

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

MAITRISE DE LA QUALITE DANS LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES

Satisfaction des patients

Bernard Burnand, Fred Paccaud (Editeurs)

Etude financée par :

La coopération entre les hôpitaux universitaires suisses - Programme
Qualité des soins.

Citation suggérée :

Burnand B, Paccaud F, eds. Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux
universitaires: satisfaction des patients. Lausanne: Institut
universitaire de médecine sociale et préventive, 1997 (Raisons de
santé, 1).

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

	Résumé	1
	Zusammenfassung	3
1	Introduction et présentation des projets	5
	<i>Bernard Burnand, John-Paul Vader, Fred Paccaud</i>	
2	La satisfaction du patient hospitalisé - un petit guide	7
	<i>Marco Lorenzini, Yves Eggli</i>	
	Introduction	8
	2.1 Pourquoi mesurer la satisfaction du patient ?	9
	2.1.1 Les motivations externes	9
	2.1.2 Les motivations internes	11
	2.2 Le concept de satisfaction	12
	2.2.1 Vers une définition du concept	13
	2.2.2 Le concept défini par ses composantes	14
	2.2.3 Qu'est-ce que "La réaction aux aspects marquants des soins ?"	16
	2.3 Les instruments de mesure	18
	2.3.1 Le questionnaire	18
	Principaux paramètres	18
	L'orientation du questionnaire	18
	Le format des réponses	19
	La taille du questionnaire	19
	Le recueil des données	20
	2.3.2 L'entretien	20
	L'enquête par entretien	20
	L'entretien exploratoire	21
	2.4 Conclusion	22
	2.5 Bibliographie	23
3	"Satisfaction du patient hospitalisé" : Enquête exploratoire par entretien ..	27
	<i>Marco Lorenzini</i>	
	Introduction	27
	3.1 La démarche adoptée	29
	3.1.1 Description de la population	29
	3.1.2 L'approche du patient et la consigne générale de l'entretien	30
	3.1.3 Découper le texte pour le convertir en tableau	32
	3.1.4 Pourquoi convertir le texte en tableau	34

3.2	Résultats et commentaires	35
3.2.1	Remarques générales	35
3.2.2	Commentaires des résultats	37
	Le point de vue des patients	37
	De quelques opinions formulées par les patients	42
3.3	Conclusion	46
3.4	Annexe : tableaux «Analyse de contenu»	47
4	Patientenzufriedenheit - Studie Kardiologie Bern / Basel - Schlussbericht . <i>Manfred Langenegger</i>	55
4.1	Zielsetzung des Projektes	56
4.2	Methodisches Vorgehen	56
4.3	Resultate	57
5	Notfallstation und Spitalaufenthalt aus der Sicht des Patienten Eine kundenorientierte, repräsentative Erhebung	59
	<i>Wolf Langewitz, Heidemarie Weber, Marianne Zierath</i>	
5.1	Ausgangslage	60
5.2	Konsequenzen bei Nichtrealisierung	61
5.3	Untersuchungsbereich	61
5.4	Projektziele	61
5.5	Benötigte Ressourcen	61
5.6	Rahmenbedingungen	62
5.7	Projektorganisation	62
5.7.1	Steuerungsausschuss	62
5.7.2	Projektgruppe	62
5.8	Grober Terminplan für das Gesamtprojekt	62
5.9	Informationspolitik	63
5.10	Entscheidungsinstanzen	63
5.11	Litteratur	64
6	Satisfaction des patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique aigüe <i>Bernard Burnand, Karine Dupriez, Thomas Perneger, Marie-Denise Schaller, Jean-Michel Gaspoz</i>	65
	Introduction	66
6.1	Methode	66

6.2	Résultats	67
6.3	Commentaires	70
6.4	Références	70
7	Commentaires et recommandations	71
	<i>Bernard Burnand, John-Paul Vader, Fred Paccaud</i>	
7.1	Commentaires	71
7.2	Recommandations	72

Annexes

1	La mesure de la satisfaction des patients Une introduction au concept et aux modalités	75
2	La place de la satisfaction du patient. "Séminaire" 8.12.1995	85
3	Patientenzufriedenheits - Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle des Arzt-Patient-Beziehung	89
4	Qualité des soins hospitaliers et satisfaction des patients : un projet Vaud - Genève	97
5	L'HÔPITAL DE Saint-Loup / Orbe à l'écoute de ses patients	107
6	Questionnaire "Appréciation critique de votre séjour hospitalier"	109
7	Questionnaire de satisfaction du Service des Hospices cantonaux « Votre séjour à l'hôpital - votre point de vue »	113

RESUME

Dans le cadre des modifications rapides du contexte socio-économique et législatif, ainsi que des structures et modes de fonctionnement du système de santé en Suisse, il est impératif d'améliorer les dispositifs destinés à garantir la qualité des soins. Le point de vue des utilisateurs, les patients, est un élément important de l'évaluation des soins, en particulier dans le but de garantir et améliorer leur qualité. La satisfaction du patient est en soi une mesure du résultat des soins. La perspective du patient permet d'obtenir une vision plus équilibrée du système et des processus de soins. Bien plus qu'une simple mesure de la satisfaction du patient, il s'agit de «l'évaluation de la qualité des soins par le patient».

Ce projet a permis de préciser ce concept d'«évaluation de la qualité des soins par le patient», notamment grâce à une recherche étendue de littérature, à un séminaire d'un jour consacré à ce thème, et à une analyse très détaillée d'entretiens avec des patients. Les questionnaires utilisés dans les hôpitaux universitaires dans le cadre du projet indiquent en général un niveau de satisfaction comparable à ce qui est habituellement décrit. Par exemple, la moyenne d'évaluation des soins infirmiers et médicaux était proche de 80/100 chez les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde, alors que leur satisfaction des informations reçues était de 72/100. Des indications pour l'amélioration des processus de soins en cardiologie élective invasive diagnostique et interventionnelle ont pu être mises en évidence par un questionnaire développé ad hoc.

Au terme de ce projet, il est proposé de mettre en place une 'surveillance' de routine de la qualité des soins dans les hôpitaux universitaires par l'entremise de l'opinion des patients. A cette fin il est proposé d'utiliser un questionnaire validé. Quel que soit le type de questionnaire choisi, il est important d'obtenir la participation des patients; un taux de réponse élevé doit être atteint (70-80 %). Il peut s'agir d'enquêtes par téléphone ou par courrier. Un questionnaire central, court de préférence, commun à tout l'hôpital peut être au besoin complété par des questions spécifiques à une catégorie de patients (gynécologie et obstétrique, infection VIH, etc.). Le questionnaire ne doit pas être distribué à tous les patients, mais à des échantillons, par exemple 300-400 patients/an, avec une stratification par service. Au besoin, si un problème particulier est détecté, un questionnaire plus détaillé ou des interviews de patients peuvent être réalisés pour mieux comprendre et corriger le problème. A ce stade, il ne paraît pas indispensable que le même questionnaire soit utilisé par l'ensemble des services des cinq hôpitaux universitaires. En effet, l'objectif n'est pas de comparer les hôpitaux ou les services entre eux, mais de disposer d'un outil de dépistage des problèmes qui permette d'intervenir, afin d'améliorer constamment la qualité des soins. Enfin, compte tenu de leur rôle dans la recherche et le développement, ainsi que dans l'enseignement, il est important que les Hôpitaux universitaires soutiennent et intensifient leurs activités dans le domaine de qualité des soins.

ZUSAMMENFASSUNG

Die sozioökonomischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, sowie die Strukturen und Funktionsmodalitäten des schweizerischen Gesundheitssystems unterliegen raschen Aenderungen. In dieser Situation ist es unerlässlich, die Instrumente der Qualitätssicherung zu verbessern. Ein wichtiges Instrument in der Evaluation der Pflegeleistungen ist das Urteil der Patienten, insbesondere im Hinblick auf die Erhaltung und Verbesserung der Qualität. Die Zufriedenheit der Patienten ist ein direktes Mass des Pflegeerfolges. Der Einbezug der Patienten in die Evaluation ermöglicht ein ausgewogeneres Bild der Organisation und der Pflegeabläufe zu zeichnen.

Dieses Projekt hat dank einer ausführlichen Literaturrecherche, einem eintägigen Seminar und einer detaillierten Analyse von Patientengesprächen es ermöglicht, das Konzept "Beurteilung der Pflegequalität durch den Patienten" zu präzisieren. Die Auswertung der in den schweizerischen Universitätskliniken im Rahmen dieses Projektes benutzten Fragebögen weist auf ein Niveau an Zufriedenheit hin, das vergleichbar ist mit den publizierten Angaben. So gaben zum Beispiel Patienten, die mit einem Herzinfarkt hospitalisiert worden waren, für die Qualität der medizinischen Betreuung und der Pflegeleistungen einen Wert von 80/100 an, während die Qualität der erhaltenen Information mit 72/100 beurteilt wurde. Ein speziell entwickelter zusätzlicher Fragebogen hatte erlaubt, Verbesserungen der Pflege in der elektiven invasiven Kardiologie, im diagnostischen und therapeutischen Bereich, in die Wege zu leiten.

Als Schlussfolgerung wird eine routinemässige Qualitätsüberprüfung der Krankenpflege in den Universitätskrankenhäusern vorgeschlagen, die sich auf die Beurteilung durch die Patienten abstützt. Es wird empfohlen, dies mit Hilfe eines validierten Fragebogens zu tun. Unabhängig von der Art des Fragebogen muss die Zusammenarbeit mit den Patienten gesucht werden; eine Antwortquote von mindestens 70-80% ist anzustreben. Die Befragung kann telephonisch oder schriftlich durchgeführt werden. Ein zentraler Fragenkatalog, er sollte kurz sein, kann je nach Patientenkategorie mit spezifischen Fragen ergänzt werden. Der Fragebogen muss nicht an alle Patienten verteilt werden, sondern an Stichproben von zum Beispiel 300 - 400 Patienten pro Jahr. Weisst die Befragung auf ein spezielles Problem hin, so kann der Fragebogen entsprechend vervollständigt oder mit einem Interview ergänzt werden. Es ist in diesem Stadium der Arbeiten nicht unbedingt erforderlich, den gleichen Fragebogen an alle fünf Universitätskrankenhäuser zu verteilen. Es ist ja nicht das Ziel des Projektes, die Krankenhäuser untereinander zu vergleichen, sondern über ein Instrument zu verfügen, das es erlaubt, auftretende Probleme rechtzeitig zu erfassen. So kann man die notwendigen Massnahmen ergreifen und die Pflegequalität stetig verbessern. Es ist wichtig, dass die Universität-spitäler, die einen Auftrag für Lehre, Entwicklung und Forschung haben, ihre Anstrengungen in der Qualitätssicherung der Pflege aufrechterhalten oder intensivieren.

1 INTRODUCTION ET PRESENTATION DES PROJETS

Bernard Burnand, John-Paul Vader, Fred Paccaud
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Les systèmes de santé de la plupart des pays occidentaux expérimentent des changements majeurs liés à l'évolution de la médecine et des sociétés. Trois révolutions du système de santé ont été décrites aux Etats-Unis¹, mais sont aussi visibles en Europe: 1. expansion rapide de la médecine et des technologies médicales, 2. maîtrise des coûts, 3. évaluation du système et responsabilisation des partenaires. Le système de santé suisse est certainement plongé dans la seconde et dans le début de la troisième révolution. Ces modifications ont entraîné le besoin de mieux définir et maîtriser la qualité. Traditionnellement, une bonne formation, notamment une longue formation postgrade des médecins, était sensée garantir la qualité des soins médicaux. Néanmoins, consécutivement aux diverses démarches et programmes destinés à améliorer la qualité qui se sont développés dès les années cinquante dans l'industrie et les services, des applications sont apparues dans le secteur sanitaire.

L'amélioration de la qualité des soins passe par la modification des systèmes de soins². Pour cela, il est indispensable de chercher à répondre aux besoins des individus qui recourent au système². Ainsi, parmi différentes approches de la qualité, l'évaluation de la satisfaction des patients en tant que mesure du résultat d'un processus de soins s'est développée au cours des 25 dernières années. Plus récemment, le terme de satisfaction a été progressivement remplacé par celui d'évaluation de la qualité par le patient. On notera encore que la confrontation des attentes des patients à leurs réactions envers un élément du processus de prise en charge ou de soins a permis de mieux comprendre les processus de soins et de les améliorer.

L'objectif initial du projet était de préciser le concept et le cadre théorique de la 'satisfaction' du patient et d'examiner diverses modalités de mesure de la satisfaction et d'utilisation de cette information.

Une courte introduction au concept et aux modalités de la mesure de la satisfaction des patients a été préparée dans le cadre de ce projet³, dont le texte figure en annexe (Annexe 1).

En outre, une première enquête succincte de l'état de la mesure de la satisfaction des patients dans les hôpitaux universitaires a révélé que des questionnaires simples de satisfaction de type 'marketing' étaient utilisés dans les hôpitaux universitaires, mais de manière diverse (remis avec la brochure d'accueil lors de l'entrée à l'hôpital ou envoyés par poste après la sortie de l'hôpital), avec des taux de réponses variables mais parfois aussi bas que 2-3% et, ainsi, des résultats le plus souvent non utilisables et non utilisés.

Un premier projet a consisté à effectuer une revue extensive de la littérature concernant la mesure de la satisfaction du patient hospitalisé (Chapitre II). Cette revue de la littérature s'est centrée sur les articles et revues des domaines médical et des soins infirmiers traitant de la satisfaction du patient, y compris les revues spécialisées du domaine de la qualité des services de soins. Des informations ont également été recherchées dans les domaines de la sociologie et de l'anthropologie médicales, de l'économie et du marketing, ainsi que l'éthique bio-médicale. Cette revue de littérature a permis de préciser les raisons de l'intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient, le concept de la satisfaction, ainsi que les instruments de mesure

disponibles (différents types de questionnaires, entretiens) et l'indication à leur emploi. Une bibliographie complète ce chapitre.

Ce travail théorique s'est prolongé par une étude exploratoire de la qualité à l'hôpital vue par des patients hospitalisés pour des raisons très diverses (Chapitre III). Une analyse approfondie de 28 entretiens semi-structurés, enregistrés, a permis d'explorer très en détail le vécu des patients à l'hôpital et leurs réactions face aux aspects marquants des soins. La place de l'entretien dans l'évaluation de la satisfaction du patient hospitalisé est précisée.

Mesurer la satisfaction des patients et la comparer aux attentes préalablement exprimées est une manière d'examiner un processus spécifique de soins et de fournir des indications pour améliorer ce processus. Un tel projet a été réalisé successivement dans les services de cardiologie des Hôpitaux universitaires de Berne et Bâle; les informations ont été recueillies chez des patients hospitalisés électivement pour examen angiographique des artères coronaires et/ou angioplastie transluminale (Chapitre IV).

Un premier questionnaire générique d'évaluation de la qualité des soins par le patient a été utilisé dans une vaste étude de la qualité des soins fournis aux patients hospitalisés pour infarctus du myocarde ou angor instable dans les Hôpitaux universitaires de Genève et Lausanne. Il s'agit d'un questionnaire relativement court (24 questions) qui évalue le niveau de satisfaction du patient en rapport avec différentes dimensions des soins à l'hôpital (Chapitre V). Des résultats descriptifs préliminaires sont présentés.

Un autre type de questionnaire générique de la qualité vue par le patient sera utilisé dans le cadre d'un projet qui débutera prochainement à l'Hôpital universitaire de Bâle. Ce questionnaire examine si des éléments spécifiques des soins (traitement de la douleur, information fournie concernant les tests et examens effectués, etc.) ont été réalisés ou non. Ce type de questionnaire permet d'obtenir des informations directement utiles à l'amélioration des soins. Le projet est présenté au Chapitre VI.

Enfin, un séminaire d'un jour a réuni à fin 1995 des experts internationaux et des personnes intéressées par la mesure de la satisfaction des patients. Ce séminaire a permis aux participants d'acquérir des notions nouvelles, d'échanger des opinions et des informations à propos de l'évaluation de la qualité par les patients, et de prendre connaissance de différentes initiatives en cours en Suisse. Notamment, les différents volets du projet de coopération entre les hôpitaux universitaires ont ainsi pu être présentés à cette occasion. Le programme et un bref compte-rendu est fourni dans l'Annexe 2.

REFERENCES

- 1 Relman AS. Assessment and accountability: the third revolution. *N Engl J Med* 1988; 319: 1220-2.
- 2 Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996;312:619-22.
- 3 Burnand B, Lorenzini M, Vader JP, Paccaud F. La mesure de la satisfaction des patients. Une introduction au concept et aux modalités. *Cah Méd Soc (Genève)* 1995;39:281-290.

2 LA SATISFACTION DU PATIENT HOSPITALISE «UN PETIT GUIDE»

Marco Lorenzini, Yves Egli

Patient satisfaction may be considered to be one of the desired outcomes of care, even an element in health status itself. An expression of satisfaction or dissatisfaction is also the patient's judgement on the quality of care in all its aspects, but particularly as concerns the interpersonal process. By questioning patients, one can obtain information about overall satisfaction and also about satisfaction with specific attributes of the interpersonal relationship, specific components of technical care, and the outcomes of care¹.

RESUME

Ce petit guide est articulé autour de trois points principaux. Dans le premier chapitre, il est fait état des motivations historiques ayant stimulés les enquêtes de satisfaction des patients. Le deuxième chapitre met en évidence une définition «pragmatique» du concept de satisfaction. Celle-ci fournit une liste de composantes irréductibles, élaborée sur la base de recherches empiriques. Quant au troisième chapitre, il traite des principaux instruments disponibles actuellement pour le patient hospitalisé. Il y est fait état de la tendance actuelle à orienter les questionnaires vers le recueil de constats relativement précis. En effet, les évaluations associées à des questions plutôt générales donnent des résultats plus difficiles à interpréter et moins sensibles aux problèmes éventuels.

ZUSAMMENFASSUNG

Dieser kleine Leitfaden befasst sich mit drei Themen. Im ersten Kapitel wird beschrieben, aus welchen Gründen es zur Erfassung der Zufriedenheit der Patienten kam. Das zweite Kapitel enthält eine pragmatische Definition des Konzeptes der Zufriedenheit des Patienten. Angefügt ist eine Liste mit den grundlegenden Elementen solcher Befragungen, die aufgrund empirischer Studien erarbeitet wurde. Das dritte Kapitel stellt die wichtigsten Instrumente vor, die für die Befragung von Spitalpatienten heute zur Verfügung stehen. Es wird die derzeitige Tendenz erwähnt, die Erhebungen auf möglichst präzise Aussagen auszurichten. Denn Evaluationen, die auf eher allgemeinen Aussagen beruhen, ergeben nur schwer interpretierbare Resultate und sind weniger geeignet, vorhandene Probleme aufzuzeigen.

INTRODUCTION

La notion de satisfaction du patient s'inscrit dans une tendance à mieux prendre en considération le point de vue du patient. Celui-ci comprend trois aspects différents : l'évaluation du processus et des résultats des soins, ainsi que la participation à la prise de décision médicale¹¹.

La question de la satisfaction du patient est intéressante à deux titres. D'une part, on considère de plus en plus le patient comme une des sources légitimes d'évaluation de la qualité des soins. Cette idée dénote un changement de mentalité concernant le statut du patient. D'autre part, d'un point de vue méthodologique, il est important de réfléchir à la représentativité et au contenu du «point de vue des patients».

Beaucoup plus qu'une «satisfaction gadget» associée à la promotion de produits, la satisfaction du client à l'hôpital devrait reposer sur des valeurs authentiques². Ainsi on reconnaît généralement les principes moraux tels que le respect de l'autonomie et de l'intégrité des personnes ou le devoir de bienfaisance. Les valeurs ne sont cependant pas des essences éternelles. Car dans le mot «valeur» il y a d'abord le verbe «évaluer», lequel renvoie à «préférer» : ceci vaut mieux que cela. Autrement dit, les valeurs sont liées aux préférences, aux évaluations des personnes individuelles et finalement à une histoire des mentalités³. C'est pourquoi il paraît utile de s'interroger sur les motivations associées à la mesure de la satisfaction du patient (chapitre 2).

Les deux parties suivantes concernent l'aspect méthodologique. Le troisième chapitre traite de la définition du concept. La majorité des grandes enquêtes et des revues de littérature⁴⁻³⁰ concernant le sujet font état de l'absence d'un concept théorique de la satisfaction, cependant elles mettent en évidence qu'un concept empirique a progressivement pris forme. Autrement dit, les multiples enquêtes déjà réalisées ont permis de circonscrire les différentes composantes de la «satisfaction du patient». On remarque que c'est cette même démarche qui existe déjà dans d'autres domaines : «satisfaction du consommateur» et «satisfaction liée au travail».

Enfin dans le quatrième chapitre sont exposées les différentes possibilités de mesurer le phénomène ainsi que les avantages et désavantages leurs correspondant. Il s'agit de distinguer l'approche par entretien de l'enquête par questionnaire.

Les trois parties constitutives du guide s'efforcent ainsi de répondre aux trois questions suivantes :

- Pourquoi mesurer la «satisfaction du patient hospitalisé» ?
- Qu'est-ce que la «satisfaction du patient hospitalisé» ?
- Comment mesurer la «satisfaction du patient hospitalisé» ?

2.1 POURQUOI MESURER LA SATISFACTION DU PATIENT ?

In principle, if the perspective of the patient were to be given more importance, this would help to counteract the medical hegemony. The dominant political theme in the United Kingdom, however, has been the emphasis placed on consumer sovereignty; health care provision is expected to be shaped by (potential) patient's demands and preferences⁵.

Les années 90 introduisent un changement de terminologie : on parle plus volontiers du «point de vue du patient»³¹ que de la satisfaction de celui-ci, dans la mesure où sa satisfaction n'est qu'un des éléments recherchés. Ce changement coïncide avec l'évolution contemporaine du «rôle du malade»³² que nous allons esquisser de manière à faire ressortir deux types de motivations.

Les «motivations externes» regroupent différents aspects d'une pression publique dont on peut dater l'émergence. Dans les années 50-60, aux Etats-Unis, le monde médical fait l'objet de grandes remises en cause qui aboutissent à des plaidoyers soutenus pour le « consentement libre et éclairé » du patient. La tendance à l'effacement de la personne derrière sa maladie est soumise à de fortes controverses, un mouvement consumériste se développe et les années 70 marquent la naissance de la déclaration des droits des patients, la célèbre «bill of rights»³³³⁴.

Les «motivations internes» proviennent des professionnels de l'hôpital qui souhaitent mieux maîtriser les coûts et la qualité des soins. Les réformes de l'organisation s'orientent autour d'une démarche d'assurance qualité qui tient toujours plus compte du point de vue des patients. Il est bien évident que ces motivations internes, tout comme l'influence du mouvement consumériste, ont pris une telle importance du fait de l'existence d'un réel marché concurrentiel de la santé aux Etats-Unis, notamment.

Ces deux points de vue, partiellement complémentaires, ne sont en tout cas pas contradictoires sur le fond du problème : ils présupposent que les patients peuvent fournir une information utile et pertinente à l'amélioration des performances hospitalière³⁵.

2.1.1 Les motivations externes

Les principaux droits du patient, que l'on peut résumer par les deux idées clés suivantes : le droit à l'information et le respect de la personne, constituent les aspects les plus essentiels dont un instrument de mesure de la satisfaction doit rendre compte.

A partir des années 50-60, sur fond d'évolutions technologiques importantes et de scandales «médicaux» médiatisés, l'éthique médicale est entrée dans une phase de controverses. Le consentement libre et éclairé du patient s'est imposé notamment à la suite de scandales du type de «l'expérience de Tuskegee en Alabama»³⁶ qui consista à laisser un groupe de malades atteint de syphilis sans traitement, durant de longues années, pour le comparer à un groupe bénéficiant d'un traitement.

Un peu plus tard, des débats sont engagés pour trancher entre le «devoir de bienfaisance», principe traditionnel de l'éthique médicale, et l'«autonomie de la personne», valeur fondamentale

de l'éthique moderne occidentale. Ces débats ont introduits des transformations importantes dans le concept de rôle du malade ainsi qu'au niveau de l'appareil juridique³⁷.

A la notion de «rôle du malade», proposée dans les années 50, Parsons associe l'idée que le «bon malade» a le devoir de rechercher auprès du médecin une aide compétente et de coopérer avec lui. Cependant, dans l'optique fonctionnaliste de Parsons, les difficultés inhérentes à la coopération sont passées sous silence alors même que c'est la nature de cette coopération qui pose problème dans la tradition médicale.

Considérons par exemple les déclarations suivantes :

«En 1847, l'Association médicale américaine produit son premier Code d'éthique, dans lequel on peut lire, à propos des patients, «que leur soumission [...] aux prescriptions de leur médecin doit être immédiate et aller de soi. Ils ne doivent jamais laisser leur propre avis rudimentaire [...] influencer l'attention qu'ils prêtent à leur médecin»³⁸;

«En 1949, Portes parlait encore de : «l'opacité intellectuelle» du malade, qui n'est qu'un «jouet à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif»³⁹ et défendait toujours l'idée paternaliste forte suivant laquelle «on peut [...] assimiler le patient à un mineur et le médecin à un père ou un tuteur»³⁸.

On voit effectivement assez mal comment «l'avis rudimentaire» du patient et son «opacité intellectuelle» pourraient fournir une information pertinente pour le professionnel.

Si la souffrance du malade induit des phénomènes ambivalents⁴⁰⁻⁴¹, alternance de docilité ou confiance et de révoltes, de passivité et d'activité, la situation actuelle impose aux médecins de rompre avec le paternalisme dur des propos mentionnés. En effet, les «motivations externes» sous-jacentes aux travaux relatifs à la satisfaction du patient mettent en évidence un certain nombre de changements concernant la perception des négociations reliant le médecin-professionnel et le malade-profane. Ces changements consistent en quelque sorte à revendiquer la distinction entre - le souhait d'un recours aux professionnels - et - la soumission à l'autorité des professionnels.

Il est tout naturel de rechercher une aide auprès d'un professionnel qui est, par définition, un individu dont les compétences sont scientifiquement et socialement reconnues³². Mais cette double légitimité a trop souvent tendance à se muer en autorité morale. Autrement dit, le professionnel entend aussi déterminer le contenu et les limites du service qu'il rend à autrui. Et face à lui, le malade-profane voit dévalorisée la vision personnelle qu'il a de son problème, de même qu'est ignoré son besoin tel que lui-même le perçoit³².

Du point de vue de l'histoire des mentalités, le refus de la soumission à l'autorité morale du professionnel équivaut à une critique du paternalisme. Si l'on admet que le paternalisme est une erreur de discernement qui consiste à croire qu'une valeur A est supérieure à une valeur B, alors que ce n'est pas le cas⁴², en médecine, il consiste à placer le devoir de bienfaisance systématiquement au-dessus de l'autonomie de la personne. Cela ne signifie pas que les partisans du paternalisme recherchent l'insatisfaction de leurs patients. Mais comme l'illustrent les citations ci-dessus, pour une conception paternaliste forte, l'élaboration d'instruments visant à rendre compte du point de vue du patient serait tout à fait contradictoire. Or, les mesures de satisfaction du patient hospitalisé correspondent à l'introduction d'un point de vue du patient dans la détermination du contenu et des limites des services offerts par l'hôpital à ses patients.

Un premier aspect des «motivations externes» correspond ainsi au mouvement³⁴ de controverse qui aboutit au plaidoyer pour l'auto-détermination et ses dérivés (le respect de la personne, le consentement libre et éclairé et plus généralement le droit à l'information) et cherche à promouvoir l'importance de l'éducation et de la participation du patient.

Le second aspect des «motivations externes» est plutôt relié à l'évolution des maladies chroniques et à la naissance d'associations de malades. Une consultation de l'O.M.S. réalisée en 1980 a permis d'établir qu'aux Etats-Unis des groupes de «self-help» se sont constitués autour de deux cents maladies et handicaps les plus fréquents et qu'ils regroupent 14 à 15 millions de personnes. En Angleterre, on peut recenser environ deux cents groupes ou associations³².

Toutes les revues de littérature anglo-saxonnes⁴⁻³⁰ mentionnent l'importance de la pression consumériste et son influence sur les travaux visant à promouvoir des instruments de mesures fiables et fournissant des résultats comparables. Plus rares en France⁴³ et plus généralement dans le sud de l'«Europe du continent», des groupes de malades tendraient tout de même à se développer depuis les années 80. En France, ces groupes se sont réunis en 1981 en une Fédération nationale des usagers de la santé. Bref, les établissements sanitaires et sociaux ont tout intérêt à se mettre à l'écoute des usagers qui s'expriment aussi bien par leurs élus, leurs associations ou leurs paroles individuelles².

Quant au consumérisme médical en Suisse, il pourrait se développer étant donné la conjoncture actuelle. La situation a peu évolué depuis les années 80, bien que l'Organisation suisse des patients indique une augmentation annuelle de ces adhérents de l'ordre de la centaine, pour un total supérieur à 2000 en 1996, et que cette même année elle dispose d'un secrétariat à Lausanne⁴⁴. Cependant l'évolution pourrait s'accélérer parallèlement à la prise de conscience des citoyens⁴⁵. On notera d'ailleurs que d'autres «associations d'usagers» peuvent intervenir comme l'indique la parution du fascicule : Les cahiers noirs de l'hôpital cantonal universitaire de Genève, édité par l'association Dialogai⁴⁶.

2.1.2 Les motivations internes

Les années 80 coïncident avec le développement d'instruments mesurant le point de vue du patient quant aux résultats des soins («The modern outcomes movement»)³⁴. Et l'évaluation des résultats des soins s'intègre dans la question toujours plus importante de l'amélioration de la performance. Or, les réflexions concernant la performance dans les soins s'inspirent de concepts et de méthodes développés dans d'autres domaines, tels le «total quality management» et le «continuous quality improvement»³⁵, lesquels intègrent toujours la question de la satisfaction du client.

Pour situer rapidement la satisfaction du client au sein d'une démarche de contrôle de qualité, on peut rappeler que le terme «contrôle» doit être pris au sens anglo-saxon du terme. Il s'agit moins d'une inspection d'origine hiérarchique, que de la maîtrise d'un processus et, par conséquent, de la maîtrise de la qualité d'un produit⁴⁷. Dans le contexte de l'hôpital, on parle alors de processus des soins, étant entendu que l'on entend généralement par processus : l'ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants.

La question de la satisfaction du consommateur fait partie intégrante de la démarche du contrôle de qualité qui consiste en «un système d'organisation permettant d'intégrer ensemble les efforts de développement, de maintien et d'amélioration de la qualité, réalisés par des groupes différents dans l'entreprise, afin de s'assurer que les études, la commercialisation, la fabrication

et le service client soient effectués au niveau de coût le moins élevé tout en permettant la satisfaction entière de la clientèle»⁴⁷.

Il est bien évident que l'expression «satisfaction entière de la clientèle» est extrême. Dans les faits, il s'agit surtout pour l'entreprise de connaître plus en détails, pour une clientèle donnée, les aspects les plus recherchés d'un produit. L'intérêt étant de limiter les coûts qu'occasionnerait le développement d'aspects peu ou pas recherchés, donc inutiles, car sans influence positive sur la décision d'achat.

Qu'en est-il de la satisfaction du consommateur à l'hôpital ? L'approche centrée sur le patient peut-elle être synonyme d'approche centrée sur le consommateur ? Dans le domaine de la santé, l'orientation centrée sur l'utilisateur suppose une recherche du meilleur pour le patient sans que cela ne signifie réaliser tous les désirs de celui-ci⁴⁸. L'essentiel est d'admettre qu'une personne puisse rechercher de l'aide auprès d'un professionnel sans devoir se soumettre entièrement à son avis. Autrement dit, celui qui a les compétences pour fournir une aide doit tout de même tenir compte des vœux et désirs de celui qui a besoin d'aide. Il faut sans cesse se rappeler que dans le domaine des soins hospitaliers, bien que le traitement concerne principalement la maladie, les éléments entrants et sortants du processus sont les patients. C'est bien pourquoi l'enjeu éthique, pris en son sens étymologique : la recherche d'une bonne «manière d'être», prend un relief particulier pour la question de la satisfaction du patient.

Les bénéfices des «bonnes manières d'être» ne se limitent cependant pas à la satisfaction des patients. Différentes enquêtes^{49,50,11} ont mis en évidence d'autres impacts positifs des attitudes plus ouvertes à la négociation et moins directives. Le changement fréquent de médecins, les interruptions de traitement et les rendez-vous sans grands motifs diminuent de manière significative en fonction de la satisfaction du patient. La même remarque peut être faite pour la question de l'observance des recommandations médicales malgré que l'association entre insatisfaction et non-observance ne soit pas consistante dans toutes les études faites à ce sujet¹¹. Et bien que ces enquêtes ne concernent pas directement le cas des patients hospitalisés, on peut vraisemblablement admettre que ces informations gardent leur pertinence dans ce cas.

2.2 LE CONCEPT DE SATISFACTION

Human satisfaction is a complex concept that is related to a number of factors including life style, past experiences, future expectations and the values of both individual and society⁵.

Mesurer la satisfaction des patients suppose une connaissance plus précise de ce qui est perçu et évalué par le patient. Dans ce domaine particulier, la démarche est empirique, c'est une réflexion tenant compte des résultats d'enquêtes diverses qui permettent d'élaborer progressivement un concept empirique, c'est-à-dire une liste finie de composantes indépendantes et représentatives du phénomène.

2.2.1 Vers une définition du concept

Il est toujours possible de partir de la définition du terme «satisfaction» : «sentiment de bien-être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable» (Le Petit Robert).

Ainsi l'expérience vécue de satisfaction rend compte de deux aspects de l'expérience : un aspect statique, «sentiment de bien-être» et un aspect dynamique qui précise que l'état de bien-être résulte d'un processus : «l'accomplissement de ce qu'on attend».

