



HAL
open science

Satisfaction du patient : un état des pratiques des hôpitaux publics français

Caroline Merdinger-Rumpler

► **To cite this version:**

Caroline Merdinger-Rumpler. Satisfaction du patient : un état des pratiques des hôpitaux publics français. Journal d'Economie Médicale, 2006. <hal-04122954>

HAL Id: hal-04122954

<https://hal.science/hal-04122954v1>

Submitted on 8 Jun 2023

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.



HAL Authorization

Satisfaction du patient : un état des pratiques des hôpitaux publics français

Patient satisfaction : a state of french public hospitals practices

Caroline Merdinger-Rumpler

Laboratoire : CESAG, Université Robert Schuman

Maître de conférences : IECS, Université Robert Schuman

e-mail : caroline.rumpler@iecs.u-strasbg.fr

Adresse professionnelle :

l'IECS, Université Robert Schuman

61, avenue de la Forêt Noire

67085 Strasbourg Cedex – France

Résumé

Cet article explore la façon dont les hôpitaux publics français répondent à l'obligation de prise en compte de la satisfaction du patient contenue dans l'ordonnance du 24 avril 1996. Une enquête nationale réalisée auprès des hôpitaux publics de plus de cent lits avant la mise en place de la deuxième version de l'accréditation qualité fait le point sur l'état des pratiques dans ce domaine. Les résultats montrent un intérêt croissant des établissements pour ce thème. Si les méthodologies adoptées sont très homogènes et reposent essentiellement sur la diffusion du QS et la réalisation d'ES, les outils sont hétérogènes puisque chaque hôpital a tendance à les développer en interne. Ceci met en cause la validité de leurs résultats et empêche la comparaison inter-établissements. Nous constatons par ailleurs une distanciation marquée du corps médical par rapport à la prise en compte et au suivi de la satisfaction du patient ainsi qu'une faible utilisation des informations produites pour les décisions et les actions effectivement mises en œuvre par les hôpitaux.

Mots Clés : Satisfaction du patient, Qualité hospitalière, Hôpital public français

Abstract

The goal of this article is to examine the way in which French public hospitals meet the obligations of evaluations of the customer satisfaction decreed in the edicts of 1996 and in the accreditation procedures for health care centers. A national survey takes stock of the practices of evaluating satisfaction and their follow-up in public hospitals. The results show their growing interest of public hospitals in this topic. Whereas methodologies are very similar, and are mostly based on client surveys and the questionnaires that patients fill in when they leave the hospital, the tools are disparate since each hospital tends to design its evaluations internally. This fact hinders the validity of the results and their comparability between different hospitals. Furthermore, we notice that the doctors are seldom involved in the conception and implementation of patient satisfaction management tools and that the results are rarely used for decision-making in hospitals.

Key Words: Patient satisfaction, Health Quality, French public hospital

1. Introduction

La prise en compte de la satisfaction du patient par l'hôpital public français s'inscrit dans une logique de réponse des services publics à une forte demande sociale, émanant principalement de deux catégories d'acteurs, les pouvoirs publics et les usagers. La démarche d'accréditation des établissements de santé, instaurée par le législateur par l'ordonnance du 24 d'avril 1996, constitue l'étape-clé de l'intégration de la satisfaction du patient parmi les indicateurs de la performance hospitalière. Elle introduit une perspective de connaissance et de prise en compte des perceptions des bénéficiaires de la prestation de santé dans un environnement jusque là marqué par une culture professionnelle forte, au sens sociologique du terme. En effet, le corps médical perçoit le malade selon les catégories de son savoir spécialisé et entend définir lui-même le contenu et les formes du service qu'il lui rendra [1, 2]. Ainsi, l'accréditation, dénommée plus récemment « certification »¹, avec son obligation de prise en compte des besoins et de la satisfaction des patients, marque une rupture avec un schéma traditionnel selon lequel la production hospitalière est définie et sa qualité évaluée exclusivement par les professionnels de la santé.

Une synthèse de la littérature relative aux méthodes de recueil et d'analyse de la satisfaction du patient (SP) est proposée, puis la problématique, les hypothèses et les objectifs de la recherche sont exposés.

Synthèse de la littérature

Plusieurs méthodes permettent de recueillir et d'analyser la SP [3, 4, 5, 6, 7]. Elles sont de deux types : les méthodes d'analyse indirecte, s'appuyant sur des données déjà disponibles dans l'hôpital, et les méthodes d'étude directe, basées sur des données recueillies spécifiquement à cet effet [8, 9].

Les méthodes d'analyse indirecte s'appuient sur l'analyse de données exprimées spontanément par les patients, comme les compliments ou encore les plaintes et réclamations, considérées comme des indicateurs de la qualité des soins délivrés [10, 11, 12]. Le recueil est simple et peu coûteux. Les limites de ces approches portent sur le caractère partiel des informations accessibles et sur la non-représentativité des données.

Les méthodes d'étude directe de la satisfaction du patient visent expressément à recueillir l'évaluation opérée par les patients. Deux grands types d'études sont habituellement distingués : les études dites « qualitatives » et les études dites « quantitatives ».

