de santé perçu à l'admission, et nature de la chambre (un ou plusieurs lits).

Les patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux et les urgences sont moins satisfaits que ceux des hôpitaux pédiatrique et gynéco-obstétrique, des hôpitaux spécialisés en médecine et en chirurgie et des hôpitaux spécialisés en Cervico-faciale, ophtalmologie et médecine traditionnelle pour les dimensions : soins reçus, soins fournis par les infirmiers, soins fournis par les autres personnels, médicament et équipement, conditions

hôtelières générales, cantine, autres points, frais d'hospitalisation, et recommandation de l'hôpital aux proches.

DISCUSSION

Cette étude a fait émerger beaucoup de conséquences positives. Les deux principaux niveaux de satisfaction des patients hospitalisés dans les hôpitaux de HCMV pour la plupart des dimensions sont "satisfait" et "très satisfait".

Dans les dimensions que nous avons observées, les "soins fournis par les médecins" ont toujours reçu les meilleures appréciations venant de patients (90,7/100) bien qu'il existe des plaintes, surtout sur la communication qui devrait s'établir entre soigné et soignant. Il est le reflet de la pensée des habitants de HCMV comme de celle des Vietnamiens qui ont un profond respect depuis toujours pour les médecins et surtout pour ceux évoluant dans les hôpitaux. Les médecins sont considérés comme une couche supérieure de la société. C'est pour cette raison que les fautes incombant aux médecins, surtout concernant leur comportement, leur sont pardonnées. D'un autre côté, le patient rentrant à l'hôpital met sa santé entre les mains des médecins, ce qui explique là aussi le respect qu'on leur porte. Cependant, le temps que le patient passe avec le médecin est plus court que celui qu'il passe avec les autres personnels soignants (infirmiers). Les plaintes concernent plus les infirmières et les agents hospitaliers. Ceci est sans doute dû à la surcharge de travail. De plus, actuellement, il y a un manque important d'infirmières et leur salaire n'est pas suffisant par rapport à leur charge de travail.

Il est également facile de comprendre pourquoi la délivrance de médicaments et le type d'équipement recueillent des résultats de satisfaction très élevés. La politique d'ouverture entreprise par le Viet Nam a amené beaucoup de laboratoires pharmaceutiques à pénétrer dans les hôpitaux. Ceci a entraîné une nette amélioration de la situation.

La dimension "admission" ne présente qu'un score de 83,2/100, cette dimension comporte des problèmes d'attente, de confort et d'espace réservé à l'attente mais aussi des problèmes touchant aux relations humaines et à l'organisation rationnelle. Ces remarques ont été faites dans la plupart des hôpitaux de HCMV. Les infrastructures inadéquates et le trop grand nombre de patients entrant à l'hôpital en provenance de salles de consultations externes, en sont les causes principales. C'est un grave problème auquel les responsables de la ville (administratifs et santé) essaient de trouver une solution.

Les dimensions recueillant les scores moyens les plus bas concernent la cantine et les autres points. La cantine et le parc à motos sont les deux problèmes dont les patients se plaignent le plus. Concernant la cantine à l'hôpital, le prix est trop élevé et ne correspond pas à la qualité des repas, le comportement du personnel est l'objet de beaucoup de plaintes. Une des raisons principales est qu'il n'y a pas de concurrence. La plupart des hôpitaux laissent ce service aux personnes externes à l'hôpital. Le prix pour garer sa moto est trop élevé et se révèle être un des points les plus gênants, surtout si les visiteurs viennent plusieurs fois pendant l'hospitalisation ce qui est le cas pour toutes les familles qui répondent là à une exigence culturelle.

Un autre problème qu'il faut aborder concerne l'information donnée. Pour nos patients, l'information donnée ne joue pas un rôle important pendant leur séjour. Ils ne font pas attention aux panneaux indicateurs qu'ils trouvent incomplets, pas clairs et pas faciles à lire et préfèrent demander directement aux autres patients ou au personnel de santé. En général, les panneaux indicateurs de l'hôpital ne répondent pas aux questions que le patient se pose. Très souvent, il n'y en a pas assez ou il n'y en a pas du tout. Concernant l'état des panneaux indicateurs (flous, surchargés, ...) les patients ne s'y intéressent pas. De plus, bien souvent les panneaux comportent des

mots d'ordre ou de règlement intérieur, ce qui renforce les préjugés des malades par rapport à cela. Les patients qui ont répondu "oui" pour la présence des panneaux indicateurs dans l'hôpital sont plus satisfaits pour les dimensions "admission", "soins reçus" et ses sous-dimensions, "examens para cliniques" et "recommandation de l'hôpital aux proches" que ceux qui ont répondu "non" ou "ne fait pas attention".

Les études de satisfaction des patients montrent toujours des scores de satisfaction très élevés. Cependant, lorsque les patients parlent de leurs expériences ou les mettent par écrit, ils en donnent une version différente [33]. Ce qui a été montré clairement au travers de notre étude. Une femme âgée a parlé de ses expériences dans notre étude : "par rapport à il y a quelques années, les conditions de traitement de l'hôpital sont meilleures actuellement [...], je donne mon opinion afin que l'hôpital puisse s'améliorer, mais ce n'est pas pour critiquer" (dixit). Cette idée est représentative des idées de la plupart des patients hospitalisés aujourd'hui. Une des explications de ce phénomène est que les patients prennent plus conscience que dans le passé des variations et des alternatives dans le traitement [33]. En majorité les patients sont satisfaits des conditions de traitement et n'ont pas l'occasion de comparer avec ce qui se fait dans la structure de soins des pays voisins.

Notre questionnaire comprend des questions fermées accompagnées d'espaces libres sous chaque question ce qui permet aux patients d'exprimer leurs opinions. Ce type de questionnaire, d'après nous, a beaucoup d'avantages. Il peut permettre aux patients d'exprimer leurs expériences avec leurs propres mots et de fournir des détails riches et importants selon leur point de vue. Les questions fermées, parfois contraignantes, permettent aux patients d'exprimer un certain degré de satisfaction quantitatif lié aux attentes qu'ils pouvaient avoir envers leur hospitalisation tout en se référant à un "a

priori" ("attente relative") qu'ils ont sur l'hôpital, sa structure et son organisation. Les questions libres donnent une information qualitative sur les attentes réelles des patients en se détachant plus facilement de cet "a priori". Par exemple on trouve une moyenne de 86,3 pour la dimension "condition hôtelière" mais 225 plaintes sont relatées pour cette dimension, ceci peut s'expliquer par le fait que les patients se plaignent (information qualitative) d'un certain manque de confort qu'ils voudraient voir évoluer à terme (attente réelle) mais par ailleurs leur degré d'insatisfaction (information quantitative) n'est pas élevé car il est fait en référence à leur "a priori" sur l'hôpital, leur niveau d'attente (attente relative) est donc moins exigeant. Ces informations qualitatives peuvent aider à construire des programmes d'interventions plus précis dans le domaine de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et dans la construction même de questionnaires de satisfaction. Presque 100% des patients ont exprimé leurs idées dans notre étude, ce qui montre l'avantage de ce type de questionnaire par rapport à un questionnaire ne contenant que des questions fermées. Cela permet, d'une part, de valider en les confrontant aux informations fournies par les questions fermées qui présentent des avantages comme la facilité de réponse, de codage et d'analyse, surtout si on veut réaliser des comparaisons entre les structures de soins ou au cours du temps (les pourcentages et les moyennes), et d'autre part d'alimenter les différentes étapes du processus d'amélioration de la qualité des soins. Différents auteurs, parmi lesquels Avis et Williams, recommandent de combiner les questions fermées et ouvertes d'évaluation de la satisfaction des patients pour profiter de la complémentarité des informations qu'elles produisent [14,34].

La méthode d'interview face-à-face choisie dans notre étude a l'avantage de permettre une standardisation des conditions de remplissage par rapport à des enquêtes de

type auto-évaluation. Elle permet également d'obtenir un faible taux de non-réponse et d'obtenir des informations sur les non-répondants. Cependant, la présence d'un observateur peut entraîner un biais en sous-évaluant l'insatisfaction. Il est donc essentiel que les enquêteurs soient des personnes non impliquées dans la structure de soins et donc par exemple sans blouse pendant l'interview.

Dans notre étude, à cause des modalités de sortie de l'hôpital variant d'un hôpital à l'autre, le nombre de patients tirés au sort n'atteignait pas nos prévisions. Par exemple, certains hôpitaux n'autorisent les patients qu'à sortir les jours pairs. De plus, si le médecin annonce au patient qu'il peut sortir de l'hôpital, le patient sort sans effectuer les formalités nécessaires à toute sortie, laissant les parents s'occuper de ce point l'après-midi du jour de leur sortie. Cela s'est surtout vérifié pour les patients habitant près de l'hôpital.

Cohérente avec les autres études [9,20-25,29], la satisfaction est liée aux caractéristiques socio-démographiques des patients. Il y a une relation significative entre l'âge et la satisfaction concernant les soins reçus, les soins fournis par les médecins, les soins fournis par les infirmiers, les soins fournis par les autres personnels, les médicaments et l'équipement, les conditions hôtelières générales, et les recommandations de l'hôpital aux proches ; en général, plus on est âgé plus on est satisfait. Les patients qui habitent dans les autres villes ou les régions rurales de HCMV sont plus satisfaits que ceux qui habitent dans les régions sub-urbaines ou urbaines. Plus le niveau d'étude est élevé, moins les patients sont satisfaits pour certaines dimensions. Parmi les raisons qui pourraient expliquer ces résultats, on peut citer les attentes des patients et les conditions de soins dans ces hôpitaux. Plus leurs attentes sont proches de la réalité, plus les patients sont satisfaits. Les attentes des patients sont souvent supérieures chez les habitants du centre de HCMV ou chez les patients ayant un

niveau d'études plus élevé. De plus, les conditions de soins dans les hôpitaux de HCMV par rapport à celles des hôpitaux des régions rurales ou d'autres villes voisines sont meilleures. Ce sont des hôpitaux qui sont considérés comme ayant un haut niveau dans la région sud et dans l'ensemble du pays.

Les caractéristiques de la santé des patients sont des facteurs influençant la satisfaction. Les patients qui jugent comme très grave ou sérieux le problème ayant motivé l'hospitalisation sont plus satisfaits que ceux qui le jugent comme mineur ou modéré [19,30]. Les patients ayant une amélioration de leur santé depuis l'admission sont plus satisfaits que ceux qui n'en ont pas eu [19,30]. Dans notre étude, cohérente avec les études précédentes [19,30], il y a une relation entre la satisfaction et les caractéristiques de la structure de soins. Les patients ayant une chambre individuelle sont plus satisfaits que ceux ayant une chambre à plusieurs lits ou un lit pour deux patients pour certaines dimensions.

Les patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux et les urgences sont moins satisfaits que ceux des hôpitaux pédiatriques et gynéco-obstétrique, des hôpitaux spécialisés en médecine et en chirurgie et des hôpitaux spécialisés en Cervico-faciale, ophtalmologie et médecine traditionnelle pour la plupart des dimensions. Un des raisons que nous pouvons avancer pour expliquer ce phénomène est l'homogénéité intra-établissement du type de malades pris en charge. Les hôpitaux les plus spécialisés ont des facilités dans l'organisation de la prise en charge des patients, des expériences, des compétences et des personnels de santé qui sont plus centrés sur la spécialité qu'ils pratiquent Ce qui permet de répondre plus facilement aux besoins et aux attentes du patient. Un autre point qui est aussi important est le nombre d'hospitalisations : dans les hôpitaux les plus spécialisés on recense moins de patients que dans les hôpitaux généraux et les urgences.

Par exemple, pour l'année 1996, le centre d'ophtalmologie a reçu environ entre 800 et 1000 patients par mois, tandis que l'hôpital général a reçu environ 2000 patients pour une durée équivalente. Ce point peut s'expliquer par le fait que les hôpitaux spécialisés disposent relativement de plus de personnels, malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir les données permettant de calculer en indice de charge en soins par hôpital.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

A travers les résultats de cette étude, nous avons constaté que certaines étapes du processus de prise en charge des patients doivent être améliorées par des administrateurs et les personnels de santé : L'accueil doit être considéré comme un véritable étape dans le processus de prendre en charge au même titre que n'importe quel soins fournis par les personnels de santé. Il doit même être réalisé avec encore plus d'attention car il est le premier des actes médicaux qui concerne le patient. Il convient de montrer et de prouver par cette première rencontre que l'on respecte la dignité de la personne humaine et il importe d'acquiescer la confiance sans laquelle il n'y aura pas de bonne action thérapeutique future. Il convient donc d'améliorer l'attitude du personnel d'accueil et les conditions matérielles dans lesquelles se déroule cette étape : des locaux adéquats, une organisation rationnelle pour raccourcir le temps d'attente, une bonne signalisation pour permettre une orientation facile vers un poste d'accueil adapté. Les services logistiques (la cantine, le parking à moto, la sécurité..), sont des aspects importants sur lesquels on peut réagir immédiatement afin d'améliorer la qualité des services fournis aux patients.

La relation entre les soignants et les soignés : il faut élaborer un plan de communication entre les personnels de santé et les patients pendant l'hospitalisation, à la sortie et après la sortie. Un système d'information entre l'hôpital, les

personnels de santé, les patients et leurs familles doit être mis en place. Il faut en effet sensibiliser les personnels de santé en contact permanent avec le patient, et avoir un passage et un retour d'informations. Une étude auprès

des personnels de santé pourrait permettre de mieux connaître ses difficultés, ses besoins, ses demandes pour l'accomplissement de cette tâche.

Bibliographie

1. Cleary PD et al. Patients evaluate their hospital care : A national survey. *Health Aff* 1991;10(4):254-67.
2. Rubin HR, Ware JE, and Hays RD. The PJHQ questionnaire: Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Med care* 1990;28(9):S22-6.
3. Rubin HR, Ware JE, Nelson EC, and Meterko M. The Patient Judgment of Hospital Quality (PJHQ) questionnaire. *Med care* 1990;28(9):S17-8.
4. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1998;25(1):25-36.
5. Sommers PA. What physician should know about consumer satisfaction ? *Am J Med Quality* 1998;29(5):415-7.
6. Cainan M, Katsouyinnopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramić H. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Practice* 1994;11(4):468-78.
7. Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F. Patient' perceptions of office medical practice: Judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Quality* 1996;11(2):73-80.
8. Minnick AF, Roberts MJ, Young WB, Kleinpell RM, Marcantonio RJ. What influences patients reports of three aspects of hospital services? *Med care* 1997;35(4):399-409.
9. Lasek RJ, Barkley W, Harper DL, Rosenthal GE. An evaluation of the impact of non-response bias on patient satisfaction surveys. *Med care* 1997;35(6):646-52.
10. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med care* 1997;35(7):714-30.
11. Shmueli A. Excluding Nonusers - A source of bias in research on satisfaction with health service. *Med care* 1997;35(8):867-71.
12. Rodenberg SN. Choosing the assessment method that meets your needs. *Quality assurance in hospitals* 1990;95-106.
13. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed ? *JAMA* 1988;260(12):1743-8.
14. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci & Med* 1994;38(4):509-16.
15. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Ordonnance. Paris 1996 ; 6324 p. n°96-346.
16. Service d'Evaluation Hospitalière. Manuel d'accréditation des établissements de santé. ANAES Paris 1999;1-118.
17. Journal Officiel. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. *Circulaire DHIAF n° 97-29 du 17 janvier 1997 relative à la mise en oeuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L710-1-1 du code de santé publique.* 1997; 71 -73.
18. Ministère de l'Emploi et de Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé. Direction des hôpitaux. Evaluation de la satisfaction des patients: Document d'orientation à l'intention des établissements de santé. *Informations Hospitalières* 1998;47:1-15.
19. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of care ? *Med Care Rev* 1990;47(3):267-326.

20. Sitzia J, Wood N. Response Rate in Patient Satisfaction Research: An Analysis of 210 Published Studies. *Int J Qual Health Care* 1998;10(4):311-7.
21. Groves RM, Cialdini RB, Couper MP. Understanding the Decision to Participate in a Survey. *Public Opinion Quarterly* 1992;56:475-95.
22. Doering ER. Factors influencing inpatient satisfaction with care. *QRB* 1983;9(10):291-9.
23. Bamford C, Jacoby A. Development of Patient Satisfaction Questionnaires: I. Methodological Issues. *Quality in Health Care* 1992;1:153-7.
24. Barkley WM, Furse DH. Changing Priorities for Improvement: The Impact of Low Response Rates in Patient Satisfaction. *The Joint Commission* 1996;22(6):427-33.
25. Harris LE, Swindle RW, Mungai SM, Weinberger M, Tierney WM. Measuring patient satisfaction for quality improvement. *Med care* 1999;37(12):1207-13.
26. Ehnfors M, Smedby B. Patient Satisfaction Surveys Subsequent to Hospital Care: Problems of Sampling, Non-response and Other Losses. *Quality Assurance in Health Care* 1993;5(1):19-32.
27. Hawkins DF. Estimation of Nonresponse Bias. *Sociological Methods & Res* 1975;3(4):461-85.
28. Akhtar AJ. Refusal to Participate in a Survey of the Elderly. *Geront Clin* 1972;14:205-11.
29. Smith TW. The Hidden 25 percent: An Analysis of Nonresponse on the 1980 General Social Survey. *Public Opinion Quarterly* 1983;47:386-404.
30. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empeur F, Guillemin F. Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. *Soc Sci & Med* 2002;54(4):493-504.
31. So Y te TP. Ho Chi Minh. Services de santé de Ho Chi Minh ville. Bao cao tong ket hoat dong y te thanh pho Ho Chi Minh nam 1997. Rapport d'activités du coprs médicale de Ho Chi Minh ville en 1997. Ho Chi Minh Ville, Viet Nam. 1997
32. Do, N.P. Nhung dac diem nen tang trong hoat dong y te nam 1996 va 1996-2000. Un certain nombre de points capitaux dans les missions sanitaires en 1996 et de 1996 à l'an 2000. *Ministère de la Santé*. Ha Noi, Viet Nam. 1996
33. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med care* 1995;33(4):392-406.
34. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solution? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs* 1995;22(2):316-22.

