

# L'utilisation des questionnaires de sortie, une enquête auprès de 7 centres hospitaliers

*The increased use of hospital discharge questionnaires, a study involving 7 hospital centres*

**L. Gerbaud** <sup>(1,2)</sup>, **B. Laurens-Belgacem** <sup>(1)</sup>, **S. Antoniotti** <sup>(3)</sup>,  
**P. Auquier** <sup>(3)</sup>, **P. Couturier** <sup>(4)</sup>, **P.Y. Glanddier** <sup>(1,2)</sup>

**Résumé :** La mesure de la satisfaction des patients par les hôpitaux est obligatoire en France depuis les ordonnances de 1996. L'utilisation de questionnaires de sortie est la principale méthode de mesure utilisée. Nous avons mené une enquête auprès de sept établissements publics volontaires, qui porte sur les modalités d'élaboration et d'utilisation de ces questionnaires de sortie, leurs résultats et la façon dont ces résultats sont pris en compte pour améliorer la qualité des soins. Les résultats montrent une politique d'élaboration variée, sans contrôle de la qualité métrologique des questionnaires. Le plus souvent, les questionnaires sont distribués passivement, lors de la sortie du patient. Le taux de retour est faible (entre 4 et 18 %) et l'analyse du contenu des questionnaires, quand elle est faite, n'entraîne pas de modification de la prise en charge des patients. Une mesure fonctionnelle de la satisfaction, capable d'impulser une meilleure prise en charge des patients, reste à établir dans les établissements de l'enquête.

**Summary :** *Measuring the satisfaction of hospitalised patients has been mandatory in France since 1996. The most common tool for assessing the level of satisfaction is the use of self-administered questionnaires given to the patient upon his/her release from the hospital. A survey was conducted among seven public hospitals to appraise the development and use of such questionnaires, their results and the way in which these results are taken into account in order to improve the quality of care. The survey's results illustrate that the policy with respect to their construction varies between hospitals, without any evaluation of the validity of the questionnaires produced. In most cases, the questionnaires are passively distributed to the patient at the time of discharge. The response rates are low (ranging from 4 to 18 %), and the analysis of the collected questionnaires, to the extent to which it is done, is not necessarily used to improve the quality of care. An appropriate evaluation strategy, one capable of effecting change and improving hospital care, still remains to be established in the hospitals which participated in the survey.*

**Mots clés :** hôpital - satisfaction - patients - évaluation.

**Key words :** hospital - satisfaction - patients - assessment.

(1) Service d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention, Hôtel Dieu, BP 69, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1.

(2) Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne.

(3) Laboratoire de Santé Publique, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille.

(4) Centre Hospitalier de Montluçon.

## Introduction

Initiée aux USA, dans un contexte concurrentiel [2, 12, 14, 18, 25, 26], la nécessité pour l'hôpital de mesurer la satisfaction des patients est installée dans la loi depuis les ordonnances de 1996, après une timide incitation issue de la loi de 1991 [16]. Cette nécessité rencontre le développement de politiques de qualité issues du secteur industriel pour lesquelles l'écoute du client joue un rôle central. Avec l'avancée d'une accréditation centrée sur le patient [1], l'intérêt porté par les professionnels de santé au point de vue du « client » grandit. Cependant, la notion d'écoute du client regroupe un ensemble de stratégies plus large qu'une simple mesure de la satisfaction des patients hospitalisés [5, 11, 20, 24, 25, 26]. Elle prend en compte l'opinion, quant aux soins délivrés ; c'est-à-dire l'écart entre qualité attendue et qualité perçue ; auprès des grandes catégories de clients que sont les patients, leurs familles et les médecins qui ont adressé ces patients. Elle suppose donc une identification préalable des clients, une réflexion sur les objectifs de l'écoute et ses outils.

En France, le questionnaire de sortie reste actuellement la stratégie la plus fréquemment utilisée [3], sans que ses avantages et limites aient pour autant été étudiés. Lors d'un travail mené par le groupe « qualité centre » de la Fédération Hospitalière de France (FHF), sept établissements hospitaliers de taille très diverses, engagés dans des politiques d'amélioration continue de la qualité, ont dressé un bilan de l'utilisation de ces questionnaires de sortie au cours des cinq dernières années. Nous présentons ici les résultats de cette enquête et les enseignements qui peuvent en être tirés.

