

**Mesure de la satisfaction des usagers
des établissements de santé**

Rapport présenté par :

Alain LOPEZ et Pierre-Louis REMY

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.*

*Rapport n°RM2007-045P
Mars 2007*

Inscrite au programme 2006 de l'IGAS, cette mission avait pour ambition, à la fois de faire un état des lieux de la situation dans les établissements hospitaliers publics et privés, et aussi de s'interroger sur l'usage de ces éléments de mesure, les problèmes méthodologiques liés aux mesures, les stratégies d'acteurs, avant de formuler quelques propositions.

La mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans le contexte global de montée de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé, que traduisent notamment l'évolution réglementaire, en particulier l'ordonnance du 24 Avril 1996 et la loi du 4 mars 2002, la montée en puissance des associations d'utilisateurs et la place croissante des démarches qualité, où le service rendu au client et donc son appréciation tiennent une place centrale.

Il faut noter cependant les spécificités du secteur du soin (action directe sur le patient; usager en situation de dépendance; difficulté pour le patient d'appréhender simplement et rapidement l'ensemble des caractéristiques et des effets d'une intervention...), qui rendent complexes les liens entre satisfaction et qualité, ce qui a pendant longtemps conduit les professionnels à une certaine défiance à l'égard de l'expression du point de vue de l'utilisateur. Il reste que la recherche, sous certaines conditions, de la satisfaction du patient fait partie de la qualité de la prise en charge et que même dans des univers médicaux très « protocolisés », comme celui du cancer, l'appréciation du patient sur sa prise en charge a du sens et est appréciée de plus en plus par les professionnels du secteur.

Cela a conduit, naturellement, la HAS à inscrire l'analyse de la satisfaction des patients, parmi les procédures à valider dans la démarche d'accréditation (référence 51).

L'appréhension de la satisfaction de l'utilisateur est aujourd'hui une préoccupation assez générale des établissements, au niveau des services, qui y voient une source d'information utile pour améliorer la qualité, et au niveau des directions, qui sont plus sensibles aux démarches de comparaison. Cette dernière préoccupation anime aussi les tutelles au niveau national. Naturellement les associations d'utilisateurs souhaitent également avoir des repères sur la qualité des soins selon les services.

La mesure de la satisfaction s'appuie sur des moyens multiples, les plaintes, les questionnaires de sortie, mais aussi des enquêtes spécifiques ou générales menées à l'initiative des établissements. L'usage qui est fait de ces informations reste très hétérogène.

Les plaintes des patients, adressées pour la plupart directement à l'établissement de santé concerné, sont un mode traditionnel d'expression de l'insatisfaction des utilisateurs. Le traitement des plaintes, encadré par le décret du 2 mars 2005, est surtout guidé par le souci de limiter les situations contentieuses. L'analyse des plaintes ne conduit pas, en général, à tirer des enseignements utiles à des modifications de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement autres que ponctuelles. Rares sont les situations où est recherchée une vue d'ensemble reliant l'analyse des plaintes avec l'étude des questionnaires de sortie, ou les résultats des enquêtes de satisfaction. D'ailleurs, souvent ces activités sont gérées par des services différents de l'établissement. Les établissements et les ARH rencontrés par la mission s'accordent pour considérer que le plus souvent les plaintes sont dues à des problèmes de communication entre soignants et utilisateurs (défauts d'explications, propos trop familiers, réactions d'irritation). Dans bien des cas, alors, quand la personne est reçue – c'est une fonction importante du médiateur de permettre à chacun de s'expliquer –, le problème disparaît.

Les questionnaires de sortie sont remis par les établissements de santé à tous les patients pour être rendus à la sortie du séjour. Souvent élaboré avec des représentants d'usagers, ce questionnaire porte sur l'accueil, l'information donnée, la qualité des soins, la douleur, le respect du consentement du malade et de son intimité, la qualité de l'hôtellerie, des diverses prestations offertes (télévision, téléphone...). Souvent ce questionnaire est peu rempli par les patients, mais il faut noter une grande diversité de situation entre les établissements et même les services (taux de remplissage de moins de 1% à 10%, parfois nettement plus), dans les taux de remplissage, le mode et le rythme de traitement des réponses obtenues. Ce qui intéresse le plus, ce sont les évolutions des indicateurs dans le temps et, plus encore les commentaires qualitatifs. Les éléments tirés de l'analyse de ces questionnaires de sortie prennent tout leur sens quand ils sont rapprochés d'autres éléments d'information formels ou informels dont dispose le service pour apprécier la satisfaction des usagers. Ils peuvent mettre en alerte, ou conforter des présomptions. Ils doivent cependant être interprétés avec prudence. Les garanties d'anonymat ne sont parfois par réunies pour les usagers. Et ils survalorisent le sentiment de satisfaction de l'utilisateur, par rapport à une enquête administrée quelque temps après la sortie.

Un nombre croissant d'établissements procèdent à des enquêtes « généralistes » sur échantillon de patients. Elles consistent à interroger les patients après leur hospitalisation (15 jours à 2 mois), par téléphone ou grâce à un questionnaire adressé par voie postale. On obtient alors en général un bon taux de réponse (60 à 80 %). Plusieurs établissements ont une expérience assez ancienne dans ce domaine.

En outre, dans le cadre de la conférence des directeurs de CHU, 22 établissements ont décidé d'effectuer une enquête de satisfaction des usagers, sur une même période (début 2007), avec le même outil de mesure (*SAPHORA-MCO* adapté aux CHU), afin de se livrer à des comparaisons entre les établissements. Cette démarche se superpose à la précédente. Une initiative comparable a été prise par la FNLCC.

L'outil *SAPHORA* est également une composante des indicateurs *COMPAQH* de mesure de la performance des établissements de santé en France, lancés à l'initiative de l'ANAES et de la DHOS. Ce dispositif Engagé à l'initiative de l'OMS Europe, le projet *PATH* poursuit des objectifs similaires au projet *COMPAQH*, sans lien organisé avec celui-ci.

Enfin, de nombreux services hospitaliers réalisent des enquêtes de satisfaction dans des domaines particuliers de leur activité : l'anesthésie, les urgences, la dermatologie, radiothérapie... Des enquêtes de satisfaction sont également menées par les établissements sur des activités logistiques : la restauration, les transports sanitaires.

Il faut citer, enfin, les enquêtes réalisées à l'initiative des usagers et susceptibles d'être exploitées par les établissements, au niveau local, ou national, pouvant s'appuyer sur l'outil internet. Ainsi, trois associations (*AIDES*, le *CISS* et l'*UNAF*) ont décidé de soutenir la constitution d'un site Internet, « Action Santé », opérationnel dans le courant 2007, destiné à rassembler les avis des patients sur la qualité de leur prise en charge). Il est vraisemblable que les initiatives dans ce sens se multiplieront, mais ce foisonnement d'informations n'est pas sans risque pour l'utilisateur, qui peut être alors désorienté.

Au delà de la diversité des outils utilisés et des taux de réponses, c'est la grande hétérogénéité des pratiques, dont la mission a fait le constat; depuis une approche assez formelle et juridique (se préserver de contentieux), jusqu'à des situations qui traduisent une véritable culture de l'utilisateur. Dans ces derniers cas, c'est moins le souci de comparaison avec les autres qui est dominant, que la préoccupation de pouvoir apprécier l'évolution de la satisfaction des usagers, pour agir et évaluer les résultats de l'action, en s'appuyant non seulement sur des mesures, mais aussi sur des éléments informels, liés en particulier aux contacts quotidiens des personnels avec les malades et leurs familles.

En ce qui concerne les comparaisons, la mission a mis l'accent sur les difficultés méthodologiques qu'elles posent et les précautions à prendre que cela induit, pour que de telles comparaisons aient un minimum de sens. La complexité du sentiment de satisfaction en rend la mesure complexe. Les résultats d'une enquête sont très dépendants des questions qui ont été posées, du moment auquel on a recueilli l'avis de l'utilisateur, du contexte dans lequel le questionnaire est administré, des caractéristiques mêmes de l'utilisateur.

En outre, les outils quantitatifs de mesure de la satisfaction des usagers ne constituent pas une réponse globale et définitive au problème de l'appréciation de la satisfaction. Ces outils se présentent sous la forme de questions fermées, ce qui limite le champ dans lequel les personnes interrogées peuvent s'exprimer : on ne peut détecter par ces outils des problèmes imprévus. Les questions ouvertes sont une réponse à cette difficulté, mais leur traitement est lourd et complexe. Enfin, l'interprétation quantitative des résultats est susceptible de ne pas suffisamment prendre en compte les cas extrêmes, et en particulier les cas de très grande insatisfaction.

Par ailleurs, la présentation des indicateurs de performance pose d'un point de vue statistique un certain nombre de problèmes. En effet, des différences importantes de classement sont susceptibles d'être interprétées comme dénotant une différence importante et significative de performance de deux établissements ou de deux services, alors que, dans bien des cas, les différences de classements sont seulement dues au hasard de l'échantillonnage. Le plus souvent, l'incertitude est suffisamment importante pour que ne puissent pas être distingués la performance intrinsèque de l'établissement des facteurs de confusions, au premier rang desquels les caractéristiques socio-démographiques des usagers et les pathologies traitées. La différence de satisfaction entre deux établissements a de grandes chances d'être expliquée plus par leurs différences de recrutement et par leurs spécialités thérapeutiques, que par des différences de performance.

Le fait de donner les intervalles de confiance associés aux indicateurs, comme c'est le cas dans le dispositif SAPHORA, ne résout que partiellement ce problème, de même que la présentation des résultats sous forme de regroupement dans des classes. Ces difficultés sont d'autant plus grandes que les indicateurs sont plus agrégés.

On peut constater, en définitive, qu'à travers le développement des enquêtes de satisfaction des usagers sont poursuivis différents objectifs qui mériteraient d'être distingués, tant en ce qui concerne les outils que leurs conditions de mise en œuvre:

- l'amélioration de la qualité des soins par les opérationnels concernés,
- l'optimisation de l'affectation des ressources disponibles, pour répondre, au mieux, aux besoins de soins de la population,

- l'amélioration de l'information de l'utilisateur, de manière à ce qu'il puisse s'orienter dans le dispositif de soins en fonction de ses attentes.

Ce constat conduit la mission à faire les recommandations suivantes :

1- Développer des mesures de la satisfaction fiables, à l'initiative des établissements, utiles à l'amélioration de la qualité, en privilégiant les initiatives internes, plutôt que les comparaisons sous la forme de classements nationaux.

Les initiatives internes des services et des établissements visant à mesurer la satisfaction des usagers, sont utiles pour améliorer la qualité des prises en charge. La mesure de la satisfaction n'est pas, dans ce contexte, une fin en soi. Elle est un élément dans une démarche. C'est donc la qualité de la démarche dans son ensemble qui doit être prise comme objectif, sans se focaliser sur ce maillon. Il y a une multiplicité d'outils pour appréhender la satisfaction des usagers. C'est l'attention portée au croisement et à l'irrigation réciproque de ces différents éléments d'information qui fondera la qualité des données sur ce sujet, plus que le caractère « scientifique » d'un des outils. Dans cette perspective, il est souhaitable que la référence 51a du manuel d'accréditation « *L'évaluation de la satisfaction des patients repose sur des méthodes validées* » soit interprétée de la façon la plus ouverte. Et, si la HAS était amenée à proposer la mise en place d'indicateurs de satisfaction, dans le cadre de la procédure d'accréditation, elle devrait s'attacher à ce que les outils proposés soient ouverts et multiples pour permettre une possibilité de choix par les établissements et les services.

On n'évitera pas les mesures de satisfaction à usage externe, à des fins de notoriété ou de comparaison apparaissant sous la forme de classements. Ce qui est essentiel alors, c'est que les outils utilisés, dans leur conception et dans la présentation des résultats, offrent des garanties. A cette fin, il est opportun de demander à la HAS de produire des recommandations de bonnes pratiques pour l'élaboration, la présentation, la diffusion, d'indicateurs externes de mesure de la satisfaction des usagers et pour la présentation de données comparées.

Il faut, en outre, être extrêmement circonspect sur les démarches d'agrégation pour produire des indicateurs synthétiques, susceptibles de nourrir des classements entre établissements. En particulier, l'Etat, en ce qui le concerne, doit éviter de publier des indicateurs sous sa responsabilité, parce que c'est la pluralité des dispositifs d'appréciation qui offre une garantie, et qu'un classement publié sous la responsabilité de l'Etat aurait inévitablement un statut spécifique. On ne peut en outre exclure que la responsabilité de l'Etat soit engagée par la publication de telles informations. Enfin l'Etat, qui a des responsabilités d'affectation des ressources vis à vis des établissements de soins, doit veiller à ne pas être accusé de procéder à des observations utiles à ses projets d'action et donc biaisées.

2- Développer des mesures de la satisfaction fiables, utiles à une organisation de l'offre des soins répondant aux besoins de la population

Dans notre pays où l'Etat exerce un rôle de régulation de l'offre de soins, il est nécessaire qu'il puisse comparer entre eux les établissements de soins, afin d'apprécier leurs performances et prendre les décisions pesant sur l'organisation et le fonctionnement qui lui appartiennent. La mesure de la satisfaction des usagers doit bien sûr prendre sa place dans la construction de cette évaluation, en portant sur les seuls sujets que l'autorité sanitaire estime utiles de connaître pour exercer son rôle.

L'Etat devrait alors préciser à l'échelle nationale ou régionale, selon les responsabilités confiées à l'un ou à l'autre de ces niveaux, en collaboration avec les établissements, les professionnels et les représentants des usagers, les indicateurs permettant d'apprécier la performance hospitalière, incluant des éléments sur la satisfaction des usagers, qui lui sont nécessaires au titre de la régulation de l'offre de soins. Il devra aussi expliciter comment les valeurs prises par ces indicateurs peuvent être prises en compte dans le mode d'allocation budgétaire des établissements et dans les processus de planification qu'il conduit. Ce travail est entièrement à faire.

3- Améliorer l'information des usagers

Les informations mises à la disposition des usagers pour les aider à choisir l'établissement de santé ou le service médical le plus conforme à leurs souhaits sont de plus en plus nombreuses. Pour permettre à l'utilisateur de tirer le meilleur parti possible de ces informations complexes, abondantes, variées, il conviendrait d'encourager le développement d'une fonction tierce capable de l'aider à comprendre l'information accessible et à mieux préciser ses attentes, de façon à établir son choix en conséquence.

Plusieurs solutions peuvent être envisagées pour assurer cette fonction tierce :

le médecin traitant consulté par l'utilisateur peut jouer cette fonction tierce ;
un service d'information géré par les associations d'utilisateurs, à condition de les aider financièrement pour qu'elles puissent structurer cette fonction ;
une plate-forme locale d'information, constituée sous l'égide de la conférence régionale de santé, associant les partenaires hospitaliers publics et privés, les services de l'Etat et de l'assurance maladie, les associations d'utilisateurs, capable d'offrir des services sur Internet, mais aussi des contacts plus personnalisés aux utilisateurs qui le souhaiteraient.

SOMMAIRE

I. LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : UN DÉVELOPPEMENT HÉTÉROGÈNE DANS UN CONTEXTE GLOBAL DE MONTÉE DE LA PLACE DE L'USAGER AU SEIN DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	3
1.1 UNE NÉCESSITÉ CONSIDÉRÉE INCONTESTABLE	3
1.1.1 <i>La référence à la satisfaction de l'utilisateur est devenue une règle de conduite générale.....</i>	3
1.1.2 <i>L'évolution réglementaire et le renforcement des droits des utilisateurs</i>	4
1.1.3 <i>La montée en puissance du rôle des associations d'utilisateurs.....</i>	5
1.1.4 <i>La montée en charge et la formalisation croissante des démarches qualité.</i>	6
1.1.5 <i>Des pratiques variables selon les pays, en voie de généralisation.....</i>	8
1.2 LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS EST MISE AU SERVICE D'OBJECTIFS DIFFÉRENTS	9
1.2.1 <i>Les attentes des établissements de santé</i>	9
1.2.2 <i>Les attentes des régulateurs de l'offre de soins.....</i>	10
1.2.3 <i>Les attentes des utilisateurs</i>	11
1.3 LA RÉALITÉ DE LA MESURE ET DE SA PRISE EN COMPTE : DES SITUATIONS HÉTÉROGÈNES	12
1.3.1 <i>Des plaintes peu nombreuses, riches d'enseignements, traitées sous la menace du contentieux, réduites au cas individuel.....</i>	12
1.3.2 <i>La prise en compte de plus en plus systématique de la mesure de la satisfaction des utilisateurs dans les enquêtes nationales sur l'offre de soins</i>	15
1.3.3 <i>Des mesures toujours plus nombreuses réalisées dans les établissements de santé, auxquelles se prêtent plus ou moins les utilisateurs:.....</i>	15
1.3.4 <i>Les mesures comparatives en plein développement</i>	18
1.3.5 <i>Les résultats des mesures de satisfaction sont rassurants et décevants</i>	21
1.4 COMPLEXITÉ ET DIFFICULTÉS MÉTHODOLOGIQUES DE LA MESURE	23
1.4.1 <i>La définition des concepts et les risques de confusion :</i>	23
1.4.2 <i>Les difficultés de la mesure :</i>	25
1.4.3 <i>L'utilisateur et ses paradoxes</i>	28
2. L'USAGE DES DONNÉES COLLECTÉES : NÉCESSITÉ, AMBIVALENCE, RISQUE ET ENJEU	30
2.1. UNE QUESTION CENTRALE, L'ARTICULATION ENTRE USAGE INTERNE ET USAGE EXTERNE.....	30
2.2.1 <i>L'usage interne :</i>	30
2.2.2 <i>L'usage externe :</i>	31
2.2. ÉVALUER ET PRENDRE EN COMPTE LA SATISFACTION DE L'USAGER DANS LES ÉTABLISSEMENTS : LES EFFETS SUR LE POSITIONNEMENT DES ACTEURS DU DISPOSITIF DE SOINS, LES RISQUES COURUS	33
2.2.1 <i>Des positionnements d'acteurs en pleine évolution.....</i>	33
2.2.2 <i>Les risques</i>	34
III. LES PROPOSITIONS	37
3.1. DÉVELOPPER DES MESURES DE LA SATISFACTION FIABLES, À L'INITIATIVE DES ÉTABLISSEMENTS, UTILES À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET À LA RÉGULATION DE L'OFFRE	37
3.1.1 <i>Encourager les initiatives internes des établissements visant à mesurer la satisfaction des utilisateurs, afin d'améliorer la qualité des soins :</i>	37
3.1.2 <i>Prendre des précautions, dans la conception et l'utilisation d'outils de mesure à usage externe (notoriété, comparaison) :</i>	38
3.2. DÉVELOPPER DES MESURES DE LA SATISFACTION FIABLES, UTILES À UNE ORGANISATION DE L'OFFRE DES SOINS RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION	39
3.3. AMÉLIORER L'INFORMATION DES USAGERS	40
CONCLUSION	41

Introduction

L'Inspection Générale des Affaires Sociales a proposé dans son programme de travail une mission sur « *la mesure de la satisfaction des usagers de l'hôpital* ». Cette mission a été confiée à Alain LOPEZ et Pierre-Louis REMY, membres de l'IGAS, avec la participation de Pierre ECOCHARD, stagiaire à l'IGAS.

Mesurer la satisfaction des usagers dans les établissements de santé fait l'objet d'une recommandation ancienne¹. L'ordonnance du 24 avril 1996 en a fait une obligation. A priori, satisfaire les usagers qui s'adressent à lui devrait être un souci élémentaire de tout hôpital. Il paraît donc naturel que chaque établissement se donne les moyens de connaître le degré de satisfaction de ses usagers. Pourtant, il a fallu qu'une loi stipule cette nécessité, et que des textes réglementaires définissent comment souscrire à une telle obligation. Ce qui paraît élémentaire n'irait donc pas de soi. Il y a certainement des raisons à cela, au-delà des reproches classiques faits aux institutions de santé et aux professionnels de santé, accusés, pour les premières de sacrifier le souci de l'individu à celui des intérêts collectifs dont elles ont la charge, et pour les seconds de traiter en objet de soins un sujet malade. Ces raisons méritent d'être analysées.

Dans une première partie, la mission s'est efforcée de faire un point de l'existant, en ce qui concerne la mesure de la satisfaction, dans les établissements de santé français, en le complétant d'un éclairage sur ce qui se passe dans les pays étrangers. Elle examine également les problèmes de méthode qui se posent. Dans une seconde partie, elle aborde les questions liées à l'usage de ces mesures et la place de la prise en compte de la satisfaction des usagers dans la gestion des établissements et du système de soins. Enfin, la mission fait des propositions sur les conditions selon lesquelles devraient se développer les mesures de la satisfaction des usagers et la prise en compte de leurs résultats. Elle préconise des solutions pour améliorer le degré d'information des usagers sur le système de soins et ses performances.

Pour réaliser ce travail, la mission a rencontré des personnes qualifiées dans la mesure de la satisfaction des usagers, et plusieurs représentants des associations d'usagers, des institutions de soins, du ministère de la santé, de la Haute Autorité de santé. Elle s'est déplacée dans 6 régions pour examiner auprès des ARH le traitement des plaintes et la prise en compte des mesures de satisfaction des usagers hospitalisés. Elle a visité 14 établissements hospitaliers publics et privés², pour étudier le traitement des plaintes et réclamations, les mesures de la satisfaction mises en œuvre et la place qu'elles occupent dans le pilotage des établissements, les attentes des représentants d'usagers et des professionnels de santé.

¹ Circulaire du 19 juin 1947.

² 5 CHU, 2 CH, 1 Centre anti-cancéreux, 1 CHS, 3 cliniques privées à but lucratif, 1 clinique PSPH.

I. La mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé : un développement hétérogène dans un contexte global de montée de la place de l'utilisateur au sein de l'organisation du système de santé

La satisfaction des usagers est un objectif régulièrement rappelé, depuis peu d'années, dans tous les propos concernant le service public. L'hôpital n'échappe pas à la règle. Mais, au-delà du discours, l'avis de l'utilisateur sur la qualité du service qui lui est rendu est-il effectivement pris en compte ? De fait, la mission a constaté qu'on dispose aujourd'hui de références réelles, qui peuvent être analysées avec un peu de recul. Après avoir rappelé les raisons qui conduisent à cette démarche, le rapport présentera les observations réalisées par la mission sur le terrain, avant d'aborder les problèmes méthodologiques posés par la mesure de la satisfaction des usagers dans les établissements de santé.

1.1 Une nécessité considérée incontestable

1.1.1 La référence à la satisfaction de l'utilisateur est devenue une règle de conduite générale

Un service public est au service du public. C'est un truisme. Encore faut-il s'assurer que c'est bien le cas. L'évaluation des résultats obtenus au profit de l'utilisateur est le moyen de vérifier que la mission poursuivie est bien atteinte et d'engager une démarche d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des services.

Le résultat d'un service rendu à un utilisateur ne saurait être défini par le seul technicien auteur de la prestation dont l'avis autorisé serait le seul pertinent. La satisfaction de l'utilisateur fait partie des composantes de ce résultat. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans sa définition de l'évaluation de la qualité des soins a consacré cette position³. Le recueil du point de vue des patients est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins, au même titre que les considérations techniques que pourront livrer les professionnels de santé.

Le malade traité est un sujet malade. Certes en situation de vulnérabilité, il ne peut cependant pas être tenu écarté de la scène où un soignant, un établissement, se chargerait seul de lutter contre un objet étranger qui serait la maladie. Hippocrate fondait la médecine sur la reconnaissance d'une triade où l'association du médecin, du malade et de l'environnement

³ « L'évaluation de la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique **et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains** à l'intérieur du système de soins...c'est une procédure scientifique et systématique. » Voir Dossier Solidarité et santé, N°2, Avril-Juin 2001.

contribuait à décider du sort de toute maladie. Le malade, par ses comportements, ses modes de vie, sa dynamique subjective propre, est impliqué dans les processus morbides dont il est victime, comme dans les solutions thérapeutiques ou préventives qui peuvent être mises en œuvre. La santé n'est possible que grâce à une alliance entre le patient et les soignants qui lui apportent leurs soins. Cette alliance s'établit avec la prise en compte de l'avis du patient tout au long de sa prise en charge médicale.

Toutes ces raisons, qui conduisent à prendre en compte le sentiment de satisfaction exprimé par l'utilisateur, prennent d'autant plus de poids, dans le contexte du plus grand degré d'information des personnes sur les maladies et les possibilités de traitement ou de prévention existantes. Plus savant, l'utilisateur estime être à même de comprendre la situation dans laquelle il se trouve et être capable de participer aux choix des traitements le concernant.

1.1.2 L'évolution réglementaire et le renforcement des droits des usagers

Les textes législatifs et réglementaires ont, ces dix dernières années, affirmé avec toujours plus de force la nécessité de prendre en compte le jugement porté par les usagers sur les soins et le dispositif de soins. Ils ont inscrit cette question dans le cadre des droits des usagers qu'ils se sont appliqués à mieux définir et reconnaître.

- L'article L 710-1-1 de l'ordonnance du 24 Avril 1996 a rendu obligatoire, pour tous les établissements de santé publics et privés, l'évaluation régulière de la satisfaction des patients. Il stipule que les établissements devront remettre, lors des admissions, un livret d'accueil avec la charte du patient hospitalisé.
- L'arrêté du 7 janvier 1997 a défini le contenu du livret d'accueil dont la délivrance a été rendue obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996. L'article 3 de cet arrêté mentionne les deux documents qui doivent être annexés au livret d'accueil : la charte du patient hospitalisé, et « *un questionnaire de sortie, adapté à l'établissement, destiné à recueillir l'avis du patient sur les conditions d'accueil et de séjour* ».
- Le décret n° 97-1165 du 16 décembre 1997, déterminant les conditions de réalisation de l'évaluation des établissements et des équipements de santé prévue dans le cadre de la procédure conduisant à les autoriser, précise que le dossier d'autorisation devra comporter, notamment, « *la description des procédures ou des méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients* ». Dans le cas d'un renouvellement d'autorisation, il est nécessaire de produire les résultats de l'évaluation effectuée pendant les années de fonctionnement de l'établissement ou de l'équipement. C'est au vu de ces résultats et des mesures prises pour apporter les corrections nécessaires aux dysfonctionnements constatés que l'autorisation sera ou pas accordée.
- La loi du n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la constitution d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge (CRUQ), mise en place par le décret n° 2005-213 du 2 mars 2005. Cette commission est chargée de veiller au respect des droits des usagers. Pour ce faire, elle est tenue informée de « *l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que des réponses qui y sont apportées* ». Chaque année, les conseils d'administration des établissements de santé doivent délibérer sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et la prise en charge, sur la base du rapport de la CRUQ communiqué par ailleurs aux ARH.
- La loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 stipule que la conférence régionale de santé devra établir chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé.

- La charte du patient hospitalisé, telle que résultant de la loi du 4/03/2002 et des textes législatifs qui l'ont suivis (loi du 6/08/2004, loi du 9/08/2004, loi du 22/04/2005), définie par la circulaire du 2 mars 2006, précise dans son chapitre XI que « *la personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil* ».

Le recueil de l'avis des usagers, tant à travers des approches quantitatives (les questionnaires de sortie et autres diverses enquêtes), qu'en facilitant le dépôt des plaintes ou réclamations et en organisant leur prise en compte, s'est vu accorder une place de plus en plus grande ces 10 dernières années, dans un contexte marqué par :

- la montée en puissance des dispositions développant l'évaluation et les démarches d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé ;
- une plus forte reconnaissance des droits des usagers ;
- une association plus large des représentants d'usagers au processus de gestion et d'organisation du dispositif de soins (participation aux instances de gestion des établissements de santé ; participation aux commissions de concertation régionales prévues pour déterminer les stratégies hospitalières).

Si, dans les premiers textes concernant la prise en compte de la satisfaction des usagers, l'accent a surtout porté sur « *les conditions d'accueil et de séjour* », le patient est invité de plus en plus à se prononcer sur la qualité des soins et sur leurs effets. Ses avis, recueillis selon diverses procédures d'évaluation, peuvent peser sur les décisions administratives prises pour autoriser un équipement ou un établissement. Il est associé à la procédure d'accréditation. Les établissements sont de plus en plus incités à réviser leurs organisations et leurs fonctionnements à la suite des enseignements tirés des mesures de la satisfaction qu'ils ont réalisées ou du traitement des plaintes et réclamations qui leur ont été adressées.

1.1.3 La montée en puissance du rôle des associations d'usagers

Par l'intermédiaire des associations qui les représentent, les usagers sont de plus en plus sollicités par les autorités administratives nationales, régionales et départementales, pour donner leurs avis sur les besoins de soins, sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins, pour participer à l'élaboration des politiques hospitalières et des politiques de santé⁴ (Conférences régionales de santé, Conférence nationale de santé, préparation des SROS). Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, ils siègent dans les conseils d'administration des établissements de santé avec voix délibérative. Le nombre de leurs représentants a été porté à trois depuis l'ordonnance n° 2005-767 du 7 juillet 2005. Ils participent par ailleurs à de nombreuses commissions au sein des hôpitaux⁵.

La loi du 4 mars 2002 a institué une procédure d'agrément pour ces associations d'usagers, ce qui permet de mieux s'assurer de leur légitimité.

⁴ Confer « *Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives* ». P. -H Bréchat, A. Bérard, C. Magnin-Feysot, C. Segouin, D. Bertrand. *Santé publique* 2006, volume 18, n° 2, pp. 245-262.

⁵ Commissions d'appels d'offre, commissions préparant à la visite de certification (accréditation), la CRUQ, comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Même si parfois les associations sont en difficulté pour répondre à ces sollicitations qui se multiplient, leurs membres sont en général très motivés, d'autant plus que l'information qui leur est fournie est de qualité. Il peut arriver que les représentants des usagers restent soit dérouterés par la complexité du système dans lequel on leur demande d'intervenir, ce qui explique leur forte demande de formation.

1.1.4 La montée en charge et la formalisation croissante des démarches qualité.

Depuis les années 70, en particulier, les démarches qualité se sont développées dans les entreprises de biens et services, d'abord dans l'industrie, en particulier automobile, sous l'impulsion de firmes japonaises comme Toyota, avant de se généraliser à l'ensemble des services. Ceci c'est traduit notamment par la mise en place des normes ISO en trois versions successives (1987, 1994, 2000).

Les premières versions prenaient peu en compte la satisfaction réelle de l'utilisateur final. Pour résumer, la fourniture devait avoir été spécifiée avec le client et la production devait correspondre à la spécification prévue. Même si la norme se référait à la satisfaction des besoins "exprimés et implicites" des clients, on ne se préoccupait pas de savoir si ce qui avait été demandé par le client correspondait bien à son besoin réel.

La version 2000 met le client au sommet de la pyramide. Le fournisseur, de par la connaissance qu'il a de son métier et de son produit, a un devoir de conseil auprès de son client. Il doit donc l'aider à identifier son besoin réel et s'assurer que ce besoin a été satisfait en mesurant le niveau de satisfaction de son client.

Selon les exigences de la norme ISO 9001-Version 2000, mettre en œuvre un système de management de la qualité consiste à :

- démontrer l'aptitude à fournir régulièrement un produit conforme aux exigences du client et aux exigences réglementaires applicables ;
- chercher à accroître la satisfaction des clients par l'application efficace du système, et en particulier, mettre en œuvre un processus d'amélioration continue.

Cette formulation même illustre à quel point les exigences, la satisfaction du client et sa mesure sont aujourd'hui au cœur de la démarche qualité.

Cette approche s'est naturellement étendue aux établissements hospitaliers, producteurs de services de soins, en particulier à travers la démarche d'accréditation, introduite à la fin des années 90, et qui « *vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé (L.6113-3 du CSP) »*⁶.

La version II du manuel d'accréditation, publiée en 2004 insiste sur « ***La place centrale du patient*** : *il s'agit d'apprécier la capacité de l'établissement à s'organiser en fonction des*

⁶ Manuel d'accréditation ; Définitions et objectifs, p 8.

besoins et des attentes du patient. Cette appréciation doit prendre en compte les observations et les niveaux de satisfaction du patient et de ses représentants »⁷.