A partir de là, et d'un point de vue psychométrique, c'est-à-dire dans l'optique de mesurer un phénomène psychologique, il est possible de spécifier cette définition pour pouvoir la traiter. On peut, en effet, construire un questionnaire permettant de capter le «sentiment de bien-être» par le moyen d'échelles d'évaluation ou d'autres formats de réponses associés à des items représentatifs de l'objet dont il est question.

La démarche est empirique, elle consiste à dénombrer les composantes représentatives et pertinentes de la satisfaction du patient⁵¹.

Une telle démarche existe déjà dans d'autres domaines. Dans le marketing, l'objectif le plus approprié consiste à maximiser la *satisfaction* conçue comme l'étape finale souhaitée du processus d'achat⁵². Elle constitue l'évaluation associée à l'acte de consommation, et fournit des indications sur les désirs changeants des consommateurs. Elle s'intègre ainsi aux informations nécessaires au réajustement de l'offre. La notion de satisfaction n'est donc pas autre chose qu'un certain état psychologique de l'individu mesuré au moyen d'échelles d'évaluation (de type : excellent à mauvais en 5 ou 6 points) associées à chacun des items constituant un questionnaire. Par conséquent, la pertinence de la mesure de satisfaction dépend du choix des composantes et des items évalués.

On retrouve cette même signification dans le domaine des recherches concernant la «satisfaction liée au travail»⁵³. L'idée d'évaluation correspondant à un certain état de contentement des individus à l'égard d'un «objet» donné apparaît clairement dans ces propos de Bernoux : «[...] les questionnaires sur la satisfaction commencent à être utilisés comme instruments de diagnostic sur des problèmes précis du genre : détecter les nouveaux problèmes qui font question dans un atelier, évaluer la perception de la qualité de vie au travail, etc. On fait donc de la notion de satisfaction non pas un usage explicatif mais un instrument de connaissance et de mesure du malaise d'un groupe bien déterminé, en liaison avec d'autres instruments de mesure. A ce niveau, l'usage de la notion de satisfaction peut être utile et rendre des services, mais seulement pour connaître certains nouveaux problèmes concrets dans un lieu bien déterminé»⁵³.

Cette remarque est importante. Le «client de l'hôpital» n'est certes pas un consommateur tout à fait comme les autres. Mais la finalité de la mesure de la satisfaction des patients pourrait être la même : non pas expliquer le malaise ou le contentement du patient, mais bien détecter des problèmes à atténuer voire à éliminer.

La satisfaction d'un patient peut alors être définie comme la réaction aux aspects marquants des soins tels que la personne en a fait l'expérience¹⁸. Et plus précisément, la réaction telle qu'on peut la recueillir au moyen d'un questionnaire ou d'un entretien. Il ne s'agit donc pas de prétendre recueillir des réactions singulières, fidèles à l'expérience concrète de chaque personne. Cependant il faut combattre l'idée selon laquelle cette réaction ne consisterait qu'en une opinion subjective fondée sur des lieux communs¹⁸. Les réactions sont subjectives mais reliées à une

expérience concrète, et leur recueil dans un questionnaire permet de construire le point de vue du patient, à la différence de ceux de l'administrateur, du médecin et de tout autre professionnel de l'hôpital.

Afin de mesurer cette «réaction aux aspects marquants du séjour», il a fallu demander aux patients quels étaient ces aspects (cf. 3.2) et réfléchir à la façon de traduire le mieux possible dans un questionnaire l'idée de «réaction aux aspects marquants». Ces questions ont fait et font encore l'objet de travaux empiriques.

2.2.2 Le concept défini par ses composantes

Durant les années 70, aux Etats-Unis, des efforts importants ont été réalisés pour construire des questionnaires respectant les principaux critères psychométriques : la fidélité de l'instrument (test-retest et consistance interne, coefficient alpha de Cronbach $> 0,7$) et sa richesse (analyse factorielle).

On admet généralement que les principales précautions à prendre pour construire un questionnaire peuvent se résumer ainsi :

- s'assurer que les sous-groupes d'items sont indépendants les uns des autres, qu'ils mesurent des composantes distinctes
- s'assurer de l'association entre les sous-groupes et une autre mesure de qualité (satisfaction globale, état de santé général, etc.)
- s'assurer que sous des conditions différentes connues les scores des sous-échelles varient indépendamment et détectent les différences éventuelles
- enfin, étant donné l'absence de «mesure étalon» dans ce domaine, on peut s'assurer de la concordance entre l'évaluation des patients et des professionnels pour ces mêmes composantes de la qualité à l'hôpital⁵⁴.

Cependant, dans le domaine de la satisfaction du patient, et sans remettre en cause l'utilité des tests statistiques, on peut résumer les exigences de la démarche par les deux notions de «représentativité» et de «pertinence»⁵⁵. La conjonction de ces deux notions est orientée vers la recherche d'une information sélective pertinente. En effet, la représentativité d'un questionnaire renvoie à l'exigence de collecte d'une information complète. Quant à la pertinence, elle s'impose dans la mesure où la complétude suppose tout de même une opération de sélection des questions à poser pour obtenir cette information. On comprend alors qu'une telle démarche suppose avant tout de recueillir les opinions des patients et professionnels des différents secteurs de l'hôpital et de les traiter qualitativement, c'est-à-dire, entre autres, en tenant compte des normes existantes ou souhaitées dans un établissement donné.

Dès lors, dans la mesure où les items des questionnaires actuels de satisfaction du patient hospitalisé concernent plutôt des aspects relatifs au processus que ceux relatifs à l'«état de santé résultant», puisque ce dernier fait l'objet d'instruments indépendants, ces items doivent refléter tous les aspects importants susceptibles de «résumer» un séjour hospitalier.

En effet, à l'instar des enquêtes marketing, l'accent doit être mis sur l'étude d'un des aspects du comportement du consommateur, qui consiste à isoler les caractéristiques des produits qui jouent un rôle clé dans le jugement porté sur ces produits⁵⁶. On sait que de tous les aspects pos-

sibles présentés par un produit, certains sont en quelque sorte «plus visibles» que d'autres : on parle d'«attributs importants» du produit.

Dans le domaine de la santé, c'est à partir du travail de Ware et collaborateurs²⁷ que l'on s'est intéressé aux composantes de la satisfaction regroupant l'ensemble des «attributs importants» de la «consultation médicale».

Il faut cependant attendre la fin des années 80 pour que des travaux de grande envergure - l'élaboration du Patient Judgements System⁵⁷, à partir de 1987, qui constitue la source du «Patient judgements of hospital quality (PJHQ)»⁵⁸ et l'enquête⁸ menée dans le cadre du Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care (PPCC), en 1987-88 - rendent possibles un certain nombre de considérations générales concernant la «satisfaction du patient hospitalisé».

Considérons trois exemples de listes finies de composantes, définissant le concept empirique : un anglais ainsi que deux américains. Une liste de six composantes a été proposée par la Health Policy Advisory Unit britannique⁵ :

- Soins médicaux et informations
- Equipement
- Environnement intangible
- Nourriture
- Soins infirmiers
- Visite

Le premier exemple américain⁵⁸ met plutôt l'accent sur les phases du séjour et par conséquent mentionne explicitement les procédures d'admission et de sortie parmi les composantes. On obtient la liste suivante :

Soins infirmiers et quotidiens

- Environnement et personnel d'entretien
- Soins médicaux
- Information
- Admission
- Sortie et facturation

Il faut se souvenir que ces distinctions sont le résultat d'analyses de contenu effectuées à partir d'un matériel empirique plus ou moins riche, regroupant d'anciens travaux ainsi que des entretiens avec des patients et des professionnels. Il semble que la liste américaine soit plus complète et peut-être plus cohérente. Mais il ne faudrait pas donner trop d'importance non plus à ce niveau de généralité. Dans les faits, la qualité des questionnaires dépend surtout des items constituant les sous-échelles. Or la sélection de ceux-ci suppose de toute manière une prise en compte d'éléments de contenus plus spécifiques. Par exemple, dans le questionnaire orienté selon cette seconde liste (PJHQ), on distingue 11 «sous-composantes» pour l'admission, 10 pour les «conditions de vie», 15 pour les «soins infirmiers», 10 pour les «soins médicaux»⁵⁸.

Enfin la liste des sept dimensions proposées par Cleary et collaborateurs⁵⁹ (responsables du *PPCC*) constitue le dernier exemple :

- Respect des préférences et valeurs des patients
- Coordination des soins
- Information et éducation du patient
- Relations aux proches
- Confort physique et traitement de la douleur
- Support émotionnel
- Continuité des soins

Cette dernière liste a l'intérêt de n'indiquer que des activités : les activités à réaliser pour assurer dans les faits la prise en compte du patient en tant que personne parallèlement au traitement de la maladie. De plus, ces composantes indiquent implicitement que certaines idées reçues sont démenties par les faits : l'exemple typique concerne la nourriture «le patient sera satisfait si la nourriture est bonne». Dans les faits, la nourriture joue certes un rôle au niveau du «confort physique», mais elle ne détermine pas les variations de satisfaction du patient⁶⁰. En d'autres termes, les résultats des enquêtes montrent que la nourriture, le décor et le parking, par exemple, ont moins d'importance que la nature des pratiques et «manières d'être» directement associées au respect de la personne et à son désir d'être informée.

L'essentiel est de constater que la satisfaction est pluridimensionnelle, c'est-à-dire que le patient est sensible à une pluralité d'aspects constitutifs du séjour hospitalier.

2.2.3 Qu'est-ce que «la réaction aux aspects marquants des soins»?

Avant de considérer quelques instruments de mesure, il est nécessaire de préciser l'idée de «réaction aux aspects marquants des soins» proposée par Pascoe dans sa définition générale de la satisfaction du patient¹⁸. Dans le champ de la psychologie, il existe deux modèles concurrentiels pour se représenter l'allure générale d'une telle réaction.

Les deux modèles sont basés sur l'idée générale d'«écart à la norme». On considère généralement que la satisfaction est fonction de l'écart entre l'événement perçu et une sorte de «standard acceptable» de qualité de cet événement. Les recherches en psychosociologie mettent en évidence la possibilité de préciser ce schéma général¹⁸ :

Le premier modèle, que l'on peut appeler «modèle du contraste» s'appuie sur la dynamique induite par l'effet de contraste produit par les «dépassements» (inférieur et supérieur) du seuil. On appelle effet de contraste le phénomène d'accroissement « Brusque » de satisfaction ou d'insatisfaction. C'est pourquoi on peut comprendre par ce modèle l'impact sur la satisfaction de tous les «effets de surprise». Un patient sera très satisfait s'il a pu organiser ses temps de visite alors qu'il s'attendait à des horaires rigides. Au contraire, l'impossibilité de passer la nuit près de son enfant dans un service de pédiatrie, induit certainement une grande insatisfaction, tant des parents que de l'enfant.

Le «modèle de l'assimilation», à l'inverse, met l'accent sur ce que les psychologues appellent «la recherche de la consistance». De manière générale, c'est la tendance de chacun à éviter de se sentir en contradiction avec soi-même. Cette attitude s'ancre ainsi dans une sorte de désir de

simplicité interne, dans la soumission aux normes culturelles et dans l'évitement de l'inconfort suscité par les conflits cognitifs⁶¹.

Dans le domaine du management de la qualité, des chercheurs⁶² ont tenté de concilier ces modèles par le moyen de la distinction entre les notions d'«Attractive quality» et de «Must-Be quality». Plus précisément, ces chercheurs proposent de différencier les trois notions suivantes : «take-it-for-granted quality attributes», «expected quality attributes», et «exciting quality attributes». Kano et collaborateurs considèrent qu'en matière de qualité, du point de vue du client, les attributs qui vont de soi sont associés au registre «Must-Be quality», autrement dit, ces attributs doivent absolument exister pour rendre le produit acceptable. A ce niveau les auteurs tiennent compte du modèle de contraste et recommande d'éviter toute mauvaise surprise. A l'opposé de l'échelle, mais dans la même logique, il faut rechercher les bonnes surprises qui dépassent les attentes des clients. Le niveau des «attributs attendus» concerne une zone plus floue, mais avec le présupposé que certains attributs attendus sont moins nécessaires et que par conséquent le modèle de l'assimilation peut fonctionner.

Dans le domaine de la satisfaction du patient, des chercheurs⁶³ ont repris les idées de Kano et collaborateurs. Ils montrent qu'effectivement les mauvaises surprises ont plus d'impact sur la satisfaction que les bonnes surprises. Il faut donc les éviter à tout prix. De plus, une telle enquête permet de mieux situer les produits proposés par rapport aux trois types d'attributs de qualité : «qui vont de soi», «attendus» et «qui réjouissent». La compétence des médecins ainsi que la disponibilité de certaines technologies et équipements pour les soins relèvent des attributs de qualité qui vont de soi. Les produits qui réjouissent les patients concernent des éléments non-attendus, à l'instar de certains arrangements pour les parents et proches ou de produits plus particuliers à chaque unité de soins⁶³. Enfin, un large spectre de produits ou services est concerné par les attributs de qualité attendus, qu'il s'agisse du confort physique ou moral : de la nourriture proposée, à toutes les formes d'attention et d'égard que le personnel a vis-à-vis des patients.

Diverses enquêtes⁶⁴⁻⁶⁷ mettent en évidence que des variations de régions géographiques et même de systèmes politiques n'influencent guère les résultats de satisfaction générale des patients hospitalisés. Ce phénomène peut s'interpréter à l'aide du modèle de l'assimilation : il est en effet plus réconfortant de penser que les soins que l'on peut recevoir là où l'on vit sont bons, voire très bons. Ce phénomène n'est d'ailleurs pas contredit par des résultats semblables concernant l'absence de différences notables de satisfaction en fonction de variables sociologiques telles l'âge ou le revenu. Cependant d'autres enquêtes sont à faire à ce sujet en tenant compte encore de l'état de santé⁶⁸⁻⁶⁹.

Pour tenter de remédier à ces types de problèmes, la tendance actuelle est de promouvoir l'élaboration de questionnaires dotés de questions plus spécifiques et moins orientés vers l'évaluation³⁵.

2.3 LES INSTRUMENTS DE MESURE

Dans le domaine de la satisfaction du patient, l'instrument de mesure est par excellence le questionnaire. Les instruments de référence, pour les développements qui vont suivre, sont les deux questionnaires déjà mentionnés : *The Patient judgements of hospital quality* (PJHQ) de M. Meterko, E.C. Nelson et collaborateurs, ainsi que le questionnaire du *Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care* (PPCC) de P.D. Cleary et collaborateurs. Cependant, dans la mesure où l'entretien (entretien individuel ou «focus group») peut constituer une phase de l'élaboration d'un questionnaire ou une méthode de recueil d'information autonome il en sera aussi question dans ce chapitre.

2.3.1 Le questionnaire

2.3.1.1 Principaux paramètres

Compte tenu des principales exigences psychométriques présentées au chapitre précédent, il est possible de cerner de plus près les paramètres influençant directement la nature d'un questionnaire :

- l'orientation générale du questionnaire (vers l'évaluation (to rate), vers le constat (to report));
- le format des réponses (échelle d'évaluation ou autres échelles);
- la taille du questionnaire (le nombre d'items);
- le mode de recueil des données (envoi postal, téléphone).

2.3.1.2 L'orientation du questionnaire

D'une manière générale, on distingue aujourd'hui deux types de questionnaires dans le domaine de la satisfaction du patient hospitalisé. La distinction est basée sur une différence d'orientation des questionnaires :

- questionnaires orientés vers l'évaluation : des questions plutôt générales et une échelle d'évaluation comme format de réponse (excellent, très bien, bien, passable, mauvais). Exemple (PJHQ) :

Informations données à la sortie : vous a-t-on dit de manière claire et complète ce que vous deviez faire et à quoi vous attendre après votre sortie?

- 1 Excellent
- 2 Très bien
- 3 Bien
- 4 Passable
- 5 Mauvais

- questionnaires orientés vers le constat : des questions spécifiques⁵⁹ et des réponses en oui/non/ne sais pas, ou une échelle de fréquence (toujours, très souvent, souvent, parfois, jamais). Exemple (PPCC) :

Informations données à la sortie : Est-ce qu'on vous a dit quand vous pourriez recommencer vos activités habituelles?⁷⁰

- 1 oui
- 2 oui, plus ou moins
- 3 non
- 4 je ne sais pas

C'est donc le niveau de spécificité des questions qui distingue ces deux orientations. Il est cependant important de noter que, indépendamment de cette différence, tant le PJHQ que le PPCQ contiennent une ou plusieurs questions relatives à la satisfaction globale. Exemple typique :

Si vous deviez à nouveau être hospitalisé(e), choisiriez-vous notre hôpital?

- 1 oui, sans aucun doute
- 2 oui, probablement
- 3 non, probablement pas
- 4 non, en aucun cas

2.3.1.3 Le format des réponses

Si par définition l'échelle d'évaluation ne convient pas à des items orientés vers le constat, il existe aussi différents formats de réponses pour les items orientés vers l'évaluation. On trouve en effet trois formats possibles pour les questionnaires évaluatifs :

- l'échelle de Likert en 5 points : tout à fait d'accord ... pas du tout d'accord;
- l'échelle d'évaluation en 5 points (satisfaction directe) : très satisfait ... pas du tout satisfait;
- l'échelle d'évaluation en 5 points (satisfaction indirecte) : excellent ... mauvais.

Nous renvoyons à l'article de Ware et Hays⁷¹⁻⁷² pour le développement des arguments favorables à l'échelle d'évaluation indirecte en 5 points : c'est sur la base de ce travail que cette option a été choisie pour le PJHQ⁵⁸.

Si l'on connaît bien les arguments en faveur de la finesse de l'échelle (5 points plutôt que 2 ou 3), on peut ajouter une remarque concernant les qualificatifs reliés au 5 points dans le PJHQ : excellent, très bien, bien, passable, mauvais. L'apparent déséquilibre de l'échelle vers le positif est motivé par les résultats empiriques qui indiquent régulièrement un très fort taux de satisfaction⁶³⁻⁶⁷.

2.3.1.4 La taille du questionnaire

La taille d'un questionnaire est fonction du nombre d'items qui le constituent. Elle peut varier sans que ni la représentativité, ni la pertinence de l'instrument s'en trouvent diminuées. En effet, pour le PJHQ, dont la version pilote contenait 46 items relatifs à la satisfaction du patient, il a été possible de construire, suivant une démarche statistique et psychométrique, deux versions courtes de 24 et 14 items⁶⁰. La possibilité de réduire un questionnaire sans modifier sa pertinence peut avoir des conséquences importantes pour ce qui concerne le choix d'une stratégie d'enquête.

2.3.1.5 Le recueil des données

Concernant le recueil des données, et plus précisément la voie d'administration du questionnaire, il ne semble guère possible de trancher radicalement entre l'envoi postal et le téléphone. A l'origine, le PJHQ est élaboré pour l'envoi postal, alors que le PPCC est destiné à l'enquête téléphonique. Cependant, pour ne prendre qu'un exemple, en 1991 le University Hospital Consortium, pour des raisons de coût, a adapté le PPCC pour l'envoi postal³⁵.

Le coût devient un facteur déterminant dans la mesure où les taux de réponses des enquêtes utilisant l'envoi postal sont nettement plus importants aujourd'hui qu'il y a quelques décennies. De nombreux travaux⁷³ ont permis de mieux comprendre et par conséquent de résoudre la question du faible taux de réponses traditionnellement associé à l'envoi postal. Parallèlement aux précautions relatives à l'envoi du questionnaire (lettre d'accompagnement émanant d'une autorité légitime, enveloppe affranchie pour le retour), il est recommandé d'effectuer au minimum deux rappels, le dernier consistant à renvoyer un questionnaire. Grâce à ces précautions, on obtient des taux de réponses atteignant régulièrement 70%, voire même 80%.

2.3.2 L'entretien

Dans le cadre de ce guide, on peut rappeler la différence fondamentale qui distingue le questionnaire de l'entretien, de manière à envisager avec plus de clarté les possibilités d'utilisation de ce dernier, et par conséquent, ses avantages et inconvénients principaux.

L'entretien et le questionnaire sont tous deux des interviews⁷⁴. L'interview regroupe tous les types d'entretiens pour lesquels : l'interviewer a l'initiative de la rencontre avec l'interviewé, l'interviewer exploite les informations recueillies à des fins externes à la situation, et il n'y a aucun échange financier direct entre les deux protagonistes. Il se distingue ainsi de la notion de consultation.

Il vaut la peine de distinguer la nature des informations recueillies par ces deux instruments :

- l'entretien est un instrument privilégié pour la compréhension des comportements, c'est-à-dire qu'il a d'abord pour fonction de reconstruire le sens «subjectif», le sens vécu des comportements des acteurs sociaux;
- le questionnaire est une excellente méthode pour l'explication de la conduite, autrement dit il a pour ambition première de saisir le sens «objectif» des conduites en les croisant avec des indicateurs des déterminants sociaux⁷⁵.

2.3.2.1 L'enquête par entretien

D'une manière générale, la richesse du matériel recueilli par entretien influence directement les dimensions réalistes de ce matériel : une enquête par entretiens portant sur plus de 40 individus devient vite ingérable en un temps et avec des moyens raisonnables.

La situation idéale pour réaliser un entretien non-directif est constituée par une enquête sur un thème précis et dans une population relativement homogène. Ainsi l'entretien non-directif idéal s'articule autour d'une seule question (le thème choisi) et les interventions de l'interviewer sont limitées et orientées sur la dynamique du discours uniquement.

Cependant, la plupart des enquêtes effectuées procèdent par entretiens semi-structurés (semi-directifs). Autrement dit, plusieurs questions (ainsi que leur séquence) préparées à l'avance cons-

tituent le schéma préalable de l'entretien. Les questions sont en nombre très limités : elles ont pour but d'orienter l'interviewé vers les dimensions supposées d'un thème recherché, mais ne sont pas du même ordre que les items constituant un questionnaire.

Dans le cadre des travaux sur la satisfaction du patient, R. Fitzpatrick considère six avantages reliés à l'approche par entretiens :

- une plus grande sensibilité aux points affectant vraiment le patient;
- une plus grande flexibilité pour recenser ces points sensibles;
- plus de précisions;
- la possibilité de clarifier certaines ambiguïtés;
- une participation plus concrète de l'interviewé;
- une plus grande facilité pour suivre les refus.

Les quatre premières caractéristiques résument la richesse propre à l'enquête par entretien. En effet, l'entretien capte mieux comment les «choses» sont appréhendées par la personne, ou tout au moins comment elle s'exprime à leurs sujet : en termes de contenus, de nuances apportées aux contenus, et de justifications, jugements ou raisons associées à tel ou tel événement vécu.

L'enquête par questionnaire fonctionne selon un cadre de réponse fixé à l'avance par le spécialiste, alors que lors d'un entretien, la marge de manoeuvre de la personne interrogée relativement à la sélection de ses dires est importante. C'est pourquoi, il semble pertinent d'exploiter cette marge de manoeuvre au mieux, autrement dit, d'effectuer une enquête par entretien lorsque la finalité première est orientée vers la compréhension de la façon dont les individus perçoivent leurs propres pratiques.

Et l'on comprend aussi pourquoi les qualités de l'entretien non-directif sont exploitées dans toute phase préliminaire d'enquête par questionnaire.

2.3.2.2 L'entretien exploratoire

Dans le contexte des enquêtes de satisfaction du patient, l'usage de l'entretien ou du «focus group» correspond plutôt à un des moments de la phase préliminaire d'une enquête par questionnaire. Avec la revue de littérature et l'élaboration de la problématique, la pré-enquête par entretiens est une étape nécessaire pour parvenir à la formulation d'un questionnaire. Elle consiste à écouter ce que les acteurs sociaux disent de leurs propres pratiques afin de se familiariser avec l'objet à analyser ultérieurement. Il faut non seulement savoir comment parler aux individus, comment les interroger, mais aussi être sensible à la manière dont ils décrivent leurs activités.

Dans cette optique, qu'on le réalise avec des patients ou des professionnels, l'entretien a pour principal objectif le recensement des composantes principales du concept recherché et, pour ce qui concerne les patients plus particulièrement, le recueil des plus fréquentes expressions langagières utilisées⁷⁶.

L'entretien peut être une méthode en tant que telle. Il faut cependant tenir compte de la taille maximale de la population étudiée qui peut difficilement dépasser 40 individus. Au-delà, le coût nécessaire à l'analyse de l'information recueillie sera certainement un obstacle réel à la réalisation de l'enquête.

Par conséquent, l'emploi de l'entretien non-directif ou semi-directif peut concerner deux objectifs relativement distincts :

- en phase préliminaire d'enquête par questionnaire, afin de participer au recensement des composantes du concept et de recueillir des formulations proches de l'emploi quotidien de tout un chacun;
- de façon plus autonome, dans le but d'explorer plus en détails un nombre limité de problèmes apparus dans l'analyse des résultats d'un questionnaire ou pour obtenir des informations plus riches dans des domaines précis.

2.4 CONCLUSION

Au terme de ce guide, l'évaluation de la satisfaction du patient consiste en une information recueillie directement auprès des patients. Cette information correspond à des aspects différents de ce que tout un chacun peut vivre lors d'un séjour hospitalier. Par cette information, un établissement peut prendre connaissance du point de vue des patients concernant différents aspects du processus des soins, c'est-à-dire des aspects relatifs aux valeurs défendues par l'institution (respect de la personne, droit à l'information) ou des aspects associés à des normes de qualité des soins. Il est bien évident que le contexte socio-culturel joue un rôle très important pour ce qui concerne l'impact d'une telle évaluation sur les pratiques concrètes de l'institution.

Quant aux instruments de mesure de ce concept empirique, on peut admettre qu'il en existe deux types principaux, selon la nature des items (généraux / spécifiques) et du format de réponse choisis. Pratiquement, cette distinction a des effets au niveau de l'objectif de l'enquête. Car si le projet idéal de toute évaluation concerne l'amélioration de la qualité des services proposés, on peut distinguer différentes priorités associées aux types d'instruments.

Comme l'indique l'emploi du «Patient Viewpoint Survey⁶⁷» par le *Nashville Consulting Group Research* dans plusieurs centaines d'hôpitaux américains, les questionnaires constitués d'items généraux associés à une échelle évaluative constituent un instrument orienté d'abord vers la comparaison inter-établissement.

Par contre, l'élaboration d'un questionnaire contenant des items spécifiques a pour finalité première la mise en évidence d'éventuels problèmes précis liés au processus de soins ou plus généralement à certains aspects concrets des missions principales définies par un établissement donné. La spécificité des questions devant permettre aux professionnels concernés d'interpréter plus facilement la nature du problème.

2.5 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Donabedian A. The quality of care how can it be assessed? JAMA Special communication 1988;260(12):1743-48.
- 2 Dubois B. Le marketing management hospitalier. Paris. Berger-Levrault 1987.
- 3 Ricoeur P. Avant la loi morale : l'éthique. Encyclopédie universalis symposium: 42-45.
- 4 Calnan M. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. Soc Sci Med 1988;27(9):927-33.
- 5 Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. Journal of Public Health Measurement 1992;14(3):236-249.
- 6 Cleary PD et McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 1988;25:25-36.
- 7 Cleary PD, Keroy L, Karapanos G, McMullen W. Patient assessments of hospital care. In Special issue : patient satisfaction. Qual Rev Bull 1989;15(6):165-202.
- 8 Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M. Patients evaluate their hospital care: a national survey. Health Aff 1991:255-67.
- 9 Fitzpatrick R. Survey of patient satisfaction : I - Important general considerations II - Designing a questionnaire and conducting a survey. BMJ 1991;302.
- 10 Hall JA and Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care : description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med 1988;27(6):637-44.
- 11 Kaplan SH and Ware JE. The patient's role in health care and quality assessment. In Goldfield N and Nash DB. Providing Quality Care future challenges. Health Administration Press Ann Arbor Michigan Second Edition.1995:25-52.
- 12 Lebow JL. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. Eval Program Plann 1983;6:211-236.
- 13 Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction Soc Sci Med 1982;16:577-82.
- 14 Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction : test of five hypotheses. Soc Sci Med 1982;16:583-89.
- 15 Locker D et Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med 1978;12:283-292.
- 16 Moores B et Thompson AGH. What 1357 hospitals inpatients think about aspects of their stay in British acute hospitals. Journal of Advanced Nursing 1986;11:87-102.
- 17 Nguyen TD et al. . Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a Service Evaluation Questionnaire. Eval Program Plann 1983;6:299-314.
- 18 Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature Review and Analysis. Eval Program Plann 1983;6:185-210.
- 19 Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med 1994;39(5):655-670.

- 20 Roberts JG and Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987;22(5):637-654.
- 21 Roghmann KJ, Hengst A and Zastowny ThR. Satisfaction with medical care its measurement and relation to utilization. *Med Care* 1979;XVII(5):461-477.
- 22 Ross CK, Steward CA and Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995;33(4):392-406.
- 23 Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the united kingdom. *Qual Assur Health Care* 1992;4(3):171-77.
- 24 Strasser S and Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor Michigan Health Administration Press 1991.
- 25 Vuori H. Patient satisfaction : An attribute or indicator of the quality of care ? *Qual Rev Bull (Editorial)* 1987 March:106-8.
- 26 Ware JE and Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services *Med Care.* 1975;XIII(8):668-82.
- 27 Ware JE, Davies-Avery A, Stewart A. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev* 1978:1:1-15.
- 28 Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann* 1983;6:247-63.
- 29 Weiss BD and Senf JH. Patient satisfaction survey instrument for use in health maintenance organizations. *Med Care* 1990;28(5):434-45.
- 30 Zastowny Th. Satisfaction with medical care : replication and theoretic reevaluation. *Med Care* 1983;21:3.
- 31 Nelson EC. Developing a patient measurement system for the future. *The joint commission journal on quality improvement* 1993;19(9):368-73.
- 32 Herzlich Cl et Pierret J. *Malades d'hier malades d'aujourd'hui de la mort collective au devoir de guérison.* Paris, Payot 1991.
- 33 American Hospital Association's Patient's Bill of Right 1972.
- 34 Reiser JS. The era of the patient using the experience of illness in shaping the missions of health care. *JAMA Special communication* 1993;269(8):1012-1017.
- 35 Understanding the patient perspective a tool for improving performance. Oakbrook Terrace Ill. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1995.
- 36 Pence. *Classic Cases in Medical Ethics.* New York, McGraw-Hill Inc 1990:196.
- 37 Parsons T. *Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne dans Eléments pour une sociologie de l'action trad. de Bourricaud F.* Paris, Plon 1955:197-238.
- 38 Katz J. Le consentement éclairé doit-il rester un conte de fées dans les Actes du colloque : Le consentement éclairé du patient : comment briser le mur du silence? Institut universitaire Kurt Bösch 1993;Cahier 4 septembre:9-21.
- 39 Guillod O. *Le consentement éclairé du patient autodétermination ou paternalisme?* Neuchâtel. Ides et Calendes 1986.
- 40 Coenen-Huther J. *L'hôpital et l'oeil du patient Observation participante et théorie sociologique.* Paris. l'Harmattan 1995;Ch V:119-43.

- 41 Von Kaenel J-M (dirigé par). Souffrances corps et âme épreuves partagées. Paris. Revue AUTREMENT 1994.
- 42 Baertschi B. La valeur de la vie humaine et l'intégrité de la personne. Paris, PUF 1995:64.
- 43 Trojan A Groupes de santé : the user's movement in France 1982 ronéo. (cité dans Herzlich Cl et Pierret J. cf note 32).
- 44 «Les droits des patients vont se renforcer». Jeudi économie, Journal de Genève. Février 1996.
- 45 Jaggi Y . En Suisse comme ailleurs : des patients vraiment très patients. Annuaire de la nouvelle société helvétique. 1980;51:176.
- 46 Les cahiers noirs de l'hôpital cantonal universitaire de Genève. Genève, Dialogai Mars 1995; 28 pages (plus annexes).
- 47 Weil M. Le management la pensée les concepts les faits. Paris. Armand Colin 1994.
- 48 Donabedian A. «Interview». Qual Health Care 1993;2:42.
- 49 Ware JE and Davies RA. Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. Eval Program Plann 1983;6:291-97.
- 50 Wartman SA, Morlock LL, Malitz FE, Palm EA. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. Med Care 1983;21:9
- 51 Dickes. Psychométrie. Paris, PUF 1994.
- 52 Dubois B et Kotler Ph. Marketing management. Paris, Publi-Union 1981:15.
- 53 Bernoux Ph. La sociologie des organisations initiation théorique suivie de douze cas pratiques. Paris, Seuil 1985 (3ème éd.).
- 54 Batalden PB and Nelson EC. Hospital quality: patient, physician and employee judgements. Int J Health Care Qual Assur 1990;3(4):7-17
- 55 Guion RM. Content validity - the source of my discontent. Applied psychological measurement. 1977;1:1-10. And Teypr ML. Content-construct confusion Personnel psychology. 1977;30:47-54. In Levy-Leboyer Cl. Evaluation du personnel quelles méthodes choisir? Paris, Les éditions d'organisation 1994:62.
- 56 Pinson C et Jolibert A. Comportement du consommateur. Encyclopédie de gestion 1992:343-389.
- 57 Nelson EC, Hays RD, Larson C, Batalden PB. The patient judgement system: reliability and validity in Special issue : patient satisfaction. Qual Rev Bull 1989;15(6):165-202.
- 58 Meterko M, Nelson EC, Rubin HR. Patient Judgments of Hospital Quality Report of a pilot study. Med Care Supplement 1990;28(9).
- 59 Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD, Gerteis M, Delbanco TL. Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. Quality management in Health Care 1993;2(1):33.
- 60 Hays RD, Larson C, Nelson EC, Batalden PB. Hospital quality trends a short-form patient-based measure. Med Care 199;29(7):663.
- 61 Yserbyt V et Corneille O (sous la direction de). La persuasion Textes de base en sciences sociales. Neuchâtel et Paris. Delachaux et Niestlé 1994:27.
- 62 Kano SN, Takashi F, Tsuji S. Attractive Quality and Must-Be Quality. Methuen MA: GOAL/QPC 1984:1-12.