## Analyse de l'état des pratiques

L'enquête a été menée en mai 1999, auprès de sept établissements hospitaliers publics volontaires (dont un centre hospitalo-universitaire), appartenant à un groupe de travail régional sur la qualité au sein de la FHF. Elle porte sur les pratiques en termes de questionnaires de sortie. Pour ce faire, les établissements ont fait l'objet d'une enquête par questionnaire auprès des responsables qualité des différents établissements (en général un directeur d'établissement et un cadre infirmier en charge du dossier, ainsi qu'un médecin de département d'information médicale ou en charge de l'évaluation de la qualité des soins). La synthèse des réponses a été présentée et validée lors d'une réunion de l'ensemble des participants.

Le bilan dressé cherchait à connaître l'état des pratiques, depuis l'élaboration jusqu'aux modalités d'utilisation du questionnaire de sortie, à partir de ce qui avait été mené au cours des 5 années précédentes (de 1994 à 1999), sachant que tous les établissements enquêtés utilisaient des questionnaires de sortie depuis au moins cinq ans. Sept thèmes ont été explorés : les modalités d'élaboration des questionnaires, les domaines explorés et le format des questions, les modalités de distribution des questionnaires, les modalités de centralisation des questionnaires, le traitement des questionnaires et le retour d'information aux services ainsi que les modalités d'utilisation de l'information recueillie. Enfin, une dernière question visait à déterminer les procédures de soins et de prise en charge modifiées au cours des cinq dernières années, suite aux informations recueillies par les questionnaires de sortie.

Nous n'avons pas exploré d'autres facettes de l'écoute client (auprès des

familles ou des médecins ayant adressé des patients) car il est vite apparu qu'il s'agissait de pratiques peu développées, discontinues et de modalités trop diverses pour être aisément comparées. Quant à la gestion des plaintes, elle a fait l'objet d'un corpus réglementaire récent et précis. Elle était donc moins intéressante à suivre pour une étude de variation des comportements hospitaliers.

Enfin, cette enquête porte sur l'activité courante de médecine, chirurgie et obstétrique, excluant les services de psychiatrie, gériatrie, pédiatrie, urgences, hôpitaux de jour, réanimation et radiothérapie.

## Résultats

### Qui élabore le questionnaire de sortie ?

Il s'agit toujours d'un groupe de travail multidisciplinaire. Si les compositions de ce groupe de travail varient, la direction et les cadres infirmiers y sont toujours représentés. Dans cinq établissements (sur les sept) aucun médecin n'a été associé à l'élaboration du questionnaire. Dans un établissement, des usagers y ont été associés au moyen d'entretiens réalisés par des cadres infirmiers. Les deux groupes les plus diversifiés sont constitués comme suit :

- deux médecins, un infirmier général, un cadre de direction et une diététicienne et une prise en compte des entretiens avec les patients (hôpital B),
- les membres du bureau des entrées, la direction, l'infirmière générale et les cadres infirmiers (hôpital D).

### Quels sont les domaines explorés et le format des questions ?

Tous les questionnaires s'adressent aux patients hospitalisés. Certains

établissements sont en cours d'élaboration d'un questionnaire spécifique pour les consultants. Les domaines explorés varient d'un établissement à l'autre (tableau I). Quatre thèmes dominent : l'accueil (ou attente), les soins, l'information donnée et les prestations hôtelières (repas, chambre). Les modalités de réponse sont variées. Lorsqu'il s'agit de questions fermées, on trouve des métriques paires (deux ou quatre modalités de réponse) comme des métriques impaires (trois ou cinq modalités de réponse) qui permettent alors une expression médiane. Dans aucun établissement, le questionnaire de sortie n'a fait l'objet d'un test de ses propriétés métrologiques.

### Comment le questionnaire est-il distribué aux patients ?

Dans six établissements, le questionnaire est intégré au livret d'accueil dont une fois sous forme de dépliant détachable et pré-affranchi. Dans un établissement, il s'agit d'un document séparé. Le questionnaire est remis en règle générale au patient dans l'unité de soins. Dans un établissement, c'est expressément la surveillante qui remet le questionnaire au patient ; dans un autre établissement, il peut être indifféremment remis par le bureau des entrées ou dans le service. Dans un établissement, le questionnaire est donné au patient accompagné d'une enveloppe pour un envoi postal éventuel et il est prévu qu'une enveloppe pré-affranchie soit remise prochainement au patient. Enfin, un établissement s'oriente vers une enquête par courrier, à domicile, avec relance, auprès d'un échantillon représentatif de patients.