Ces principes se traduisent notamment, à l'intérieur du chapitre « *qualité et gestion des risques* » dans la Référence 51 : « ***La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée*** », qui se décline en particulier dans les propositions suivantes :

- « *51.a. Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration. L'évaluation de la satisfaction des patients repose sur des méthodes validées :*
 - *les questionnaires de sortie permettent d'identifier la perception des patients qui ont souhaité s'exprimer, cependant cette approche ne permet une mesure précise de la satisfaction qu'en cas de taux de retour important ;*
 - *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. Il s'agit notamment d'enquêtes à distance des épisodes d'hospitalisation.*

Il est important d'évaluer la perception par le patient de la qualité de l'information donnée sur son état de santé ainsi que du respect de ses droits.

- *51.c. Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration. »*

La référence 52, formulée ainsi « *Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées* », mérite également d'être citée en regard de la proposition 52.b: « *La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte. Il s'agit des médecins correspondants et autres professionnels de santé, des établissements liés par convention, des autres établissements sanitaires et sociaux en relation avec l'établissement, des réseaux, etc.* ».

Il faut cependant souligner que le secteur du soin présente des spécificités (action directe sur le corps du client, qui souvent n'a pas tous les moyens d'appréhender les effets de l'intervention...). Si la nécessité de la mesure de la satisfaction des usagers apparaît incontestable, il faut en préciser les conditions d'utilisation et les limites, comme l'ont souligné les membres de la Haute Autorité de Santé, pilote du processus d'accréditation, rencontrés par la mission⁸ :

- La satisfaction des usagers, si elle participe de la qualité, ne peut cependant en constituer le socle central. Le patient ne se trouve pas en position d'appréhender l'ensemble des éléments qui contribuent à la qualité de sa prise en charge (ce qui, à l'inverse, est plus envisageable, pour d'autres types de services, transport, poste...). Cependant, le patient est sensible au fait de recevoir de l'information sur ce qui est fait pour assurer une bonne prise en charge (sécurité anesthésique, formation des intervenants...).

⁷ Manuel d'accréditation ; Fondements et principes, p 8.

⁸ Entretien à la HAS du 17 novembre 2006 avec E. Caniard, membre du collège, F. Romaneix, directeur général, P. Burnel, directeur de l'accréditation, A. Biosse-Duplan, chargé des relations avec les usagers, à la direction de la communication.

- Les usagers sont sensibles aux questions qui sont « dans l'air du temps » (par exemple l'accident anesthésique de JP Chevènement a augmenté, à ce moment, leur sensibilité à ce sujet). Les indicateurs de satisfaction n'ont pas de valeur absolue. Il faut rechercher une pluralité d'indicateurs. Les indicateurs ont un rôle d'alerte, de déclencheur ; ils ne constituent pas un diagnostic.

Ces précautions, sur lesquelles nous reviendrons dans la suite du rapport, ne remettent pas en cause l'intérêt de prendre en compte la satisfaction de l'utilisateur dans les démarches qualité. Il existe un lien entre qualité de la prise en charge et satisfaction du patient, même si celui-ci est complexe à interpréter.

Et de fait il apparaît que même dans des univers médicaux très « protocolisés », comme celui du cancer, où la qualité peut donc se définir en termes de conformité, l'appréciation du patient sur sa prise en charge a du sens et même est très souhaitable, parce que la relation de l'équipe soignante au patient est un élément important du processus de prise en charge (cf par exemple la question de l'annonce), et que dans ce domaine il peut naturellement exister une variabilité, et donc des écarts dans les niveaux de satisfaction.

1.1.5 Des pratiques variables selon les pays, en voie de généralisation

La mesure de la satisfaction des usagers est mise en œuvre dans plusieurs pays étrangers⁹. Dans tous ces pays, elle prend place parmi d'autres indicateurs permettant d'apprécier la qualité des établissements de santé. Il faut remarquer cependant que beaucoup de grilles utilisées pour apprécier les performances des établissements ne prennent en compte que des indicateurs « techniques » et pas d'éléments liés à la mesure de la satisfaction des usagers.

Les conditions de réalisation de ces mesures sont différentes d'un pays à l'autre. Si au Danemark, c'est le ministère de la santé qui conduit tous les deux ans une enquête, assure la publication des résultats¹⁰, établit un rapport national, en Finlande et en Grèce tous les établissements réalisent de telles mesures alors qu'ils n'y sont pas obligés¹¹ et organisent eux-mêmes leur publication.

Au Danemark, les usagers ont accès aux résultats des mesures de la satisfaction effectuées. Ce n'est pas le cas en Grèce et au Portugal.

Dans tous ces pays sur lesquels la mission a pu avoir des informations, la nécessité de mesurer la satisfaction des usagers est affirmée. Quand on examine les conséquences qu'ont pu avoir la réalisation de ces mesures, on s'aperçoit qu'elles portent essentiellement sur des améliorations du confort et de la propreté des locaux d'hospitalisation, sur la qualité des repas, sur les conditions de stationnement des véhicules.

⁹ Royaume Uni (où le National Health Service dispose de 5 indicateurs de satisfaction du patient), Suisse, Canada, Etats Unis, Danemark, Finlande, Grèce, Autriche...

¹⁰ Le ministère de la santé Danois vient de créer un site internet (www.sundhedskvalitet.dk) où figurent 14 indicateurs sur la qualité des hôpitaux, dont 3 concernent la satisfaction des usagers.

¹¹ Le Portugal est dans le même cas que la Finlande et la Grèce, les mesures de la satisfaction ne sont pas obligatoires, mais seuls quelques établissements les réalisent, et, généralement, il n'est pas tenu compte de la mesure de la satisfaction des usagers dans la définition des politiques « qualité » des hôpitaux.

1.2 La mesure de la satisfaction des usagers est mise au service d'objectifs différents

Mesurer la satisfaction des usagers fait l'unanimité. Les objectifs poursuivis par les uns et par les autres ne sont cependant pas strictement identiques.

1.2.1 Les attentes des établissements de santé

Les établissements de santé cherchent à apporter aux patients qu'ils accueillent le meilleur service possible. C'est là leur raison d'être. Connaître l'appréciation portée par le bénéficiaire du service rendu est perçu, de façon croissante comme nécessaire, pour :

- repérer des dysfonctionnements qui seraient passer inaperçus de l'établissement et des professionnels eux-mêmes ;
- suivre les effets des mesures prises pour améliorer la qualité des prises en charge des patients ;
- tirer parti de la comparaison avec les autres établissements et services.

Cependant, quand les établissements de santé et les services hospitaliers sont dans une situation « protégée » par rapport aux mouvements possiblement erratiques de leur clientèle, ils ne sont en général guère motivés pour investir dans la mesure de la satisfaction des usagers¹². Une telle protection est assurée quand leur clientèle d'une certaine manière est captive, du fait de l'absence ou quasi absence d'une concurrence, ou quand leur financement ne risque pas d'être trop compromis par une fluctuation des activités . Cette situation est en train de changer.

Les situations de concurrence entre établissements de santé, quel que soit leur statut public ou privé, sont en passe de se transformer, du fait de l'amélioration constante des transports, de l'évolution attendue du financement par la T2A, de l'abolition de la carte sanitaire¹³, et des perspectives en matière de démographie médicale.

Connaître les attentes de sa clientèle, adapter son organisation et son fonctionnement de manière à la retenir, deviennent donc des préoccupations stratégiques importantes pour un établissement¹⁴. Par ailleurs, offrir de soi la meilleure image, reflétée par le sentiment de satisfaction de ses usagers, entre dans l'ordre des nécessités bien comprises par les établissements de santé.

¹² Sur un territoire de santé, la mission a pu le constater, s'installe alors une situation de partage d'influence conduisant les établissements à adopter une sorte de *modus vivendi* consistant à ne pas rendre publics les résultats des mesures de satisfaction et de performance que pourtant ils pratiquent, afin de ne pas engager entre eux de trop pénibles hostilités.

¹³ Les situations respectives des établissements entre eux seront remises en jeu autour de la traduction pour chacun des objectifs d'activité quantifiés fixés au niveau du territoire de santé.

¹⁴ Nombreux sont les établissements qui envisagent d'inscrire dans le cadre de leur contractualisation interne des indicateurs portant sur la satisfaction des patients.

Mais, la mesure de la satisfaction des usagers prend aussi sa place, au sein des établissements de santé, dans un ensemble de stratégies d'acteurs dont l'étude approfondie déborderait du champ de ce rapport :

- Toujours les professionnels de santé ont considéré être les mieux placés pour connaître les attentes des usagers, parce que seuls ils sont à leur contact constant et qu'ils disposent de la compétence pour apprécier leur situation et définir la prise en charge adaptée. Forts de cette fonction naturelle de porte-parole, ajouté à l'autorité que le savoir confère, ils pouvaient aisément faire valoir leur point de vue dans les choix d'organisation et de fonctionnement. Maintenant, ils doivent compter avec l'expression directe des usagers, individuelle et collective, notamment à travers les mesures de satisfaction réalisées. Des entretiens menés avec les professionnels rencontrés dans les établissements visités par la mission, il ressort que cette situation nouvelle est acceptée. Cependant, nombreux sont les soignants qui pensent qu'à travers cette expression des usagers, enfin sera établi que c'est aux insuffisances des moyens mis à leur disposition que sont dus les défauts constatés dans les soins¹⁵.
- Les directions d'établissements entendent s'appuyer sur les résultats des mesures de la satisfaction des usagers réalisées, pour argumenter en interne sur des évolutions leur paraissant nécessaires, ou, en externe, pour obtenir une décision en leur faveur.
- L'appréciation de l'utilisateur sur les soins qui lui ont été prodigués implique plusieurs professionnels de santé différents, médecins et non médecins. Le souci de chacun d'être situé par rapport à ce qui relève de ses responsabilités ne peut que se retrouver dans le choix des indicateurs choisis pour mesurer la satisfaction de l'utilisateur.
- La mesure de la satisfaction des usagers permet de rendre compte à une échelle collective d'une situation clinique d'ensemble, afin d'en conclure des actions générales destinées à améliorer la qualité des soins. Avec ces approches, les logiques de santé publique se développent au sein des hôpitaux.

1.2.2 Les attentes des régulateurs de l'offre de soins

Les autorités de l'Etat doivent assurer la meilleure protection possible de la population, notamment sur le plan de sa santé. Et, dans un dispositif de soins financé par la solidarité collective démocratiquement voulue, l'adhésion de chacun à l'effort qui lui est demandé se trouverait compromise par la médiocre qualité des services rendus ou par le gaspillage des ressources. Ces deux raisons justifient que le régulateur de l'offre de soins se soucie de la satisfaction des usagers.

Mais, si la mesure de la satisfaction de l'utilisateur permet au régulateur de rendre des comptes au citoyen et de s'assurer que son action est la plus efficace possible pour protéger les intérêts de

¹⁵ Si l'attente est trop longue au service d'urgence, c'est que le nombre de lits dans les services est insuffisant. Si la durée de séjour est trop longue dans un service, ou si l'orientation à la sortie n'est pas adaptée, c'est parce que les structures d'aval nécessaires n'ont pas été créées.

chacun, elle est également un outil capable de servir de levier pour obtenir l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du dispositif de soins.

Ce rôle de levier attendu de la mesure de la satisfaction des usagers opère de deux façons :

- en suscitant des conduites vertueuses de la part des établissements encouragés à se corriger en tenant compte des résultats des enquêtes réalisées auprès de leur clientèle ;
- en utilisant les réactions des patients désireux d'éviter la fréquentation des établissements peu appréciés, pour obtenir les restructurations hospitalières nécessaires. Et même, un jour peut-être, les effets combinés de la tarification à la pathologie et d'une fuite de clientèle entraînée par la publication de mauvais indicateurs, rendront automatiques les réorganisations qui s'imposent.

En outre la satisfaction de l'utilisateur peut-être pour la tutelle un critère d'appréciation de l'établissement, qui s'ajoute aux éléments techniques et économiques.

1.2.3 Les attentes des usagers

Les usagers souhaitent s'adresser à l'établissement, au service, au professionnel, susceptible de leur assurer les soins de la meilleure qualité possible. Ils ont aussi le souci que les dysfonctionnements dont ils ont pu pâtir fassent l'objet de corrections, afin que d'autres n'en soient pas victimes. Cela apparaît dans la plupart des plaintes. Enfin, de nombreuses études et témoignages insistent sur l'importance pour les usagers du dialogue avec les soignants, particulièrement le médecin, sur leur besoin d'information sur la maladie diagnostiquée, sur les soins envisagés.

Le sentiment général qui prévaut chez les représentants des usagers rencontrés par la mission est que le dispositif de soins est encore très opaque pour un grand nombre d'usagers. Seuls les initiés peuvent s'y diriger en étant certains de s'orienter toujours dans la bonne direction. Les usagers réclament en conséquence des mesures de la performance des établissements prenant en compte la satisfaction des usagers dont ils veulent connaître tous les résultats. Certains estiment que c'est à partir des indicateurs de qualité définis par les experts que le jugement sur un établissement ou un service doit être exprimé et porté à la connaissance de tous. D'autres considèrent que le jugement des seuls experts n'est pas suffisant, que le point de vue du patient est précieux car, étant le premier concerné par les soins, il a une expérience du fonctionnement d'un service peut-être moins savante mais plus concrète.

La qualité des soins, et donc la performance attendue par les usagers, ne se confond pas toujours avec la conception que s'en font les professionnels de santé. Cela explique les différences d'opinions existantes sur la place à accorder à la mesure de la satisfaction des usagers entre représentants d'usagers, et entre usagers et professionnels. Les usagers apprécient la qualité des soins en la reliant à « *la qualité de la relation qu'ils ont avec les professionnels de santé et moins aux processus cliniques ou aux résultats des soins pour lesquels ils ont plutôt tendance à s'en remettre aux praticiens et aux organisations* »¹⁶.

¹⁶ Véronique Ghadi et Michel Naiditch. « *L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. Revue bibliographique* ». Etudes de la DREES, N° 13-Juin 2001. P. 14.

Les usagers souhaitent tous que les pratiques soignantes soient à la hauteur des capacités scientifiques et techniques d'une médecine moderne. Cependant, leurs attentes s'articulent autour de trois types d'approche :

- le recours à une persuasion patiente des professionnels de santé afin qu'ils améliorent la qualité de leurs pratiques, considérant les conflits sur ces sujets plutôt néfastes ;
- la volonté d'imposer des exigences, estimant que la sécurité des soins est un impératif non négociable ;
- le refus d'une révérence excessive au savoir médical qui nie la connaissance intime de la maladie et des soins que les patients peuvent avoir ; certains souhaitent plus d'écoute et de considération de professionnels sans doute performants mais pas assez attentifs aux personnes ; d'autres redoutent les effets et les méfaits d'une autorité médicale exercée sans partage et sans contrôle.

1.3 La réalité de la mesure et de sa prise en compte : des situations hétérogènes

1.3.1 *Des plaintes peu nombreuses, riches d'enseignements, traitées sous la menace du contentieux, réduites au cas individuel*

- Les procédures de traitement par les ARH

La plus part des plaintes de patients sont adressées directement à l'établissement de santé concerné. En région Rhône-Alpes, où un recensement global des plaintes est effectuée, au niveau régional, on constate que plus de 90% des plaintes sont adressées directement à l'établissement. Il arrive cependant que des plaintes parviennent dans les DDASS, les organismes de l'assurance maladie, les ARH, plus rarement les DRASS. Certaines plaintes sont adressées au ministre. Dans ce cas, elles sont en général renvoyées pour traitement aux ARH, en informant le patient.

Le nombre total des plaintes parvenant à l'ARH ou à ses composantes n'est pas très élevé. En région Languedoc-Roussillon, en 2006, il a été de 121. Une inspection a été diligentée dans 8% des cas.

Les ARH n'ont pas toutes mis en place un recueil centralisé des plaintes parvenant aux services déconcentrés et aux organismes de l'assurance maladie¹⁷. Quand un tel recueil centralisé n'existe pas, chaque service destinataire d'une plainte a la responsabilité de son

Voir aussi l'étude de L. Boyer, S. Antoniotti, C. Sapin, C. Doddoli, P-A. Thomas, D. Raccah, P. Auquier. « Relation entre la satisfaction des patients hospitalisés et al qualité des soins ». Journal d'Economie Médicale 2003, vol. 21, n° 7-8, 407-418, avec cette conclusion : « plus les patients sont satisfaits du personnel, plus la qualité des soins appréciée via l'accréditation est basse ».

¹⁷ La mission a constaté en région Languedoc-Roussillon l'organisation par l'ARH d'un recueil centralisé des plaintes dont la description figure en annexe du rapport.

traitement. La mission a pu constater que les ARH n'ont pas toujours défini, dans leur région, un traitement des plaintes selon une méthodologie identique quel que soit le service où elles parviennent.

A l'initiative de son secrétaire général, l'ARH Rhône-Alpes a mis en place depuis 2004 un observatoire régional des plaintes, qui a pour objectif de recenser l'ensemble des plaintes reçues dans la région, que ce soit au niveau des établissements, ou par un canal institutionnel. Selon son promoteur, aujourd'hui, environ la moitié des plaintes sont prises en compte par cet observatoire, qui en fait des analyses statistiques. Il y a là une source intéressante d'informations, mais, chaque plainte traduisant une histoire personnelle, il n'est pas toujours possible d'en tirer des leçons générales. Et, comme l'a souligné Monsieur Deroubaix, directeur de l'ARH du Nord-Pas-de-Calais, les plaintes ne peuvent être déconnectées du contexte social de l'établissement.

En l'absence d'un recueil centralisé des plaintes, l'analyse globale des plaintes est soit inexistante, soit limitée à celles qui parviennent à l'ARH.

Alerté par la fréquence anormale de plaintes concernant un établissement, ou par le caractère particulier d'une plainte, le directeur de l'ARH peut se saisir de la situation et engager l'établissement à procéder à des modifications de son organisation ou de son fonctionnement. Ce sont là des cas très ponctuels et assez rares. Peu d'enseignements de portée générale sont tirés de l'étude du contenu des plaintes, voire aucun. L'argument souvent avancé pour expliquer cela est que les plaintes sont surtout entraînées par des difficultés d'ordre relationnel apparues entre le soignant et son malade, et sont donc la conséquence de difficultés propres à un service, voire un individu. Il n'y aurait donc pas matière à la conception d'une action générale. Il n'y aurait que des questions renvoyant à la particularité d'une relation intersubjective entre des individus. Pourtant, ces difficultés de communication si souvent constatées entre le soignant et le malade pourraient fort bien faire l'objet d'initiatives régionales, pour mieux les comprendre et envisager des actions visant à les réduire.

➤ Les procédures de traitement dans les établissements de santé

La procédure de traitement des plaintes parvenant aux établissements de santé est définie par le décret du 2 mars 2005, en application de la loi du 4 mars 2002 instituant une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité des prises en charge (CRUQ).

Souvent les établissements ont mis en place des fonctionnements de la CRUQ adaptés à leur situation et aux contraintes des représentants des usagers qui y siègent, avec le souci de traiter les plaintes des usagers dans les meilleurs délais¹⁸.

Le nombre de ces plaintes n'est en général pas très élevé dans les établissements visités par la mission (4 plaintes pour 1 000 admissions en hospitalisation temps plein au CHR d'Orléans ; 4 plaintes pour 10 000 admissions et consultations au CH de Châteauroux)¹⁹. Il est cependant

¹⁸ Délai de réponse de 28 jours en moyenne au CH de Bicêtre pour les réclamations écrites « simples ».

¹⁹ En 2005, 85 plaintes ont été adressées au CHU de Clermont-Ferrand. Au CHR d'Orléans, les réclamations non contentieuses étaient de 104 en 2001 et de 201 en 2005. Au CH Bicêtre à Paris, 187 réclamations en 2005, alors qu'il y en avait 595 en 2002. Au CH de Vichy, 65 les plaintes non contentieuses en 2004. Au CH de Châteauroux, 37 réclamations en 2000 et 63 en 2005. Environ 200 plaintes par an à l'hôpital Saint-Louis à Paris. Au Centre anti-cancéreux Oscar Lambret à Lille, 6 plaintes en 2004, 8 en 2005.

souvent en augmentation, en particulier quand l'établissement a informé les patients de la procédure à suivre.

Les plaintes entraînant un contentieux sont très peu nombreuses²⁰.

Les situations conduisant à un entretien entre un patient et le médecin médiateur peuvent être assez rares. La mission a noté cependant une assez grande diversité dans le recours au médecin médiateur²¹. Il en est de même pour le médiateur non médecin.

Il arrive qu'un médecin refuse de transmettre au médecin médiateur les explications demandées sur le cas du patient qui s'est plaint. Dans ces cas là, assez rares, la plainte du patient n'aura pas de réponse.

Les représentants des usagers rencontrés par la mission dans les établissements visités sont en général assez satisfaits du fonctionnement des CRUQ. Ils soulignent cependant la charge que représente leur participation à de nombreuses réunions et commissions au sein de l'hôpital ou dans le cadre de l'ARH. Dans un établissement visité par la mission, ils regrettent de ne pas être davantage associés à l'enquête menée dans le service concerné par la plainte d'un patient et de devoir s'en remettre au seul rapport du médecin médiateur.

Les établissements hospitaliers ont parfois des difficultés pour trouver des représentants d'usagers acceptant de siéger dans les diverses commissions où leur participation est réglementairement prévue. Dans ce contexte, il faut relever qu'il arrive que les représentants des usagers siégeant à la CRUQ, et dans les autres commissions de l'établissement, soient choisis par la direction pour des motifs manifestement opportunistes.

Le traitement des plaintes est surtout guidé par le souci de limiter les situations contentieuses. L'analyse des plaintes ne conduit pas à tirer des enseignements utiles à des modifications de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement autres que ponctuelles. Rares sont les situations où est recherchée une vue d'ensemble reliant l'analyse des plaintes avec l'étude des questionnaires de sortie, ou les résultats des enquêtes de satisfaction. D'ailleurs, le plus souvent ces activités sont gérées par des services différents de l'établissement.

➤ Le contenu de ces plaintes

Dans les éléments qui ont pu être portés à la connaissance de la mission, il apparaît que les plaintes sont le plus souvent adressées par les patients eux-mêmes et moins souvent par les familles²².

Les établissements et les ARH rencontrés par la mission s'accordent pour considérer que le plus souvent les plaintes sont dues à des problèmes de communication entre soignants et usagers (défauts d'explications, propos trop familiers, réactions d'irritation). Dans bien des cas, alors, quand la personne est reçue – c'est une fonction importante du médiateur de permettre à chacun de s'expliquer –, le problème disparaît.

²⁰ En 2005, 13 plaintes ayant entraîné un contentieux au CHR d'Orléans, pour 52 777 admissions et 172 832 consultations. Au CH de Châteauroux, 12 dossiers contentieux en 2005, pour 26 988 admissions et 118 827 consultations.

²¹ Au Centre Oscar Lambret de Lille, une intervention du médecin médiateur en 2006 ; 2 interventions au CHR d'Orléans en 2005 ; une au CH de Châteauroux en 2006 ; 25 au CH de Bicêtre en 2005 ; 50 à l'hôpital St Louis.

²² En Languedoc-Roussillon, 93% des plaintes parvenant à l'ARH sont adressées par un patient.

Cependant, un motif touchant à la qualité des soins est présent dans 42% des plaintes parvenues en 2006 à l'ARH de Languedoc-Roussillon. Au CH de Châteauroux, le motif portant sur la qualité des soins est retrouvé dans 32% des cas.

Les services d'urgences font plus souvent l'objet de plaintes que les autres services²³. Les délais d'attente sont fréquemment mis en cause.

La mission a procédé à l'examen de 10 plaintes choisies au hasard au CH de Châteauroux. L'établissement n'a saisi la CRUQ que pour une seule d'entre elles. Dans la moitié des cas, la plainte s'explique par le fait que les soignants n'ont pas su gérer de façon satisfaisante l'affectivité de l'utilisateur placé dans une situation difficile, ou des conflits familiaux complexes.

1.3.2 La prise en compte de plus en plus systématique de la mesure de la satisfaction des usagers dans les enquêtes nationales sur l'offre de soins

La DREES a réalisé deux enquêtes sur des secteurs particuliers d'activité de soins, comprenant des données sur la satisfaction des patients. Leurs résultats ont fait l'objet de publication :

- enquête sur les consultations externes,
- enquête sur les urgences.

Deux autres enquêtes sont en cours, incluant des éléments d'information sur la satisfaction des patients :

- une enquête sur les maternités,
- une enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique.

1.3.3 Des mesures toujours plus nombreuses réalisées dans les établissements de santé, auxquelles se prêtent plus ou moins les usagers:

La plus part des établissements de santé procèdent aujourd'hui à des mesures de la satisfaction des usagers, associées à d'autres approches plus qualitatives²⁴.

➤ Les questionnaires de sortie

Les établissements de santé remettent au patient, lors de son admission, un livret d'accueil comprenant, entre autres éléments, un questionnaire de satisfaction à rendre à la sortie du séjour. Ce questionnaire de sortie porte sur à peu près toujours les mêmes rubriques : la qualité de l'accueil, la qualité de l'information donnée, la qualité des soins, le respect du consentement du malade et de son intimité, la qualité des repas, de l'hôtellerie, des diverses prestations offertes (télévision, téléphone...).

²³ 27 % des réclamations au CH de Châteauroux concernent le service des urgences.

²⁴ Voir en annexe l'enquête réalisée auprès de 25 CHRU, et l'annexe sur les mesures effectuées dans les établissements de soins psychiatriques.

Souvent ce questionnaire est peu rempli par les patients²⁵. Il faut noter cependant une assez grande diversité de situation entre les établissements visités par la mission. Quand un service ou un établissement se mobilise pour obtenir un meilleur taux de remplissage, cela a de l'effet²⁶. Déçus par les faibles taux de réponses, certains établissements ont abandonné leur relevé. Ils préfèrent recourir à des enquêtes de satisfaction, et quand ils conservent le questionnaire de sortie c'est pour eux un support d'expression libre des patients²⁷.

Les établissements procèdent en général à une analyse statistique des réponses obtenues avec ces questionnaires. Les résultats de cette analyse font l'objet d'une publication transmise à la CRUQ. Quand les taux de réponse ne sont pas négligeables, les services hospitaliers sont destinataires des résultats les concernant, en même temps que de la moyenne de l'établissement²⁸. Car, naturellement, ce sont eux qui peuvent en tirer le meilleur profit. Bien évidemment, l'intérêt est d'autant plus fort que le retour se fait dans des délais rapprochés, mensuel ou trimestriel, comme à la clinique du val d'ouest ou au Centre Oscar Lambret. Dans cet établissement, le questionnaire a été construit avec les associations de patients.

Ce qui intéresse le plus, ce sont les évolutions des indicateurs dans le temps et, plus encore peut-être, les commentaires qualitatifs. Cependant, les éléments tirés de l'analyse de ces questionnaires de sortie prennent tout leur sens quand ils sont rapprochés d'autres éléments d'information formels ou informels dont dispose le service pour apprécier la satisfaction des usagers. Ils peuvent mettre en alerte, ou conforter des présomptions.

Mais, les données issues des questionnaires de sortie doivent être interprétées avec prudence, dans le prolongement de la recommandation 51 de la HAS citée plus haut. Les garanties d'anonymat ne sont parfois par réunies pour les usagers, ce qui est de nature à altérer les résultats, surtout s'il s'agit de malades chroniques appelés à revenir régulièrement dans le service. Et ils survalorisent souvent le sentiment de satisfaction de l'utilisateur, par rapport à une enquête administrée quelque temps après la sortie.

➤ Les enquêtes « généralistes » sur échantillon de patients

Plusieurs outils de mesure existent²⁹. Tous consistent à interroger, par téléphone ou grâce à un questionnaire adressé par voie postale, des patients tirés au sort ou non, quelques temps après leur hospitalisation (de 15 jours à 2 mois selon les enquêtes). Leurs questionnaires sont souvent adaptés par les établissements en fonction de leurs besoins.

Il faut par exemple citer le travail très intéressant accompli par l'équipe du professeur François, à Grenoble. Depuis 1999 un questionnaire construit à partir d'enquêtes qualitatives rigoureuses, est adressé à 40 personnes par service (environ 1500 en 2005), avec un taux de

²⁵ Au CHU de Grenoble, les questionnaires de sorties n'ont représenté, en 2005, que 1,46% des entrées. Au CH de Châteauroux, le questionnaire de sortie est rempli par 2,57 % des patients admis en hospitalisation ; 6 % à l'hôpital Saint-Louis à Paris ; 5,5 % aux Hospices civils de Lyon ; 15 % au Centre Oscar Lambret à Lille ; 9 % aux CHRU de Montpellier, de Nîmes, de Besançon ; 10 % au CHRU de Rennes, 11,5 % à celui d'Amiens.

²⁶ 48 % de réponses à la clinique Fonfroide dans l'Hérault (clinique de rééducation fonctionnelle); 60 % à la clinique La pergola dans l'Hérault (clinique psychiatrique) ; au CHRU de Rouen, taux de réponse allant de 0,2 % à 72 % selon les services.

²⁷ Exemples des CHRU de Clermont-Ferrand et de Poitiers.

²⁸ Aux HCL, par exemple, le service reçoit l'analyse le concernant, si le nombre de questionnaires rempli est au moins de 30.

²⁹ Voir en annexe la liste de ces outils de mesure validés, utilisés en France. Le coût moyen de mise en œuvre d'une de ces enquêtes (*Saphora*) est d'environ 5 000 euros.

retour de l'ordre de 70%. Dans cette démarche très appréciée par les services, qui bénéficient d'un retour systématique, deux éléments spécifiques méritent d'être notés : d'une part, les questions sont restées stables depuis l'origine ; d'autre part le questionnaire comporte des questions ouvertes et le verbatim est systématiquement restitué au service concerné, pour lequel il semble que ce soit l'élément le plus intéressant.

Tous les établissements de santé ne procèdent pas à ce type d'enquête. Pour ceux qui les réalisent, le taux de réponse est en général bon, allant de 60 à 80 %. Selon certains travaux, il apparaît que « *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* »³⁰. Le portrait robot du patient répondant serait celui d'un homme d'âge mûr, habitant en milieu rural, admis en chirurgie.

- Les enquêtes « spécifiques » sur des populations ou des activités particulières

Certains services hospitaliers réalisent des enquêtes de satisfaction dans le domaine particulier de leur activité : l'anesthésie, les urgences, la dermatologie, radiothérapie...

En Auvergne, une enquête de satisfaction conduite auprès des parturientes est réalisée tous les ans sur la quasi totalité des maternités de la région. Aux CHRU de Rennes, de Nancy, de Paris, de Limoges, de Lille, de Marseille, des enquêtes sur les consultations sont conduites ou vont l'être. Au centre anticancéreux Oscar Lambret, des enquêtes ont été réalisées, par exemple, auprès des patients du service de radiothérapie. L'étude des résultats a permis de dégager des points forts et des points faibles, et, partant, de réaliser un consensus autour d'un certain nombre d'axes d'améliorations. Le questionnaire a permis de confirmer certaines intuitions, mais aussi de prendre conscience de l'importance de certaines questions et d'identifier des points précis qui posaient problème. Les commentaires libres, que les personnes interrogées étaient invitées à donner à l'issue du questionnaire ont été un élément très important de l'enquête, apportant autant d'information que l'analyse quantitative des résultats aux questions fermées. Le service a créé à l'issue de cette démarche une brochure d'information sur le département de radiothérapie. En outre, une consultation paramédicale pré-radiothérapie a été mise en place. Cette démarche a aussi été l'occasion de former des membres du personnel et auprès des usagers du scanner. Une enquête a également été réalisée pour mieux appréhender la satisfaction des patients lors des scanner, dans le contexte de la préparation de la visite d'accréditation, qui a abouti à des réalisations concrètes. Dans plusieurs établissements, la préparation de l'accréditation est l'occasion d'enquêtes spécifiques.

Des enquêtes de satisfaction sont également menées par les établissements sur des activités logistiques : la restauration, les transports sanitaires. Ou bien, lors de travaux susceptibles d'entraîner une gêne pour les patients, des enquêtes ponctuelles peuvent être réalisées.

- Les appréciations qualitatives

³⁰ P.L. Nguyen Thi, S. Briançon, J.-M. Virion, F. Empereur et le groupe du programme DSPH. *Qui répond aux questionnaires de satisfaction des soins ?* Journal d'Economie Médicale 2003, Vol. 21, N° 3, 151-166.