¹ Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et instaurant la Haute Autorité de Santé (HAS)

Les études dites « qualitatives » s'appuient essentiellement sur des entretiens individuels, de groupe à thèmes (focus groups) ou encore des observations [13, 14, 15, 16, 17, 18]. Leur intérêt est d'accéder en profondeur à des informations riches et détaillées. Elles permettent une analyse interprétative des perceptions et jugements évaluatifs des patients ainsi que de leurs attentes et systèmes de valeurs. Leur principale limite est la non-représentativité, tant de la population que des éléments et thèmes abordés.

Les études dites « quantitatives » produisent une information sous forme de grandeur mesurable, visant l'établissement d'un score. Deux types d'outils sont utilisés : le questionnaire de sortie (QS) et les enquêtes de satisfaction (ES) par questionnaire. Le QS, apparu dès 1947 dans une circulaire², est obligatoire pour tous les établissements de santé depuis le milieu des années 1990³. Les avantages de cet outil sont un faible coût et la possibilité d'expression anonyme offerte à tout patient hospitalisé. Les limites du QS sont multiples et portent essentiellement sur la faiblesse des taux de retours [19] et la non-représentativité des réponses. Il a en effet été montré que les résultats obtenus ne permettent pas de définir un niveau de satisfaction moyen dans la mesure où les répondants ont des profils extrêmes : très satisfaits ou très insatisfaits. Les établissements de santé peuvent par ailleurs procéder à des enquêtes qui n'ont pas le caractère obligatoire du QS et qui sont basées sur l'administration de questionnaires visant à établir des scores mesurant l'état de SP. L'intérêt des ES est double. Les réponses sont représentatives et cet outil contribue à la conception et au suivi d'indicateurs de qualité et donc de pilotage de l'organisation hospitalière. Les limites concernent principalement le type d'information recueillie qui ne peut porter que sur des éléments préalablement identifiés ainsi que les coûts, qui peuvent être plus ou moins élevés selon le niveau de représentativité visé et le mode d'administration retenu du questionnaire (par voie téléphonique, postale ou en face-à-face). La littérature académique internationale propose de nombreuses échelles de mesure de la SP validées sur le plan de leurs qualités psychométriques parmi lesquelles les plus utilisées dans le monde hospitalier anglo-saxon sont le Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) de Ware et al. [20], le Patient Judgements of Hospital Quality (PJHQ) de Rubin et al. [21] ou encore le Patient Comment Card (PCC) de Nelson et al. [22]. Les échelles validées dans un contexte culturel et dans un système de soins donné ne sont pas directement transposables à un environnement différent. Bien que le mouvement soit récent au regard du monde hospitalier anglo-saxon, nous constatons un développement d'échelles de mesure de la SP adaptées au contexte français [23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,

² Circulaire du 19 juin 1947 relative à la pratique du questionnaire de sortie.

30]. Nous renvoyons à Gasquet et al. [31] pour une recension des différentes échelles validées dans le contexte culturel français.

Problématique de recherche

En France, l'obligation d'évaluation et de prise en compte de la SP est récente⁴.

La première version (V1) du manuel d'accréditation [32] évalue la mise en place d'un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des « clients »⁵ et portant notamment sur les dispositions visant à connaître les besoins et la satisfaction des patients⁶. La deuxième version du manuel d'accréditation (V2) contient explicitement l'évaluation de la SP et de son entourage comme objectif à atteindre [33]⁷. Deux constats s'imposent. Le premier porte sur un souci accru de la mesure, préconisant de faire reposer l'évaluation de la SP sur des « méthodes validées », dont le QS et également « la conduite d'enquêtes sur échantillon représentatif répétées dans le temps, aptes à fournir des indicateurs pouvant être suivis et donc servir d'outils de pilotage ». Le deuxième constat porte sur l'articulation systématique entre les actions d'évaluation et les actions d'amélioration sur les différents critères retenus.

Ce nouveau contexte conduit à s'interroger sur les pratiques des établissements publics français en la matière. Quels dispositifs de connaissance des patients, de leurs attentes, de leurs évaluations en terme de satisfaction ou de qualité perçue les hôpitaux mettent-ils en œuvre ? Quelles sont les logiques et les évolutions des approches développées ?

Les objectifs de cet article portent sur la réponse à ces interrogations. L'article s'appuie sur les résultats d'une enquête nationale réalisée auprès des centres hospitaliers publics français de plus de 100 lits et vise à cerner les pratiques antérieures à la V2 du manuel d'accréditation [33]. Il s'organise selon trois parties. Une première partie présente la méthodologie de l'enquête réalisée. Les principaux résultats sont exposés dans la deuxième partie et la troisième partie consiste en une discussion de ces résultats.

1. Méthode

Le recueil des données s'appuie sur une enquête réalisée auprès des hôpitaux publics français.

³ Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995, ordonnance du 24 avril 1996 et arrêté du 7 janvier 1997.

⁴ Elle est initiée par l'ordonnance du 24 avril 1996 instaurant la démarche d'accréditation des établissements de santé.

⁵ Chapitre 4 - point III. Qualité et prévention – QPR - Référence 2.

⁶ Ce critère est précisé par la cartouche : « parmi les dispositions prises pour connaître les besoins et la satisfaction des patients, on peut citer notamment l'exploitation des questionnaires de sortie ».