Remerciements : Les auteurs remercient les personnels administratifs, les personnels médicaux du Service de Santé de Ho Chi Minh ville et les hôpitaux pour leur aide et leur coopération dans l'organisation et la réalisation de cette étude. Les auteurs remercient également tous les patients pour leur participation.

Tableau I. Caractéristiques socio-démographiques, de la santé et de séjour des patients (n=538)

Caractéristiques	Pourcentage (%)
Socio-démographiques	
Classe d'âge	
< 20	4,8
20 - 29	27,7
30 - 39	28,1

	40 - 49	17,3
	50 - 59	7,6
	≥ 60	14,5
Sexe du patient		
	Femme	65,4
	Homme	34,6
De santé		
Mode d'entrée		
	Urgence	32,9
	En provenance d'une consultation externe	52,4
	Programmée	4,5
	Transfert en provenant d'un autre hôpital	9,7
	Autres	0,6
Gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation		
	Sérieux ou très grave	19,7
	Grave	39,8
	Modéré	34,8
	Mineure	5,8
Evolution de l'état de santé par rapport à l'admission		
	Très amélioré	91,4
	Peu amélioré	8,0
	Identique	0,2
	Moins bon	0,4
De séjour		
Type d'hôpital		
	Général et urgence	37,6
	Pédiatrique	14,9
	Gynéco-obstétrique	13,6
	Médecine traditionnelles	3,9
	Ophtalmologie / Cervico-Faciale	6,5
	Hôpitaux spécialisés en chirurgie	14,5
	Hôpitaux spécialisés en médecine	9,1
Durée de séjour		
	≤ 7 jours	58,4
	7 - ≤ 14 jours	23,0
	Plus de 14 jours	18,6
Jugement de la durée du séjour		
	Correct	66,0
	Court / Trop court	9,0
	Long / Trop long	18,0
	Ne sait pas	6,0

Tableau II. Description des dimensions de satisfaction des soins

Dimension	n	Score (0-100)			Pourcentage (%) [*]		
		Moyenne	SD	Min; Max	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait
Admission	315	82,2	13,1	43,3 ; 100	2,2	34,9	62,9
Information donnée	217	86,5	13,9	48,3 ; 100	3,7	25,3	71,0
Passage aux urgences	202	82,6	15,8	26,7 ; 100	4,4	32,7	62,9
Soins reçus	538	87,4	10,1	32,5 ; 100	0,4	22,1	77,5
Soins fournis par les médecins	538	90,7	11,9	22,5 ; 100	1,5	15,8	82,7
Soins fournis par les infirmiers	538	87,3	13,3	12,5 ; 100	2,6	25,1	72,3
Soins fournis par les autres personnels	538	83,3	15,9	13,3 ; 100	5,6	35,3	59,1
Médicament et équipement	538	89,5	12,3	0,0 ; 100	1,1	20,5	78,4
Examens paracliniques	311	85,2	12,9	35,0 ; 100	1,6	35,4	63,0
Conditions hôtelières générales	538	86,3	12,1	18,3 ; 100	0,9	27,2	71,9
Repas	77	87,4	13,5	50,0 ; 100	5,2	32,5	62,3
Cantine	538	57,7	19,1	0,0 ; 100	62,3	28,1	9,7
Autres points	538	64,8	12,0	32,5 ; 100	14,9	76,8	8,3
Frais d'hospitalisation	538	78,3	21,6	20,0 ; 100	30,9	19,1	50,0
Sortie	169	84,8	15,1	30,0 ; 100	5,3	36,7	58,0
Recommandation de l'hôpital aux proches	538	87,6	13,0	0,0 ; 100	11,2	18,2	70,6

* : Insatisfait : score de satisfaction varie de 0 à 50
 Satisfait : score de satisfaction varie de 50 à 80
 Très satisfait : score de satisfaction supérieur à 80

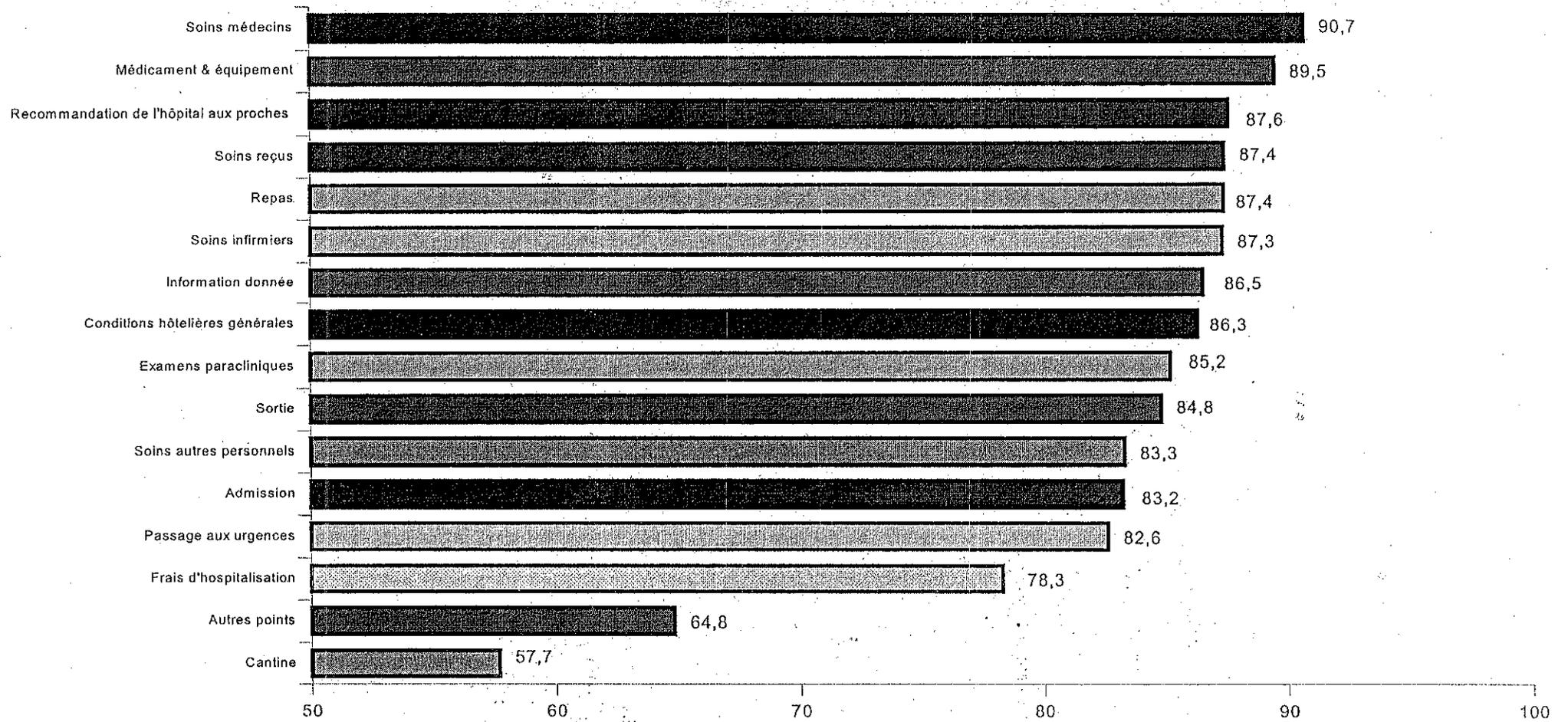
Tableau III. Les scores de satisfaction selon le type d'hôpital (n=538)

Type d'hôpital	Général et urgences	Pédiatrique et Gynéco-obstétrique	Autres spécialisés ^a et médecine traditionnelles	Spécialisés en chirurgie	Spécialisés en médecine
Dimension					
Soins reçus***	86,9	90,2	93,3	90,5	91,5
Soins fournis par les infirmiers*	86,6	89,3	92,9	90,8	88,8
Soins fournis par les autres personnels*	84,0	85,9	91,7	87,7	88,2
Médicament et équipement*	88,9	93,4	95,7	92,0	88,1
Conditions hôtelières générales***	85,6	89,1	92,8	89,4	93,2
Cantine**	54,5	55,1	60,9	57,0	65,5
Autres points**	62,3	65,0	67,5	63,6	69,7
Frais d'hospitalisation*	79,3	79,6	82,8	72,0	83,0
Recommandations de l'hôpital aux proches***	83,2	93,5	95,9	92,4	91,8

* : p<0.05 ; ** : p<0.01 ; *** : p<0.001

^a : Ophtalmologie/ Cervico-Faciale

- En gras : scores de satisfaction les plus élevés.
- En italique : scores de satisfaction les plus faibles.
- Les dimensions - admission, soins fournis par les médecins, examens paracliniques – qui n'ont pas de relation significative avec le type d'hôpital ne sont pas présentées dans ce tableau.
- *Ces résultats sont ajustés sur l'âge, le sexe, l'adresse de résidence, le niveau d'étude, l'état de santé perçu à l'admission, la nature de la chambre.*



VI.2. SYSTEME DE SANTE ET LA SITUATION SANITAIRE DU VIETNAM

INTRODUCTION

En dépit d'être un des pays les plus pauvres en Asie, l'état de santé global du Vietnam est bien supérieur à celui qu'il devrait être pour un pays qui a un revenu per capita de ce niveau). Dépendante de facteurs d'ordre géographique, socio-économique et démographique, la politique sanitaire du Vietnam peut se prévaloir de réussites incontestables, notamment en ce qui concerne la lutte contre les maladies épidémiques et la mortalité infantile.

Depuis 1986, l'année de réformes économiques (Doi Moi), le Vietnam s'est changé d'une économie à planification centralisée à une économie de marché, qui se caractérise par une réduction des dépenses publiques à l'égard des services sociaux dont le secteur de la santé. L'introduction de recouvrement des coûts de soins et la mise en place d'un d'assurance maladie ont contribué à renforcer le budget sanitaire, à améliorer la qualité des soins, mais en même temps mettent le système de santé devant de très dures épreuves : l'intégralité dans l'accès aux soins entre les différentes couches de la société et entre les différentes régions géographiques. Par ailleurs, la légalisation de la pratique privée a permis à la population d'accéder aux soins plus aisément, pose aussi des questions en matière de contrôle et de gestion.

En même temps qu'avec la charge de la morbidité, et les difficultés en ressources sanitaires le système de santé du Vietnam devait vraiment surpasser de très grandes difficultés afin de garder ses réalisations et atteindre de nouveaux objectifs dans les années qui vont venir.

LE SYSTÈME DE SANTÉ

Politique de santé

En tant que pays socialiste, le Vietnam donne la priorité aux services publics dont la tâche première est d'améliorer la santé de la population. La Constitution de 1980 a défini dans l'article 47¹ :

« L'Etat veille à la protection et à l'amélioration de la santé du peuple. Il faut étudier une médecine vietnamienne orientée dans le sens prophylactique, en intégrant médecine et pharmacologie modernes avec médecine et pharmacologie populaires traditionnelles; en intégrant la prophylaxie à la thérapeutique, tenant pour mesure essentielle la prophylaxie et en développant simultanément le réseau médico-sanitaire de l'Etat et celui du peuple, jusqu'à l'échelon de base. L'Etat et la société protègent la mère et l'enfant et encouragent la planification familiale »

En 1978, Vietnam a participé à la Conférence d'Alma Alta sur les Soins de Santé Primaires, et a proclamé son adhésion au but de "la Santé pour tous d'ici l'an 2000". Sur la base des 8 composantes habituelles des Soins de Santé Primaires (composantes 1 à 8), le Vietnam a ajouté en 1982 deux composantes spécifiques (composantes 9 et 10), ce qui permet de reformuler ainsi les priorités:

1. Education pour la santé
2. Nutrition et hygiène alimentaire
3. Approvisionnement en eau saine et assainissement de l'environnement
4. Santé de la mère et de l'enfant; planification familiale
5. Programme élargi de vaccination
6. Contrôle des maladies endémiques
7. Traitement des maladies et blessures courantes
8. Médicaments essentiels

¹ Hoang Dinh Cau. La Médecine rurale au Vietnam. Editions en langues étrangères. Expériences vietnamiennes. Hanoi 1983. p.24.

9. Gestion de la santé de la population

10. Edification et renforcement du réseau sanitaire de base.

Conditions naturelles

Les conditions géographiques propres au Vietnam déterminent en partie les conditions de l'accès aux soins. La population du pays se concentre dans les deux pôles de prospérité économique et agricole :

- au nord, le delta du Fleuve Rouge (où se trouve Hanoi, la capitale), qui regroupe 19,3% de la population totale;
- au sud, le delta du Mékong, où vivent 21,1% de la population totale.

Dans ces deux deltas, la densité de la population, 1 180 habitants par kilomètre carré, est nettement supérieure à la moyenne nationale (234 habitants par kilomètre carré). En particulier, à Ho Chi Minh ville, la densité y est de 2 419 en moyenne, 9 423 en régions urbaines et 438 en régions rurales². Les établissements sanitaires y sont plus nombreux et, d'une manière générale, l'offre de soins plus diversifiée.

En revanche, les zones montagneuses, les hauts plateaux, qui couvrent 80 % du territoire, sont moins peuplées. De ce fait, l'accès aux soins y est plus difficile, en dépit des mesures prises par les autorités afin de garantir à leurs habitants un réseau de soins qui répondrait à leurs besoins. D'une manière générale, ces régions se caractérisent par un nombre plus restreint de consultations, une implantation plus clairsemée de professionnels de santé et des indicateurs sanitaires moins favorables (tableau 1).

(insérer le tableau 1 ici)

Le climat est principalement tropical mais l'on enregistre néanmoins des micro-variations climatiques : la région septentrionale connaissant annuellement quatre saisons distinctes alors que la partie méridionale vit au rythme de la saison sèche et de la saison des pluies. Le pays tout entier est soumis à l'influence des moussons et même si depuis quelques années tant au Sud qu'au Nord de graves inondations se produisent dans les deux grands deltas, la région centrale reste la plus exposée à de

² Ministère de la Santé du Vietnam. Annuaire statistique 2000.

fréquents typhons. Les conditions climatiques favorisent en premier rang les maladies tropicales, qu'elles soient virales, comme la dengue, l'encéphalite japonaise, ou parasitaires, comme le paludisme.

Système de santé (figure 1 et 2)

Le système de santé du Vietnam comporte cinq branches: médecine, pharmacie, équipements médicaux, construction des structures sanitaires, et formation des cadres. A côté des secteurs classiques de la Médecine et de la Pharmacie, s'est ajoutée la branche de Médecine et de Pharmacie traditionnelles, ce qui distingue le système de santé du Vietnam des autres systèmes.

Le système est organisé en 4 échelons, correspondant aux 4 niveaux du système administratif.

Echelon central

Les politiques et stratégies sanitaires à long terme sont formulées périodiquement pour 5 ou 10 ans par des plans ou par des décrets, promulgués par le gouvernement ou par le Ministère de la Santé. Le Ministre de la Santé est soutenu par des Vice-Ministres dont les responsabilités et les prérogatives sectorielles. Quand le gouvernement estime qu'il faut concentrer l'attention sur certains domaines proches à la santé, par exemple la planification familiale, il peut créer d'autres organisations qui fonctionnent hors du Ministre de la Santé. Le Comité National de Population, Famille et Enfants en est un exemple, la personne qui est à sa tête a un statut équivalent à un Ministre. Ce Comité établit une structure qui fonctionne parallèlement au système de santé, et a pour tâches de fournir les services concernant la démographie et la planification familiale. Le tout est financé par le budget national.

Le niveau central comporte:

- Des Départements pour la gestion administrative des activités de soins et de prévention.
- Des instituts qui sont responsables des services de type tertiaire comme des centres de références qui assurent 3 fonctions en même temps : la formation spécialisée, les recherches, et les services de soins de type tertiaire. Il y a l'Institut de Malariologie, de Parasitologie et d'Entomologie, l'Institut national de Tuberculose et de pneumologie, l'Institut de Protection de la mère et de l'enfant, l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (Institut Pasteur Hanoi) et l'Institut national de Nutrition.

D'autres instituts sont responsables pour d'autres spécialités médicales telles que : la Cancérologie, la pédiatrie, l'Odonto-stomatologie, la médecine traditionnelle, la pharmacie, l'Ophtalmologie.

- Des hôpitaux centraux
- Des Entreprises pharmaceutiques centrales
- Des Facultés de Médecine et de Pharmacie

L'échelon des provinces et villes

Il y a 61 Services de santé qui sont responsables des activités de santé des provinces. Les Services de santé des Provinces fonctionnent en suivant les politiques élaborées par le Ministre de la Santé, mais en réalité ce sont des parties organiques du gouvernement local, le Comité populaire provincial. Par exemple, bien qu'en 1999 le Ministre de la Santé ait envoyé une circulaire permettant d'augmenter l'effectif du personnel de santé selon les besoins, les Comités populaires de certaines provinces n'ont adopté aucun changement. Ces décisions dépendent des budgets des Services de Santé, qui font partie du budget du gouvernement local. Dans les provinces où les revenus excèdent les dépenses, comme Hanoi et Ho Chi Minh Ville, les Comités populaires de Province déterminent les fonds à attribuer à leurs services de Santé et ont plus d'influence sur leurs activités. Par contre, dans certaines provinces où les revenus n'excèdent pas les dépenses, les Services de Santé agissent plus conformément aux directives ministérielles.