- 63 Nelson EC and Larson C. Patient's good and bad surprises : how do they relate to overall patient satisfaction ? *Qual Rev Bull* 1993;19:89-94.
- 64 Kurela S. The social needs of patients and their satisfaction with medical care : a survey of medical inpatients in the county hospitals of the german democratic republic. *Soc Sci Med* 1979(1971);13A:732-42.
- 65 Hsairi M et al. La qualité des soins à l'hôpital : entre la réalité et la perception des usagers résultats d'une enquête effectuée dans le grand Tunis. *Tunis Med* 1992;70(5).
- 66 Kurata J, Watanebe Y, McBride C, Kawai K and Andersen R. A comparative study of patient satisfaction with health care in japan and the united states. *Soc Sci Med* 1994;39(8):1069-1076.
- 67 Blanc T et Deschamps E. L'hôpital de St-Loup / Orbe à l'écoute de ses patients. Lausanne. Service de la santé publique du canton de Vaud et l'hôpital de zone de Saint-Loup / Orbe 1995..
- 68 Hall JA and Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care : a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990;30(7): 811-18.
- 69 Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42(7):1085-93 (inclue une bibliographie du problème).
- 70 Nelson EC et Batalden PB. Patient-based quality measurement systems. *Quality Management in Health Care* 1993;2(1):27.
- 71 Ware JE et Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26(4):393-402.
- 72 Pascoe GC, Attkisson C, Roberts ER. Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. *Eval Program Plann* 1983;6:359-71.
- 73 Day NA, Dunt DR, Day S. Maximizing response to surveys in health program evaluation at minimum cost using multiple methods. *Evaluation review* 1995;19(4):436-450.
- 74 Blanchet A, Ghiglione R. Les techniques d'enquête en sciences sociales. Paris, Dunod 1987.
- 75 De Singly F. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris, Nathan 1992.
- 76 Cleary PD, Fahs MC, McMullen W. Using patient reports to assess hospital treatment of persons with AIDS : a pilot study. *AIDS Care* 1992;4(3):325-32.

3 "SATISFACTION DU PATIENT HOSPITALISE" : ENQUETE EXPLORATOIRE PAR ENTRETIEN

Marco Lorenzini

Office de la planification et de l'évaluation, Service des Hospices cantonaux, Lausanne

INTRODUCTION

D'une manière générale, cette enquête, inscrite dans le domaine de la «satisfaction du patient», vise à répondre à deux types de questions :

- 1 comment réaliser des entretiens avec des patients hospitalisés et selon quelle finalité précise ?
- 2 comment traiter le matériel obtenu et interpréter les résultats ?

La dimension exploratoire de l'enquête nous invitait à proposer aux patients de nous raconter leurs séjours en mettant l'accent sur les faits ou événements qui auraient marqué leur attention. Un nombre limité de thèmes généraux (communication avec les médecins, les infirmières, ou d'autres personnels) ont été introduits au fil de la discussion.

Quant à la finalité de l'enquête, elle se formule plutôt en termes de «recueil du point de vue du patient» qu'en termes «d'évaluation de la satisfaction du patient». Autrement dit, il s'agissait moins d'insister sur l'évaluation associée aux «événements marquants» formulés par le patient, que de prendre connaissance d'une diversité maximale de faits perçus et vécus par le patient durant son séjour.

Pour le traitement du matériel, il nous a semblé souhaitable, tout d'abord, de pouvoir enregistrer et transcrire l'ensemble des entretiens. De ce fait, la démarche d'analyse pouvait s'ancrer dans le matériel brut et s'y reporter toujours. Ensuite, il était intéressant de pouvoir stocker le matériel analysé sur un support (type base de donnée) qui permette d'effectuer des opérations de sélection ou de regroupements de différents codes sans forcément perdre le rapport au texte de base : c'est la raison pour laquelle nous avons choisi le logiciel *Access*.

Quant à l'interprétation, elle s'articule autour de présupposés, qui ne sont pas de l'ordre d'une hypothèse à démontrer, mais se rapportent à quelques faits généraux. La différence entre le point de vue professionnel et profane¹, ainsi que l'importance de la pluralité des systèmes d'interaction (patients-personnel, patients-patients, personnel-personnel) propre au milieu hospitalier² permettent de donner un peu de relief à ce qui apparaît comme des faits très

¹ On mentionnera plus loin un exemple relatif à la satisfaction du patient tiré de l'article de J.R. Lewis : Patient views on quality care in general practice : literature review. Soc .Sci. Med., Vol. 39, No 5, 1994, pp 665-670.

² La référence la plus directe et la plus parlante pour notre enquête est le travail de J. Coenen-Huter : "L'hôpital et l'oeil du patient", In Observation participante et théorie sociologique, Paris, L'Harmattan, 1995.

particuliers au sein des entretiens (cf. exemples, Chapitre 3.3.2).

Dans le contexte des enquêtes de satisfaction du patient, l'usage de l'entretien semi-structuré (voire non-directif) ou du «focus group» concerne habituellement la phase préliminaire d'une enquête par questionnaire³. A cette finalité peut s'associer la possibilité de se faire une image plus concrète de la façon dont les patients comprennent et «hiérarchisent» certains phénomènes vécus durant leur séjour.

Dès lors l'enquête menée ne prétend pas «mesurer» la satisfaction des patients du CHUV. Ces principaux objectifs correspondent à sa nature exploratoire :

- faire l'expérience de conduire des entretiens avec des patients dans le cadre de leur séjour à l'hôpital
- recueillir du matériel concret et le plus diversifié possible relativement à la question du «point de vue du patient»
- et par conséquent, se familiariser un peu avec la façon dont les patients expriment leurs points de vue sur ce qu'ils ont perçu ou ressenti durant leur séjour hospitalier.

A propos de la relation entre l'approche par entretiens et la question de la satisfaction du patient, R. Fitzpatrick (1991) formule ainsi les sept avantages reliés à cette approche :

- sensitivity to patients' concerns
- flexibility in covering topics
- rapport
- clarification of ambiguities of items or of reasons for views
- respondent adherence
- more scope to follow up non-respondents

Les quatre premières caractéristiques résument la richesse propre à l'enquête par entretien. En effet, l'entretien capte mieux **comment** les «choses» sont appréhendées par la personne, ou tout au moins comment elle s'exprime à leurs sujet : en termes de contenus, de nuances apportées aux contenus, et de justifications, jugements ou raisons associées à tel ou tel événement vécu.

En effet, contrairement à l'enquête par questionnaire qui fonctionne selon un cadre de réponse fixé à l'avance par le spécialiste, dans l'approche par entretiens, la marge de manoeuvre de la personne interrogée relativement à la sélection de ses dires est importante. Comme le dit F. de Singly : tandis que «le questionnaire est une excellente méthode pour l'explication de la conduite ([autrement dit] il a pour ambition première de saisir le sens «objectif» des conduites en les croisant avec des indicateurs des déterminants sociaux, l'entretien est un instrument privilégié pour la compréhension des comportements ([c'est-à-dire qu' il a d'abord pour

³ Comme le rappelle F. de Singly, la pré-enquête par entretiens est une étape nécessaire pour parvenir à la formulation d'un questionnaire. Elle consiste à «écouter ce que les acteurs sociaux disent de leurs propres pratiques afin de se familiariser avec les pratiques à analyser. Il faut non seulement savoir comment parler aux individus, comment les interroger, mais aussi être sensible à la manière dont ils décrivent leurs activités», l'enquête et ses méthodes : le questionnaire, Paris, Nathan, 1992 : 33.

fonction de reconstruire le sens «subjectif», le sens vécu des comportements des acteurs sociaux); » (F. de Singly 1992 : 23 et 27).

Dans la deuxième partie de ce travail, nous aimerions, d'une part, présenter très concrètement notre approche, et d'autre part, introduire les deux tableaux (cf. fin du chapitre) orientés vers une description générale des données recueillies.

C'est dans la troisième partie que, aidés des tableaux, nous proposerons quelques points d'interprétation générale.

3.1 LA DEMARCHE ADOPTEE

3.1.1 Description de la population

Pour ce qui concerne le choix de la population étudiée (outre la contrainte de la taille⁴), le projet de recueillir des faits ou événements marquants les plus divers possibles, nous a conduit à n'avoir qu'une exigence : une population (de 20 à 30 individus) la plus variée possible du point de vue de l'âge et du sexe; de plus les personnes ont été interviewées dans différents services suivant certaines contraintes inhérentes au contexte.

Nous avons rencontré (formellement⁵) 38 personnes .

- 1 Parmi celles-ci, 6 n'ont pas souhaité subir un entretien, soit qu'elles étaient effectivement très fatiguées, soit qu'elles étaient gênées ou inintéressées d'une certaine manière. La plupart ont refusé tout en disant que leur propos pouvaient se résumer en quelques mots (par exemple : le 24.01.95, en Médecine, une femme de 1930 a déclaré : «Je peux vous le dire en trois minutes, la nourriture est bonne, le personnel est charmant, ça fait 15 jours que je suis ici pour des examens et ils ont enfin trouvé. Cet après-midi j'ai une petite intervention. A part le mal physique tout va bien».
- 2 Les 3 premiers entretiens (transcrits), réalisés fin 1994 dans le but de tester l'approche envisagée, n'ont pas été inclus dans la base de données pour les raisons suivantes :
 - le premier a été réalisé hors du contexte hospitalier et avec une personne dont le séjour hospitalisé remontait à 1987. Par conséquent, bien que l'entretien se soit révélé intéressant sur plusieurs points, sa transcription n'a pas été incorporée à l'ensemble traité
 - le second a permis de tester la difficulté d'interviewer une personne au sein de l'hôpital (dans le service d'obstétrique). Cependant, la présence du mari (souhaitée par l'infirmière) rend un peu atypique l'entretien, qui est par ailleurs peu riche (premier séjour hospitalier, personne fatiguée et timide et démarche de l'entretien encore hésitante)
 - enfin le troisième est un entretien plutôt intéressant, mais réalisé à domicile plusieurs mois après le séjour hospitalier qui, de plus, se déroula principalement à Beaumont.

⁴ On sait qu'une enquête par entretiens de plus de 40 individus devient vite ingérable. Or, en termes de représentativité pour l'ensemble du CHUV, même 40 est un nombre dérisoire.

⁵ Par rencontre formelle, nous voulons dire que la prise de contact avec le patient a été réalisée officiellement et dans le but précis de l'enquête.

- 3 Les 2 derniers entretiens (1 et 3 personnes) ont été réalisés aux mois de janvier et mars 1996 avec des parents (4 mères) d'enfants subissant un traitement contre la leucémie au CHUV. Le premier entretien n'a pas pu être enregistré selon les vœux de la personne et le second (petit focus group) doit encore être transcrit.
- 4 Pour deux patients interviewés dans le contexte hospitalier, des problèmes pratiques ont empêché de mener à bien l'enregistrement. Nous ne disposons par conséquent que de notes manuscrites pour les entretiens No 7 et 23.
- 5 Le corpus analysé, partiellement décrit dans les tableaux situés en annexe et discuté dans le chapitre consacré au résultats correspond par conséquent à 23 entretiens d'environ une demi-heure :

No Entretien	Sexe	Année de naissance	Service	Date de l'entretien
4	Homme	1920	Médecine	21.12.94
5	Homme	1947	Chirurgie	10.01.95
6	Homme	1960	Chirurgie	11.01.95
7	Homme	1962	Médecine	11.01.95
8	Femme	1968	Médecine	24.01.95
9	Homme	1966	Médecine	25.01.95
10	Femme	1969	Chirurgie	14.03.95
11	Femme	1957	Chirurgie	14.03.95
12	Femme	1937	Chirurgie	16.03.95
13	Homme	1931	Traumatologie	21.03.95
14	Homme	1967	Traumatologie	21.03.95
15	Femme	1922	Chirurgie	3.04.95
16	Femme	1923	Gynécologie	25.04.95
17	Femme	1919	Gynécologie	27.04.95
18	Femme	1959	Gynécologie	28.04.95
19	Femme	1959	Gynécologie	1.05.95
20	Femme	1960	Obstétrique	18.05.95
21	Homme	1934	Médecine	23.05.95
22	Femme	1962	Obstétrique	29.05.95
23	Femme	1961	Obstétrique	29.05.95
24	Femme	1937	Médecine	1.06.95
25	Homme	1968	Médecine	2.06.95
26	Femme	1927	Médecine	2.06.95
27	Homme	1971	Chirurgie	10.10.95
28	Homme	1929	Chirurgie	10.10.95

3.1.2 L'approche du patient et la consigne générale de l'entretien

Nous l'avons dit, le choix des patients a été fonction d'une recherche de faits ou d'événements variés correspondant à la perception du séjour par les patients. Sur la base des listes de patients, disponibles auprès de l'infirmière responsable (ICUS), des personnes parvenues en fin de séjour ont été choisies en tenant compte de l'âge et du sexe.

L'intervieweur se présente alors à la personne pour lui faire part du but de sa visite et lui proposer un entretien. La personne accepte ou pas et choisit le moment qui lui convient le mieux pour la réalisation de l'entretien.

A deux exceptions près (des patients dormaient dans un lit à côté), les entretiens ont été réalisés, soit dans la chambre du patient soit dans une autre pièce (à la convenance de la personne), mais toujours sans tiers.

Au début de chaque entretien, la consigne générale de l'entretien est répétée de manière à permettre à la personne de commencer par l'expression du ou des événements les plus marquants ou, de façon plus neutre, par une sorte de récit du séjour. Nous avons choisi un exemple⁶ (plutôt rare) où la personne nous fait part d'un événement marquant mal ressenti :

18	1	1	CS	Peut-être pour commencer on va faire qqch de très général. Moi je ne pose pas des questions sur ce qu'il vous est arrivé directement en tant que malade par contre si vous pouvez me raconter un bout de votre séjour ou bien si c'est: je ne sais pas combien de temps vous avez passé si c'est très long	501	
18	2	2	CO	ça fait une semaine maintenant	220	
18	3	1	CO	ah une semaine oui	501	
18	4	1	CS	en fait l'essentiel c'est peut-être en tant que non-professionnelle de l'hôpital et puis patiente qu'est-ce qui a marqué votre attention? qu'est-ce qui donc quand je dis marquer l'attention ça peut être des choses agréables, désagréables ou bien neutres mais qu'est-ce qui peut surprendre à un certain degré qqn qui va dans un hôpital et qui n'est pas du tout habitué à l'hôpital	501	
18	5	2	CO	alors moi ce qui m'a surpris très désagréablement d'abord parce qu'en fait je venais pour deux jours pis ça fait huit jours que je suis là	220	
18	6	1	PH	ouais	0	
18	7	2	C	ce qui veut dire que mon opération a mal tourné	223	
18	8	2	C	et psychologiquement j'y étais pas du tout préparé quoi	121	5
18	9	2	C	c'est-à-dire que j'ai été très choquée	410	
18	10	2	C	euh tout ça se retourne en fait contre mon médecin parce que je trouve qu'il y a un manque de discussion, un manque d'information qui a été la base de toute cette histoire	123	5
18	11	1	PH	mm	0	
18	12	2	C	donc là c'est déjà en fait le choc qui marque ma semaine parce que l'opération à mal tourné - de complications qui arrivent et dont j'étais pas au courant	123	5
18	13	1	PH	mm	0	
18	14	2	C	euh - ça c'est vraiment un peu la grosse tuile qui m'est tombée dessus en me réveillant de salle d'opération quoi	223	
18	15	2	C	le côté positif de la chose dans cet hôp: ici en gynécologie je trouve que ils ont vraiment une équipe super et pis toute l'équipe a su être attentionnée à cette histoire qui m'est tombée dessus quoi	153	2
18	16	1	PH	ouais	0	

Chaque enregistrement débute par la même consigne générale (CS codée 501). Avant d'en venir plus précisément à notre démarche d'analyse, disons un mot de la transcription :

⁶ Légende pour les colonnes : No 1: no de l'entretien; 2 : no de ligne; 3 : «qui parle»; 4 : aspect formel du texte; 5 : texte transcrit; 6 : contenu du texte; 7 : jugement exprimé sur les contenus.

- 1 dans un premier temps, le texte est transcrit de manière à mettre en évidence les différents tours de parole. C'est pourquoi la troisième colonne de l'exemple contient les codes (1,2) permettant de savoir «qui parle»;
- 2 par ailleurs, la décision a été prise de transcrire intégralement tous les entretiens, d'où la présence (visible dans cet exemple) des marques phatiques (codées PH, 0 contenu) qui assurent uniquement le contact avec la personne qui parle. Les interventions de l'intervieweur sont codées encore par CS (consignes ou questions) et CO (commentaire, c'est-à-dire reprises en écho ou en reformulation des propos de l'interviewé, mais sans amorcer de nouvelles questions).

3.1.3. Découper le texte pour le convertir en tableau

Si le projet général de toute analyse de contenu est facile à formuler (il s'agit évidemment de rendre compte de ce qui est dit dans un texte écrit ou oral (transcrit)), il n'y a pas de méthode unique, adaptable à tous les textes possibles, et quelque soit le but de l'enquête.

Il faut d'abord formuler deux considérations générales :

- c'est le but de l'enquête qui détermine en premier lieu, aussi bien la ligne directrice de l'entretien que le niveau d'analyse à effectuer sur un tel matériel (discours oral transcrit);
- pour progresser dans la description d'un discours, il est bon de chercher à distinguer «ce que l'on dit» et «comment on le dit»; on s'efforce ainsi de dégager, d'une part, des «contenus», et d'autre part, «des comportements discursifs»⁷.

Le but de l'enquête n'était pas principalement de demander aux personnes hospitalisées d'évaluer des faits. Il s'agissait plutôt de leur demander de raconter des événements ou de décrire des faits qui auraient marqués leur attention durant leur séjour à l'hôpital. Ainsi sont privilégiés les constats plus que les jugements évaluatifs, même si le contexte et le projet de l'enquête font que la personne hospitalisée a aussi tendance à juger les événements dont elle parle.

Quant à la possibilité de distinguer entre «contenus» et «manière d'exposer les contenus», elle suppose la délimitation d'une «unité de découpage»⁸ du texte obtenu. Les contenus ne sont pas reliés à des mots isolés, il sont produits par les unités d'ordre supérieur que sont les «phrases» produites (définie par la grammaire, par exemple Grevisse : un assemblage [...] de mots se rapportant directement ou indirectement à un verbe, base de l'ensemble)⁹. Pour Blanchet et al. : «Une proposition est constituée et contient les marques de son ancrage dans un temps, dans une activité et dans un acteur» (1991 : 42). Dans la proposition ou phrase suivante : «Disons moi je sonnais pour mettre mes bandes», nous trouvons l'activité (sonner) marquée temporellement (imparfait) et l'acteur (je : la patiente); quant à la subordonnée circonstancielle de but elle transforme la proposition simple en proposition complexe. Ainsi l'on doit traiter des

⁷ Nous reprenons la terminologie de Grize et al., *Salariés face aux nouvelles technologies, vers une approche socio-logique des représentations sociales*, Paris, d., du CNRS, 1987..

⁸ Concernant cette question, nous nous référons aux travaux de R. Ghiglione et A. Blanchet : *Analyse de contenu et contenus d'analyses*, Paris, Dunod, 1991.

⁹ Pour plus de détails sur ce point, cf. : «Les outils de l'APD, la proposition», *Analyse de contenu et contenus d'analyses*, de Ghiglione et Blanchet, pp. 38-48.

propositions simples et complexes. Cependant, l'important est que les contenus dégagés ne correspondent qu'à des propositions, voire (le plus souvent) à des «paquets» de propositions.

Considérons l'exemple¹⁰ suivant (entretien No 15) : la relation d'un événement récurrent pour la patiente interviewée (enlever et mettre ses bandes aux jambes suivant qu'elle est ou pas au lit).

Le niveau du contenu - *la patiente sonnait pour mettre ses bandes* - ne nous est utile que pour dégager le contenu qui nous intéresse¹¹, c'est-à-dire le niveau du contenu du «paquet de propositions» (lignes 97-103 et 110-111) - *Infirmière : non prise en compte des propos (ou demandes) du patient* - (codé 1001, cf. 6ème colonne). Ce contenu se dégage essentiellement de l'association entre les propositions des lignes 97 et 102 qui relient deux types d'acteurs (patiente et personnel infirmier) et deux types d'action (demander de l'aide et refuser cette aide).

On constate dans un premier temps que le refus est justifié par un ordre d'importance implicite des tâches du personnel (j'ai autre chose à faire), alors que la justification seconde (d'ailleurs vous avez qu'à garder vos bandes toutes la journée, ligne 111) introduit un autre contenu intéressant (code 154 = *Personnel : contradictions dans les consignes données*).

15	97	2	C	disons moi je sonnais pour mettre mes bandes	1001	5
15	98	2	C	parce que je devais mettre des bandes	1001	5
15	99	2	C	pis elles venaient	1001	5
15	100	2	Cr	pis vous voulez quoi (ton agressif mimé)	1001	5
15	101	2	C	je lui dis mettre mes bandes	1001	5
15	102	2	Cr	oh ben vous attendez, j'ai autre chose à faire pis ils repartent	1001	5
15	103	2	CO	ben j'attends encore jusqu'à aujourd'hui, elle est pas venue?	1001	5
15	104	1	CO	ouais	0	0
15	105	2	O	n'est-ce pas, alors vous voyez je ne sais pas si y a une jalousie entre le personnel	300	0
15	106	2	J105	parce qu'il y a du personnel très qualifié pis d'autres personnels moins	300	0
15	107	2	O	alors je crois qu'il doit y avoir un peu de -	300	0
15	108	1	CO	entre infirmières?	300	0
15	109	2	O	oui j'ai l'impression	300	0
15	110	2	C	parce que quand on demande euh :	1001	5
15	111	2	Cr	pis d'ailleurs vous avez pas besoin de? vous avez qu'à garder vos bandes toute la journée	1001	5
15	112	2	Cr	j'ai dit non puisque le physiothérapeute a dit qu'il faut : si vous vous couchez vous enlevez les	154	5
15	113	2	Cr	ah non non vous avez qu'à les laisser	154	5
15	114	2	C	pis alors pour finir on sait plus que faire, on sait plus que faire hein	154	5
15	115	2	O	je crois que y a trop de personnel d'après moi	3003	0
15	116	2	O	s'il y avait moins de personnel le personnel se donnerait plus de de -	3003	0
15	117	1	CO	de mal pour les malades?	0	0
15	118	2	O	je crois - je crois enfin je sais pas	3003	0

Par «forme» (4ème colonne), nous caractérisons premièrement, ce que Grize et al. (1987: 73) appellent «modes discursifs», c'est-à-dire «la manière dont celui qui parle expose les contenus de son discours». Les principales manières (ou modes) d'exposer les contenus sont:

¹⁰ Légende pour les colonnes : No 1: no de l'entretien; 2 : no de ligne; 3 : «qui parle»; 4 : aspect formel du texte; 5 : texte transcrit; 6 : contenu du texte; 7 : jugement exprimé sur les contenus

¹¹ On constate par cet exemple que la possibilité de délimiter l'intérêt pour un certain niveau de contenu est déterminée par le but de l'enquête.

- 1 (constatif) décrire ou constater des faits, des choses ou des événements
- 2 (projectif) anticiper l'avenir, prédire, faire des projets
- 3 (axiologique) porter un jugement sur des faits, choses ou événements
- 4 (prescriptif) donner son opinion sur quelque chose à faire ou ne pas faire
- 5 (métadiscours) parler ou commenter ce que l'on dit (ou la situation du moment).

Le mode constatif est codé par la lettre «C». L'évaluation (axiologique) par la lettre «E» et le chiffre 1 à 7 (en 7ème colonne). Car si le but de l'enquête nous portait plutôt à répertorier des constats, les jugements évaluatifs associés ont aussi été codés. Les 7 catégories (plus une pour l'absence d'évaluation) permettent de distinguer 5 degrés d'évaluation (1-5 : excellent, très bien, bien, passable et mauvais) correspondant à des propos explicites des personnes interviewées et 2 degrés (6-7 : bien, mauvais) pour d'éventuels jugements, émis par l'analyste, sur des contenus non-évalués par le patient.

Par ailleurs, le prescriptif (donner son opinion sur qqch) est codé par la lettre «O». Partiellement relié au mode prescriptif, nous avons trouvé intéressant de tenir compte d'un autre aspect inhérent à la forme. En effet, en observant les emplois des connecteurs argumentatifs («mais» et «parce que»), nous espérons dégager les tournures concessives (codée «M») et les justifications (codée «J») qui pourraient nous faire accéder un peu plus concrètement aux représentations que les patients se font de leur statut et des faits qu'ils ont perçus. Ce dernier point est cependant plus difficile à mettre en évidence et à interpréter.

3.1.4 Pourquoi convertir le texte en tableau ?

La conversion des transcriptions sous forme de tableaux est intéressante, car elle permet d'intégrer l'intégralité du corpus transcrit dans une base de données relationnelle qui facilite les travaux de révision du codage et rend surtout possible l'effectuation d'opérations de traitement des données.

Les deux tableaux «Analyse de contenu» (cf. fin du Chapitre) constituent un exemple de traitements réalisés par ce moyen :

- 1 le premier présente la liste des 140 contenus extraits de ce corpus. Pour faciliter sa lecture, le tableau ne présente que deux niveaux de «contenus» : les thèmes et les contenus. De plus, les 12 thèmes proposés sont plutôt des mots clés permettant de faire quelques distinctions générales parmi les contenus proposés.

Les chiffres associés concernent deux différents problèmes :

- NB ENTRETIENS concerne la répartition des contenus parmi les entretiens. Elle donne un indice de «fréquence» des mentions du contenu en question. Cependant, dans ce contexte, on ne peut pas faire de cette information le degré d'importance du contenu, comme nous essaierons de le montrer au niveau de l'interprétation
- NB CONTENUS concerne le nombre de lignes *access* dévolue au contenu en question dans la totalité du corpus qui représente 5500 lignes (5500 : compte tenu des lignes sans contenu (code 0) et des lignes relatives aux dires de l'intervieweur).

- 2 le second tableau présente la répartition des contenus dégagés, non plus par thèmes généraux, mais en fonction des jugements qui leur ont été attribués (*Jugements exprimés*). Cette donnée enrichit la description bien que, nous le rappelons, les contenus n'aient pas été systématiquement suivis d'un jugement. C'est la spontanéité de la relation jugement-contenu qui peut être matière à réflexion au niveau des commentaires.

3.2 RESULTATS ET COMMENTAIRES :

3.2.1 Remarques générales

Lorsqu'en introduction nous évoquions le recours à quelques faits généraux pour guider nos commentaires des dires analysés, nous pensions principalement à quelques éléments connus de la relation entre le patient (profane) et le médecin ou l'institution hospitalière (professionnel).

Au niveau plus simple de la relation singulière avec un généraliste, les divergences qui peuvent naître relativement à la perception de la qualité d'une consultation se reflètent dans les critères choisis pour évaluer cette qualité. J.R. Lewis rappelle les résultats de l'enquête de Haigh-Smith et Armstrong comparant des critères professionnel-gouvernementaux et profanes: sur 20 critères (10 prélevés dans des entretiens effectués avec des patients et 10 exprimant le point de vue professionnel-gouvernemental typique) à ordonner selon l'importance perçue, aucun des critères gouvernementaux n'a été choisi parmi les 4 plus importants pour les patients, c'est-à-dire : «having a doctor who listens; having a doctor who sorts out problems; usually seeing the same doctor; having an appointment within two days». Quant aux trois critères les moins importants pour le patient, ils sont tous «professionnels» : «health education; change doctor easily; well decorated premises».

Ces résultats, quoique relativement sans surprises, mettent bien en évidence les difficultés de la relation médecin-patient. Si toute personne espère être traitée par quelqu'un de compétent et dans les délais les plus brefs, chacun souhaite aussi pouvoir être écouté par son médecin et établir avec lui une relation de confiance. Mais l'ambivalence propre à ce souhait tient justement au fait que, par ailleurs, le profane ne tient pas particulièrement à la «health education». La communication qu'il souhaite doit plutôt être orientée vers une information facile à comprendre et qui s'inscrive dans des propos rassurants.

Or, cette relation se complexifie encore lorsque l'on passe au niveau de l'institution hospitalière. On se réjouit de venir à l'hôpital, lorsqu'on souffre, pour y être soulagé et soigné. Mais l'hôpital est aussi le lieu où l'on subit des traitements douloureux et où l'on meurt quelquefois. Ainsi on qualifie souvent l'ambivalence de la relation professionnel-profane par cette touche d'infantilisation qui peut entourer le rôle du patient. Comme le rappelle J. Coenen-Huter : «Pour institutionnalisé qu'il soit, le rôle du patient comporte des ambiguïtés que chaque patient peut exploiter à son profit. Il peut s'abandonner à l'infantilisation qui le menace ou rassembler ce qui lui reste de forces pour la refuser. C'est le refuge de la liberté humaine» (1995 : 143). Par contre, de même que pour la relation hors hôpital, la question du confort tangible («well decorated premises») n'est pas aussi importante que certains professionnels voudraient le faire croire.

Pour ce qui concerne l'hôpital, J. Coenen-Huter met en évidence deux difficultés :

- la première concerne la pluralité des systèmes d'interaction (patient-personnel, patients entre eux, personnels entre eux) regroupant la diversité des relations interpersonnelles inhérente à l'hôpital. Or, chacun des acteurs se trouvant dans deux systèmes distincts, lesquels systèmes étant fonctionnels définissent des rôles et attentes de rôles différents, un même événement peut être à la fois fonctionnel et dysfonctionnel suivant le point de vue choisi. J. Coenen-Huter montre par exemple que : «Les jeux de rôles accompagnant la visite matinale du Patron sont fonctionnels du point de vue des carrières médicales et académiques, mais dysfonctionnels ou au moins dénués de fonction dans le cadre du système patient-personnel» (1995 : 142).
- la seconde concerne les trois composantes fondant toute institution : «routinisation, régulation et protection». «La routinisation hospitalière débouche sur une véritable ritualisation. Et selon le point de vue qu'on a décidé d'adopter, on mettra l'accent sur l'élément de régulation ou l'élément de protection que comporte cette ritualisation. Pourtant, les processus régulateurs sont aussi des garde-fous protecteurs. [...] Et c'est dans les situations les moins régulées - celles où le patient est dans une phase de transition, relevant de la juridiction de plusieurs services - que les garde-fous perdent de leur efficacité, révélant le potentiel d'anomie de «l'usine à soins»» (1995 : 143).

Ces remarques, certes trop générales, sont toutefois nécessaires pour envisager un commentaire ou des faits ou événements constatés par les patients interviewés. Considérons les contenus :

- 1 attente avant les examens
- 2 le froid dans le couloir au niveau des examens
- 3 la coordination inter-services pour le support émotionnel lors de l'attente avant opération
- 4 la coordination inter-services pour le confort propreté après examen.

Tous les événements correspondant à ces contenus peuvent être reliés à des questions de coordination inter-services. Encore faut-il pour bien les apprécier, suspendre un moment son jugement de professionnel à leur propos.

En effet, ce que l'on recueille par le moyen des entretiens, ce sont des petits récits particuliers. Nous obtenons des exemples de ce qu'a vécu une personne lors de son séjour à l'hôpital. Or, si l'exemple ne dit pas le général ni ne permet pas la généralisation, il peint le possible. L'exemple des «bandes à mettre ou enlever» illustre très simplement un dysfonctionnement possible dans le déroulement des soins ou du suivi en général.

C'est pourquoi, au niveau méthodologique, les tableaux proposés sont purement descriptifs du corpus; il ne permettent pas de faire des inférences sur la base de différences quantitatives. Certains contenus isolés peuvent avoir une importance réelle du point de vue de l'exemple de problème possible qu'ils constituent.

Les commentaires des résultats concerneront deux principaux types de contenus :

- 1 les constats et jugements associés relevant du «point de vue des patients» sur leur séjour;
- 2 les opinions concernant les causes reliées aux événements et les représentations du «professionnel idéal».

3.2.2 Commentaires des résultats

3.2.2.1 Le point de vue des patients

Un point relativement peu surprenant concerne les thèmes *Amabilité du médecins, des infirmières et du personnel en général*. En effet, si l'on observe le tableau des jugements exprimés, on constate tout d'abord que ces contenus sont plus fréquemment évalués par les patients que d'autres, et surtout que les évaluations sont très bonnes. Sur les deux seules occurrences évaluées négativement, une concerne un médecin extérieur à l'établissement (cf. exemple, entretien 18).

Il semble que ce point s'intègre à l'histoire des moeurs, au sein de laquelle le «moralisme» ou plus précisément «l'autoritarisme» s'atténue quelque peu. C'est du moins l'avis¹² de certains patients qui situe le thème de - *l'amabilité* - dans une perspective temporelle :

21	2	non mais euh à présent je vous dit ils ont changé,
21	2	moi je peux le dire j'entends à ma grosseur
21	2	avant ils étaient très peu compréhensifs, ils avaient : ils nous accusaient ils nous culpabilisaient parce qu'on était gros qu'on faisait ci qu'on faisait ça,
21	2	alors qu'à présent ils se rendent compte qu'il y a des gens comme ça et que c'est très difficile de changer non je pense que avec les années ça a bien changé ça

Si les entretiens permettent d'être optimiste en ce qui concerne la qualité des relations interpersonnelles en général, la question de *l'information* est beaucoup plus complexe. On remarque dans le second tableau que les contenus - *La clarté des informations données par le médecin ou Informations, l'accès à un médecin responsable* - traversent tous les degrés de l'échelle d'évaluation. Des thèmes associés : *Le patient doit demander les résultats d'examens pour les avoir, La communication dépend des personnes* et *De quelques informations contradictoires au niveau médical*, pointent vers d'autres niveaux de problèmes perçus par les patients.

Un premier point qui ressort de cette série d'interviews concerne le désir d'être informé. La difficulté de communiquer certaines informations délicates n'est pas une tâche facile, mais il semble qu'il vaille la peine de réfléchir au mode adéquat de communiquer plutôt que de défendre une position, apparemment plus simple, arguant qu'il est plus confortable pour le patient de ne pas être trop au courant de ce qu'il doit subir. L'exemple suivant illustre une position différente :

¹² Désormais, pour alléger le texte, nous ne donnerons, des exemples présentés, que le numéro d'entretien, l'indication «qui parle» et le texte.