⁷ Critère 51.a du manuel d'accréditation V2 et son cartouche.

1.1. Outil et modalités de recueil

L'enquête a été réalisée sur la base d'un questionnaire adressé par voie postale à l'attention du responsable de la qualité des centres hospitaliers (CH) publics français de plus de 100 lits. Le questionnaire se compose de cinq thèmes portant sur les outils mis en œuvre par les hôpitaux (ressources en personnel dédiées à cette thématique, QS, traitement des réclamations, études et ES, autres outils d'évaluation de la satisfaction et projets en cours dans ce domaine). Après avoir été pré-testé auprès de six centres hospitaliers universitaires (CHU) et de cinq CH, le questionnaire a été envoyé en mars 2003.

1.2. Population et structure de l'échantillon

La population concernée est constituée des établissements publics de santé de plus de cents lits⁸, parmi laquelle sont différenciés les CHU/CHR, les CH et les centres hospitaliers spécialisés (CHS).

Le taux de retour important (tableau I) des CHU/CHR est certainement imputable à un mode d'administration spécifique à cette population : envoi général sur la base du fichier SAE complété par un envoi personnalisé nominatif aux membres du groupe qualité de la réunion des directeurs généraux de CHU de France et réalisation d'entretiens téléphoniques si nécessaire. Ces démarches n'ont pu être réalisées, faute de moyens nécessaires, pour l'ensemble des CH et CHS.

Le taux de retour des CH et CHS est sensiblement inférieur celui des CHU/CHR et peut donner une indication du taux de participation des établissements suite à un envoi général sans relance. Le seul élément de référence dont nous ayons connaissance est le taux de retour de l'enquête réalisée par la direction des hôpitaux en 1996 et qui s'est situé à 50% des établissements publics et privés contactés [8]. Compte tenu des différences relatives à la qualité de l'émetteur⁹ et à la période de réalisation de l'enquête¹⁰, nous apprécions le taux de retour obtenu pour notre enquête à un niveau tout à fait satisfaisant.

⁸ Utilisation de la base SAE 2001 pour les coordonnées des établissements et leurs caractéristiques : Statistique Annuelle des Etablissements de santé, DREES, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

⁹ La direction des hôpitaux, tutelle des établissements de santé, pour l'enquête réalisée par Baubeau et al. [8] et un doctorant d'un laboratoire universitaire en sciences de gestion pour la nôtre.

¹⁰ La forte motivation des établissements à répondre à l'étude de 1996 peut être liée à l'intérêt des établissements suite à la publication des ordonnances du 24 avril 1996 et à l'instauration de la démarche d'accréditation. Notre enquête est réalisée au premier semestre de l'année 2003, dans le contexte de mise en place effective des démarches d'accréditation et de préoccupations certainement plus opérationnelles des responsables qualité (auto-évaluations, préparation de la visite d'accréditation, ...) et avant la nouvelle version de l'accréditation V2 qui « relance » en 2004 la manière de traiter ce thème.

Le mode d'administration du questionnaire retenu ne nous permet pas de prétendre à une représentativité des réponses, au sens statistique du terme. Néanmoins, l'échantillon obtenu couvre la variété des tailles d'établissements de la population des CH de plus de 100 lits (Tableau II). Nous pouvons supposer que les répondants sont les établissements les plus impliqués, et les plus actifs aussi, à l'égard du thème de la SP. Les réponses sont certainement à interpréter en conséquence. Les traitements réalisés reposent sur des analyses uni- et bivariées des variables issues de la codification du questionnaire. Les principaux résultats sont présentés ci-dessous et les tendances dégagées dans la discussion.

2. Principaux résultats

Les principaux résultats sont présentés en adoptant le plan retenu pour la structure du questionnaire : le personnel dédié à la prise en compte de la satisfaction, les outils actuels d'évaluation et de prise en compte de la SP avec le QS, les études et ES, les autres outils d'évaluation de la SP et finalement les projets d'amélioration des outils de prise en compte de la SP.

2.1. Le personnel en charge de l'évaluation et du suivi de la SP

Une ou plusieurs personnes sont dédiées à l'évaluation et au suivi de la SP dans tous les CHU et dans 90% des CH ayant répondu à l'enquête. 80% des personnes responsables de l'évaluation de la SP ont suivi une formation unique. Les formations des responsables de la SP sont présentées dans le tableau III.

Il s'agit principalement d'une formation de gestionnaire des hôpitaux. Ensuite, la formation la plus fréquente est une formation soignante dans les CH et qualicienne dans les CHU. La formation médicale est peu représentée chez les personnes en charge des responsabilités institutionnelles liés à « l'évaluation et au suivi de la satisfaction du patient », surtout dans les CH (moins de 1%).

2.2. Les outils actuels d'évaluation et de prise en compte de la SP : le questionnaire de sortie

En 2003, les CH et CHU disposent quasiment tous d'un QS puisque tous les CHU et 98% des CH répondants en ont un. L'analyse de la date de création du QS montre que les ordonnances de 1996 ont joué un rôle moteur dans sa mise en place. En effet, avant 1996, 60% des CH et un tiers des CHU n'avaient pas de QS. Ce dernier se caractérise par :

- Un ciblage unique des patients hospitalisés pour 95% des CH et 12 CHU sur les 14 répondants. Les autres cibles sont les patients des consultations externes (2% des CH et 7% des CHU) ou encore les familles, tuteurs et proches des patients hospitalisés (2% des CH et aucun CHU ayant répondu).