Les Services de Santé ont pour tâches de planifier les services sanitaires, y compris la gestion des ressources humaines.

Ce niveau comporte :

- Des Centres spécialisés : Médecine Préventive, Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant et de Planification familiale, Lutte contre la Tuberculose, Lutte contre le Paludisme, Lutte contre les maladies Dermatologiques etc. Ces Centres sont responsables des programmes de santé de la province.

- Un hôpital provincial avec des Services de base: Médecine interne, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Pédiatrie.
- Une Ecole paramédicale, qui forme des infirmières et des sages-femmes.
- Des entreprises de production pharmaceutique et une compagnie de distribution des médicaments.

L'échelon des arrondissements (district)

Ce niveau comporte:

- Le Centre de santé de district qui est responsable des activités de soins et des programmes de santé.
- L'hôpital de district
- Les polycliniques, qui assurent le traitement ambulatoire en médecine générale et des spécialités (pédiatrie, otorhino-laryngologie, ophtalmologie, odontologie), et en même temps le contrôle des maladies sociales (tuberculose, maladies mentales, paludisme, maladies dermatologiques)
- Les maternités intercommunales qui servent de 3 à 5 communes.
- Les brigades spécialisées de Médecine préventive et de Planification Familiale, qui sont des unités mobiles fonctionnant sous la direction des Centres spécialisés des provinces.
- Les pharmacies avec, dans certains districts, une chaîne de production galénique.
- Les Centres de Santé de district sont aussi responsables de la formation du personnel travaillant dans les polycliniques et les Postes de santé de commune.

Echelon communal

Il y a 10 257 postes de santé au Vietnam en 2000 ³.

Le Poste de santé de commune est l'organisation sanitaire de base qui couvre en moyenne une population d'environ 6000 habitants. Son staff est de 3 à 5 agents, qui sont des médecins ou médecins assistants, infirmières et sages-femmes. Bien que le Poste assure en même temps les premiers soins et

³ Ministère de la Santé 2001. Trian khai chien luoc cham soc va bao ve suc khoe nhan dan giai doan 2001-2010 – Mise en œuvre de la stratégie de soins et de protection de la santé de la population, période 2001-2010.

des soins ambulatoires pour la population, sa tâche essentielle est la réalisations des programmes de santé: la vaccination, la santé de la mère et de l'enfant, le contrôle des maladies sociales, l'hygiène environnementale et alimentaire.

Chaque commune est subdivisée en plusieurs hameaux. En 2000, 75% des hameaux avaient un agent de santé.

Tout l'ensemble du système forme ainsi un réseau d'orientation recours qui assurent, suivant leur niveau de compétence, les soins préventifs et curatifs. Il est reconnu que l'une des réalisations les plus fondamentales de la profession de la santé du Vietnam est d'avoir établir dans tout le pays réseau de santé de bas allant jusqu'aux communes et hameaux. C'est grâce à ce réseau très proche à la population que les activités de santé, surtout les activités de prévention, sont mises en œuvre avec efficacité. En plus, ce réseau de facilité d'accès aux soins pour les groupes de population plus vulnérables dans les régions lointaines ou reculées, ce qui permet de diminuer l'écart entre les groupes de population (urbain-rural, central-éloigné).

Grâce à ce réseau que la vaccination des enfants garde toujours un taux supérieur à 90%, et de même pour les autres activités de soins de la mère et du nouveau-né, les programmes de lutte contre les maladies sociales (tuberculose, paludisme, maladies mentales...).

Par contre, en général, le système de santé a aussi ses faiblesses. La surcharge au niveau des certains hôpitaux spécialisés de ville montre que la concertation des activités entre les échelons n'est pas parfaite, la compétence de l'échelon de base (postes de santé des communes) et de l'échelon intermédiaire (centre de santé de district) n'est pas au niveau souhaité.

Organisation des activités

Les soins curatifs et préventifs sont organisés en:

- Soins généraux (préventifs et curatifs)
- Soins spécialisés

- Les programmes de santé : ce sont des programmes verticaux qui sont de la plus haute priorité parmi les actions de santé, dont les principaux sont les Programmes de lutte et de contrôle du paludisme, la tuberculose, l'insuffisance en iode, le Programme Elargi de Vaccination, le Programme de santé de la Reproduction et de Planification familiale, le Programme de Renforcement du système de santé de base.
- La médecine traditionnelle : la médecine traditionnelle est intégrée comme faisant partie à part entière du système de santé.
- La production et la distribution des médicaments.

Implications des réformes macro-économiques sur le système de santé

De 1975 à 1986, période avant le Doi Moi, le système de santé du Vietnam se caractérise par:

- Une couverture entière de la population, financée par l'Etat;
- Les services de soins et de prévention sont assurés par les professionnels de santé des hôpitaux et des centres de santé gouvernementaux;
- La gratuité des prestations;
- L'interdiction de toute pratique privée.

A partir de 1986, un nombre important de réformes de Doi Moi a touché le système de santé qui a connu ainsi de profonds changements. C'est la transition d'un système de santé subventionné par l'Etat, vers un système de santé fonctionnant dans le contexte d'une économie de marché. Parmi les réformes les plus importantes dans le secteur de la santé, il faut citer :

- L'introduction du recouvrement des coûts,
- La légalisation de la pratique médicale privée,
- La libéralisation de l'industrie pharmaceutique et le contrôle de la vente des médicaments.
- La mise en place d'un programme d'assurance maladie en 1993.

Le recouvrement des coûts introduit en 1989 a contribué de beaucoup au budget de fonctionnement des hôpitaux. La part du recouvrement des coûts dans le budget hospitalier attribué par l'Etat augmente de plus en plus, de 10% en 1991 à plus de 50% en 1998. Il est évident en même temps que les pauvres, qui représentent 58% de la population en 1993 et 37% en 1998 ne sont pas capables de payer les frais de soins.

Réformée en 1998, l'Assurance maladie, qui était organisée suivant les expériences françaises, s'est développée rapidement et concerne environ 9% des dépenses publiques de santé et couvre 13% de la population (principalement les travailleurs du secteur public et parapublic : fonctionnaires d'Etat, salariés des entreprises publiques et invalides de guerre). Moyennant une cotisation égale à 3 % du salaire, cette assurance maladie obligatoire prend en charge des honoraires de consultation médicale et les frais des soins hospitaliers. Les dépenses fixes, constituées par les salaires et les frais de formation du personnel médical, relèvent directement du budget de l'Etat. Parallèlement, l'assurance maladie volontaire concerne environ 4 millions de personnes, dont 17 % sont des étudiants⁴.

Ressources sanitaires

Etablissements et équipements

De 1975 à 1989, le réseau d'hôpitaux et de postes de santé des communes est de plus en plus élargi (tableau 2)

Le nombre total d'hôpitaux a augmenté de 676 en 1980 à 762 en 1989 et 820 en 2000, A partir du 29 avril 1989 à côté du système public, il existe un système privé (Règlement du Ministère de la santé sur la pratique privée des services de santé). Jusqu'en décembre 1999 il y avait 22 520 établissements (cabinets, maternités et autres services) privés, 5 hôpitaux privés et un hôpital international de 250 lits.

De même, le réseau de postes de santé de communes est de plus en plus étendu. En 2000, il y avait 10 257 postes de santé au total, montrant que la politique de renforcement du système de santé de base s'est bien poursuivie.

(insérer le tableau 2 ici)

En 1986, le nombre de 173 postes de santé par million d'habitants (173/1 000 000 habitants) du Vietnam était beaucoup plus élevé que celui de l'Indonésie (32), de la Chine (63), et de la Thaïlande (141) ⁵.

Avec 1 lit pour environ 400 habitants, le nombre de lits disponibles est aussi supérieur à celui des autres pays asiatiques à faible revenu tels que la Chine (1/465), les Philippines (1/647), la Thaïlande (1/665), l'Inde (1/1 489), et l'Indonésie.

Equipements

De 1975 à 1985, du Nord au Sud seuls 3 nouveaux hôpitaux étaient relativement bien équipés: l'Institut de Pédiatrie et l'Hôpital de Uong Bi (Quang Ninh, près de la Baie d'Ha Long) construits avec l'aide du Gouvernement de Suède, et l'Hôpital général de Dong Hoi, avec l'aide du Gouvernement de Cuba. Les autres anciens hôpitaux, y compris les grands hôpitaux comme l'Hôpital Bach Mai et l'Hôpital Viet Duc à Hanoi (tous les deux ont été construits pendant la période française), et l'Hôpital Cho Ray à Ho Chi Minh Ville (construit avec l'aide japonaise avant 1975) sont gravement dégradés ⁶.

A partir de 1994, un programme de renforcement des équipements médicaux a été mis en place afin d'améliorer la qualité des services. Jusqu'en 2000, en moyenne 100 milliards de dông étaient investis annuellement pour équiper les établissements de santé:

- au niveau des instituts de recherche et des universités médicales, équipements pour la recherche;
- au niveau des hôpitaux centraux et des hôpitaux des provinces, équipements d'imagerie médicale, de biochimie, d'hématologie, et des équipements pour les salles d'opération ou de réanimation.

Pourtant, les postes de santé restent encore très mal équipés: 65% des postes sont dépourvus de stérilisateur ¹.

⁴ La politique sanitaire du Vietnam à l'heure du « Doï Moi » (renouveau économique). Rapport d'Information N°241 de la Commission des Affaires sociales du Sénat français, 2001-2002.

⁵ Rapport de la Banque Mondiale, 1992

⁶ Bô Y Te. 55 nam xay dung nen y te cach mang Vietnam 1945-2000. Nha Xuat Ban Y hoc Ha Noi, 2001 (Ministère de la Santé. 55 ans de l'édification du système de santé du Vietnam 1945-2000. Edition Y hoc Ha Noi 2001).

Personnel de santé

Le nombre de professionnels de santé augmente suivant les années. Par exemple le nombre d'habitants servis par médecin est de 3 137 en 1985, 2 186 en 1996, 1 865 en 2000. Le nombre de médecins pour 10 000 habitants s'élevait à 4,57 en 1996 et à 5,36 en 2000 (tables 5).

(insérer le tableau 3 ici)

L'augmentation du nombre d'unités de soins et du personnel médical prouve que le Vietnam a fait des progrès considérables dans la formation et dans la constitution d'un large réseau qui couvre tout le pays. Mais la répartition géographique du personnel n'est pas équitable puisque les zones urbaines restent très privilégiées au détriment des campagnes.

Le personnel au niveau des communes : En 2001, toutes les communes ont des agents de santé et 97% des communes sont couvertes avec un poste de santé. Plus de 80% des postes de santé ont des sages-femmes, 52% ont des médecins. 75% des hameaux sont pourvus d'agents de santé.

Comme le système est fortement orienté vers la prévention et les programmes de santé, il a besoin non seulement des professionnels de santé bien formés sur le plan clinique mais aussi des médecins, infirmiers(ères) et sages-femmes qui sont capables de travailler avec la population, de gérer les programmes de santé. Jusqu'à présent la formation en médecine a encore une tendance vers le curatif.

Pour répondre à cette question, le ministère de la santé a organisé des sessions de perfectionnement en santé publique pour les cadres mais qui ne semblent pas suffisantes. Une Ecole de santé publique vient de voir le jour en 2001 à Hanoi, avec pour tâche la formation en santé publique, du degré master, cursus 4 ans.

Budget sanitaire

De 1984 à 1989 le budget moyen réservé au secteur de la santé occupait seulement de 3 à 5% du budget national, sans compter le budget d'investissement ⁷.

⁷ Bô Y Te. 55 nam xay dung nen y te cach mang Vietnam 1945-2000. Nha Xuat Ban Y hoc Ha Noi, 2001 (Ministère de la Santé. 55 ans de l'édification du système de santé du Vietnam 1945-2000. Edition Y hoc Ha Noi 2001).

De 1990 à 2000, le budget sanitaire oscille entre 1 à 1,4% du PIB, et la part du budget sanitaire dans le budget national varie de 4 à 5% ⁸. A partir de 1993, après le recouvrement des frais hospitaliers et l'application des régimes d'Assurance maladie, les sources de financement des dépenses publiques en santé sont: le budget national, l'assurance maladie, le recouvrement des coûts hospitaliers, et l'aide internationale. En 1998, ces dépenses sont estimées à 8,5% des dépenses totales du gouvernement, et 1,7% du PIB, soit 5,8USD par habitant.

Si on tient compte aussi des dépenses privées, les dépenses totales en santé sont 9,67 USD par habitant en 1993, et 27,41 USD par habitant en 1998 ⁹

ETAT DE SANTE

L'état de santé général de la population s'est nettement amélioré au cours des années. *L'espérance de vie* à la naissance s'élevait à 65 ans en 1989 contre 67,8 ans en 1999 et 68 ans en 2000. *La mortalité infantile* (sur 1000 naissances vivantes) qui était de 44,2 pour mille en 1993 a diminué pour atteindre 35 pour mille en 2000. *La mortalité des enfants de moins de 5 ans* (sur 1000 naissances vivantes), qui était de 55,4 pour mille en 1993, a diminué à 42 pour mille en 2000.

Les causes principales de morbidité et de mortalité^{10,11} (tableau 4)

Le Vietnam a connu une transition épidémiologique durant les 20 dernières années, avec une diminution relative des maladies transmissibles.

En 1976, la morbidité des maladies transmissibles qui était de 55,5% (sur tous les cas des maladies rapportés), a diminué à 32,1% en 2000. Dans la même tendance, la mortalité liées aux maladies transmissibles a diminué de 53,0% en 1976 (sur tous les décès rapportés) à 26,1% en 2000.

⁸ Ministère de la Santé. Annuaire statistiques 1995-2000.

⁹ World Bank – Sida – AusAID – Royal Netherlands Embassy - Ministry of Health. VietNam - Growing Healthy : A review of Vietnam's health sector; VietNam. May 2001.

¹⁰ World Bank – Sida – AusAID – Royal Netherlands Embassy - Ministry of Health. VietNam - Growing Healthy : A review of Vietnam's health sector; VietNam. May 2001.

¹¹ Bô Y Te. Tom tat ke hoach cham soc va bao ve suc khoe nhan dan giai doan 2001 – 2005, thang 2 nam 2001. (Ministère de la Santé. Résumé du plan de soins et de protection de la santé de la population période 2001-2005, février 2001).

Par contre, les maladies non transmissibles ont augmenté considérablement durant cette période. Leur morbidité s'élève de 42,7% en 1976 à 54,2% en 2000. Même tendance pour leur mortalité qui s'élève de 44,7% en 1976 à 52,3% en 2000.

Le plus dramatique est l'augmentation des accidents de circulation, dont la morbidité s'élève de 1,8% en 1976 à 13,7% en 2000 ; et la mortalité, de 2,2% en 1976 a augmenté jusqu'à 21,7% en 2000 (figure 3 et 4).

(insérer le tableau 4 ici)

Santé de la reproduction et état nutritionnel

En 2000, 95% de femmes enceintes étaient soignées par les agents de santé, alors qu'en 1996, ce pourcentage n'était que de 88%. La mortalité maternelle a baissé de 200 décès (sur 100 000 naissances vivantes) en 1980, à 100 décès en 1999-2000. Les principales causes de mortalité sont l'hémorragie de la délivrance, l'éclampsie, l'infection puerpérale, et la rupture utérine.

L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans est s'est amélioré. Le taux de malnutrition poids/âge des enfants de moins de 5 ans durant la période 1982-1985 était très élevé: 52,2%. De 1996 à 2000, ce taux a diminué à 33,8% ¹².

La déficience en oligo-éléments (iode, fer, vitamine A) est encore répandue, surtout dans les régions montagneuses.

Les problèmes majeurs de santé

Le profil des maladies au Vietnam est fortement relié aux caractéristiques géographique, climatique et socio-économique. Le paludisme est le plus sévère dans les Hauts Plateaux du Centre et les régions montagneuses des provinces côtières du Centre; la prévalence de la fièvre hémorragique dengue est la plus élevée dans le Delta du Mékong; la peste est souvent observée dans les provinces du Centre et dans les Hauts Plateaux du Centre, et l'encéphalite japonaise survient principalement au Nord pendant la saison humide. Le paludisme est souvent grave dans les régions reculées et désavantageuses du pays,

¹² Ministère de la Santé, Annuaire statistique 2000

alors que la fièvre hémorragique dengue est typique des zones urbaines peuplées et des deltas. L'incidence des maladies transmissibles, bien que diminuée, reste un problème majeur de santé publique.

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) tiennent la première place parmi les 10 causes de morbidité, et en même temps sont les premières causes de décès dans les hôpitaux (pneumonies) en 2000 (tableau 4). L'augmentation de la mortalité est aussi due aux résistances aux antibiotiques.

Diarrhée : les diarrhées restent dans la liste des 10 maladies courantes, bien que la prévalence et la mortalité aient diminué considérablement. En 2000, le taux de mortalité sur 100 000 est 0,02 ; par rapport à 0,06 en 1999. A partir de 1995, les diarrhées ne sont plus la première cause de mortalité dans les hôpitaux. Ce résultat est dû au Programme de Contrôle des maladies diarrhéiques, utilisant la réhydratation par voie orale, l'amélioration de l'approvisionnement en eau saine et de l'état nutritionnel des enfants, et le programme d'éducation pour la santé vis à vis des maladies diarrhéiques.