18	1	mm- donc en fait euh le problème de ce que vous appelez la discussion ou le manque de discussion c'était plutôt avant l'opération
18	2	c'était avant l'opération oui
18	2	moi je suis arrivée ici vraiment confiante euh
18	2	j'ai cru à ce qu'on m'a dit enfin j'ai pas essayé d'imaginer le non-dit en fait
18	1	mm
18	1	parce que vous aviez des questions à poser ou bien? vous pensez
18	2	non moi je me suis pas posé de questions
18	2	on m'a expliqué que j'allais être opérée
18	1	mm
18	2	et pis c'est tout
18	2	on m'a pas dit qu'il y avait des chances que ça puisse tourner mal
18	2	alors que ça je trouve que c'est un point : on doit avertir les gens qu'il y a de toutes façon : on rentre à l'hôpital y a, il y a ce petit truc qui fait que ça peut tourner au cauchemar en quelques secondes
18	1	mm
18	2	et pis ça moi j'en avais pas du tout du tout conscience
18	1	mm - et après c'est qqch qu'on vous a dit aussi ou bien est-ce que: bon vous avez eu la malchance j'appellerais ça comme ça ou je sais pas comment il faut l'appeler mais enfin y a un fait mais ensuite est-ce qu'après des médecins vous ont dit qu'effectivement y a
18	2	tant de pourcentage que ça arrive, ouais
18	1	oui on vous a expliqué ça après
18	2	mm j'ai eu l'explication mais après
18	2	et pis comme excuse euh on ne peut pas rentrer dans les détails de complications parce que ça prend trop de temps
18	1	mm
18	2	alors je trouve que l'excuse est un peu basse quoi on explique pas tout parce que ça prend trop de temps parce qu'on peint le diable sur la muraille
18	2	mais je crois que ce diable il existe
18	2	et pis qu'il faut avertir oui qu'il faut avertir les clients que ça existe aussi
18	1	ouais
18	2	alors psychologiquement c'est vrai que c'est des tuiles qui font qui font des dégâts, physiquement et surtout psychologiquement -

Notons cependant que cet exemple, quoique révélateur, n'est pas le fait d'un médecin de l'établissement, et que la patiente dit avoir été informée quand même par le chirurgien quelques heures avant l'opération. Mais nous tenions à illustrer la position qui semble dominante : le désir d'être bien informé¹³.

Un second exemple permet de mieux cerner différents niveaux (cf. éléments soulignés) de mécontentement relativement à la question de l'information :

¹³ cf. deuxième partie des résultats.

27	1	mais sinon dans ce qu'on vous dit c'est clair ou vous avez aussi l'impression qu'il y a beaucoup de choses que: je sais pas que ça soit dans le vocabulaire ou
27	2	ben non : ouais y en a deux ou trois mais je crois que c'est plus pour la frime pour se grandir un petit peu
27	1	mm
27	2	<u>il arrive pis il sort 18 termes à la suite on en pige pas un</u> - de toute façon on ne vous demande pas de comprendre donc ça dérange pas non plus (sourire) ouais c'est un petit peu plus pour se montrer
27	2	mais dans l'ensemble y a pas trop de problèmes à ce niveau-là
27	2	euh peut-être juste le problème justement que <u>les informations arrivent par petits bouts</u> ce qui fait qu'y a : après il faut trier parce que des fois on reçoit un bout d'info après on reçoit un autre il manque le milieu des trucs comme ça pis souvent on est pas très bien placé pour trier, on connaît pas assez
27	1	mm
27	2	non mais autrement dans l'ensemble ça va, c'est vrai que dans le feu de l'action càd les deux premiers jours c'était (mine de pénible) pour eux comme pour nous (inaudible)
27	1	mm
27	2	mais disons que les suppositions sont restées jusqu'à ce matin pour moi donc là c'est vrai que eux ne peuvent pas non plus s'avancer trop loin dans leurs affirmations donc y a des trucs ils nous font bien comprendre que c'est éventuel
27	1	mm oui c'est clair si on n'est pas sûr -
27	2	surtout dans ces cas là
27	1	mm - non non c'est vrai il ne faut pas non plus donner des fausses info. il faut pas donner à tout prix des info. si on peut être un peu sûr
27	2	bon pis là <u>ça dépend aussi des personnes qui vous les donnent</u> parce qu'y en a qui savent présenter les choses (tirades sur les vendeurs pas importante) donc y en a qui arrivent qui savent très bien expliquer, j'entends qui feront des dessins mentaux
27	1	mm
27	2	si on veut, qui utiliseront les mots que tout le monde comprend pis y en a d'autres qui vont arriver pis qui seront brouillons dans leurs explications, ça arrivent dans tout les domaines ça

Le point le plus important, en matière d'amélioration potentielle, concerne le vocabulaire utilisé. Quant à la capacité de schématiser le problème pour le profane, elle fait déjà plus appel aux capacités et aux motivations du médecin.

Un autre point relatif à l'information, certainement typique de l'hôpital universitaire, concerne la perception de la hiérarchie médicale et la légitimité de l'information reçue. Il semble que l'accès à un médecin responsable soit un sujet sensible pour les patients :

5	2	à ce sujet il me semblerait donc je sais pas au bout de dix jours qu'on puisse voir un supérieur il me semble quoi c'est-
5	1	mm c'est donc euh
5	2	qu'on voie le chef de clinique une fois qu'on puisse discuter parce que bon euh
5	2	on voit bien que c'est tous des ordres qui viennent d'en-haut
5	2	mais: ils exécutent quoi,
5	2	c'est l'assistant qui passe

Dans le domaine de l'information, nous avons constaté un propos relativement récurrent, codé : *Le patient doit demander les résultats d'examen pour les avoir*. Il semble qu'il y ait un peu de confusion autour de la question des résultats d'examen. Le patient doit-il les demander, dans ce cas il serait judicieux de bien l'informer sur son droit à demander les résultats; ou ces résultats sont-ils communiqués automatiquement, mais alors il semble qu'il y ait des oublis.

Enfin, le dernier indice expliquant les grandes variations de jugements reliés à l'information reçue se lit dans les commentaires des patients sur les stratégies utilisées (cf. éléments soulignés) pour obtenir l'information souhaitée :

10	1	et pis là vous avez le temps de lui poser les questions que vous voulez ?
10	2	euhh c'est relatif
10	1	mm
10	2	il va pas passer un quart d'heure,
10	2	ils prennent le temps oui et non,
10	2	ils vous donnent l'impression qu'ils vous laissent le temps
10	2	mais quelque part ils ont pas que ça à faire
10	1	ouais
10	2	donc euh en fait <u>moi ça allait</u>
10	2	<u>parce que je savais toujours les questions que je voulais poser</u>
10	2	de temps en temps j'en oubliais une je dis mince faudra que j'attende demain
10	2	pour ça le personnel soignant en tant qu'infirmières sont beaucoup plus disponibles
10	1	mm
10	2	bon y a peut-être d'autres priorités
10	2	mais là <u>fallait vraiment que je me dise bon il vient je dois voir ça ça ça</u>
10	2	<u>pis que je fasse un check-up plus ou moins complet -</u>

On constate que la motivation du patient et sa capacité à prévoir et «organiser» la visite médicale est un facteur important pour la qualité de la communication avec les médecins :

11	2	j'ai remarqué dans mon expérience qu'il y avait médecins et médecins,
11	2	y a ceux qui écoutent qui prennent le temps
11	2	pis y a les autres qui opèrent
11	2	qui sont très bons hein je discute pas
11	1	mm
11	2	mais qui s'occupe pas tellement de l'âme, de l'esprit et tout ça,
11	2	alors moi ça va une fois
11	2	pis <u>la deuxième fois je tape sur la table je gueule</u>
11	2	et pis après ils écoutent
11	2	c'est ce qui c'est passé là
11	2	pis ça se passe très bien maintenant
11	1	mais quand vous dites ils écoutent ça serait des choses qui sont, parallèles ou disons complémentaires
11	2	non non
11	2	c'est des questions souvent des questions que j'ai à poser
11	1	d'accord
11	2	parce que déjà cette opération c'était inédit et tout
11	2	moi <u>y a des trucs qui me viennent pas sur le moment</u>
11	2	<u>alors je les inscris</u>
11	2	et pis comme je suis qqn d'assez euh comment vous dire assez franche, directe ça me vient pas tout de suite mais je les inscris

Cette marge de manoeuvre possible du patient influence toute action qui n'est pas ou ne peut pas être bien définie. Concernant la température ou les courants d'air dans le couloir du niveau des examens (Le froid dans le couloir au niveau des examens) tel patient (entretien 4) s'en plaint mais y remédie en demandant de descendre dans son lit, alors qu'un autre (entretien 5) n'osera pas faire la même demande.

La question que l'on peut se poser est la suivante, est-ce qu'il ne serait pas possible que les patients soient avertis du problème pour qu'ils puissent prendre des précautions. On rejoint ici le problème de coordination inter-services dont nous avons parlé plus haut. Il semble que certains espaces de l'hôpital constituent des sortes de territoires frontières correspondant à des lieux de transfert de «juridiction» (pour reprendre les termes de J. Coenen-Huter) et dans lesquels l'organisation apparaît défaillante :

18	2	bon <u>dans le couloir des salles d'op. C'est pas terrible hein tout le monde nous passe à côté numéro numéro</u>
18	2	mais en salle même j'entends le contact c'est rétabli -
18	1	ouais avec donc euh l'équipe chirurgicale
18	2	voilà
18	2	mais y a une <u>coupure qui se fait dans ce corridor avant d'être: en fait entre le service et la salle d'opération</u>
18	1	mm
18	2	c'est une coupure -- comment dire c'est le moment où je crois que les gens angoissent le plus
18	2	parce qu'ils sont plus dans le service càd qu'ils sont plus en sécurité
18	1	mm
18	2	et pis ils sont pas encore de l'autre côté donc ils ont tout le temps de penser à plein de choses
18	2	moi ça m'est pas arrivé parce que vraiment j'étais j'étais confiante à ce moment-là (sourire)
18	1	ouais
18	2	mais j'ai beaucoup aimé vivre cette fois parce qu'en fait je me suis fait opérer plusieurs fois et les autres fois j'ai vécu dans ce semi-coma qu'on vit avant
18	1	mm
18	2	je crois que là y a un effort au niveau de ces gens de salle d'op. qui passent à côté des clients qui sont dans ces lits en train d'angoisser au maximum
18	1	mm - donc vous c'est vous qui avez choisi de pas avoir de prémédication
18	2	c'est moi qui ai choisi ouais parce que vraiment j'étais bien
18	2	mais y avait qqn avant moi qui était comme ça quoi (signe doigts serrés pour peur-angoisse)
18	1	ouais
18	2	bon pis comme on est à la queue leu leu on peut pas se parler l'un à l'autre
18	1	ouais ouais
18	2	mais j'entends <u>y a personne qui s'est arrêté sur dix personnes qui sont passées aller et retour bon ils ont leurs trucs à faire</u>
18	2	<u>mais j'entends - un geste, une pression de main un truc quoi pour leurs dire mais on est là quoi</u>
18	2	ouais - parce que quand on est sous prémédication on est, on voit quand même tout ce qui se passe sous prémédication on est bon moi je réagis très fort aux prémédications c'est pour ça que j'en voulais plus
18	2	euh c'est pas encore vraiment le sommeil pis c'est plus la réalité donc les choses sont un peu déformées en fait
18	1	mais comment vous perceviez par exemple qu'une personne était très
18	2	parce qu'elle pleurait pis vraiment elle était mal
18	1	ah oui d'accord
18	2	moi j'étais aussi bien que je suis maintenant
18	1	mm
18	2	je veux dire très lucide
18	1	mm
18	2	je la sentais s'angoisser dans ce lit

Il semble que le problème des attentes avant un examen, ou celui d'être peu nettoyé avant de retourner dans le service principal, tels qu'ils sont ressentis par le patient, sont autant de malaises associés à la difficulté de coordonner les activités inter-services. Sinon, les patients interviewés considèrent avoir été très bien soignés - *Le séjour (les soins) en général* - et, pour ceux qui ne sont pas soumis à un régime spécial, sont très contents de pouvoir choisir leur repas.

Pour l'admission, aucun patient ne semble avoir connu des difficultés pour ce qui concerne les formalités d'entrée à l'hôpital. Quant à la sortie, le moment du déroulement des entretiens ne permettait pas d'avoir une idée claire des informations relatives à la fin de séjour.

Enfin pour terminer ce rapide parcours relatif au point de vue des patients, notons encore que les deux entretiens exploratoires réalisés avec des personnes plusieurs mois ou années après leur séjour hospitalier font apparaître un phénomène intéressant pour les enquêtes par questionnaire. Il s'agit de la tendance à effacer les difficultés locales ou ponctuelles rencontrées durant un séjour par le biais d'un jugement global du séjour ainsi que de ses suites. Voici l'exemple typique de ce genre de phénomène qui peut expliquer le taux élevé des scores de satisfaction globale, ainsi que les différences possibles entre celui-ci et les scores plus faibles obtenus pour des points particuliers :

- 1 bref euh j'étais comme ça toute la journée, avec mon mari et après-tout d'un coup il fallait prendre la décision de de faire une césarienne d'urgence parce que j'avais des des douleurs qui étaient quasiment insurmontables et **là tout était extrêmement euh professionnel, extrêmement efficace, extrêmement bien** vraiment c'est allé très très vite euh je suis arrivé en salle d'opération --
- 2 **y avait juste** une chose qui m'a **extrêmement dérangée** même dans cette euh ambiance de d'urgence c'est que à un moment donné j'étais toute nue sur la table d'opération et on trafiquait de tous les côtés sur moi j'ai j'ai pas beaucoup apprécié ça parce que je pense que c'est pas nécessaire -
- 3 *et puis* quand je me suis réveillé après la narcose, mon mari n'était pas là, le bébé n'était pas là et ça j'ai **aussi très mal vécu** j'ai trouvé que: tout le monde sait aujourd'hui que après une naissance la chose la plus importante c'est que le bébé puisse être euh tout de suite le plus possible avec sa maman surtout après l'accouchement même après une césarienne
- 4 **et vraisemblablement** euh personne avait envie de descendre ce bébé qui était au 6ème étage et moi j'étais, j'étais encore pas assez bien pour vraiment réclamer mon enfant et ça j'ai **mal vécu aussi** -
- 5 après tout le reste euh c'était extrêmement: j'ai été extrêmement bien soignée j'étais aussi très indépendante tout de suite euh **mais la prise en charge globale était excellente j'ai un très bon souvenir de ce séjour hospitalier** (Entretien No 1, souvenir d'un séjour au CHUV en 1987).

3.2.2.2 De quelques opinions formulées par les patients

De manière générale, dans la conjoncture actuelle, les remarques concernant le «manque de personnel» ou les «limitations de budget» accompagnent quelques-uns des propos des patients, comme c'est le cas pour le contenu - *Diminution du temps consacré à la discussion avec les patients*.

Mais ce qui semble plus intéressant pour prendre connaissance du point de vue des patients concerne à nouveau la question de «l'information». Nous avons déjà mentionné, avec l'exemple de l'entretien 18, le désir réel d'être informé. Nous aimerions présenter encore deux types d'information allant dans ce sens. En observant les contenus - *Lieu commun sur le rapport aux informations (pas bon pour tout le monde)* et *Patient plutôt actif ou plutôt passif par rapport aux soins* - on constate le fait suivant : le lieu commun «c'est pas bon pour tout le monde» fonctionne un peu comme l'atténuation d'une revendication :

11	2	ce professeur le sait que je suis comme ça :
11	2	je vais demander les minutes opératoires, je les veux à la maison j'ai tous mes trucs à la maison
11	2	il sait que je veux la vérité qu'elle soit bonne ou pas bonne
11	2	parce que c'est ma façon à moi de me battre contre qqch et de savoir où je vais
11	1	mm
11	2	<u>mais c'est pas bon pour tout le monde</u>
11	1	mm
11	2	y a des personnes on peut pas le leur dire
11	2	parce que elles supporteraient pas ça
11	2	mais je sais pas je crois pas qu'il y ait de bonnes ou de mauvaises solutions
11	2	y a pas de bonnes ou de mauvaises façons de faire
11	2	c'est différents pour chacun c'est tout,
11	2	moi je suis comme ça j'aime savoir la vérité le pourquoi des choses je suis d'une nature curieuse déjà
11	1	mm
11	2	<u>mais y a des personnes elles ont peur de cette vérité</u>
11	2	<u>et je pense que c'est bien de peut-être la cacher pour certaines personnes</u>

24	2	j'aime bien savoir exactement ce que j'ai je sais ce que j'ai
24	1	mm
24	2	je sais ce que j'ai je suis contente parce que je le sais c'est grave mais je sais
24	2	on ne part pas à l'aventure exactement: ça arrive ou ça arrive pas mais on sait le pire
24	1	ouais
24	2	et c'est ça que j'aime savoir moi - y a pas que du bon, y aura du pire mais je sais ce que c'est, ça va pas me tomber dessus paf - on le sait au départ donc ça pour moi ça me sécurise
24	2	<u>peut-être pour d'autres personnes ça leur fait peur je ne sais pas chacun son caractère, chacun est tellement différent l'un de l'autre</u>
24	1	ouais

6	2	je trouve que ça c'est très important de tenir le patient au courant pas que:
6	2	<u>je sais qu'il y a des gens qui ne veulent pas savoir</u>
6	2	mais moi je veux tout savoir

18	2	<u>je crois que chacun est différent</u> mais personnellement j'aime bien savoir les choses j'aime mieux à la limite presque savoir plus que pas assez mais bon justement c'est pour ça je vous dis qu'à la limite le médecin n'est pas un surhomme pis que y en a un qui veut savoir juste le minimum l'autre veut savoir plus
----	---	---

Il semble que ce lieu commun fonctionne presque dans le vide. Chacun est différent, certes, mais chacun veut être informé quand même, en règle générale. Ce qui ne signifie pas que les personnes réticentes n'existent pas ou plus :

26	1	oui - est-ce que vous êtes qqn qui avez bien envie d'être informée sur tout ce qui se passe ou bien
26	2	je n'aimerais pas trop savoir si ça tournait mal vous voyez
26	1	mm
26	2	moi personnellement donc mais y en a qui aimerait bien savoir hein disons chacun est différent on réagit tous différemment mais moi je ne voudrais pas savoir alors parce que je crois que ça me démoraliserait

On voit le lieu commun fonctionner dans l'autre sens dans cet exemple (on notera quand même que malgré la petite taille de la population cet exemple est isolé).

Certains faits peuvent démoraliser sans aucun doute. Cependant, qu'on les communique ou pas, ils finissent quand même par s'imposer à celui ou celle qui les subit. La question de la communication d'une information délicate demeure par conséquent. Le problème n'est donc pas de la suspendre mais de réfléchir plus précisément à la manière d'annoncer la mauvaise nouvelle¹⁴.

Or, il semble que les problèmes relatifs à l'information concernent plus précisément la manière¹⁵ que le fait même d'informer :

17	2	eh bien càd moi quand je suis entré ici à l'hôpital ici au CHUV
17	2	j'ai simplement dit que je voulais qu'on me dise la vérité que je voulais pas être endormie pour une chose ou pour une autre
17	2	et pis ça m'a été dit: on m'a dit ce que je demandais

Un dernier type de contenus concerne ce que nous avons appelé - *Le professionnel idéal*. L'idée était d'introduire en fin d'entretien deux questions de l'ordre de l'évocation : «De manière générale, quelles sont pour vous les caractéristiques du médecin idéal (et de l'infirmière idéale). Les réponses à ces questions donnent, d'une part, une idée de la simplicité des représentations associées à ces deux rôles professionnels (compte tenu du contexte de l'interview) et, d'autre part, mettent encore en évidence l'attente relative aux informations pour ce qui concerne le médecin. Voici quelques exemples de ces associations entre «médecin idéal» et informations, explications données au patient :

5	2	oh de bien expliquer les choses à son patient quoi et
5	2	y en a qu'ils le font très bien hein
5	1	mm
5	1	ah ouais ça passe très bien, savoir quand même ce qu'on nous fait et tout hein
5	2	oui y en a qui des fois sont un peu plus réservés
5	2	mais moi je pose assez de questions si je veux savoir qqch

18	2	le médecin idéal - (sourire) en regardant que ma semaine (sourire) moi je dirais qu'il doit expliquer - je sais pas c'est sûr je crois pas que c'est possible ça devrait presque être un surhomme en fait mais il devrait pouvoir - je crois qu'en fait il devrait venir lui une fois en tant que patient
18	2	je crois que c'est vraiment ça c'est vraiment un truc important de mettre les gens au courant que c'est pas toujours pour les autres

¹⁴ Comme le disait le professeur Schwarzenberg : «Annoncer un cancer ou un sida etc. par téléphone ou par courrier c'est criminel, mais il faut le dire, mais tendrement» (Emission de télévision : «Ca se discute» 14.03.95).

¹⁵ Des éléments plus précis à ce sujet apparaissent dans les entretiens de parents d'enfants atteints de leucémie.

25	2	ben je trouve que c'est sa franchise, c'est qu'il soit clair , qu'il parle un langage que le patient comprenne tout simplement
25	1	ouais
25	2	c'est tout quoi qu'il soit clair

8	2	ouais qu'il soit attentif,
8	2	qu'il réponde aux questions surtout,
8	2	qu'il donne le résultat des analyses si y en a

22	2	qu'est-ce qu'y a d'important le médecin avec le patient je crois que c'est il soit bien clair avec le patient, expliquer tout comme il faut pour qu'il puisse comprendre ce qui se passe autour du patient (de lui)
----	---	---

Pour ce qui concerne l'infirmière, la notion de «support émotionnel» apparaît dans l'indication d'attitude souhaitable : sourires, bonne humeur, mot pour rire, ou par le biais des notions de dévouement, vocation etc. Voici quelques exemples typiques :

5	2	qqn qui a déjà le sourire euh ça remonte le moral
5	2	et pis des fois un petit mot pour rire ouais

16	2	l'infirmière idéale c'est d'abord qu'elle ait son métier: que ce soit une vocation déjà
16	2	parce qu'y en a une elle me dit oh non non c'est pas une vocation on fait ça parce que on aime bien mais c'est pas une vocation ça n'existe plus dans notre métier pas plus tard qu'avant hier elle m'a répondu ça
16	2	pis hier j'ai posé la même question à une dame
16	2	j'ai dit mais vous savez vous avez du courage pour faire ce que vous faites
16	2	parce qu'ils nous font toute la toilette et tout
16	1	mm
16	2	aucune gêne on pourrait avoir: fantastique on peut vraiment se laisser aller avec
16	2	alors euh là-dessus j'ai dit vous avez quand même du courage de faire tout ça
16	2	elle m'a répondu écoutez madame, si on a pas la vocation on fait pas ce métier
16	2	mais c'est vrai que l'infirmière idéale c'est celle qui a la vocation qu'elle aime son métier qu'elle le fasse de bon cœur
16	1	mm
16	2	si elle a pas la vocation si elle prend ça comme un boulot n'importe lequel ben elle peut pas prendre à cœur tous les malades

25	2	je crois que c'est aussi la même choses quoi qu'elle soit aussi relativement douce quoi pas trop pas trop rêche
25	1	ouais
25	2	pas que ce soit l'infirmière un petit peu commandante qu'on voyait à la télé. (sourires) vous voyez le genre
25	1	ouais ouais la caricature
25	2	un petit peu compréhensive mais il faut aussi qu'elle soit : qu'elle se laisse pas bouffer par les malades ça c'est sûr

4	2	faut qu'elle soit belle (sourire)
4	2	non euh mais l'infirmière idéale il faut qu'elle soit attentive euh
4	2	il faut que naturellement elle prennent de vos nouvelles disons que quand elle a pris la température la tension etc
4	1	mm
4	2	qu'elle vous a donné vos médicaments qu'elle parle un petit peu avec vous

21	2	qu'est-ce qu'il faut dire, la compréhension, la -- je : comment vous dire on dit: quand on dit à qqn tu es faite pour être infirmière quand on dit à une fille t'es faite pour ça, ça veut tout dire
21	1	mm
21	2	hein c'est des caractères comme ça qui -

Il est bien évident que le patient évalue aussi la compétence des infirmières en matière de soins, que ce soit pour les gestes techniques (cf. contenus : *piqûres, pose des perfusions, retrait des drains*) ou pour les explications données parallèlement à l'effectuation des gestes. Mais il semble que le rôle de l'infirmière soit quand même encore conçu en fonction d'une propriété du caractère des personnes : le bon coeur ou la douceur.

Les refus de répondre :

- 1 je peux vous le dire en deux mots, tout va bien etc.
- 2 ça fait très longtemps que je suis là et je suis très fatiguée mais etc..(1)

3.3 CONCLUSION

Il manque quelques traitements pour pouvoir proposer une réelle interprétation des données fournies et présentées au niveau descriptif.

Nous espérons cependant avoir montré, déjà à ce niveau, que le double projet de l'enquête par entretiens : le recensement de thèmes distincts et de contenus variés ainsi que la prise en compte de leur ancrage concret à travers les propos des interviewés, peut aboutir à des premiers résultats intéressants pour la suite.

Quant au traitement complet des résultats, il offre deux perspectives :

la production d'un matériel de soutien pour l'élaboration d'un questionnaire pertinent. Il s'agit effectivement de regrouper les contenus selon les dimensions du concept de satisfaction (tel qu'il a déjà été étudié dans diverses enquêtes empiriques (cf. chapitre 3.3.1 du présent rapport)). Puis, c'est l'idée de soutien pour l'élaboration d'un questionnaire, d'avoir la possibilité de produire des items particuliers à partir des contenus analysés;

la seconde laisse entrevoir la possibilité de mener une enquête par entretien de façon autonome (quitte d'ailleurs à pouvoir utiliser ses résultats pour améliorer un questionnaire existant). Les raisons motivant un tel type d'enquête peuvent être reliées, soit à la volonté d'élucider des problèmes particuliers mis en évidence par les résultats d'une enquête par questionnaire, soit à la volonté de prendre connaissance du «point de vue des patients» dans des domaines précis et peu explorés.

Nous défendons par conséquent la possibilité d'articuler au mieux les deux types d'instruments que sont l'entretien et le questionnaire, tout en exploitant leurs différences.

Analyse de contenu

THÈMES ABORDÉS	NB ENTRETIENS	NB CONTENUS
Collaboration entre personnels différents perçue par le patient	4	46
Compétence du personnel	3	6
Compétence, examens approfondis et complets	2	7
L'amabilité du personnel, support émotionnel	13	43
La relation avec les aide-infirmières (et personnel de nettoyages)	8	36
La relation avec les anesthésistes	2	10
La relation avec les aumôniers	3	15
La relation avec les diététicien,nes	4	20
La relation avec les physiothérapeutes	9	68
La relation avec les radiologues	1	1
La relation avec les stagiaires infirmières	5	22
La relation avec les stagiaires médecins	1	2
Les contradictions au niveau des consignes données	2	6
Les explications concernant les examens	1	9
Les relations avec le personnel, en général	9	26
Patient n'ayant pas vu un aumônier	1	1
Patient peu attiré par les services de l'aumônerie	2	9
Perception d'une surcharge de travail pour d'autres personnels	1	1
Autres personnels		328
Baisse de la qualité de la nourriture, ils limitent sur le budget	1	2
Les médecins ass. ne peuvent pas prendre de responsabilité, donc pas de négociations possibles	1	7
Lieu commun concernant la comparaison avec les hôpitaux à l'étranger	2	5
Lieu commun sur le rapport aux information : "pas bon pour tout le monde"	4	15
Opinion du patient sur les causes des faits	1	14
Sur le manque de personnel ou non	5	24
Tout le monde manque de temps	1	1
Cause		68
Durée de séjour trop courte	1	1
Fatigue dûe à la fréquence de ses propres visites	1	2
Gêne occasionnée par les visites des voisins	2	9
L'ambiance générale	4	7
L'attente avant des examens	1	20
L'organisation générale	2	4
L'organisation pour le parking	1	5
La "longueur" avant la possibilité de dormir (horaire extinction des lumières)	1	4
La coordination inter-services pour support émotionnel (attente avant une opération)	1	3
La longueur des week-ends	1	1
La procédure d'admission	4	17
La reconnaissance ou pas des différentes catégories professionnelles	3	12
La solitude à l'hôpital	1	4
La sortie de l'hôpital	3	9
La souplesse des horaires de visites	1	7
La tranquillité	10	63
Le froid dans le couloir au niveau des examens	4	24
Les informations données à la famille	2	8
Les informations données en fin de séjour pour la suite	1	4
Les informations sur le déroulement de la journée	1	12
Manque d'un vrai coin fumeurs à l'étage	1	4
Pas vraiment de cafétéria non-fumeurs	1	6
Préférences du patient concernant sa destination en fin de séjour	1	1
Remarques sur les horaires des repas (adaptation pas toujours facile)	2	6
Remarques sur les horaires et la durée de séjour	6	19
Requête du patient : un médecin qui assure le suivi pour un patient à l'hôpital	2	4
Confort		256

Analyse de contenu

THÈMES ABORDÉS	NB ENTRETIENS	NB CONTENUS
Critique du patient peu respectueux du personnel	1	7
Divers	18	170
Propos concernant la différence entre l'hôpital et la maison	3	44
Propos relatifs aux urgences	6	27
Propos tenus sur d'autres hôpitaux	6	50
Sur le séjour en général (première question de l'entretien)	8	11
Divers		309
A propos des douleurs	4	17
Distribution trop facile et en trop grande quantité de calmants	1	10
Douleur suite à un problème lors de l'intervention chirurgicale	1	2
Douleur suite à une trop longue opération	1	13
Douleur très forte au réveil post-op	1	5
Grande satisfaction à la suite d'un traitement contre la douleur, PCA	1	21
L'attente pour obtenir des calmants	2	8
Les souffrances morales	2	7
Remarques sur les traitements contre la douleur	5	13
Douleur		96
Equipement, salle de physio thérapie	1	2
Hygiène, nettoyages	3	10
L'environnement en général	4	19
L'équipement technique au CHUV est impressionnant	3	7
La froideur du bâtiment	4	20
La signalisation	1	6
La taille impressionnante du bâtiment	2	4
Perception des chambres par les visites	1	3
Environnement		71
L'hôpital de jour, c'est un peu sinistre	1	4
L'hôpital de plus petite taille est plus familial	4	24
L'hôpital de zone est plus proche de la famille	1	6
L'hôpital universitaire et les patients	2	35
Le CHUV : c'est bien	9	42
Le CHUV – usine, anonymat dû aux dimensions	5	45
Hôpital		156
Agressivité dans la réponse à une demande d'aide	2	20
Autour des pratiques techniques des infirmières	8	47
Diminution du temps consacré à la discussion avec les patients	5	21
Disponibilité pour donner des informations	3	8
L'amabilité et le dévouement des infirmières	14	55
L'attention accordée par les infirmières	2	2
La pose des perfusions	3	23
La prise en compte de problèmes particuliers : "les infirmières m'ont fait un cadeau"	4	31
La rapidité de la réponse des infirmières suite à un appel	6	17
Le retrait des drains	2	11
Les explications associées aux gestes techniques	3	4
Les infirmières sont respectueuses	4	12
Les piqûres	3	11
Les relations avec les infirmières (en général)	10	27
Non-prise en compte des propos du patient	2	15
Perception d'une surcharge de travail pour le personnel infirmier	8	50
Qualité des soins, infirmières stressées ou pas	4	9
Infirmière		363
L'Infirmière idéale	17	105
Le médecin idéal	21	136
Le professionnel idéal		241
Autour de la compétence des médecins	6	20
De quelques informations contradictoires au niveau médical	3	27

Analyse de contenu

THÈMES ABORDÉS	NB ENTRETIENS	NB CONTENUS
Durée de la visite d'un médecin responsable	3	16
Durée et fréquence de la visite du médecin	17	75
Informations, l'accès à un médecin responsable	8	77
L'amabilité du médecin	12	55
La clarté des informations données par le médecin	21	183
La communication dépend des personnes	5	46
La communication orientée vers le support émotionnel	2	9
Le suivi médical, le nombre de médecin cotoyés	8	53
Reconnaissance des degrés hiérarchiques au niveau médical	3	5
Médecin		566
La possibilité de choisir son repas; le menu	11	26
Nourriture servie en trop grande quantité	3	3
Nourriture, prestations en moins	1	6
Propos concernant les repas	15	43
Régime spécial	10	30
Nourriture		108
"Le patient professionnel" (qui vient (doit venir) souvent à l'hôpital)	6	101
Éléments de négociation entre patient et personnel	4	17
Éléments divers concernant le patient	23	233
La connaissance de son cas par le patient	11	73
Le patient a reçu immédiatement les résultats d'examen	1	2
Le patient doit demander les résultats d'examens pour les avoir	4	40
Le patient est déjà venu au CHUV	10	14
Les relations entre patients	15	153
Négociations avec les infirmières	3	36
Négociations avec les médecins assistants	1	11
Négociations avec les médecins responsables	2	15
Négociations concernant la prémédication	1	12
Négociations concernant les médicaments	2	27
Patient plutôt actif ou plutôt passif par rapport aux soins	16	113
Préférences de certains patients en matière de transfusion sanguine	1	11
Professions et données personnelles	11	42
Propos du patient concernant son état de santé	10	71
Patient		971
A l'époque, le séjour à l'hôpital était plus sympathique	2	12
Coordination inter-services : après un examen, retourner sale en chambre	1	12
Description du déroulement des soins	18	159
L'accueil en ce qui concerne les soins	1	2
Le séjour (les soins) en général	19	57
Perception d'une évolution des soins dans le temps	7	33
Problèmes lors d'une intervention	3	13
Soins		288
Total		3821

Remarques :

- NB ENTRETIENS = le nombre de personnes qui ont abordé le contenu en question;
- NB CONTENUS = le nombre de lignes (access) codées par le contenu en question;
- Le nombre total d'entretiens transcrits = 23; le nombre total de lignes (access) = 5500 (totalité de la transcription).