- Un format identique pour l'ensemble des patients (83% des CH et quasiment tous les CHU). Les CH qui ont développé plusieurs QS ont tous un QS général auquel s'ajoutent une ou plusieurs versions spécifiques destinées à des secteurs ciblés (les urgences, la chirurgie ambulatoire, le long séjour, les SSR¹¹, les consultations externes, la maternité, la pédiatrie, l'hospitalisation de jour ...)

- Un mode de remise unique (92% des CH et 12 CHU sur les 14 répondants) et dominant (l'insertion dans le livret d'accueil pour 92% des CH et tous les CHU, conformément à l'obligation réglementaire¹²).

- Une variété de modes de recueil internes (dans les services cliniques et dans divers points de recueil de l'établissement) et externes (par voie postale aux frais du patient essentiellement), avec plus des deux tiers des CH et CHU ayant recours à deux modes de recueil des QS ou plus.

- Un traitement des résultats prédéfini à une fréquence variable (annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle) pour tous les CHU et seulement pour 80% des CH. Ceci implique que dans 20% des CH, les réponses des patients aux questionnaires de sortie ne sont pas systématiquement traitées.

2.3. Les outils actuels d'évaluation et de prise en compte de la SP : les ES

Les deux tiers des CH et 80% des CHU déclarent avoir réalisé une ou plusieurs ES au courant des cinq dernières années ayant précédé notre étude. Les ES analysées¹³ présentent les caractéristiques suivantes :

- Le champ : la moitié des ES couvre un champ large (secteur MCO, ensemble des services cliniques ou de l'établissement) et l'autre moitié un ou plusieurs secteurs (unités de soins de longue durée, consultations externes et urgences étant les secteurs les plus fréquemment concernés).

- Le thème : les ES sont des enquêtes générales (couvrant un ensemble de thèmes relatifs à l'expérience d'hospitalisation ou de consultation) pour 71% des ES réalisées dans les CH et 73% des ES réalisées dans les CHU. Par ailleurs, plus de 40% des ES spécifiques pratiquées dans les CH traitent du thème de la restauration (le faible nombre d'ES recueillies dans les CHU ne permet pas d'analyse thématique).

- Le public visé : les ES ciblent essentiellement les patients hospitalisés (72% des ES réalisées dans les CH et 69% des ES réalisées dans les CHU).

- La fréquence d'administration : les ES sont principalement ponctuelles (69% des ES dans les CH et 62% dans les CHU). Les enquêtes récurrentes sont quasi-exclusivement périodiques avec des périodes

¹¹ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

¹² Arrêté du 7 janvier 1997

¹³ 234 enquêtes de satisfaction pratiquées par des CH de plus de 100 lits ont été analysées

annuelles ou supérieures pour les deux-tiers d'entre elles. L'administration continue des ES ne fait quasiment pas partie des modalités d'administration des ES (3% des CH et des CHU).

- Le mode de recueil des données : les logiques de recueil des données sont similaires dans tous les CH (tableau IV). Le questionnaire fermé (auto-administré ou administré lors d'un entretien directif) apparaît comme le format de base de recueil des données de la SP (97% des ES des CH et toutes les ES des CHU). Le recueil par questionnaire auto-administré concerne 60% des ES dans les CH et CHU et le recueil par entretien individuel directif 36% des ES des CH et 40% des ES des CHU. Les CH optent préférentiellement pour une administration à l'hôpital du questionnaire (68% des ES des CH) alors que les CHU optent plutôt pour une administration extérieure à l'hôpital du questionnaire (71% des ES dans les CHU). Les premiers semblent privilégier le caractère pratique d'une administration sur place alors que les seconds semblent mieux informés des biais d'acquiescement relatifs à ce type d'administration.

Les autres modes de recueil de données proposés (entretien de groupe et entretien individuel non-directif ou semi-directif) ne concernent que 3% des ES dans les CH et aucune dans les CHU.

2.3. Les autres outils actuels d'évaluation et de prise en compte de la SP

Les réponses à cette question ouverte sont peu nombreuses (15 CH et un CHU citent un ou plusieurs autres outils) et concernent l'analyse des lettres de félicitations, la mise en place de systèmes de recueil des suggestions (boîtes et cahiers), l'analyse des fiches de déclaration d'évènements indésirables et les réunions entre patients, médecins et personnels (spécifiques au secteur long séjour). Ces réponses suggèrent un faible recours par à d'autres outils de gestion de la satisfaction que les QS et les ES.

2.4. Les pistes d'amélioration des outils actuels d'évaluation et de prise en compte de la SP

Plus de 90% des hôpitaux ayant répondu à cette question considèrent qu'il y a des améliorations à apporter aux outils de gestion de la SP actuellement utilisés.

Les pistes les plus fréquemment citées sont présentées dans le tableau V et s'articulent selon trois logiques : une première logique d'amélioration des outils de gestion de la SP, une deuxième logique d'amélioration de la mise en œuvre des outils de la SP et une troisième logique d'amélioration de l'utilisation des résultats produits pour la décision et l'action.