Tuberculose : la tuberculose a eu tendance à augmenter durant les dernières années. En 2000, le nombre de nouveaux cas détectés est de 53 169, par rapport aux 6 645 cas en 1986. D'après la Banque Mondiale en 2001, cette augmentation peut être expliquée par une couverture plus large du programme de lutte et de contrôle de la tuberculose: 23% en 1985, et 99% en 1998. Les autres facteurs qui contribuent aussi à l'augmentation de l'incidence de la tuberculose sont: le vieillissement de la population, la pollution, la surpopulation des zones urbaines, et le tabagisme. Le taux élevé de résistance aux médicaments rend aussi plus difficile la lutte contre la tuberculose.

Paludisme : la prévalence et la mortalité du paludisme a beaucoup diminué pendant les dernières années, grâce aux résultats du Programme national de Lutte et de Contrôle du paludisme:

1996: 728,3 cas et 0,27 décès sur 100 000 habitants

2000: 377,2 cas et 0,19 décès sur 100 000 habitants.

Le paludisme reste quand même le problème de santé publique de premier rang des régions montagneuses et des minorités ethniques.

Fièvre hémorragique dengue : la FHD a beaucoup diminué en 2000, avec 25 266 cas, les taux de prévalence et de mortalité sur 100 000 sont successivement 32,53 et 0,06, comparés avec 300,76 et 0,49 en 1997. En 2000, la FHD n'est plus parmi les 10 premières causes de mortalité.

Maladies évitables par la vaccination : avec la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination réalisé dans tout le pays depuis 1985, la poliomyélite a été éradiquée en 2000. L'incidence des autres maladies telles que la diphtérie, le tétanos ombilical a aussi diminué.

VIH / SIDA: depuis le premier cas séropositif détecté à HCMV en 1990, la maladie s'est rapidement répandu en même temps que l'explosion de l'utilisation des drogues chez les jeunes qui devenue un problème de santé important. L'évolution des nouveaux cas VIH positifs détectés est la suivante en 1996 :

1 681 cas ; en 2000 : 10 333 cas ; le nombre de cas cumulés: 46 334 et les Sida : 6 708 cas en 2001¹³.

Accidents de la circulation : le nombre d'accidents de la circulation s'est rapidement élevé de 13 760 cas en 1994 à 21 459 cas en 2000, avec 24 731 blessés et 7 955 décès. (figure 3).

Maladies cardio-vasculaires : la prévalence des maladies cardio-vasculaires a beaucoup augmenté au cours des dernières années. En 2000, ces maladies occupent un des taux de mortalité les plus élevés dans les hôpitaux: 21,9% ¹⁴(sur l'ensemble des décès à l'hôpital). L'hypertension artérielle essentielle, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque sont les pathologies les plus souvent observées dans les villes.

CONCLUSION

Plusieurs points peuvent expliquer les raisons pour lesquelles le Vietnam, avec un des PNB les plus bas au monde, a un système de santé performant. Le bilan positif de ces trois dernières décennies repose sur trois points :

(1) Le premier est la politique de santé qui a toujours gardé le concept d'orientation préventive de la médecine depuis le début de l'édification du système de santé. Les autorités vietnamiennes ont en effet

¹³ Comité de contrôles et de lutte contre le VIH/SIDA de Ho Chi Minh ville, Rapport annuel 2001

privilegié une stratégie reposant sur la centralisation des programmes de santé, depuis les instances gouvernementales (ministère) jusqu'au plus petit échelon administratif (commune-hameaux).

(2) Le deuxième point réside dans la mise en place dans tout le pays d'un réseau de postes de santé de proximité facilitant l'accès aux soins et favorisant les activités de soins de santé primaires. C'est dans ce souci de renforcer les soins primaires que le Ministère de la santé vient de décider des normes vis-à-vis de la construction et les équipements des postes de santé et de l'obligation pour chaque poste de disposer d'un médecin¹⁵.

(3) Le troisième point touche l'alphabétisation élevée de la population qui est une contribution du secteur éducation. Par ailleurs, le niveau de vie de la population ainsi que la consommation ont augmenté nettement depuis la période de renouveau. Le corollaire est la mise en place d'un système de recouvrement des coûts (1989) et d'assurance maladie (1992) qui ont entraîné l'augmentation des ressources sanitaires. La diversité de l'offre des soins de santé s'en est trouvée influencé. La période de renouveau a permis la mise en place d'un système de santé privé composé de cabinets privés, d'établissements de santé (hôpitaux, polycliniques) de constitution juridique diverse (établissements privés vietnamiens ou co-entreprises). Il existe également des établissements semi-publics indépendants ou intégrés à des établissements de santé publique. Les organismes humanitaires de type « Croix-rouge » permettent en même temps aux démunis d'avoir accès à un système de soins. Ces éléments garantissent à la population un accès aux soins diversifié.

Les problèmes

Pourtant, à côté de cela, les autorités sont confrontées à plusieurs problèmes. Si la politique d'ouverture a permis d'obtenir des résultats économiques remarquables, le passage à un système d'économie de marché à orientation socialiste a modifié le niveau de vie de la population et a creusé l'écart qui existait entre les plus riches et les plus pauvres (20% de la population). Deux types d'inégalité dus à des facteurs

¹⁴Ministère de la Santé. Annuaire statistiques 2000.

¹⁵ A l'heure actuelle seuls 52,7% des postes de santé dispose d'un médecin, le reste des postes étant sous la direction d'assistant médecin

économiques sont apparus. Le premier concerne l'accès aux soins car les pauvres, pour cause de prix trop élevés, fréquentent peu les établissements de soins publics par rapports à la population à haut revenu et privilégient l'aide humanitaire. La localisation géographique est également un problème important car la population des régions montagneuses a plus difficilement accès aux soins que celle des plaines. Le second touche le choix dans les types de traitements offerts, les plus pauvres ayant un budget restreint pour les soins de santé.

A côté des programmes d'éradication de la faim et de diminution de la pauvreté mis en place par les autorités et les décisions visant à réduire les frais d'hospitalisation en faveur des pauvres, ces inégalités restent un des problèmes importants à résoudre¹⁶. Les solutions proposées sont de relever le niveau des soins des hameaux et des communes et faciliter l'accessibilité aux soins des pauvres. Une répartition des ressources de santé prenant en compte les besoins réels et le développement économique de chaque région est nécessaire. Le système d'assurance de santé pour les plus pauvres est également un moyen d'assurer une certaine égalité au niveau des soins médicaux. Cependant, l'assurance maladie ne couvre que 13% de la population totale. Le projet d'achat d'assurance pour les plus démunis n'est qu'au début de la mise en place.

Au niveau des ressources humaines, plusieurs problèmes sont en cours de résolution : le manque de personnel médical oblige le personnel titulaire à faire des heures supplémentaires ce qui entraîne un risque potentiel pour les patients¹⁷. La proportion de médecin par rapport au nombre d'infirmières reste trop élevée¹⁸. Soucieux d'avoir des professionnels compétents et pouvant s'adapter aux divers programmes de coopération étrangère, les autorités axent leurs efforts sur la formation en santé publique.

¹⁶ Tran Thu Thuy, *Kham chua benh cho nguoi ngheo : Hien trang va giai phap*, 1999 (Soins de santé pour les pauvres : état actuel et mesures d'amélioration).

¹⁷ Classé 17^{ème} sur l'échelle des niveaux de rémunération qui en compte 18, le salaire des personnels de santé reste bas et fait naître peu de vocation.

¹⁸ Le ratio infirmière / médecin était de 7 en 1976 contre 4 en 1986 et à 1,3 en 1996 – Vietnam, *growing healthy : a review of Vietnam's health sector*, World Bank, 2001, p.121.

Au niveau de l'évaluation des programmes de santé, deux constatations peuvent être faites : les programmes gouvernementaux se concentrent essentiellement sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et sociales. Il n'existe quasiment pas de programme de lutte contre les maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.) où le risque d'augmentation rapide dû au vieillissement de la population est bien réel. Les programmes font appel pour la plupart à des aides financières extérieures (ONG, programmes de coopération sanitaire intergouvernementaux, etc.). Parallèlement, se pose le problème d'un manque de complémentarité entre le système éducatif et le système de santé qui entraîne un déficit des connaissances basiques pouvant agir comme moyen de prévention (éducation sexuelle / avortement provoqué – éducation civique / accident de la circulation). Le Vietnam, comme beaucoup de pays en voie de développement, est confronté à des problèmes de santé importants, anciens comme les maladies infectieuses et émergents comme les accidents de circulation et les maladies cardio-vasculaires, dans un contexte d'augmentation importante de la population. L'enjeu important pour le système de santé vietnamien est sa capacité à développer des réponses pertinentes et efficaces susceptibles de s'adapter à un contexte socio-économique qui change rapidement. A l'heure actuelle, dans un contexte d'économie de marché, et devant le lourd fardeau de la charge des maladies, le défi du système de santé du Vietnam est de réussir à s'adapter, afin de tenter de répondre équitablement aux besoins de la population, surtout pour les couches les plus démunies.

Le 19 mars 2001, le Premier Ministre a promulgué la Décision N^o35, approuvant la stratégie de soins et de protection de la santé du peuple, pour la période 2001-2010, qui comporte les points suivants :

Principales directives

1. L'homme est la ressource la plus précieuse de la société, et la santé est elle-même le plus précieux capital de chacun et de la société. Investir pour la santé c'est aussi investir pour le développement socio-économique.

2. L'équité et l'efficacité des soins doivent être assurées. L'Etat applique la politique de soins gratuits et de réduction des frais de soins vis à vis des gens qui ont du mérite envers la Patrie, des indigents, des habitants vivant dans les régions pauvres, et des compatriotes des minorités ethniques.
3. La prévention est l'axe principal dans tout le processus de l'édification et du développement du système de santé.
4. La médecine moderne doit être intégrée avec la médecine traditionnelle.
5. La socialisation des activités de soins, où le secteur public doit toujours jouer le rôle directif.

Principaux objectifs

Les principaux objectifs d'ici l'an 2010, en les comparant avec les mêmes objectifs qui ont été réalisés en 2000, sont présentés dans le tableau ci-dessous:

	2000	Objectifs 2010
Mortalité infantile (sur 1000 naissances vivantes)	35	25
Mortalité des moins de 5 ans (sur 1000 naissances vivantes)	42	32
Malnutrition des enfants de moins de 5 ans	33,1%	20%
Poids faible à la naissance	8%	6%
Mortalité maternelle (sur 100000 naissances vivantes)	100	70
Taille moyenne des jeunes (mètre)	1,58m	1,60m
Espérance de vie à la naissance	68	71
<i>Réseau de santé de base</i>		
Couverture des postes de santé au niveau de la commune	96%	100%
Encadrement de médecins au poste de santé	40%	80%
Sage-femme		80%
<i>Régions montagneuses</i>		
Encadrement de Médecins au poste de santé		60%
Agents de santé au niveau des hameaux	75%	100%

(Source: La mise en œuvre de la Stratégie de Soins et de Protection de la Santé du Peuple, période 2001-2010, Ministère de la Santé)

Tableau 1 : Superficies moyennes desservies par poste de santé de commune et par agent de santé dans les deltas et les régions montagneuses.

	Superficie (km ²)	Superficie desservies par poste de santé (km ²)	Superficie moyenne par agent de santé (km ²)
Delta du Fleuve Rouge	14 789	7,50	0,45
Delta du Mékong	39 721	30,00	1,35
Régions montagneuses du Nord	103 138	36,00	3,00
Plateaux du Centre	54 475	92,00	6,50

(Sources : Ministère de la Santé. *Annuaire Statistique 2000*.)

Tong cuc Thong ke. Tu lieu kinh te xa hoi chon loc tu ket qua 10 cuoc dieu tra qui mo lon 1998-2000.

NXB Thong ke 2001 (Département Général de Statistique. Documents socio-économiques sélectionnés de 10 grands sondages de 1998 à 2000. Edition Thong ke 2001)

Tableau 2. Etablissements de santé au Vietnam, de 1986 à 2000

Année	Nombre total d'hôpitaux	Nombre total de Postes de santé	Nombre de Poste de santé par million d'habitants
1980	676	9 886	185,4
1986	757	10 573	173,0
1996	784	10 669	141,6
2000	820	10 257	132,0

Sources: 55 nam phat tien su nghiep y te cach mang Vietnam 1945-2000, Bo Y te (Ministère de la Santé. 55 ans de l'édification du système de santé du Vietnam 1945-2000. Edition Y hoc 2001).

Tableau 3. Nombre des personnels de santé en 1996 et 2000

Catégories	1996	2000
Médecin	33 470	41 663
Pharmacien	5 286	5 977
Assistant-médecin	48 238	50 378
Infirmière niveau universitaire	-	592
Technicien médical secondaire	6 332	6 037
Assistant-pharmacien	6 274	7833
Technicien pharmaceutique secondaire	1 709	1 619
Infirmière secondaire	22 536	27 561
Sages-femmes universitaire et secondaire	8 101	11 188
Infirmière élémentaire	20 886	17 315
Sage-femme élémentaire	4 461	3 474
Laborantin	1 597	2 862
Médecin traditionnel	461	348
Pharmacien élémentaire	7 852	8 656
Autres agents de niveau universitaire	3 965	5 410
Autres agents de niveau secondaire	5 560	7 214
Autres	33 375	32 421
Total	212 103	230 548

Source : Ministère de la Santé. *Annuaire statistique 2000*

Tableau 4. Les 10 premières causes de morbidité et de mortalité dans les hôpitaux en 2000

10 Premières causes de morbidité	10 Premières causes de mortalité
Pneumonie	Pneumonie
Pharyngite et amygdalites aiguë	Hémorragie cérébrale
Bronchite et bronchiolite aiguë	Trauma du crâne
Diarrhée infectieuse	Insuffisance cardiaque
Grippe	Tuberculose pulmonaire
Blessures	Accidents de circulation
Tuberculose pulmonaire	Accidents vasculaires cérébraux
Accidents de circulation	Maladies fœtales et insuffisance pondérale à la naissance
Hypertension essentielle	Infarctus du myocarde
Complications de la grossesse et de l'accouchement	Troubles respiratoires périnataux

(Source : Ministère de la Santé. *Annuaire statistique 2000*)