Certains cadres infirmiers interrogés disent profiter du moment de la remise du questionnaire pour suggérer au

**Tableau I : Contenu des différents questionnaires de sortie**

Établissement	Domaines explorés	Modalités de réponse	Questions ouvertes	Exclusions	Projet d'outil
<b>A</b>	Accueil, soins, information sur le séjour, prise en charge de la douleur	– Très satisfait – Satisfait – Moyen – Médiocre	Quatre	Un questionnaire par séjour (même si le malade fait plusieurs services)	– les services ayant peu de sorties, – les consultations, – la dialyse.
<b>B</b>	Attente soins information. Prestations hôtelières	– Très satisfait – Satisfait – Peu satisfait – Insatisfait	Deux		
<b>C</b>	Douze questions fermées	– Très satisfait – Satisfait – Moyennement satisfait – Peu satisfait – Mécontent	Un verso pour les critiques et suggestions	– gériatrie, – hôpital de jour	– les consultations
<b>D</b>	Accueil, informations, soins, autres prestations, séjour, repas, sortie	– Très satisfait – Satisfait – Peu satisfait – Non satisfait	Une		– les consultations
<b>E</b>	Accueil, séjour, soins, informations	– Satisfait – Moyennement satisfait – Peu satisfait		– long séjour, – psychiatrie,	– les consultations, – les urgences.
<b>F</b>	Accueil, qualité des soins, qualité des repas, propreté de la chambre		Une zone libre		– divers thèmes
<b>G</b>	Accueil, information, soins, séjour, appréciation globale	– Oui – Non		Questionnaires spécifiques pour : – les urgences, – la radiothérapie, – la néonatalogie.	

patient la nature de certaines réponses et ainsi faire remonter à la direction de l'hôpital, via les réponses des patients, des problèmes d'organisation, de ressources humaines ou de matériels. Cette pratique a été décrite dans diverses situations. Il a également été rapporté que les cadres infirmiers ne sont pas les seuls à utiliser le questionnaire de sortie comme modalité d'information de la direction sur des problèmes propres à un service. De même, la remise du questionnaire n'est pas le seul moment utile à cette fin, la gestion des courriers de mécontentement ou de plaintes pouvant être aussi utilisée.

### Comment les questionnaires remplis sont-ils collectés ?

Le questionnaire est toujours anonyme. Dans un établissement, une rubrique permet de connaître la qualité de la personne qui remplit le questionnaire (le patient lui-même, un parent, une autre personne).

Les façons de collecter le questionnaire divergent fortement puisque l'on trouve des collectes directes auprès du patient dans l'unité de soins (par le personnel infirmier, le secrétariat ou un cadre infirmier), au bureau des entrées par le personnel (lors de l'établissement des papiers de sortie), des

systèmes de boîtes aux lettres dédiées à la collecte des questionnaires installées dans les unités de soins et des circuits de retour par la poste. Dans certains établissements, deux solutions peuvent coexister : une collecte directe dans le service et un retour de questionnaire possible par courrier par exemple.

**Comment l'information recueillie dans les questionnaires est-elle traitée et restituée aux professionnels ?**

Dans un seul établissement, les services sont formellement destinataires des questionnaires remplis. Dans

deux établissements, les services sont destinataires de tout ou partie du rapport d'exploitation des questionnaires. Cependant, même s'il est possible que certaines unités de soins prennent connaissance d'une partie des réponses des patients lors de la collecte, en général, le retour d'information aux services est faible (cf. tableau II).

**Quelle est l'utilisation de l'information recueillie ?**

*« Le rapport constitue le support de thèmes de réflexion pour l'amélioration de la qualité dans les services mais il n'y a pas de suivi de son utilisation »*