Les pistes d'amélioration citées par les CH relèvent essentiellement d'une approche « technique » de l'outil de gestion de la SP relevant soit de la logique d'implantation ou d'amélioration de l'outil, soit de la logique d'amélioration de sa mise en œuvre. En effet, 94% des CH citant des pistes d'amélioration

possibles de leurs outils font référence exclusivement à la logique de type 1 (50%), exclusivement à la logique de type 2 (27%) ou simultanément au deux logiques de type 1 et 2 (17%). La troisième logique est embryonnaire (6% des CH), montrant une déclinaison limitée des résultats de l'évaluation et du suivi de la SP au niveau des décisions et des actions effectives.

Bien que les effectifs des CHU soient trop faibles pour l'interprétation des résultats, il semble que ces derniers soient davantage orientés vers la logique de type 3 que les CH.

Ces trois logiques correspondent certainement en grande partie aux trois étapes d'élaboration d'un outil de gestion, de mise en œuvre de cet outil, puis d'utilisation de l'outil dans une perspective managériale. Ainsi, les CH se situent encore dans une perspective d'implantation et d'amélioration de l'outil (type 1), ainsi que de sa mise en œuvre (type 2), alors que les CHU s'interrogent davantage sur l'articulation entre les résultats des évaluations de la SP et l'action (type 3). Nous retrouvons ici le constat réalisé à propos des outils existants : les CHU paraissent plus « avancés » dans le processus de mise en place des outils de gestion de la SP.

3. Discussion

La discussion s'articule autour de la présentation des résultats de synthèse, dans un premier temps, et la proposition d'une typologie des dispositifs d'évaluation et de suivi de la SP, dans un second temps.

3.1. Etat des lieux des pratiques d'évaluation et de prise en compte de la SP : une synthèse des résultats

Les résultats de synthèse sont présentés selon les trois idées forces suivantes : l'intérêt croissant des établissements de santé pour le thème de la SP marqué par une distanciation forte du corps médical, l'homogénéité méthodologique des outils de gestion de la SP ainsi qu'une large déconnexion entre les résultats produits par ces outils et les systèmes décisionnels en place.

3.1.1. Un intérêt croissant des hôpitaux pour le thème de la SP ...marqué par une distanciation forte du corps médical

Le thème de la SP suscite un intérêt croissant des hôpitaux publics français puisqu'une ou plusieurs personnes sont dédiées à l'évaluation et au suivi de la SP dans tous les CHU et dans 90% des CH ayant répondu à l'enquête. Le corps médical n'est qu'exceptionnellement en charge des fonctions institutionnelles d'évaluation et de suivi de la SP. En effet, la personne responsable de ce suivi est un médecin dans moins de 1% des CH. Bien que dans les CHU la formation médicale soit très légèrement

mieux représentée, ce qui peut s'expliquer par une présence plus élevée de médecins spécialisés en santé publique comparativement aux autres structures hospitalières, elle ne concerne toutefois que deux responsables sur les 12 CHU ayant répondu à cette question.

3.1.2. Une forte homogénéité des approches méthodologiques adoptées ... conjuguée à l'hétérogénéité des outils développés, outils ad hoc et peu validés

Les pratiques des établissements de santé publics en matière d'évaluation et de suivi de la SP sont marquées par une très grande homogénéité méthodologique reposant sur la diffusion du QS et la réalisation d'ES par questionnaire. A cette homogénéité des approches méthodologiques retenues, se conjugue une forte hétérogénéité des outils développés. En effet, chaque hôpital développe ses propres outils en interne. Il apparaît, qu'à l'exception notable de certaines initiatives comme les questionnaires développés en région Aquitaine par le CCECQA¹⁴ [7, 25, 26] ou par un établissement¹⁵, les outils sont quasiment tous des outils *ad hoc*, non validés au niveau de leurs qualités psychométriques.

Ceci pose le double problème de la déperdition des énergies et du manque de capitalisation des expériences menées localement ainsi que du manque de comparabilité inter-établissements des résultats.

3.1.3. Une large déconnexion entre les résultats de ces outils et les systèmes décisionnels en place

Les CH se situent essentiellement dans une perspective d'implantation et d'amélioration de l'outil et de sa mise en œuvre, consacrant l'énergie déployée dans l'amélioration des outils de gestion de la SP à leur dimension « technique » (Tableau V). Cette tendance des hôpitaux publics français à se focaliser sur les aspects techniques des outils de gestion de la SP traduit une véritable déconnexion entre les résultats produits et les systèmes décisionnels en place. En effet, seuls 6% des CH répondants souhaitent améliorer leur dispositif de gestion de la SP par une plus grande utilisation des données pour la décision et l'action.

Il semble que les CHU inscrivent davantage l'évaluation de la SP dans une perspective managériale de prise en compte des résultats pour guider les décisions et les actions. Ceci pourrait s'expliquer par une antériorité de leurs préoccupations relatives à ce thème par rapport aux CH, ainsi que par l'existence d'échanges inter-CHU sur ce thème au sein du groupe qualité de la réunion des DG de CHU de France. Cette tendance observée au niveau des CHU laisse entrevoir un déplacement progressif des préoccupations futures vers une logique managériale des outils de gestion de la SP.