Figure 1. Schéma du système de santé du Viet Nam

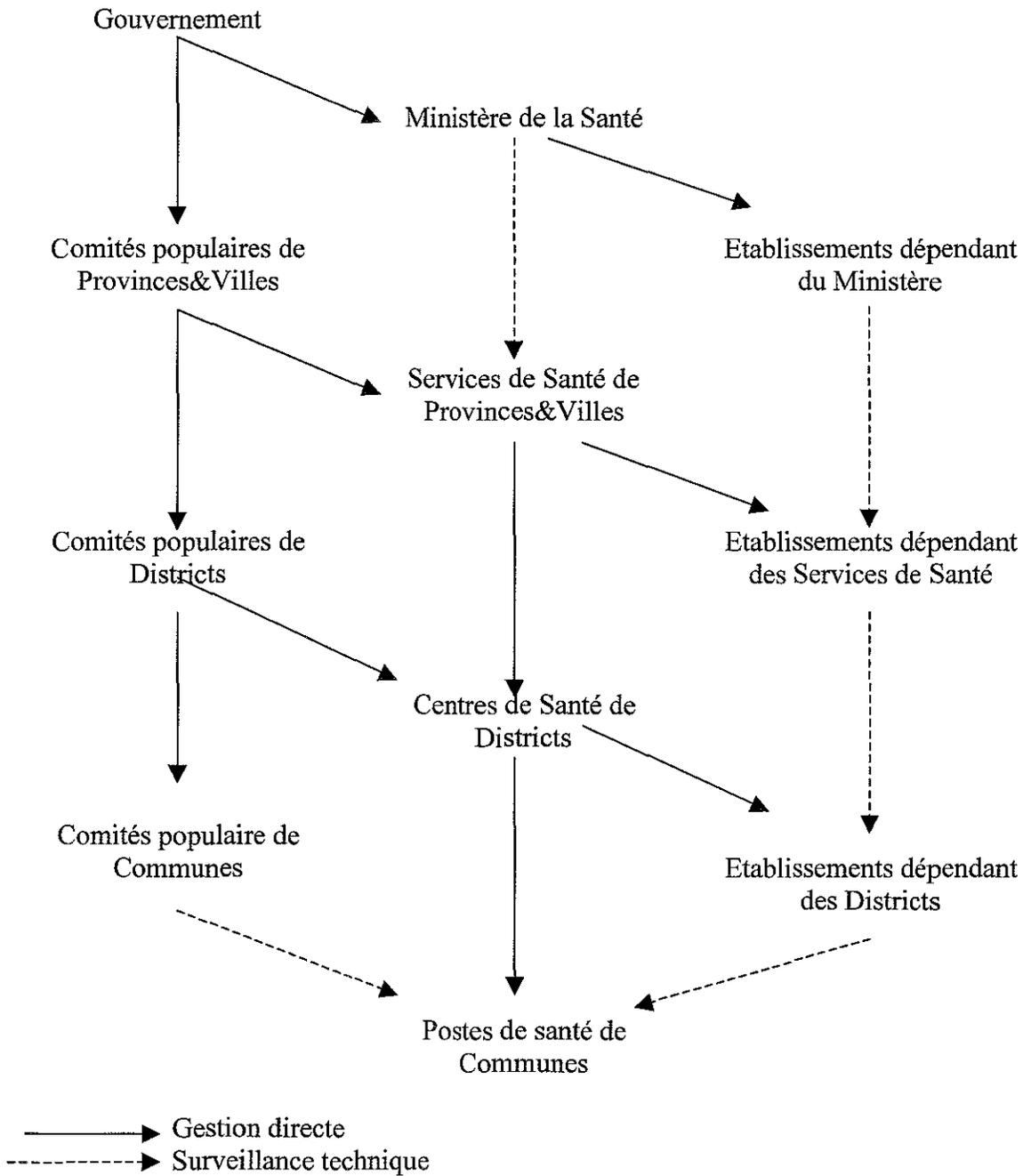


Figure 2. Organigramme du système de santé au niveau des provinces et villes

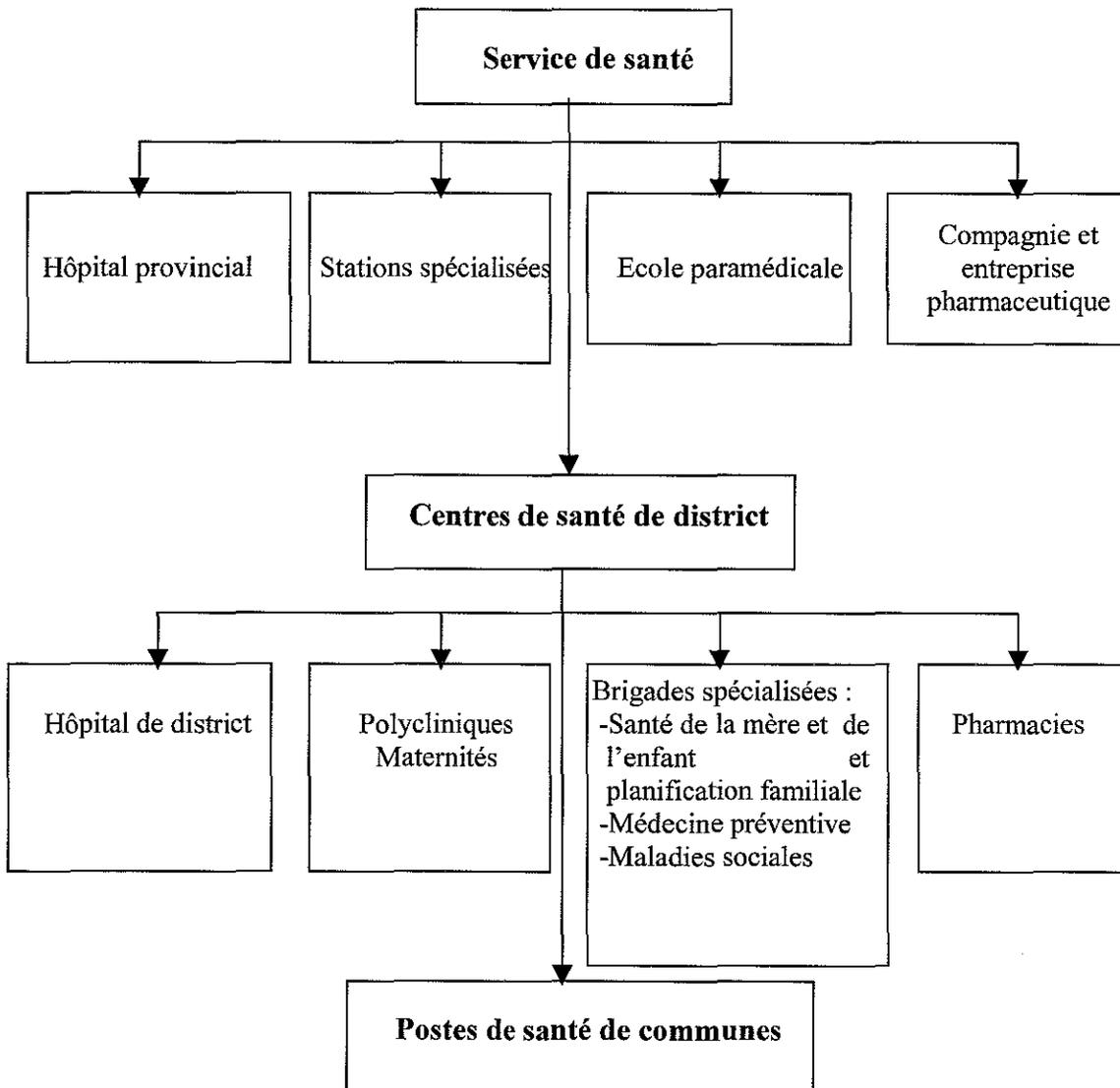


Figure 3. Evolution de la morbidité des maladies transmissibles, non-transmissibles et accidents de circulation de 1976 à 2000

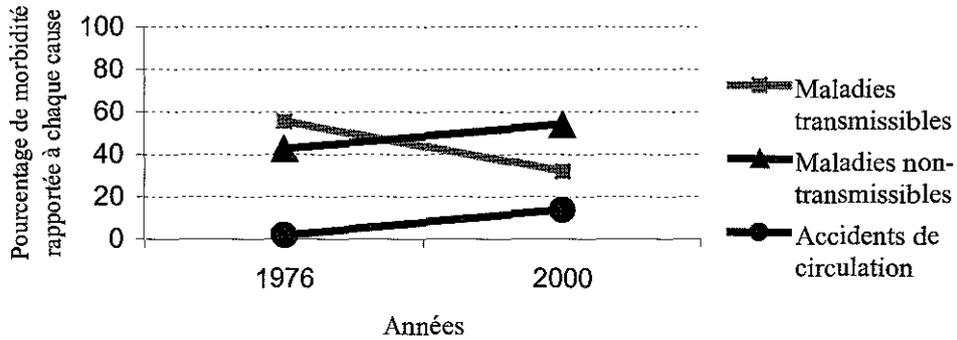
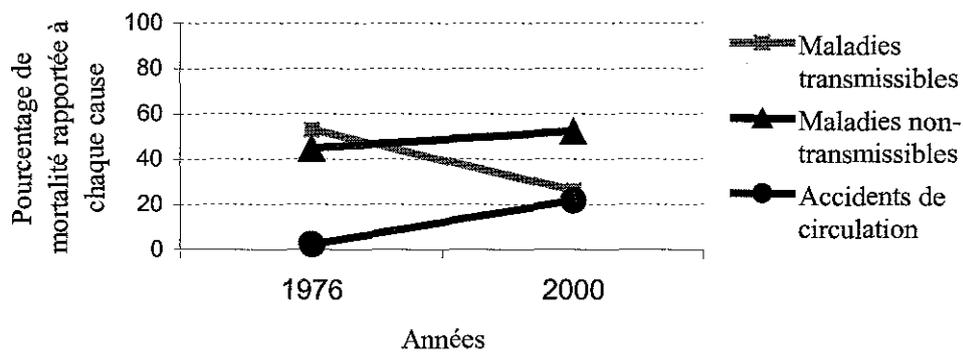


Figure 4. Evolution de la mortalité des maladies transmissibles, non-transmissibles et accidents de circulation de 1976 à 2000



CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Notre travail a montré qu'il est possible d'organiser la mesure de la satisfaction de façon permanente, ce qui permet d'utiliser l'indice de satisfaction comme un indicateur d'alerte pour des programmes d'amélioration de la qualité.

Une version française du questionnaire PJHQ a été adaptée et validée avec des critères satisfaisants, et permet une application plus large dans les établissements de santé français, ce qui peut permettre le "benchmarking" (comparaison entre structures de soins).

Il n'existe pas d'outil de mesure universel pour toutes les situations ou tous les types de populations. Il est nécessaire de suivre des protocoles rigoureux dans l'élaboration des outils de mesure pour atteindre les objectifs définis. L'outil de mesure doit être lié à la situation, aux caractéristiques du patient et aux politiques de structuration des soins. Il est souhaitable que la mesure de la satisfaction ait les attributs suivants :

- Applicable à une large variété d'utilisateurs (patients), à différentes modalités de traitement et dans une large variété de structure de soins.
- Aussi peu coûteuse que possible en terme de temps et d'argent.
- Standardisée et ainsi comparable tant au niveau de leur administration que de leur interprétation.

La standardisation demande non seulement un format et des instructions claires mais également la compilation de données sur les personnes pour laquelle la comparaison doit être menée.

Les résultats dans notre travail sur la satisfaction des patients hospitalisés sont en accord avec la littérature. Les caractéristiques sociodémographiques des patients ont tendance à être plus satisfaites sont classique (notamment les patients plus âgés, ou les hommes, les mariés), de même que les caractéristiques de santé (l'index de Karnofsky, la gravité perçue du problème ayant motivé l'hospitalisation, la santé perçue à l'admission, l'amélioration de l'état de santé par rapport à l'admission), les caractéristiques de séjour (la durée de séjour, la possibilité d'avoir une chambre un lit pendant

l'hospitalisation), les caractéristiques de la structure de soins (le type de discipline du service hospitalisation...).

Le taux de réponse (par courrier, avec ou sans relance) et le profil sociodémographiques et de séjour influençant du taux de réponse de notre étude sont cohérents avec les résultats de la littérature (l'âge, le sexe, le département de résidence, et le type de discipline du service hospitalisé, le mode d'hospitalisation, la durée de séjour).

Nous avons montré pour la première fois dans le cadre des études de satisfaction que le taux de réponse et l'appréciation de satisfaction des patients sont influencés par les modalités de réponse offertes au patient et l'importance de laisser la choix au patient : nominative, confidentielle ou complètement anonyme.

Un autre point que nous avons montré est l'apport des commentaires libres dans l'étude de la satisfaction, mais nous avons besoin des résultats les plus convaincants sur un échantillon plus grande taille.

Quelles que soient les difficultés rencontrées dans ce nouveau type d'évaluation, la satisfaction des usagers de l'hôpital est un indicateur de résultat, au sens large, qu'il ne semble pas déraisonnable de vouloir mesurer périodiquement. Il est donc nécessaire pour l'établissement de soins de mettre en place un système de gestion de la satisfaction des patients qui doit d'emblée considérer cette démarche comme un outil de gestion et de management :

- Outil de gestion, car elle permet une optimisation de l'utilisation des moyens en les concentrant sur des activités liées aux conditions d'accueil et de séjour des patients et plus globalement sur les activités "à risque".

- Outil de management, car il n'y a pas de politique qualité sans identification des besoins et attentes des patients ni sans sensibilisation et motivation du personnel, ces éléments devant être pris en compte dès le début au travers d'une information claire et précise de la part de la Direction.

L'évaluation de la satisfaction des patients :

- Est le préalable à la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Devrait alimenter le processus d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements. Cette première étape est primordiale pour amener progressivement les professionnels à mettre en place des actions d'amélioration continue de la qualité.
- L'utilisation exclusive du questionnaire de sortie a montré ses limites dans cette perspective. Les établissements devraient associer plutôt que les opposer des méthodes quantitatives et qualitatives efficaces dans le souci de répondre à des objectifs opérationnels précis⁸⁹.

La mise en œuvre d'une enquête de satisfaction des patients peut aider à découvrir que les aspects du soin hospitalier peuvent avoir besoin d'amélioration.

Le rôle important de l'éducation ou de l'information des patients concernant les structures de soins, le plan de traitement, leur maladie ... pour que leurs attentes soient plus proches de la situation réelle.

Le retour des résultats des études de satisfaction vers les décideurs et administrateurs permettent de mieux cibler les priorités des programmes d'intervention en vue de l'amélioration de la qualité de soins.

Les systèmes de soins sont actuellement marqués par une amélioration générale dans les aspects de la compétence professionnelle, dans la sophistication des techniques de diagnostic ou de traitement et dans l'organisation de la prise en charge. Le point de vue des patients est également de plus en plus important et de ce point de vue le retour des résultats des études de satisfaction vers les personnels de santé permet d'opérer un changement de leur comportement, notamment en ce qui concerne les relations interpersonnelles au travers des besoins des patients qui demandent à communiquer, à obtenir des explications, à être écoutés, entendus, acceptés, respectés et reconnus...



Les patients aujourd'hui sont de plus en plus actifs dans la relation soignant-soigné. Ils veulent être impliqués dans la planification de leur traitement et sont désireux de recevoir des informations concernant leur maladie, les choix dans les traitements...ce qui permet un processus de recouvrement de leur santé plus rapide.

La possibilité de participer à des études de satisfaction permet aux patients d'exprimer ce qu'ils ont observé, ce qu'ils ont reçu, ce qu'ils ont attendu et ce qu'ils ont perçu. Cette participation fait prendre conscience au patient de son importance dans le processus de prise en charge de sa maladie.

La mesure de la satisfaction requièrent encore des travaux de recherche notamment dans les champs de :

- L'amélioration et de la standardisation des questionnaires .
- Les comparaisons interculturelles.
- L'influence et la prise en compte de caractéristiques psychologiques telles que les traits de personnalité.
- Les relations entre état de santé perçu, gravité de la maladie et évolution de l'état de santé.
- L'explication de la diminution de la satisfaction chez les personnes très âgées.
- L'importance réelle des facteurs médicaux et notamment de l'affection à l'origine de l'hospitalisation.
- Les méthodes d'analyse qui prennent en compte la complexité de l'échantillonnage avec les biais de sélection dûs aux non réponses, ainsi que la structure hiérarchique de données.
- Une partie de ces hypothèses pourra sans doutes être explorée à Nancy à travers la poursuite du programme DSPH et la mise en place de nos travaux d'amélioration de la qualité des soins dans des populations différentes : consultants, enfants, personnes âgées, et la mise en œuvre en commun sur plusieurs établissements de la région.

BIBLIOGRAPHIE



1. Thompson, A. G. H. and Suñol, R. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care*. 9(2): 127-141.1995.
2. Kravitz, R. L. Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of of the Literature. *Medical care Research and Review*. 53(1): 3-27. 1996.
3. Carr-Hill, R. A. The measurement of patient satisfaction. *Journal Of Public Health Medicine*. 14(3): 236-249. 1992.
4. Hays, R. D., Nelson, E. C., Rubin, H. R., Ware, J. E., and Meterko, M. Further evaluation of the PJHQ scales. *Medical care*. 28(9): S29-S38. 1990.
5. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation And Program Planning*. 6(3-4): 185-210. 1983.
6. Rubin, H. R. Can patients evaluate the quality of care ? *Medical Care Review*. 47(3): 267-326. 1990.
7. Rubin, H. R., Ware, J. E., and Hays, R. D. The PJHQ questionnaire: Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Medical care*. 28(9): S22-S26. 1990.
8. Rubin, H. R., Ware, J. E., Nelson, E. C., and Meterko, M. The Patient Judgements of Hospital Quality (PJHQ) questionnaire. *Medical care*. 28(9): S17-S18. 1990.
9. Ware, J. E. and Berwick, D. M. Conclusion and recommendation. *Medical care*. 28(9): S39-S40. 1990.
10. The Picker Institute. A report from the American Hospital association and the Picker Institute. *Eye on patient*. 1-30. 1996.
11. van Campen, C., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens, J. J., and Peters, L. Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical care Research and Review*. 52(1): 109-133. 1995.
12. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Réforme de l'hospitalisation publique et privée. Ordonnance: 6324-6325. 1996.

13. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Circulaire DH/AF n° 97-29 du 17 janvier 1997 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L710-1-1 du code de santé publique. *Journal Officiel*. 1997.
14. Ministère de l'Emploi et de Solidarité.Secrétariat d'Etat à la Santé.Direction des hôpitaux. Evaluation de la satisfaction des patients: Document d'orientation à l'intention des établissements de santé. *Informations Hospitalières*. 47(1) -15. 1998.
15. Guadagnoli, E. and Cleary, P. D. How consistent is patient-reported pre-admission health status when collected during and after hospital stay? *Medical care*. 33(1): 106-112. 1995.
16. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed ? *JAMA*. 260(12): 1743-1748. 1988.
17. Baubeau, D., Labram, C., Derenne, Y., Cong, H.-Q., Delnieppe, F. La mesure de la satisfaction des patients dans les établissements de santé. Résultats d'une enquête nationale. *Informations Hospitalières*. 9(45): 55-66. 1997.
18. Rodenberg, S. N. Choosing the assessment method that meets your needs. *Quality assurance in hospitals* 95-106. 1990.
19. Locker, D. and Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*. 12(283-292). 1978.
20. Pourin, C., Barberger-Gateau, P., Michel, P., Salamon, R. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 1^{er} partie : Aspects conceptuels et revue de travaux. *Journal d'Economie Médicale*. 17(2-3): 101-105. 1999.
21. Gasquet, I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Presse Médicale*. 28(29): 1610-1613. 1999.
22. Cleary, P. D. et al. Patients evaluate their hospital care : A national survey. *Health Affairs*. 10(4): 254-267. 1991.
23. Leteurtre, H., Patrelle, I., Quaranta, J.-F., Ronzière, N. *La Qualité Hospitalière*, Berger-Levrault, Paris. Ed. 2, 1999. pp. 1-434.

24. Service d'Evaluation Hospitalière. La Satisfaction des Patients. Lors de Leur Prise en Charge dans les Establishments de Santé. *Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale* 1-45. 1996.
25. Zegers, R. A. Expectancy and the effects of confirmation and disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 9(1): 67-71. 1968.
26. Cleary, P. D. and McNeil, B. J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 25(1): 25-36. 1998.
27. Marshall, G. N., Hays, R. D., Mazel, R. Health Status and Satisfaction with Health Care : Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(2): 380-390. 1996.
28. Hall, J. A. and Dornan, M. C. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*. 27(6): 637-644. 1988.
29. Blumenthal, D. Quality of care - What is it ? *New English Journal of Medicine*. 335: 891-894. 1996.
30. Linder-Pelz, S. Toward A Theory Of Patient Satisfaction. *Social Science & Medicine*. 16(5): 577-582. 1982.
31. Oliver, R. L. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*. 10: 418-430. 1993.
32. Parasuraman A., Berry LL., Zeithaml VA. Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Revue*. 39: 1991.
33. Victorian public hospitals - TQA Research Pty.Ltd. Patient satisfaction survey. *TQA Research Pty. Ltd.* 11. 1995.
34. Fitzpatrick, R. Surveys of patient satisfaction: II. Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*. 302(6785): 1129-1132. 1991.
35. Lewis, R. J. Patient Views on Quality care in General Praticce: Literature Review. *Social Science & Medicine*. 39(5): 655-670. 1994.