Différentes initiatives sont prises par certains établissements pour faciliter l'expression directe de leur satisfaction par les usagers :

- groupes de parole réunissant des femmes ayant accouché et des sages-femmes dans des maternités ;
- cafés-débats organisés à l'hôpital Saint-Louis à Paris ;
- Espace de Rencontre et d'Information (ERI) ;
- boîte aux lettres pour les usagers, « votre avis nous intéresse » ;
- livre d'or dans le service de soins palliatifs du centre Oscar Lambret à Lille ;
- forum des usagers au CHRU de Tours.

Ces initiatives, aussi intéressantes soient-elles, ne font pas oublier que la relation nouée par le patient avec le soignant, dans le cadre clinique, est bien sûr le lieu naturel d'expression de sa satisfaction, ou de son insatisfaction. Les informations obtenues par les soignants dans leurs contacts directs avec les patients, notamment reprises dans les fiches de transmission remplies par les infirmières, analysées par les cadres infirmiers, discutées dans les réunions de service, sont riches d'enseignements utilisés pour améliorer les prises en charge. Les soignants jugent souvent plus fructueuse l'appréciation de la satisfaction des usagers par ce travail clinique que par l'emploi de questionnaires et d'enquêtes. Par ailleurs, nombreux sont les professionnels qui soulignent que ne sont pas suffisamment prises en compte les nombreuses lettres de remerciement qu'ils reçoivent de la part de leurs patients.

Les représentants des usagers, sauf exceptions, sont encore assez peu utilisés par les patients pour faire part de leur sentiment de satisfaction sur leur prise en charge. Il faut dire qu'ils sont difficiles à repérer par les patients. Le signalement de leur existence par les établissements reste souvent discret, et ils ne disposent pas toujours d'un local leur permettant d'organiser leur activité de représentation et de contact avec les patients. Cependant, certains établissements visités par la mission ont mis en place une permanence à la disposition des patients, tenue par des représentants d'usagers. A l'hôpital St Louis, à Paris, cette initiative est appréciée, mais dans d'autres établissements ces permanences ont été fermées, aucun patient ne s'y présentant.

- Enquêtes réalisées à l'initiative des usagers susceptibles d'être exploitées par les établissements

Des associations d'usagers peuvent localement être à l'origine d'enquêtes de satisfaction, auprès de leurs membres, exploitées par les établissements. Ainsi à Grenoble, la mission a eu connaissance d'une enquête réalisée par une association d'handicapés, dont le CHU a affirmé avoir tiré grand profit.

1.3.4 Les mesures comparatives en plein développement

- L'expérience conduite par les CHU en 2007

Dans le cadre de la conférence des directeurs de CHU, 22 établissements ont décidé de se livrer à une enquête de satisfaction des usagers, sur une même période (début 2007), avec le même outil de mesure (*SAPHORA-MCO* adapté aux CHU), afin de se livrer à des

comparaisons entre les établissements à la fin du premier semestre 2007. Une initiative comparable a été prise par la FNLCC.

➤ Enquête organisée à l'initiative de la Fédération de l'hospitalisation privée

Le BAQIMEHP, association créée par la Fédération de l'hospitalisation privée, a le projet de lancer une enquête sur la satisfaction des usagers des cliniques privées en 2008.

➤ COMPAQH³¹

A l'initiative de l'ANAES et de la DHOS, il y a 4 ans, a été engagé un projet de recherche d'une batterie d'indicateurs, permettant de mesurer la performance des établissements de santé en France, avec le souci d'offrir une garantie de fiabilité et de pertinence, acceptée par les établissements et les professionnels de santé, facile à recueillir en routine. La mise en œuvre de ce projet a été confiée à l'INSERM³², avec une participation du CCECQA³³, pour ce qui concerne le volet satisfaction des usagers. Les fédérations hospitalières, les associations représentatives d'usagers ont été associées au pilotage de ce projet qui a été livré à la DHOS en novembre 2006. Trente six établissements de santé ont participé à l'expérimentation de cet outil³⁴.

COMPAQH identifie 8 objectifs prioritaires pour rendre compte de la qualité d'un établissement de santé. Parmi ces 8 objectifs figure la satisfaction des usagers. Cette satisfaction des usagers est mesurée en utilisant l'outil SAPHORA. Mais, on trouve aussi des indicateurs appréciant la satisfaction des usagers au niveau de 2 autres objectifs : « *lutter contre la douleur* » et « *assurer la continuité de la prise en charge des patients* ».

Un tel outil est conçu pour permettre aux établissements de disposer d'indicateurs de performance, incluant une appréciation de la satisfaction des usagers, afin qu'ils puissent conduire les actions nécessaires pour améliorer la qualité de leurs prises en charge. En offrant des garanties de fiabilité et de pertinence, il conduit à se poser la question de son emploi à des fins de comparaison, voire de classement, de tous les établissements entre eux. Enfin, les mesures qu'il réalise pourraient servir à déterminer des mécanismes d'incitation financière utilisés dans la rémunération des établissements pour développer la qualité des prises en charge. Le projet COMPAQH a pour objectif d'étudier ces questions à échéance de 2009.

➤ PATH³⁵

Le projet PATH poursuit à peu près les mêmes objectifs que le projet COMPAQH, mais à une échelle internationale. Il a été engagé à l'initiative de l'OMS Europe³⁶. Tous les pays européens ne sont pas partie prenante dans ce projet³⁷. En revanche, des pays non européens sont dans ce projet (Afrique du Sud, Canada). Pour la France c'est le Professeur LOMBRIL qui pilote le projet. La DREES a apporté un financement modeste³⁸. Au total, 13

³¹ COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière.

³² Etienne MINVIELLE est le coordonnateur du projet.

³³ C. POURIN est chef de projet.

³⁴ 24 établissements MCO, 4 centres de lutte contre le cancer, 4 établissements des soins psychiatriques, 4 établissements SSR (soit 16 publics, 12 privés à but lucratif et 8 PSPH).

³⁵ Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals.

³⁶ C'est le centre collaborateur de Barcelone qui en est le coordonnateur.

³⁷ Jusqu'à présent, l'Allemagne, l'Italie, l'Angleterre, par exemple, ne se sont pas engagés dans ce projet.

³⁸ 35 000 Euros, dont 2 000 Euros par établissements entrant dans l'expérimentation.

établissements français³⁹ ont été volontaires pour s'engager dans PATH. On peut imaginer que des pays voisins se rapprochent pour travailler ensemble à la définition d'indicateurs adaptés à leur situation, tels la France et la Belgique.

L'idée de se doter d'un outil de mesure de la performance, incluant l'appréciation de la satisfaction des usagers, commun à plusieurs pays différents, principalement européens, sert pour l'instant un projet imprécis. Par ailleurs, les liens entre les travaux conduits pour arriver à COMPAQH, et ceux engagés dans le cadre de PATH sont peu organisés.

➤ Plusieurs sources d'informations comparatives existent déjà ou sont en train de se développer

- les établissements de santé sont de plus en plus nombreux à publier sur leur site Internet de nombreuses informations sur leurs activités, leurs équipements, leurs résultats, les mesures de la satisfaction des usagers réalisées ;
- les associations d'usagers sont en train de constituer un site Internet intitulé « ACTION SANTE »

Considérant qu'il est très difficile pour un usager de savoir où les soins hospitaliers sont de bonne qualité, trois associations (AIDES, le CISS et l'UNAF) ont décidé de soutenir la constitution d'un site Internet, appelé « Action Santé »⁴⁰, destiné à rassembler les informations que les patients voudront adresser sur la qualité de leur prise en charge dans le service et l'hôpital où ils ont été hospitalisés. Ce sont donc les patients qui produiront les indicateurs permettant d'apprécier la qualité des services et établissements. L'usager pourra ensuite consulter ce site pour obtenir les informations dont il a besoin pour décider du lieu de son traitement. Ce site devrait être opérationnel dans le courant 2007.

- la FHF a prévu de constituer un site Internet grand public (hopital.fr) destiné à apporter à l'usager des informations qualitatives sur les établissements adhérant à la fédération. La FHF est prête à accueillir sur ce site les établissements PSPH, les Centre de Lutte Contre le Cancer ;
- la CNAMTS a mis en place depuis 2006 des plates-formes de service dans les CPAM dont le nom est INFOSOINS.

Ces plates-formes permettent de répondre aux questions des assurés par téléphone. En 2007, sera mis en œuvre un TELESERVICE par Internet (sur ameli.fr) qui concernera autant les professionnels de santé que les assurés sociaux. Dans l'immédiat ces informations porteront sur les conditions tarifaires des praticiens. Il est évident que ce dispositif d'information livrera un jour des données plus qualitatives ;

- le ministère de la santé a ouvert une plate forme d'information sur les établissements de santé, PLATINES.

PLATINES est une base de données sur l'activité de 1 300 établissements publics et privés. Cette base sera étendue à l'ensemble des établissements en 2008. Chaque établissement est représenté par une fiche d'identité comprenant, les activités pratiquées et leur volume, les équipements, les pratiques spécifiques, les résultats pour leur certification par la HAS, les scores aux différents indicateur de performance et de qualité, dont ICALIN, avec en face les références nationales de chaque catégorie d'établissement, des indicateurs sur le type et le nombre de certaines pathologies traitées, sur le nombre de médecins présents pour 10 000 passages aux urgences, sur la prise en charge des soins palliatifs, sur les délais d'attente pour une IVG.

³⁹ 5 CHU, 4 CH et 4 cliniques.

⁴⁰ Site mis en œuvre par une société « Notation Santé ».

1.3.5 Les résultats des mesures de satisfaction sont rassurants et décevants

Les mesures de la satisfaction des usagers hospitalisés réalisées montrent des résultats plutôt rassurants. Le taux de satisfaction globale est très élevé, quel que soit l'établissement.

➤ Quelques exemples de mesures

L'Assistance des Hôpitaux Publique de Paris.

L'AP-HP met en œuvre depuis 2001 une enquête de satisfaction des patients, pour tous ses établissements (26 au total). Elle utilise l'outil SAPHORA.

Environ 8 patients sur 10 sont satisfaits de la qualité des soins sur l'ensemble des 26 établissements de l'AP-HP. Cette proportion est relativement stable depuis 5 ans⁴¹. Les résultats sont un peu moins bons en ce qui concerne le confort du séjour hospitalier (64,5 % de satisfaits) et l'organisation de la sortie (57,4 % de satisfaits). La qualité des repas fait l'objet des plus grandes insatisfactions (7 % de satisfaits sur l'ensemble de l'AP-HP). Pour chaque domaine évalué par les patients, les établissements sont classés en trois catégories : supérieur à la moyenne de l'AP-HP, non différent de la moyenne, inférieur à la moyenne.

Les écarts globaux entre établissements sont peu élevés. Ainsi, en 2005, 17 établissements sur 25 sont dans la moyenne de l'AP-HP pour la qualité des soins, et 19 pour l'organisation de la sortie. Cependant, sur un domaine d'évaluation particulier, les résultats peuvent être assez différents (15 % de patients satisfaits du confort de la chambre dans un établissement et 50 % dans un autre).

L'exploitation des questionnaires de sortie au CH de Bicêtre en 2005.

Le taux de retour est de 4 % des patients admis. L'appréciation globale portée sur le séjour est excellente et bonne dans plus de 90 % des cas. Dans presque 100 % des cas, les patients estiment avoir été accueillis aimablement. Au service des urgences, 70 % des patients estiment avoir peu attendu, moins d'une demi-heure. Quant à l'information donnée par le médecin elle est jugée satisfaisante par plus de 90 % des patients.

L'exploitation des questionnaires de sortie au CH de Châteauroux en 2005.

Le taux de retour est de 2,57 % des patients admis. Le taux de satisfaction est supérieur à 93 % pour les soins, les relations avec le personnel soignant, les informations transmises par le personnel soignant, les relations avec les médecins. Les résultats sont plus faibles sur le confort du séjour (63 à 65 % sont satisfaits sur les questions portant sur le bruit, le téléphone, la télévision).

Enquête de satisfaction au CH de Vichy en 2005.

L'enquête a été réalisée auprès de 3 764 patients tirés au sort. Le taux de réponse a été de 31 %. Au total, seuls 1 % des patients se sont déclarés « pas du tout satisfaits », et 6 % « peu satisfaits ». 84 % des patients sont prêts à revenir certainement dans l'hôpital, 13 % le feront peut-être. Seuls 3 % déclarent qu'ils ne reviendront pas.

Enquête COMPAQH 2004 sur 36 établissements.

Le taux de satisfaction globale est de 95 %. Le taux de satisfaction concernant la qualité des soins est de 99 %, celui sur le comportement du personnel est de 97 %, celui sur l'information transmise est de 77 %, celui sur le respect de l'intimité est de 97 %, celui sur la qualité du confort est de 94 %, celui sur la qualité de la nourriture est de 86 %, celui sur la qualité de l'accueil administratif est de 99 %, celui sur la disponibilité du personnel est de 94 %, celui sur l'organisation de la sortie est de 92 %. Les différences entre les établissements sont faibles.

⁴¹ 76,6 % en 2001, 77,6 % en 2002, 77 % en 2003, 77,6 % en 2004 et en 2005.

- La stratégie de diffusion des résultats est très variable selon les établissements

A l'APHP, chaque année, les résultats sont retournés à chacun des 26 établissements qui peuvent se comparer entre eux et décider de procéder à des enquêtes complémentaires. Une publication de ces données comparatives est assurée sous la forme d'une plaquette largement diffusée. Des articles sur la situation des différents établissements entre eux ont paru dans la presse (Le Parisien). Dans d'autres établissements, les mesures de satisfaction sont portées à la connaissance des services, des membres de la CRUQ, mais ne font pas l'objet de diffusion grand public.

- Les conséquences des mesures réalisées restent souvent modestes

Les actions conduites par les établissements visités par la mission, à la suite de l'analyse des mesures de la satisfaction des usagers réalisées, sont souvent peu nombreuses et ne concernent que très exceptionnellement des sujets touchant à la qualité des soins. Au Centre Oscar Lambret cependant, l'enquête auprès des patients (dans le cadre de l'expérimentation de Saphora) a révélé une attente en matière d'information médicale donnée au patient, qui a été prise en compte.

Les actions portent le plus souvent sur des questions de logistiques et de confort (repas, parking, télévision...), sur une meilleure identification des personnels.

La mission a pu voir un établissement (clinique SSR Fontfroide à Montpellier) où le résultat de ces mesures est utilisé dans la gestion du personnel. Avec l'accord de la direction départementale du Travail, une prime d'intéressement est versée au personnel en fonction des mesures de la satisfaction des usagers effectuées.

Dans un autre établissement privé (clinique du Val d'ouest dans le Rhône), le niveau de satisfaction des usagers par rapport à la restauration est un des paramètres de la relation entre la clinique et son sous-traitant dans ce domaine.

Si tous les hôpitaux et leurs représentants affirment leur intérêt pour la mesure de la satisfaction des usagers, force est de constater pourtant l'existence de risques de formalisme dans la pratique des mesures de la satisfaction des usagers. Ces outils ne sont souvent pas pris en compte dans le pilotage des établissements, et peu de démarches qualité sont engagées à la suite de telles mesures. Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- les mesures effectuées paraissent souvent aux yeux des professionnels pauvres en enseignements sur le vécu du patient traité, et donc peu utiles ;
- les professionnels de santé sont mal à l'aise avec la place envahissante prise par les approches quantitatives chargées de décrire et d'agir sur des situations qui pour eux sont avant tout cliniques, renvoyant à la particularité d'une relation individuelle ;
- la parole donnée à l'utilisateur peut faire craindre la mise en accusation.

1.4 Complexité et difficultés méthodologiques de la mesure

1.4.1. La définition des concepts et les risques de confusion :

➤ Qui est l'usager :

Cette question est habituelle chez les professionnels du marketing : qui est le client : l'acheteur, qui dans bien des cas, est l'utilisateur du produit ; mais pas toujours : on pense par exemple aux jeunes enfants, qui peuvent être la cible d'actions marketing spécifiques bien que n'étant pas acheteur.

A l'hôpital, cette question revêt une acuité particulière ; d'abord parce que le patient n'est pas toujours seul. Il est souvent entouré de proches, qui lui rendent visite dans l'établissement de soins, qui recherchent de l'information auprès des médecins et des soignants, qui parfois bénéficient de certaines prestations de l'établissement (en matière hôtelière notamment). A certains égards, ils sont aussi usagers.

En outre, le patient peut-être dans une telle situation de dépendance, du fait de son âge (très jeunes enfants, vieillards), de son handicap, de sa maladie, que de fait c'est son entourage qui s'exprimera le plus facilement sur le caractère satisfaisant (ou non), à ses yeux, de la prise en charge. D'ailleurs il arrive que le questionnaire de sortie soit rempli par un proche, et certaines plaintes émanent aussi de ceux-ci. Et ce n'est pas neutre du point de vue de l'interprétation des réponses, le jugement des proches étant, statistiquement, plus sévère que celui du patient (cf plus bas, les problèmes méthodologiques). De plus, la relation entre le patient et l'établissement ne sera pas la même selon la pathologie (maternité ; maladies chroniques).

Enfin la relation de l'hôpital au patient est souvent ternaire. Un tiers intervient, le médecin qui suit habituellement le malade, en particulier. C'est souvent lui qui oriente le malade vers un établissement hospitalier, qui le suit à la sortie et qui est à même de porter des appréciations sur la qualité de prise en charge. Dans ce contexte, des établissements mènent des enquêtes auprès des médecins traitant. C'est par exemple le cas du centre Oscar Lambret, en ce qui concerne « l'annonce ». Cette démarche devrait être prolongée cette année dans tous les centres volontaires, à l'initiative de la FNCLCC (enquêtes parallèles auprès des patients et des professionnels).

Ces questions revêtent une spécificité et une particulière acuité, dans le cas d'hospitalisation psychiatrique. En effet, alors, le déni de la pathologie, fréquent, entraîne inévitablement des difficultés dans la relations entre les soignants et les patients, et il est parfois complexe de gagner la confiance du patient. L'hospitalisation d'office, en particulier, crée un véritable traumatisme allant avec de l'opposition et de l'incompréhension de la part du patient. Certains développent un syndrome de persécution. Cette situation entraîne aussi des complications administratives et du contentieux.

Cependant, quand la crise s'apaise, les choses s'améliorent. Il arrive qu'à distance de la crise, les patients ayant eu une hospitalisation difficile expriment de la satisfaction, même si le vécu de l'admission reste - douloureux. La relation avec les patients, les conditions de l'accueil sont

très importants pour la qualité de prise en charge. C'est pourquoi, la mesure de la satisfaction de l'utilisateur garde du sens, même dans ce contexte particulier. Et « *l'expression de la satisfaction est gratifiante pour le personnel* »⁴².

Mais cela implique de choisir le moment où on interroge le patient, et aussi d'associer sa famille. L'une des caractéristiques des soins psychiatriques, c'est la relation fondamentalement tripartite : aidant, soignants, patients.⁴³

➤ les incertitudes du concept de satisfaction

Le terme de satisfaction des usagers, bien que largement utilisé, est rarement défini avec clarté. Il fait écho aux attentes, aux perceptions, aux opinions au besoin, à l'expérience... des patients. De nombreux sociologues ont mis en lumière les ambiguïtés de ce concept, appréciation subjective qui varie dans le temps, qui dépend des repères du sujet concerné, et aussi du contexte dans lequel elle est recueillie. Une définition est fréquemment utilisée dans la littérature anglo-saxonne⁴⁴ : « *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 des services* ».

En outre, comme cela a été souligné lors de plusieurs entretiens, le patient n'a pas forcément tous les moyens d'apprécier des éléments qui sont pourtant des composantes essentielles de sa satisfaction : sans reprendre la position extrême du Président de l'IDMIN, selon laquelle, les patients ne peuvent exprimer une appréciation pertinente sur certains sujets majeurs pour eux, touchant notamment à leur sécurité⁴⁵, il est évident que le patient ne peut apprécier tous les éléments qui concourent à la prise en charge. Si il peut, par exemple, constater si les professionnels se lavent les mains avant toute intervention, il n'a pas la capacité d'apprécier la fiabilité du processus de stérilisation, ces deux éléments contribuant significativement à la prévention des infections nosocomiales. En revanche, il sera sensible à l'information qui pourra lui être donnée sur les dispositions prises par l'établissement de soins pour empêcher ce type de nuisance.

De même les exemples abondent, cités par les professionnels⁴⁶ et par la littérature⁴⁷, de situations où certains patients sont satisfaits de soins de mauvaise qualité technique, et inversement.

En outre, même dans des domaines que le patient peut apprécier directement, il peut y avoir un décalage entre des facteurs de qualité et la perception du patient. Ainsi plusieurs références du manuel d'accréditation, en particulier la 2, la 26 et la 31, définissant d'une certaine façon une « norme » de qualité, touchent directement à la relation avec le patient. Et la hiérarchie des usagers, par rapport à ces différents éléments n'est pas forcément la même que celle de l'expert visiteur dans le processus d'accréditation. Ainsi, aux Hospices Civils de Lyon⁴⁸, il

⁴² Propos tenus à la mission par des soignants d'un établissement visité.

⁴³ Ces éléments sont tirés en particulier des échanges avec des équipes du CHS Charles Perrons à Bordeaux.

⁴⁴ Pascoe GC : Patient satisfaction in primary health care : a literature review and analysis cité par C. Pourin et alii « la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés », dans Journal d'Economie Médicale 1999, T.17, N°2-3 p 103.

⁴⁵ Entretien du 08/11/2006 avec Monsieur J.M. Ceretti, président de l'IDMIN et Monsieur L. Ricour, directeur.

⁴⁶ Par exemple lors de nos rencontres au centre Oscar Lambret à Lille

⁴⁷ Par exemple, article C. Pourin et alii « *la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés* », dans Journal d'économie médicale p 105.

⁴⁸ Rencontre aux HCL 29/11/2006

ressort d'une enquête effectuée par un pôle auprès de 100 patients sur les référentiels d'accréditation les concernant directement, que ce sont, avec les éléments de confort, les items qui touchent au temps passé avec le patient, à l'information qui lui est donnée, auxquels le patient est le plus sensible plus, par exemple que la confidentialité qui a été le champ prioritaire d'investigation, de la part des experts visiteurs lors de l'accréditation.

Ces exemples illustrent les liens complexes entre qualité de la prise en charge et satisfaction du patient. On ne peut affirmer ni que la satisfaction du patient traduit la qualité de la prise en charge, ni qu'elle en est une composante, ni à l'inverse qu'elle en est indépendante.

1.4.2. Les difficultés de la mesure :

Les outils de mesure de la satisfaction des usagers sont complexes et difficiles à manier. Leur construction aussi bien que leur utilisation ne sont pas immédiates et doivent être entourées de précautions.

La première préoccupation, pour qui souhaite mesurer la satisfaction des usagers des établissements de santé, est de s'assurer que l'outil utilisé répond effectivement aux objectifs fixés. La seconde est de faire en sorte que des conclusions pertinentes soient tirées des résultats.

- La mesure de la subjectivité est une démarche qui ne va pas de soi

Mesurer la satisfaction, c'est en rechercher une représentation numérique. Est-il possible de mettre un chiffre sur un sentiment ? On oppose parfois à la mesure de la satisfaction l'argument selon lequel, dans la mesure où il s'agit d'un phénomène subjectif, toute mesure serait forcément imprécise et ne renverrait à rien de concret. Cependant, être globalement satisfait à l'issue d'un séjour au sein d'un établissement hospitalier correspond à un sentiment bien réel que chacun peut se représenter. Rien ne s'oppose à ce que ce sentiment bien réel ne soit mesuré, même imparfaitement.

La complexité du sentiment de satisfaction en rend cependant la mesure complexe. Les résultats d'une enquête sont très dépendants des questions qui ont été posées, du moment auquel on a recueilli l'avis de l'utilisateur, du contexte dans lequel le questionnaire est administré, des caractéristiques mêmes de l'utilisateur.

Il apparaît, en particulier, que :

- la satisfaction telle qu'on la mesure par les questionnaires est variable au cours du temps. Elle n'est pas la même à la sortie, quinze jours après, deux mois après ;
- le résultat de la mesure est dépendant de la manière dont les questions sont formulées, et du contexte dans lequel elles sont administrées ;
- le niveau de satisfaction, tel qu'on l'exprime dans les questionnaires, varie selon les caractéristiques du répondant : les personnes jeunes, les CSP élevées, les proches, par exemple, sont plus sévères dans leurs appréciations ;

- on ne peut enfin ignorer la question de l'anonymat. Nombre de patients sont amenés à retourner dans le service où ils ont été traités, c'est le cas en particulier des malades chroniques. Et si les conditions d'anonymat ne sont pas strictement garanties, le patient peut hésiter à formuler une appréciation négative sur un service où il sera amené à revenir.

Il est donc difficile de mesurer la satisfaction des usagers. La construction d'un outil de mesure est un processus long et complexe, et la mesure elle-même peut être relativement coûteuse.

En outre, il convient de souligner que les outils quantitatifs de mesure de la satisfaction des usagers ne constituent pas une réponse globale et définitive au problème de l'appréciation de la satisfaction. Ces outils se présentent sous la forme de questions fermées, ce qui limite le champ dans lequel les personnes interrogées peuvent s'exprimer : on ne peut détecter par ces outils des problèmes imprévus.

En outre, l'interprétation quantitative des résultats est susceptible de ne pas suffisamment prendre en compte les cas extrêmes, et en particulier les cas de très grande insatisfaction. Ces outils quantitatifs ne peuvent donc être qu'un des éléments du dispositif d'appréciation de la satisfaction des usagers. Il est d'ailleurs révélateur que beaucoup d'interlocuteurs rencontrés (par exemple au CHU de Grenoble, aux Hospices Civils de Lyon, à la clinique du Val d'Ouest...) ont souligné que ce qui était pour eux le plus intéressant, le plus « *déclencheur de réactions* » étaient les commentaires libres, que ce soit dans les questionnaires de sortie ou dans les enquêtes de satisfaction qu'ils réalisent.

- L'interprétation des résultats des mesures de satisfaction n'est pas immédiate

Les outils de mesure de la satisfaction des usagers ne mesurent de manière directe ni la qualité des soins, ni l'amabilité du personnel, ni l'information donnée aux patients. Il s'agit de mesures indirectes, qui reflètent l'impression conservée par les usagers à l'issue de leur prise en charge, dans un certain nombre de domaines. Les usagers ne sont pas d'une manière générale en mesure de discerner si une insatisfaction qu'ils ressentent est due à un mauvais fonctionnement du service, à une défaillance du personnel, ou à un problème d'organisation au niveau de l'établissement. Les mesures de satisfaction peuvent constituer un élément d'alerte. Ils ne peuvent tenir lieu de diagnostic, comme cela nous a été souvent souligné⁴⁹.

Les résultats des mesures de la satisfaction se présentent de manière générale sous la forme de scores associés à des dimensions (accueil, information, hôtellerie, etc.). Ces scores sont fondés sur l'idée que les réponses aux questions posées – les *items* – permettent d'approcher les grandeurs abstraites que sont la satisfaction quant à l'hôtellerie, à l'information, etc. L'agrégation des scores des différentes dimensions n'est pertinente que si elle permet d'approcher un phénomène réel de manière satisfaisante. Si l'on considère que cela a un sens de parler de satisfaction globale quant à la prise en charge et si les différentes dimensions de l'outil de mesure sont suffisamment concordantes, alors l'agrégation sera pertinente. En revanche, si l'on considère que les différentes dimensions ne sont pas les parties d'un tout

⁴⁹ Par exemple lors de l'entretien avec Monsieur Piquemal, Président de la conférence des directeurs de CH, 11/01/2007

cohérent ou qu'on constate qu'il n'y a qu'une faible corrélation entre elles, l'agrégation ne doit pas être faite : elle conduirait à une mesure dépourvue de sens.

La présentation des indicateurs de performance pose d'un point de vue statistique un certain nombre de problèmes. En effet, il convient que la présentation des résultats ne donne pas l'illusion au lecteur qu'il dispose d'une connaissance plus précise que celle qui peut être raisonnablement tirée des données. Autrement dit : la présentation des résultats doit refléter l'incertitude inhérente aux indicateurs. Il faut par exemple :

- **DONNER UN INTERVALLE DE CONFIANCE LORSQUE L'INCERTITUDE EST IMPORTANTE ;**
- adapter le nombre de décimales à la précision dont on dispose : il est inutile et trompeur de mettre un chiffre après la virgule lorsque l'incertitude est de plusieurs unités.

La forme choisie pour publier les résultats peut elle-même induire en erreur, en induisant des interprétations fausses des résultats. D'une manière générale, il convient de s'abstenir de comparer et de classer des établissements ou des services en utilisant des indices qui ne les discriminent pas suffisamment nettement. En effet, des différences importantes de classement sont susceptibles d'être interprétées comme dénotant une différence importante et significative de performance de deux établissements ou de deux services. Or, dans bien des cas, les différences de classements sont seulement dues au hasard de l'échantillonnage.

Le plus souvent, l'incertitude est de surcroît suffisamment importante pour que ne puissent pas être distingués la performance intrinsèque de l'établissement des facteurs de confusions, au premier rang desquels les caractéristiques socio-démographiques des usagers et les pathologies traitées. La différence de satisfaction entre deux établissements a de grandes chances d'être expliquée plus par leurs différences de recrutement et par leurs spécialités thérapeutiques, que par des différences de performance.

➤ Les ambiguïtés et les risques des classements :

Les classements rendent mal compte de l'incertitude avec laquelle les indicateurs sont connus. Le lecteur d'un classement d'une cinquantaine d'hôpitaux est enclin à penser que le dixième est significativement meilleur que le quarantième. Or il est tout à fait possible dans certains cas que ces deux hôpitaux ne soient pas discernables au vu de l'information dont on dispose. Bien souvent, les indicateurs permettent seulement de distinguer quelques établissements en bien ou en mal, les autres étant très proches les uns des autres.

Le fait de donner les intervalles de confiance associés aux indicateurs, comme c'est le cas dans le dispositif SAPHORA, ne résout que partiellement ce problème. Les intervalles de confiance de rang donnent une meilleure idée de la précision des classements. Ils sont cependant peu répandus et par conséquent posent des problèmes d'interprétation au public.

Pour éviter les classements, il arrive qu'on ait recours à des classes : ainsi, les résultats d'ICALIN sont présentés sous la forme d'une lettre (de A à E).

Cette solution n'a de sens que si les établissements sont suffisamment différents entre eux, suffisamment pour que la plupart des hôpitaux de la classe A soient significativement meilleurs que ceux de la classe B et ainsi de suite. En outre, la définition et le nombre des classes doivent être adaptés à la dispersion des établissements : s'il est pertinent pendant le tour de France de distinguer l'échappée du peloton, cela n'a pas grand sens de distinguer l'avant et l'arrière du peloton⁵⁰.

Si on distingue dans des classes différentes des établissements trop proches entre eux, on risque d'observer des changements de classe erratiques suivant les années, ce qui réduit sérieusement la crédibilité des démarches de comparaison.

Les comparaisons inter-temporelles peuvent donner l'impression d'une variation importante des indicateurs, alors que cette variation ne dénote que l'imprécision avec laquelle les indicateurs sont connus. En mettant en regard des classements ou des répartitions par classes d'années différentes, on peut prendre des artefacts statistiques pour des modifications importantes de la performance des établissements.

1.4.3. L'utilisateur et ses paradoxes

L'utilisateur veut être un acteur du processus de soin qui le concerne, et son seul désir est que sa prise en charge soit de la meilleure qualité possible de manière à obtenir une guérison de sa maladie. Toutes les enquêtes de satisfaction partent de cet *a priori* pour déterminer les questions à poser. Nombreuses sont les références sur lesquelles s'appuyer pour justifier cette représentation de l'utilisateur. Ainsi, par exemple, une étude menée auprès de professionnels de santé et d'utilisateurs, s'intéressant à l'information souhaitée par les utilisateurs, conclut que c'« *est plutôt celle qui permettrait à l'utilisateur de maîtriser sa trajectoire individuelle dans le système hospitalier et d'être plus responsable dans sa définition* »⁵¹. Quant au désir d'obtenir les meilleurs soins pour guérir, l'intérêt du patient est tellement évident qu'il paraît inutile de l'interroger. Tout cela est exact, mais tout cela n'est pas si simple. La relation nouée par un patient avec sa maladie comporte bien des ambiguïtés ayant des effets complexes, voire inattendus, sur le sentiment de satisfaction éprouvé.