¹⁴ Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique de la Qualité en Aquitaine

¹⁵ Comme l'AP-HP avec l'échelle EQS [23, 24, 29], le CHU de Nancy [28] ou encore le CHU de Grenoble [27].

3.2. Proposition d'une typologie des dispositifs d'évaluation et de suivi de la SP à l'hôpital

L'analyse des résultats montre l'existence de quatre catégories d'ES en fonction de leurs caractéristiques de périodicité et de spectre thématique : des enquêtes récurrentes (périodiques ou continues) et générales (couvrant un ensemble large de thèmes), des enquêtes récurrentes et spécifiques à un thème, des enquêtes ponctuelles et générales et finalement, des enquêtes ponctuelles et spécifiques.

Cette catégorisation permet de distinguer 4 profils de pratiques relatives aux outils d'évaluation et de prise en compte de la satisfaction :

- **Une approche minimaliste de la satisfaction** : elle concerne les hôpitaux dont le dispositif d'évaluation de la SP est centré exclusivement sur le QS (pas d'ES).
- **Une approche ciblée de la satisfaction** : ces hôpitaux réalisent des ES en complément du QS. Ces ES sont soit ponctuelles (générales ou spécifiques), soit récurrentes et spécifiques à un thème.
- **Une approche récurrente de la satisfaction** : ces hôpitaux réalisent des ES en complément du QS. Ces ES sont toutes récurrentes et générales.
- **Une approche globale de la satisfaction** : ces hôpitaux réalisent des ES en complément du QS. Ces ES sont soit récurrentes et mixtes au niveau thématique (certaines sont générales, d'autres spécifiques), soit mixtes au niveau de la périodicité (certaines sont récurrentes, d'autres ponctuelles) et générales, soit mixtes au niveau de la périodicité et de la thématique.

Le tableau VI présente le nombre de CH et de CHU adoptant l'une ou l'autre de ces approches.

Si les pratiques des hôpitaux en matière d'évaluation de la SP sont très clairement marquées par l'adoption d'une approche minimaliste ou ciblée (80% des CH), la tendance observée au niveau des CHU laisse entrevoir une évolution de l'évaluation et du suivi de la SP vers des approches plus systématiques et globales (plus de la moitié des CHU adoptent des approches récurrentes ou globales de la SP).

Conclusion

L'état des lieux relatif aux pratiques des établissements de santé publics français en matière d'évaluation et de suivi de la satisfaction de leurs patients fait apparaître, à l'aube de la mise en œuvre de la deuxième version du manuel d'accréditation (V2), une situation marquée par deux phénomènes.

Le premier phénomène touche aux dispositifs de gestion de la SP mis en place dans les hôpitaux publics français. Il peut être résumé par l'expression suivante : une approche méthodologique homogène de gestion de la SP s'appuyant sur des outils de gestion hétérogènes. En effet, si la mise en œuvre d'outils

dédiés à l'évaluation de la SP se généralise au niveau institutionnel autour du QS et de la réalisation d'ES par questionnaire, force est de constater que ces derniers sont essentiellement des outils ad hoc, développés en interne par les établissements, et peu validés au plan de leurs qualités psychométriques.

Le second phénomène mis en lumière touche à l'articulation entre les résultats produits par les outils de gestion de la SP mis en place et les décisions d'action des acteurs opérationnels. La généralisation du recours aux outils de gestion de la SP dans les établissements de santé publics ne doit pas masquer une faible implication du corps médical dans la mise en œuvre des dispositifs de gestion de la SP au niveau institutionnel ainsi que l'existence d'une forte déconnexion entre les résultats produits par ces dispositifs et les actions et pratiques cliniques effectivement mises en œuvre.

La V2, dont la référence 51 contient explicitement l'évaluation de la SP et de son entourage, pourra-t-elle faire évoluer ces phénomènes ?

Le texte de la V2 ainsi que les tendances observables à l'heure actuelle visent à homogénéiser les outils d'évaluation de la SP. En effet, la V2 précise dans sa référence 51.a que l'évaluation de la satisfaction du patient doit reposer « sur des méthodes validées » [33]. Sont précisés, comme critères de validité des méthodes, « le taux de retour important des QS », qui seul « permet une mesure précise de la satisfaction », ainsi que « la conduite d'enquêtes sur échantillon représentatif répétées dans le temps ». Aucune référence n'est faite à une validation des qualités psychométriques de l'outil de mesure de la SP. Ceci étant, le projet ministériel COMPAQH¹⁶ s'appuie sur le questionnaire validé SAPHORA [26], et ses extensions sectorielles, et teste son utilisation sur l'ensemble des CHU. Si les résultats s'avèrent concluants, il est probable que cet outil se diffuse dans l'ensemble des établissements de santé publics, permettant de produire des indicateurs de satisfaction des patients et de qualité perçue des soins hospitaliers et d'assurer un objectif fondamental du recueil de la SP, à savoir la comparabilité des résultats inter-établissements.