36. Lee, Y. and Kasper, J. D. Assessment of Medical Care by Elderly People: General Satisfaction and Physician Quality. *Health Service Research*. 32(6): 741-757. 1998.
37. Rockwood, K., Stolee, P., Robertson, D., Shillington, R. E. Response Bias in a Health Status Survey of Elderly People. *Age and Ageing*. 18: 177-182. 1989.
38. Williams, B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*. 38(4): 509-516. 1994.
39. Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., McMullen, W., Delbanco, T. L. The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *Quality Review Bulletin*. 18(2): 53-59. 1992.
40. Cohen, G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine*. 42(7): 1085-1093. 1996.
41. Nguyen Thi, P. L., Briançon, S., Empereur, F., Guillemin, F. Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. *Social Science & Medicine*. 54(4): 493-504. 2002.
42. S. Briançon, P. L. Nguyen Thi, F. Girard, S. Klein, J.-M. Virion, "Rapport biennal du programme DSPH - Mesure à distance de la satisfaction des patients hospitalisés." 2002).
43. Salamon, L., Gasquet, I., Durieux, P., Ravaud, P. Prise en compte des attentes des patients pour améliorer la qualité des soins : résultats d'une enquête sur 500 patients hospitalisés. *Revue Epidémiologie & Santé Publique*. 46: 427-429. 1998.
44. Carey, R. G. and Seibert, J. H. A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire Reliability and Validity. *Medical care*. 31(9): 834-845. 1993.
45. Doering, E. R. Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin*. 9(10): 291-299. 1983.
46. Ley, P., Kinsey, J., Atherton, S. Increasing patients' satisfaction with communication. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 15: 403-413. 1976.
47. Wren, G., Longest, B., Keith, J., Walker, J. Patient Opinion Polls. *Hospitals*. 45(4): 80. 1971.
48. Walker, A. H. and Restuccia, J. D. Obtaining Information on Patient Satisfaction with Hospital Care: Mail versus Telephone. *Health Services Research*. 19(3): 291-306. 1984.

49. Goupy, F. Malade or Client ? Le point de vue du chercheur spécialiste des enquêtes de satisfaction des malades. 153-164. 1993.
- 50.allery, E. Dossier : Qualité et Santé l'hôpital à du . *Qualité en mouvement*. 42. 1999.
51. Ministre délégué à la santé et Ministre des affaires sociales de la santé et de la ville. 1995.
52. République française. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Article L.710-1.1. JO Lois et Décrets. 25-4-1996.
53. Ministre de santé. Evaluation de la satisfaction des patients: document d'orientation à l'intention des établissements de santé. L.710-1-1. 1998.
54. Czernichow, P., Chaperon, J., Le Contour, X. *Epidémiologie - Connaissances et Pratiques*, Masson, Paris, 2001.
55. Roumeau-Rouquette, C., Blondel, B., Kaminski, M., Bréart, G. *Epidémiologie - Méthode et pratique*, Flammarion, Paris, 1993.
56. Briançon, S., Girard, F., Empereur, F., Guillemin, F. Evaluation des pratiques professionnelles. *Revue Epidémiologie et Santé Publique*. 48(6): 541-550. 2000.
57. Avis, M., Bond, M., Arthur, A. Satisfying solution? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 22(2): 316-322. 1995.
58. Sitzia, J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*. 11(4): 319-328. 1999.
59. Pourin, C., Barberger-Gateau, P., Michel, P., Salamon, R. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 2^{er} partie : Aspects méthodologiques. *Journal d'Economie Médicale*. 17(2-3): 117-132. 1999.
60. Nunally JC. *Psychometric Theory*, McGraw-Hill, NewYork. Ed. Second, 1978. pp. 1-677.
61. Ware, J. E. and Rubin, H. R. Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical Encounters. *Medical care*. 26(4): 393-402. 1988.
62. Nelson, E., Hays, R., Larson, C., Baltaden, P. The patient judgement system : Reliability and validity. *Quality Review Bulletin*.. 15: 185-191. 1989.

63. Nelson, E. C. The patient comment card : A system to gather customer feedback. *Quality Review Bulletin.* 278-286. 1991.
64. Gritzner, C. The CAPSE patient satisfaction system. In: Fitzpatrick R, Hopkins A. *Eds: Measurement of patient satisfaction with their care.* London: Royal College of physicians of London. 33-41. 1993.
65. Ware, J. E., Snyder, MK., Russel-Wright, W., Davies, A. R. Defining and measuring patient satisfaction with satisfaction care. *Evaluation And Program Planning.* 6: 247-263. 1983.
66. Bouchet, C., Guillemin, F., Briançon, S. Nonspecific Effects in Longitudinal Studies: Impact on Quality of Life Measures. *Journal of Clinical Epidemiology.* 49(1): 15-20. 1996.
67. Kane, R. L., Maciejewski, M., Finch, M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical care.* 35(7): 714-730. 1997.
68. Brédart, A. et al. Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores. *Patient Education and Counseling.* 46: 131-136. 2002.
69. Asch, D. A., Kathryn Jedrzejewski, M., Christakis, N. A. Response rates to mails surveys published in medical journals. *Journal of Clinical Epidemiology.* 50(10): 1129-1136. 1997.
70. Fuller, C. Effect of Anonymity on Return Rate and Response Bias in a Mail Survey. *Journal Of Applied Psychology.* 59(3): 292-296. 1974.
71. Asch, D. A. Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates, and bias. *Epidemiology.* 7(5): 550-551. 1996.
72. Campbell, M. J. and Waters, W. E. Does anonymity increase response rate in postal questionnaire surveys about sensitive subjects? A randomised trial. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 44(1): 75-76. 1990.
73. Ross, C. K., Steward, C. A., Sinacore, J. M. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical care.* 33(4): 392-406. 1995.
74. Cohen, G., Forbe, J., Garraway, M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *British Medical Journal.* 313(10): 841-844. 1996.

75. Harris, L. E., Weinberger, M., Tierney, W. M. Assessing inner-city patients ' hospital experiences. A controlled trial of telephone interviews versus mailed survey. *Medical care*. 35(1): 70-76. 1997.
76. Service d'Evaluation Hospitalière. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un manuel pratique. *Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale* 1-105. 1999.
77. Nelson, E. C., Rubin, H. R., Hays, R. D., Meterko, M. Response to Questionnaire. *Medical care*. 28(9): S18-S22. 1990.
78. Lasek, R. J., Barkley, W., Harper, D. L., Rosenthal, G. E. An evaluation of the impact of non-response bias on patient satisfaction surveys. *Medical care*. 35(6): 646-652. 1997.
79. Sheikh, K. and Mattingly, S. Investigating Non-Response Bias in Mail Surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 35: 293-296. 1981.
80. Yu, J. and Cooper, H. A Quantitative Review of Research Design Effects on Response Rates to Questionnaires. *Journal of Marketing Research*. 20(2): 36-44. 1983.
81. Barkley, W. M. and Furse, D. H. Changing Priorities for Improvement: The Impact of Low Response Rates in Patient Satisfaction. *The Joint Commission*. 22(6): 427-433. 1996.
82. Grob, M. C., Eisen, S. V., Berman, J. S. Three Years of Follow-up Monitoring: Perspectives of Formerly Hospitalized Patients and Their Families. *Comprehensive Psychiatry*. 19(6): 491-499. 1978.
83. Satisfaction with hospitalization: a comparative analysis of three types of services. *Social Science & Medicine*. 21(11): 1243-1249. 1985.
84. Roy, T. et al. L'apport des modèles logistiques hiérarchiques à l'analyse de la conformité des pratiques cliniques aux recommandations. Le cas de la surveillance du cancer du sein localisé dans un Centre Régional de lutte Contre le Cancer. *Journal d'Economie Médicale*. 17(7-8): 489-504. 1999.
85. Littell, R. C., Milliken, G. A., Stroup, W. W., Wolfinger, R. D. *SAS System for Mixed Models*, Cary,NC: SAS Intitute Inc.. Ed. Fourth, 1996. pp. 1-633.
86. Khan, H. T. A. A Hierarchical Model of Contraceptive Use in Urban and Rural Bangladesh. *Contraception*. 55: 91-96. 1997.

87. Leung, K.-M., Elashoff, R. M., Rees, K. S., Hasan, M. M., Legorreta, A. P. Hospital- and Patient-Related Characteristics Determining Maternity Length of Stay: A Hierarchical Linear Model Approach. *American Journal of Public Health*. 88(3): 377-381. 1998.
88. Rabilloud, M., Ecochard, R., Matillon, Y. Utilisation d'un modèle de régression logistique à deux niveaux dans l'analyse des variations de pratique médicale : à propos de la césarienne prophylactique. *Revue Epidémiologie & Santé Publique*. 45: 237-247. 1997.
89. Labarère, J. and François, P. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements des soins. *Revue Epidémiologie & Santé Publique*. 47(2): 175-184. 1999.



ANNEXES

Les questionnaires de satisfaction : version originale, versions françaises.



Patient Judgements of Hospital Quality

- ① *Our records indicate that you were recently hospitalized. This questionnaire will ask about your opinions of your recent stay. If you have not been recently hospitalized, please return the material in the postage paid envelope.*
- ② *Please answer all of the questions that follow. If you wish to comment on any questions or qualify your answers, please feel free to use the spaces in the margins. Your comments will be read and appreciated!*

THANK YOU FOR YOUR HELP!

Judy Williams
MedFacts, Inc.

P.S. *Should you have any questions about this survey, please call me directly (Toll Free) at 1-800-323-0266, between 9:00 a.m. - 5:00 p.m., Central Standard time, Monday thru Friday.*

3. First of all, about how long ago were you discharged from the hospital?
 _____ Number of Days
 (or)
 _____ Number of Weeks
4. Prior to this hospitalization, about how many times have you been admitted to a hospital and stayed one or more nights?
 _____ Never, this was first time ever
 _____ One other time
 _____ Two other times
 _____ Three or more other times
5. Have you previously been treated at this hospital as an out-patient or an emergency room patient?
 _____ Yes
 _____ No
6. Thinking about your recent hospitalization; who chose the hospital? Was it your doctor, or was it you or another family member, or was it someone else? (Check all that apply)
 _____ Doctor chose
 _____ Patient chose
 _____ Family member chose
 _____ Someone else chose
 _____ No decision/Not applicable (i.e. ambulance)

If you made part or all of the decision on what hospital to choose —
 Please answer question #7. Otherwise skip to question #8.

7. In your choice of hospital, how important was:

	Very Important	Somewhat Important	Not Very Important	Not At All Important
a. The hospital's location	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Your previous experience at that hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. The reputation of the hospital for providing quality care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. The out-of-pocket cost to you of using this hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Which type of unit were you on for most of your stay?
 _____ Medical Unit
 _____ Surgical Unit
 _____ Combined Medical/Surgical Unit
 _____ Coronary Care Unit
 _____ Intensive Care Unit
 _____ Maternity Unit
 _____ Pediatric/Children's Unit
 _____ Other (Specify) _____

9. What was the main reason or type of problem that led to this hospitalization? (One answer please)
- Heart problem
 - Lung problem (such as asthma, emphysema, pneumonia)
 - Cancer or cancer-related problem
 - Intestinal, stomach or digestive problem
 - Diabetes
 - Childbirth
 - Broken bone, fracture or accidental injury
 - Other: Please describe: _____

10. Were you admitted to the hospital . . .
- Through the Emergency Room
 - By scheduling in advance
 - Other (Specify) _____

If admitted through the Emergency Room, please answer question #11. Otherwise skip to question #12.

11. How did you choose this emergency room? Was the decision based on . . . (check all that apply)
- Your doctors' recommendation
 - A family member or friends' recommendation
 - Your own prior experience with the hospital
 - It being close by when you needed help
 - Other (Specify) _____

12. Did you have surgery during this hospitalization?
- Yes
 - No

13. Were you in an Intensive Care or Coronary Care Unit at all during your stay?
- Yes
 - No

14. For the majority of your stay, were you in a private room or in a room with other patients?
- private room
 - room with other patients

15. How serious was your condition when you were first admitted to the hospital?
- Minor
 - Moderate
 - Serious
 - Critical or emergency

16. Which of the following best describes your health condition when you were admitted to the hospital?
- Excellent
 - Very good
 - Good
 - Fair
 - Poor

- ✓ 17. During your hospital stay, how much assistance did you need from the hospital staff with your everyday activities (eating, bathing, dressing, using the bathroom, getting out of bed)? Did you need
- _____ a lot of help
 - _____ quite a bit of help
 - _____ some help
 - _____ a little help
 - _____ no help at all
18. During your hospital stay, did you experience . . .
- _____ a lot of pain
 - _____ quite a bit of pain 9
 - _____ some pain
 - _____ a little pain *
 - _____ no pain at all
- ✓ 19. How many nights were you in the hospital?
 _____ Number of nights
- ✓ 20. Do you think that the time spent in the hospital was about right, or do you think it was too short a time, or too long a time?
- _____ About right
 - _____ Too short
 - _____ Too long
 - _____ Not sure

Now we would like you to rate some things about your hospital stay in terms of whether they were Excellent, Very Good, Good, Fair or Poor. Please check only one rating for each statement.

ADMISSION: ENTERING THE HOSPITAL

	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	Don't Know
✓ 21. PREPARATION FOR ADMISSION: How clear and complete the information was about how to prepare for your stay in the hospital and what to expect once you got there	<input type="checkbox"/>					
✓ 22. EFFICIENCY OF THE ADMITTING PROCEDURE: Ease of getting admitted, including the amount of time it took <i>See 22 class, then then</i>	<input type="checkbox"/>					
✓ 23. HELPFULNESS AND CONCERN OF ADMITTING STAFF: Their courtesy and concern for your comfort and feelings	<input type="checkbox"/>					
✓ 24. ATTENTION OF ADMITTING STAFF TO YOUR INDIVIDUAL NEEDS: Their flexibility in handling your personal needs and wants	<input type="checkbox"/>					

		Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	Don't Know
YOUR CARE IN THE HOSPITAL							
6	25. MEDICAL FACILITIES: How complete and up-to-date the medical equipment was	<input type="checkbox"/>					
7	26. OVERALL EFFICIENCY OF HOSPITAL: How smoothly things ran	<input type="checkbox"/>					
9	27. RECOGNITION OF YOUR OPINIONS: Asking you what you think is important and giving you choices	<input type="checkbox"/>					
✓	28. CONSIDERATION OF YOUR NEEDS: Willingness to be flexible in meeting your needs	<input type="checkbox"/>					
✓	29. INFORMATION YOU WERE GIVEN: How clear and complete were the explanations about tests, treatments, and what to expect	<input type="checkbox"/>					
✓	30. INSTRUCTIONS: How well doctors, nurses and other staff explained how to prepare for tests and operations	<input type="checkbox"/>					
✓	31. COORDINATION OF CARE: The teamwork of all the hospital staff who took care of you	<input type="checkbox"/>					
✓	32. THE DAILY ROUTINE OF THE DOCTORS, NURSES AND HOSPITAL STAFF: How well they adjusted their schedules to your needs	<input type="checkbox"/>					
✓	33. INFORMING FAMILY OR FRIENDS: How well they were kept informed about your condition and needs	<input type="checkbox"/>					
✓	34. INVOLVING FAMILY OR FRIENDS IN YOUR CARE: How much they were allowed to help in your care	<input type="checkbox"/>					
✓	35. EASE OF GETTING INFORMATION: Willingness of hospital staff to answer your questions	<input type="checkbox"/>					
✓	36. SPECIALISTS AND SPECIAL THERAPY: Availability of getting the specialized tests, medicines, or treatments you needed	<input type="checkbox"/>					
✓	37. HELPFULNESS: Ability of hospital staff to make you comfortable and reassure you	<input type="checkbox"/>					
✓	38. SAFETY AND SECURITY: ^{the surroundings} The provisions for your safety and the security of your belongings	<input type="checkbox"/>					

	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	Don't Know
YOUR NURSES						
39. SKILL AND COMPETENCE OF NURSES: <i>How well things were done, like giving medicine and handling IVs</i>	<input type="checkbox"/>					
40. ATTENTION OF NURSES TO YOUR CONDITION: <i>How often nurses checked on you and how well they kept track of how you were doing</i>	<input type="checkbox"/>					
41. NURSING STAFF RESPONSE TO YOUR CALLS: <i>How quick they were to help</i>	<input type="checkbox"/>					
42. CONCERN AND CARING BY NURSES: <i>Courtesy and respect you were given; friendliness and kindness</i>	<input type="checkbox"/>					
43. INFORMATION GIVEN BY NURSES: <i>How well nurses communicated with patients, families, and doctors</i>	<input type="checkbox"/>					
YOUR DOCTOR						
44. ATTENTION OF DOCTOR TO YOUR CONDITION: <i>How often doctors checked on you and how well they kept track of how you were doing</i>	<input type="checkbox"/>					
45. AVAILABILITY OF DOCTOR: <i>How easy it was to get your doctor when needed</i>	<input type="checkbox"/>					
46. CONCERN AND CARING BY DOCTOR: <i>Courtesy and respect you were given; friendliness and kindness</i>	<input type="checkbox"/>					
47. SKILL OF DOCTOR: <i>Ability to diagnose problems, thoroughness of examinations, skill in treating your condition, and scientific knowledge</i>	<input type="checkbox"/>					
48. RESPECT FOR YOU: <i>How well the doctor listened to what you had to say, how well the doctor understood what you thought was important</i>	<input type="checkbox"/>					
OTHER HOSPITAL STAFF						
49. HOUSEKEEPING STAFF: <i>How well they did their job and how well they acted towards you</i>	<input type="checkbox"/>					
50. LABORATORY WORKERS: <i>How well they did their jobs and how they acted towards you</i>	<input type="checkbox"/>					
51. X-RAY STAFF: <i>How well they did their jobs and how they acted towards you</i>	<input type="checkbox"/>					