⁵⁰ Conformément au règlement du tour de France, tous les membres du peloton sont réputés être arrivés en même temps, même si plusieurs secondes séparent les premiers des derniers.

⁵¹ Laure Amar, Janinie Bachimont, Marc Brémond, Véronique Ghadi, Claude Gissot, Alain Letourmy, Michel Naiditch, Françoise Schaetzel. « *Quelles informations sur l'hôpital pour les utilisateurs ?* ». Solidarité et Santé N°2, 2001.

Les professionnels de santé l'ont fréquemment rapporté au cours des visites d'établissements réalisées par la mission :

- une information trop précise peut dissuader un patient d'accepter des soins nécessaires, du fait des désagréments consécutifs possibles⁵² ;
- souvent la connaissance de la gravité de son cas a un effet désespérant pour le patient, cause de souffrances inutiles ;
- il arrive qu'un patient soit insatisfait de l'information donnée sur son cas, ait le sentiment d'avoir été tenu dans une totale ignorance de sa situation, quand tout lui a été appris.

Quant aux soins attendus par les patients, ils peuvent être jugés néfastes pour sa santé par le médecin. Les exemples abondent, ayant des conséquences regrettables sur les actes médicaux réalisés. Ainsi, par exemple, le nombre élevé des césariennes en France⁵³ est vraisemblablement du, en partie, aux préférences des femmes sur leur mode d'accouchement⁵⁴. Autre exemple, « *l'usager dicte souvent sa prescription au médecin lorsqu'il s'agit de médicaments psychotropes* »⁵⁵. L'alliance nécessaire entre un médecin et son patient pour assurer les meilleurs soins possibles n'est pas toujours facile à nouer. Des divergences sérieuses peuvent exister sur l'objectif à poursuivre et sur les moyens d'y parvenir. Plusieurs raisons peuvent les expliquer :

- la reconnaissance de la maladie n'est pas toujours la même pour un patient et son médecin⁵⁶ ;
- la maladie n'est pas toujours un corps étranger dont chacun chercherait à se débarrasser ; elle noue avec l'affectivité du patient, son mode de vie, son histoire personnelle, des liens nombreux ;
- le « bien-être » à retrouver est une question d'appréciation très individuelle, liée aux choix de vie du patient ;

⁵² Qui n'a pas hésité à prendre un médicament prescrit par son médecin après avoir pris connaissance de tous les risques d'effets secondaires ?

⁵³ 10,9 % de accouchements en 1981, 20 % en 2003.

⁵⁴ « *Parce qu'elles ont « peur d'accoucher », qu'elles craignent d'être « abîmées » ou qu'elles ne supportent pas l'imprévu, certaines femmes réclament une césarienne avec le sentiment que ce sera « vite fait bien fait* ». Sandrine Blanchard et Olivier Zanetta. Journal *Le Monde*, 22 novembre 2006, P. 24.

⁵⁵ Edouard Zarifian. « *Le prix du bien être, psychotrope et société* ». Ed. Odile Jacob 1996. P. 11.

⁵⁶ Est-il satisfaisant pour un patient hypertendu n'éprouvant aucun symptôme de suivre un traitement et d'en subir les inconvénients ?

2. L'usage des données collectées : nécessité, ambivalence, risque et enjeux

On peut le penser, et, tout au moins, on peut l'espérer, le souci de la satisfaction de l'utilisateur guide depuis toujours, l'organisation et le fonctionnement des soins. Depuis dix ans, en France, il se traduit par l'obligation de procéder à des mesures. Cet impératif récent va, à l'évidence, donner une place plus certaine à la prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé. Cette nouvelle situation, qui répond à des nécessités, qui comporte un certain nombre d'enjeux pour les acteurs concernés, va aussi avec des risques qu'il faudra savoir maîtriser.

2.1. Une question centrale, l'articulation entre usage interne et usage externe

Même si elles concernent les mêmes champs, même si elles peuvent s'appuyer sur les mêmes types de questions, les démarches d'appréciation de la satisfaction des usagers sont de nature radicalement différentes, selon l'usage qui en est fait, interne ou externe.

2.2.1. L'usage interne :

C'est la logique centrale des démarches qualité. Et cela correspond bien au contenu de la référence 51a du manuel d'accréditation « *Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration* ».

Il s'agit d'apporter aux prestataires de services une information sur la satisfaction de leurs clients, dans un objectif d'amélioration, comme cela a été souligné à l'hôpital St Louis, où l'expression des patients est vécu comme un outil d'amélioration de la qualité de service. Dans ce contexte, la comparabilité des données avec celles d'autres services ou établissements n'est pas essentielle. Ce qui est primordial c'est l'engagement des opérationnels concernés sur ce souci de l'utilisateur et la volonté d'amélioration de la qualité du service rendu. Et bien sûr seules les données décentralisées, au niveau du service, sont utiles à l'action.

Les opérationnels et en particulier ceux des services de soins disposent d'une multitude d'éléments pour appréhender les perceptions de l'utilisateur. Au delà des supports écrits (plaintes, questionnaires de sortie, enquêtes générales ou spécifiques), les soignants sont de bons capteurs de la satisfaction de l'utilisateur, parce qu'ils sont au contact des malades, et parce qu'ils sont hypersensibles aux conditions de soins. Ce point a été souligné à de multiples reprises lors de nos entretiens. Dans ce contexte, la mise en place dans les services de soins de procédures internes, qui permettent aux soignants et au personnel de service de partager et de

faire remonter l'expression des usagers au quotidien⁵⁷, apporte des éléments sans doute aussi précieux, et peut-être plus, qu'une enquête générale, à ceux qui sont soucieux de l'amélioration du service rendu.

En tout état de cause c'est l'appropriation des outils de mesure par ceux qui peuvent agir (ce qui est acquis quand ils en sont les initiateurs) et la pluralité de leurs sources d'informations qui seront les garants de la qualité et de l'efficacité d'une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Comme l'écrivent le docteur Labarère et le professeur François⁵⁸, une enquête de satisfaction « *devrait être couplée à une procédure d'analyse systématique des lettres de plaintes et à la mise en œuvre de méthodes d'enquêtes qualitatives propices à l'émergence de problématiques ignorées par les questionnaires* ».

2.2.2. L'usage externe :

Ici les enjeux sont tout autre. C'est d'abord celui de la comparaison, et celui qui en est une dérivée, la notoriété.

Dans ce contexte, les précautions et exigences méthodologiques mentionnées dans le chapitre 1.3. sont essentielles ; et cela vaut d'autant plus, comme cela a été souligné, si on met en oeuvre des indicateurs synthétiques. Car seules ces précautions méthodologiques rendent possibles une comparaison.

Des comparaisons peuvent se concevoir entre différents établissements volontaires et suffisamment homogènes pour qu'elles aient du sens et que les risques de biais méthodologiques soient réduits. C'est le sens par exemple des démarches qui ont prévalu jusqu'à ce jour dans la mise en place de l'outil SAPHORA : d'abord en Aquitaine, où il est né, à l'initiative du CECCQA, avec des établissements volontaires, ensuite à travers l'opération menée par la FNCLCC avec les centres de lutte contre le cancer volontaires, enfin dans la démarche menée en 2007 par la conférence des directeurs généraux de CHU, dans leurs établissements, là aussi sur la base du volontariat.

Il est essentiel de comprendre que le passage d'une démarche volontaire, à une norme obligatoire changera la nature de l'exercice et comporte des risques importants. Comme l'on souligné les différents interlocuteurs rencontrés⁵⁹, SAPHORA n'est pas seulement un questionnaire. C'est aussi un dispositif complet d'information et de communication au sein des établissements. Pour cette raison, il est très important que la démarche soit volontaire : ce ne peut pas être obligatoire. Si la démarche est imposée aux établissements, elle ne donnera pas de bons résultats. On ne peut pas transposer mécaniquement les effets bénéfiques des établissements volontaires dans les établissements qui ne le sont pas.

⁵⁷ L'existence de telles procédures a été signalée à la mission dans plusieurs établissements, au Centre Oscar Lambret, à l'hôpital St Louis, à la clinique du val d'ouest...

⁵⁸ Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés J.Labarère, P. François et alii. La Presse Médicale, 10 juin 2000.

⁵⁹ Madame le Docteur Pourin CECCQA 22/12/2006 ; Madame Grenier FNCLCC 06/12/2006 ; bureau de la conférence des DG de CHU 06/12/2006.

Il ne s'agit pas à travers ces remarques de contester toute démarche de comparaison. De toutes les façons, celles-ci auront lieu, ont déjà lieu, non seulement à l'initiative des établissements concernés ou de leurs organisations, mais aussi des médias, des associations d'usagers et de tiers, avec l'appui de l'outil très puissant que représente Internet⁶⁰.

Il s'agit de souligner les risques d'une obligation imposée par une tutelle. La garantie méthodologique qu'apporterait une démarche validée par des experts reconnus par leur milieu et par la tutelle serait incontestable, mais de portée limitée en regard des inconvénients d'une démarche généralisée et obligatoire, que nous venons de souligner, et qui, de surcroît, risque de nuire aux démarches internes engagées. De ce point de vue il faut également être attentif à la tentation qui pourrait exister, que soit donnée une interprétation étroite (et erronée) de la proposition qui figure dans la référence 51a « *L'évaluation de la satisfaction des patients repose sur des méthodes validées* », en considérant que seul SAPHORA répond à cette caractéristique.

Il serait beaucoup plus pertinent pour les pouvoirs publics, plutôt que d'imposer une démarche obligatoire, de faire émerger des règles du jeu, un référentiel de « bonnes pratiques méthodologiques », que tous les producteurs d'enquêtes seraient invités, incités à adopter.

En tout état de cause il faut avoir à l'esprit que des enquêtes générales n'apporteront qu'une information limitée sur la satisfaction du patient, car l'essentiel de ce à quoi il est sensible, en particulier l'information médicale donnée à lui et à ses proches, dépend en premier lieu du service où il se trouve.

En définitive, la mise en place d'un outil synthétique, uniforme et obligatoire présente des risques importants, tout en offrant un intérêt limité et aléatoire.

Cet outil risque d'affaiblir, voire d'éliminer les éléments existant aujourd'hui d'appréciation de la satisfaction des usagers. Standardisé et obligatoire il sera à contresens des objectifs d'appropriation, qui sont une condition essentielle de son efficacité. Et son apport risque d'être limité. Synthétique, il sera d'interprétation difficile, surtout à l'échelle d'un gros établissement, comportant une grande diversité d'activités et de services. L'intérêt qui est mis en avant de faciliter le « *benchmarking* » des meilleurs pourrait être limité ou ne mettre en lumière que des évidences. Les résultats mauvais risquent d'être contestés par les établissements concernés, au motif de la fragilité méthodologique de ces outils de mesure.

⁶⁰ « Il met à leur disposition des sources d'information multiples, leur permet de rentrer dans les contenus médicaux, de trouver des pairs avec lesquels dialoguer et échanger des expériences, et in fine de constituer une expertise collective concurrente de celle des médecins. » Madeleine AKRICH et Cécile MEADEL : « *Problématiser la question des usages* ». Sciences Sociales et Santé. Vol 22 N°1 Mars 2004 P. 5-20.

2.2. Evaluer et prendre en compte la satisfaction de l'utilisateur dans les établissements : les effets sur le positionnement des acteurs du dispositif de soins, les risques courus

2.2.1. Des positionnements d'acteurs en pleine évolution

L'utilisateur, autrefois objet de soins, est devenu sujet de droits. Autrefois tenu pour incompetent, il est aujourd'hui traité à l'égal d'un expert consulté sur le bon fonctionnement des services et la qualité des soins⁶¹. Longtemps écarté de toutes les instances gérant le dispositif de soins, il est invité à se prononcer sur toutes les décisions prises par les autorités sanitaires, les directions d'établissements de santé.

La légitimité du rôle de ce nouvel acteur arrivé dans le cercle de ceux qui participent à l'organisation et à la gestion du dispositif de soins a été contestée. Il a fallu le distinguer du citoyen pour reconnaître que l'élu ne le représentait pas tout à fait. Son appartenance fréquente à une association constituée pour défendre les intérêts d'une catégorie de malades lui contestait le bon droit de parler au nom de tous les autres. Tout cela est dépassé. L'utilisateur est partout le bienvenu et son avis est tenu pour énoncer sur les choses une vérité incontestable⁶². Lui, si longtemps négligé fait désormais l'objet de tous les empressements.

L'utilisateur apparaît ainsi comme un tiers avec lequel chaque protagoniste espère faire alliance pour faire triompher son point de vue. Mais, manquant le plus souvent de préparation pour tenir son rôle, dérouté par la complexité du système de soins, ignorant des questions médicales qui se posent, l'utilisateur est plutôt jugé décevant par ceux qui le courtisent⁶³, même si beaucoup soulignent en même temps l'intérêt croissant de la contribution des représentants d'utilisateurs. Aussi, les ARH, les établissements de santé, les associations, multiplient les formations, les réunions de sensibilisation, les forums, les sites Internet.

⁶¹ Voir notamment le rôle joué par les associations d'utilisateurs dans le domaine du SIDA sur le plan de la recherche scientifique et des innovations thérapeutiques analysé par Janine BARBOT et Nicolas DODIER : « *L'intervention des associations dans l'évaluation des médicaments. Le cas de l'épidémie à VIH* ». Cahiers de Recherche de la MiRe N° 12- Août 2001, P. 9-12.

⁶² Il y aurait à dire sur la tendance à considérer l'utilisateur de l'hôpital comme une victime, victime de la maladie, victime potentielle du dispositif de soins. Cette assimilation de l'utilisateur à la victime mériterait d'être étudiée, dans un contexte social où la raison de la victime et ses droits deviennent intangibles.

⁶³ Les professionnels se désolent de voir les utilisateurs surtout préoccupés de la qualité des repas et du confort de leur prise en charge. Les établissements et les régulateurs constatent que la connaissance de divers indicateurs par les utilisateurs n'affectent que très peu leurs comportements. « *Il semblerait que le seul effet véritable de la diffusion publique d'indicateurs de performance des hôpitaux ait été sur les hôpitaux eux-mêmes* » : Etude de Véronique Ghadi et Michel Naiditch déjà citée plus haut.

2.2.2. Les risques

L'utilisateur s'est vu donner et a pris la parole. Sujet de ses soins, il entend participer aux décisions qui le concernent, obtenir une prise en charge de qualité, et, pour cela, exprimer son sentiment de satisfaction. Cette situation nouvelle modifie les positionnements des acteurs concernés par l'organisation et la gestion du dispositif de soins. Rien de plus normal. Cependant, il convient d'analyser les risques que ces évolutions nécessaires comportent.

- Un accès aux soins rendu plus difficile par la diffusion et la comparaison des données issues des mesures

C'est moins la mesure de la satisfaction que la diffusion de résultats multiples qui peut poser problème, en particulier si ces éléments alimentent des classements nombreux et variables. Une information complète sur les différentes dimensions de la performance d'un établissement de santé, incluant les résultats de la mesure de la satisfaction des usagers, produite sous la forme d'indicateurs permettant des comparaisons avec d'autres hôpitaux et cliniques, risque fort de mettre dans l'embarras⁶⁴ celui qui la consulte pour choisir le lieu où il serait préférable d'être hospitalisé. Une fois mesurés tous les risques qu'il court pour telle ou telle prise en charge appréciée diversement par les patients qui l'ont subie, l'utilisateur bien prévenu pourrait ne plus savoir prendre la bonne décision. Il pourrait même finir par renoncer à des soins jamais parfaits, toujours accompagnés de risques et d'inconvénients. La lecture des effets secondaires d'un médicament dissuade certains de suivre le traitement prescrit. L'effet est connu. Il pourrait bien se trouver entraîné aussi par la publication détaillée des atouts et des faiblesses des nombreux services hospitaliers susceptibles de traiter une pathologie donnée.

Rendu perplexe par des informations difficiles à interpréter, pas forcément concordantes entre elles, contredites par d'autres avis⁶⁵, explicitant des risques jamais nuls, l'utilisateur pourrait bien se mettre en danger en retardant une décision de traitement pénible à prendre. Ou bien, il finira par accepter d'aller dans l'établissement prévu, faute d'avoir su départager entre elles les différentes possibilités envisageables⁶⁶. Mais, si l'utilisateur finit par accepter les soins dans ces conditions, ce sera sans confiance.

Toutes les enquêtes de satisfaction interrogent les usagers sur l'information qu'ils ont reçue des soignants pendant leur prise en charge. Le taux de satisfaction est souvent modeste sur ce sujet. Un meilleur taux avoisinant les 100 % ne risquerait-il pas d'aller avec des renoncements à des soins complexes mais nécessaires, ou des hésitations conduisant à repousser une intervention urgente ? La recherche de résultats obtenus avec une mesure pratiquée à une

⁶⁴ « Il s'avère difficile pour un profane d'utiliser plus de cinq indicateurs dans une optique de comparaison et de choix ». Etude de Véronique Ghadi et Michel Naiditch déjà cité plus haut.

⁶⁵ Les résultats des mesures de satisfaction peuvent donner de l'établissement une image différente de celle donnée par les autres indicateurs de performance. Et, à ces discordances peuvent s'ajouter des avis tout autres du médecin traitant, de proches...

⁶⁶ C'est bien cette dernière attitude qui doit se produire quand on constate le peu d'impact qu'ont sur la fréquentation des établissements les publications de palmarès faites à grand fracas par les journaux. Plusieurs responsables hospitaliers rencontrés par la mission expliquent que bon nombre d'hôpitaux ne se soucient plus du tout des classements parus dans la presse, et même n'adressent plus les données qui leur sont réclamées, malgré les menaces de se voir accuser de cacher de sombres turpitudes.

échelle collective a forcément des conséquences sur les comportements à une échelle individuelle. Dans toute relation médicale, à un moment donné, un être doit remettre son sort entre les mains d'un soignant ou d'une équipe soignante. Ce principe incontournable, sans lequel l'exercice de la médecine n'est pas possible, peut être malmené par la recherche d'une information jamais assez complète sur les avantages et les faiblesses du dispositif auquel on envisage de s'adresser, sur la nature de son mal, sur les risques liés aux traitements.

Tenu dans une totale ignorance, l'utilisateur part à l'aventure dans son parcours de soins. Très informé, il pourrait bien devenir hésitant, incapable de cet abandon qui seul rend possible le soin.

➤ Une qualité des soins menacée de faire l'objet de périlleuses controverses

L'utilisateur établit une hiérarchie de ses besoins qui lui est personnelle, sensiblement différente de celle que peut concevoir un médecin⁶⁷. Dans certains cas extrêmes, la demande de l'utilisateur, résultant de cette hiérarchie des besoins, peut même être contraire aux principes déontologiques de la profession médicale. Entre le patient et le professionnel de santé, dans le cadre d'une relation de soins, existe une tension qu'il serait dangereux de voir disparaître. Cette tension disparaîtrait si, à partir d'une mesure toujours plus fine de la satisfaction des usagers, l'attente du patient devenait une exigence à laquelle il serait déconseillé de se dérober.

Si l'utilisateur a toujours raison, parce qu'il est le bénéficiaire du service, si le pilotage du dispositif de soins prend en compte les résultats de la mesure de la satisfaction sous la forme d'un positionnement plus ou moins meilleur dans un classement, si l'utilisateur, objet de la révérence due à celui dont on veut se faire un allié, devient l'arbitre des choix d'organisation et de fonctionnement, après avoir été si longtemps le muet du sérail, alors sera couru le risque de suivre des positions susceptibles de dégrader la qualité des soins telle que les médecins l'apprécient. Aujourd'hui tiers dont les acteurs du dispositif de soins se disputent l'alliance pour faire triompher leur point de vue, l'utilisateur de plus en plus reconnu pourrait bien s'émanciper de ses divers tuteurs et renverser à son profit le jeu qui l'instrumentalise.

Les professionnels de santé rencontrés par la mission ont tous exprimé l'importance qu'il faut accorder à la satisfaction de l'utilisateur. Aucun n'a manifesté une opposition, voire une réticence, par rapport aux mesures faites dans son établissement, même si certains n'accordent qu'une attention très minime aux résultats des enquêtes. Cependant, ils redoutent une situation où la satisfaction de l'utilisateur jugerait seule de la qualité des soins.

Pour l'instant, la multiplication des enquêtes de satisfaction et les conséquences de la place nouvelle prise par les usagers n'ont pas changé les positions entre les soignants et les soignés. Les soignants se plaignent des exigences plus fortes de leurs patients. Ils redoutent d'être à tout moment mis en accusation. Ils ont le sentiment d'être de moins en moins respectés par les malades et signalent volontiers les incivilités dont ils font l'objet. Mais, cela est mis sur le compte de « *l'air du temps* ». Usagers et soignants sont convaincus que la qualité des soins dépend de la qualité de leur alliance. Le propos a été souvent tenu par les soignants comme

⁶⁷ Les exemples de ces divergences entre soignants et patients sont nombreuses et ont été rapportés par les hospitaliers rencontrés par la mission : le problème des visites avec les risques infectieux qu'elle peuvent entraîner pas toujours admis par les proches ou le patient lui-même ; exemple d'une jeune mère qui changeait son bébé tout en téléphonant avec son portable, et de la prise en charge des adolescents anorexiques, cités par le service de Médecine de l'adolescent de l'hôpital Bicêtre...

par les représentants des usagers rencontrés dans les établissements visités par la mission. Chacun s'accorde à considérer que le pire serait de dresser les uns contre les autres. De nombreux représentants d'usagers dans les établissements ont connu de graves maladies et éprouvent une reconnaissance sans borne à l'égard des soignants qui les ont sauvés. Leur engagement dans une association au service des malades est parfois, manifestement, une forme d'identification aux soignants qui se sont si bien occupés d'eux⁶⁸. Il ne faudrait pas cependant sous-estimer l'inquiétude latente des soignants qui, s'ils devaient un jour obéir aux seuls critères de la satisfaction des usagers, perdraient jusqu'au sens même de leur profession. Cela aussi ne serait pas sans conséquences sur la qualité des soins.

➤ Une gestion du dispositif de soins exposée à la montée des exigences

Un représentant d'utilisateur rencontré dans un établissement de santé par la mission explique que, dans les commissions dont il fait partie, la position qu'il prend est assez simple. Il soutient toujours les choix en faveur des meilleurs équipements et des biens médicaux, « *sans lésiner sur les coûts* ». Même s'il ne faut pas généraliser ce type d'attitude, elle se rencontre.

Le dispositif de soins se gère dans un cadre de moyens limités, même s'il évolue en s'élargissant. La satisfaction des usagers doit être recherchée en tenant compte des ressources disponibles. L'utilisateur n'est pas censé intégrer systématiquement cette contrainte du coût dans son raisonnement. Les professionnels de santé rencontrés par la mission l'ont bien compris quand ils font observer que l'insatisfaction des usagers s'explique le plus souvent par l'insuffisance des ressources mises à la disposition des services médicaux : manque de moyens en personnels, capacités d'hospitalisation trop limitées, structures d'aval manquantes, sous-équipement médical entraînant l'allongement des délais d'intervention... Ces limites qu'ils connaissent bien, mais qu'ils regrettent, les professionnels espèrent que la pression des usagers, consultés dans des enquêtes nombreuses et détaillées, permettra de les repousser. Même si les associations d'utilisateurs ont plutôt le sens des responsabilités, le risque existe de voir s'exprimer des exigences insoucieuses du coût, par des usagers désireux tout naturellement d'obtenir la meilleure qualité des soins possibles.

⁶⁸ « *Pour moi, l'hôpital fait partie de ma vie depuis si longtemps* », propos tenu par un représentant d'utilisateurs rencontré dans un établissement par la mission.

III. Les propositions

A TRAVERS LE DEVELOPPEMENT DES ENQUETES DE SATISFACTION DES USAGERS SONT POURSUIVIS TROIS OBJECTIFS QUI SONT CONFONDUS, ET QUI MERITERAIENT D'ETRE DISTINGUES :

- l'amélioration de la qualité des soins par les opérationnels concernés,
- l'optimisation de l'affectation des ressources disponibles, pour répondre, au mieux, aux besoins de soins de la population,
- l'amélioration de l'information de l'utilisateur, de manière à ce qu'il puisse s'orienter dans le dispositif de soins en fonction de ses attentes.

Ces trois objectifs ne sont pas totalement indépendants les uns des autres. Des outils utiles pour atteindre l'un d'entre eux peuvent servir pour viser les deux autres. Mais, il serait sage de ne pas chercher à concevoir un outil à tout faire. Un tel outil à tout faire, en ce qui concerne la mesure de la satisfaction, exposerait certainement à courir tous les risques analysés par la mission et ne produirait que de médiocres avantages.

3.1. Développer des mesures de la satisfaction fiables, à l'initiative des établissements, utiles à l'amélioration de la qualité et à la régulation de l'offre

3.1.1. Encourager les initiatives internes des établissements visant à mesurer la satisfaction des usagers, afin d'améliorer la qualité des soins :

Même si elle doit être considérée avec prudence et si elle ne saurait constituer l'unique repère, la prise en compte de la satisfaction des usagers, et donc sa mesure, est un élément nécessaire dans une démarche qualité. Les initiatives internes de mesure doivent donc être encouragées, en veillant aux recommandations suivantes :

- La mesure de la satisfaction n'est pas, dans ce contexte, une fin en soi. Elle est un élément dans une démarche. C'est donc la qualité de la démarche dans son ensemble qui doit être prise comme objectif, sans se focaliser sur ce maillon.
- Ce qui est essentiel dans la démarche qualité, c'est de disposer de données sur la satisfaction des usagers. Il n'y a pas un seul outil pour appréhender cet élément. Le rapport a montré au contraire la multiplicité des sources d'information, formelles et informelles, sur la satisfaction des usagers. C'est l'attention mise au croisement et à

l'irrigation réciproque de ces différents éléments d'information qui fondera la qualité, la fiabilité des données sur ce sujet, plus que le caractère « scientifique » d'un des outils. Dans cette perspective, il est souhaitable que la référence 51a du manuel d'accréditation « *L'évaluation de la satisfaction des patients repose sur des méthodes validées* » soit interprétée de la façon la plus ouverte. En outre il est opportun que soit confié à une même direction de l'établissement la gestion de l'ensemble de ces approches (qualité, plaintes, relation avec les usagers, questionnaires de sortie, enquêtes de satisfaction..), ce qui n'est pas toujours le cas.

- Une part importante des éléments de satisfaction du patient tient au fonctionnement de l'unité dans laquelle il est hospitalisé. C'est à ce niveau que la satisfaction de l'utilisateur doit être appréhendée en priorité. Et c'est à ce niveau que l'appropriation de la démarche est essentielle. A l'inverse, une mesure de la satisfaction, décidée de façon centralisée au niveau de l'établissement ou au dessus, sans appropriation par les équipes opérationnelles, aurait peu de chances d'avoir des effets sur la qualité. Dans la même logique, si des outils de mesure sont proposés aux établissements, il faut veiller à ce qu'ils soient multiples, de telle sorte que les acteurs locaux aient des possibilités de choix suffisantes et s'approprient des outils qu'ils ne se voient pas imposer⁶⁹. En particulier, si la HAS était amenée à proposer la mise en place d'indicateurs de satisfaction, dans le cadre de la procédure d'accréditation, elle devrait s'attacher à ce que les outils proposés soient ouverts et multiples pour permettre une possibilité de choix par les établissements.

3.1.2. Prendre des précautions, dans la conception et l'utilisation d'outils de mesure à usage externe (notoriété, comparaison) :

On n'évitera pas les mesures de satisfaction à usage externe, à des fins de notoriété ou de comparaison, à l'initiative des établissements, des associations d'utilisateurs ou d'autres initiateurs très divers. Ce qui est essentiel alors, c'est que les outils utilisés, dans leur conception et dans la présentation des résultats, offrent un minimum de garanties (en se rappelant que tout instrument de mesure unique d'une réalité complexe présente des biais). A cet égard, il faut sans doute préférer des outils spécifiquement dédiés à l'usage externe. Un seul outil de mesure ne peut pas servir tous les objectifs.

Dans l'objectif d'assurer la meilleure fiabilité des mesures, il pourrait être opportun de demander à la HAS de produire des recommandations de bonnes pratiques pour l'élaboration, la présentation, la diffusion, d'indicateurs externes de mesure de la satisfaction des usagers, et naturellement aussi pour la présentation de données comparées.

De fait, les démarches de comparaison ne sont pas à proscrire, si elles sont assorties de précautions de présentation, s'appuient sur des outils méthodologiquement éprouvés (cf § précédent) et concernent des établissements, pour lesquels la comparaison a du sens. A cet

⁶⁹ La nécessité de l'appropriation des démarches de mesure de la qualité est l'une des constatations les plus anciennes de la littérature. Voir A.M. Epstein « The Role of Quality Measurement in a Competitive Marketplace », in *Strategic Choices for a Changing Health Care System*, U. Reinhard et S. Altman (Eds.), Chicago: Health Administration Press, 1996, chapitre 7 (pp. 207-234).

égard des initiatives volontaires prises par des établissements ayant des caractéristiques communes (par exemple, celles de la conférence des directeurs généraux de CHU ou de la Fédération nationale des Centres de Lutte contre le Cancer, s'appuyant sur le questionnaire SAPHORA) méritent d'être considérées.

Mais il faut être extrêmement circonspect sur les démarches d'agrégation pour produire des indicateurs synthétiques, susceptibles de nourrir des classements entre établissements sur la base d'indicateurs de performance incluant une mesure de la satisfaction des usagers.

Le rapport a montré les dangers des classements et leur intérêt limité. Il est bien sûr illusoire d'empêcher les initiatives dans ce domaine. Mais l'Etat, en ce qui le concerne, doit éviter de publier des indicateurs sous sa responsabilité, compte tenu à la fois des difficultés méthodologiques lourdes qui ont été soulignées, mais aussi parce que c'est la pluralité des dispositifs d'appréciation qui offre une garantie (sous réserve d'une fiabilité assurée des mesures), et qu'un classement publié sous la responsabilité de l'Etat aurait inévitablement un statut spécifique. On ne peut en outre exclure que la responsabilité de l'Etat soit engagée par la publication de telles informations. Enfin l'Etat, qui a des responsabilités d'affectation des ressources vis à vis des établissements de soins, doit veiller à ne pas être accusé de procéder à des observations utiles à ses projets d'action et donc biaisées.

3.2. Développer des mesures de la satisfaction fiables, utiles à une organisation de l'offre des soins répondant aux besoins de la population

- Dans notre pays où l'Etat exerce un rôle de régulation de l'offre de soins, il est nécessaire qu'il puisse comparer entre eux les établissements de soins, afin d'apprécier leurs performances et prendre les décisions pesant sur l'organisation et le fonctionnement qui lui appartiennent. La mesure de la satisfaction des usagers doit bien sûr prendre sa place dans la construction de cette évaluation, en portant sur les seuls sujets que l'autorité sanitaire estime utiles de connaître pour exercer son rôle⁷⁰.

L'Etat devrait alors préciser⁷¹, en collaboration avec les établissements, les professionnels et les représentants des usagers, les indicateurs permettant d'apprécier la performance hospitalière, incluant des éléments sur la satisfaction des usagers, qui lui sont nécessaires au titre de la régulation de l'offre de soins. Il devra aussi expliciter comment les valeurs prises par ces indicateurs peuvent être prises en compte dans le mode d'allocation budgétaire des établissements et dans les processus de planification qu'il conduit. Ce travail est entièrement à faire.

Dans un dispositif de soins financé essentiellement par la solidarité organisée à l'échelle nationale, il paraît difficile d'envisager que l'Etat renonce au rôle de régulateur. C'est donc

⁷⁰ Ainsi, comparer les établissements entre eux, sur le plan national, voire régional, avec des indicateurs portant sur la qualité des repas appréciée par les usagers, ou sur le caractère poli et aimable du personnel de service, ou sur les avantages du téléphone et de la télévision installés dans les chambres des malades, n'apparaît pas comme très utile pour l'autorité sanitaire chargée d'un rôle de régulation de l'offre de soins. C'est pourtant ce type de question qui figurent dans l'outil SAPHORA inclus dans COMPAQH qui serait généralisé en France.

⁷¹ Aussi bien à une échelle nationale qu'à une échelle régionale, selon les responsabilités confiées à l'un ou à l'autre de ces niveaux.

plutôt le second cas de figure qui s'applique, mais avec de nombreuses ambiguïtés qui rendent confus le jeu des acteurs, et qui ne permettent pas de mettre en place des outils de mesure véritablement adaptés aux besoins de la régulation.