L'observation des évolutions actuelles n'apporte pas de réelle réponse au problème posé par le second phénomène. Bien que les différents critères de la référence 51 de la V2 fassent explicitement référence à l'utilisation des résultats dans une perspective managériale¹⁷, le problème de la relative déconnexion entre les résultats produits par les outils de gestion de la SP et les systèmes décisionnels en place, mis en

¹⁶ COordination pour la Mesure de Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière

évidence dans cette recherche, reste posé. Afin de le résoudre, il s'agit de dépasser la dimension de la mesure pour intégrer la dimension organisationnelle de la conception et de la mise en œuvre des outils de gestion de la SP dans les établissements de santé. Ceci nécessite une réflexion globale permettant non seulement l'articulation des outils de gestion de la SP entre les niveaux institutionnels et opérationnels des établissements hospitaliers, mais aussi, et peut-être surtout, l'implication effective du corps médical.

Un dernier point essentiel réside dans la nécessité d'élargir le champ des méthodes utilisées par les hôpitaux pour évaluer la SP en recourant davantage aux approches qualitatives en complément des approches quantitatives. A cet égard, les outils et techniques développés dans le champ du marketing pour appréhender et mesurer la satisfaction constituent en notre sens une source d'enrichissement des pratiques actuelles des hôpitaux en leur permettant une meilleure connaissance de leurs publics.

Une perspective de recherche future consiste en l'évaluation de l'impact de la V2 pour le thème de la SP.

La reconduction d'une étude identique permettrait une comparaison avec ce travail.

Bibliographie

1. *Freidson E. La Profession Médicale. Paris : Payot. 1984.*
2. *Adam P et Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris : Armand Colin. 2004.*
3. *Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. Journal of Public Health Medicine 1992;14:236-249.*
4. *Edwards C, Staniszweska S et Crichton N. Investigation of the ways in which patients' report of their satisfaction with healthcare are constructed. Sociol-Health-Illn 2004;26;2:159-183.*
5. *Ford RC, Bach SA et Fottler MD. Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations. Health-Care-Management-Rev. 1997;22;2:74-89.*
6. *Labarere J et François P. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature. Revue d'Epidémiologie et Santé Publique 1999;47;Mai:175-184.*
7. *Pourin C, Barberger-Gateau P, Michel P et Salomon R. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 1ère partie : Aspects conceptuels et revue des travaux. Journal d'Economie Médicale 1999;17;2-3:101-115.*
8. *Baubeau D, Labram C, Derenne Y, Cong HQ et Delneppe F. La mesure de la satisfaction des patients dans les établissements de santé. Résultats d'une enquête nationale. Informations Hospitalières 1997;45:56-66.*
9. *Direction des hôpitaux. Evaluation de la satisfaction des patients. Document d'orientation pour les établissements de santé. Informations Hospitalières 1997;Numéro spécial;47:1-16.*
10. *De Vernejoul N, Gottot S, Freund R, Quidu F et Bigorie A. Les plaintes sanitaires sont-elles un indicateur de qualité des soins ? Santé Publique 1999;11;3:253-169.*
11. *Allen LW., Creer E et Legitt M. Developing a patient complaint tracking system to improve performance. Jt-Comm-J-Qual-Patient-Saf 2000;26;4:217-226.*

¹⁷ 51.a. Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration, 51.b. Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises et 51.c. Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'action d'amélioration.

12. Garbutt J, Bose D, Mc Cawley BA, Burroughs T et Medoff G. *Soliciting patient complaints to improve performance. Jt-Comm-J-Qual-Patient-Saf.* 2003;29;3:103-112.
13. Casebeer AL et Verhoef MJ. *L'utilisation des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques. Maladies chroniques au Canada* 2000;18;3:1-10.
14. Dougall A, Russell A, Rubin G et Ling J. *Rethinking patient satisfaction : patient experiences of an open access flexible sigmoidoscopy service. Soc-Sci-Med.* 2000;50:53-62.
15. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediac-Rizkallah M et Ghorayeb F. *Women's experiences of maternity care : satisfaction or passivity. Soc-Sci-Med* 2000;51:103-113.
16. Mornet C. *L'évaluation de la satisfaction du patient. Soins Cadres* 2001;37:20-22.
17. Van't Riet A, Berg M, Hiddema F et Sol K. *Meeting patients' needs with patient information systems : potential benefits of qualitative research methods. Int-J-Med-Inform* 2001;64:1-14.
18. Laing A. *Meeting patients expectations. Health-Serv-Manage-Res* 2002;15:165-172.
19. Minvielle E, Grenier-Sennelier C, Corriol C, Michel P et Daucourt V. *Améliorer la satisfaction du patient. Introduction. Rapport d'étape 2003 Projet COMPAQH. Paris : INSERM-CCECQA.* 2003.
20. Ware JE, Snyder MK, Wright RW et Davies AR. *Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. Eval-Program-Plann* 1983;6;3/4:247-264.
21. Rubin HR, Ware JE, Nelson EC et Meterko M. *The patient judgments of hospital quality (PJHQ) questionnaire. Med-Care* 1990;28;9:S17-S22.
22. Nelson EC, Larson CO, Davies AR, Gustafson D, Ferreira PL et Ware JE. *The patient comment card : a system to gather customer feedback. QRB-Qual-Rev-Bull* 1991;17;9:278-286.
23. Salomon L, Gasquet I, Durieux P et Ravaud P. *Prise en compte des attentes des patients pour améliorer la qualité des soins : résultats d'une enquête sur 500 patients hospitalisés. Revue d'Epidémiologie et Santé Publique* 1998;46:427-429.
24. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M et Ravaud P. *Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. Int-J-Qual-Health-Care* 1999;11;6:507-516.
25. Pourin C, Barberger-Gateau P, Michel P et Salomon R. *La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 2ème partie : Aspects méthodologiques. Journal d'Economie Médicale* 1999;17;2-3:117-132.
26. Pourin C, Tricaud-Vialle S et Barberger-Gateau P. *Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés. Journal d'Economie Médicale* 2003;21;3:167-181.
27. Labarere J et François P. *Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. Int-J-Qual-Health-Care* 2001;13:99-108.
28. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F et Guillemain F. *Factors determining inpatient satisfaction with care. Soc-Sci-Med* 2002;4:493-504.
29. Moret L, Pillet N, Lombrail P et Nguyen JM. *Evaluer la satisfaction des patients hospitalisés : une version courte de l'EQS. Risques et Qualité* 2004;4:21-28.
30. Gasquet I, Villemintot S et Estaquio C. *Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion if quality of hospital consultation departments. Health-Qual-Life-Outcomes* 2004;2;1:43.
31. Gasquet I, Michel P, Pourin C, Tricaud-Vialle S et Daucourt V. *Coordination Saphora-CHU 2006-2007. Mise à disposition des CHU d'un dispositif d'enquêtes de satisfaction des usagers, Conférence des DG de CHU de France.* 2005.
32. ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES.* 1999.
33. ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation. Paris : ANAES.* 2004.