LIVING ARRANGEMENTS

	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor	Don't Know
52. <i>CONDITION OF YOUR ROOM: Cleanliness, comfort, lighting, and temperature</i>	<input type="checkbox"/>					
53. <i>SUPPLIES AND FURNISHINGS: Completeness of supplies, condition of the furniture and how well things worked</i>	<input type="checkbox"/>					
54. <i>RESTFUL ATMOSPHERE: Amount of peace and quiet</i>	<input type="checkbox"/>					
55. <i>PRIVACY: Provisions for your privacy</i>	<input type="checkbox"/>					
56. <i>QUALITY OF FOOD: Overall, how well it tasted, serving temperature, and variety available</i>	<input type="checkbox"/>					
57. <i>HOSPITAL ENVIRONMENT: Other than your room, how comfortable, quiet, and pleasant it was</i>	<input type="checkbox"/>					
58. <i>SIGNS AND DIRECTIONS: Ease of finding your way around the hospital</i>	<input type="checkbox"/>					
59. <i>HOSPITAL BUILDING: How you would rate the hospital building overall</i>	<input type="checkbox"/>					
60. <i>PARKING: Number of spaces available, convenience of location, and cost</i>	<input type="checkbox"/>					
61. <i>PROVISIONS FOR FAMILY AND FRIENDS: Adequacy of visiting hours and facilities for them; visitors treated like welcome guests</i>	<input type="checkbox"/>					

DISCHARGE: LEAVING THE HOSPITAL

62. <i>DISCHARGE PROCEDURES: Time it took to be discharged from the hospital and how efficiently it was handled</i>	<input type="checkbox"/>					
63. <i>DISCHARGE INSTRUCTIONS: How clearly and completely you were told what to do and what to expect when you left the hospital</i>	<input type="checkbox"/>					
64. <i>COORDINATION OF CARE AFTER DISCHARGE: Hospital staff's efforts to provide for your needs after you left the hospital</i>	<input type="checkbox"/>					

BILLING BY HOSPITAL

- | | Excellent | Very Good | Good | Fair | Poor | Don't Know |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 65. <i>EXPLANATIONS ABOUT COSTS AND HOW TO HANDLE YOUR HOSPITAL BILLS: The completeness and accuracy of information and the willingness of hospital staff to answer your questions about finances</i> | <input type="checkbox"/> |
| 66. <i>EFFICIENCY OF BILLING: How fast you got your bill, how accurate and understandable it was</i> | <input type="checkbox"/> |

LOOKING BACK ON YOUR CARE

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 67. <i>Overall quality of care and services you received</i> | <input type="checkbox"/> |
| 68. <i>How good a job the hospital did in meeting your expectations for your stay</i> | <input type="checkbox"/> |
| 69. <i>Amount of information you were given about your illness and treatment</i> | <input type="checkbox"/> |
| 70. <i>Teamwork among doctors who cared for you</i> | <input type="checkbox"/> |
| 71. <i>Competence and skill of the nurses</i> | <input type="checkbox"/> |
| 72. <i>Courtesy and friendliness of the nurses</i> | <input type="checkbox"/> |
| 73. <i>The outcome of your hospital stay: How much you were helped by the hospitalization</i> | <input type="checkbox"/> |

Obstetrical Patients (delivering a baby) Please skip questions 74, 75, 76 and 77.
 All other patients please continue

74. *Think back to the time just before you entered the hospital. Did you think your health or condition would be helped or improved by your stay in the hospital*
- a great deal
 quite a bit
 somewhat
 a little
 not at all
 not sure/does not apply

75. Now that you have been out of the hospital for a while, how much do you think you were actually helped by your stay in the hospital? Do you think you were helped
- _____ a great deal
 - _____ quite a bit
 - _____ somewhat
 - _____ a little
 - _____ not at all
 - _____ not sure/does not apply

76. If your condition improved due to your hospital stay, who or what in particular helped you to improve?

77. If your condition did not improve due to your hospital stay, who or what in particular kept you from improving?

OVERALL SATISFACTION WITH HOSPITAL

Here are some things that people sometimes say about their hospital stay. Please tell me whether you strongly agree, somewhat agree, somewhat disagree or strongly disagree with each statement.

- | | Strongly
Agree | Somewhat
Agree | Somewhat
Disagree | Strongly
Disagree |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 78. There were some things about my hospital stay that could have been better. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79. The care I received at the hospital was so good that I have bragged about it to family and friends. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
- | | Very
Satisfied | Somewhat
Satisfied | Somewhat
Dissatisfied | Very
Dissatisfied |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 80. How satisfied were you with: | | | | |
| a. The quality of care provided by your doctors? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. The quality of nursing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. The rooms and facilities? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. The food and meals? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Your insurance coverage for the hospital bill? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. The out-of-pocket cost to you: that is, what was not paid for by insurance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

81. Were you Completely Satisfied, Somewhat Satisfied or Not At All Satisfied with the hospital stay overall?

- _____ Completely satisfied
- _____ Somewhat satisfied
- _____ Not at all satisfied

INTENTIONS TO RETURN TO SAME HOSPITAL

82. How likely would you be to return to the same hospital if you ever need to be hospitalized again?

- _____ Definitely would
- _____ Probably would
- _____ Probably would not
- _____ Definitely would not

83. Would you recommend the hospital to your family or friends if they needed hospital care?

- _____ Definitely would
- _____ Probably would
- _____ Probably would not
- _____ Definitely would not

YOUR COMMENTS: OPEN ENDED REMARKS

84. Did we forget to ask you about something that you feel is important regarding your stay in the hospital? If so, what is it we forgot to ask about? Please rate.

		Very			
	Excellent	Good	Good	Fair	Poor
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				

85. Did any particular thing happen during your stay in the hospital, good or bad, that surprised you? If so, what was it that surprised you. (List all things that surprised you).

FACTS ABOUT YOU

These next few questions are for statistical purposes. These answers will be kept strictly confidential.

86. In what year were you born? _____

87. What was the last grade or level of school you have had an opportunity to complete?

- | | |
|--|----------------------------------|
| _____ Eighth grade or less | _____ Some college |
| _____ Some high school | _____ Two-year college graduate |
| _____ High school graduate | _____ Four-year college graduate |
| _____ Technical/Trade/Vocational school
(after high school) | _____ Postgraduate |

88. Your occupation: _____
(Please provide exact title of position)

89. Your sex?
_____ Male _____ Female

90. Which of the following income categories best describes your total 1986 household income?
_____ \$ 7,500 or less
_____ \$ 7,501 to \$25,000
_____ \$25,001 to \$50,000
_____ \$50,001 or more

91. How many people, including yourself, depend on this income?
_____ people

92. In order to represent all groups properly, may we ask if you are . . .
_____ White
_____ Black
_____ Hispanic
_____ Oriental
_____ Other

93. Was part or all of your hospital bill paid for by some type of health insurance?
_____ Yes _____ No

94. If yes, which type of health coverage did you use to pay for your hospital costs?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AARP | <input type="checkbox"/> LINCOLN NATIONAL |
| <input type="checkbox"/> AETNA | <input type="checkbox"/> MAXICARE |
| <input type="checkbox"/> ALLSTATE | <input type="checkbox"/> MEDICAID |
| <input type="checkbox"/> BANKERS LIFE & CASUALTY | <input type="checkbox"/> MEDICARE |
| <input type="checkbox"/> BLUE CROSS/BLUE SHIELD | <input type="checkbox"/> METROPOLITAN |
| <input type="checkbox"/> CNA | <input type="checkbox"/> MUTUAL OF OMAHA |
| <input type="checkbox"/> CONNECTICUT GENERAL | <input type="checkbox"/> NATIONAL LIFE |
| <input type="checkbox"/> EQUITABLE/BELL HELICOPTER | <input type="checkbox"/> NEW YORK LIFE |
| <input type="checkbox"/> FIDELITY | <input type="checkbox"/> PASB |
| <input type="checkbox"/> GENERAL AMERICAN/McDONALD
DOUGLAS | <input type="checkbox"/> PILOT LIFE |
| <input type="checkbox"/> GOVERNMENT EMPLOYEES HOSPITAL
ASSOC. | <input type="checkbox"/> PROVIDENT |
| <input type="checkbox"/> GROUP INSURANCE | <input type="checkbox"/> PRUCARE |
| <input type="checkbox"/> HCA | <input type="checkbox"/> PRUDENTIAL |
| <input type="checkbox"/> HARTFORD | <input type="checkbox"/> SANUS HMO |
| <input type="checkbox"/> HEALTH AND WELFARE | <input type="checkbox"/> STATE FARM |
| <input type="checkbox"/> JOHN HANCOCK | <input type="checkbox"/> TRANSPORT LIFE |
| | <input type="checkbox"/> TRAVELER'S |
| | <input type="checkbox"/> WORKMAN'S COMPENSATION |
| | <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ |

95. Would you classify your current health insurance as an HMO, PPO or a regular insurance program?

_____ HMO (Health Maintenance Organization)
_____ PPO (Preferred Provider Organization)
_____ Regular Insurance
_____ Don't Know

96. Do you have to file an insurance claim form when you see a doctor?

- Yes
 No

97. When you have a physical check-up, do you have to pay for it yourself or is it covered by insurance?

- Pay for it yourself
 Covered by insurance

98. Can you go to any doctor you wish or does your insurance require you to see only certain doctors?

- Any doctor
 Certain doctors

99. Can you go to any hospital you wish or does your insurance require you to use a specific hospital or hospitals?

- Any hospital
 Specific hospitals

100. Do you have to pay some amount of a deductible, such as the first \$300 or \$400 of your medical bills, before your insurance begins to help pay for your expenses?

- Yes
 No

If any additional comments use space below:

Thank you for completing this questionnaire. Please double check that you have answered all questions and then place the questionnaire in the postage paid envelope provided. Thank you again for your help!

Q.S.S.

Votre opinion sur les soins reçus

Vous avez quitté l'hôpital il y a 15 jours, nous aimerions connaître votre opinion sur votre séjour:

1) Avant cette hospitalisation, combien de fois avez-vous été admis à l'hôpital et êtes resté(e) une nuit ou plus au cours des 2 dernier mois?

- | | |
|---------------------------------|---|
| jamais c'était la première fois | 1 |
| une fois | 2 |
| deux fois | 3 |
| trois fois ou plus | 4 |

2) Etes-vous déjà venu(e) en consultation dans cet hôpital? (*entourer une seule réponse*)

1 OUI 0 NON

3) Pour cette hospitalisation qui a choisi l'hôpital? Est-ce votre médecin, vous, un membre de votre famille ou quelqu'un d'autre? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|---|
| le choix de mon médecin | 1 |
| mon choix | 2 |
| le choix d'un membre de ma famille | 3 |
| le choix de quelqu'un d'autre | 4 |
| ne s'applique pas à mon cas
(urgences, ambulances, etc...) | 5 |

Si vous avez participé au choix de l'hôpital (réponse 2), répondez à la question 4, sinon passez à la question 5

4) Dans votre choix de l'hôpital, quelle a été l'importance de :

- | | tres
important | assez
important | peu
important | pas du tout
important |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) la situation de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) votre expérience passée
de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) la réputation de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) le coût | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5) Pendant la plus grande partie de votre séjour, avez-vous été en chambre seule? (entourer une seule réponse)

1 OUI

0 NON

6) Comment jugez-vous le problème pour lequel vous êtes entré(e) à l'hôpital?

mineur

modéré

sérieux

très grave

7) Durant votre séjour de quelle assistance avez-vous eu besoin pour vos activités de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, se lever et se coucher)?

une aide quasi complète

beaucoup d'aide

une aide modérée

un peu d'aide

pas d'aide du tout

8) Pensez-vous que le temps passé à l'hôpital était :

correct

trop court

trop long

je ne sais pas

Maintenant j'aimerais avoir votre avis sur certaines choses de votre séjour hospitalier : étaient-elles excellentes, très bonnes, bonnes, pas très bonnes ou mauvaise? Pouvez-vous cocher une seule case par proposition.

ADMISSION - ENTREE A L'HOPITAL

9) Préparation

	excellent	très bon	bon	pas très bon	mauvais	je ne sais pas
L'information reçue pour préparer votre hospitalisation était-elle claire et complète?	<input type="checkbox"/>					

10) Efficacité

Facilité à être admis(e) y compris le temps nécessaire?	<input type="checkbox"/>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11) Aide de l'équipe d'admission

Prise en compte de votre confort et de vos sentiments?	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12) Attention à vos besoins?

Adaptation à vos besoins et désirs personnels?	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LES SOINS RECUS

	excellent	très bon	bon	pas très bon	mauvais	je ne sais pas
13) Efficacité médicale L'équipement était-il complet et moderne?	<input type="checkbox"/>					

14) Efficacité globale?

Le fonctionnement était-il harmonieux?	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15) Prise en compte de vos opinions?

Votre opinion a-t-elle été prise en compte?	<input type="checkbox"/>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

16) Prise en compte de vos besoins?

Vos besoins ont-ils été pris en compte?	<input type="checkbox"/>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

excellent très bon bon pas très bon mauvais je ne sais pas

17) Information reçue

Les informations reçues sur votre traitement étaient-elles claires et complètes?

18) Instructions reçues pour les examens et opérations

Les médecins vous ont-ils permis de vous préparer aux examens et opérations?

Les infirmières vous ont-elles permis de vous préparer aux examens et opérations?

19) Coordination des soins entre les équipes qui vous ont pris en charge

20) Activité quotidienne des médecins

Comment ont-ils adapté leurs horaires à vos besoins?

21) Activité quotidienne des infirmières

Comment ont-elles adapté leurs horaires à vos besoins?

22) Information de votre famille ou amis

Comment ont-ils été tenus informés de votre état et de vos besoins?

23) Implication de votre famille ou de vos amis

Ont-ils été autorisés à vous aider dans vos soins?

24) Facilité à obtenir de l'information

Volonté de l'équipe à répondre à vos questions?

25) Spécialités

Facilité pour obtenir des examens ou traitements spécialisés dont vous aviez éventuellement besoin?

excellent très bon bon pas très bon mauvais je ne sais pas

26) Aide apportée

Aptitude de l'équipe à vous mettre à l'aise, à vous rassurer?

27) Sécurité

Vos biens étaient-ils en sécurité?

28) Douleurs (si vous en aviez)

Etes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur?

INFIRMIERES ET AIDE-SOIGNANTES

excellent très bon bon pas très bon mauvais je ne sais pas

29) Habilité et compétences

Qualité des soins (comme donner des médicaments ou faire une injection)

30) Attention à votre état

Comment les infirmières ont-elles suivi votre état et pris soin de vous?

31) Réponse à vos appels

Avec quelle rapidité vous a-t-on aidé?

32) Courtoisie et respect à votre égard

33) Communication avec les patients et les familles

MEDECINS

excellent très bon bon pas très bon mauvais je ne sais pas

34) Attention à votre état

Comment les médecins ont-ils suivi votre état et pris soins de vous?

35) Disponibilité

Etait-il facile d'obtenir une information?

36) Courtoisie et respect à votre égard

37) Habilité et compétence

AUTRES PERSONNELS

excellent très bon bon pas très bon mauvais je ne sais pas

38) Agent de service

39) Brancardiers

40) Radiologie

CONDITIONS HOTELIERES

	excellent	très bon	bon	pas très bon	mauvais	je ne sais pas
41) Etat de votre chambre Propreté, confort, éclairage, température?	<input type="checkbox"/>					
42) Fournitures (draps, linges, etc...)	<input type="checkbox"/>					
43) Atmosphère Paix et tranquillité?	<input type="checkbox"/>					
44) Intimité	<input type="checkbox"/>					
45) Qualité des repas	<input type="checkbox"/>					
46) Environnement hospitalier Votre chambre exclue, comment était le confort, la tranquillité?	<input type="checkbox"/>					
47) Repérage Facilité à savoir où vous étiez et à vous orienter dans l'hôpital?	<input type="checkbox"/>					
48) Parking Disponibilité des places, situations?	<input type="checkbox"/>					
49) Facilité pour votre famille et vos amis Heures de visite adéquates, facilité offerte, accueil?	<input type="checkbox"/>					

SATISFACTION GENERALE

Voici quelques phrases que l'on entend parfois à propos de l'hôpital. Pouvez-vous me dire si vous êtes absolument d'accord, d'accord, pas d'accord, absolument pas d'accord avec chacune d'elle.

50) Certaines choses auraient pu mieux se passer

- absolument d'accord
- d'accord
- pas d'accord
- absolument pas d'accord

51) Les soins que j'ai reçus sont si bons que j'en ai parlé à ma famille et à mes amis

- absolument d'accord
- d'accord
- pas d'accord
- absolument pas d'accord

52) Etes-vous satisfait de

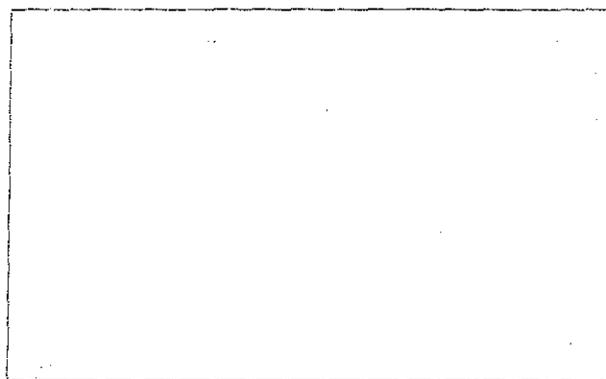
	Très content	Moyennement content	Un peu content	Très mécontent
a - la qualité des soins donnés par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - la qualité des soins donnés par les infirmières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - les chambres et facilités offertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - l'alimentation et les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e - de votre séjour globalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53) Recommanderiez-vous ce service à votre famille et vos amis s'ils ont besoin de soins hospitaliers de même type que vous?

oui, tout à fait oui, probablement non probablement non, pas du tout

54) Avez-vous d'autres remarques?