**Tableau II : Exploitation de l'information recueillie par le questionnaire de sortie**

Établissement	Lecture systématique des commentaires	Traitement des données centralisé	Rapport aux instances	Transmission aux unités de soins	Taux de retour
A		Oui, quantitatif sur les questions fermées et qualitatif sur les questions ouvertes (analyse par service)	Oui	Transmission du rapport aux services, médecins, directeurs et syndicats.	18 %
B		Oui, par la direction de la communication qui centralise les retours et réalise l'exploitation quantitative	Oui ainsi qu'au public : des posters de résultats sont affichés dans les halls.	Chaque service reçoit la partie du rapport qui le concerne, à terme chacun recevra le rapport intégral avec un code par service.	6 %
C	La surveillante transmet les questionnaires à l'infirmier général pour lecture des réponses aux questions ouvertes avant envoi à la direction des services infirmiers.	Oui, par la direction des soins infirmiers qui centralise les retours et réalise l'exploitation quantitative	Oui	Les questionnaires sont retournés à chaque unité de soins pour exploitation des réponses aux questions ouvertes.	7,5 %
D		La réflexion sur le sujet est en cours (achat d'un logiciel spécifique ?)	Projet	Projet	Non mesuré
E		Oui, par la cellule d'analyse de gestion qui réalise l'exploitation quantitative.	Oui	Non formellement organisée. La Direction communique les photocopies des très bons questionnaires.	Non mesuré
F	Lecture de tous les questionnaires par le directeur (faible nombre)	Aucun	Non	Aucune restitution aux services	Non mesuré
G		Oui, par la direction qui réalise l'exploitation quantitative.	Oui	Non formellement organisée.	4 %

*tion en termes d'actions correctives* » déclare l'établissement A qui est le seul à pouvoir formaliser l'apport du questionnaire de sortie aux politiques ou démarches qualité. Dans les autres établissements, aucune réponse ne peut être apportée à la question posée. La mention d'utilisation des questionnaires par certaines équipes apparaît dans un établissement, mais sans autre précision. L'information obtenue apparaît donc très peu utilisée et il n'y a pas de réelle politique déclinée par la direction de l'hôpital.

### **Combien de procédures sont modifiées suite aux informations recueillies dans les questionnaires sur les cinq dernières années ?**

Découlant du point précédent, la réponse est la même pour tous les établissements : aucune procédure de prise en charge des patients n'a été modifiée au cours des 5 dernières années consécutivement aux informations recueillies par les questionnaires de sortie.

## **Discussion**

L'étude des pratiques dans 7 établissements hospitaliers publics, permet de dresser un état des lieux du recours aux questionnaires de sortie comme « enquêtes clients ». Encore faut-il considérer que notre enquête n'a porté que sur des hôpitaux publics, dans un secteur géographiquement limité (régions Auvergne et Bourgogne). Des pratiques à l'échelon d'une autre région, ou dans le secteur privé, peuvent être d'une toute autre nature. Par ailleurs, il s'agit d'établissements engagés dans une démarche d'échange et de comparaison des pratiques en termes d'amélioration de la qualité des soins ; l'écoute client y est probablement plus développée qu'ailleurs. Cependant, ce bilan est

riche de plusieurs enseignements en termes de représentativité des réponses, de validité de l'information recueillie et de politique de mesure.

### **La représentativité des questionnaires**

Dans l'ensemble, le taux de retour des questionnaires de sortie sur les cinq dernières années oscille entre 4 et 18 %, lorsqu'il est mesuré. Les caractéristiques des groupes de répondants et non-répondants ne sont pas connues. Il n'existe aucune information sur la représentativité du groupe répondant par rapport à l'ensemble des hospitalisés. Compte tenu du très faible taux de retour, toute information recueillie ne peut qu'être soupçonnée de biais. Dans un établissement, le projet est d'abandonner la stratégie d'enquête généralisée, au profit d'enquêtes à domicile, par sondage et contre enquête des non-répondants, une semaine après leur sortie.

### **La validité de l'information recueillie**

Aucun des questionnaires utilisés n'a fait l'objet d'une étude des propriétés psychométriques, telles qu'habituellement faites dans ce domaine [7, 10, 15, 21, 22]. Leur seule validité potentielle est la validité de contenu, encore que les groupes de travail et leurs modes de fonctionnement soient très hétérogènes. Les questionnaires reflètent alors le point de vue de certains acteurs hospitaliers administrateurs et infirmiers, les médecins étant souvent absents de l'élaboration des questionnaires.

### **Voix des clients ou de l'institution ?**

Indépendamment des très fortes variations de contenu de ces questionnaires, le faible taux de retour permet des manipulations, qui sont

reconnues dans au moins un établissement. Les taux de réponse sont alors accrus et la nature des réponses orientée par le personnel afin de faire passer ses propres revendications (manque de matériel, de personnel, difficulté d'accès à des services centraux : cuisine, brancardage,...). Ce n'est plus la voix des patients qui est écoutée, mais celle de certains membres de l'institution.