3.3. Améliorer l'information des usagers

Les informations mises à la disposition des usagers pour les aider à choisir l'établissement de santé ou le service médical le plus conforme à leurs souhaits sont de plus en plus nombreuses. Nul doute que ces sources d'informations vont devenir toujours plus complètes et se multiplieront.

Pour permettre à l'utilisateur de tirer le meilleur parti possible de ces informations complexes, abondantes, variées, il conviendrait d'encourager le développement d'une fonction tierce capable de l'aider à :

- comprendre l'information accessible ;
- mieux préciser ses attentes, de façon à établir son choix en conséquence.

Plusieurs solutions peuvent être envisagées pour assurer cette fonction tierce :

- le médecin traitant consulté par l'utilisateur peut jouer cette fonction tierce ;
- un service d'information géré par les associations d'utilisateurs, à condition de les aider financièrement pour qu'elles puissent structurer cette fonction⁷²;
- une plate-forme locale d'information, constituée sous l'égide de la conférence régionale de santé, associant les partenaires hospitaliers publics et privés, les services de l'Etat et de l'assurance maladie, les associations d'utilisateurs, capable d'offrir des services sur Internet, mais aussi des contacts plus personnalisés aux utilisateurs qui le souhaiteraient.

⁷² Au Québec, les Régies de santé peuvent subventionner des associations d'utilisateurs pour leur permettre de développer des actions d'information, de formation, d'accueil, en direction des utilisateurs.

Conclusion

Apparemment technique et anodine, la question de la mesure de la satisfaction des usagers ouvre sur des questions difficiles, qui touchent tout à la fois à la relation entre les professionnels du soin et les patients, à la régulation du système de soins, à la place de la mesure, dans l'univers instable et contingent qui est celui de la médecine et de la santé.

Ce rapport ne pouvait qu'effleurer ces questions, qui méritent chacune d'être explorées au fond. C'est pourquoi ses observations ont été avancées avec prudence et modestie. Il est souhaitable, également, que cette approche prudente et modeste inspire ceux qui, légitimement, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, souhaitent mettre en place des outils de mesure, non pas pour qu'ils renoncent au développement de telles démarches, mais, au contraire, pour éviter de croire qu'un outil général, universel, méthodologiquement éprouvé, apporterait une réponse pertinente, absolue. C'est la préoccupation de l'utilisateur qui doit être le repère. La satisfaction de celui-ci est un indicateur, utile et relatif, en regard de ce repère. La mesure de cette satisfaction est elle-même un exercice difficile, qui ne peut s'appuyer que sur une pluralité d'approches.

Mesurer la satisfaction des usagers doit prendre une forme adaptée à l'objectif poursuivi. Et la pratique de la mesure, quelle qu'elle soit, produit des effets sur les relations des acteurs concernés entre eux. Aussi, la mission recommande :

- de se montrer précis sur les objectifs poursuivis,
- de chercher à les distinguer afin de déterminer pour chacun d'entre eux l'outil de mesure le plus approprié,
- de se montrer attentif aux implications sur les conditions particulières du soin.

Le développement de la mesure de la satisfaction des usagers ne saurait être sous-tendu par une simple logique de transparence toujours à parfaire. L'appréciation recherchée porte sur un objet complexe : la situation de soins. Le recours à des approches multiples, la clarté de l'objectif poursuivi et la compréhension des significations induites sur la relation médecin-malade, doivent guider les pratiques de la mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé qu'il est indispensable d'adopter.

Alain LOPEZ

Pierre-Louis REMY

ANNEXES

Liste des ANNEXES

1. Description du dispositif de recueil centralisé des plaintes en région Languedoc-Roussillon
2. Questionnaires de mesure de la satisfaction des usagers validés en France
3. Mesure de la satisfaction des usagers dans les établissements de santé. Contribution de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU
4. Mesure de la satisfaction des usagers dans les établissements de santé. Contribution de l'association européenne des directeurs d'hôpital
5. Mesure de la satisfaction des usagers dans les établissements de soins psychiatriques
6. Exemples de questionnaires de satisfaction des usagers utilisés en France
7. Liste des personnes rencontrées
8. Sigles utilisés

Annexe 1

**Description du dispositif de recueil centralisé des plaintes en région
Languedoc-Roussillon**

ARH de la région Languedoc-Roussillon a mis en place un recueil centralisé des plaintes adressées par des patients hospitalisés, ou leur famille, aux DDASS, aux organismes de l'assurance maladie, à la DRASS.

Ce recueil centralisé est organisé par la CRAM. Chaque service de la région destinataire d'une plainte l'adresse à la CRAM (secrétariat de la commission des plaintes).

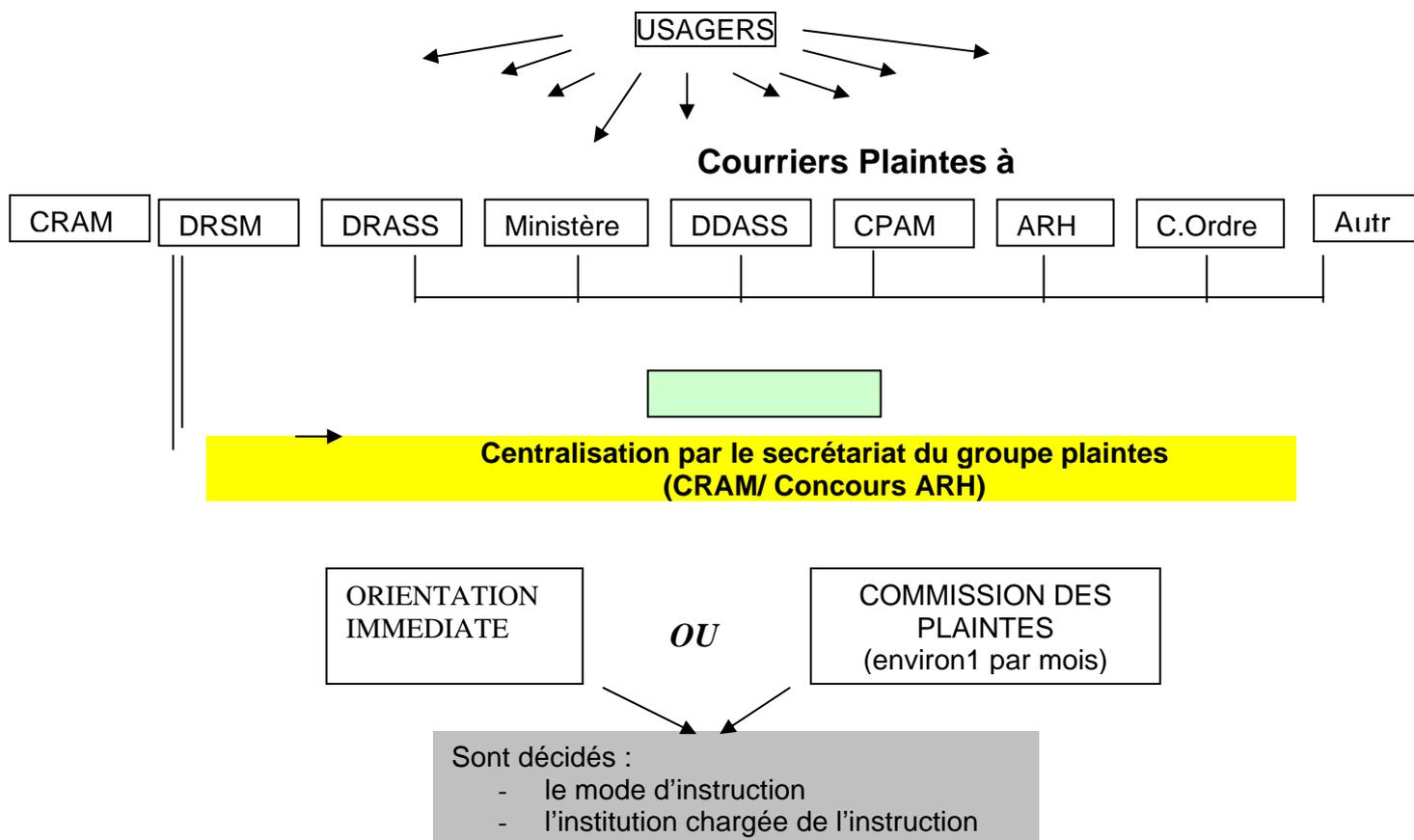
Un registre des plaintes est tenu par la CRAM

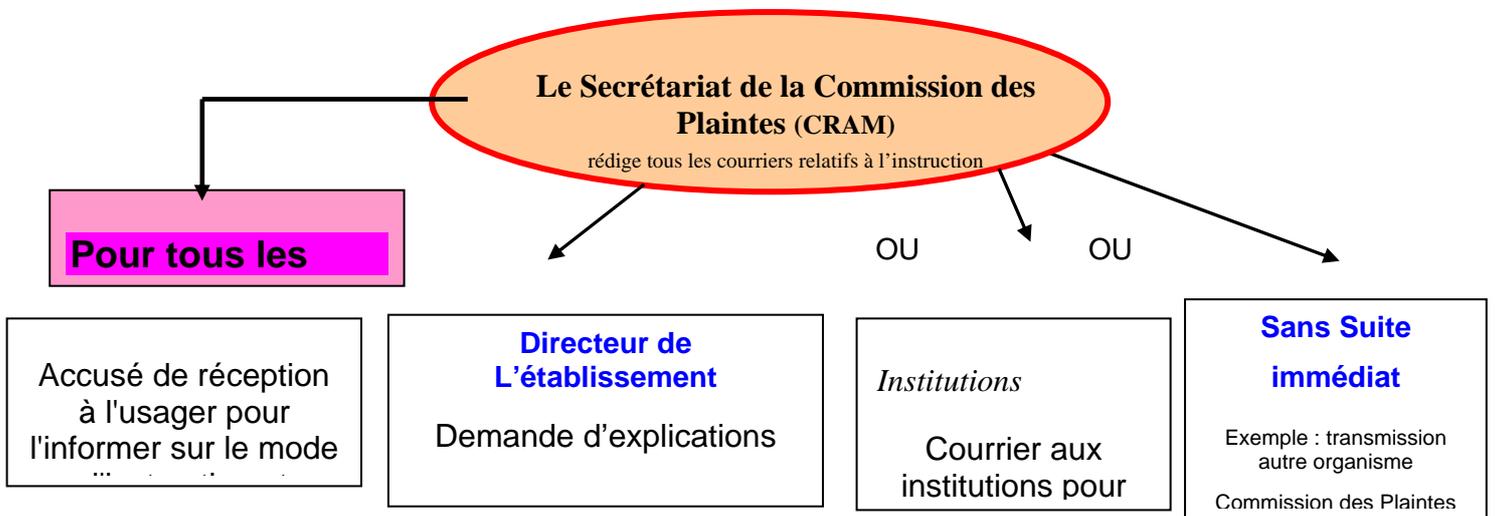
Une commission régionale des plaintes a été constituée. Elle est présidée par la CRAM. Elle comprend :

- le directeur adjoint de la CRAM
- le secrétaire général de l'ARH
- un représentant du médecin conseil régional
- un médecin inspecteur de santé publique représentant le médecin inspecteur régional

Cette commission se réunit tous les mois. Elle examine toutes les plaintes reçues et décide de la marche à suivre :

Les étapes du traitement des plaintes :

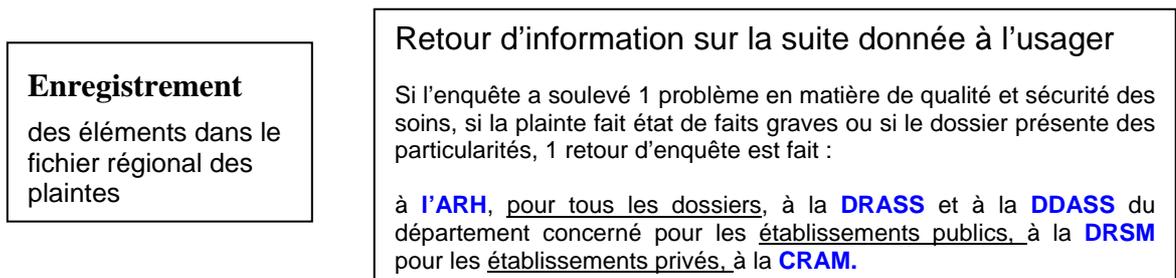




Lors du retour de l'enquête au secrétariat de la Commission des Plaintes (CRAM)

PROCEDURE D'INSTRUCTION DES PLAINTES A L'ENCONTRE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Bilan annuel



Les plaintes d'utilisateurs à l'encontre des établissements de santé sont centralisées à la CRAM / Secrétariat de la Commission des Plaintes.

Le secrétariat de la Commission des Plaintes (CRAM/Concours ARH) est chargé de :

- * La préparation des réunions de la commission
- * L'envoi des accusés de réception aux usagers en leur précisant le mode d'instruction de la plainte et l'institution chargée de l'instruction
- * Les courriers aux organismes, instructeurs de la plainte
- * Les courriers aux établissements pour faire état de la plainte et/ou leur demander des explications sur les faits dénoncés
- * La tenue et la mise à jour du fichier régional des plaintes
- * Les retours d'enquête à l'utilisateur
- * Le suivi et l'information aux membres de la Commission
- * L'élaboration du bilan annuel

Selon la nature de la plainte, le dossier fait l'objet :

↳ **d'une orientation immédiate (plainte ne présentant pas de particularité) :**

Utilisée le plus souvent possible, la procédure consiste à adresser la plainte à l'établissement concerné en lui demandant de répondre à l'utilisateur et d'adresser une copie à l'ARH.

↳ **ou d'un examen par la Commission des Plaintes :**

La Commission des Plaintes regroupe des représentants de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, de la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie, de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Elle se réunit une fois par mois afin d'examiner les plaintes qui ont soulevé un problème en matière d'organisation des soins, notamment lorsque le plaignant fait état de faits graves.

La Commission des Plaintes peut également être saisie en vue de l'examen ou du réexamen d'une plainte, en cas de réponse insatisfaisante de l'établissement à l'assuré ou à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Sont décidés en Commission des Plaintes le mode d'instruction et l'institution chargée de l'instruction.

Mode d'instruction des plaintes :

Il peut être sur pièces ou sur place de façon :

- administrative coordonnée par la DDASS (public) ou la CRAM (privé)
- médicale coordonnée par le Médecin Inspecteur Départemental ou la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie
- médico-administrative, coordonnée par le secrétariat de la Commission des Plaintes.

Plaintes donnant lieu à une enquête "simple" MIDS, DRSM ou services administratifs :

Dans le cas où l'enquêteur ne soulève pas de problème de fond en matière d'organisation des soins, est adressé au secrétariat de la commission des plaintes un courrier faisant état seulement de la conclusion du rapport d'enquête. Le rapport d'enquête complet est tenu à la disposition de la commission des plaintes.

Signalement de maltraitance :

Dans la mesure où une plainte reçue par le secrétariat, fait mention d'acte de maltraitance, une procédure particulière et urgente est mise en place.

La plainte est transmise au Service Social de l'Assurance Maladie pour contact du plaignant et appréciation de l'objet.

En fonction de la réponse apportée par le Service Social et selon la situation, une enquête approfondie est demandée à la DDASS ou, le cas échéant, une procédure usuelle est mise en oeuvre.

Un suivi est assuré au niveau de la Commission des Plaintes

Après enquête :

Suivant sa nature, la plainte après enquête, peut donner lieu à :

- une transmission à l'établissement pour instruction dans le cadre de la "commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge",
- une orientation de l'utilisateur vers la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI),
- une mise en demeure de l'établissement,
- une action contractuelle à l'égard de l'établissement ou conventionnelle et/ou ordinale à l'égard des praticiens,
- une procédure judiciaire

Dossiers présentant une particularité :

Lorsque l'enquête fait état de faits graves ou de dysfonctionnements, le compte rendu d'enquête fait l'objet d'un nouvel examen par la Commission des Plaintes.

Dans ce cas, les faits sont expressément signalés et les conclusions d'enquête sont adressées :

- à l'ARH,
- à la DRASS et à la DDASS concernée, (*établissements publics*)
- à la DRSM, (*établissements privés*)
- à la CRAM,
- à la Direction de l'établissement et au Président de la CME

Annexe 2

Questionnaires de mesure de la satisfaction des usagers validés en France

Différents questionnaires de satisfaction des usagers du système de soins validés en France

Tableau établi par le Docteur Isabelle GASQUET :

Département des Activités Médicales, Direction de la politique médicale, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 3 avenue Victoria, Paris

INSERM U669, Maison des Adolescents, Hôpital Cochin, 97 boulevard de Port-royal, Paris

Intitulé	Dimensions (indicateurs)	Intervention médicale étudiée	Publications
Echelle de qualité des soins (EQS-version longue et courte)	<ul style="list-style-type: none"> - Information médicale - Relations avec les soignants - Impression globale - Partage de la décision 	Hospitalisation court séjour MCO, psychiatrie et pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Gasquet I, Falissard B, Ravaud P. Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. <i>J Clin Epidemiol</i>, 2001, 54:1174-80. - Moret L, Pillet N, Gasquet I, Lombrail P, Nguyen J-M. Evaluer la satisfaction des patients hospitalisés: validation d'une version courte. <i>Risque Qual</i>, 2004, 4:21-28.
Questionnaire de Labarère et al. (hospitalisation)	<ul style="list-style-type: none"> - Relations humaines et compétence du personnel - Information médicale et continuité des soins - Organisation du séjour - Environnement hôtelier - Satisfaction globale 	Hospitalisation court séjour MCO	- Labarere J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. <i>Int J Qual Health Care</i> , 2001, 13:99-108.
SAPHORA-MCO	<ul style="list-style-type: none"> - Soins médicaux et infirmiers - Confort hôtelier - Organisation de la sortie - Impression globale 		- Pourin C, Tricaud S, Baberger-Gateau P. Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés. <i>J Econom Med</i> , 2003, 21:167-81.

<p>Patient Judgment on Hospital Quality (PJHQ-version française)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Admission - Formalités administratives - Passage aux urgences - Soins reçus - Communication - Information famille - Interventions hors chambre - Soins équipe - Soins médecins - Soins infirmiers - Soins autres - Environnement hospitalier - Repas - Équipement - Intimité - Facilités offertes aux amis et familles - Satisfaction globale 		<p>- Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. Soc Sci Med, 2002, 54:493-504.</p>
<p>SAPHORA-psy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soins médicaux et infirmiers - Confort hôtelier - Organisation de la sortie - Impression globale 	<p>Hospitalisation en psychiatrie</p>	<p>- Pourin C, Daucourt V, Barberger-Gateau P. [Use of the critical incident technique in the development of a measurement tool for satisfaction in psychiatry]. Sante Publique, 2001, 13:169-77.</p>

<p>QLQ-SAT-32</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soins médicaux - Soins infirmiers - Organisation des services et des soins - Satisfaction globale 	<p>Hospitalisation en oncérologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bredart A, Mignot V, Rousseau A, Dolbeault S, Beauloye N, Adam V, Elie C, Leonard I, Asselain B, Conroy T. Validation of the EORTC QLQ-SAT32 cancer inpatient satisfaction questionnaire by self- versus interview-assessment comparison. Patient Educ Couns, 2004, 54:207-12. - Bredart A, Robertson C, Razavi D, Batel-Copel L, Larsson G, Lichosik D, Meyza J, Schraub S, von Essen L, de Haes JC. Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden. Psychooncology, 2003, 12:68-77. - Bredart A, Razavi D, Robertson C, Brignone S, Fonzo D, Petit JY, de Haes JC. Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores. Patient Educ Couns, 2002, 46:131-6.
<p>GERSATIS Version « patient » et « visiteur »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soins - Information - Repas - Chambre - Impression globale 	<p>Hospitalisation en moyen et long séjour gériatrique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gasquet I, Dehe S, Gaudebout P, Falissard B. Regular visitors are not good substitutes for assessment of elderly patient satisfaction with nursing home care and services. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2003, 58:1036-41.

<p>Consumer Satisfaction Survey (CSS-VF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins primaires - accès aux soins secondaires - Couverture maladie - Compétence du généraliste - Communication avec le généraliste - Compétence et communication avec le spécialiste - Possibilité de choix entre différents médecins - Qualités humaines des médecins - Satisfaction globale 	<p>Offre de soins en général</p>	<p>- Gasquet I, Villeminot S, Dos Santos C, Vallet O, Verdier A, Kovess V, Hardy-Bayle MC, Falissard B. [Cultural adaptation and validation of questionnaires measuring satisfaction with the French health system]. Sante Publique, 2003, 15:383-402.</p>
<p>Specific Visit Questionnaire – (VSQ-VF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unidimensionnel 	<p>Consultation de ville (généralistes et spécialistes)</p>	
<p>Échelle de qualité des soins en consultation (EQS-C version longue et courte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contact téléphone et Prise de RV - Accueil et locaux - Attente - Consultation avec le médecin - Satisfaction globale - Impression globale 	<p>Consultation hospitalière</p>	<p>- Gasquet I, Villeminot S, Esquatio C, Durieux P, Ravaud P, Falissard B. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. Health Qual Life Outcomes, 2004, 2:43.</p>
<p>Questionnaire de Labarère et al. (consultation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualités relationnelles - Environnement physique - Organisation - Temps d'attente 		<p>- Labarere J, Francois P, Bertrand D, Peyrin JC, Robert C, Fourny M. Outpatient satisfaction: validation of a French-language questionnaire: data quality and identification of associated factors. Clin Perform Qual Health Care, 1999, 7:63-9.</p>

Annexe 3

**Mesure de la satisfaction des usagers dans les établissements de santé.
Contribution de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU**

Nombre d'établissement ayant répondu à l'enquête

25 CHRU :

AP-HP, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Dijon, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Metz-Thionville, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Nîmes, Orléans, Amiens, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Étienne, Strasbourg, Tours

Pouvez-vous caractériser succinctement votre établissement (type d'établissement, nombre de lits...) ?

25 CHRU
73 080 lits et places

Mesurez vous dans votre établissement la satisfaction des usagers, et avec quels outils (questionnaire de sortie, saphora...) ?

Oui, dans les 25 établissements.

Les outils utilisés sont les suivants :

- Questionnaires de sortie
- Enquêtes de satisfaction ciblées, thématiques, par service, EQS, Gersatis-patient...
- Programme Saphora
- Programme INPECH
- Audits institutionnels
- Procédures de certification
- Analyse des principaux motifs de réclamation
- Travaux de la CRUQPC
- Recueil des suggestions
- Forum des associations

La mesure de la satisfaction des usagers est-elle nécessaire à vos yeux, et pourquoi ?

Oui, dans les 25 établissements, pour les raisons suivantes :

- Un élément essentiel de la politique d'accueil des usagers et de la politique d'amélioration de la qualité
- Permet la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement
- Permet d'avoir un retour de la perception des usagers et d'établir des indicateurs de performance
- Permet la préparation du projet d'établissement et des projets de pôle
- Une obligation réglementaire
- S'inscrit dans le cadre de la procédure d'accréditation
- Participe à la valorisation de l'image de l'établissement
- Une source d'information
- Une demande des associations et des patients
- Offre des éléments de communication

Dans votre établissement, l'analyse des résultats de cette mesure a-t-elle entraîné des modifications sur le plan de l'organisation et du fonctionnement interne de l'établissement, sur les procédures de prise en charge des patients ? Si oui, pouvez-vous citer quelques exemples ?

Oui dans les 25 établissements

Exemples :

mise en place de nouvelles organisations améliorant la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients, l'accessibilité des locaux, la sortie des patients, l'information du patient...

Introduction de nouveaux indicateurs dans les contrats de pôle

Réalisation de travaux d'aménagement

Mise à disposition des usagers d'équipements

Demander à un prestataire de revoir sa prestation

Fin de contrat d'un prestataire

Choix des prestataires dans le cadre du renouvellement de certains marchés

Mise en place de formations à destination de certains personnels (écoute client...) ou de plans d'accompagnement des certains secteurs

Quelle perception ont les soignants de votre établissement du développement des mesures de la satisfaction des usagers ?

dans leur majorité, les personnels soignants des 25 établissements estiment que le développement de ces nouvelles mesures est pertinent, ces personnels sollicitant des indicateurs performants pour évaluer la satisfaction des usagers

dans leur majorité, ils se mobilisent fortement dans le déploiement de ces nouveaux outils

dans leur majorité, ils sont à l'écoute des résultats apportés par ces outils de mesure

ces éléments permettent aussi aux personnels soignants de se comparer entre eux et d'identifier les axes d'amélioration pour leur pôle d'activité

certaines estiment néanmoins que ces outils pourraient remettre en cause la qualité de leur travail

Selon vous, quelle place la mesure de la satisfaction des usagers doit-elle prendre dans les démarches « qualité », menées dans les établissements, dans l'appréciation de la performance d'un service ou d'un pôle, d'un établissement de santé ? Pouvez-vous argumenter votre réponse ?

pour l'ensemble des 25 établissements ayant répondu, la mesure de la satisfaction des usagers devrait constituer un élément essentiel des démarches qualité menées par les établissements et de l'appréciation de la performance d'un pôle ou d'un établissement la mesure de la satisfaction permet peut permettre d'aider à la définition les orientations d'une politique qualité, à l'identification d'actions d'amélioration, de proposer des solutions d'accroissement des parts de marché, de suivre l'efficacité de telle ou telle action, de se comparer

chaque contrat de pôle devrait comporter un volet qualité et un volet performance intégrant la mesure de la satisfaction des usagers

les résultats apportés par les différents outils de mesure doivent être présentés aux décideurs du pôle ou de l'établissement afin qu'ils puissent mettre en œuvre les actions correctrices nécessaires

cette mesure devrait être intégrée dans les tableaux de bord permettant la conduite d'un pôle ou d'un établissement
la mesure de la satisfaction des usagers peut également constituer un excellent levier au changement

Que pensez-vous de la diffusion de l'information obtenue grâce à la mesure de la satisfaction des usagers ? Est-ce souhaitable ? Sous quelle forme ? A l'initiative et sous la responsabilité de qui ?

Selon les 25 établissements, la diffusion de l'information obtenue grâce aux outils de mesure de la satisfaction des usagers auprès des personnels des différents pôles et auprès des usagers est souhaitable. Cette diffusion pourrait se faire selon les modalités suivantes :

- cette diffusion relève de la responsabilité des établissements de santé eux-mêmes ; par contre, les résultats pour les indicateurs agrégés (ICALIN, COIMPAQH,...) peuvent être diffusés par le ministère, la Haute Autorité de Santé ou par les ARH
- via les instances de l'établissement, les conseils de pôle, le journal de l'établissement
- via le livret d'accueil du patient
- via Intranet et Internet
- via la commission des relations avec les usagers et d'amélioration de la qualité et de la prise en charge
- via la presse
- la publication des éléments de mesure de satisfaction des établissements de santé nécessite la mise en place d'outils de mesure communs (cf. Saphora)
- cette publication nécessite la réalisation d'outils de communication synthétiques, efficaces et faciles d'accès pour le grand public
- présentation des résultats par pôle

Peut-on, doit-on, donner au public, aux professionnels de santé, une information comparative sur la satisfaction des usagers afin d'offrir aux usagers des informations leur permettant de choisir le lieu de leur hospitalisation ? A l'initiative et sous la responsabilité de qui ?

une telle information nécessite au préalable la mise en place d'outils et d'indicateurs de mesure de la satisfaction communs à l'ensemble des établissements
sous cette réserve, si les résultats des mesures de satisfaction sont communiqués au grand public, ceux-ci doivent être expliqués pour permettre une comparaison entre établissements
des items pertinents de comparaison devraient être définis par le ministère, en concertation avec les représentants des établissements
ces explications devraient être données par le ministère

Annexe 4

**Mesure de la satisfaction des usagers dans les établissements de santé.
Contribution de la Conférence des directeurs d'hôpital**

I. Synthèse des réponses apportées par 4 délégations.

4 : Finlande, Grèce, Danemark et Portugal

De quelle manière la satisfaction des usagers est-elle mesurée dans les établissements de santé ?

Danemark :

- sous forme d'enquêtes nationales, une fois tous les deux ans, à l'initiative du ministère de la santé et des régions qui assurent également la publication des résultats : tous les établissements utilisent le même questionnaire et ces enquêtes donnent lieu à la rédaction d'un rapport national
- certains hôpitaux et certaines régions organisent aussi leurs propres enquêtes de satisfaction auprès de leurs usagers

Finlande :

- il n'y a pas d'obligation réglementaire pour les établissements de santé de mesurer la satisfaction de leurs usagers
- cependant, tous les hôpitaux finlandais mesurent de façon systématique la satisfaction de leurs usagers

Grèce :

- depuis 2001, pratiquement tous les hôpitaux grecs ont mis en place des enquêtes de satisfaction auprès de leurs usagers : chaque hôpital a rédigé ses propres questionnaires
- cependant, cette mesure de la satisfaction n'est pas coordonnée au niveau national
- il n'y a pas pour les hôpitaux d'obligation de mettre en place de tels outils de mesure de la satisfaction des usagers même si le Service indépendant pour la protection des droits des patients a demandé aux hôpitaux de lui fournir des données annuelles concernant le nombre de plaintes et la manière dont elles sont traitées

Portugal :

- il n'y a pas d'obligation réglementaire pour les établissements de santé portugais de mesurer la satisfaction de leurs usagers
- certains hôpitaux ont cependant décidé de mener des enquêtes ponctuelles de mesure de cette satisfaction

Quelle place occupe la mesure de la satisfaction des usagers dans la définition des politiques et des actions en matière de qualité des soins ?

Danemark :

- un nouveau site Internet vient s'être créé par le Ministre de la santé danois (www.sundhedskvalitet.dk) qui comporte une enquête sur la qualité dans les hôpitaux du pays ; sur 14 indicateurs utilisés, 3 concernent la satisfaction des usagers

Finlande :

- les enquêtes de mesure de la satisfaction des usagers constituent l'outil le plus communément utilisé pour mesurer la qualité dans les hôpitaux
- cependant, d'autres indicateurs de mesure de la qualité sont également utilisés

Grèce :

- le management de la qualité dans les hôpitaux grecs en est, pour le moment, à ses débuts ; cependant, les managers de ces établissements estiment que la mesure de

la satisfaction des usagers est le point de départ de toute politique de la qualité dans les établissements de santé

Portugal :

- il n'est pas tenu compte de la satisfaction des usagers dans la définition des politiques qualité des établissements de santé

Les informations en provenance de ces outils de mesure de la satisfaction sont-elles publiées ? cela est-il souhaitable ? sous quelle forme ? à l'initiative et sous la responsabilité de qui ?

Danemark :

- les résultats des enquêtes nationales de satisfaction sont publiés par le ministère

Finlande :

- les centres de soins primaires et les hôpitaux publient les rapports des enquêtes de satisfaction qu'ils réalisent
- cette diffusion de l'information est souhaitable en particulier pour les personnels et les managers des établissements de santé

Grèce :

- les résultats des enquêtes de satisfaction ne sont diffusés qu'à l'intérieur de l'établissement qui les a conduites

Portugal :

- seule une étude universitaire de 2005 qui avait été commandée par le ministère de la santé a fait l'objet d'une publication

Une information comparative sur la satisfaction des usagers est-elle donnée aux professionnels de santé, au public ? si tel est le cas, à l'initiative et sous la responsabilité de qui ?

Danemark :

- les informations communiquées au grand public le sont dans la même forme que celle utilisée pour les hôpitaux et les professionnels de santé

Finlande :

Grèce :

- non : les informations concernant la satisfaction des usagers ne sont pas utilisées à l'extérieur de l'établissement et ne servent pas aux établissements pour se comparer entre eux

Portugal :

- non

La mesure de la satisfaction des usagers est-elle une nécessité ?

Danemark :

- tout à fait : tout comme une société privée, les hôpitaux doivent s'intéresser à la manière dont les clients voient les services, leur prise en charge au sein des établissements ; la seule opinion des dirigeants ne suffit pas

Finlande :

- une telle mesure est nécessaire, au moins une fois par an, afin d'avoir une information sur la satisfaction des clients

Grèce :

- les enquêtes de satisfaction auprès des patients sont importantes sous réserves que les outils utilisés soient fiables et qu'ils soient manipulés par des personnels formés, que les résultats de ces enquêtes soient suivis d'actions, que les professionnels de santé soient conscients de l'importance de ces enquêtes dans le développement de la culture qualité à l'hôpital et que les managers acceptent ce changement culturel

Portugal :

- oui, en effet, c'est un outil important pour mesurer la qualité des services de santé

La mesure de la satisfaction des usagers s'est-elle traduite par des réorganisations internes des établissements ? Pouvez-vous en donner des exemples ?