Date et Tampon du Site



Date de Saisie : / / / / / / / / / /

INFORMATIONS GENERALES SUR VOTRE SEJOUR

1) Avant cette hospitalisation, combien de fois avez-vous été admis à l'hôpital et êtes resté(e) une nuit ou plus au cours des 2 derniers mois ?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jamais n'était la première | <input type="checkbox"/> | Deux fois | <input type="checkbox"/> |
| Une fois | <input type="checkbox"/> | Trois fois ou plus | <input type="checkbox"/> |

2) Etes-vous déjà venu(e) en consultation dans cet hôpital ?

- | | | | |
|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|

3) Pour cette hospitalisation qui a choisi l'hôpital ? Est-ce votre médecin, vous, un membre de votre famille ou quelqu'un d'autre ? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Le choix de mon médecin | <input type="checkbox"/> | Le choix d'un membre de ma famille .. | <input type="checkbox"/> |
| Mon choix | <input type="checkbox"/> | La décision de quelqu'un d'autre | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez coché la case « mon choix » répondez à la question 4, sinon passez à la question 5

4) Dans votre choix de l'hôpital, quelle a été l'importance de ?

- | | Très important | Assez important | Peu important | Pas du tout important |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) La situation de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Votre expérience passée de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) La réputation de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Le coût | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5) Comment jugez-vous le problème pour lequel vous êtes entré(e) à l'hôpital ?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Mineur | <input type="checkbox"/> | Sérieux | <input type="checkbox"/> |
| Modéré | <input type="checkbox"/> | Très grave | <input type="checkbox"/> |

6) Dans l'ensemble, pensez-vous que votre état de santé à l'entrée était ?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Excellent | <input type="checkbox"/> | Médiocre | <input type="checkbox"/> |
| Très bon | <input type="checkbox"/> | Mauvais | <input type="checkbox"/> |
| Bon | <input type="checkbox"/> | | |

7) Durant votre séjour de quelle assistance avez-vous eu besoin pour vos activités de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, se lever et se coucher) ?

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Une assistance quasi complète..... | <input type="checkbox"/> | Un peu d'assistance..... | <input type="checkbox"/> |
| Beaucoup d'assistance..... | <input type="checkbox"/> | Pas d'assistance du tout..... | <input type="checkbox"/> |
| Une assistance modérée..... | <input type="checkbox"/> | | |

8) Les biens en votre possession ont-ils fait l'objet d'une procédure particulière de protection ?

- | | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Oui..... | <input type="checkbox"/> | Non..... | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

9) Pensez-vous que le temps passé à l'hôpital était ?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Correct..... | <input type="checkbox"/> | Trop long..... | <input type="checkbox"/> |
| Trop court..... | <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas..... | <input type="checkbox"/> |

10) Pendant la plus grande partie de votre séjour, avez vous été en chambre seule ?

- | | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Oui..... | <input type="checkbox"/> | Non..... | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

11) Si vous le désiriez, avez-vous pu profiter d'un lit d'accompagnant ?

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Oui..... | <input type="checkbox"/> | Non..... | <input type="checkbox"/> |
| Je ne le désirais pas..... | <input type="checkbox"/> | | |

12) Si vous le désiriez, avez-vous pu profiter d'un repas d'accompagnant ?

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Oui..... | <input type="checkbox"/> | Non..... | <input type="checkbox"/> |
| Je ne le désirais pas..... | <input type="checkbox"/> | | |

13) a) Au cours de votre séjour avez-vous été opéré ?

- | | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Oui..... | <input type="checkbox"/> | Non..... | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

b) Au cours de votre séjour avez-vous eu des douleurs ?

- | | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Oui..... | <input type="checkbox"/> | Non..... | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

Si OUI, qu'elle en a été l'intensité ?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Très faible..... | <input type="checkbox"/> | Moyenne..... | <input type="checkbox"/> |
| Faible..... | <input type="checkbox"/> | Grande..... | <input type="checkbox"/> |
| | | Très grande..... | <input type="checkbox"/> |

Maintenant nous aimerions évoquer avec vous certains aspects de votre séjour hospitalier : étaient-ils excellents, très bons, bons, pas très bons ou mauvais ?

ADMISSION - ENTREE A L'HOPITAL



Merci de cocher une seule case pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez impérativement cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
14) Préparation La qualité de l'information reçue pour préparer votre hospitalisation était	<input type="checkbox"/>					
15) Efficacité Facilité à être admis(e) y compris le temps nécessaire	<input type="checkbox"/>					
16) L'administration La qualité du contact avec le Bureau des Entrées était	<input type="checkbox"/>					
17) Aide de l'équipe à l'entrée dans le service Prise en compte de votre confort et de vos attentes	<input type="checkbox"/>					
18) Attention à vos besoins Adaptation à vos besoins et désirs personnels	<input type="checkbox"/>					
19) Etes vous entré par le Service d'accueil des urgences Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
<i>Si NON passez à la question 20.</i>						
<i>Si OUI pouvez vous nous donner votre avis sur les points suivants</i>						
a) Qualité de l'accueil aux urgences	<input type="checkbox"/>					
b) Appréciation des délais d'attente aux urgences	<input type="checkbox"/>					
c) Communication avec le personnel des urgences	<input type="checkbox"/>					

Avez-vous d'autres remarques concernant votre admission

.....

.....

LES SOINS RECUS



Merci de cocher une seule case pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez impérativement cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
20) Installations médicales L'équipement vous a semblé	<input type="checkbox"/>					
21) Efficacité médicale Votre confiance dans les soins reçus était	<input type="checkbox"/>					
22) Efficacité globale Comment avez-vous trouvé le fonctionnement général du service	<input type="checkbox"/>					
23) Prise en compte de vos opinions La prise en compte de votre opinion était	<input type="checkbox"/>					
24) Prise en compte de vos besoins La prise en compte de vos besoins était	<input type="checkbox"/>					
25) Facilité à obtenir de l'information La volonté de l'équipe à répondre à vos questions	<input type="checkbox"/>					
26) Information reçue La qualité des informations reçues sur votre maladie était	<input type="checkbox"/>					
27) Information reçue La qualité des informations reçues sur votre traitement était	<input type="checkbox"/>					
28) Instructions pour les examens et opérations						
a) L'aide des médecins pour vous préparer aux examens et opérations était	<input type="checkbox"/>					
b) L'aide des infirmières pour vous préparer aux examens et opérations était	<input type="checkbox"/>					

L'EQUIPE QUI VOUS A PRIS EN CHARGE



Merci de cocher une seule case pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez impérativement cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
38) Identification des soignants						
La distinction entre les fonctions des différents personnels soignants était	<input type="checkbox"/>					
39) Habilité et compétence						
a) Qualité des soins donnés par les infirmières et aides-soignantes	<input type="checkbox"/>					
b) Qualité des soins donnés par les médecins	<input type="checkbox"/>					
40) Respect des règles d'hygiène						
a) Infirmières et aides-soignantes	<input type="checkbox"/>					
b) Médecins.....	<input type="checkbox"/>					
c) Autres personnels.....	<input type="checkbox"/>					
41) Prise en compte de votre état par les infirmières et les aides-soignantes						
Comment ont-elles suivi votre état et pris soin de vous	<input type="checkbox"/>					
42) Prise en compte de votre état par les médecins						
Comment ont-ils suivi votre état et pris soin de vous	<input type="checkbox"/>					
43) Réponse à vos appels						
Le délai d'attente en réponse à un appel était	<input type="checkbox"/>					
44) Disponibilité						
La disponibilité du médecin en réponse à votre demande était	<input type="checkbox"/>					

CONDITIONS HOTELIERES



Merci de cocher une seule case pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez impérativement cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne me concerne pas
49) Etat de votre chambre Propreté, confort, éclairage, température	<input type="checkbox"/>					
50) Sanitaires L'état des sanitaires était	<input type="checkbox"/>					
51) Fournitures (draps, linges, etc...)	<input type="checkbox"/>					
52) Atmosphère Paix et tranquillité	<input type="checkbox"/>					
53) Bruit La lutte contre le bruit était.....	<input type="checkbox"/>					
54) Intimité Le respect de votre intimité était	<input type="checkbox"/>					
55) Qualité des repas a) La présentation du repas et la température de service étaient	<input type="checkbox"/>					
b) La " saveur " des repas était.....	<input type="checkbox"/>					
56) Environnement hospitalier Le confort était	<input type="checkbox"/>					
57) Repérage Facilité à savoir où vous étiez et à vous orienter dans l'hôpital	<input type="checkbox"/>					
58) Parking Disponibilité des places, accessibilité	<input type="checkbox"/>					
59) Bâtiment Appréciation du bâtiment de l'hôpital dans son ensemble ...	<input type="checkbox"/>					
60) Télévision Facilité pour obtenir une TV	<input type="checkbox"/>					
61) Téléphone Facilité pour utiliser le téléphone (disposition, tarifs)	<input type="checkbox"/>					
62) Facilité pour votre famille et vos amis Heures de visite adéquates, facilité offerte, accueil	<input type="checkbox"/>					

SORTIE DE L'ETABLISSEMENT



Merci de cocher une seule case pour chaque proposition. Si la proposition correspond à une situation que vous n'avez pas vécue, vous devez impérativement cocher la case « ne me concerne pas »

	Excellent	Très bon	Bon	Pas très bon	Mauvais	Ne m conce pas
63) L'administration						
Le déroulement des modalités administratives de sortie était	<input type="checkbox"/>					
64) Sécurité						
Les modalités de restitution de vos biens se sont déroulées de façon	<input type="checkbox"/>					
65) Après votre sortie						
La communication d'informations entre l'hôpital et votre médecin traitant a été	<input type="checkbox"/>					

66) Lors de votre sortie avez-vous eu la possibilité de remplir un questionnaire de satisfaction sur votre séjour ?

Oui Non *Non*

Avez-vous d'autres remarques concernant la sortie de l'établissement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous d'autres remarques concernant les conditions hôtelières ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SATISFACTION GLOBALE

Voici quelques phrases que l'on entend parfois à propos de l'hôpital. Pouvez-vous nous dire si vous êtes absolument d'accord, d'accord, pas d'accord, absolument pas d'accord avec chacune d'elle.

67) Certaines choses auraient pu mieux se passer

Absolument d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>
D'accord	<input type="checkbox"/>	Absolument pas d'accord	<input type="checkbox"/>

68) Si vous deviez être réhospitalisé, vous reviendriez dans cet établissement

Absolument d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>
D'accord	<input type="checkbox"/>	Absolument pas d'accord	<input type="checkbox"/>

69) S'ils en avaient besoin, vous recommanderiez ce service à votre famille et vos amis

Absolument d'accord	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord	<input type="checkbox"/>
D'accord	<input type="checkbox"/>	Absolument pas d'accord	<input type="checkbox"/>

70) Globalement êtes-vous satisfait de

	très content	content	mécontent	très mécontent
a - La qualité des soins donnés par les médecins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - La qualité des soins donnés par les infirmières.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Des chambres et installations communes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Alimentation et repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e - Votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71) Evolution de votre état de santé

a) Par rapport à votre entrée à l'hôpital, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

Bien meilleur qu'à l'entrée.....

Plutôt moins bon.....

Plutôt meilleur.....

Beaucoup moins bon.....

A peu près pareil.....

b) Si votre état s'est amélioré grâce à votre passage à l'hôpital (si vous avez coché les cases 'bien meilleur' ou 'plutôt meilleur'), à quoi l'attribuez-vous plus particulièrement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) Si votre état ne s'est pas amélioré malgré votre passage à l'hôpital (si vous avez coché les cases : 'à peu près pareil', 'plutôt moins bon' ou 'beaucoup moins bon'), à quoi l'attribuez-vous plus particulièrement ?

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous d'autres remarques concernant votre séjour en général ?

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir accepté de remplir ce questionnaire de satisfaction.

Afin de pouvoir analyser vos réponses au questionnaire de satisfaction, nous avons besoin de certaines informations vous concernant

a) Bénéficiez-vous de la Sécurité Sociale ?

Oui

Non

b) Bénéficiez-vous d'une assurance complémentaire (mutuelle...)

Oui

Non

c) Exercez-vous une activité professionnelle ?

1. J'exerce une activité professionnelle et :
 - a. j'étais en arrêt de travail avant mon hospitalisation
 - b. je n'étais pas en arrêt de travail avant mon hospitalisation
2. Je suis retraité (e)
3. Je suis demandeur (se) d'emploi
4. Je suis étudiant (e)
5. Je ne peux pas travailler et bénéficie d'une pension d'invalidité
6. Je suis dans une autre situation, précisez

d) Diriez vous que vous êtes (ou étiez) plutôt: (entourez une seule réponse)

1. Un agriculteur
2. Un artisan, commerçant
3. Un cadre supérieur, profession libérale
4. Une profession intermédiaire
5. Un employé
6. Un ouvrier
7. Une femme au foyer
8. Dans une autre situation, précisez :

e) Actuellement vivez-vous seul dans votre foyer ?

Oui

Non



Si vous souhaitez nous donner vos nom, prénom et date de naissance, merci de les indiquer ci-dessous :

NOM : Prénom :

Date de Naissance : /__/_/ /__/_/ /__/_/

Vos réponses au questionnaire de satisfaction sont strictement confidentielles et ne peuvent en aucun cas être remises nominativement au service sauf si vous le souhaitez expressément, dans ce cas merci de l'indiquer ci-dessous :

Je souhaite que mes réponses soient transmises de façon nominative au chef de service

Oui Non

Si vous avez accepté de nous donner votre nom, il est inutile de répondre aux questions suivantes.
Si vous ne souhaitez pas nous donner votre nom, nous sommes contraints de vous demander certaines informations vous concernant et concernant votre séjour, afin de pouvoir analyser vos réponses au questionnaire de satisfaction.

f) Vous êtes :

Un homme Une femme

g) Vous êtes âgé de : /__/_/ ans

h) Il y a environ 15 jours, vous êtes sorti(e) du CHU de Nancy. Pouvez-vous nous indiquer

- Dans quel hôpital vous étiez hospitalisé(e) au moment de votre sortie :

Hôpital de Brabois Hôpital Central

Hôpital Saint-Julien Hôpital Jeanne d'Arc (Toul)....

Hôpitaux Maringer-Villemin-
Fournier..... Centre Médical Paul Spillman
(Lay-St-Christophe).....

- Dans quel service :

- Le mois de votre sortie : /__/_/

- La durée de votre séjour : /__/_/___/ jours

i) Si vous avez été hospitalisé dans plusieurs services au cours de ce séjour, veuillez en indiquer le nombre : /__/_/

Nous vous remercions de votre collaboration et restons à votre disposition pour toute autre information.

Nom : Mme NGUYEN THI
Prénom : Phi Linh

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

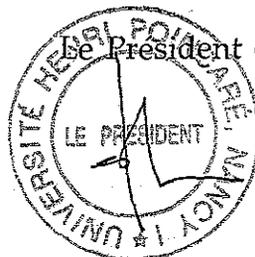
en BIOLOGIE SANTÉ ENVIRONNEMENT

Spécialité : ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

n° 808 VU, APPROUVÉ ET PERMIS D'IMPRIMER

Nancy, le 5 mai 2003

Le Président de l'Université



C. BURLET

RESUME

Ce travail présente les principes généraux et la méthodologie des études de la satisfaction des patients hospitalisés et leur application au sein du programme de recherche CliniQualVie et du programme d'amélioration de la qualité DSPH au CHU de Nancy.

Notre travail comporte 5 étapes :

1. Clarification et explication des bases conceptuelles et méthodologiques de la satisfaction des patients.
2. Mise au point et validation de la version française du questionnaire PJHQ qui mesure la satisfaction des patients hospitalisés.
3. Mise en évidence des principaux facteurs liés au taux de réponse à une enquête de satisfaction.
4. Mise en évidence des principaux facteurs liés à la satisfaction des patients hospitalisés : psycho-socio-démographiques, santé, séjour, structure de soins, modalités de réponse offertes (anonymat, confidentialité).
5. Description de la satisfaction des patients hospitalisés en France et au VietNam.

TITLE

SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN FRANCE ET AU VIETNAM

SUMMARY

This work presents general principles and methodology of our inpatient satisfaction study. The results are then applied to the CliniQualVie and DSPH programs in Nancy University Hospital Centre.

There are five stages in our study:

1. The clarification and explication of the conceptual, methodology basic of patient satisfaction.
2. The translation and validation of a French version of the PJHQ questionnaire.
3. The identification of principal factors related to patient satisfaction : psycho-socio-demographic, health, hospital stay, health structure and modalities of respond (anonymous, confidentiality).
4. The identification of principal factors related to the response rate of the patient satisfaction questionnaire.²
5. As the result of this study, we will give a description of inpatient satisfaction in France and Vietnam.

DISCIPLINE : Epidémiologie et Santé Publique

MOTS CLEFS : satisfaction, patients hospitalisés, taux de réponse, déterminants

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye ; 54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex**