Analyse de contenu

JUGEMENTS EXPRIMÉS	NB ENTRETIENS	NB CONTENUS
L'amabilité et le dévouement des infirmières	7	23
L'amabilité du médecin	6	11
L'amabilité du personnel, support émotionnel	4	5
Le séjour (les soins) en général	3	5
Propos concernant les repas	3	5
Le CHUV : c'est bien	2	5
Les relations avec le personnel, en général	2	4
Les relations avec les infirmières (en général)	1	2
Autour des pratiques techniques des infirmières	1	4
Propos tenus sur d'autres hôpitaux	1	3
Propos relatifs aux urgences	1	6
Négociations avec les infirmières	1	4
Durée et fréquence de la visite du médecin	1	2
Compétence, examens approfondis et complets	1	1
Qualité des soins, infirmières stressées ou pas	1	2
La tranquillité	1	1
La relation avec les physiothérapeutes	1	5
La possibilité de choisir son repas, le menu	1	6
La clarté des informations données par le médecin	1	2
L'équipement technique au CHUV est impressionnant	1	4
L'environnement en général	1	2
L'ambiance générale	1	1
Description du déroulement des soins	1	6
Compétence du personnel	1	1
Excellent		110
L'amabilité du personnel, support émotionnel	7	18
Durée et fréquence de la visite du médecin	4	10
La clarté des informations données par le médecin	4	9
Le séjour (les soins) en général	4	6
L'amabilité et le dévouement des infirmières	4	15
L'amabilité du médecin	3	18
Autour des pratiques techniques des infirmières	3	3
Propos concernant les repas	2	3
Description du déroulement des soins	2	4
Les relations entre patients	2	7
Les relations avec les infirmières (en général)	2	2
La tranquillité	2	7
Compétence du personnel	2	4
La prise en compte de problèmes particuliers : "les infirmières m'ont fait un cadeau"	2	20
Autour de la compétence des médecins	2	7
Remarques sur les traitements contre la douleur	1	1
Le CHUV : c'est bien	1	1
Le patient a reçu immédiatement les résultats d'examen	1	2
Les informations données en fin de séjour pour la suite	1	4
Propos du patient concernant son état de santé	1	1
Propos tenus sur d'autres hôpitaux	1	1
Les relations avec le personnel, en général	1	1
Les infirmières sont respectueuses	1	3
Compétence, examens approfondis et complets	1	2
La procédure d'admission	1	5
La relation avec les radiologues	1	1
Collaboration entre personnels différents perçue par le patient	1	6
Disponibilité pour donner des informations	1	4
Divers	1	1
Grande satisfaction à la suite d'un traitement contre la douleur, PCA	1	21

Analyse de contenu

JUGEMENTS EXPRIMÉS	NB ENTRETIENS	NB CONTENUS
Hygiène, nettoyages	1	3
L'ambiance générale	1	1
L'attention accordée par les infirmières	1	1
L'environnement en général	1	1
La communication dépend des personnes	1	1
La communication orientée vers le support émotionnel	1	5
La possibilité de choisir son repas, le menu	1	2
Informations, l'accès à un médecin responsable	1	4
Très bien		205
Le séjour (les soins) en général	10	16
Propos concernant les repas	9	13
La clarté des informations données par le médecin	6	13
La possibilité de choisir son repas, le menu	5	7
L'amabilité du personnel, support émotionnel	4	6
La relation avec les physiothérapeutes	4	40
Le CHUV : c'est bien	4	8
L'amabilité du médecin	3	9
La communication dépend des personnes	3	11
Les relations avec les infirmières (en général)	3	6
La relation avec les aide-infirmières (et personnel de nettoyages)	2	10
La relation avec les aumôniers	2	14
Perception d'une évolution des soins dans le temps	2	5
Les relations entre patients	2	6
La tranquillité	2	7
Les relations avec le personnel, en général	2	2
L'organisation générale	2	4
L'amabilité et le dévouement des infirmières	2	2
Informations, l'accès à un médecin responsable	2	12
La pose des perfusions	1	7
La rapidité de la réponse des infirmières suite à un appel	1	1
L'équipement technique au CHUV est impressionnant	1	1
Hygiène, nettoyages	1	1
Eléments divers concernant le patient	1	8
Durée et fréquence de la visite du médecin	1	2
Diminution du temps consacré à la discussion avec les patients	1	2
La signalisation	1	6
La souplesse des horaires de visites	1	3
Collaboration entre personnels différents perçue par le patient	1	1
Autour de la compétence des médecins	1	1
L'attention accordée par les infirmières	1	1
Le suivi médical, le nombre de médecin cotoyés	1	23
Les explications concernant les examens	1	7
Le retrait des drains	1	1
Les infirmières sont respectueuses	1	3
Les informations sur le déroulement de la journée	1	6
Négociations avec les médecins responsables	1	1
Propos tenus sur d'autres hôpitaux	1	1
Qualité des soins, infirmières stressées ou pas	1	1
Bien		268
La clarté des informations données par le médecin	2	9
La tranquillité	2	10
Remarques sur les horaires et la durée de séjour	2	6
Propos concernant les repas	2	12
Durée et fréquence de la visite du médecin	2	13
Remarques sur les horaires des repas (adaptation pas toujours facile)	1	4
Propos relatifs aux urgences	1	12
Le patient doit demander les résultats d'examens pour les avoir	1	20
La relation avec les stagiaires infirmières	1	5

Analyse de contenu

JUGEMENTS EXPRIMÉS	NB ENTRETIENS	NB CONTENUS
La froideur du bâtiment	1	4
Divers	1	2
L'hôpital de jour, c'est un peu sinistre	1	4
Propos tenus sur d'autres hôpitaux	1	2
L'ambiance générale	1	1
Durée de la visite d'un médecin responsable	1	6
La taille impressionnante du bâtiment	1	2
Passable		112
La clarté des informations données par le médecin	3	10
Le froid dans le couloir au niveau des examens	2	11
Propos tenus sur d'autres hôpitaux	2	7
Le CHUV – usine, anonymat dû aux dimensions	2	11
Les relations entre patients	2	59
La pose des perfusions	2	12
La relation avec les physiothérapeutes	1	14
La relation avec les stagiaires infirmières	1	4
Les contradictions au niveau des consignes données	1	3
Négociations concernant les médicaments	1	17
Non-prise en compte des propos du patient	1	9
Perception d'une surcharge de travail pour d'autres personnels	1	1
Perception d'une surcharge de travail pour le personnel infirmier	1	18
Le patient doit demander les résultats d'examens pour les avoir	1	9
Les souffrances morales	1	1
Douleur suite à une trop longue opération	1	13
Les piqûres	1	1
Autour des pratiques techniques des infirmières	1	17
Coordination inter-services : après un examen, retourner sale en chambre	1	12
De quelques informations contradictoires au niveau médical	1	4
La coordination inter-services pour support émotionnel (attente avant une opération)	1	3
Divers	1	1
Durée de la visite d'un médecin responsable	1	1
Hygiène, nettoyages	1	5
Informations, l'accès à un médecin responsable	1	14
L'amabilité du médecin	1	7
L'attente avant des examens	1	16
L'organisation pour le parking	1	5
La communication dépend des personnes	1	8
Diminution du temps consacré à la discussion avec les patients	1	3
Mauvais		296
La clarté des informations données par le médecin	5	22
La reconnaissance ou pas des différentes catégories professionnelles	2	9
Négociations avec les infirmières	1	20
Propos du patient concernant son état de santé	1	1
Préférences du patient concernant sa destination en fin de séjour	1	1
La communication dépend des personnes	1	2
Nourriture servie en trop grande quantité	1	1
De quelques informations contradictoires au niveau médical	1	11
Les relations avec le personnel, en général	1	3
Les piqûres	1	2
Le patient doit demander les résultats d'examens pour les avoir	1	4
Le CHUV – usine, anonymat dû aux dimensions	1	13
La sortie de l'hôpital	1	2
Agressivité dans la réponse à une demande d'aide	1	7
Collaboration entre personnels perçue par le patient	1	27
La "longueur" avant la possibilité de dormir (horaire extinction des lumières)	1	2
L'amabilité du personnel, support émotionnel	1	2
Durée et fréquence de la visite du médecin	1	4
Durée de séjour trop courte	1	1

Analyse de contenu

JUGEMENTS EXPRIMÉS	NB ENTRETIENS	NB CONTENUS
Divers	1	2
Description du déroulement des soins	1	1
La relation avec les diététicien,nes	1	16
Nourriture, prestations en moins	1	4
<i>Mauvais selon réviseur</i>		157
La clarté des informations données par le médecin	5	14
Autour de la compétence des médecins	1	2
Les relations avec les infirmières (en général)	1	1
Les relations avec le personnel, en général	1	1
Les infirmières sont respectueuses	1	2
L'amabilité et le dévouement des infirmières	1	3
Informations, l'accès à un médecin responsable	1	10
Description du déroulement des soins	1	1
Autour des pratiques techniques des infirmières	1	4
Les relations entre patients	1	1
Compétence, examens approfondis et complets	1	2
<i>Bien selon réviseur</i>		41
Total		1189

Remarques :

- NB ENTRETIENS = le nombre de personnes qui ont exprimé le jugement mentionné pour le contenu en question;
- NB CONTENUS = le nombre de lignes (access) codées par le contenu en question et le jugement mentionné;
- Le nombre total d'entretiens transcrits = 23; le nombre total de lignes (access) = 5500 (totalité de la transcription).

4 PATIENTENZUFRIEDENHEIT - STUDIE KARDIOLOGIE BERN/BASEL - SCHLUSSBERICHT¹

Manfred Langenegger
Direktionsstab, Unternehmensplanung, Inselspital, Bern

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel des Projektes war eine auf einen spezifischen Patientenprozess ausgerichtete Analyse der Zufriedenheit der Patienten. Mit der Messung der Patientenzufriedenheit entlang des Patientenprozesses sollte ein differenziertes Bild von Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht des Patienten möglich werden. Das Kardiologie-Team in Bern erstellte auf der Basis einer Prozessanalyse für die definierte Patientengruppe (Koronarangiographie/Dilatation) und abgestützt auf die Ergebnisse aus den anschliessenden explorativen Patienten-Interviews einen *prozessbezogenen Fragebogen, der als Basis für je 100 telefonische Interviews von Patienten des Inselspitals Bern und des Kantonsspitals Basel diente. Ueber 2/3 der Fragen waren nicht auf ein Werturteil (rating), sondern auf konkrete Ereignisse bzw. Sachverhalte bezogen. Dieses Vorgehen entspricht auch den Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien zur Messung der Patientenzufriedenheit. Die Ergebnisse zeigen, dass Stärken und Schwächen im Prozess - und daraus abgeleitet Handlungspotentiale - sichtbar gemacht werden können. Die Ergebnisse dienen in Bern als Grundlage für entsprechende Qualitätsverbesserungsprojekte.

RESUME

La satisfaction des patients a été examinée dans le cadre de l'analyse détaillée d'un processus spécifique de soins. Il s'agissait d'utiliser l'opinion du patient, afin d'identifier les possibilités d'amélioration des processus de soins. Une analyse exploratoire détaillée d'interviews de patients hospitalisés pour une coronarographie ou une angioplastie transluminale a permis au groupe d'étude du Service de cardiologie de l'Hôpital de l'Île de Berne de développer un questionnaire de satisfaction basé pour plus des 2/3 sur des éléments ou résultats concrets des soins, et non sur des évaluations semi-quantitatives de la satisfaction (rating). Le questionnaire développé a ensuite été utilisé lors d'interviews téléphoniques conduites avec 100 patients hospitalisés pour ces procédures cardiologiques à l'Hôpital de l'Île de Berne et 100 à l'Hôpital cantonal de Bâle. Les résultats ont indiqué les points forts et les points faibles du processus et serviront de point de départ à un projet d'amélioration de la qualité des soins.

¹ Dieser Schlussbericht ist eine Ergänzung zu den vorliegenden, vertraulichen Befragungsergebnissen (qualitative und quantitative Phase) der Kardiologischen Abteilungen von Bern und Basel

4.1 ZIELSETZUNG DES PROJEKTES

Im Rahmen der Kooperation der Universitätsspitäler der Schweiz haben das Inselspital Bern und das Kantonsspital Basel in der Kardiologischen Abteilung eine Patientenbefragung durchgeführt. Ziel der Befragung war es, eine am Patienten-prozess ausgerichtete, differenzierte Beurteilung der Patientenzufriedenheit zu erhalten, um damit Verbesserungspotentiale im Patientenprozess zu orten.

4.2 METHODISCHES VORGEHEN

Das Projektteam der Kardiologie des Inselspital (Dr. Urs Kaufmann, Leitender Arzt, und Frau Marianne Gandon, Oberschwester) nahm in einem 1. Schritt eine Analyse des Patientenprozesses vor. Dabei beschränkte sich das Team auf Patienten, die eine nicht-notfallmässige Herzkatheteruntersuchung erhielten, die je nach Befund und Indikation direkt anschliessend dilatiert wurden.

Parallel zur Prozessanalyse wurde eine Problemliste durch das Team erstellt, aus der ersichtlich war, wo aus Sicht des Teams der Patient allenfalls ein Problem haben könnte.

An der Teamsitzung war eine dipl. Psychologin anwesend, die anschliessend - im Wissen um den detaillierten Patientenprozess und die Problemliste des Teams - in einer explorativen Phase 12 Interviews durchführte, wobei sie die Patienten vor dem Eintritt über ihre Erwartungshaltung befragte. Anschliessend an den Spitalaufenthalt (ca. 3 Wochen später) stellte sie im persönlichen Gespräch fest, wie die Erwartungen erfüllt wurden und wo allenfalls Probleme im Prozess aufgetaucht waren. Diese Interviews wurden bei den Patienten zuhause durchgeführt und dauerten ca. 1 - 1 ½ Stunden, manchmal auch länger.

Auf der Basis der Prozessanalyse und den Resultaten aus der explorativen Phase wurde zusammen mit dem Beraterteam (dipl. Psychologin und TQM-Berater) ein Fragebogen erarbeitet, der als Basis für 200 Telefoninterviews diente (je 100 telefonische Interviews in Bern und Basel). Der Fragebogen mit ca. 60 Fragen lehnte sich im Aufbau an den kardiologiespezifischen Patientenprozess an (Anmeldung - Eintritt - Vorbereitung - Hauptuntersuchung - Pflegestation - Ergebnis - Austritt) und erfasste am Schluss zusätzlich die FriedenGesamtuheit. Kleinere Abweichungen im Patientenprozess zwischen dem Inselspital Bern und dem Kantonsspital Basel wurden durch entsprechende Anpassung der Fragen berücksichtigt (z.B Zusatzfrage für Basel oder weglassen einer Frage für Basel).

Ein Teil der Fragen war bezogen auf Prozess-Eigenschaften, zu denen der Patient eine Antwort geben konnte, ohne dass er gleichzeitig eine Wertung abzugeben brauchte (z.B.: „Hat man Ihnen gleich mitgeteilt, welcher Arzt für Sie die Hauptverantwortung trägt?“). Andere Fragen haben z.B. einen Sachverhalt (Anzahl Minuten Wartezeit) festgestellt, zusätzlich aber eine separate Wertung dieses Sachverhalts gemessen („Wie haben Sie die Wartezeit in Ihrem Zimmer bis zur Untersuchung empfunden? Ist es für Sie zu kurz, gerade richtig oder zu lange gewesen?“).

4.3 RESULTATE

Obschon die Aufenthaltsdauer der untersuchten Patientengruppe nur kurz ist (Bern meistens nur ca. 24 Std.) und der „turn-over“ sehr hohe Anforderungen an das Aerzte- und Pflorgeteam stellt, war die *Gesamtzufriedenheit für Bern* hoch (88 von 100 Patienten waren sehr zufrieden, 10 waren mittelmässig zufrieden und nur 2 Patienten waren nicht zufrieden). Auch *Basel* erreichte eine hohe Patientengesamtzufriedenheit (81 von 100 Patienten waren sehr zufrieden, 18 waren mittelmässig zufrieden und nur 1 von 100 Patienten war nicht zufrieden).

Die *Detailresultate* haben unsere Annahme bestätigt, dass differenzierte, auf den Patientenprozess abgestimmte Fragen nützliche Indikatoren für Verbesserungspotentiale liefern.

Obschon z.B. die Pflege auf der Station von 99% der Patienten als freundlich und rücksichtsvoll gewertet wurde (Bern und Basel) und damit extrem positiv beurteilt wurde, konnte die Pflege und das Aertzteteam z.B. bei der Vorbereitung auf den Austritt ein wesentliches Verbesserungspotential feststellen.

Aufgrund der Resultate hat das Team in Bern konkrete Verbesserungsprojekte definiert und angegangen.

Der Vergleich der Resultate zwischen dem Inselspital Bern und dem Kantonsspital Basel gibt nebst unterschiedlicher Problemindikation den Hinweis, dass sich Prozessunterschiede sehr wohl in unterschiedlicher Patientenzufriedenheit äussern können - ein weiterer Hinweis für die Relevanz von Prozesseigenschaften für die Zufriedenheit der Patienten, die sich aber nur bei differenzierter, am Prozess ausgerichteter Fragestellung zeigen lässt.

Das Projekt wurde am 8. Dezember 1995 anlässlich eines Seminars in Lausanne vorgestellt.

5 NOTFALLSTATION UND SPITALAUFENTHALT AUS DER SICHT DES PATIENTEN - EINE KUNDENORIENTIERTE, REPRÄSENTATIVE ERHEBUNG

Wolf Langewitz, Heidemarie Weber, Marianne Zierath
Departement Innere Medizin, Kantonsspital Basel

ZUSAMMENFASSUNG

Die Psychosomatische Abteilung am Departement Innere Medizin hat in der Medizinischen Poliklinik einen Patienten-Zufriedenheitsfragebogen evaluiert (Publikation in PPM: 45 (1995): 351-357). Dabei stellte sich heraus, dass Patientinnen und Patienten überwiegend sehr zufrieden sind mit der ärztlichen Betreuung, dass es andererseits aber wegen der wenig differenzierten Patientenaussagen nicht möglich ist, konkrete Verbesserungsschritte im Bereich der Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation zu planen. Dies soll in einem Projekt erreicht werden, das konkrete Erfahrungen der PatientInnen im Spital und auf der Notfallstation erfragt. Die Vorbereitungen zu diesem Projekt sind abgeschlossen; das Projekt beginnt am 01.05.1996 mit einer Laufzeit von einem Jahr. Das Kantonsspital Aarau kooperiert in dieser Studie und stellt zusätzliche finanzielle Ressourcen zur Verfügung.

RESUME

La division de Psychosomatique du Département de médecine interne de l'Hôpital cantonal de Bâle a évalué un questionnaire de satisfaction des patients. L'analyse a montré que les patients étaient en général très satisfaits de la prise en charge médicale. Les réponses peu différenciées dues au type de questionnaire n'ont cependant pas permis d'identifier les mesures précises qui devraient être entreprises afin d'améliorer la qualité de la relation médecin-patient. Un projet basé sur un autre type de questionnaire qui examine les expériences concrètes des patients hospitalisés, et de ceux recourant au Service des urgences, devrait permettre d'obtenir plus d'informations utiles à l'amélioration de la qualité de la relation médecin-patient. Le projet débutera au cours de 1996 et durera un an, et sera conduit également en collaboration avec l'Hôpital cantonal d'Aarau.

5.1 AUSGANGSLAGE

In zunehmendem Ausmass wird das Verhältnis zwischen Patient und Arzt als ein Verhältnis zwischen Kunde und Anbieter gesehen, was z. B. in England zu weitreichenden Aktivitäten des General Medical Council geführt hat (Uebersicht bei: 1). Diese Entwicklung hat mehrere Gründe: Patienten, deren Erwartungen nicht erfüllt werden, sind möglicherweise unzufrieden mit ihrer Betreuung. Dies führt im niedergelassenen Bereich zum Wechsel des Arztes, im Spitalbereich, zumindest in Agglomerationen, in denen mehrere Anbieter vorhanden sind, zur Wahl eines anderen Spitals, von dem eine bessere Betreuung erhofft wird. Die Erwartungen der Patienten sind weiter ein wichtiger kostentreibender Faktor, wenn nicht gerechtfertigter diagnostischer oder therapeutischer Aufwand eingefordert und geboten wird. Daher setzt sich die Erkenntnis durch, dass "with patients emerging as important medical care partners, it is critical to understand their expectations for care" (2).

Um die Ausrichtung einer Organisation, in diesem Fall des Kantonsspitals Basel, zur Erbringung von Dienstleistungen (Versorgung und Betreuung von PatientInnen) an die Bedürfnisse ihrer Kunden anzugleichen, bedarf es einer genauen Feststellung eben dieser Bedürfnisse. Die Notfallstation bildet dabei die Nahtstelle zwischen der Aussenwelt mit Patienten, Angehörigen und Hausärzten einerseits und der Innenwelt des Spitals andererseits. Von daher ist die Notfallstation gleichsam die Visitenkarte des gesamten Spitals, die wesentlich zum Erscheinungsbild des Spitals in der Oeffentlichkeit beiträgt. Gerade in dieser Funktionseinheit ist es wesentlich, die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen zu kennen, um ihnen - soweit dies möglich ist - entgegenzukommen. Erhebungs-instrumente, die pauschal die Zufriedenheit der PatientInnen mit ihrer Versorgung messen, taugen dafür nicht. Sie liefern keine konkreten Anhaltspunkte dafür, wo und wie im Spital die Versorgung und Betreuung der PatientInnen zu verbessern wäre (3-8). Dieser Befund liess sich auch in einer von uns durchgeführten Erhebung an 270 Patienten der medizinischen Universitätspoliklinik bestätigen: die Patienten sind hochzufrieden, Unterschiede zwischen den betreuenden Aerzten finden sich weder hinsichtlich einzelner Fragen noch im Gesamtwert der Patientenzufriedenheit (9). Daher wird im vorliegenden Projektauftrag ein neues in den USA entwickeltes und inzwischen in Canada, England und in Deutschland (im Rahmen einer Validierungsstudie) erprobtes Verfahren eingesetzt. Die Antragsteller haben die Erlaubnis bekommen, die deutsche Uebersetzung eines in der Harvard Medical School entwickelten Fragebogens (10) zu benutzen, der in einer Arbeitsgruppe der Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung in Tübingen in Zusammenarbeit mit dem Demoskopischen Institut Allensbach validiert wurde. Mit diesem Instrument werden Patienten-Berichte ('reports') gesammelt, die die Erlebnisse und Wahrnehmungen der PatientInnen während ihres stationären Aufenthaltes abbilden.

5.2 KONSEQUENZEN BEI NICHTREALISIERUNG

Im Moment scheint das Know-How auf dem Gebiet der Qualitätssicherung zumindest im deutschschweizer Raum darauf beschränkt zu sein, Patientenzufriedenheit zu erfassen, also Bewertungen anstatt Berichte abzufragen. Es ist zu erwarten, dass unser Wissensvorsprung nur für eine gewisse Zeit aufrecht erhalten werden kann; in wenigen Jahren werden andere Spitäler ähnliche Untersuchungen durchführen. Ein aktuelles Beispiel ist das Kantonsspital Aarau, das mit der Unternehmensberatung McKinsey Verhandlungen führt, um von extern ein Qualitätssicherungsprojekt durchführen zu lassen.

5.3 UNTERSUCHUNGSBEREICH

Die Studie wird als sequentielle Kohortenstudie über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten durchgeführt, so dass 600 PatientInnen befragt werden können. Nach dem jetzigen Stand ist vorgesehen, alle Patienten zu befragen, die über die Notfallstation aufgenommen werden.

- 1 Patienten, die nach der Konsultation auf der Notfallstation nach Hause entlassen werden, erhalten einen Fragebogen vor der Entlassung, den sie zu Hause ausfüllen und mit beiliegendem Rückantwortkuvert an die Studienzentrale zurückschicken sollen. Wenn diese Patienten von anderen Personen begleitet werden, erhält die Begleitperson ebenfalls einen Fragebogen mit der Bitte, ihn auszufüllen und an die Studienzentrale zurückzusenden.
- 2 Patienten, die via Notfallstation auf Bettenstationen in der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Neurologie, der Dermatologie und der Geriatrie aufgenommen werden, erhalten den Fragebogen zur Situation auf der Notfallstation in den ersten zwei Tagen auf der Bettenstation, um rückblickend ihren Aufenthalt auf der NFS zu beurteilen. Diese Patienten werden vor ihrer Entlassung von den jeweiligen Bettenstationen gebeten, ihre Eindrücke von dem Aufenthalt auf den Bettenstationen rückblickend auf dem Fragebogen zur Situation auf Bettenstationen widerzugeben. Dieser Fragebogen wird bei der Entlassung ausgehändigt und an die Studienzentrale eingeschickt.

5.4 PROJEKTZIELE

- 1 Genaues Erfassen der Kundenwünsche bezüglich ihrer Betreuung im Spital;
- 2 Identifikation struktureller Schwachstellen im Spital, die verbessert werden müssen, wenn die Kundenzufriedenheit gesteigert werden soll.

5.5 BENÖTIGTE RESSOURCEN

Gesamtkosten (Personalkosten + Non-Personal-Kosten) ca. SFr. 150 500.-.

5.6 RAHMENBEDINGUNGEN

Bisher fehlend ist eine Planung der Raumsituation. Studienkoordination, Sekretariatsarbeiten, Eingabe und statistische Analyse der Daten benötigen fest allozierten Raum.

5.7 PROJEKTORGANISATION

5.7.1 Steuerungsausschuss

Im Steuerungsausschuss sollten VertreterInnen der folgenden Bereiche repräsentiert sein: ärztlicher Dienst, Pflege- und Reinigungsdienst, Spezialdienste und Sozialdienste sowie die Antragssteller. Bisher liegt vom Sozialdienst eine Zusage vor: Frau Susanne Koller wird diesen Bereich im Steuerungsausschuss vertreten.

5.7.2 Projektgruppe

Projektleitung:

Frau H. Weber, Frau M. Zierath, PD Dr. W Langewitz

ProjektmitarbeiterInnen:

Sekretärin (NN), Frau H. Weber, StatistikerIn

5.8 GROBER TERMINPLAN FÜR DAS GESAMTPROJEKT

Die Zeitdauer des Gesamtprojekts ist auf 12 Monate veranschlagt. Für die Vorbereitung sind drei Monate angesetzt, für die Rekrutierungsphase sind drei Monate kalkuliert. 6 Wochen nach Beginn der Rekrutierung beginnt die Auswertung der einlaufenden Fragebögen, die insgesamt 6 Monate beanspruchen wird. Ca. drei Monate sind für die Endauswertung des gesamten Datensatzes und die Erstellung eines Abschlussberichtes angesetzt.

Phase/Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Vorbereitung	xx	xx	xx									
Rekrutierung				xx	xx	xx						
Datenanalyse					x	xx	xx	xx	xx	xx	x	
Bericht										xx	xx	xx

5.9 INFORMATIONSPOLITIK

Es lassen sich grundsätzlich zwei Informationswege unterscheiden:

Zum einen wird der Steuerungsausschuss über die Gesamtergebnisse.

Auf Kliniksebene sollten Arbeitsgruppen installiert werden, die kliniks- resp. departementsintern eine Bewertung der von der Projektgruppe zur Verfügung gestellten Daten vornehmen. Für diese kliniks- bzw. departementsinterne Arbeit kann es sinnvoll sein, die Ergebnisse auch getrennt nach Funktionsbereichen zu analysieren, um gezielt Verbesserungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Das Projekt ist ein Schritt auf dem Weg zu einer konkreten Umsetzung gesundheitspolitischer und betriebswirtschaftlicher Vorgaben, nämlich der Ausrichtung des Kantonsspitals an Bedürfnissen und Wünschen der zu versorgenden Bevölkerung. Dies impliziert eine Darstellung der Studienergebnisse in der Öffentlichkeit und gegenüber politischen Entscheidungsträgern. Die Darstellung der Studienergebnisse nach aussen muss anonymisiert erfolgen, so dass auf einzelne Funktionsbereiche oder Kliniken/Departemente nicht rückgeschlossen werden kann. Für die Information der Öffentlichkeit ist auf die Ressourcen der Klinikverwaltung (Informationsbeauftragte/r) zurückzugreifen.

Die Arbeitsgruppen der Kliniken/Departemente verpflichten sich, innert drei Monaten nach Abschluss des Projektes dem Steuerungsausschuss zu berichten, welche Konsequenzen aus den dann vorliegenden Studienergebnissen gezogen werden. In gemeinsamen Sitzungen von Steuerungsausschuss und Arbeitsgruppen wird festgelegt, ob und wann eine Evaluation der Aenderungsmassnahmen erfolgt. Vorstellbar ist z. B., dass in der Funktionseinheit X der Klinik Y gezielt an einer Stichprobe von z. B. 100 konsekutiven Patienten überprüft wird, ob sich die Massnahmen 1 - 3 tatsächlich auf eine Verkürzung der Wartezeit des Patienten zwischen Klinikseintritt und erstem Kontakt mit einer Schwester/mit einem Arzt verkürzt haben.

5.10 ENTSCHEIDUNGSINSTANZEN

Oberste Entscheidungsinstanz ist der Steuerungsausschuss, er beauftragt die Projektgruppe mit der Durchführung der Studie. Die Projektgruppe entscheidet im Rahmen des Projektplanes (zeitlicher, personeller, finanzieller Rahmen) über die konkrete Umsetzung des Projektes. Die Arbeitsgruppen der beteiligten Kliniken/Departemente entscheiden über die allfälligen Konsequenzen in ihren Arbeitsbereichen.

5.11 LITERATUR

- 1 Winkler F: Complaints by patients. *BMJ* 1993;306:472-3.
- 2 Kravitz RL, Cape DW, Bhrany V, Leake B: Internal medicine patients' expectations for care during office visits. *J Gen Intern Med* 1994;9:75-81.
- 3 Bertakis KD, Roter D, Putnam SM: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991;32:175-181.
- 4 Levinson W, Dunn P: Does a questionnaire show patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 1986;209. (letter)
- 5 Matthews DA, Feinstein AR: A new instrument for patients' ratings of physician performance in the hospital setting. *J Gen Intern Med* 1989;4:14-22.
- 6 Roberts JG, Tugwell P: Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Services Research* 22;1987:637-654.
- 7 Cherkin DC, Hart LG, Rosenblatt RA: Patient satisfaction with family physicians and general internists: Is there a difference? *J Fam Pract* 1988;26(5):543-551.
- 8 Langewitz W, Wössmer Buntschu B, Kiss A, Lang Th: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient - Standortbestimmung ihrer Qualität und Verbesserungsmöglichkeiten. *Schweiz Med Wschr* 1992;122:475-480.
- 9 Langewitz W, Keller A, Denz M, Wössmer Buntschu B, Kiss A: Patientenzufriedenheits - Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? *PPmP* 1995;45:351-357
- 10 Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M et al: Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affairs* 1991:254-267.

6 SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES POUR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE AIGUE

Bernard Burnand¹, Karine Dupriez¹, Thomas Perneger², Marie-Denise Schaller³,
Jean-Michel Gaspoz⁴

RESUME

Un questionnaire court (24 questions) de mesure de la satisfaction des patients en rapport avec les soins reçus à l'hôpital, validé aux Etats-Unis puis traduit soigneusement en français (traduction, retraduction, 'focus groups' comprenant des patients), a été utilisé dans le cadre d'une étude de la qualité des soins médicaux fournis aux patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique aiguë. L'analyse préliminaire des résultats descriptifs des 495 premiers patients inclus révèle des scores de satisfaction compris entre 66/100 et 82/100. Les scores les plus faibles concernent notamment les modalités de départ de l'hôpital, et les informations reçues au cours du séjour. Cette analyse descriptive simple ne permet pas de tirer des conclusions quant aux déterminants de la satisfaction. Cependant, il apparaît que ce questionnaire est utilisable dans la pratique et constitue un instrument susceptible de fournir des informations utiles à l'amélioration de la qualité à l'hôpital.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein kurzer Fragebogen (24 Fragen) zur Zufriedenheit der Patienten im Hinblick auf die Qualität der Spitalpflege, der in den USA validiert und präzise ins Französische übersetzt worden war, (Übersetzung, Rückübersetzung, Einsetzen von « Focusgruppen » mit Patientenbeteiligung), wurde im Rahmen einer Studie über die Qualität der Pflege bei Patienten eingesetzt, die mit einer akuten ischämischen Herzkrankheit hospitalisiert worden waren. Eine Analyse der Angaben der ersten 495 Patienten zeigt ein Zufriedenheitsindex zwischen 66 und 82 von 100 möglichen Punkten. Die niedrigsten Raten betreffen besonders Spitalaustrittsmodalitäten und die während des Spitalaufenthaltes erhaltenen Informationen. Diese vorläufige beschreibende Analyse erlaubt nicht, Rückschlüsse auf die Ursachen, die einen Patienten den Spitalaufenthalt als befriedigend erleben lassen. Es scheint jedoch, dass dieser Fragebogen durchaus in der Praxis verwendbar ist und Auskünfte darüber geben kann, wie die Qualität der Pflege verbessert werden kann.