Danemark :

- tout à fait ; exemples : travaux de construction, achats d'équipements, effectifs...

Finlande :

- oui ; exemples : aménagement des chambres, des salles d'attente, actions de formation du personnel

Grèce :

- oui ; aménagement des parkings, propreté des locaux, amélioration de la qualité des repas

Portugal :

- cela est difficile du fait du manque de moyens budgétaires en particulier pour conduire des travaux de restructuration dans les hôpitaux

II. Détails des réponses apportées par 8 Pays : Denmark, Finlande, Grèce, Portugal, Lituanie, Québec, Irlande, Autriche.

1. Denmark

Is general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data ?

The first national examination was published in year 2000 and included 34.000 in-patients in all 62 danish hospitals, and since every second year, 2002, 2004 and 2006 the Ministry of Health and counties which are running the public hospitals, have made such examinations, and afterwards published the studies.

The objective is to indentifice and compare differences in patients experiences to different themes as examples, clinical services and patientsafety, patient and staff continuity, involvement and communication, information , therapeutic processes discharge, transition between sectors, physical conditions, waiting time and free choice of hospital and to compare patient experiences over time during new examinations after every second year.

Every hospital receive the same standardized questionnaire survey to give to the patients admitted in the hospital in a specific period of 3 -4 month .The survey is of 4 pages with 37 questions, and the examination is anonymous without patientnames on the survey.

The national reports of patient satisfaction are as mentioned before published in a report (67 pages) and with different tables (unfortunately all only in danish language)

In contrast to the abovementioned national examination it is free for the different counties and hospitals to make further patient satisfaction examinations, and some of the public hospitals do that over time.

In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around « quality of healthcare » ?

One month ago the Ministry of Health have introduced a new homepage www.sundhedskvalitet.dk who content a new survey over the quality of danish hospitals. This survey consist of 3 parts of ways to compare hospitals with eachother, and include also key figures with 14 diffrent indicators to decide if a hospital is ranking with 1 - 5 stars in average quality. Out of these until now 14 indicators 3 of them are about patientsatisfaction: General satisfaction, patientinvolvement and patient safety in connection to discharging. The new survey also have a content of different diseases and treatments as well as limitation of geographical areas in Denmark where it is possible to be treated including waitingtimes.

The survey is just new and will be upgraded continual.

Is the information stemming from such surveys published in your country? Is this desirable? In what form? On who's initiative and responsibility?

Yes as mentioned before of the Ministry of Health and The National Board of Health

In your country, is comparative information on the satisfaction of patients provided to the public or the healthcare professionals. If so, under who's responsibility?

The information are provided to the public as well as to the hospitals and health care professionals.

In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity?

Absolutely yes. Just like a private firm you have to be interested actually of your customer view of the treatment and services etc in the hospital, and not only what will be the opinion the staff in the hospital.

Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in modifications of the organisation or internal functioning of the establishment or on their arrival in the hospital? Can you give examples?

Without no doubt, yes. In the beginning the staff was frightened of the patients questionnaire surveys, as they felt it like a controlfunction, but later on they found that in many ways the patients opinion were the same as the professionals, example of the buildings conditions, the physical equipments, to less professionals etc.

Asger Hansen
Danish Association of Hospitals Management

2. Finland

Questions on patient satisfaction survey activities in European countries :

Is general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country ? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data ?

There is no obligation given by government in Finland. The patient satisfaction surveys are done on the voluntary basis. I think all hospitals in Finland have systematic measuring activities for patient satisfaction.

In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around « quality of healthcare » ?

The patient satisfaction surveys are the most common quality indicator used by the hospitals and health centres in our country. Of course, they have some other indicators, too. The patient satisfaction rates are quite high generally and that is why some managers think that satisfaction measure is not sensitive enough as the quality tool.

Is the information stemming from such surveys published in your country? Is this desirable ? In what form ? On who's initiative and responsibility ?

The health care organisations (hospitals and health centres) are publishing reports of the patient satisfaction studies. The reports are used as an information source for the operative management and for the decision makers. I think hospital managers and very often head nurses also are responsible for the information. Of course the workers of the hospitals are interested in the patient satisfaction information and they use to discuss about the results of the surveys.

In your country, is comparative information on the satisfaction of patients provided to the public or the healthcare professionals. If so, under who's responsibility ?

Look the answer 3 !

In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity ?

I think it is necessary in service production branches to get such a client satisfaction information yearly.

Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in modifications of the organisation or internal functioning of the establishment or on their arrival in the hospital? Can you give examples ?

There have been changes done in hospitals because of the results. Sometimes the spaces of the patient rooms or waiting rooms have been improved. If the results concern the behaviour of the staff they very often lead to some action of the hospital management, to education projects for examples.

Seppo Tuomola
President of the Finnish Association of Hospital Economics

3. Greece

In general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data?

From 2001 onwards when qualified managers were appointed at public hospitals by the Greek government, one may identify many examples of patient satisfaction surveys in almost all Greek hospitals. The most frequent tool used is a questionnaire designed either by nurses or by Offices for Communication with Citizens (such offices were established in hospitals in the past).

So far, although hospital managers need to prove that they care about users' views by conducting patient satisfaction surveys, there is no formal policy on the issue while there have been no national guidelines about «how to measure patient satisfaction» either (leading to inappropriate questionnaires used!)

Neither the government nor the Greek Ministry for Health Care makes requests on data about patient satisfaction. However, at national level, there exists the Independent Service for the Protection of Patient's Rights, which asks hospitals to provide it with data on complaints and their management on an annual basis. Last, apart from self-initiated patient satisfaction surveys conducted by students, an «one-off» national-wide professional survey by the Greek Open University took also place resulting (however) in a very low response rate.

For information on user involvement in Greek public hospitals (patient satisfaction surveys included) see L. Michailidou (2003) User involvement in Greek public hospitals: opportunities and barriers, PhD Thesis, University of Birmingham, UK.

In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around «quality of healthcare»?

Quality management in health care and thus patient-centered management in health care are still in their infancy in Greece. With this consideration in mind, the easy way to prove that health care services are of high quality standards is through patient satisfaction surveys. Put it in other words, when quality initiatives actually take place, it is quite common for them to begin and end with a questionnaire survey (with all its drawbacks) attempting to measure patient satisfaction.

Is the information stemming from such surveys published in your country? Is this desirable? In what form? On who's initiative and responsibility?

Information about patient satisfaction stemming from surveys is disseminated only within the hospital, which conducted the survey. Rarely does a hospital publish a newsletter in which one may read about the survey's results (most probably only the good ones). Further information's on patient satisfaction stemming from students' surveys are easily found in academic libraries.

In your country, is comparative information on the satisfaction of patients provided to the public or the healthcare professionals? If so, under who's responsibility?

No comparative information on the satisfaction of patients is provided to health care professionals or the public (no common tools for patient satisfaction measurement are used from one hospital to another anyway).

In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity?

Patient satisfaction surveys are surely important as long as a) sound tools are used (be them questionnaires, focus groups, patient stories) by well-educated personnel b) action is taken upon results c) health care professionals get to know patient satisfaction surveys' role in the development of quality culture within hospitals d) managers avoid the so-called «bad apples» culture.

Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in modifications of the organization or internal functioning of the establishment or on their arrival in the hospital? Can you give examples?

Doctoral research undertaken in 2000-2001 (the one mentioned in question 1) has shown that 75% of Greek public hospitals have not acted upon survey's findings. When, however, action is taken, this has, most frequently, to do with more parking area, better cleanliness and changes in food served to inpatients to match their wishes.

4. Portugal

Questions on patient satisfaction survey activities in European countries :

Is general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country ? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data ?

The patient satisfaction assessment is not mandatory in our hospitals. From time to time some hospitals use to do a survey near their patients. Recently an academic study was done for all public hospitals with an entrepreneurial management model (31 hospitals).

In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around « quality of healthcare » ?

No particular impact.

Is the information stemming from such surveys published in your country? Is this desirable ? In what form ? On who's initiative and responsibility ?

The survey organized by the University on the year 2004-2005 (referred above) was published. The study was an initiative of Ministry of Health.

In your country, is comparative information on the satisfaction of patients provided to the public or the healthcare professionals. If so, under who's responsibility ?

No.

In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity ?

Yes, indeed as an important tool to measure the quality of health Services.

Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in modifications of the organisation or internal functioning of the establishment or on their arrival in the hospital? Can you give examples ?

My hospital was included in the patient satisfaction survey referred above. The position of the hospital in the reanking of the 31 hospitals included was on the top 5 and the most significative complaint was related with the quality of our buildings and facilities. We recognize some weakness on this field but it is very difficult to correct them if we have not money to invest. It is the case... !

5. LITHUANIE

Questions on patient satisfaction survey activities in European countries :

Is general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country ? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been

requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data ?

Patient satisfaction survey is governed by law in hospitals in Lithuania.

Ministry of Health of the Republic of Lithuania, Patient Fund, net of health improvement hospitals, health care institutions carry out patient surveys, evaluate their results.

Patient survey is carried out twice a year in our hospital following LST EN ISO 9001:2001 standard requirements.

In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around « quality of healthcare » ?

After insurance medicine and Law on Patient Rights and Indemnity became effective, patient surveys and their attitude towards health care system became especially important. As patient awareness increases, they actively participate in the surveys evaluating activities and quality of services of health care institutions.

3. Is the information stemming from such surveys published in your country? Is this desirable ? In what form ? On who's initiative and responsibility ?

Results of patient satisfactions surveys are analysed by health improvement hospitals, in quality management and medical audit seminars and conferences. Articles are published in the press, reviewed in medical publications, presented in conference materials and Internet.

In hospitals this work is done by internal audit group, care board, etc.

4. In your country, is comparative information on the satisfaction of patients provided to the public or the healthcare professionals. If so, under who's responsibility ?

The information is presented both for medical personnel and society.

5. In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity ?

Yes. We think that patient satisfaction survey and analysis of results help to know patients' opinion about organization of health care organization, accessibility to services, completeness of information presented to a patient, convenience in health care institution and so on. After the survey is completed, one can indicate and solve problems which fail to satisfy patients' expectations.

6. Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in modifications of the organisation or internal functioning of the establishment or on their arrival in the hospital? Can you give examples ?

After evaluation of service quality and accessibility according to survey results, conditions in a hospital for patients are improved, patient flows are regulated, the quality of relations between patients and medical personnel are improved.

6. QUEBEC

Questions on patient satisfaction survey activities in European countries :

Is general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country ? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data ?

The patient satisfaction assessment is not mandatory in our hospitals. From time to time some hospitals use to do a survey near their patients. Recently an academic study was done for all public hospitals with an entrepesarial management model (31 hospitals).

In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around « quality of healthcare » ?

No particular impact.

Is the information stemming from such surveys published in your country? Is this desirable ? In what form ? On who's initiative and responsibility ?

The survey organized by the University on the year 2004-2005 (referred above) was published. The study was an initiative of Ministry of Health.

In your country, is comparatative information on the satisfaction of patients provided to the public or the healthcare professionals. If so, under who's responsibility ?

No.

In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity ?

Yes, indeed as an important tool to measure the quality of health Services.

Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in modifications of the organisation or internal functioning of the establishment or on their arrival in the hospital? Can you give examples ?

My hospital was included in the patient satisfaction survey referred above. The position of the hospital in the reanking of the 31 hospitals included was on the top 5 and the most significative complaint was related with the quality of our buildings and facilities. We recognize some weakness on this field but it is very difficult to correct them if we have not money to invest. It is the case... !

7. IRLANDE

1. In general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country ? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data ?

Patient perception of the Quality of Healthcare Survey – National Study in many hospital – voluntary procedure carried out by Irish Society Quality & Safety in Healthcare.

2. In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around « quality of healthcare » ?

YES

3. Is the information stemming from such surveys published in your country? Is this desirable ? In what form ? On who's initiative and responsibility ?
4. In your country, is comparative information on the satisfaction of patients provided to the public or the healthcare professionals. If so, under who's responsibility ?

Patient satisfaction studies published.

5. In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity ?

Yes

6. Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in modifications of the organisation or internal functioning of the establishment or on their arrival in the hospital? Can you give examples ?

Yes – changes in practice – housekeeping, meals, cleaning, etc. Nursing – Named Nurse – Queing system for phlebotomy

8. Autriche

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. LKH Bruck/Mur

Questions on patient satisfaction survey activities in European countries

The high quality of the Austrian health care system makes it one of the world's best—and this should remain so in the future. With the Health Care Reform Act, appropriate steps have been taken to be as well-prepared as possible for future challenges.

In the year 1996, the Federation and the provinces reached an agreement on a health care system reform which, although it had been preceded by many reformatory steps, finally achieved a fundamental breakthrough in terms of a directional change in the system's development. The initial step was concluded via an agreement in accordance with Art. 15a of the Federal Constitution Act between the Federation and all nine provinces covering the years 1997 to 2000.

With the "Act on the Quality of Health Services", the Health Care Reform of 2005 has taken the most recent and most significant step towards quality work. The fundamental principles of this act are orientation towards the patient, transparency, efficiency, effectiveness and patient safety.

In general terms, what can you tell me about how patient satisfaction is measured in hospitals in your country? I.E. is there an obligation to do so from time to time or punctually or is this done on a voluntary basis? Have there been requests made from your governments to provide data on patient satisfaction? Can you provide relevant data ?

In our country there are not even legal laws for the enforcement of patient questionings. Our house is embedded into the group of 20 houses of the Stmk. KAGes (Styria the hospital group "KAGes"). Every three years we accomplish on all departments stationary patient questionings. Additionally a patient feedback system was introduced. The patient has the whole year the possibility energizing of communicating desires or complaints in written form of the institute line and defined contact person.

In your country, what place do patient satisfaction surveys take in the definition of and activities around « quality of health care »?

The determination of expectations, needs and experiences of our patients - as our most important customers - is also for the management of the KAGes a large request and represents a fixed component of a systematic quality management.

**Is the information stemming from such surveys published in your country?
Is this desirable? In what form? On whose initiative and responsibility?**

The results are published only in our hospital, presented from the Quality manager.
The responsibility for it carries the institute line.

**In your country, is comparative information on the satisfaction of patients
provided to the public or the healthcare professionals. If so, under who's
responsibility ?**

A bench mark is accomplished only enterprise-internally.

In your opinion, is measuring patient satisfaction a necessity?

Yes, because on this way the quality can be increased and secured. Additionally it is the motivation of the employee, they can be strengthened, if they see that the quality improvement measures are wanted also by the patients and accepted gratefully.

**Has the conduct of patient satisfaction surveys in your hospital resulted in
modifications of the organisation or internal functioning of the
establishment or on their arrival in the hospital? Can you give
examples?**

The quality could be increased and secured by the following quality improvement measures:

- Establish an announcing race
 - More rapid completion of the admission
 - Reducing the waiting period
- More information pamphlets; Poster walls etc.
- Improvement of the equipment of the rooms on the accident-surgical and/or neurological department of etc.

Annexe 5

**Mesure de la satisfaction des usagers dans les établissements de soins
psychiatriques**

MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS - Enquête A.D.E.S.M. -

La prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé se situe dans les priorités définies par l'ordonnance d'avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. La Charte de l'Usager en Santé Mentale ainsi que la Charte du Patient Hospitalisé rappellent également cette obligation.

Plusieurs références du manuel de certification (V2) insistent sur la prise en compte des attentes des patients recueillies grâce à des méthodes spécifiques de mesures de satisfaction.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, modifie les rapports entre le patient et le monde hospitalier.

Les associations d'usagers se voient reconnaître une place plus importante, notamment au sein de la nouvelle Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dont les missions ont été élargies par rapport aux anciennes Commissions de Conciliation. C'est notamment dans le cadre de cette instance consultative que ces outils sont réfléchis et élaborés.

Les Etablissements de Santé Mentale ont développé, comme les autres Etablissements Publics, différents outils de mesure de la satisfaction des usagers.

Cependant, il convient de rappeler que la notion de satisfaction reste subjective et relative. La satisfaction est en effet l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu.

La diversité des personnes hospitalisées, de leur valeur et de leur parcours génère différents types d'attentes. Ces attentes sont difficilement exprimées, d'où l'intérêt d'utiliser plusieurs méthodes de travail et de les concevoir directement avec l'aide d'usagers ou d'associations d'usagers, afin de mieux cerner ces attentes.

L'analyse des questionnaires de sortie et la conduite périodique d'enquêtes de satisfaction figurent parmi les méthodes les plus couramment employées.

Toutes deux répondent à des objectifs et contraintes méthodologiques propres, analysés ci-dessous.

La troisième partie de cette étude s'attachera à décrire d'autres modalités d'expression du patient et de son entourage dans le contexte particulier de la prise en charge en psychiatrie.

® L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES DE SORTIE

La finalité du questionnaire de sortie est de recueillir des données en continu, sur la totalité des patients sortants.

Les questionnaires à l'origine de cette information, sont généralement simples, rapides d'utilisation et faciles à traiter.

Le problème actuel des questionnaires de sortie reste le faible taux de participation.

En effet, le taux de réponse aux questionnaires varie de 2 % de réponse à 30 % selon les établissements interrogés.

Les questionnaires de satisfaction permettent de connaître l'opinion des usagers sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques de leur prise en charge.

Dans la plupart des cas recensés, ces questionnaires ont été élaborés en collaboration avec les membres de la C.R.U.Q.

Ces questionnaires ont évolué au fur et à mesure du temps afin d'accorder une place plus importante aux soins dispensés ainsi qu'à l'information délivrée plutôt qu'à l'environnement du séjour.

Certains établissements ont conçu des questionnaires propres aux lieux de consultation, mais cette démarche reste plus limitée.

1.a – Domaines traités

Les domaines traités sont globalement identiques aux domaines traités en médecine-chirurgie-obstétrique. Ils concernent les thématiques suivantes :

- Les modalités d'accueil (accueil au service des entrées, accueil au sein des unités de soins, appréciation des délais d'attente...).
- L'information délivrée et le respect des droits.
- Les soins prodigués.
- Les modalités de séjour.
- La sortie.

1.b – Questions spécifiques à la psychiatrie

Si les domaines traités sont identiques, certaines questions traitent des spécificités liées à la prise en charge en psychiatrie.

Parmi celles-ci, on peut citer les questions relatives aux restrictions des libertés et aux modalités d'hospitalisation, à la sécurité ou à la souffrance psychique des patients.

& Exemples de questions ciblées sur les problématiques des E.S.M. :

T	<u>Concernant les modes d'hospitalisation</u>	Oui	Non
	○ Avez-vous eu l'information concernant votre mode d'hospitalisation ?	G	G
T	<u>Concernant la liberté d'aller et venir</u>		
	Si l'unité était fermée :	Oui	Non
	○ Vous a-t-on expliqué les raisons ?	G	G
	○ Est-ce que cela vous a gêné ?	G	G
T	<u>Concernant l'environnement et l'ambiance de l'unité</u>	Oui	Non
	○ La cohabitation avec d'autres patients vous a-t-elle gêné ?	G	G
	○ Etes-vous satisfait des moyens mis en œuvre pour assurer votre sécurité ?	G	G
T	<u>Concernant les soins</u>	Oui	Non
	○ Votre souffrance psychique a-t-elle été prise en compte ?	G	G
	○ A-t-on apaisé vos inquiétudes et répondu à vos premières	G	G

questions ?

- Etes-vous satisfait des loisirs proposés ?

G

G

Des exemples de questionnaires figurent en annexe 1.

1.c – Les questionnaires de satisfaction propres au dispositif extra hospitalier

Certains établissements ont élaboré des questionnaires de satisfaction propres aux dispositifs extra-hospitaliers.

Les thématiques traditionnelles (délais d'attente, modalités d'accueil, modalités d'adressage, horaires d'ouvertures...) sont évaluées.

Certains abordent la qualité de la prise en charge et les spécificités de la psychiatrie en matière :

- d'attention des professionnels
- d'information sur les modalités de prise de traitements et les effets secondaires
- d'accompagnement dans la vie quotidienne (lutte contre la solitude, réinsertion sociale, accès aux droits...).

Des exemples de questionnaires figurent en annexe 2.

© LES ENQUETES DE SATISFACTION

En complément des questionnaires de sortie, certains établissements ont organisé des enquêtes de satisfaction correspondant à des mesures plus complètes.

Dans les établissements recensés, le taux de réponse des patients avoisine environ les 80%.

Ces enquêtes peuvent être génériques en explorant toutes les dimensions de la satisfaction de la population étudiée afin de permettre à l'établissement d'identifier les thèmes sur lesquels des études complémentaires ou des actions d'amélioration doivent être engagées. D'autres s'intéressent à un thème bien précis (exemple : qualité du dispositif extra-hospitalier).

La programmation de vagues successives d'enquêtes permet de suivre la progression des résultats dans le temps et de mieux cibler les efforts d'amélioration à mettre en place.

Le mode de l'entretien à partir d'un questionnaire à question fermée est le plus souvent utilisé.

Des exemples d'enquêtes conduites sont jointes en annexe 3.

En parallèle de ces différents outils méthodologiquement validés, il existe également d'autres démarches complémentaires favorisant l'expression du patient et de son entourage.

Certaines sont d'ailleurs plus spécifiques au champ de la Santé Mentale.

TM AUTRES MODALITES FAVORISANT L'EXPRESSION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

Parmi ces modalités, on peut citer :

3.a – La réalisation d'enquêtes d'image

L'enquête d'image a pour finalité de recueillir près des différents usagers, des éléments objectifs permettant d'apprécier l'image de la psychiatrie.

Cette démarche s'inscrit dans une dynamique qualité, mais permet également aux établissements d'ancrer des orientations en adéquation avec les besoins des usagers.

Les résultats obtenus sont souvent partiels et proposent dans la plupart des cas des tendances. Néanmoins, cette approche est révélatrice de l'opinion des usagers face aux pratiques de soins dispensés.

┌ Modalités

Ce type d'enquête se réalise sur un temps court, pouvant être réinitié de manière régulière et sur plusieurs années.

┌ Public concerné

Tous les partenaires de l'établissement :

- Les patients hospitalisés à temps plein et ceux pris en charge en ambulatoire.
- Les partenaires médico-sociaux, médecins libéraux et salariés, infirmiers, travailleurs sociaux et paramédicaux...
- Les associations d'usagers :
 - associations d'usagers en lien direct avec l'établissement
 - associations d'usagers en lien indirect avec l'établissement.

3.b – La constitution de groupes de paroles (réunion soignants-soignés)

Ces échanges se déroulent dans le cadre du projet thérapeutique. Leurs fréquences sont inscrites dans le projet d'unités de soins.

Ces temps ont pour objectif d'échanger sur les conditions d'hospitalisation et de soins. Chaque participant soignant ou soigné exprime son avis à partir d'une situation problème.

A l'issue de ces échanges, des actions d'amélioration sont envisagées au regard des besoins exprimés, dans la mesure où elles sont utiles et justifiées dans le cadre du projet thérapeutique.

3.c – La participation des usagers dans l'organisation de l'établissement

Les usagers doivent occuper une place dans les différents groupes de travail mis en place au sein de l'hôpital.

Leur participation doit être réfléchie et s'inscrire autour des thèmes suivants :

- le respect des droits des patients
- le parcours du patient (admission, sortie)

- le livret d'accueil
- la démarche qualité et de certification.

Nous avons tout intérêt à les faire participer et à prendre en compte leur avis, car ils nous permettent d'ajuster nos différentes pratiques.

De plus, les établissements psychiatriques ont la chance de disposer d'un dispositif associatif structuré et d'interlocuteurs privilégiés connus des professionnels, notamment au travers de l'U.N.A.F.A.M. et de la FNAP-PSY.

Annexe 6

Exemples de questionnaires de satisfaction des usagers utilisés en France

Questionnaire ©saphora-MCO 2007

Le questionnaire ©Sahora-MCO, protégé par un copyright, a été conçu et validé par le CCECQA, Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Les questionnaires Saphora sont la propriété intellectuelle du CCECQA. Leur utilisation et la communication de leurs résultats doit faire mention du copyright Saphora écrit en toutes lettres sur les questionnaires, les publications et les présentations des auteurs. Ces questionnaires sont en accès libre. Il est demandé aux utilisateurs d'informer les auteurs de leur utilisation permettant ainsi de connaître la diffusion et de contribuer à l'évolution de ces outils. Une fiche d'utilisation est jointe en fin de questionnaire. Le manuel d'utilisation du questionnaire est disponible sur le site du CCECQA : ccecqa.asso.fr
Référence : Pourin C, Tricaud S, Baberger-Gateau P. Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés. J Econom Med, 2003, 21:167-81.

Ce questionnaire est composé de 45 questions :

- des questions mesurant 3 indicateurs satisfaction : qualité des soins, organisation de la sortie et confort perçus par les patients.
- des questions additionnelles descriptives de trois types :
 - des questions ©Saphora-MCO non utilisées pour le calcul des indicateurs :
 - accueil aux admissions
 - distribution du livret d'accueil
 - brancardage
 - obtention de la péridurale
 - partage des décisions
 - des questions filtres (douleurs, anesthésie, opération, aide à domicile)
 - satisfaction globale, fidélisation et recommandation
- des nouvelles questions 2007 :
 - information sur les effets secondaires des traitements et des examens
 - information sur les signes d'alerte après l'hospitalisation
- des questions utilisées pour l'ajustement des indicateurs lors des comparaisons afin de tenir compte de la variabilité des recrutements de patients d'une entité à l'autre à l'autre
 - satisfaction par rapport à la vie en général
 - évolution de l'état de santé depuis l'hospitalisation
 - âge du patient (répondant au questionnaire)

Composition des indicateurs ©Saphora-MCO

indicateur "qualité des soins" (16 items)	Indicateur "confort hôtelier" (8 items)	Indicateur "organisation de la sortie" (4 items)
Accueil dans le service de soins	Confort de la chambre	Information sur les médicaments
Identification du personnel	Propreté de la chambre	Information sur les activités
Respect de l'intimité	Température de la chambre	Information sur l'aide à domicile
Information sur l'état de santé	Bruit dans la chambre	Organisation de la sortie
Compréhension des informations	Obtention du téléphone	
Comportement des médecins	Obtention de la télévision	
Comportement du personnel soignant	Qualité des repas	
Politesse et amabilité du personnel	Variété des repas	
Disponibilité du personnel		
Délai de réponse aux appels urgents		
Délai d'attente aux examens		
Prise en charge de la douleur		
Prise en charge des symptômes		
Information sur l'anesthésie		
Information sur les actes opératoires		
Satisfaction sur les soins		

Q1 - Que diriez-vous de l'ACCUEIL qui vous a été réservé, A VOUS OU A VOS PROCHEs, par le SERVICE ADMINISTRATIF lors de votre arrivée... ?

Parents : Que diriez-vous de l'ACCUEIL qui vous a été réservé, A VOTRE ENFANT, A VOUS OU A VOS PROCHEs, par le SERVICE ADMINISTRATIF lors de votre ARRIVEE... ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellent
- 4 Très bon
- 3 Bon
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q2 - Lors de cette hospitalisation (service des urgences exclu), pensez-vous que l'ACCUEIL que vous avez reçu lors de votre arrivée dans le(s) SERVICE(S) DE SOINS était ...

Parents : Lors de cette hospitalisation (service des urgences exclu), pensez-vous que l'ACCUEIL que votre enfant a reçu lors de son arrivée dans le(s) SERVICE(S) DE SOINS était ...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellent
- 4 Très bon
- 3 Bon
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q3 - Avez-vous pu IDENTIFIER les FONCTIONS des différentes personnes travaillant dans le service, c'est-à-dire si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante etc. ?

Parents : Avez-vous pu IDENTIFIER les FONCTIONS des différentes personnes travaillant dans le service où votre enfant a été hospitalisé, c'est-à-dire si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante etc. ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 1 Très rarement ou jamais
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Presque toujours
- 5 Toujours

Q4 - Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre INTIMITE étaient...

Parents : Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter l'INTIMITE de votre enfant étaient...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellentes
- 4 Très bonnes
- 3 Bonnes
- 2 Mauvaises
- 1 Très mauvaises
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q5 - Pendant votre séjour, avez-vous reçu des EXPLICATIONS à propos de votre traitement (médicaments, interventions, soins) ou de votre état de santé SANS ÊTRE OBLIGE(E) DE LES DEMANDER ?

Parents : Pendant le séjour de votre enfant, avez-vous reçu des EXPLICATIONS à propos de son traitement (médicaments, interventions, soins) ou de son état de santé SANS ÊTRE OBLIGE(E) DE LES DEMANDER ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais

Q6 - Quand vous aviez des questions à poser aux MEDECINS ou aux CHIRURGIENS du service, avez-vous obtenu des REPONSES que vous compreniez ?

Parents : Quand vous aviez des questions à poser aux MEDECINS ou aux CHIRURGIENS du service concernant l'état de santé de votre enfant, avez-vous obtenu des REPONSES QUE VOUS COMPRENIEZ ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Vous compreniez toujours les réponses
- 4 Vous compreniez presque toujours les réponses
- 3 Vous compreniez souvent les réponses
- 2 Vous compreniez parfois les réponses
- 1 Vous compreniez très rarement ou jamais les réponses
- 8 Vous n'avez pas obtenu de réponse
- 7 Vous n'avez pas eu la possibilité de poser des questions au médecin quand il était avec vous
- 0 Vous n'aviez pas de question à poser

Q7 - Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des MEDECINS qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?

Parents : Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des MEDECINS qui parlaient devant vous ou votre enfant comme si vous ou votre enfant n'étiez pas là ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Très rarement
- 5 Jamais

Q8 - Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des INFIRMIERES OU D'AUTRES EMPLOYES DU SERVICE qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?

Parents : Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des INFIRMIERES OU D'AUTRES EMPLOYES DU SERVICE qui parlaient devant vous ou votre enfant comme si vous ou votre enfant n'étiez pas là ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois

- 4 Très rarement
- 5 Jamais

Q9 - Est-ce que le personnel du service était POLI ET AIMABLE ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais

Q10 - Pendant que vous étiez à l'hôpital, si vous aviez besoin d'AIDE pour les activités de la vie courante (vous laver, vous habiller, manger,...), avez-vous pu l'obtenir ?

Parents : Pendant que votre enfant était à l'hôpital, s'il avait besoin d'AIDE pour les activités de la vie courante (se laver, s'habiller, manger,...), a-t-il pu les obtenir ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Vous avez toujours obtenu l'aide nécessaire / Votre enfant a toujours obtenu l'aide nécessaire
- 4 Vous avez presque toujours obtenu l'aide nécessaire / Votre enfant a presque toujours obtenu l'aide nécessaire
- 3 Vous avez souvent obtenu l'aide nécessaire / Votre enfant a souvent obtenu l'aide nécessaire
- 2 Vous avez parfois obtenu l'aide nécessaire / Votre enfant a parfois obtenu l'aide nécessaire
- 1 Vous avez très rarement ou jamais obtenu l'aide nécessaire / Votre enfant a très rarement ou jamais obtenu l'aide nécessaire
- 0 Vous n'avez pas eu besoin d'aide / Votre enfant n'a pas eu besoin d'aide

Q11 - Pendant que vous étiez à l'hôpital, si vous aviez besoin d'AIDE pour répondre à un APPEL URGENT, comme pour aller aux toilettes, avez-vous pu l'obtenir RAPIDEMENT ?

Parents : Pendant que votre enfant était à l'hôpital, s'il avait besoin d'AIDE pour répondre à un APPEL URGENT, comme pour aller aux toilettes, a-t-il pu l'obtenir RAPIDEMENT ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Vous n'avez pas attendu / Votre enfant n'a pas attendu
- 4 Vous avez attendu peu longtemps / Votre enfant a attendu peu longtemps
- 3 Vous avez attendu assez longtemps / Votre enfant a attendu assez longtemps
- 2 Vous avez attendu très longtemps / Votre enfant a attendu très longtemps
- 1 Vous avez attendu excessivement longtemps / Votre enfant a attendu excessivement longtemps
- 0 Vous n'avez pas eu besoin d'aide / Votre enfant n'a pas eu besoin d'aide

Q12 - Avez-vous eu des DOULEURS lors de cette hospitalisation ?