### **La voix de tous les clients y compris ceux pour qui l'outil n'est pas adapté ?**

Nous avons vu dans le bilan que la réflexion sur les exclusions d'application du questionnaire, lorsqu'elle est menée, l'est en termes de services. Par exemple, la gériatrie et son faible taux de sorties, la dialyse et ses réadmissions multiples du même patient donnent lieu à l'exclusion du champ de l'enquête ou à l'utilisation d'un outil spécifique. Aucune réflexion n'est menée en termes d'adaptation de l'outil aux patients, par exemple ceux qui ne peuvent pas remplir le questionnaire parce qu'ils ne lisent pas le français (handicap visuel, patients étrangers, illettrisme,...) ou ceux qui ne comprennent pas le questionnaire (déficit cognitif, démence). Cette question n'est pas négligeable : lors d'études parcellaires, il a été constaté que l'utilisation de trop petits caractères interdisait une lecture correcte du questionnaire par près de 50 % des personnes âgées hospitalisées et que 25 % des patients de médecine interne et maladies infectieuses n'avaient pas les ressources cognitives nécessaires pour répondre à un questionnaire simple, même avec l'aide d'un assistant [13]. En l'absence de réflexion sur l'adéquation de l'outil aux besoins ou capacités des patients, il est fort probable que dans l'information recueillie, une partie des

questionnaires remplis soit non valide, car fournie par des personnes pour lesquelles l'outil n'est pas fait.

Il est intéressant de noter que les deux hôpitaux les plus engagés dans une politique d'écoute des clients ont, pour l'un, le taux de retour des questionnaires le plus élevé (18 %) et pour l'autre, l'un des plus bas (5 %) !

### **La voix des clients y compris lorsqu'ils sont interrogés à contre temps ?**

Réaliser une enquête auprès d'un patient lors de sa sortie peut également poser problème. De nombreuses sorties ont lieu avant la guérison, la suite du traitement ayant lieu à domicile. Dès lors, la sortie apparaît comme un moment d'opinion instable. Il est trop proche du processus de soins pour s'en faire une idée globale, moins affective et moins impulsive. L'objectif du patient est de rentrer chez lui et tous ses efforts y sont consacrés. Beaucoup d'hospitalisations sont aussi des situations de vécu de dépendance vis à vis de l'équipe soignante. Ces situations ne sont favorables ni à l'élaboration ni à l'expression d'une opinion distante vis-à-vis du processus de soins et des personnels qui les délivrent. La crainte des représailles est présente chez certains patients. Dans la mesure de la satisfaction, on considère souvent qu'un recul de 15 jours minimum par rapport à la sortie est nécessaire. Enfin, lors de l'annonce de diagnostics graves, le questionnaire de sortie peut arriver à contre temps, par exemple lors de la phase de dénégation de la maladie, de révolte ou d'abattement.

### **L'utilisation de l'information recueillie**

La faiblesse des outils utilisés est probablement la cause de la faible



diffusion des informations recueillies. En effet, l'information sur l'évolution de la satisfaction est un dossier sur lequel l'établissement doit communiquer avec les représentants des usagers (au conseil d'administration par exemple).

Par ailleurs, la comparaison entre établissements en l'état actuel des outils est poussée à son maximum possible dans tableaux I et II. Seule l'utilisation d'outils validés et ayant une base commune permettrait la comparaison des résultats et l'analyse des écarts entre établissements. Il est regrettable que la faiblesse des questionnaires de sortie utilisés actuellement ne le permette pas.

## Conclusion

### La mesure de la satisfaction

La mesure de la satisfaction doit concerner l'ensemble des stratégies qui visent à donner une représentation exacte de la satisfaction des clients, quels que soient leur nature et les objectifs de la mesure. Quatre types de clients sont susceptibles d'être concernés par les processus d'écoute client :

- Le patient hospitalisé, ou qui a été hospitalisé.
- Le médecin de ville qui a adressé le patient.
- La famille du patient, le plus souvent au sens restreint (conjoint, enfants/parents directs).
- Le patient potentiellement usager de l'établissement, traité ailleurs ou futur hospitalisé.