¹ Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

² Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Genève

³ Département de Médecine interne, Service des soins intensifs, CHUV, Lausanne

⁴ Département de Médecine interne, Hôpital cantonal universitaire, Genève

INTRODUCTION

Dans le cadre d'un projet d'évaluation de la qualité des soins hospitaliers centré sur les patients admis à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (HCUG) et au Centre hospitalier universitaire vaudois à Lausanne (CHUV) pour infarctus aigu du myocarde ou angor instable, il a été prévu d'examiner la satisfaction globale des patients¹. En ce qui concerne la satisfaction ou plutôt l'évaluation de certains aspects de la qualité selon les patients, il a été décidé d'utiliser un instrument de mesure existant et a priori valide. S'agissant d'un questionnaire qui allait être soumis à un large collectif de patients, auxquels il serait demandé de remplir d'autres formulaires, le questionnaire de satisfaction devait être court et auto-administré. Le choix s'est porté sur le 'Patient Judgment System', développé par un groupe interdisciplinaire de chercheurs pour Hospital Corporation of America, une organisation qui regroupe et dirige plusieurs centaines d'hôpitaux. Le questionnaire initial comprend 68 questions. La validité et d'autres performances du questionnaire ont été jugées suffisantes pour qu'il puisse être recommandé². Deux versions courtes du questionnaire (14 et 24 questions) ont également été validées³. Il s'agit d'un questionnaire de type évaluation ('rating') qui porte sur divers aspects des soins (admission à l'hôpital, attention des infirmières, etc.). Des résultats préliminaires et principalement descriptifs sont proposés dans ce rapport. En effet, l'inclusion des patients, débutée en été 1994 se poursuivra jusqu'en été 1996.

6.1 METHODE

Le projet est décrit en détail dans un article publié¹, par ailleurs fourni en annexe de ce rapport (Annexe 4). En bref, les patients admis dans les hôpitaux universitaires de Genève et Lausanne pour infarctus aigu du myocarde ou angor instable sont identifiés. Pour chaque patient inclus, des données concernant la sévérité de la maladie, les comorbidités, les traitements utilisés, l'évolution hospitalière, ainsi que l'état fonctionnel du patient et sa satisfaction par rapport aux soins reçus sont recueillies. Le taux de survie à 6 mois est calculé. Un interview, téléphonique, est alors réalisé à 6 mois qui permet, ainsi que la consultation des dossiers hospitaliers, de déterminer l'existence de récidives d'angor ou d'infarctus, d'éventuels nouveaux traitements, ainsi que le retour au travail et l'état fonctionnel du patient. La qualité des soins hospitaliers selon le patient (satisfaction) a été enregistrée au moyen d'un questionnaire remis au patient par l'infirmière de recherche avant sa sortie de l'hôpital ou envoyé à domicile si le patient n'avait pas pu être vu avant son départ. Une version française du questionnaire abrégé -Patient Judgment System 24- a pu être composée à partir d'une traduction soigneuse du questionnaire original long effectuée dans le cadre d'un projet de mesure de la satisfaction des patients à l'Hôpital de Saint-Loup / Orbe dans le Canton de Vaud⁴. Il s'agit d'un projet conduit par le Service de la santé publique du canton de Vaud en collaboration avec NCG Research, Nashville, Tennessee, USA, qui coordonne actuellement l'utilisation de ce questionnaire dans plus de 200 hôpitaux. Le résumé des résultats de l'enquête à l'hôpital de St-Loup/Orbe est fourni en annexe (Annexe 5). A noter que le même questionnaire a été utilisé au Tessin dans plusieurs hôpitaux à l'initiative de l'Ente Ospedaliere Ticinese. Une traduction soigneuse du PJS 24 a été effectuée, suivie d'une 'retraduction', et de discussions en groupe avec des patients

(focus group), et de tests préliminaires, pour s'assurer de la compréhensibilité du questionnaire. La version française du PJS 24 a ainsi pu être utilisée à des fins de recherche et développement avec l'accord des auteurs du PJS 24^{2,3}, de NCG Research, et des responsables du projet vaudois. Une adaptation des questions a été apportée afin que le questionnaire soit pertinent et adapté à l'hospitalisation dans un hôpital suisse, en particulier dans un hôpital universitaire.

La version adaptée du PJS 24 comprend 22 questions se rapportant aux aspects des soins suivants: admission à l'hôpital (2 questions), soins quotidiens à l'hôpital (2), information (3), soins infirmiers (5), soins médicaux (4), autre personnel de l'hôpital (2), autres aspects du séjour (2), départ de l'hôpital (2). Les modifications apportées par rapport au questionnaire original sont les suivantes: transfert d'une question concernant les injections et la pose de perfusions intraveineuses de la 'dimension' 'autre personnel de l'hôpital' à la 'dimension' 'soins infirmiers', remplacement des 'laborantines' par les 'physiothérapeutes' dans la dimension 'autre personnel' et élimination de 2 questions concernant la facturation. Le questionnaire comprend en outre des questions ouvertes relatives aux 'bonnes' ou 'mauvaises surprises' survenues en cours de séjour, à la recommandation de l'hôpital à d'autres utilisateurs potentiels, et à d'autres suggestions. L'échelle de réponse comprend les catégories suivantes: excellent, très bien, bien, passable, mauvais. La version française du questionnaire utilisé figure en annexe (Annexe 6).

6.2 RESULTATS

Les résultats présentés ici sont préliminaires et partiels car l'étude est encore en cours selon le calendrier prévu. Il s'agit donc de résultats essentiellement descriptifs des 495 premiers patients qui ont rempli un questionnaire de satisfaction. Il n'a pas été réalisé de tests statistiques dans cette analyse intermédiaire. En outre une analyse des performances du questionnaire (consistance interne, reproductibilité, etc.) n'est pas présentée à ce stade de la collection des données. Cette analyse porte sur 293 patients à l'HCUG, et 202 au CHUV. Les scores globaux sont donnés dans le Tableau 1 pour chacune des 7 dimensions de la satisfaction considérées. On note que la valeur maximale (100) est atteinte dans tous les scores, ce qui traduit un effet de 'plafonnement' particulièrement dans les 3 dimensions pour lesquelles le percentile 75 est aussi égal à 100. A l'inverse, l'effet 'plancher' est peu marqué, le minimum (0) n'est représenté que dans 3 dimensions.

La comparaison des résultats entre hommes et femmes indique que les scores sont systématiquement (dans les 8 dimensions) inférieurs chez la femme. La différence est en moyenne proche de 5 points (4.7/100).

Tableau 1. Distribution des scores du PJS 24 chez 495 patients hospitalisés pour infarctus aigu du myocarde ou angor instable.

N=495	Admission	Soins	Informa- tion	Infirmières	Médecins	Autre personnel	Autres aspects	Départ
Moyenne	82.3	77.5	71.6	80.5	79.0	74.8	66.4	68.0
P 25*	75.0	62.5	58.3	70.0	68.7	62.5	50.0	50.0
P 50	87.5	75.0	75.0	80.0	81.2	75.0	62.5	75.0
P 75	100	100	83.3	95.0	95.3	100	75.0	100
SD	17.7	20.7	19.9	16.1	18.3	19.7	21.7	27.7
Min-Max	0-100	12-100	17-100	20-100	6-100	0-100	0-100	0-100

* percentiles (P) 25, 50 (médiane) et 75, écart-type (SD), et valeurs extrêmes (Minimum et Maximum)

Tableau 2. Distribution des scores du PJS 24 chez 332 hommes hospitalisés pour infarctus aigu du myocarde ou angor instable.

Hommes n=322	Admission	Soins	Informa- tion	Infirmières	Médecins	Autre personnel	Autres aspects	Départ
Moyenne	83.3	78.3	73.4	82.2	80.0	76.3	68.3	70.5
P 25	75.0	62.5	58.3	71.2	68.7	62.5	50.0	50.0
P 50	87.5	75.0	75	85.0	81.2	75.0	75.0	75.0
P 75	100	100	91.7	95.0	100	100	87.5	100
SD	17.6	20.9	19.6	15.7	18.5	19.5	21.1	27.7
Min-Max	0-100	12-100	17-100	25-100	6-100	0-100	0-100	0-100

Tableau 3. Distribution des scores du PJS 24 chez 163 femmes hospitalisées pour infarctus aigu du myocarde ou angor instable.

Femmes n=163	Admission	Soins	Informa- tion	Infirmières	Médecins	Autre personnel	Autres aspects	Départ
Moyenne	80.3	75.8	67.7	76.9	76.8	71.5	62.6	62.8
P 25	75.0	62.5	50.0	70.0	66.7	50.0	50.0	50.0
P 50	75.0	75.0	66.7	75.0	75.0	75.0	62.5	75.0
P 75	100	100	83.3	90.0	93.7	75.0	75.0	75.0
SD	17.8	20.0	19.9	16.2	17.7	19.8	22.6	27.0
Min-Max	0-100	25-100	17-100	20-100	6-100	0-100	0-100	0-100

Les différences apparaissent peu importantes selon l'âge, les scores chez les personnes de 60 ans et plus sont proches des scores des personnes plus jeunes. Le statut d'assurance semble par contre pouvoir jouer un rôle (Tableau 4).

Tableau 4. Distribution des scores du PJS 24 chez 495 patients hospitalisés pour infarctus aigu du myocarde, selon le statut d'assurance: A. assurance obligatoire des soins, B. assurance complémentaire (privé).

A (n=409)	Admission	Soins	Info.	Infirmières	Médecins	Autre personnel	Autres aspects	Départ
Moyenne	81.3	77.0	70.3	79.7	77.9	73.9	66.3	67.1
P 25	75.0	62.5	54.2	70.0	68.7	62.5	50.0	50.0
P 50	75.0	75.0	75.0	80.0	75.0	75.0	62.5	75.0
P 75	100	100	83.3	95.0	93.7	100	75.0	100
SD	18.0	20.7	20.1	16.2	18.6	20.3	22.1	28.1
Min-Max	0-100	25-100	17-100	20-100	6-100	0-100	0-100	0-100

B (N=86)	Admission	Soins	Info.	Infirmières	Médecins	Autre personnel	Autres aspects	Départ
Moyenne	87.2	79.7	77.7	84.2	84.2	78.5	67.3	72.3
P 25	75.0	62.5	66.7	75.0	75.0	75.0	50.0	50.0
P 50	87.5	87.5	83.3	90.0	87.5	75.0	75.0	75.0
P 75	100	100	91.7	96.2	100	100	75.0	100
SD	15.4	20.4	18.8	14.8	15.8	16.3	19.7	25.5
Min-Max	37-100	12-100	42-100	40-100	19-100	50-100	25-100	0-100

La comparaison entre ces 2 groupes de patients indique, sans aucun ajustement pour aucune autre variable, que selon les patients hospitalisés en chambre privée ou semi-privée, la satisfaction des patients serait supérieure dans toutes les dimensions; la différence est de 5,1 points/100, pouvant aller jusqu'à 10% de différence relative. Les patients qui présentaient des comorbidités dès avant l'hospitalisation avaient en moyenne des scores inférieurs de satisfaction. En revanche, cette première analyse n'indiquait pas de scores plus bas chez les patients dont l'atteinte était plus sévère, telle qu'indiquée par la classification de Killip, ni par la présence d'interventions telles assistance ventriculaire, défibrillation, utilisation d'une sonde de Swan-Ganz, etc. Seule la présence de complications cardio-vasculaires au delà de la période initiale de soins intensifs paraissait associée avec des scores inférieurs de satisfaction.

6.3 COMMENTAIRES

Ce rapport est avant tout une illustration des informations fournies par un type de questionnaire d'évaluation de la qualité à l'hôpital par des patients traités dans le contexte singulier de manifestations aiguës d'une cardiopathie ischémique. L'analyse intermédiaire rapportée est très préliminaire, descriptive, univariée et bivariée, sans ajustement. Des conclusions en ce qui concerne les déterminants de la qualité selon les patients ne peuvent donc pas être apportées avec précision à ce stade.

En revanche, il est possible de dire que la qualité vue par les patients est en générale bonne, exprimée par des scores moyens et médians généralement compris entre 65 et 80. On remarquera qu'en ce qui concerne les informations reçues, les formalités de départ, et les autres aspects des soins (tranquillité, environnement architectural) près d'un quart des patients étaient peu satisfaits (score < 50/100).

En conclusion, ce questionnaire semble tout à fait utilisable par les patients et montre des scores grossièrement comparables à ce que l'on peut trouver dans la littérature. En outre, les résultats paraissent en mesure de fournir des informations utiles à l'amélioration des soins. L'analyse plus détaillée de l'ensemble des résultats pourra s'effectuer dès l'été 1996. Un rapport final de ce projet 'Vaud-Genève' est attendu pour fin 1996.

6.4 REFERENCES

- 1 Gaspoz JM, Schaller M.-D. Qualité des soins hospitaliers et satisfaction des patients: un projet Vaud-Genève. *Cah méd soc (Genève)* 1995;39:291-299.
- 2 Nelson EC, Hays RD, Larson C, Batalden PB. The patient judgment system: reliability and validity. *QRB* 1989;15:185-191.
- 3 Hays RD, Larson C, Nelson EC, Batalden PB. Hospital quality trends. A short-form patient-based measure. *Med Care* 1991;29:661-668.
- 4 Blanc T, Deschamps E. L'Hôpital de St-Loup/Orbe à l'écoute de ses patients. Service de la santé publique du Canton de Vaud & Hôpital de zone St-Loup/Orbe, Lausanne, 1995.

7 COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

Bernard Burnand, John-Paul Vader, Fred Paccaud
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

7.1 COMMENTAIRES

Ce projet de la Coopération entre les hôpitaux universitaires suisses, consacré à la mesure de la satisfaction des patients a permis d'acquérir de nouvelles connaissances, de réaliser des travaux de recherche et développement débouchant sur des résultats concrets, et de partager les expériences accumulées par les différentes équipes ayant participé.

Garantir la qualité des soins est un impératif dans le contexte des modifications rapides du système de santé. La qualité devant être garantie à un niveau approprié pour l'ensemble des services fournis, il n'est pas surprenant que de multiples mesures et démarches soient proposées. Dans de nombreuses approches de la qualité l'avis ou l'opinion du patient est important. Le jugement du patient peut concerner l'appréciation du résultat des soins ou être recherché dans l'optique de l'amélioration d'un processus de soins. Le patient est ainsi de plus en plus fréquemment sollicité pour jouer un rôle actif dans les soins. Son avis est également indispensable pour évaluer le résultat en termes d'effet sur le fonctionnement et la qualité de vie. Enfin sa participation aux décisions médicales est également à promouvoir. Si cette participation aux décisions médicales s'effectue sur la base d'une information adéquate et bénéficie d'un encadrement biopsychosocial adéquat, la satisfaction des patients devrait être influencée positivement.

Tout n'est cependant pas dit à propos de la mesure de la satisfaction des patients à l'hôpital. Dans le cadre de ce programme, des projets doivent être encore terminés ou réalisés. Leurs résultats seront transmis aux partenaires de la Coopération. Par ailleurs d'autres projets ont germé localement, en marge de cette entreprise, par exemple la préparation d'un nouveau questionnaire et d'une stratégie pour monitorer la satisfaction des patients hospitalisés au CHUV à Lausanne, qui devrait être effective au cours des prochains mois.

Ce projet souligne en outre la nécessité et l'utilité de coopérer à l'échelon national, et même au-delà, dans différents domaines des soins. Les modifications rapides du système sanitaire et la raréfaction des ressources doivent encourager la recherche d'efficacité dans ce domaine de la qualité où les initiatives, les projets, les propositions sont multiples mais trop souvent isolées et mal coordonnées. Les hôpitaux universitaires doivent à cet égard aussi avoir un rôle de leader et d'exemple dans la mise en place de mesures et d'interventions destinées à garantir et améliorer la qualité des soins et la qualité en général à l'hôpital. La recherche et le développement, attributs des institutions universitaires, doivent en conséquence également être encouragés dans ce domaine.

Enfin, il nous a semblé utile de préparer quelques recommandations quant à l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital par le patient, afin de fournir des éléments contributifs à l'amélioration de la qualité des soins.

7.2 RECOMMANDATIONS

- Se préoccuper de la santé du patient et de la communauté est l'objectif prioritaire des services de santé. Examiner la qualité des soins à l'hôpital par l'entremise de l'opinion des patients constitue ainsi un élément indispensable pour évaluer, maintenir, et améliorer la qualité des soins.
- Utiliser un questionnaire validé et éprouvé, dont les résultats sont interprétables, constitue la première étape de cette démarche.
- Il existe principalement deux types de questionnaire. Le premier type évalue le degré de satisfaction (*rating*) du patient à propos d'un domaine particulier (l'attention des infirmières, l'information donnée par les médecins). Le second type examine des points importants, liés à des aspects spécifiques du processus de soins (les résultats des examens ou test médicaux effectués ont-ils été expliqués de manière compréhensible ? Les médecins, les infirmières ont-ils préparé le patient aux douleurs qu'il subirait et au traitement antalgique qu'il pourrait obtenir ?); les réponses sont alors plutôt du type oui/non ou quantifient dans quelle mesure l'élément spécifique du processus de soin a été effectué (*report*). Les proposants du second type de questionnaire indiquent que ce type d'information permet un diagnostic plus précis des problèmes et facilite ainsi leur correction.
- Quel que soit le type de questionnaire choisi, il est important d'obtenir la participation des patients; un taux de réponse élevé doit être atteint. Il peut s'agir d'enquêter par téléphone, ou, de manière plus simple et moins coûteuse, par courrier (envoi à domicile 2-3 semaines après la sortie de l'hôpital). Dans ce dernier cas, plusieurs envois doivent être effectués, afin d'obtenir un taux de réponse satisfaisant (70-80 %).
- Un questionnaire central, court de préférence, commun à tout l'hôpital peut être au besoin complété par des questions spécifiques à une catégorie de patients (gynécologie et obstétrique, infection VIH, etc.).
- Le questionnaire ne doit pas être distribué à tous les patients, mais à des échantillons aléatoires, par exemple 300-400 patients/an, avec une stratification par service.
- Au besoin, si un problème particulier est détecté, dans un service par exemple, un questionnaire plus détaillé ou des interviews de patients peuvent être réalisés pour mieux comprendre et corriger le problème.
- Les résultats doivent être transmis en retour aux services et collaborateurs de l'hôpital et discutés.
- Un questionnaire sur la qualité des soins perçue par les patients ne permet pas de régler tous les problèmes de qualité à l'hôpital. Les aspects techniques des soins doivent notamment être examinés par d'autres méthodes.
- A ce stade, il ne paraît pas indispensable que le même questionnaire soit utilisé par l'ensemble des services des cinq hôpitaux universitaires. Un questionnaire central (*core questionnaire*) pourrait cependant être mis à disposition des hôpitaux universitaires qui pourrait être complété selon les besoins de chaque institution. Une version préliminaire d'un tel instrument est proposée en annexe à titre d'illustration (Annexe 7).

- L'objectif principal de la mesure subjective de la qualité par le patient n'est en effet pas de comparer les hôpitaux ou les services entre eux, mais de disposer d'un outil de dépistage des problèmes qui permet d'intervenir, afin d'améliorer la qualité.
- Poursuivre une collaboration entre les hôpitaux universitaires en ce qui concerne la mesure de la qualité par les patients. Cela pourrait se réaliser au sein d'un groupe qui réunirait le petit nombre de personnes en charge de cette question. Ce groupe informel pourrait se réunir afin de partager idées, expériences et résultats.

Cahiers médico-sociaux. 1995, 39, 281-290

LA MESURE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS Une introduction au concept et aux modalités

par Bernard BURNAND*, Marco LORENZINI**, John Paul VADER***
et Fred PACCAUD***

Résumé

Déterminer la satisfaction des patients envers les soins reçus est une démarche *a priori* assez naturelle dans l'examen de la qualité des soins médicaux. Cependant, on pourrait craindre que les résultats ne révèlent une insatisfaction importante et que les patients ne soient en mesure de ne donner un avis que sur des aspects marginaux des soins. En fait, l'insatisfaction est systématiquement faible, typiquement de l'ordre de 15%. En outre, les patients sont souvent en mesure d'avoir un avis sur divers aspects des soins médicaux, notamment les relations et communications entre médecins et patients, ainsi que la continuité des soins. La satisfaction est considérée à la fois comme une mesure du résultat des soins et comme une mesure de processus, obtenue par exemple en comparant les attentes du patient et son expérience réelle. Les bases théoriques et le concept même de satisfaction du patient sont cependant insuffisamment développés, qui nécessitent encore un effort de recherche indispensable. Cet état de fait n'a pas empêché le foisonnement de questionnaires, utilisés tant à l'hôpital qu'en pratique ambulatoire, mais seule une minorité de ceux-ci est utile.

Mots-clés

Satisfaction du patient – Qualité des soins – Questionnaires – Services de soins.

Introduction

S'intéresser à la satisfaction du patient en tant que mesure du résultat des soins reçus n'est pas qu'une innovation résultant de l'activisme des mouvements consuméristes ou d'un « clientélisme » issu de politiques de marketing développées par des hôpitaux privés. En effet, il y a une quarantaine de siècles environ.

* Médecin Adjoint. Privat Docent, Maître d'enseignement et de recherche, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 17, rue du Bugnon, CH-1005 Lausanne.

** Office de la planification et de l'évaluation, Hospices cantonaux, 21, rue du Bugnon, CH-1005 Lausanne.

*** Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 17, rue du Bugnon, CH-1005 Lausanne.

le code babylonien développé par Hammurapi stipulait que le médecin ne recevrait des honoraires que si le traitement était couronné de succès (1). Le patient devait donc être satisfait du résultat. Plus récemment, c'est à partir des années 1950 que l'intérêt pour la mesure de la satisfaction des patients s'est développé à travers de nombreuses publications et le développement d'instruments de mesure, dans le cadre de l'évaluation comparative de différents systèmes de soins, notamment aux Etats-Unis dès la fin des années 1970 (2). Très rapidement, la satisfaction du patient est considérée, à l'instar de la qualité de vie liée à l'état de santé, comme l'une des mesures importantes des résultats des prestations sanitaires (3), et donc comme un élément appréciable à prendre en compte dans l'évaluation des soins. Cependant ces développements ont souvent été effectués en l'absence de cadre théorique élaboré (4, 5), les efforts de conceptualisation (6) demeurent incomplets (7). En outre, les approches méthodologiques et les instruments de mesures restent peu standardisés (4, 8).

Le concept de satisfaction

Le concept de satisfaction est difficile à cerner (9), étant donné l'influence de l'environnement social et culturel, des expériences passées, des attentes, et des idéaux sur les phénomènes qu'il cherche à synthétiser. Le concept de satisfaction à l'égard des soins reçus est considéré comme une dérivation de la notion générale de satisfaction (10). Mais la satisfaction est aussi définie comme la réaction de l'individu aux événements marquants de son contact avec les services de soins (11). Une des difficultés est la méconnaissance de l'influence du besoin de soins perçu par un individu sur ses « normes » de satisfaction (8). Dans tous les cas, il s'agit d'une évaluation personnelle qui dépasse la stricte description des faits; la satisfaction est essentiellement subjective (12). C'est là d'ailleurs l'intérêt de ces informations qui apportent un autre éclairage que celui du médecin, de l'infirmier, ou de l'administrateur.

Composantes de la satisfaction du patient

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la satisfaction comporte des dimensions distinctes. Six dimensions, décrites dans un rapport de la Health Policy Advisory Unit britannique (13), sont citées par Carr-Hill (10) et concernent le milieu hospitalier:

- informations et soins médicaux;
- équipement;
- environnement intangible;
- nourriture;
- soins infirmiers;
- visites.

D'autres dimensions ont été identifiées par Hall et Dornan dans leur méta-analyse (4) (Tableau I). Enfin, une autre classification des dimensions de la

satisfaction est mentionnée ci-après dans la description d'un instrument récent de mesure de satisfaction du patient hospitalisé (Patient Judgment of Hospital Quality).

Tableau I: Dimensions de la satisfaction des patients*

Dimensions couvertes par les études analysées	Proportion des études incluant la dimension (%)
dignité humaine	65
information	50
qualité globale	45
satisfaction globale	44
compétences techniques	43
aspects administratifs	28
accès, disponibilité	27
coûts	18
équipement	16
continuité des soins	6
résultats (sanitaires)	4
problèmes extra-médicaux (psycho-sociaux)	3

* Adapté selon référence 4 (Hall & Dornan, 1988).

Mesure de résultat ou de processus?

La satisfaction est considérée comme une mesure du résultat des soins prodigués, d'une part, et comme une mesure du processus de soins, d'autre part. Pour illustrer cette distinction nous proposons les deux exemples suivants:

1. *l'efficacité comparée du pontage coronarien et de l'angioplastie transluminale peut se mesurer en termes de: durée de survie, proportion de récurrences, complications, satisfaction du patient. Il s'agit là d'une mesure du résultat qui est utile si les proportions d'événements graves (décès, infarctus, hémorragies) et de complications étaient comparables après plusieurs années de suivi.*
2. *la comparaison des attentes du patient avant la mise en place d'une prothèse de hanche pour arthrose avec sa satisfaction à différentes étapes de son parcours hospitalier et de sa réadaptation correspond à une évaluation du processus de soin. Dans ce cas, les attentes du patient correspondent à des normes personnalisées, auxquelles est confrontée la réalité du processus de soin: confrontation qui génère un certain degré de satisfaction de la part du patient.*

Le premier exemple permet, d'une part, une évaluation comparative plus globale des deux procédures, et fournit d'autre part des éléments utiles au patient dans l'optique d'une participation au choix entre deux traitements. La seconde illustration – satisfaction espérée et observée – indique une possibilité d'évaluer un processus de soins en identifiant certaines prestations inadéquates ainsi que diverses pannes du système.

Pourquoi mesurer la satisfaction du patient ?

Dans le contrat individuel qui le lie à son patient, le médecin s'engage à *tout* mettre en œuvre pour le soigner, et donc implicitement à satisfaire les demandes du patient. Selon cette prémisse, l'efficacité des soins médicaux devrait être étroitement liée à la satisfaction du patient. La recherche empirique a indiqué que l'observance d'un traitement pouvait être associée à la satisfaction du patient. Ley cite des associations entre les deux mesures (coefficients de corrélation de 0,13 à 0,67) (14), qui n'ont pas été confirmées. L'existence d'une relation entre satisfaction du patient et efficacité des soins médicaux n'est pas prouvée. Vuori indique cependant que des soins qui visent à satisfaire le patient sont préférables à des soins qui ne considèrent pas cette dimension (15).

Dans le cadre d'études comparant différentes formes de services de soins, il a été observé que les patients randomisés pour recevoir des soins d'un plan de santé (HMO) étaient globalement moins satisfaits (insatisfaction: 15%) que ceux qui avaient été affectés à recevoir des soins remboursés à l'acte (10%) (2). Une étude qui explorait le choix du lieu de soins envisagés par des patients face à un symptôme précis a indiqué que la satisfaction pouvait être un déterminant de ce choix (16). Une analyse discriminante a montré qu'en présence de douleurs précordiales ou d'hémorragie digestive supérieure, le choix de consulter son médecin traitant ou un centre d'urgences était fonction d'une ou plusieurs dimensions du Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ): à savoir les aspects de « relation médecin-patient », de « continuité des soins », et de facilité d'accès – indépendamment du financement (16). Une autre hypothèse était que le patient insatisfait a plus fréquemment tendance à changer de prestataires de soins. Par exemple: les changements de médecin au cours d'une année (>50% de consultations obtenues auprès d'un autre médecin dans l'année suivant la consultation index) étaient plus importants (66% vs 42%) chez les patients ayant les scores de satisfaction les plus bas (PSQ tertile inférieur vs tertile supérieur) (17). Les proportions de départs d'un plan de santé (3-31%) étaient négativement corrélées avec la satisfaction (16). Une diminution de 1 point sur l'échelle PSQ correspondait à une augmentation de 3,4% de la probabilité de départ.

Mesurer la satisfaction

En l'absence de bases théoriques établies, il peut sembler vain de persister à vouloir mesurer un concept flou dont il ne sera pas possible de mesurer la validité. Nous allons néanmoins examiner pragmatiquement les différentes approches utilisées.

Des instruments simples ont été utilisés comme la « détermination à payer les soins » – probablement non valide (18), la sollicitation expresse de la formulation de plaintes en présence de non-satisfaction – jugée utile dans un centre de soins de premier recours (19), ou une échelle analogique visuelle (13). D'autres questionnaires courts comprenant quelques questions ont été développés; la principale difficulté est que la mesure de satisfaction varie assez largement selon le type d'échelle utilisée (13).

Parmi les questionnaires multidimensionnels, le PSQ (12) a été beaucoup utilisé, dans plusieurs versions ou adaptations (13). L'approche est mixte faisant référence tant au médecin en général qu'à son propre médecin, les analyses préliminaires ayant montré que la validité et la stabilité du questionnaire n'étaient pas influencées par la formulation (20), quand bien même le jugement est systématiquement meilleur lorsque les questions se réfèrent aux soins particuliers reçus par le patient par rapport à un avis général (21). Le Client Satisfaction Questionnaire (22), le Satisfaction with Physician and Primary Care Scale (23), l'Evaluation Ranking Scale (24), et le Medical Interview Satisfaction Scale (25) sont des échelles qui ont été utilisées à plusieurs reprises dans des études évaluant la satisfaction des patients concernant les soins primaires reçus. L'intérêt à disposer d'instruments aptes à prédire quel patient est susceptible de quitter un HMO a même conduit au développement d'instruments spécifiques pour les HMO (26, 27).

Curieusement, les questionnaires destinés à mesurer la satisfaction des patients hospitalisés ne sont pas nombreux: trois seront mentionnés. Cleary et collaborateurs ont développé un questionnaire multidimensionnel dont les questions sont intentionnellement précises – « Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient vos médicaments? » (28). Ce questionnaire a été conçu pour rapporter des faits et non pour obtenir un degré de satisfaction. Ce questionnaire a été utilisé dans une étude effectuée dans 62 hôpitaux affiliés à l'American Hospital Association (29), qui a indiqué notamment que la perception par le patient de son état de santé était le déterminant principal de la satisfaction et a souligné l'importance des aspects de communication avec les patients. Des conclusions semblables ont été rapportées par les auteurs d'une enquête similaire conduite dans des hôpitaux canadiens (30). Un autre questionnaire utilisé par les hôpitaux affilié à l'Hospital Corporation of America est le Patient Judgment System (31) qui comprend 68 items et des rubriques se rapportant aux bonnes et mauvaises surprises éprouvées par les patients hospitalisés (32).

Dans la même ligne, le Patient Judgment of Hospital Quality a été très soigneusement développé (33). Il comprend 46 items clés répartis en des dimensions, ou sous-échelles, qui suivent le parcours hospitalier habituel d'un patient: admission (4 items), soins quotidiens (14), soins infirmiers (5), soins médicaux (5), personnel paramédical (3), environnement et conditions de séjour (10), départ de l'hôpital (3), facturation (2). La construction de ce questionnaire tient compte de cinq critères psychométriques généralement reconnus pour le développement d'un instrument:

- inclusion des dimensions qui représentent chacune des composantes principales des soins reçus dans un hôpital (dérivées d'interviews ouvertes avec des professionnels de la santé, des patients, leurs proches);

- la cohérence interne d'une sous-échelle doit être au moins de 0,70 (habituellement exprimée par le coefficient alpha de Cronbach);
- les sous-échelles doivent mesurer des concepts clairement distincts;
- les sous-échelles doivent être associées à au moins une autre mesure de qualité;
- les scores des sous-échelles doivent varier indépendamment les uns des autres dans des populations distinctes.

Un questionnaire de satisfaction a été récemment développé en Grande-Bretagne à l'intention des usagers du système de santé (34). Bien que ce questionnaire ait été considéré comme valide pour l'examen de routine de la qualité des soins à l'hôpital (35), son fondement et son développement ont été critiqués dans la mesure où il s'agit d'un instrument destiné aux gestionnaires (10).

La satisfaction du patient en relation avec les soins infirmiers est l'une des dimensions incluses dans les questionnaires cités ci-dessus. Un questionnaire développé il y a plus de vingt ans (36) pour sonder l'opinion des patients à l'égard des soins infirmiers a été adapté dans quelques études, qui ont mis en évidence certaines limites de la version initiale. Il y a actuellement recrudescence d'intérêt pour ce type d'instruments (37), et pour les utiliser dans le contexte de la restructuration des systèmes de soins (38).

Enfin, des formes courtes de certains questionnaires ont été développées pour faciliter leur utilisation de routine. C'est le cas de formes abrégées du Patient Judgement System (10, 20 ou 24 questions) (39).

Commentaires

Evaluer la satisfaction des patients ne se résume pas à l'examen des questionnaires (souvent limités à des aspects de confort hôtelier et de nourriture) qui sont distribués aux patients ayant séjourné dans un hôpital et auxquels seule une minorité de patients répond. Cependant, en dépit des nombreux articles publiés dès la fin des années 80 (20), et des multiples instruments développés et utilisés de routine, force est de constater l'insuffisance des bases théoriques et du concept de satisfaction du patient. Les différences observées dans les mesures effectuées simultanément au moyen de plusieurs instruments en est une illustration (18, 40). En outre, en l'absence d'un concept clair, la validité des mesures effectuées ne peut pas être établie. L'engouement décrit pour les mesures de satisfaction a aussi été influencé par les mouvements consuméristes et l'arrivée à la direction administrative de nombreuses institutions sanitaires de dirigeants et gestionnaires qui ont importé des techniques de gestion d'autres branches d'activités de service.

Néanmoins, pragmatiquement, les informations résultant de l'évaluation de la satisfaction des patients peuvent apporter des éléments utiles à la promotion de la qualité des soins, si l'on tient compte de diverses limitations. Ainsi, les résultats obtenus indiquent typiquement un niveau élevé de satisfaction, de l'ordre de 80% (4). Cette distribution asymétrique des résultats a des implications dans l'analyse: car un manque de variabilité limite l'exploration d'associa-

tions avec d'autres variables et nécessite d'examiner plus finement l'opinion des patients « globalement satisfaits ». Si la satisfaction du patient est considérée par la majorité des auteurs comme une variable multidimensionnelle (41), le nombre de dimensions à inclure dans un instrument n'est pas clairement précisé. Au demeurant les dimensions peuvent varier en nombre et qualité selon le contexte fixé (hôpital, ambulatoire, réadaptation, etc.), le système de soins, et les objectifs visés (10).