Parents : Votre enfant a-t-il eu des DOULEURS lors de cette hospitalisation ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 1 des douleurs très fortes
- 2 des douleurs fortes
- 3 des douleurs assez fortes
- 4 des douleurs peu fortes
- 5 Vous n'avez pas eu de douleur [Passez à la Q14] / Votre enfant n'a pas eu de douleur

Q13 - Dans ce cas, diriez-vous alors que votre douleur a été prise en charge de manière...

Parents : Dans ce cas, diriez-vous alors que SA douleur a été prise en charge de manière...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise

Q14 - Si vous avez souffert d'autres INCONFORTS liés à votre maladie ou votre opération (comme des nausées, des vomissements, une mauvaise position, des vertiges, de la fatigue...), pensez-vous qu'ils ont été pris en compte de manière... ?

Parents : Si votre enfant a souffert d'autres INCONFORTS liés à sa maladie ou son opération (comme des nausées, des vomissements, une mauvaise position, des vertiges, de la fatigue...), pensez-vous qu'ils ont été pris en compte de manière... ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise
- 0 Vous n'avez eu aucun inconfort de ce type / Votre enfant n'a eu aucun inconfort de ce type

Q15 - Dans l'ensemble, diriez-vous que LES SOINS que vous avez reçus à l'hôpital étaient... ?

Parents : Dans l'ensemble, diriez-vous que LES SOINS que votre enfant a reçus à l'hôpital étaient... ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellents
- 4 Très bons
- 3 Bons
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais

Q16 - Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES MEDICAMENTS prescrits à l'hôpital ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES MEDICAMENTS prescrits à votre enfant ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise ou aucune information donnée : non visible pour l'enquêteur
- 0 Vous n'avez pas eu de médicament
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q16 bis - Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES MEDICAMENTS prescrits à l'hôpital ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES MEDICAMENTS prescrits à votre enfant ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 6 Très mauvaise
- 7 ou Aucune information donnée
- 0 Vous n'avez pas eu de médicament
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q17 - Lors de votre hospitalisation, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitez pour PARTICIPER AUX DECISIONS concernant vos soins ou votre traitement ?

Parents : Lors de votre hospitalisation de votre enfant, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitez pour PARTICIPER AUX DECISIONS concernant ses soins ou son traitement ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais
- 0 Aucune décision n'a été prise

Q18 - Pendant CETTE hospitalisation, si vous avez passé un ou des examen(s) complémentaire(s) (radiographie, endoscopie, échographie, holter, ...) A L'HOPITAL, avez-vous attendu avant de passer cet examen...

(Ne tenez pas compte des examens qui auraient été réalisés en dehors de cet hôpital).

Parents : Pendant CETTE hospitalisation, si votre enfant a passé un ou des examen(s) complémentaire(s) (radiographie, endoscopie, échographie, holter, ...) A L'HOPITAL, a-t-il attendu avant de passer cet examen...

(Ne tenez pas compte des examens qui auraient été réalisés en dehors de cet hôpital).

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 1 De façon excessivement longue
- 2 Très longtemps
- 3 Assez longtemps
- 4 Peu longtemps
- 5 Vous n'avez pas attendu
- 0 Vous n'avez pas eu d'examen pendant cette hospitalisation / Il n'a pas eu d'examen pendant cette hospitalisation ⇒ passer à la question Q21

Q19 - Que pensez-vous de la façon dont vous avez été transporté(e) A L'INTERIEUR DE L'HOPITAL, pour aller passer des examens ou vous conduire d'un service à un autre ?

Parents : Que pensez-vous de la façon dont votre enfant a été transporté(e) A L'INTERIEUR DE L'HOPITAL, pour aller passer des examens ou le (la) conduire d'un service à un autre ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise
- 0 Vous n'avez pas été transporté(e) à l'intérieur de l'hôpital

Q20 - Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES EXAMENS que vous avez eus à l'hôpital (radiographie, endoscopie, échographie, holter, ...). Diriez-vous qu'elle était ...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES EXAMENS que votre enfant a eus à l'hôpital (radiographie, endoscopie, prélèvements...) ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaises ou aucune information donnée : non visible pour l'enquêteur
- 0 Vous n'avez pas eu d'examen
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q20 bis - Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES EXAMENS que vous avez eus à l'hôpital (radiographie, endoscopie, échographie, holter, ...). Diriez-vous qu'elle était ...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES DES EXAMENS que votre enfant a eus à l'hôpital (radiographie, endoscopie, prélèvements...) ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 6 Très mauvaise
- 7 ou Aucune information donnée
- 0 Vous n'avez pas eu d'examen
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q21 - Avez-vous subi une ANESTHESIE (générale, locale ou péridurale) pour une opération, un accouchement [le terme « accouchement apparaît pour les femmes de 15 ans à 50 ans] ou la réalisation d'un examen ?

Parents : Votre enfant a-t-il subi une ANESTHESIE (générale, locale ou péridurale) pour une opération ou la réalisation d'un examen ?

1 OUI

2 NON [aller à la Q23]

Q22 - Que pensez-vous alors des INFORMATIONS qui vous ont été données par l'ANESTHESISTE ? DIRIEZ-VOUS QU'ELLES étaient...

Parent : Que pensez-vous alors des INFORMATIONS qui vous ont été données, ou ont été données à votre enfant par l'ANESTHESISTE ? DIRIEZ-VOUS QU'ELLES étaient.....

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

5 Excellentes

4 Très bonnes

3 Bonnes

2 Mauvaises

1 Très mauvaises ou aucune information donnée : non visible pour l'enquêteur

Q22 BIS - Que pensez-vous alors des INFORMATIONS qui vous ont été données par l'ANESTHESISTE ? DIRIEZ-VOUS QU'ELLES étaient...

Parent : Que pensez-vous alors des INFORMATIONS qui vous ont été données, ou ont été données à votre enfant par l'ANESTHESISTE ? DIRIEZ-VOUS QU'ELLES étaient.....

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

5 Excellentes

4 Très bonnes

3 Bonnes

2 Mauvaises

6 Très mauvaises

7 Aucune information donnée

Q23 - Avez-vous été opéré(e) lors de CETTE hospitalisation [le terme « accouchement apparaît pour les femmes de 15 ans à 50 ans]?

Parent : Votre enfant a-t-il été opéré lors de cette hospitalisation ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

1 Vous n'avez pas été opéré(e) / Votre enfant n'a pas été opéré [Allez à la Q26]

2 Vous avez eu un accouchement simple [Allez à la Q25] (proposée seulement aux femmes entre 15 ans et 50 ans)

3 Vous avez été opérée par césarienne [Allez à la Q25] (proposée seulement aux femmes entre 15 ans et 50 ans)

4 Vous avez été opéré(e) pour autre chose [Allez à la Q24] (proposée seulement aux femmes de 15 ans ou plus)

4 Vous avez été opéré(e) [Allez à la Q24] (proposée aux femmes de moins de 15 ans et aux hommes)

Q24 - Quand vous aviez des questions à poser au CHIRURGIEN SUR VOTRE OPERATION, avez-vous obtenu des réponses que vous compreniez ?

Parents : Quand vous ou votre enfant aviez des questions à poser au CHIRURGIEN SUR SON OPERATION, avez-vous obtenu des REPONSES QUE VOUS COMPRENIEZ ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

5 Vous compreniez toujours les réponses

4 Vous compreniez presque toujours les réponses

- 3 Vous compreniez souvent les réponses
- 2 Vous compreniez parfois les réponses
- 1 Vous compreniez très rarement ou jamais les réponses
- 8 *Vous n'avez pas obtenu de réponse*
- 7 *Vous n'avez pas eu la possibilité de poser des questions au chirurgien quand il était avec vous*
- 0 *Vous n'aviez pas de question à poser*

Q25 - Si vous êtes venue pour un ACCOUCHEMENT, que pensez-vous du DELAI D'ATTENTE avant la pose de la PERIDURALE ? Diriez-vous qu'il était...
[filtre sexe et discipline + réponse 2 et 3 à Q23)

Parents : Si votre enfant est venue pour un accouchement, que pensez-vous du délai d'attente avant la pose de la péridurale ? Diriez-vous qu'il était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 1 Excessivement long [j'ai attendu tellement longtemps que j'ai accouché sans péridurale] (non cité par l'enquêteur)
- 2 Très long
- 3 Assez long
- 4 Pas très long
- 5 Vous n'avez pas attendu
- 0 Vous n'avez pas demandé de péridurale
- 0 [J'ai accouché trop vite pour avoir une péridurale] (non cité par l'enquêteur). L'enquêteur la relira pour éviter les ambiguïtés.

Q26 - Que pensez-vous du CONFORT de votre chambre d'hospitalisation ? Diriez-vous qu'il était...

Parents : Que pensez-vous du CONFORT de la chambre d'hospitalisation de votre enfant ? Diriez-vous qu'il était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellent
- 4 Très bon
- 3 Bon
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais

Q27 - Que pensez-vous de la PROPETE de votre chambre d'hospitalisation ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de la PROPETE de la chambre d'hospitalisation de votre enfant ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise

Q28 - Etes-vous satisfait(e) de la TEMPERATURE de votre chambre d'hospitalisation ? Diriez-vous...

Parents : Etes-vous satisfait(e) de la TEMPERATURE de la chambre d'hospitalisation de votre enfant ? Diriez-vous...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Très satisfait(e)
- 4 Satisfait(e)
- 3 Assez satisfait(e)
- 2 Peu satisfait(e)
- 1 Pas du tout satisfait(e)

Q29 - Avez-vous été gêné(e) par le BRUIT dans votre chambre ?

Parents : Avez-vous été gêné(e), vous ou votre enfant, par le BRUIT dans sa chambre d'hospitalisation ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Très rarement
- 5 Jamais

Q30 - Quelle est votre appréciation sur le TELEPHONE à l'intérieur de votre chambre ? Etes-vous...

Parents : Quelle est votre appréciation sur le TELEPHONE à l'intérieur de la chambre d'hospitalisation de votre enfant ? Etes-vous...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Très satisfait(e)
- 4 Satisfait(e)
- 3 Assez satisfait(e)
- 2 Peu satisfait(e)
- 1 Pas du tout satisfait(e)
- 7 *Vous n'avez pas eu la possibilité d'avoir le téléphone*
- 0 *Vous n'avez pas demandé le téléphone*

Q31 - Quelle est votre appréciation sur la TELEVISION à l'intérieur de votre chambre ? Etes-vous

Parents : Quelle est votre appréciation sur la TELEVISION à l'intérieur de la chambre de votre enfant ? Etes-vous...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Très satisfait(e)
- 4 Satisfait(e)
- 3 Assez satisfait(e)
- 2 Peu satisfait(e)
- 1 Pas du tout satisfait(e)
- 7 *Vous n'avez pas eu la possibilité d'avoir la télévision*
- 0 *Vous n'avez pas demandé la télévision*

Q32 - Lors de votre hospitalisation, avez-vous eu un LIVRET D'ACCUEIL (document présentant l'établissement) ?

Parents : Lors de l'hospitalisation de votre enfant, avez-vous eu un LIVRET D'ACCUEIL (document présentant l'établissement) ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 3 Oui, vous avez eu le livret d'accueil
- 2 Non, vous n'avez pas eu le livret d'accueil
- 1 Vous ne vous rappelez pas
- 0 Vous ne savez pas ce qu'est le livret d'accueil

Q33 - Que pensez-vous des REPAS servis à l'hôpital ? Etaient-ils ...

[Filtre : Enfant de moins de 1 an ⇒ aller à Q35]

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellents
- 4 Très bons
- 3 Bons
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais

0 *Vous n'avez pas pu prendre de repas compte tenu de votre état de santé [aller à Q35] Il n'a pas pu prendre de repas compte tenu de son état de santé*

Q34 - Que pensez-vous de la VARIETE des plats proposés ? Etait-elle...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bien
- 3 Bien
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Q35 - Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les MEDICAMENTS que vous deviez prendre APRES LA SORTIE (dosage, horaires, effets indésirables...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les MEDICAMENTS que votre enfant devait prendre APRES LA SORTIE (dosage, horaires, effets indésirables...) ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaises ou aucune information donnée

0 *Vous n'aviez pas de médicament à prendre (Pour le questionnaire parents : Il n'avait pas de médicaments à prendre)*

9 *[Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)*

Q35 bis - Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les MEDICAMENTS que vous deviez prendre APRES LA SORTIE (dosage, horaires, effets indésirables...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les MEDICAMENTS que votre enfant devait prendre APRES LA SORTIE (dosage, horaires, effets indésirables...) ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

5 Excellente
4 Très bonne
3 Bonne

2 Mauvaise

6 *Très mauvaise*

7 ou Aucune information donnée

0 *Vous n'aviez pas de médicament à prendre (Pour le questionnaire parents : Il n'avait pas de médicaments à prendre)*

9 *[Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)*

Q36 Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les ACTIVITES auxquelles vous deviez ou ne deviez pas participer APRES LA SORTIE (sport, activités domestiques, reprise du travail, ...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les ACTIVITES auxquelles votre enfant devait ou ne devait pas participer APRES LA SORTIE (sport, activités domestiques et scolaires, ...) ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

5 Excellente
4 Très bonne
3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaises ou aucune information donnée

9 *[Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)*

Q36 bis Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les ACTIVITES auxquelles vous deviez ou ne deviez pas participer APRES LA SORTIE (sport, activités domestiques, reprise du travail, ...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les ACTIVITES auxquelles votre enfant devait ou ne devait pas participer APRES LA SORTIE (sport, activités domestiques et scolaires, ...) ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

5 Excellente
4 Très bonne
3 Bonne

2 Mauvaise

6 *Très mauvaise*

7 Aucune information donnée

9 *[Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)*

Q37 - Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les SIGNES ou les COMPLICATIONS devant vous amener à RE-CONTACTER L'HOPITAL OU VOTRE MEDECIN après la sortie? Diriez-vous qu'elle était ...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les SIGNES ou les COMPLICATIONS devant vous amener à RE-CONTACTER L'HOPITAL OU VOTRE MEDECIN pour votre enfant après sa sortie? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

5 Excellente
4 Très bonne

- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaises ou aucune information donnée
- 0 *Aucun risque de complication*
- 9 *[Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)*

Q37 bis - Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les SIGNES ou les COMPLICATIONS devant vous amener à RE-CONTACTER L'HOPITAL OU VOTRE MEDECIN après la sortie? Diriez-vous qu'elle était ...

Parents : Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les SIGNES ou les COMPLICATIONS devant vous amener à RE-CONTACTER L'HOPITAL OU VOTRE MEDECIN pour votre enfant après sa sortie? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 6 *Très mauvaise*
- 7 *Aucune information donnée*
- 0 *Aucun risque de complication*
- 9 *[Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)*

Q38 Avez-vous demandé une AIDE A DOMICILE APRES LA SORTIE de cette hospitalisation ?

Parents : Avez-vous demandé une AIDE A DOMICILE APRES LA SORTIE de votre enfant ?

Enfant : A-t-on demandé une aide à domicile après ta sortie de cette hospitalisation ?

- 1 Oui
- 2 Non [aller à la Q40]

Q39 - Que pensez-vous alors de la façon dont le PERSONNEL DE L'HOPITAL vous a AIDE A OBTENIR ce genre de service ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise
- 0 *Ce n'est pas l'hôpital qui a organisé cette aide*

Q40 - Que pensez-vous de la façon dont votre SORTIE a été ORGANISEE (par exemple, l'annonce de votre date de sortie, votre destination à la sortie,...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Parents : Que pensez-vous de la façon dont la SORTIE de votre enfant a été ORGANISEE (par exemple, l'annonce de sa date de sortie, sa destination à la sortie,...) ? Diriez-vous qu'elle était...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise

Q41 - Quelle est votre OPINION GENERALE sur votre séjour à l'hôpital ? Etes-vous...

Parents : Quelle est votre OPINION GENERALE sur le séjour à l'hôpital de votre enfant ? Etes-vous...

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Très satisfait(e)
- 4 Satisfait(e)
- 3 Assez satisfait(e)
- 2 Peu satisfait(e)
- 1 Pas du tout satisfait(e)

Q42 - Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, préféreriez-vous REVENIR dans cet établissement ?

Parents : Si votre enfant devait être à nouveau hospitalisé pour la même raison, préféreriez-vous le faire revenir dans cet établissement ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Certainement
- 4 Probablement
- 3 Peut-être
- 2 Probablement pas
- 1 Certainement pas

Q43 - RECOMMANDERIEZ-VOUS cet hôpital à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?

Parents : RECOMMANDERIEZ-VOUS cet hôpital à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient faire hospitaliser leur enfant pour la même raison que le votre ?

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Certainement
- 4 Probablement
- 3 Peut-être
- 2 Probablement pas
- 1 Certainement pas

Q44 - **Aujourd'hui**, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous... ?

Parents : *Aujourd'hui*, par rapport au jour de l'admission de votre enfant, vous pensez que votre enfant se sent... »

ENQUETEUR : CITER LES REPONSES POSSIBLES

- 5 Beaucoup mieux
- 4 Mieux
- 3 Pareil, ni mieux, ni moins bien
- 2 Moins bien
- 1 Beaucoup plus mal

Q45 - Sur une échelle de 1 à 7, dites-moi si vous êtes satisfait(e) de votre vie EN GENERAL (en dehors de l'hôpital) ?

La note 1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait(e) et 7 signifie que vous êtes très satisfait(e), les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement.

FICHE D'UTILISATION DES QUESTIONNAIRES SAPHORA

Pour mieux connaître le niveau de diffusion et d'utilisation de nos questionnaires, merci de retourner ce document par Mel ou Fax ou courrier postal aux coordonnées suivantes :

CCECQA - Hôpital Xavier Arnoz - 33 604 Pessac - Fax : 05.57.65.61.36
catherine.pourin@ccecqa.asso.fr Tél : 05 57 65 61 38

Pour mieux vous connaître

Votre Nom et prénom :

Votre fonction :

Votre établissement :

Votre adresse postale :

Votre Mel :

Votre tel :

Quel questionnaire Saphora avez-vous utilisé ?

Si vous avez publié vos résultats, merci de nous préciser les références de votre article :

Quels ont été vos choix méthodologiques ?

La taille de votre échantillon :

Le taux de réponse :

Votre mode de recueil :

Quelles ont été vos difficultés méthodologiques ?

Quelles ont été vos actions d'amélioration ?

Avez-vous des remarques à formuler ?

Questionnaire ©saphora-Psy

Le questionnaire ©Sahora-Psy, protégé par un copyright, a été conçu et validé par le CCECQA, Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine.

Les questionnaires Saphora sont la propriété intellectuelle du CCECQA. Leur utilisation et la communication de leurs résultats doit faire mention du copyright Saphora écrit en toutes lettres sur les questionnaires, les publications et les présentations des auteurs. Ces questionnaires sont en accès libre. Il est demandé aux utilisateurs d'informer les auteurs de leur utilisation permettant ainsi de connaître la diffusion et de contribuer à l'évolution de ces outils. Une fiche d'utilisation est jointe en fin de questionnaire. Le manuel d'utilisation du questionnaire est disponible sur le site du CCECQA : ccecqa.asso.fr

Référence : Pourin C, Daucourt V, Barberger-Gateau P. [Use of the critical incident technique in the development of a measurement tool for satisfaction in psychiatry]. *Sante Publique*, 2001 ;13:169-77.

Composition des indicateurs :

Intitulé de l'indicateur	Questions composant l'indicateur
Information et organisation de l'accueil et de la sortie	Q1, 2, 3, 4, 33, 34
Contacts soignants	Q5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13
Contacts médecin	Q14,15,16
Contacts autres patients	Q17, 18
Prestations proposées	Q19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31

Lors de votre arrivée dans cet établissement

1. Quelle a été votre IMPRESSION GENERALE SUR L'ETABLISSEMENT lors de votre arrivée ?

- Excellente Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

2. Quelle a été votre impression sur L'ACCUEIL DU PERSONNEL lors de votre arrivée à l'hôpital ?

- Excellente Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

3. Que pensez-vous des INFORMATIONS qui vous ont été données sur la MODALITE DE VOTRE HOSPITALISATION (libre ou sous contrainte) et sur VOS DROITS ?

- Excellentes Très bonnes Bonnes Mauvaises Très mauvaises

4. Que pensez-vous des INFORMATIONS qui vous ont été données par le personnel sur l'ORGANISATION PRATIQUE DU SERVICE (accès aux chambres, accès au téléphone, prise des repas, animations possibles, entretiens avec le médecin ou d'autres soignants...)?

- Excellentes Très bonnes Bonnes Mauvaises Très mauvaises

Lors de votre séjour dans cet établissement

Parlez nous de vos contacts avec les soignants

5. Que pensez-vous de l'ECOUTE et des moyens mis en œuvre PAR LES SOIGNANTS (un geste, une parole, de la chaleur humaine...) lorsque vous vous sentez mal (blocage pour entrer en communication et échanger sur votre problème)...?

- Excellents Très bons Bons Mauvais Très mauvais

6. Que pensez-vous des ECHANGES (informations, explications) AVEC LES SOIGNANTS sur VOS SOINS (suivi, médicaments, visites avec le médecin ...)?

- Excellents Très bons Bons Mauvais Très mauvais

7. Que pensez-vous de L'ATTENTION ET DE L'INTERET témoigné par le PERSONNEL DU SERVICE à votre égard ?

- Excellents Très bons Bons Mauvais Très mauvais

8. Si votre état de santé ou votre mode d'hospitalisation (libre ou sous contrainte) ne vous permet pas de sortir seul, êtes-vous satisfait de la disponibilité du personnel pour vous ACCOMPAGNER DANS L'ETABLISSEMENT (le parc, à la cafétéria...) ET/OU A L'EXTERIEUR de l'établissement (pour visiter des proches, passer à votre appartement...)?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

9. LA NUIT, si vous avez eu PERSONNELLEMENT DES PROBLEMES (malaises ...), que pensez-vous des moyens mis à votre disposition pour APPELER L'EQUIPE SOIGNANTE ?

Excellents Très bons Bons Mauvais Très mauvais

10. Si vous avez eu d'AUTRES PROBLEMES lors de votre hospitalisation comme des douleurs, maux de tête, gorge..., que pensez-vous de la réponse apportée par les soignants ou le médecin ?

Excellente Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

11. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont les SOIGNANTS vous ont RASSURES ou RECONFORTES vis-à-vis de patients vous rendant la vie difficile ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

12. Avez-vous participé AUX SOINS proposés en ergothérapie, psychomotricité, kinésithérapie, diététique ou à des ateliers socio-thérapeutiques ?

Oui Non Ne sais pas

13. Si vous avez participé à ces SOINS, qu'en pensez-vous ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

Parlez nous de vos contacts avec le médecin (psychiatre)

14. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous pouvez CONTACTER LE MEDECIN au cours de votre hospitalisation ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

15. Etes-vous satisfait(e) de la DISPONIBILITE DU MEDECIN (fréquence des visites) au cours de votre hospitalisation ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

16. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont LE MEDECIN PARLE AVEC VOUS DE VOTRE PROBLEME (facilité du contact, possibilité de poser des questions ...)

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

Parlez nous de vos contacts avec les autres patients

17. Avez-vous RESSENTI OU VECU PERSONNELLEMENT des PROBLEMES AVEC LES AUTRES PATIENTS pendant cette hospitalisation (agressivité, insultes, peur, bagarre, harcèlement pour obtenir des cigarettes ou de l'argents, vols...) ?

Très souvent souvent Parfois Très rarement Jamais

18. Avez-vous eu DES PROBLEMES D'INTIMITE dans votre chambre (intrusion dérangeante d'autres patients, vols...) ?

Très souvent souvent Parfois Très rarement Jamais

Parlez nous des services et prestations de l'établissement

19. Si vous avez des difficultés pour vous déplacer, que pensez-vous des CONDITIONS D'ACCES AUX LOCAUX (accès aux étages, aux sanitaires...) ?

Excellentes Très bonnes Bonnes Mauvaises Très mauvaises

20. Que pensez-vous de l'aménagement des locaux pour RECEVOIR DES VISITES ?

Excellent Très bien Bien Mauvais Très mauvais

21. Que pensez-vous de l'AMENAGEMENT ET DE LA PROPRETE DES SANITAIRES (douches, WC ...) mis à votre disposition ?

Excellent Très bien Bien Mauvais Très mauvais

22. DANS L'ETABLISSEMENT, êtes-vous satisfait de la façon dont vous pouvez VOUS PROCURER CERTAINS PRODUITS DE CONSOMMATION comme des journaux, boissons non alcoolisées... ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

23. Avez-vous pu vous REPOSER dans de bonnes conditions quand vous le souhaitiez (accès aux chambres, fermeture des volets, calme, confort ...) ?

Très souvent ou toujours souvent Parfois Très rarement Jamais

24. Lorsque vous recevez des appels téléphoniques ou lorsque vous téléphonez vous même, l'INTIMITE DE VOS CONVERSATIONS est-elle respectée ?

Très souvent ou toujours souvent Parfois Très rarement Jamais

25. Etes-vous fumeur ?

Oui Non

26. Que pensez-vous des dispositions prises par l'établissement par rapport au TABAC (interdiction de fumer, aménagement des espaces fumeurs ...) ?

Excellentes Très bonnes Bonnes Mauvaises Très mauvaises

27. Que pensez-vous des dispositions prises PAR LE PERSONNEL pour limiter les attitudes contraires, (c'est à dire interdites) au règlement intérieur, comme la prise de produits interdits : alcool, drogue ..?

Excellentes Très bonnes Bonnes Mauvaises Très mauvaises

28. Que pensez-vous DES REPAS servis à l'hôpital ?

Excellents Très bons Bons Mauvais Très mauvais

29. Etes-vous satisfait(e) de L'ENDROIT OU VOUS PRENEZ VOS REPAS (le cadre, la décoration, la propreté...)?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

30. Avez-vous connaissance de l'existence D'ACTIVITES DE LOISIRS (lecture, animations, promenades...) en dehors des activités de soins évoquées à la question 12 ?

Oui Non Ne sais pas

31. Si vous avez participé à ces D'ACTIVITES DE LOISIRS, qu'en pensez-vous ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

32. Quelles sont vos remarques ou suggestions concernant les ACTIVITES de LOISIRS (pourquoi vous ne participez pas, autres activités que vous souhaiteriez réaliser ...) ?

Parlez nous de la préparation de votre sortie ou de vos permissions

33. Que pensez-vous de l'aide apportée par les soignants pour L'ORGANISATION de votre sortie ou de vos permissions (contacts avec la famille, moyens de transport, papiers de sortie) ?

Excellente Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

34. Que pensez-vous des INFORMATIONS qui vous ont été données sur VOTRE TRAITEMENT ET LA POURSUITE DE VOS SOINS APRES VOTRE SORTIE ?

Excellentes Très bonnes Bonnes Mauvaises Très mauvaises

Et Enfin

35. Pouvez-vous nous donner votre OPINION GENERALE sur votre séjour, à ce jour ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Peu satisfaite Pas du tout satisfait(e)

36. Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez vous ?

Beaucoup mieux Mieux Pareil : Ni mieux ni moins bien Moins bien Beaucoup plus mal

Pour mieux vous connaître

37. Quel est votre âge ?

- Moins de 18 ans
- Entre 18 et 34 ans
- Entre 35 et 64 ans
- Entre 65 et 74 ans
- 75 ans et plus

38. Lors de votre arrivée, votre hospitalisation c'est faite ...

- Avec votre consentement
- Sans votre consentement

39. Vous avez rempli ce questionnaire

- Seul
- Avec un proche
- Avec l'aide d'un soignant qui s'occupe de vous dans le service
- Avec l'aide d'une personne qui ne s'occupe pas de vous dans le service

40. Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé dans cet établissement ?

41. Avez-vous des remarques à faire, des suggestions à formuler, n'hésitez pas à nous les communiquer sur cette feuille.

FICHE D'UTILISATION DES QUESTIONNAIRES SAPHORA

Pour mieux connaître le niveau de diffusion et d'utilisation de nos questionnaires, merci de retourner ce document par Mel ou Fax ou courrier postal aux coordonnées suivantes :

CCECQA - Hôpital Xavier Arnoz - 33 604 Pessac - Fax : 05.57.65.61.36
catherine.pourin@ccecqa.asso.fr Tél : 05 57 65 61 38

Pour mieux vous connaître

Votre Nom et prénom :

Votre fonction :

Votre établissement :

Votre adresse postale :

Votre Mel :

Votre tel :

Quel questionnaire Saphora avez-vous utilisé ?

Si vous avez publié vos résultats, merci de nous préciser les références de votre article :

Quels ont été vos choix méthodologiques ?

La taille de votre échantillon :

Le taux de réponse :

Votre mode de recueil :

Quelles ont été vos difficultés méthodologiques ?

Quelles ont été vos actions d'amélioration ?

Avez-vous des remarques à formuler ?

Améliorons ensemble la qualité de séjour de la personne hospitalisée

Questionnaire visiteur

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Un(e) de vos proches est hospitalisé(e) et vous venez lui rendre visite. Nous aimerions connaître votre appréciation d'ensemble sur son séjour afin d'améliorer les prestations que nous proposons aux malades.

Nous vous remercions, par avance, de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant pour chaque question la case de votre choix.

Questionnaire à déposer dans les urnes destinées à cet effet ou les boîtes aux lettres de l'hôpital.

Tampon du service :

- Date de remplissage du questionnaire |_|_| mois |_|_| année
- Vous êtes un(e) ... Homme Femme
- Vous êtes né(e) en |_|_|_|_| année
- Votre lien avec la personne à qui vous rendez visite :
 - Famille Ami
 - Bénévole d'une association Autre préciser

LA CHAMBRE

Le patient est-il seul dans sa chambre ? OUI (allez en A) NON (allez en B)

Puis répondez à toutes les questions suivantes

	Tout à fait	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
A/ C'est une bonne chose qu'il soit seul dans sa chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B/ C'est une bonne chose qu'il partage sa chambre avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sanitaires sont satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entretien de la chambre est satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'ensemble, la chambre est satisfaisante (aspect général, agencement..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

	Tout à fait	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
La disponibilité du personnel pendant la journée est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du personnel pendant la nuit est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations du patient avec le personnel sont satisfaisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On fait le maximum pour soulager la douleur du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On fait le maximum quand le patient est angoissé, inquiet ou triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel est disponible pour la toilette du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On respecte l'intimité du patient pendant sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale, les soins sont satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'INFORMATION

L'information est satisfaisante en ce qui concerne :	Tout à fait	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
... l'état de santé du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... le traitement du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... les raisons pour lesquelles le patient passe des examens (radio, prise en sang...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient que vous venez voir est au courant des informations que vous recevez du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est facile de repérer la fonction des différentes personnes qui s'occupent de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES REPAS

	Tout à fait	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
La qualité des repas est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La variété des repas est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température des plats est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation des plats est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'assaisonnement des plats est satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On tient compte de ce que le patient aime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale les repas sont adaptés au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES AUTRES ASPECTS DE LA VIE A L'HOPITAL

	Tout à fait	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
Les animations ou activités proposées dans l'hôpital sont satisfaisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient peut téléphoner comme il le souhaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient voit le coiffeur ou l'esthéticienne aussi souvent qu'il le désire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU TOTAL

Cet établissement est satisfaisant Tout à fait Plutôt Pas vraiment Pas du tout

Conseilleriez-vous, le cas échéant, ce service à l'un de vos proches ?

Sûrement pas Probablement pas Oui, probablement Oui, sûrement

Vos remarques : _____

« Questionnaire satisfaction patient »

OUT-PATSAT35

Nous nous intéressons à votre expérience et à votre avis sur les soins en cours à l'hôpital de jour de chimiothérapie. Veuillez répondre personnellement à **toutes les questions** en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou « mauvaise » réponse. Ces informations resteront strictement confidentielles.