Tableau I. Population et échantillon de l'enquête

Type d'établissement de santé	CHU/CHR	CH	CHS
Nombre d'hôpitaux CH de plus de 100 lits (base SAE 2001)	31	462	91
Nombre de questionnaires exploitables	16	148	22
Taux de retour	52%	32%	24%

Tableau II. Caractéristiques de l'échantillon vs population totale :

Nombre de lits d'hospitalisation	[100, 200[	[200, 300[	[300, 400[	[400, 500[	[500, 600[	[600, 700[	[700, 800[	+ 800
CH population	158	84	68	35	20	17	15	18
CH échantillon	41	32	26	21	3	8	7	10
CHS population	17	25	19	10	15	2	1	2
CHS échantillon	2	2	6	3	5	1	1	2
Nombre de lits d'hospitalisation	[100, 1000[	[1000,1500[	[1500,2000[	[2000,2500[	[2500,3000[	[3000,3500[	+ 3500	
CHU/CHR population	1	7	12	5	2	2	2	
CHU/CHR échantillon	1	2	5	3	2	0	1	

Tableau III. Formation(s) du responsable de l'évaluation et du suivi de la SP
(en effectif et en pourcentage des répondants, réponses multiples)

	CH		CHU	
	Effectif	%	Effectif	%
Gestion des hôpitaux	76	52%	6	50%
Formation soignante	37	26%	1	8%
Formation d'ingénieur (qualiticien)	23	16%	3	25%
Formation médicale	1	1%	2	16%
Autres formations citées	48	33%	3	25
Nombre de répondants	145	100%	12	100%

Tableau IV. Modes de recueil des données (effectif et % des ES)

	ES dans les CH		ES dans les CHU	
	Effectif	%	Effectif	%
Questionnaire auto-administré à l'hôpital	72	36%	6	17%
Questionnaire auto-administré par courrier à domicile	50	25%	15	43%
Entretien individuel directif en face-à-face à l'hôpital	63	32%	4	11%
Entretien individuel directif par téléphone à domicile	8	4%	10	29%
Ent individuel non ou semi-directif en face-à-face à l'hôpital	4	2%	0	0%
Réunion de groupe	2	1%	0	0%
Nombre d'ES décrites	199	100%	35	100%

Tableau V. Pistes d'amélioration des outils de gestion de la satisfaction du patient les plus fréquemment citées (en effectif et % des CH et CHU répondants¹⁸, réponses multiples)

	CH		CHU
	Effectif	%	Effectif
Logique de type 1. Amélioration des outils de la gestion de la SP	78	69%	5
Améliorer le(s) questionnaire(s) existant(s)	42	37%	1
Acquérir (et améliorer) les outils de traitement des données	14	12%	1
Elargir les cibles et les thèmes	32	28%	3
Logique de type 2. Amélioration de la mise en œuvre des outils SP	54	48%	6
Améliorer les modalités pratiques d'administration	32	28%	1
Améliorer le taux de retour du QS	22	19%	1
Améliorer l'exploitation et l'analyse	16	14%	4
Logique de type 3. Amélioration de l'utilisation des résultats pour l'action	7	6%	6
Aider à la décision et à l'action	7	6%	6

¹⁸ 113 CH et 11 CHU répondants.

Tableau VI. Différentes approches de prise en compte de la SP dans les CH et CHU

	CH		CHU
	Effectif	%	Effectif
Approche minimaliste de la prise en compte de la SP	53	33%	2
Approche ciblée de la prise en compte de la SP	77	47%	5
Approche récurrente de la prise en compte de la SP	21	13%	4
Approche globale de la prise en compte de la SP	11	7%	5
Nombre de CH et CHU répondants	162	100%	16