En ce qui concerne la satisfaction envers les soins médicaux, les patients sont parfois en mesure d'apprécier les compétences techniques ou l'habileté du médecin. Cependant, ce sont les aspects de relation médecin-patient, de communication et d'information, ainsi que la continuité des soins que les patients sont le mieux à même d'évaluer et qui sont les éléments le plus souvent développés dans les questionnaires. Ces questionnaires apparaissent d'ailleurs comme l'instrument privilégié de mesure de la satisfaction des patients. Cela provient en partie du fait que la littérature médicale, socio- ou psychomédicale publie le plus souvent les résultats d'études expérimentales ou de mise au point de questionnaires. Cependant, la sollicitation expresse de l'avis des patients, l'analyse des plaintes ou suggestions, les interviews systématiques d'un échantillon de patients, ou les interviews aléatoires de patients par une infirmière ou une autre personne en charge de la qualité sont autant d'autres modalités d'interroger la satisfaction des patients qui permettent aussi, si elles sont bien utilisées, de fournir des résultats contributifs à l'amélioration de la qualité des soins.

Dans une récente enquête sur la qualité des soins conduite auprès des chefs de service des cinq hôpitaux universitaires suisses (42), la satisfaction des patients était, de manière inattendue, l'indicateur de qualité des soins le plus fréquemment souhaité pour monitorer la qualité. Néanmoins, seuls des questionnaires de satisfaction simples, s'intéressant plutôt à la satisfaction globale ou à des aspects hôteliers, sont actuellement distribués systématiquement dans certains hôpitaux, sans impact évident. L'utilisation, à titre expérimental, de questionnaires plus élaborés, issus du PSQ et du PJS est actuellement en cours dans plusieurs hôpitaux suisses. Parallèlement, se conduit l'analyse comparée des attentes et des satisfactions de patients hospitalisés pour une procédure diagnostique élective, dans le but de détecter les phases critiques du processus de soins, telles que perçues par le patient.

Conclusions

Ce texte a été préparé comme une introduction au concept et à la mesure de la satisfaction des patients. Une revue assez complète de la question a été publiée il y a quelques années par Fitzpatrick (43, 44). Les mesures de satisfaction des patients vont progressivement se généraliser comme un indicateur important du résultat des soins. Utilisée comme instrument d'évaluation, l'insatisfaction peut permettre de révéler des éléments du processus de soins qui sont à améliorer. Ces deux modes d'utilisation – résultat et processus – contribuent à mieux cerner et garantir la qualité des soins. Cet objectif sera plus facilement

atteignable si la recherche et le développement permettent de préciser le concept de la satisfaction.

Note

Ce travail a été financé en partie par le Fonds de collaboration des Hôpitaux universitaires suisses (Projet «Assurance de la qualité des soins») et par l'Association pour la collaboration Vaud-Genève (Projet «Evaluation de la qualité des soins hospitaliers et de la satisfaction globale des patients»).

Références bibliographiques

1. FINET A. (1983): Le code de Hammurapi. Introduction, traduction et annotation. Paris. Les Editions du cerf.
2. DAVIES A.R., WARE J.E., BROOK R.H., PETERSON J.R., NEWHOUSE J.P. (1986): Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service medical care: results from a randomized controlled trial. *Health Serv Res*, 21, 429-435.
3. DONABEDIAN A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.
4. HALL J.A., DORNAN M.C. (1988): Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc. Sci. Med.*, 27, 637-644.
5. THOMPSON A.G.H., SUNOL R. (1995): Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory, and evidence. *Int. J. Qual Health Care*, 7, 127-141.
6. LINDER-PELZ S. (1982): Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.*, 16, 577-582.
7. LINDER-PELZ S. (1982): Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc. Sci. Med*, 16, 583-589.
8. CLEARY P.D., MCNEIL B.J. (1988): Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*, 25, 25-36.
9. PASCOE G.C. (1983): Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6, 185-210.
10. CARR-HILL R.A. (1992): The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*, 14, 236-249.
11. PASCOE G.C. (1983): Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6, 185-210.
12. WARE J.E., SNYDER M.K., WRIGHT W.R., DAVIES A.R. (1983): Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.
13. LEY P. (1990): Communicating with patients: improving communication, satisfaction and compliance. London. Chapman & Hall.
14. VUORI H. (1991): Patient satisfaction – does it matter? *Quality Ass in Health Care*, 3, 183-189.
15. WARE J.E., DAVIES A.R. (1983): Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Plannning*, 6, 291-297.
16. MARQUIS M.S., DAVIES A.R., WARE J.E. (1983): Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. *Medical Care*, 21, 821-829.
17. Health Policy Advisory Unit. (1989): The patient satisfaction questionnaire. Sheffield, HPAU.

18. ROSS C.K., STEWARD C.A., SINACORE J.M. (1995): A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*, 33, 392-406.
19. PIETRONI P.C., DE URAY-URA S. (1994): Informal complaints procedure in general practice: first year's experience. *BMJ*, 308, 1546-1548.
20. VAN CAMPEN C., FRIELE R.D., KERSSSENS J.J. (1992): Methods for assessing patient satisfaction with primary care. Review and annotated bibliography. Utrecht, NIVEL. Netherlands Institute of Primary Care, (Bibliography nr 35).
21. HAYS R.D., WARE J.E. (1986): My medical care is better than yours: social desirability and patient satisfaction ratings. *Medical Care*, 24, 519-524.
22. LARSEN D.L., ATKISSON C.C., HARGREAVES W.A., NGUYEN T.D. (1979): Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
23. HULKA B.S., ZYZANSKI S.J., CASSEL J.C., THOMPSON J.C. (1970): Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. *Medical Care*, 8, 429-435.
24. PASCOE G.C., ATTKISSON C.C. (1983): The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 335-347.
25. WOLF M.H. *et al.* (1978): The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behaviour. *J. Behavioural Med.*, 1, 391-400.
26. WEISS B.D., SENF J.H. (1990): Patient satisfaction survey instrument for use in health maintenance organizations. *Medical Care*, 28, 434-445.
27. CRYNS A.G., NICHOLS R.C., KATZ L.A., CALKINS E. (1988): The hierarchical structure of geriatric patient satisfaction. An older patient satisfaction scale designed for HMOs. *Medical Care*, 27, 802-816.
28. CLEARY P.D., KEROY L., KARAPANOS G., McMULLEN W. (1989): Patient assessments of hospital care. *Quality Rev Bull*, 15, 172-179.
29. CLEARY P.D., EDGMAN-LEVITAN S., ROBERTS M., *et al.* (1991): Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff*, 10, 254-267.
30. CHARLES C., GAULD M., CHAMBERS L., O'BRIEN B., HAYNES R.B., LABELLE R. (1994): How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. *Can. Med. Assoc. J.*, 150, 1813-1822.
31. NELSON EC, HAYS R.D., LARSON C., BATALDEN P.B. (1989): The Patient Judgment System: reliability and validity. *Quality Rev. Bull.*, 15, 185-191.
32. NELSON EC, LARSON C. (1993): Patients' good and bad surprises: how do they relate to overall patient satisfaction? *Quality Rev. Bull.*, 19, 89-94.
33. METERKO M., NELSON E.C., RUBIN H.R., *et al.* (1990): Patient judgements of hospital quality: a pilot study. *Medical Care*, 28(suppl), S1-S56.
34. GRITZNER C. (1993): The CASPE patient satisfaction system. *In*: Fitzpatrick R, Hopkins A (eds). Measurements of patients' satisfaction with their care. London. Royal College of Physicians of London.
35. SMITH C. (1992): Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance Health Care*, 4, 171-177.
36. RISSER N. (1975): Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care. *Nursing Res.*, 24, 45-52.
37. THOMAS L.H., MACMILLAN J., MCCOLL E., PRIEST J., HALE C., BOND S. (1995): Obtaining patients' view of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *Int. J. Qual Health Care*, 7, 153-163.
38. JAKOBSSON L., HALLBERG I.L., LOVÉN L., OTTOSSON B. (1994): Patient satisfaction with nursing care, evaluation before and after cutback in expenditure and intervention at a surgical clinic. *Int. J. Qual Health Care*, 6, 361-369.

39. HAYS R.D., LARSON C., NELSON E.C., BATALDEN P. (1991): Hospital quality trends. A short-form patient-based measure. *Medical Care*, 29, 661-668.
40. PASCOE G.C., ATTKISSON C.C., ROBERTS R.E. (1983): Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 359-371.
41. LEWIS JR. (1994): Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci. Med.*, 39, 655-670.
42. GRAZ B., VADER J.P., BURNAND B., PACCAUD F. (1994): Qualité des soins médicaux: Rapport de l'enquête sur les activités en matière d'assurance de qualité des soins médicaux dans les hôpitaux universitaires suisses. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (Cah Rech Doc IUMSP N° 115).
43. FITZPATRICK R. (1991): Surveys of patient satisfaction I: Important general considerations. *BMJ*, 302, 887-889.
44. FITZPATRICK R. (1991): Surveys of patient satisfaction II: Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ*, 302, 1129-1132.

**Qualité des soins médicaux
La place de la satisfaction du patient**

**Qualität der medizinischen Versorgung:
Bedeutung der Zufriedenheit der Patienten**

**Quality of medical care
Role and place of patient satisfaction**

Un séminaire proposé par la Coopération entre les hôpitaux universitaires suisses, dans le cadre d'un projet sur la qualité des soins et la garantie de la qualité.

Vendredi 8 décembre 1995

à l'Hôtel Mövenpick Radisson, Lausanne

*** Programme ***

Organisé par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Programme

- 08h.30 *Welcome*
- 09h.00 Opening remarks, Fred Paccaud, IUMSP, Lausanne
- 09h.10 **‘Why measure patient satisfaction ?’**, Anthony Hopkins,
Royal College of Physicians, London, GB
- 10h.00 ** **Instruments tested in Switzerland:**
‘Patient Judgment System’, Bernard Burnand, IUMSP, Lausanne
‘An adaptation of the patients’ satisfaction questionnaire’, Thomas Perneger,
Institut de médecine sociale et préventive, Genève
- 10h.50 *Pause*
- 11h.10 **‘Patient reports as a measure of quality’**, Paul D. Cleary,
Harvard Medical School, Boston, USA
- 12h.00 Issues in measuring patient satisfaction. A round table
discussion: A. Hopkins, P.D. Cleary.
- 13h.00 *Lunch*
- * **Parallel workshops**
- 14h.30 Each participant can attend 3 consecutive
- 15h.20 workshops to be chosen among the 5 listed
- 16h.10 below (a - e)
- 17h.00 Summing up
- 17h.15 *End*

*Workshops

- a) Wie lassen sich Patientenbefragungen im Spital nutzen ?
M. Zierath, Basel
- b) Utilisation d’un questionnaire de mesure de satisfaction des patients à l’hôpital.
T. Blanc, Lausanne, et F. Barazzoni, Bellinzona
- c) Utilisation d’un questionnaire de mesure de satisfaction des patients en pratique
ambulatoire.
T. Perneger, Genève
- d) Satisfaction du patient: approche de la question par interview à l’hôpital.
M. Lorenzini, Y. Egli, Lausanne
- e) Patientenzufriedenheit als Ausgangspunkt für Prozessverbesserungen: das Project
Kardiologie Bern/Basel
H. Jucken, Zürich et M. Langenegger, Berne

- ** **‘A rating instrument: the Patient Judgment System’**, Celia Larson,
Department of Evaluation and Assessment, Metropolitan Health Department, Nashville, USA
Conférence annulée au dernier moment pour raison de force majeure et remplacée par les deux exposés
de T. Perneger et B. Burnand.

Résumé

Cette réunion était avant tout destinée aux personnes responsables et intéressées par les questions de qualité dans les hôpitaux universitaires. L'invitation à ce colloque a été faite par adressage ciblé. Le but était d'une participation de 50 à 100 personnes. En fait, 78 personnes y ont participé, dont 17 de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, 8 du CHUV, 7 de l'Hôpital cantonal de Bâle, 3 de l'Hôpital universitaire de Zurich et 2 de l'Inselspital de Berne. Quatorze participants étaient en provenance de diverses institutions sanitaires, dont d'autres hôpitaux et des services de santé cantonaux. La Fédération des médecins suisses, l'Institut suisse de santé publique et l'Institut de droit de la santé de Neuchâtel étaient représentés.

Les exposés des orateurs principaux invités, Anthony Hopkins et Paul Cleary, ont permis de cerner le sujet, de souligner les problèmes et les difficultés et d'apporter des éléments de réponse sous la forme de questionnaires validés. La qualité scientifique de ces présentations a clairement montré que la qualité des soins selon le patient, était une mesure valide de la qualité des soins à l'hôpital.

Les ateliers de l'après-midi ont permis de faire le point sur les projets terminés ou en cours en Suisse dans ce domaine. Ils ont également permis de nombreux échanges et discussions.

En conclusion, l'organisation de telles journées devrait être poursuivie sur d'autres thèmes relatifs à la qualité dans le cadre des hôpitaux universitaires suisses.

Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung?

Wolf Langewitz; Anne Keller; Martin Denz*; Brigitta Wössmer-Buntschu; Alexander Kiss

Abteilung Psychosomatik im Departement Innere Medizin, Universitätskliniken Basel

* Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich

Patient Satisfaction Questionnaire: a valuable tool to assess the quality of doctor-patient relationships

The relationship between doctor and patient receives increasing interest in the public press and in scientific discussions. An increasing number of intervention studies aiming at an enhancement of doctor-patient communication is currently in action. This paper examines the potential of a patient satisfaction questionnaire (PSQ) to assess the need for such an intervention study or to identify those residents who would profit most from an intervention. We investigated a sequential sample of 257 outpatients at the Outpatient Clinic of a Medical University Clinic (137 men, 120 women, mean age 42 ± 17 years) who were seen by eleven residents for the first time. We used the german translation of an american 14-item questionnaire. Typical psychosocial characteristics of the sample were also assessed. 73.2 percent of the patients are "satisfied" or "very satisfied" with various physician activities during the examination, the mean sum score of the PSQ is 60.1 ± 7.1 points (range: 39–70 points; maximum score: 70 points). Residents reach a mean total score between 58 and 63 points. Neither in single items nor in the sum score was there any significant difference between residents. We found no differences in PSQ values attributable to sociodemographic variables. The results show that the PSQ is not able to identify those residents to whom intervention studies should be offered in order to enhance psychosocial skills. Its use as an evaluation tool seems also limited because patient satisfaction is very high already prior to an intervention.

Key words

Patient satisfaction – evaluation – communication skills – outpatient – internal medicine – assessment

Zusammenfassung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient steht zunehmend mehr im Mittelpunkt öffentlicher und wissenschaftlicher Diskussionen. Interventionsstudien zur Verbesserung des Arzt-Patient-Gesprächs werden vermehrt eingesetzt. In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, ob sich durch die Erfassung der Patientenzufriedenheit einerseits die Notwendigkeit solcher Interventionsstudien belegen lässt und ob sich andererseits diejenigen Assistentinnen und Assistenten finden lassen, die von einer solchen Intervention am meisten profitieren würden. Untersucht wird eine sequentielle Kohorte von Patienten einer medizinischen Universitätspoliklinik ($n = 257$; 137 Männer, 120 Frauen; mittl. Alter = 42 ± 17 Jahre), die von 11 Assistentinnen und Assistenten bei ihrem Erstkontakt mit der Poliklinik untersucht wurden. Eingesetzt wird die deutsche Übersetzung eines 14-Item-Fragebogens zur Erfassung von Patientenzufriedenheit (PZF) sowie typische soziodemographische Angaben. Es zeigt sich, daß 73.2% der Patienten entweder „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ mit unterschiedlichen ärztlichen Aktivitäten während der Erstuntersuchung waren, der durchschnittliche Summenscore des PZF liegt bei $60,1 \pm 7,1$ Punkten (Bereiche: 39–70 Punkte; maximale Punktzahl: 70 Punkte). Die einzelnen Assistentinnen und Assistenten erreichen zwischen 58 und 63 Punkte. Weder in Einzelfragen noch im Summenscore ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Assistenten. Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen sind nicht nachweisbar. Die Ergebnisse zeigen, daß der PZF nicht geeignet ist, Interventionsprogramme zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation gezielt einzusetzen. Sein Einsatz als Evaluationinstrument solcher Programme erscheint fraglich, da bereits vor einer Intervention hoch zufriedene Werte gemessen werden.

Einleitung

Dem Aspekt der Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit wird auch in Deutschland nicht zuletzt dank entsprechender Vorgaben der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigungen zunehmend mehr Beachtung geschenkt (1, 14). Die Toronto-Konsensus-Konferenz zur Arzt-Pa-

tient-Kommunikation (27) hat die Bedeutung effektiven Kommunikationsverhaltens zwischen Arzt und Patient als wesentliches Element ärztlichen Handelns herausgestellt und mit folgenden Argumenten begründet: Kommunikationsprobleme in der Praxis sind häufig, sie äußern sich in der unzureichenden Identifikation der Sorgen und Beschwerden von Patienten, in der mangelnden Diagnose psychosozialer und psychiatrischer Pro-

bleme und in der fehlenden Übereinstimmung von Arzt und Patient in der Frage, welches Problem für die Konsultation wesentlich ist (Literatur in 27). Die Autoren beklagen das Unvermögen traditioneller medizinischer Ausbildung bei der Vermittlung klinischer Kommunikationsfertigkeit, obwohl die wesentlichen Elemente dieser Fähigkeit bekannt sind und eine Vielzahl von z. T. hochstrukturierten Weiterbildungsprogrammen publiziert wurde (3, 6, 7, 8, 13, 25, 28). Wünschenswert wäre es, wenn bereits vorhandene oder noch zu entwickelnde Weiterbildungsprogramme nach einem einheitlichen Muster evaluiert würden. Damit ließe sich beim Vergleich mehrerer Studien für den potentiellen Anwender das Verhältnis aus Aufwand und Ertrag kalkulieren, so daß eine Institution, die z. B. für die in ihr beschäftigten AssistentInnen ein bestimmtes Fortbildungsprogramm etablieren möchte, das ihr Gemäße auswählen könnte. Da sich die Interaktion zwischen Arzt und Patient auf vielen Ebenen abspielt und sich zudem in sehr unterschiedlichem situativen Kontext vollzieht (z. B.: Notfallstation vs. langjährige Hausarztbeziehung; somatisch schwer kranker Patient vs. Patient mit multiplen Beschwerden ohne organisches Korrelat etc.), wird es unmöglich und auch wenig sinnvoll sein, in Analogie zur Bestimmung einzelner Laborwerte einen „Goldstandard“ zu entwickeln, der mit wenigen Meßwerten Aussagen über die Qualität einer konkreten Begegnung zwischen Arzt und Patient erlaubt. Ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma könnte die Bestimmung der Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Gespräch sein: ein solches Vorgehen bettet sich ein in die Bemühungen z. B. der EG-Kommission („Concerted Action Program on Quality Assurance in Hospitals“), die Benutzerzufriedenheit der „Kunden“ im Gesundheitssystem zu erfassen. Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Outcome-Variable ist zusätzlich unter dem Aspekt sinnvoll, daß Patientenzufriedenheit mit Compliance korreliert (4, 5, 9, 22). Es wäre also prinzipiell wünschenswert und sinnvoll. Interventionsstudien zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation über ihren Einfluß auf die Patientenzufriedenheit zu evaluieren. Die bisher in der Literatur dargestellten Ergebnisse zeigen jedoch, daß bereits vor der Intervention die Zufriedenheit der Patienten so groß ist, daß nur noch marginale Verbesserungen möglich sind (11), da in der Regel bereits präinterventorisch auffallend hohe Testwerte in ganz unterschiedlichen Patientenzufriedenheitsfragebogen (PZF) berichtet werden (4, 10, 18, 20, 26). Möglicherweise spielt hier die soziale Erwünschtheit, also das Konzept der „Social Desirability“ (12, 19) eine Rolle, mit dem sich erklären ließe, daß Hilfesuchende die Begegnung mit einem Helfenden in zu positivem Licht darstellen. Ein illustratives Beispiel bietet die Arbeit von *Morell et al.* (21): Patienten einer Allgemeinpraxis wurden randomisiert einer 5-, 7½- oder 10minütigen Konsultation zugeteilt und nachher zu diesem Gespräch befragt. Noch nachvollziehbar ist vielleicht, daß es keine Unterschiede gibt bei der Beantwortung der Frage, ob sie sehr zufrieden waren mit der Information, die sie über die Ätiologie ihrer Erkrankung bekamen (jeweils über 90%), es ist auch noch verständlich, daß sie sehr zufrieden waren mit der Information, die sie über die Behandlung erhielten (jeweils über 90%). Schwer nachvollziehbar ist allerdings, daß Patienten gleichzeitig auch noch in mehr als zwei Drittel die Frage bejahten, ob sie die Möglichkeit hatten, sehr persönliche Fragen und Probleme mit dem Arzt zu besprechen (notabene in der gleichen 5minütigen Konsultation). Eine andere Erklärung für die ungewöhnlich guten Beurteilungen, die Ärzte in PZFs erhalten, wird von *Baker* (2) diskutiert: Er erklärte die hervorragende Patientenzufriedenheit damit, daß die weniger zufriedenen Patienten sich nicht trautes, ihre Fragebogen zurückzusenden; bei einer

Rücklaufquote von 75% hätte dies die Ergebnisse signifikant beeinflussen können. Es gibt, zumindest in den USA, offenkundig auch für viele Patienten technische Probleme beim Ausfüllen eines Fragebogens mit mehreren Antwortmöglichkeiten (Fünf-Punkt-Likertskalen, 23, 24): In den zitierten Arbeiten waren 25% der Patienten nicht in der Lage, diesen etwas komplexeren Fragebogen auszufüllen, der eine feinere Abstufung der Antwortmöglichkeiten erlaubt, so daß die Autoren empfehlen, die Antworten dichotom (ja/nein) vorzugeben. Zusammenfassend stellt die Zufriedenheit der Patienten eine wesentliche Zielgröße bei der Verbesserung des ärztlichen und pflegerischen Umganges mit Patienten dar. Wir haben daher den Versuch unternommen, die deutsche Übersetzung eines amerikanischen PZF (23, 24) an einer sequentiellen Kohorte einer medizinischen Poliklinik einzusetzen. Neben den methodischen Fragen, ob deutschsprachige Patienten im Gegensatz zur US-amerikanischen Vergleichsgruppe in der Lage sein würden, einen Fragebogen mit likertähnlichen Antwortmöglichkeiten zu beantworten, interessierte vor allem die Frage, ob sich über den Einsatz von PZF diejenigen Assistenten und Assistentinnen identifizieren lassen, die am ehesten von Ausbildungsprogrammen zur Verbesserung der psychosozialen Kompetenz profitieren würden. Schließlich waren wir auch daran interessiert festzustellen, wie zufrieden die hier untersuchten Patienten mit der ärztlichen Konsultation sind.

Methodik

Studienpopulation

Untersucht wurde eine sequentielle Kohorte deutschsprachiger PatientInnen, die in der Zeit vom 9.6. bis zum 31.8.1992 zum ersten Mal in der Medizinischen Universitätspoliklinik (MUP) des Kantonsspitals Basel behandelt wurden. Ausschlußkriterien waren ungenügende schriftliche und mündliche Deutschkenntnisse, vorherige Kontakte mit der Medizinischen Universitätspoliklinik, Unfähigkeit, den Fragebogen auszufüllen (z. B. wegen Visusverlust, schlechtem medizinischen Zustand mit konsekutiver Hospitalisation, geistiger Behinderung). Von 15 AssistentInnen nahmen 14 an der Studie teil, ein Assistent verweigerte die Teilnahme. Von Unterassistenten untersuchte, oder aber in Gegenwart eines Unterassistenten untersuchte Patienten wurden in die Auswertung nicht einbezogen.

Studiendesign

Die hier berichteten Ergebnisse wurden im Rahmen einer Untersuchung gewonnen, in der die initiale spontane Redezeit der Patienten nach einer offenen Frage des Assistenten (z. B.: „Weswegen kommen Sie zu mir?“) mit einer Stoppuhr gemessen wurde. Die Instruktion für die Assistenten lautete, die Patienten nicht aktiv zu unterbrechen, sondern sich auf neutrale zustimmende und unterstützende nonverbale und verbale Äußerungen zu beschränken. Die Patienten erhielten den PZF nach der Untersuchung ausgehändigt. Sie wurden vor der Konsultation darüber informiert, daß sie an einer Studie teilnehmen, mit der wir etwas über die psychische Befindlichkeit unserer Patienten sowie über Verbesserungsmöglichkeiten unseres Behandlungsangebotes herausfinden wollen. Ihnen wurde schriftlich bestätigt und noch einmal mündlich vom Assistenten zu Beginn der Konsultation mitgeteilt, daß die Nicht-Teilnahme an der Untersuchung keinen Einfluß auf ihre weitere Betreuung haben würde. Die Zustimmung des ethischen Komitees der Universität wurde eingeholt.

Tab. 1 Ergebnisse der Einzelfragen: Prozentzahl zustimmender Äußerungen (4 und 5 Punkte), neutraler Äußerungen (3 Punkte) und ablehnender Äußerungen (1 und 2 Punkte); Mittelwert nach Rekodierung, wobei ein hoher Wert (max. 5 Punkte) immer eine positive Äußerung zum Arztverhalten bedeutet.

		Zustimmung = 5/4	weder noch = 3	Ablehnung = 2/1	MW ± SD
1	Dieser Arzt/diese Ärztin hat mich freundlich behandelt	n = 251 97,6 %	n = 3 1,2 %	n = 3 1,2 %	4,72 ± 0,59
2	Ich habe gewisse Zweifel über die Fähigkeiten dieses Arztes/dieser Ärztin	n = 22 8,6 %	n = 22 8,6 %	n = 213 82,8 %	4,31 ± 1,10
3	Dieser Arzt/diese Ärztin wirkte kühl und unpersönlich	n = 15 5,9 %	n = 16 6,2 %	n = 226 87,9 %	4,45 ± 0,99
4	Dieser Arzt/diese Ärztin hat ihr Bestes getan, um mich nicht zu beunruhigen	n = 194 75,5 %	n = 24 9,3 %	n = 39 15,2 %	3,96 ± 1,34
5	Dieser Arzt/diese Ärztin hat mich, so sorgfältig es notwendig war, untersucht	n = 247 96,1 %	n = 3 1,2 %	n = 7 2,7 %	4,58 ± 0,71
6	Dieser Arzt/diese Ärztin hätte mich rücksichtsvoller behandeln müssen	n = 17 6,6 %	n = 12 4,7 %	n = 228 88,7 %	4,50 ± 0,98
7	Ich habe gewisse Zweifel über die vom Arzt/von der Ärztin empfohlene Behandlung	n = 17 6,6 %	n = 22 8,6 %	n = 218 84,6 %	4,39 ± 1,01
8	Dieser Arzt/diese Ärztin wirkte sehr kompetent und erfahren	n = 217 84,4 %	n = 22 8,6 %	n = 18 7,0 %	4,19 ± 0,95
9	Dieser Arzt/diese Ärztin schien ein echtes persönliches Interesse an mir zu haben	n = 186 72,4 %	n = 44 17,1 %	n = 27 10,5 %	3,84 ± 1,09
10	Dieser Arzt/diese Ärztin ließ mich mit vielen unbeantworteten Fragen über meinen Zustand und die notwendige Behandlung zurück	n = 13 5,1 %	n = 18 7,0 %	n = 226 87,9 %	4,42 ± 0,94
11	Dieser Arzt/diese Ärztin verwendete Fachausdrücke, die ich nicht verstanden habe	n = 29 11,3 %	n = 21 8,2 %	n = 207 80,5 %	4,24 ± 1,13
12	Ich habe großes Vertrauen in diesen Arzt/Ärztin	n = 218 84,8 %	n = 32 12,5 %	n = 7 2,7 %	4,23 ± 0,81
13	Ich hatte das Gefühl, daß ich diesem Arzt/dieser Ärztin sehr persönliche Probleme hätte anvertrauen können	n = 183 71,2 %	n = 48 18,7 %	n = 26 10,1 %	3,93 ± 1,10
14	Ich habe mich nicht getraut, diesem Arzt/dieser Ärztin Fragen zu stellen	n = 28 10,9 %	n = 15 5,8 %	n = 214 83,3 %	4,33 ± 1,13

Eingesetzte Verfahren

Es wurde die deutsche Übersetzung des vom "American Board of Internal Medicine" herausgegebenen "Patient Satisfaction Questionnaire" in seiner 14-Item-Version eingesetzt. Dieser Fragebogen ist in unterschiedlich langen Versionen in den Vereinigten Staaten in vielen Studien benutzt worden (2, 4, 10, 11, 18, 20, 23, 24, 26, 30). Bei den Antwortmöglichkeiten müssen sich Patienten auf einer 5-Punkt-Likertskala zwischen den Polen „sehr einverstanden“ und „gar nicht einverstanden“ entscheiden (siehe Anhang). Für die Originalversion des von uns eingesetzten Fragebogens liegt das Cronbach- α zwischen 0,81 und 0,92 (24).

Zudem wurden typische soziodemographische Angaben wie Zivilstand, Art des Schulabschlusses, berufliche Tätigkeit und Ausmaß der Erwerbstätigkeit, Alter und Geschlecht der Studienteilnehmer, etc. erfragt. Um dem Problem des Acquiescence-Response-Set zu begegnen (2, 30), sind die Aussagen über die Begegnung mit dem Arzt je zur Hälfte positiv und negativ formuliert (siehe Tab. 1). Den Patienten wurde auch die deutsche Version des General Health Questionnaire (15, 16, 17) vorgelegt.

Statistische Auswertung

Die Ergebnisse des Fragebogens werden mit beschreibender Statistik (Mittelwert \pm Standardabweichung)

dargestellt. Die Frage, ob sich der Summenscore des PZF oder die Scores einzelner Fragen zwischen den Assistenten unterscheiden, wurde mit einer ANOVA und den Assistenten als unabhängiger Variable untersucht. Zur Beschreibung der Daten wurden die negativ formulierten Fragen rekodiert, so daß eine hohe Punktzahl in jedem Fall eine positive Aussage zur Begegnung mit dem Arzt anzeigt. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt damit $14 \times 5 = 70$ Punkte.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

In der Zeit vom 9. 6. – 31. 8. 1992 suchten 1137 Patienten die MUP auf. Bei der Anmeldung erfüllten nach Ansicht der Patientenerfassungsstelle 406 Patienten die Auswahlkriterien, 33 dieser ursprünglich zugeteilten Patienten wurden von den Assistenzärzten als Fehlselektion eingestuft (vor allem ungenügende Sprachkenntnisse und nachträgliche Feststellung früherer Behandlungen in der MUP). Von den verbleibenden 373 Patienten verweigerten 20 die Teilnahme an der Studie. Aufgrund unvollständiger Angaben und fehlender Identifikationsmöglichkeiten einzelner Fragebogen (Codenummer vergessen, etc.) kamen insgesamt 336 Arztfragebogen (entsprechend 90,1 %) und 300 Patientenfragebogen (entsprechend 80,4 %) zur Auswertung. Für die vorliegende Analyse wurden zusätzlich alle Patienten ausgeschlossen, die von Ärzten/Ärztinnen behandelt worden waren, die weniger als 10 PatientInnen betreut hatten ($n = 3$). Von den verbleibenden 278 PatientInnen

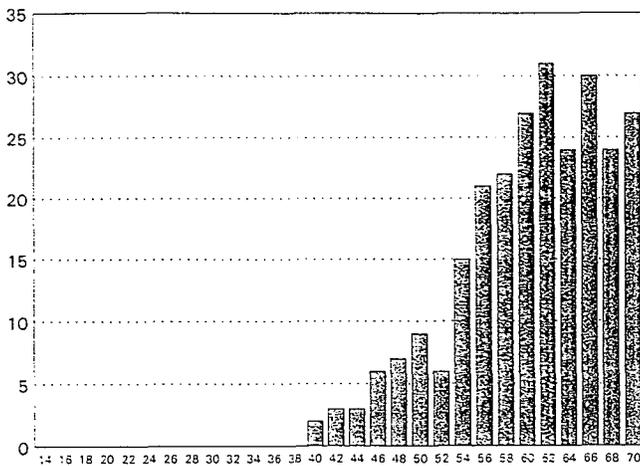


Abb. 1

war in 21 Fällen der PZF so ausgefüllt worden, daß Zweifel an den Patientenaussagen bestanden: zum Teil waren Kreuze nicht in den vorgesehenen Kästchen, sondern im Text angebracht worden ($n = 5$), zum Teil waren alle positiv formulierten Fragen angekreuzt worden, während die verneinten Aussagen nicht beantwortet wurden ($n = 6$). Andere Patienten hatten sich offenkundig von der ersten positiv formulierten Frage dazu verleiten lassen, immer den rechten Pol der Likertskalen anzukreuzen, ungeachtet dessen, ob die Behauptung über den Arztkontakt positiv oder negativ formuliert war ("Acquiescence-Response"-Verhalten; $n = 10$). Von den 257 Patienten, deren PZF-Daten hier vorgestellt werden, waren 137 Männer (entsprechend 53,3%) und 120 Frauen (entsprechend 46,7%). Das Durchschnittsalter betrug bei beiden Geschlechtern 42 Jahre \pm 17 Jahre (Bereich 17–87 Jahre). Die Patienten und Patientinnen waren zu gleichen Teilen ledig und verheiratet mit 44,7 bzw. 42,7%. 8,3% waren geschieden, 4,3% verwitwet. 8,5% der Patienten hatten eine Primarschule besucht, 21,1% eine Sekundar-, Real- oder Bezirksschule, 39,7% hatten eine abgeschlossene Lehre absolviert, 13,4% eine Mittelschule/ein Technikum und 17,4% eine Universität oder Hochschule. In unselbständiger Anstellung waren 43,2%, 12,8% waren selbständig, 11,5% ungelernt und 32,5% als gelernte Arbeitskräfte tätig. Nicht erwerbstätig waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 31,7% (inkl. berentete Personen und nicht berufstätige Hausfrauen). Weniger als 20 Std. pro Woche erwerbstätig waren 5,8%, mehr als 20 Std. pro Woche erwerbstätig waren 62,6% der Studienteilnehmer.