Concernant votre traitement en cours à l'hôpital de jour de chimiothérapie, comment évalueriez-vous les <u>médecins</u> au niveau de :		Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
1	Leur connaissance et leur expérience de votre maladie ?	1	2	3	4	5
2	Le traitement et le suivi médical qu'ils vous ont fournis	1	2	3	4	5
3	L'attention qu'ils ont accordée à vos problèmes physiques ?	1	2	3	4	5
4	Leur disponibilité à écouter l'ensemble de vos préoccupations ?	1	2	3	4	5
5	L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne ?	1	2	3	4	5
6	Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés	1	2	3	4	5
7	Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre maladie ?	1	2	3	4	5
8	Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux ?	1	2	3	4	5
9	Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos traitements ?	1	2	3	4	5
10	Leur ponctualité à la consultation ?	1	2	3	4	5
11	Le temps qu'ils vous ont consacré durant leur consultation ?	1	2	3	4	5

Concernant votre traitement en cours à l'hôpital de jour de chimiothérapie, comment évalueriez-vous les <u>infirmiers et/ou infirmières</u> au niveau de :		Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
12	La manière dont ils vous ont accueilli pour le traitement	1	2	3	4	5
13	La manière dont ils ont pratiqué les soins ?	1	2	3	4	5
14	L'attention qu'ils ont accordée à votre confort physique	1	2	3	4	5
15	L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne ?	1	2	3	4	5

Veillez tourner la page, s'il vous plaît

Concernant votre traitement en cours à l'hôpital de jour de chimiothérapie, comment évalueriez-vous les infirmiers et/ou infirmières au niveau de :		Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
16	Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés ?	1	2	3	4	5
17	Leurs qualités humaines (politesse, respect, sensibilité, gentillesse, patience,...) ?	1	2	3	4	5
18	Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux ?	1	2	3	4	5
19	Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos soins	1	2	3	4	5
20	Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre traitement ?	1	2	3	4	5
21	La rapidité avec laquelle ils ont répondu à vos demandes particulières ?	1	2	3	4	5
22	Le temps qu'ils vous ont consacré ?	1	2	3	4	5

Concernant votre traitement en cours à l'hôpital de jour de chimiothérapie, comment évalueriez-vous au niveau des services et de l'organisation :		Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
23	La facilité d'identifier le médecin responsable de votre prise en charge ?	1	2	3	4	5
24	La cohérence des informations entre les membres du personnel soignant ?	1	2	3	4	5
25	L'échange d'information avec les services extra-hospitaliers (médecin traitant, soins à domicile, maison de repos,...) ?	1	2	3	4	5
26	La gentillesse et la serviabilité du personnel d'accueil, du secrétariat médical, des agents de service...?	1	2	3	4	5
27	Les informations fournies sur l'organisation des examens, du traitement ou des soins ?	1	2	3	4	5
28	Les informations fournies sur l'ensemble des services disponibles (service social, psychologique, diététique,...) ?	1	2	3	4	5
29	La facilité avec laquelle vous pouvez joindre le service par téléphone ?	1	2	3	4	5
30	Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous de consultation médicale ?	1	2	3	4	5
31	La rapidité d'exécution des examens et/ou des traitements ?	1	2	3	4	5
32	L'accessibilité (parking, moyens de transport,...)	1	2	3	4	5

Concernant votre traitement en cours à l'hôpital de jour de chimiothérapie, comment évalueriez-vous au niveau <u>des services et de l'organisation</u> :		Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
33	La facilité de s'orienter vers les différents services ?	1	2	3	4	5
34	L'environnement de l'établissement (propreté, espace, calme,...) ?	1	2	3	4	5
De manière générale,						
35	Comment évalueriez-vous la qualité des soins reçus à l'hôpital de jour de chimiothérapie ?	1	2	3	4	5

Merci d'avoir pris le temps de réponse à ce questionnaire.



EORTC IN – PATSAT32

Nous aimerions savoir certaines choses sur vous et sur les soins que vous avez reçus durant votre séjour à l'hôpital. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Les informations que vous nous communiquerez resteront strictement confidentielles.

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous les <u>médecins</u> en ce qui concerne:	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
1 Leur connaissance et leur expérience de votre maladie?	1	2	3	4	5
2 Le traitement et le suivi médical qu'ils vous ont fournis?	1	2	3	4	5
3 L'attention qu'ils ont accordée à vos problèmes physiques?	1	2	3	4	5
4 Leur disponibilité à écouter l'ensemble de vos préoccupations?	1	2	3	4	5
5 L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne?	1	2	3	4	5
6 Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés?	1	2	3	4	5
7 Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre maladie?	1	2	3	4	5
8 Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux?	1	2	3	4	5
9 Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre traitement?	1	2	3	4	5
10 La fréquence de leurs visites/consultations?	1	2	3	4	5
11 Le temps qu'ils vous ont consacré durant leurs visites/consultations?	1	2	3	4	5

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous les <u>infirmiers et/ou infirmières</u> en ce qui concerne:	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
12 La manière dont ils vous ont examiné (prise de la température, du pouls, etc.)?	1	2	3	4	5
13 La manière dont ils vous ont soigné (administration des médicaments, réalisation des injections, etc.)?	1	2	3	4	5
14 L'attention qu'ils ont accordée à votre confort physique?	1	2	3	4	5
15 L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne?	1	2	3	4	5
16 Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés?	1	2	3	4	5

[Veuillez passer à la page suivante](#)

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous les <u>infirmiers et/ou infirmières</u> en ce qui concerne :	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
17 Leurs qualités humaines (courtoisie, respect, sensibilité, gentillesse, patience, etc.)?	1	2	3	4	5
18 Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux?	1	2	3	4	5
19 Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos soins?	1	2	3	4	5
20 Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre traitement?	1	2	3	4	5
21 La rapidité avec laquelle ils ont répondu à vos appels?	1	2	3	4	5
22 Le temps qu'ils vous ont consacré?	1	2	3	4	5

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous l'organisation des <u>services et des soins</u> en ce qui concerne:	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
23 L'échange d'informations entre les membres du personnel soignant?	1	2	3	4	5
24 La gentillesse et la serviabilité du personnel technique, de la réception, des laboratoires, etc.?	1	2	3	4	5
25 Les informations fournies lors de votre admission à l'hôpital?	1	2	3	4	5
26 Les informations fournies lors de votre départ de l'hôpital?	1	2	3	4	5
27 Le délai d'attente pour obtenir les résultats d'examens médicaux?	1	2	3	4	5
28 La rapidité d'exécution des examens médicaux et/ou traitements?	1	2	3	4	5
29 L'accessibilité (parking, moyens de transport, etc.)?	1	2	3	4	5
30 La facilité de s'orienter vers les différents services?	1	2	3	4	5
31 L'environnement de l'établissement (propreté, espace, calme, etc.)?	1	2	3	4	5
De manière générale,					
32 Comment évalueriez-vous les soins que vous avez reçus durant votre séjour à l'hôpital?	1	2	3	4	5

1. Vos soins médicaux

Les phrases suivantes concernent **vos soins médicaux**.

Donnez votre **opinion** sur les points suivants en faisant référence à **votre propre expérience** (Choisissez une réponse pour chaque phrase).

ACCES AUX SOINS MEDICAUX

Intitulé	Modalités de réponse	Score
1. Les horaires d'ouverture du cabinet de votre généraliste.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins primaires
2. La facilité pour se faire soigner par un médecin spécialiste	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins secondaires
3. La facilité pour se faire soigner à l'hôpital.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins secondaires
4. La facilité pour se faire soigner en cas d'urgence.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins secondaires
5. La facilité pour prendre rendez-vous par téléphone avec votre généraliste.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins primaires
6. Le temps d'attente au cabinet de votre généraliste.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins primaires
7. Le délai entre le jour de la prise de rendez-vous et le jour de la consultation chez le généraliste.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins primaires
8. La possibilité d'avoir des informations médicales ou des conseils par téléphone de votre généraliste.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins primaires
9. La possibilité de voir un médecin au moment où vous en avez en avez besoin.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins primaires
10. La facilité d'accès au cabinet de votre généraliste.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	accès aux soins primaires

COMPETENCE DES MEDECINS GENERALISTES

Intitulé	Modalités de réponse	Score
11. Le soin avec lequel les généralistes que vous connaissez vous examinent et la justesse de leur diagnostic.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence et communication des généralistes
12. La compétence et l'expérience des généralistes que vous connaissez.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence et communication des généralistes
13. Le sérieux avec lequel les généralistes que vous connaissez choisissent les traitements.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence et communication des généralistes

COMPETENCE DES MEDECINS SPECIALISTES

Intitulé	Modalités de réponse	Score
14. Le soin avec lequel les spécialistes que vous connaissez vous examinent et la justesse de leur diagnostic.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence des spécialistes
15. La compétence et l'expérience des spécialistes que vous connaissez.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence des spécialistes
16. Le sérieux avec lequel les spécialistes que vous connaissez choisissent les traitements.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence des spécialistes

ÉCOUTE ET INFORMATION DONNEE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Intitulé	Modalités de réponse	Score
17. Les explications données par les généralistes que vous connaissez sur les actes médicaux et les examens.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence et communication des généralistes
18. L'attention que les généralistes que vous connaissez portent à ce que vous dites.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence et communication des généralistes
19. Les conseils de prévention que vous recevez des généralistes que vous connaissez pour rester en bonne santé.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	compétence et communication des généralistes

ÉCOUTE ET INFORMATION DONNÉE PAR LES MEDECINS SPECIALISTES

Intitulé	Modalités de réponse	Score
20. Les explications données par les spécialistes que vous connaissez sur les actes médicaux et les examens.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	communication avec les spécialistes
21. L'attention que les spécialistes que vous connaissez portent à ce que vous dites.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	communication avec les spécialistes
22. Les conseils de prévention que vous recevez des spécialistes que vous connaissez pour rester en bonne santé.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	communication avec les spécialistes

CHOIX ENTRE DIFFERENTS MEDECINS

Intitulé	Modalités de réponse	Score
23. Le nombre de généralistes auprès de qui vous pouvez consulter.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	possibilité de choix
24. La possibilité de consulter le généraliste de votre choix.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	possibilité de choix
25. Le nombre de spécialistes, pour une spécialité donnée, auprès de qui vous pouvez consulter.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	possibilité de choix
26. La possibilité de consulter le spécialiste de votre choix.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	possibilité de choix

LES QUALITÉS HUMAINES DES MEDECINS

Intitulé	Modalités de réponse	Score
27. La gentillesse et la courtoisie des médecins.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	qualités humaines des médecins
28. L'intérêt que les médecins portent à vos problèmes de santé et à vous-même.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	qualités humaines des médecins
29. Le respect que vous portent les médecins et leur discrétion à votre égard.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	qualités humaines des médecins
30. La capacité des médecins à vous rassurer et à vous soutenir.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	qualités humaines des médecins
30 bis. Le temps que vous consacrent les médecins.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Hors score

2. Votre satisfaction globale

Vous trouverez ci-dessous des remarques de patients concernant les soins qu'ils ont reçus. Veuillez les lire attentivement. Même si certaines de ces phrases se ressemblent, merci de répondre à chacune séparément.

Intitulé	Modalités de réponse	Score
31. Je suis très satisfait(e) des soins que je reçois.	Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord - Pas d'opinion tranchée - Pas vraiment d'accord –Pas du tout d'accord	satisfaction globale vis-à-vis du système de santé
32. Certaines choses pourraient être améliorées dans les soins que je reçois.	Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord - Pas d'opinion tranchée - Pas vraiment d'accord –Pas du tout d'accord	satisfaction globale vis-à-vis du système de santé
33. Les soins que je reçois sont pratiquement parfaits.	Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord - Pas d'opinion tranchée - Pas vraiment d'accord –Pas du tout d'accord	satisfaction globale vis-à-vis du système de santé
34. Je suis mécontent(e) d'un certain nombre de choses dans les soins que je reçois.	Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord - Pas d'opinion tranchée - Pas vraiment d'accord –Pas du tout d'accord	satisfaction globale vis-à-vis du système de santé

3. Votre couverture maladie

Les phrases suivantes concernent votre couverture maladie, c'est à dire les prestations de votre caisse de sécurité sociale et de votre mutuelle complémentaire, si vous en avez une. -Donnez votre opinion pour chacune des phrases suivantes.

Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent

PRISE EN CHARGE DES FRAIS MEDICAUX

Intitulé	Modalités de réponse	Score
35. La capacité de votre couverture maladie, à compenser vos dépenses médicales et vos pertes de revenus.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	couverture maladie
36. L'éventail des frais qui vous sont remboursés.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	couverture maladie
37. Le remboursement de vos frais de consultations.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	couverture maladie
38. Le remboursement de vos frais d'hospitalisations.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	couverture maladie
39. Le remboursement de vos dépenses de médicaments.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	couverture maladie

VSQ-VF
Votre dernière consultation médicale

Nous aimerions avoir votre sentiment sur **votre dernière consultation** chez un médecin.
Donnez votre **opinion** pour chacune des phrases suivantes.
Ne répondez que si vous avez consulté dans les 12 derniers mois.

Intitulé	Modalités de réponse	Score
1. Le délai pour obtenir un rendez-vous.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
2. La facilité pour joindre le cabinet par téléphone.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
3. Le temps d'attente au cabinet.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
4. Le temps que vous a consacré le médecin.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
5. Les explications que le médecin vous a données sur ce qui a été fait au cours de la consultation.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
6. La compétence du médecin (sérieux, conscience professionnelle, savoir-faire).	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
7. La manière d'être du médecin (courtoisie, respect, tact, gentillesse).	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
8. Cette consultation dans son ensemble.	Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation
9. La facilité d'accès du cabinet du médecin	(Mauvais – Moyen – Bon – Très bon – Excellent	Satisfaction vis-à-vis de la consultation

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez été récemment hospitalisé à *l'hôpital (la clinique) XXXX* et nous aimerions avoir votre point de vue sur la QUALITE DES SOINS que vous avez reçus.

Pour chaque proposition, cochez la réponse qui correspond le mieux à votre expérience.

Vos réponses sont confidentielles : elles seront analysées de façon strictement anonyme.

Renvoyez votre questionnaire (rempli ou non) dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.

En vous remerciant par avance de votre participation.

L'équipe de direction

Information sur mon état de santé et mes soins

La clarté des informations données...

- sur mes symptômes

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

- sur la raison pour laquelle je passais des examens

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

- sur les résultats de mes examens

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

- sur l'objectif de mon traitement (médicaments, opérations)

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

- sur les effets indésirables possibles de mon traitement

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

Relation avec les soignants et fonctionnement du service

La facilité pour identifier le médecin responsable de moi

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

Le respect de mon intimité

1 Mauvais 2 Moyen 3 Bon 4 Très bon 5 Excellent

L'aide apportée ...

- pour la réalisation de mes gestes quotidiens

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

- pour soulager ma douleur

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente
6 *Je n'ai pas eu de douleurs*

La facilité pour voir une infirmière

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

L'organisation du service était

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

L'ambiance dans le service

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

La disponibilité des infirmières à mon égard

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

TOURNEZ SVP →

Information sur ma sortie

La clarté des informations données ...

- sur les symptômes qui doivent m'alerter à l'avenir

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

- sur les activités que je pourrai reprendre après ma sortie (*travail, sport*)

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

- sur mon suivi médical après ma sortie

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

Question additionnelle 1

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

Question additionnelle 2

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

Question additionnelle 3

1 Mauvaise 2 Moyenne 3 Bonne 4 Très bonne 5 Excellente

Mon opinion générale

J'ai été impliqué(e) autant que je le souhaitais dans les décisions médicales qui me concernaient

1 Très rarement, jamais 2 Parfois 3 Souvent 4 Presque toujours 5 Toujours

Dans l'ensemble, les soins que j'ai reçus étaient

1 Mauvais 2 Moyens 3 Bons 4 Très bons 5 Excellents

Vous et votre santé

Vous êtes 1 un homme 2 une femme

Votre âge _____ ans

Votre hospitalisation était prévue

1 OUI, elle était programmée 2 NON, je suis arrivé(e) en urgence

Votre état de santé s'est-il amélioré du fait de votre hospitalisation

1 NON 2 OUI, Un peu 3 OUI, beaucoup

Par rapport aux gens de votre âge, votre état de santé vous semble

1 Moins bon 2 Semblable 3 Meilleur

Actuellement, êtes-vous satisfait(e) de votre vie EN GENERAL (en dehors de l'hospitalisation) ?

(cocher une case entre 1 pour « pas du tout satisfait » et 7 pour « tout à fait satisfait »)

Pas du tout satisfait(e) 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait satisfait(e)

A votre avis, que faudrait-il améliorer en priorité dans cet **hôpital, clinique ?**

Merci de renvoyer ce questionnaire dans l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe

Echelle de qualité des soins - version 2 (EQS-V2©) Copyright

Salomon et al. *Int J Qual Health Care* 1999 ; Gasquet et al. *J Clin Epidemiol* 2001 ; Moret et al. *Risque & Qualité* 2004

Annexe 7

Liste des personnes rencontrées

Cabinet du ministre de la santé :

- M. DUVAUX, conseiller du ministre de la santé

DHOS :

- Mme APERT Eliane, sous-directrice de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé,
- Mme VAN HERZELE Annick, chef de bureau E1,
- Mme MANZI Isabelle, adjointe du chef de bureau E1

DGS :

- Dr. SERFATY Annie, adjointe au chef de bureau démocratie sanitaire (SD1B)

DREES :

- Mme CHALEIX Mylène, chef de bureau des établissements de santé,
- M. CUNEO Philippe, Chef de service,
- Dr. HAURY Brigitte, chargée de mission,
- Mme MERMILLIOD Catherine, chargée de mission,
- Mme OLIER Lucile, Sous directrice Santé.

Haute autorité de santé :

- M. BIOSSE-DUPLAN, chargé des relations avec les usagers, à la direction de la communication
- M. BURNEL Philippe, directeur de l'accréditation
- M. CANIARD Etienne, membre du collège
- M. CERETTI Michel-Alain, président de l'idmin (information et développement de la médiation sur les infections nosocomiales)
- M. ROMANEIX, directeur général
- M. RICOUR Loïc, directeur d'idmin

Représentants d'associations d'usagers :

- Mme. ALENCAR Tatianna, stagiaire à AIDES
- M. BRUN Nicolas, président honoraire du CISS
- M. PRESTEL Thierry, responsable des actions thérapeutique et santé à AIDES
- M. SAOUT Christian, président de AIDES et président de la conférence nationale de santé.

Fédération Hospitalière de France :

- M. CAUSSE David, directeur adjoint auprès du directeur général
- M. PEJU Nicolas, directeur de la communication
- M. VINCENT Gérard, directeur général

Conférence générale des directeurs généraux de CHU :

- M. CASTEL Paul, président de la conférence
- M. GUSCHING Jean-Pierre, directeur général du CHR d'Orléans

Fédération de l'Hospitalisation Privée :

- Mme GUELDRY

Personnes qualifiées :

- Mme AKRICH madeleine, directrice du laboratoire de sociologie et de l'innovation, Ecole des Mines de Paris
- Pr. FALISSARD Bruno
- Dr. GASQUET Isabelle, PH de santé publique à l'APHP, affectée à la direction de la politique médicale à l'APHP (mission prospective et performance médicale), et à l'unité INSERM 669 (innovation méthodologique en santé mentale de l'adolescent).
- Pr. GERBAUD Laurent, PUPH de santé publique au CHU de Clermont-Ferrand.
- Dr. GRENIER Catherine, responsable du secteur qualité et indicateurs à la fédération des établissements de lutte contre le cancer
- Dr MAZOYER Jean-François, médecin radiologue fondateur de « Notation santé »
- Dr. MINVIELLE Etienne, Chercheur CREGA-INSERM U537, chargé de la maîtrise d'œuvre du projet COMPAQH
- Pr. NAIDITCH Michel, médecin de santé publique, maître de conférence à l'université de Paris VII, chercheur au DIES

Région Aquitaine :

ARH :

- M. GARCIA Alain, directeur
- Mme BRANDON Annie, chargée de mission

DRASS-DDASS

- Dr. COSTES Josette, MISP Gironde.
- Dr. MANETTI Syzanne, MIR – DRASS.

CRAM

- Dr. DUPUY Evelyne, Médecin conseil DRSM.

CCECQA

- Dr. POURRIN Catherine
- M. RIFAI, directeur de la clinique Tivoli.

CH Charles Perrens

- Mme CASTERA, membre de la CRUQPEC, représentante du CTE
- Dr. CAZENAVE, président de la CME

- M. CHASSAN, directeur adjoint (direction des usagers et de la qualité).
- M. CIGOYENETCHE, cadre de santé.
- M. de RICARDIS Antoine, directeur.
- M. GILLERON, attaché d'administration hospitalière (direction des usagers).
- M. HUILLIER, infirmier membre de la CRUQPEC, représentant de la CSIRMT.
- Mme PEREZ, aide-soignante.
- M. RAIMBAULT, cadre de santé.
- M. ROUSTAN, représentant des usagers, président délégué de l'UNAFAM.
- M. SAUZEAU, cadre supérieur de santé.

Clinique Tivoli.

- M. RIFAI, directeur

Région Auvergne :

ARH :

- Dr. DUCROZ Catherine, conseiller médical
- M. GAILLARD Alain, directeur
- M. PAILHOUX Olivier, chargé de communication

CHU de Clermont-Ferrand :

- Mme ALIX Marie-Laure, cadre de santé au service de chirurgie thoracique
- Mme AUTRET Marie-Jo, secrétaire de la CRUQ
- M. BASTARD Jean-Pierre, représentant des usagers
- Pr. BAZIN, PU-PH membre de la CME,
- Pr. BOMMELAER, président de la CME
- Pr. ESCANDE Georges, PUPH chef du service de chirurgie thoracique
- Mme GUILLAUD Karine, infirmière au service des urgences
- Mme HIBOU Isabelle, cadre de santé au service des urgences
- Dr. JEHLE Eric, praticien hospitalier au service des urgences
- Dr. LOPITAUX, praticien hospitalier, vice président de la CRUQ
- M. MARION Lionel, aide-soignant au service des urgences
- Mme NOIRFALISE Chantal, statisticienne au service de santé publique,
- M. PAREAUD Pierre, directeur de la direction clientèle, gestion des risques et affaires juridiques
- Mme PERRET Christine, représentant des usagers
- Mme RAYNAUD Catherine, directeur adjoint
- Mme RENARD Marie-Ange, cadre supérieur de santé au service des urgences
- Mme RIBEROLLES Suzanne, représentant des usagers
- Pr. SCHMIDT Jeannot, PU-PH chef de service des urgences
- M. SEGADE Jean-Paul, directeur général du CHU
- Mme VERDIER Lucile, Infirmière au service des urgences

CH de Vichy :

- Dr. AGUILERA Didier, président de la CME.
- Dr. AMAT Georges, médecin chef du service de cardiologie

- Mme BONNEFONT Sylvie, cadre sage-femme
- Mme BROSSE Virginie, aide soignante
- M. CHAZE Christian, directeur adjoint
- Mme GRIMAUD Colette, sage-femme cadre supérieur
- Mme GUILLEMARD Dominique, cadre supérieur de santé secteur Médecine
- Mme KOLTAEFF Jacqueline, représentante usagers
- M. LACOTE Lionel, statisticien qualité
- Mme MOREL Fabienne, ingénieur qualité
- Mme PARIS Corinne, infirmière dans le service de cardiologie
- Mme RAYNAUD Florence, auxiliaire de puéricultrice
- M. ROTH Claude, directeur
- Mme ROUGIER Bénédicte, sage-femme
- Mme VASSILIEFF Marie-Thérèse, représentante usagers (UNAFAM)
- Mme VIGNAUD Béatrice, représentante usagers (UDAF)

Région Centre :

ARH :

- Dr. HOCHMANN André, directeur adjoint
- M. LEGRAND, directeur
- M. SICARD Jean-Marie, secrétaire général

CH de Châteauroux :

- M. BERNARDEAU, représentant de la ligue contre le cancer
- Dr. BORIES, président de la CME
- M. CASSE, directeur des affaires générales et de la clientèle
- Mme CROISILLE, cadre supérieur de santé, service de médecine C
- Mme DELANNE, adjoint des cadres, bureau de la qualité et de la gestion des risques
- M. DESMOTS, directeur
- Dr. PAPAZOGLU-ROYER, médecin médiateur
- M. RENAUD, représentant de l'association des diabétiques de l'Indre
- Mme TAILLIBERT, agent administratif, direction des affaires générales et de la clientèle
- Mme THOMAS, technicienne supérieure d'organisation et de gestion, bureau de la qualité et de la gestion des risques

Région Ile-de-France :

CH de Bicêtre :

- Pr. ALVIN Patrick, chef du service de médecine de l'adolescent
- Pr. ASSAYAG Patrick, chef du service de cardiologie
- M. BENTOUNSI Alain, coordonnateur général des soins
- Mme BESSIERE Arlette, coordonnatrice qualité
- Dr. BOUCHACHI Amiz, praticien hospitalier dans le service de cardiologie
- M. CAZEJUST Didier, directeur
- Mme CORMETTE Claire, cadre puéricultrice dans le service de médecine de l'adolescent
- Mme DE LA CRUZ Chely, représentante de l'association des familles du centre gérontologique AIDA

- Pr. DEVICTOR Denis, président du CCM
- Pr. DOMMARGUES Jean-Paul, médecin médiateur
- Dr. FAVRE Martial, directeur qualité et droits des patients
- Mme LE FLOCH Nathalie, chargée des droits des patients
- Mme RUDER Marie-Anne, directrice adjointe
- Mme SAUNIER Françoise, cadre supérieur de santé dans la fédération de pédiatrie
- Mme THOMASO Colette, représentante de l'UDAF
- M. VINCENT Christophe, cadre de santé dans le service de cardiologie

CH de St Louis :

- Mme CHATAIGNER Maddaléna , représentante des usagers (association Entraide aux greffés de moelle osseuse de l'hôpital Saint-Louis)
- Mme GAULTIER Danielle, directrice de l'hôtellerie, de la qualité et des risques
- Pr. HENNEQUIN Christophe, médecin oncologue
- Mme JUY Laurence, représentante des usagers (UNAF)
- Dr. Le GALL Jean-Roger, médecin médiateur
- M. LAJONCHERE Jean-Patrick, directeur
- Mme MAGGI Martine, directrice des soins infirmiers
- Mme POTEZ Michelle représentante des usagers (Ligue contre le cancer)
- Mme SALEMBIEN Fabienne, responsable relations patients, partenariats
- Mme SINONELLI Sylvie, cadre paramédical pôle immuno-hématologie
- Mme TRINCALI Martine, chargée des relations patients

Région Nord-Pas-de-Calais :

ARH

- M. DEROUBAIX, directeur

Centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret :

- Mme BAUDE Isabelle, responsable des ressources humaines
- Mme BILLET Marie-Andrée, cadre du département d'imagerie médicale
- Mme BLONDEL Monique, directrice des soins infirmiers
- Mme BOUDEHANE Houria, cadre infirmier aux soins palliatifs
- Dr. BUISSET Etienne, directeur délégué à l'évaluation, chef du département d'information médicale
- Dr. CARPENTIER Philippe, président de la CME, médiateur
- M. CAUCHOIS Didier, DSIO
- M. DAUCHOT Yves, membre de la cellule qualité, médiateur, chargé du suivi administratif et juridique des contentieux
- Mme DEROLEZ, association « choisir l'espoir », administrateur du COL
- Dr. DOUTRELANT Philippe, chef du département des laboratoires, coordinateur des démarches qualité/gestion des risques, chef du projet COMPAQH au COL
- Mme DUMORTIER Véronique, manipulatrice, membre de la cellule qualité du COL
- Mme GISCARD Sandrine, qualitiennne
- M. LAMOURETTE, ancien malade, ancien administrateur du COL, membre de la commission de soin, membre de groupes de travail du centre
- Mme LASUE Annie, cadre médico-technique

- Pr. LARTIGAU Eric, chef du département de radiothérapie
- Dr. LECLERCQ Bernard, directeur général
- Mme LORIDAN, association « vivre comme avant », administrateur du COL
- Mme LOUCHEUX Marie-Henriette, comité du nord de la ligue contre le cancer, membre du COPIL qualité/gestion des risques du COL
- Mme MERCIER Sylvie, cadre infirmier au service d'oncopédiatrie
- Dr. PENEL Nicolas, oncologue médical
- M. PEUGNY Philippe, directeur général adjoint
- M. PHILIPPART Frédéric, responsable du secteur hôtelier
- Dr. THOMASSIN-DESFACHELLES Anne-Sophie, chef de l'unité d'oncopédiatrie
- Dr. VILLET Stéphanie, soins palliatifs

Région Languedoc-Roussillon

ARH :

- Dr. CORVEZ Alain, directeur
- M. GIRAUDON Michel, médecin conseil, DRSM-CNAMTS
- Dr. RAZES Claude, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS
- M. VALETTE Gérard, secrétaire général

Clinique Mutualiste Beau Soleil :

- Mme BENZAID Lania, secrétaire
- M. BERNAT Alain, directeur
- M. BOUDON Joseph, représentant des usagers
- Dr. CAPORICCIO André, chirurgien, président du CRUQ
- Dr. GIORDAN Jacques, chirurgien, président de la CME de 1982 à 2004
- M. HERAUD Yves, représentant des usagers
- Mme SALVAGNAC Danièle, représentante des usagers
- M. TANDON Olivier, contrôleur de gestion

Clinique du Millénaire :

- Mme BOITARD Camille, stagiaire
- M. CARTAUT Jean-Pierre, représentant des usagers (CISS)
- Mme LERICHE Annie-Claude, représentante des usagers
- Mme MARCINKOWSKI Christelle, directrice de la clinique « La Pergola », clinique psychiatrique
- M. MOUCHARD Jean-Dominique, directeur de la clinique du Millénaire
- M. STOBINSKY Dominique, directeur de la clinique « Fontfroide », clinique de SSR
- Mme TIQUET Agnès, attachée de direction groupe « OC Santé »

Région Rhône-Alpes :

ARH :

- M. BONNET, directeur
- M. VANDERBERGH, secrétaire général

CHU de Grenoble :

- Mme BERTRAND, cadre de santé
- Mme COLLARD, représentante des usagers
- M. DEBEAUPUIS Jean, directeur général
- Mme DUMETZ, cadre de santé
- Mme DUTOUR, cadre de santé
- Pr. FRANCOIS, chef du service
- M. HENRY, représentant des usagers
- Pr. JUVIN, chef du service de rhumatologie, membre de la CME
- Dr. LABARERE, praticien hospitalier, statisticien
- Mme LOMBARD, cadre de santé
- Mme PIOCH, directrice de la qualité et des usagers, et directrice de la communication
- Mme REBUFFET, cadre de santé
- Mme SAINT SULPICE, cadre de santé
- Mme VANHESSCHE, cadre de santé
- Mme VINCENT, cadre de santé
- M. VITTOZ, statisticien

Hospices Civils de Lyon (HCL) :

- Mme BESSY Patricia, conseillère qualité du Groupement Hospitalier Est
- Mme BRET Marianne, infirmière
- Mme CHOLTON Geneviève, aide-soignante
- M. COLLOMBET, directeur général adjoint, président de la CRU
- Mme FOURNIER Marie-Jo, cadre supérieur du pôle d'activité de médecine
- Pr. GUERIN, président du CCM du Groupement Hospitalier Nord, chef du pôle d'activité de médecine
- Mme JUILLARD, référent réclamations et référent usagers
- M. MILLIAT Pierre, directeur adjoint à l'hôpital Edouard Herriot

CH de St Jean de Maurienne :

- Mme VINCENDET, directrice
- Mme BOUALLAG Brigitte, cadre de santé, centre de rééducation fonctionnelle
- Dr. FRONTEAU Pierre, P.H. gériatrie, membre de la CRUQ
- Mme LAFFITE-RIGAUD Pascale, cadre de santé
- Mme MOLLARD Martine, représentant des usagers à la CRUQ et au CA
- M. MORLANT Jean Marie, représentant des usagers à la CRUQ et au CA
- Mme PLAN Michelle, directrice des soins infirmiers et médico-techniques
- Mme VINCENDET Chantal, directrice

Clinique du Val d'Ouest :

- Mme IMBERT, directrice des soins
- M. PELLEGRIN, représentant des usagers
- M. VARICHON, directeur général

Annexe 8

Sigles utilisés

- **ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- **CCECQA** : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CISS** : Collectif inter-associatif sur la santé
- **CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- **COMPAQH** : Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CRAM** : Caisse régionale d'assurance maladie
- **CRUQ** : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité des prises en charge
- **DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- **DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **DREES** : Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Etudes Statistiques
- **FHF** : Fédération Hospitalière de France
- **FNCLCC** : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HCL** : Hospices civils de Lyon
- **ICALIN** : Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- **IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **PATH** : Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals
- **QSH** : Questionnaire de Satisfaction Hospitalière