Plusieurs objectifs peuvent alors être attribués à une démarche d'écoute client :

- la prévention du contentieux. Dans ce cas, le lien avec la gestion

des plaintes doit alors être soigneusement étudié,

- le repérage des dysfonctionnements perçus par les patients en vue de leur maîtrise,

- le pilotage des actions d'amélioration continue de la qualité des soins, déterminées par l'institution (à partir des améliorations potentielles) afin d'y prendre en compte l'avis des patients,

- le gain de clientèle et/ou l'amélioration de la position dans le réseau de soins,

- l'anticipation des attentes des différents clients et l'étude d'impact des innovations technologiques ou organisationnelles,

- la contribution à la formation continue du personnel, qui est un objectif plus marginal. Il mérite cependant d'être cité car il est facilement atteint lorsque des démarches participatives servent à élaborer la politique d'écoute client.

Ces stratégies doivent avoir comme points communs le contrôle des biais (échantillonnage et mesure principalement), ce qui est à l'opposé des stratégies de questionnaire de sortie caractérisées par l'automatisme de l'utilisation et des modes de distribution. Deux stratégies de mesure s'opposent [4, 6, 17, 19, 20, 21] :

- le recours à des entretiens (individuels ou de groupe) nécessite une formation des personnels d'enquête et une méthodologie d'analyse des données toutes deux parfaites. Le nombre de clients enquêtés est limité, mais le matériel recueilli est le plus souvent riche ;

- le recours à des auto-questionnaires, qui peuvent être remplis à domicile, après le retour.

L'utilisation d'auto-questionnaires augmente le nombre de personnes interrogées, facilite l'analyse des don-



nées, au détriment d'une réduction d'information importante. La méthode de construction des questionnaires doit être rigoureuse [7, 10, 15, 25] comportant au moins une mise en place itérative du questionnaire, en fonction des résultats des tests des différentes versions, une mesure de la validité interne (validité de contenu, acceptabilité, discrimination, cohérence interne et validité de convergence) et de validation externe (reproductibilité, étude de la sensibilité au changement, c'est-à-dire la capacité à suivre l'évolution des patients avec leurs changements d'état et l'utilisation, ou capacité à améliorer les pratiques de soins, selon le point de vue du patient). Enfin, le mode d'administration du questionnaire (lors de la sortie, par courrier à domicile,...) et le plan d'échantillonnage doivent être mieux précisés et contrôlés.

### **Le lien avec la gestion des plaintes**

La gestion des plaintes concerne l'ensemble des procédures prévues par la loi visant à répondre aux plaintes de nature médicale ou non médicale et à gérer les rapports entre la commission de conciliation, le médecin conciliateur, les administrateurs, les personnels médicaux et para-médicaux de l'hôpital. Si le taux de plaintes n'a aucune signification immédiate (encourager les patients à écrire pour se plaindre permet d'accroître l'information sur les dysfonctions les plus criantes, un bon hôpital peut ainsi avoir un taux de plaintes « élevé »), la comparaison des structures de gestion des plaintes, des rapports validés par la commission de conciliation et des liens fonctionnels avec les services techniques, les services de soins et les personnels médicaux et paramédicaux doit permettre de différencier nettement les hôpitaux. Cette différenciation repose sur un

avis d'audit et ne peut être « synthétisée » par un score unique. La gestion des plaintes doit permettre d'identifier des risques de mécontentements, qui feront l'objet d'enquêtes spécifiques dans un second temps.

### **Recommandations**

Bien que l'utilisation de questionnaires de sortie soit ancienne, le bilan que l'on peut en tirer, à partir de notre étude, est négatif. Elle ne produit aucun changement sérieux dans la prise en charge des patients et entraîne une lassitude certaine, compte-tenu des efforts demandés (distribution, collecte, saisie, retour d'informations « que personne ne semble lire », synthèses,...). Dans le cadre du groupe de travail qualité de la « région centre » de la FHF, nous avons retenu de cette étude deux recommandations :

1) Abandonner progressivement les questionnaires de sortie au profit de mesures de la satisfaction à l'aide d'outils valides (*l'Echelle de qualité des soins* pour les hospitalisés en médecine et chirurgie [22] ou d'autres outils génériques ou spécifiques en cours de publication), étendues progressivement à l'ensemble des « clients » de l'hôpital, et du développement de politiques de gestion des plaintes, dont la comparaison reste à faire.

2) Retenir comme indicateur d'efficacité, le nombre de procédures modifiées suite aux politiques d'écoute client sur les cinq dernières années, avec comme justificatif les rapports des différentes mesures effectuées (enquêtes de satisfaction, gestion des plaintes). Ces rapports doivent comporter non seulement les conclusions et propositions de changement, mais aussi les méthodes de mesure employées, afin de juger de la qualité des décisions prises. Il est certain que

les seuls taux de retour des questionnaires de sortie et taux de plaintes (plaintes rapportées au nombre de

séjours) ne peuvent être les descripteurs de référence des politiques d'écoute client [3, 8, 9].

## BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Manuel d'accréditation*. Paris : ANAES, 1998 ; 120 p.
2. Arnetz J, Arnetz B. The Development and Application of a Patient Satisfaction Measurement System for Hospital-wide Quality Improvement. *Int J Qual Health Care* 1996 ; 8 : 555-66.
3. Baubeau D, Labram C, Derenne Y, Cong H, Delnippie F. La mesure de la satisfaction des patients dans les établissements de santé. Résultats d'une enquête nationale. *Informations Hospitalières* 1997 ; 45 : 55-66.
4. Britten N. Qualitative interview in medical research. *BMJ* 1995 ; 311 : 251-3.
5. Carr-Hill R. The Measurement of Patient Satisfaction. *J Public Health Med* 1992 ; 14 : 236-49.
6. Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparaison of three surveys. *BMJ* 1996 ; 313 : 841-4.
7. Coste J, Fermanian F, Venot A. Methodological and statistical problems in the construction of composite measurement scales : a survey of six medical and epidemiological journals. *Stat Med* 1995 ; 14 : 331-45.
8. Direction des Hôpitaux. *Proposition d'indicateurs pour le suivi de volets « qualité et sécurité » des contrats d'objectifs et de moyens*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.
9. Direction des Hôpitaux. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'État à la Santé. *Évaluation de la satisfaction des patients : document d'orientation pour les établissements de santé*. Informations hospitalières Décembre 1997 (numéro spécial).
10. Etter J, Perneger T. Validating a satisfaction questionnaire using multiple approaches : a case study. *Soc Sci Med* 1997 ; 45 : 879-85.
11. Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care : description of research domain and analysis of overall satisfaction level. *Soc Sci Med* 1988 ; 27 : 637-44.
12. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked : a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988 ; 27 : 935-9.
13. Lang T, Lombrail P, Smiejan JM, et al. Le séjour hospitalier, une opportunité pour améliorer la prévention. *Semaine des Hôpitaux* 1988 ; 64 : 476-8.
14. Locker D, Dunt D. The critical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* 1978 ; 12 : 283-92.
15. Midy F, Bejean S. Propriétés psychométriques des questionnaires de qualité de vie. Une synthèse méthodologique. *J Econ Med* 1997 ; 17 : 35-48.
16. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 1<sup>er</sup>, article L. 710-1-1 du Code de la Santé Publique. 12<sup>e</sup> Ed. Paris : Dalloz, 1997.
17. Petersen MB. Using patient satisfaction data : an ongoing dialogue to solicit feedback. *Qual Rev Bull* 1989 ; 15 : 168-71.
18. Rogers G, Smith DP. Reporting comparative results from hospital patient surveys. *Int J Qual Health Care* 1999 ; 11 : 251-9.
19. Ross C, Steward C, Sinacore J. A Comparative Study of Seven Measures of Patient Satisfaction. *Med Care* 1995 ; 33 : 392-406.
20. Rubin H. Patient evaluations of Hospital Care. A review of the Literature. *Med Care* 1990 ; 28 : S3-S9.
21. Rubin H, Ware J, Nelson E, Meterko M. The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire. *Med Care* 1990 ; 28 : S17-8.
22. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999 ; 11 : 507-16.
23. Simeoni MC, Auquier P, Gentile S. Conceptualisation et validation d'instruments de qualité de vie liée à la santé. *J Econ Med* 1999 ; 17 : 17-28.
24. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction : a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997 ; 45 : 1829-43.
25. Thompson A, Sunol R. Expectations as Determinants of Patients Satisfaction : Concepts, Theory and Evidence. *Int J Qual Health Care* 1995 ; 7 : 127-41.
26. Williams B. Patient satisfaction : a valid concept ? *Soc Sci Med* 1994 ; 38 : 509-16.