PZF

Die bei den einzelnen Aussagen erreichte durchschnittliche Punktzahl ist in Tab. 1 aufgeführt, zusätzlich wird in Prozentzahlen angegeben, wie häufig eindeutige Zufriedenheit konstatiert wurde (4 und 5 Punkte), eine unentschiedene Äußerung gemacht wurde (entsprechend 3 Punkte) oder eine kritische Haltung eingenommen wurde (2 und 1 Punkt). Insgesamt äußern sich die Patienten sehr zufrieden über die Konsultation: 198 von 257 Patienten (entsprechend 73,2%) vergeben ≥ 56 Punkte, was einer durchschnittlichen Wertung von ≥ 4 Punkten entspricht. Der durchschnittliche Summenscore des PZF liegt bei $60,1 \pm 7,1$ (Bereich 39–70 Punkte). Diese eindeu-

Tab. 2 PZF-Gesamtscores getrennt nach den einzelnen Ärzten und Ärztinnen (Anzahl Patienten/Arzt; minimal und maximal erreichte Punktzahl, Mittelwert \pm SD).

Ärztin/Arzt (n = 11)	Anzahl untersuchter Patienten (n = 257)	minimal erreichte Punktzahl	maximal erreichte Punktzahl	Durchschnittswerte \pm SD
1	10	45	70	58,1 \pm 9,3
2	20	39	70	61,1 \pm 8,4
3	34	45	70	60,8 \pm 6,8
4	12	42	69	59,3 \pm 7,2
5	31	42	70	60,7 \pm 7,3
6	16	54	70	62,8 \pm 4,6
7	28	39	67	58,0 \pm 6,1
8	28	45	70	58,4 \pm 8,1
9	41	42	70	60,4 \pm 6,9
10	14	49	70	61,3 \pm 6,1
11	23	43	70	60,1 \pm 7,3

tig rechtsschiefe Verteilung wird in Abb. 1 graphisch verdeutlicht.

Immerhin zeigt sich bei der Auswertung einzelner Fragen, daß es Fragen gibt, bei denen die Patienten unterdurchschnittliche Zufriedenheit äußern: dies sind insbesondere Fragen zur besonders vertrauensvollen, eher intimen Natur der Arzt-Patienten-Beziehung, die mit den allgemein gehaltenen Fragen zum Umgangsstil des Arztes/der Ärztin kontrastieren. Typische Beispiele dafür sind die Fragen 9 und 13, bei denen nur 72,4% resp. 71,2% der PatientInnen 4 oder 5 Punkte vergeben haben.

Tab. 2 listet die Summenscores der PZF der PatientInnen getrennt nach den einzelnen AssistentInnen auf.

Dabei wird deutlich, daß die Streuung der Durchschnittswerte mit 58–63 Punkten für den Summenscore des PZF ausgesprochen niedrig ausfällt. Auch bei den Fragen, bei denen die Patientenzufriedenheit eine gewisse Varianz zeigt (vor allem Frage 9 und Frage 13), finden sich keine signifikanten Unterschiede in der Patientenzufriedenheit zwischen den einzelnen AssistentInnen. Dies gilt um so weniger für die Fragen, in denen die Zufriedenheit extrem hohe Werte erreicht.

Die Patientenzufriedenheit war nicht abhängig vom Alter der Patienten, unterschied sich nicht zwischen Männern und Frauen, zeigte keine Bezüge zu soziodemographischen Charakteristika, zum Ergebnis des General Health Questionnaire oder zur Dauer der Konsultation.

Diskussion

Die Ergebnisse zeugen von einer hohen Zufriedenheit der Patienten in ihrem Erstkontakt mit AssistentInnen einer medizinischen Universitätspoliklinik. Bei der Diskussion dieses Befundes stellt sich zunächst die Frage, ob dies mit der Zusammensetzung der Stichprobe zusammenhängen könnte. Aufgrund des hohen Ausländeranteils bei Patienten der MUP (48%) erfüllten viele Patienten die sprachlichen Voraussetzungen nicht, um an der Studie teilzunehmen. Ein weiterer Teil der Patienten wurde nicht in die Studie aufgenommen, da es sich um Folgekontakte im Rahmen einer ambulanten Betreuung

oder aber im Rahmen ausgedehnter diagnostischer Bemühungen handelte. Hinsichtlich ihrer demographischen Charakteristika entspricht die untersuchte Studienpopulation mit Ausnahme des Ausländeranteils (23 %) dem typischen Patientengut der MUP. Es ist allerdings zu bezweifeln, ob der niedrige Ausländeranteil einen Bias mit dem Effekt falsch-hoher Zufriedenheitswerte einführt, da sich „soziale Erwünschtheit“ (12,19) besonders deutlich auswirkt, wenn die hierarchischen Unterschiede in einer Begegnung ausgeprägt sind. Dies dürfte bei ausländischen Patienten, vor allem, wenn sie erst kürzlich in die Schweiz gekommen sind oder den Asylbewerberstatus besitzen, eher der Fall sein als bei gut deutschsprechenden ausländischen Patienten oder Schweizern. Es ist unseres Erachtens auch nicht zu erwarten, daß Patienten im Erstkontakt besonders positive Bewertungen abgeben, was dazu führen würde, daß der Einschluß von Patienten, die mehrfach Kontakt mit der MUP hatten, den PZF-Score drücken würde: Die in der Literatur beschriebenen Wiederholungsmessungen zeigen keinen Abfall der Patientenzufriedenheit im Follow-Up (26). Offenkundig sind die Patienten, die wir untersucht haben, durchaus in der Lage, mit 5-Punkt-Likertskalen umzugehen: eigentliche technische Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens waren selten. Daher sind die von den amerikanischen Autoren des Fragebogens geäußerten Bedenken (24) zumindest in einer schweizerischen Population nicht angebracht. Eine andere Möglichkeit, falsch-hohe Zufriedenheitswerte zu erklären – die sich allerdings wiederum an das Konzept der sozialen Erwünschtheit anlehnt – liegt darin, daß für die meisten Patienten ein Folgetermin verabredet wurde. Es ist also durchaus vorstellbar, daß sie sich trotz der Versicherung, daß die Ergebnisse keinen Einfluß auf ihre weitere Behandlung nehmen würden, „vorsichtig“ geäußert haben, um eben doch allfällige Nachteile zu vermeiden. Eine letzte methodische Frage betrifft die Anwendbarkeit von Fragebogen, die aus einer anderen Sprache ins Deutsche übersetzt wurde. Die interne Konsistenz des gesamten Fragebogens ist mit einem Cronbach- α von 0,71 befriedigend, die in der vorliegenden Arbeit erhobenen Ergebnisse entsprechen, wie nachfolgend diskutiert wird, den Resultaten englischsprachiger Arbeiten.

Die Staffelung der Zufriedenheitswerte in extrem hohe Punktescores bei Fragen, die mehr die technische und medizinische Kompetenz und den Umgangsstil des Assistenten betreffen im Vergleich zu denen, in denen ein sehr persönlicher Kontakt angesprochen wird, spricht unseres Erachtens für eine gewisse interne Validität der Ergebnisse: Es ist nicht verwunderlich, daß das Erörtern sehr persönlicher Probleme eines gewissen Vertrauens bedarf, das sich nicht unbedingt bei einem Erstgespräch von durchschnittlich 37 Minuten Dauer einstellt.

Ungeachtet etwaiger methodischer Kritikpunkte, die die Zufriedenheitswerte fälschlich in die Höhe treiben könnten, gilt eine wesentliche Aussage dieser Studie: KlinikassistentInnen unterscheiden sich in der durch PZF abgebildeten Wahrnehmung der Patienten nicht. Innerhalb der hier vorgestellten Studie können wir nicht die Frage beantworten, ob die Assistenten sich in einem solchen Ausmaße ähneln, daß Varianz zwischen Assistenten nicht existiert oder ob der PZF ein untaugliches Instrument ist, diese Varianz abzubilden. Ebenfalls mit realen Patienten fand eine amerikanische Arbeitsgruppe (29), daß nur 11 % der Varianz von Patientenzufriedenheitswerten durch Unterschiede zwischen den 65 untersuchten Assistentinnen und Assistenten erklärt werden. Immerhin beschreiben

diese Autoren, daß 11 von 65 AssistentInnen für 63 % des – allerdings ebenfalls sehr seltenen – negativen Ratings verantwortlich sind. Der Versuch, das Verhalten dieser AssistentInnen in positive Richtung zu beeinflussen, führte allerdings nur bei vier Assistentinnen zu einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit ($n=4$), während die Werte bei den männlichen Assistenten unbeeinflusst bleiben. Wir wissen aus einem anderen Projekt, in dem wir mit den AssistentInnen der MUP und AssistentInnen des gesamten Departements Innere Medizin Videoaufnahmen von Interviews mit simulierten Patienten angefertigt und ausgewertet haben, daß die Varianz zwischen AssistentInnen sehr groß ist. Von daher ist die Unmöglichkeit, über die PZF-Scores-Varianz zwischen den AssistentInnen abzubilden, eher ein Hinweis auf die mangelnde Sensitivität der PZFs beim Einsatz realer Patienten als Hinweis auf die Uniformität im Verhalten der AssistentInnen.

Insgesamt gesehen entsprechen unsere Ergebnisse an einer deutschsprachigen Population den bisher in der Literatur berichteten (4,10,11,18,20,26), so daß wir in Übereinstimmung mit der Literatur folgende Schlußfolgerungen ziehen können: Die Erfassung der Patientenzufriedenheit mit einer Konsultation vermittelt durch Fragebogen ist auch beim Gebrauch von 5-Punkt-Likertskalen technisch gut durchführbar. Die Zufriedenheitswerte sind auffallend hoch, Unterschiede zwischen den anamneseführenden AssistentInnen finden sich nicht, so daß der Einsatz von PZFs als Steuerungsinstrument der internen Qualitätskontrolle bezüglich der Betreuung von Patienten bzw. als Evaluationsinstrument für Interventionen, die die psychosoziale Kompetenz von Ärzten und Ärztinnen verbessern, zweifelhaft ist.

**Abteilung für Psychosomatik
Kantonsspital Basel**

**Das ärztliche Gespräch:
Der Patientenzufriedenheitsbogen**

☞ Im folgenden möchten wir von Ihnen erfahren, wie zufrieden Sie mit der Konsultation bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin waren.

☞ Wir möchten Ihre erste Reaktion erfassen und nicht das Ergebnis langer Überlegungen. Fangen Sie jetzt bitte an. Arbeiten Sie schnell, und vergessen Sie nicht, auf jede Frage eine Antwort zu geben.

X Bitte kreuzen Sie das Kästchen mit „1“ an, wenn Sie **sehr einverstanden** mit unserer Behauptung sind, und das Kästchen mit „5“ wenn Sie **gar nicht damit einverstanden** sind. Sie geben uns damit an, wie richtig unsere Aussage für Sie zutrifft. Wenn Sie also mit uns **nicht einverstanden** sind, kreuzen Sie das Kästchen mit der Zahl „4“ an:

<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5
sehr einver-	ja,	weder	nicht	gar nicht
einverstanden	einverstanden	noch	einverstanden	einverstanden

☞ + = BEISPIEL, WIE SIE RICHTIG ANKREUZEN:

Wir stellen die Behauptung auf, daß ihr Arzt/Ihre Ärztin mehr mit Ihnen hätte reden müssen. Sind Sie mit dieser Behauptung **einverstanden**, kreuzen Sie „2“ an:

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

☞ WIR BEGINNEN JETZT MIT DEN FRAGEN:

<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5
sehr einver-	ja,	weder	nicht	gar nicht
einverstanden	einverstanden	noch	einverstanden	einverstanden

01. Dieser Arzt/ diese Ärztin hat mich freundlich behandelt.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

02. Ich habe gewisse Zweifel über die Fähigkeit dieses Arztes/ dieser Ärztin.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

03. Dieser Arzt/diese Ärztin wirkte kühl und unpersönlich.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

04. Dieser Arzt/diese Ärztin hat sein Bestes getan, um mich nicht zu beunruhigen.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

05. Dieser Arzt/diese Ärztin hat mich so sorgfältig es notwendig war, untersucht.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

06. Dieser Arzt/diese Ärztin hätte mich rücksichtsvoller behandeln sollen.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

07. Ich habe gewisse Zweifel über die von diesem Arzt/dieser Ärztin empfohlene Behandlung.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

08. Dieser Arzt/diese Ärztin wirkte sehr kompetent und erfahren.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

09. Dieser Arzt/diese Ärztin schien ein echtes und persönliches Interesse an mir zu haben.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

10. Dieser Arzt/diese Ärztin hat mich mit vielen unbeantworteten Fragen über meinen Zustand und die notwendige Behandlung zurückgelassen.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

11. Dieser Arzt/diese Ärztin verwendete Fachausdrücke, die ich nicht verstanden habe.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

12. Ich habe großes Vertrauen in diesen Arzt/diese Ärztin.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

13. Ich habe das Gefühl, daß ich diesem Arzt/dieser Ärztin sehr persönliche Probleme hätte anvertrauen können.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

14. Ich habe mich nicht getraut, diesem Arzt/dieser Ärztin Fragen zu stellen.

Behauptung	<input type="checkbox"/>	Behauptung				
ist sehr	1	2	3	4	5	trifft gar
zutreffend						nicht zu

☞ Haben Sie diese Fragen schon auf vollständige Beantwortung überprüft?

☞ Wir möchten Sie **ganz allgemein** fragen:

15. Ich schätze die Art dieses Arztes/dieser Ärztin

ja nein

16. Ich würde diesen Arzt/diese Ärztin einem Freund/einer Freundin auf der Suche nach einem Doktor mit einem guten persönlichen Umgangsstil weiterempfehlen.

ja nein

☞ Wir möchten gerne etwas über Ihren Arzt/Ihrer Ärztin erfahren, das Ihnen **wichtig erscheint**, und/oder durch unsere Fragen nicht **berücksichtigt** worden ist.

☞ Benützen Sie bitte dafür diesen freien Platz:

☞ Bitte **überprüfen Sie nochmals den gesamten** bisher beantworteten Fragebogen ganz genau darauf, ob Sie keine Frage ausgelassen haben !!!

Literatur

- Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J. (Hrsg.) (1994): Ärztliche Qualitätszirkel: Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Baker, R. (1990): Development of a questionnaire to assess patients satisfaction with consultations in general practice. *Br. J. Gen. Pract.* 40, 487–490
- Barrows, H. S. (1971): Simulated patients (programmed patients). The development and use of a new technique in medical education. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Ill
- Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M. et al. (1984): The effects of physician communication skills on patient satisfaction; recall and adherence. *J. Chron. Dis.* 37 (9/10), 755–764
- Bass, M. J., Buck, C., Turner, L., Dickie, G., Pratt, G., Robinson, H. C. (1986): The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J. Fam. Pract.* 23, 43–47
- Branch, W. T., Arky, R. A., Woo, B., Stoeckle, J. D., Levy, D. W., Taylor, W. C. (1991): Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first year medical students. *Ann. Intern. Med.* 114, 482–489
- Bensing, J. M. (1991): Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice (thesis). NIVEL, Utrecht, 1991
- Bensing, J. M., Sluijs E. M. (1985): Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Soc. Sc. Med.* 20, 733–744
- Bertakis, K. D., Roter, D., Putnam, S. M. (1991): The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J. Fam. Pract.* 32, 175–181
- Cherkin, D. C., Hart, L. G., Rosenblatt, R. A. (1988): Patient satisfaction with family physicians and general internists: Is there a difference? *J. Fam. Pract.* 26(5), 543–551
- Cope, D. W., Linn, L. S., Leake, B. D., Barret, P. A. (1986): Modification of residents' behavior by preceptor feedback of patient satisfaction. *J. Gen. Intern. Med.* 394–398
- Crowne, D. P., Marlowe, D. (1960): A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J. Consult. Psychol.* 24, 349–354
- Evans, B. J., Kiellerup, F. D., Stanley, R. O., Burrows, G. D., Sweet, B. (1987): A communication skills program for increasing patients satisfaction with general practice consultations. *Brit. J. med. Psychol.* 60, 373–378
- Fritzsche, K., Schwoerer, P., Wirsching, M. (1994): Psychosomatische Grundversorgung: ein strukturiertes Fortbildungsprogramm im Praxisalltag. *Dtsch. Ärztebl.* 91, 3174–3178
- Goldberg, D. (1972): The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, London
- Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979): A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol. med.* 9, 139–145
- Gutzwiller, F., Zemp, E., Hobi, V. (1984): Morbidité psychique et son influence sur l'utilisation des services médicaux: *Psychologie Médicale* 16, 915–918
- Levinson, W., Dunn, P. (1986): Does a questionnaire show patient satisfaction? *J. Gen. Intern. Med.* 209 (letter)
- Lück, H. E., Thimaeus, E. (1969): Skalen zur Messung manifester Angst (MAS) und sozialer Wünschbarkeit (SDS-E). *Diagnostics* 15, 134–141
- Mathews, D. A., Feinstein, A. R. (1989): A new instrument for patients' ratings of physician performance in the hospital setting. *J. Gen. Intern. Med.* 4, 14–22
- Morrell, D. C., Evans, M. E., Morris, R. W., Roland, M. O. (1986): The "five minutes" consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ* 292, 870–873
- Orth, J. E., Stiles, W. B., Schervitz, L., Hennrius, D., Vallbona, C. (1987): Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol.* 6, 29–42
- Parker, S. C., Kroboth, F. J., Parker, R. et al.: Development of an easily-completed and scored physician satisfaction questionnaire for both hospitalised and ambulatory care patients. Department of Medicine, University of Pittsburgh
- Parker, S. C., Kroboth, F. J. (1991): Practical problems of conducting patient-satisfaction surveys. *J. Gen. Intern. Med.* 6, 430–435
- Putnam, S. M., Stiles, W. B., Jacobs, M. C., James, S. A. (1988): Teaching the medical interview: An intervention study. *J. Gen. Intern. Med.* 3, 37–47
- Roberts, J. G., Tugwell, P. (1987): Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Services Research* 22, 637–654
- Simpson, M., Buckmann, R. et al. (1991): Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 303, 1385–1387
- Smith, R. C., Marshall, A. A., Cohen-Cole, S. A. (1994): The efficacy of intensive biopsychosocial training programs for residents: A review of the literature and guidelines for teaching. *J. Gen. Intern. Med.* 9, 390–396
- Tamblyn, R., Benaroya, S. et al. (1994): The feasibility and value of using patient satisfaction ratings to evaluate internal medicine residents. *J. Gen. Intern. Med.* 9, 146–152
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, R., Davies, A. R. (1983): Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 6, 247–263

Dr. Wolf Langewitz

Kantonsspital Basel
 Universitätskliniken
 Departement Innere Medizin
 Abteilung Psychosomatik
 Petersgraben 4
 CH-4031 Basel

Cahiers médico-sociaux, 1995, 39, 291-299

QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS ET SATISFACTION DES PATIENTS: UN PROJET VAUD-GENÈVE

par Jean-Michel GASPOZ* et Marie-Denise SCHALLER**

Résumé

L'intérêt du public et des autorités sanitaires suisses quant à la qualité des soins médicaux a été fortement accru par l'augmentation des coûts de la santé. La mise au point d'analyses rigoureuses de la qualité des soins prodigués relève, dès lors, de priorités sanitaires et politiques. Plusieurs méthodes peuvent être appliquées pour analyser la qualité des soins, chacune présentant ses avantages et ses inconvénients. Quelle que soit la méthode choisie, la documentation des variations des processus de soins dans un même pays, de même que de leurs résultats, et l'analyse de ces derniers en regard des ressources utilisées, constituent la première étape de la mise sur pied d'un système d'assurance de qualité. C'est à cette première étape qu'est consacré le présent projet, réalisé dans le cadre de la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux universitaires.

Mots-clés

Qualité des soins – Satisfaction des patients – Ressources hospitalières.

Introduction

L'intérêt du public et des autorités sanitaires suisses concernant la qualité des soins médicaux a été fortement accru par l'augmentation des coûts de la santé dans un contexte de crise économique. La mise au point d'analyses rigoureuses de la qualité des soins prodigués et de la satisfaction des patients à leur égard relève, dès lors, de priorités sanitaires et politiques. Par delà les frontières, cette exigence récemment perçue dans notre pays s'intègre dans la troisième phase de l'évolution que connaissent les systèmes de santé occidentaux depuis les années 1940: après une ère d'expansion, puis celle de restrictions,

* Médecin-adjoint. Département de Médecine – Hôpital cantonal universitaire de Genève – CH-1211 Genève 14.

** Médecin-adjoint. Soins Intensifs de Médecine – Centre hospitalier universitaire vaudois – CH-1011 Lausanne.

nous voici arrivés, en écho avec le monde économique et social, à une ère d'évaluation et de définition des responsabilités (1).

Il existe plusieurs définitions de la qualité des soins médicaux (2). Dans un document préparé à l'intention de la conférence réunissant les hôpitaux universitaires suisses (3), la qualité des soins a été récemment définie comme «la satisfaction complète de la demande de ceux qui ont le plus besoin de ces soins, dont les patients sont satisfaits, au coût le plus bas possible pour l'organisation, dans les limites fixées par les autorités sanitaires et les payeurs».

Les trois champs d'analyse de la qualité des soins habituellement identifiés sont (4): les structures; les processus de soins; leurs résultats. La définition de la qualité des soins citée plus haut (3) implique, de surcroît: a) qu'une analyse quantitative, ou économique, des ressources utilisées, fasse partie intégrante de l'évaluation de la qualité des processus de soins; b) que des critères subjectifs, la satisfaction des patients, soient pris en compte dans l'évaluation des résultats.

Plusieurs méthodes peuvent être appliquées pour analyser la qualité des soins, chacune présentant ses avantages et ses inconvénients (5). Les «appropriateness studies» (mesure de l'adéquation des soins) (6, 7) évaluent la qualité des soins par rapport à la conformité (ou à l'adéquation) de leurs processus avec des normes ou standards. Ces standards peuvent provenir des résultats d'études cliniques, ou de «guidelines» issus de conférences d'experts. Ils sont ensuite appliqués à la révision de dossiers médicaux. Malgré les contributions importantes de ce type de recherches, notamment sous les auspices de la Rand Corporation (6, 8-12), leur méthodologie est sujette aux mêmes imperfections que celles d'un test de laboratoire, c'est-à-dire aux possibles erreurs de classification, avec le risque de sur- ou de sous-estimer le nombre d'interventions non appropriées (13). En outre, en procédant par révision de dossiers, ces études sont éloignées des situations lors desquelles les décisions ont été prises (5).

L'établissement de «guidelines» est, de fait, une réponse à la grande variation des pratiques médicales, ou des processus de soins. Cette variation, en particulier dans notre pays, est mal connue et mal documentée. De plus, une des causes possibles de cette variation réside dans la méconnaissance des résultats globaux de ces pratiques, à une échelle plus large que l'expérience individuelle de chaque médecin. C'est cette constatation qui a conduit à la création de l'Agency for Health Care Policy and Research aux USA (14, 15), où la recherche sur le résultat des processus de soins, ou «outcome research» (16, 17) est stimulée, en parallèle avec l'établissement de «guidelines».

Les analyses de type «outcome research» permettent une évaluation de la qualité des processus de soin, non par leur conformité à des standards, mais par leur impact sur les résultats cliniques. En effet, on peut examiner les processus de soins utilisés et les ressources engagées pour l'obtention de résultats cliniques donnés. En renouant avec la typologie de l'utilisation des soins médicaux décrite par Brook (6, 7), on peut détecter des profils d'utilisation caractérisés par une «sur-utilisation» des ressources, non expliquée par les caractéristiques cliniques des patients et sans bénéfices pour eux (18-20). D'une façon analogue, on peut identifier les patients dont les résultats défavorables ne sont pas expliqués par leurs caractéristiques cliniques, et détecter des processus de soins défectueux ainsi que des profils d'utilisation de ressources génératrices de risques accrus: «sur-utilisation», «sous-utilisation», utilisation déficiente. Les

« outcome studies » procédant par collection prospective de données auprès des patients permettent également d'intégrer la satisfaction des patients comme critère de résultat (21-24) et de la corrélérer avec les résultats cliniques conventionnels.

Ainsi, la documentation des variations des processus de soin dans notre pays, de même que de leurs résultats, et l'analyse de ces derniers en regard des ressources utilisées, constituent les premières étapes de la mise sur pied d'un système d'assurance de qualité. En effet, l'assurance qualité passe par le rassemblement de l'information, la transformation des attitudes et le changement des comportements (25). Vu leur fréquence et l'importance des ressources hospitalières investies dans leur traitement, les maladies cardio-vasculaires se prêtent tout particulièrement à ce genre d'étude.

Le projet Vaud-Genève, ses buts et objectifs

C'est dans ce contexte qu'il faut situer le projet intitulé « Evaluation de la qualité des soins hospitaliers et de la satisfaction globale des patients ». Ce projet, financé par l'Association pour la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux universitaires, est un travail de partenariat: la liste des personnes et institutions impliquées figure ci-dessous.

pour Genève:

- le Département de Médecine Interne et la Division de Cardiologie:

Dr J.M. Gaspoz; Pr F. Waldvogel; Pr A. Junod; Dr P.F. Unger, PD; Pr J.C. Chevrolet; Pr W. Rutishauser; Dr Ph. Urban, PD; Dr M.L. Masciangelo; Mesdames Céliane Héliot et Sandrine Mischler, infirmières de recherche.

- l'Institut de Médecine Sociale et Préventive:

Dr Th. Perneger;

pour Vaud:

- le Département de Médecine Interne, le Service des Soins Intensifs et la Division de Cardiologie:

Dr M.D. Schaller, PD; Pr P. Nicod; Pr C. Perret; Dr B. Yersin, PD; Pr L. Kappenberger; Pr J.J. Goy; Dr M. Grobéty; Mesdames Diane Morin et Maaïke Staverman, infirmières de recherche.

- l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive:

Pr F. Paccaud, Dr B. Burnand, PD.

Les buts et les objectifs du projet sont les suivants:

1. Pour un groupe circonscrit de patients (patients admis pour suspicion de maladies cardiaques ischémiques aiguës: infarctus et angor instable), effectuer une collecte commune à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève et au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, de données nécessaires à l'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des patients.
2. A partir de ces données:
 - a) analyser les indicateurs de qualité suivants: résultats cliniques (mortalité et complications hospitalières; nouvelles hospitalisations et survie à moyen terme); amélioration des capacités fonctionnelles; qualité de vie et satisfaction des patients;
 - b) corrélérer ces indicateurs avec les ressources hospitalières employées;
 - c) comparer les résultats cliniques obtenus, l'amélioration fonctionnelle des patients, leur satisfaction et les ressources hospitalières déployées à cet effet dans ces deux centres, aux données du même type publiées par d'autres centres (Europe et USA).
3. Grâce à l'expertise acquise par ce projet, être à même de développer des analyses du même type applicables à un groupe plus vaste de pathologies et à d'autres institutions, dans le cadre de la collaboration des cinq hôpitaux universitaires suisses.

Méthode

Dessin du projet:

Etude d'observation prospective.

Population:

Les patients admis aux services des urgences à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève et au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois pour suspicion d'infarctus aigu du myocarde ou angor instable (\geq classe II selon les critères de Braunwald (26)) seront identifiés par des collaborateurs de recherche, à l'exclusion des patients transférés d'autres hôpitaux. Ces patients seront identifiés sur la base de leurs symptômes: douleurs thoraciques, rétro-sternales ou épigastriques; dyspnée; arrêt cardiaque; angor habituel péjoré. Afin de ne pas charger le groupe étudié en pathologies bénignes (douleurs musculo-squelettiques), les patients ne seront incorporés dans l'étude que si une pathologie cardiaque ischémique aiguë telle que définie plus haut a été retenue ou est encore suspectée 24 heures après l'arrivée à l'hôpital. L'inclusion de 670 patients par an et par institution peut être attendu, soit un total de 2'680 patients pour la période du projet.

Données collectées:

a) Durant l'hospitalisation:

- données socio-économiques telles que âge, sexe, profession;
- données cliniques en salle d'urgence témoignant de la sévérité de la maladie; données électrocardiographiques et enzymatiques;
- comorbidités nécessaires à établir des scores de Charlson (27);
- diagnostics: infarctus aigu du myocarde, selon les critères de la Rotterdam Heart Study (28); angor instable selon les critères de Braunwald (26);
- processus de soins: traitements (thrombolyse, revascularisation par angioplastie ou pontage); ressources utilisées: examens invasifs et non-invasifs, durées de séjour totales, durées de séjour en soins intensifs;
- évolution clinique hospitalière: pathologies apparues en cours de séjour; complications non iatrogènes et iatrogènes; survie;
- indicateurs de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles des patients: génériques selon le questionnaire SF-36 de la Medical Outcome Study (29, 30);
- satisfaction globale selon un questionnaire (administré à la sortie) adapté à partir des outils existant (23, 32).

b) A six mois, par interview à domicile ou par téléphone, consultation de dossiers:

- survie;
- récurrence d'angor, infarctus;
- nouvelles investigations non-invasives et invasives, nouvelles hospitalisations, nouvelles interventions;
- convalescence et retour au travail;
- indicateurs de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles (MOS SF - 36, SAS).

Variables d'intérêt

- complications hospitalières et mortalité;
- satisfaction des patients à la sortie de l'hôpital;
- survie à 6 mois;
- nouvelles hospitalisations et nouvelles interventions à 6 mois;
- évolution des capacités fonctionnelles et de la perception de la qualité de vie entre le début de l'hospitalisation et le suivi à 6 mois;
- ressources hospitalières engagées (cf. III A).

Analyse

1. *Analyses statistiques descriptives* (moyennes, médianes et quartiles pour les variables continues; pourcentages pour les variables catégorielles) groupant les deux centres, puis séparément pour chaque centre, portant sur les données cliniques et épidémiologiques collectées, le nombre de complications non iatrogènes et iatrogènes, les procédures (incluant la thrombolyse), la mortalité hospitalière, les durées de séjour totales et en unités de soins intensifs.
2. Pour les deux centres, puis séparément, *analyses multivariées de régression logistique* portant sur la présence ou non de complications ainsi que sur la mortalité hospitalière, avec détermination des variables (variables cliniques ainsi que variables portant sur la présence ou sur l'absence d'investigations ou de procédures) indépendamment et significativement associées avec ces variables dépendantes.
3. Pour les deux centres, puis séparément, *analyses multivariées de régression linéaire* portant sur les durées de séjour totales et en soins intensifs, avec détermination des variables indépendamment et significativement associées avec ces deux variables dépendantes.
4. *Détermination* conjointement pour les deux centres, puis séparément, *de la portion d'utilisation de ressources* en terme de durées de séjour totales et en soins intensifs non expliquées par les variables cliniques témoignant de la sévérité de la maladie, les complications et les procédures, *pouvant refléter une « surutilisation »*. La relation entre chaque variable indépendante et la variable dépendante « durée de séjour » sera exprimée comme le pourcentage ajusté de la durée de séjour associé avec la variable prédictive et par le coefficient de corrélation partiel pour cette variable prédictive. Le pourcentage ajusté de durée de séjour expliqué par une variable sera dérivé du rapport de la durée de séjour des patients avec cette variable sur la durée de séjour pour les patients sans cette variable, après ajustement pour les autres variables incluses dans le modèle.
5. Pour les deux institutions conjointement, puis séparément, *analyse descriptive de la survie à six mois* par des courbes de Kaplan Meyer, du nombre de nouvelles hospitalisations et de procédures dans le suivi.
6. Pour les deux centres, puis séparément, *analyses multivariées* (modèle de régression de Cox) *des variables prédictives d'un décès lors du suivi*, d'une nouvelle hospitalisation, ou de nouvelles procédures.
7. Pour les deux centres, puis séparément, *analyses statistiques descriptives de l'évolution de la perception de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles* des patients entre l'hospitalisation et le questionnaire à six mois.
8. Pour les deux centres, puis séparément, *analyses multivariées de régression linéaire déterminant les facteurs prédictifs d'une évolution négative ou positive* des capacités fonctionnelles et de la perception de la qualité de la vie.
9. *Analyse de la corrélation entre la satisfaction des patients à la sortie et les résultats cliniques obtenus*, avec ajustement pour les variables témoignant de la sévérité de la maladie.

Calendrier

1. Collecte et saisie des données hospitalières: du 1.07.1994 au 30.06.1996.
2. Collecte et saisie des données extra-hospitalières: du 1.01.95 au 31.12.96.
3. Analyse des données hospitalières et du suivi à un et six mois, communication des résultats: du 1.01.1997 au 30.06.1997.

Répartition des tâches et des activités

Le formulaire de récolte de données cliniques a été réalisé en commun par les cliniciens de Genève et Lausanne, avec le concours des IUMSP de Lausanne et Genève. La récolte de données et leur saisie est effectuée dans les deux centres d'une manière identique, sous la responsabilité des investigateurs. L'analyse des données cliniques se fera à Genève, grâce à une expertise acquise ces dernières années dans le même domaine.

Le formulaire de récolte de données concernant la satisfaction des patients a été élaboré par les IUMSP de Lausanne et Genève, avec le concours des cliniciens de Vaud et Genève. La collecte des données et leur saisie est effectuée dans les deux centres d'une manière identique, sous la responsabilité des investigateurs. L'analyse des données sur la satisfaction des patients se fera à Lausanne, qui possède déjà une expertise dans le domaine.

Considérations éthiques

Le protocole d'étude est conforme aux directives et recommandations de l'Académie Suisse des Sciences médicales (17 novembre 1981). L'étude a obtenu l'approbation de la Commission d'Ethique du Département de Médecine Interne de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève et de la Commission d'Ethique du Département de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

Information et consentement. – Les patients, leurs familles, leurs infirmières et médecins reçoivent une information complète quant aux buts poursuivis par l'étude et à son déroulement.

Lors de leur premier contact avec l'infirmière de recherche, un consentement oral est demandé aux patients pour obtenir d'eux des renseignements concernant leurs symptômes et leur état de santé à l'entrée, ainsi que pour obtenir d'eux, ou de leurs proches, des renseignements téléphoniques concernant leur évolution à six mois. En cas de refus, le droit au respect de la sphère privée est respecté.

Responsabilité. – Les patients seront sous la responsabilité des médecins des Centres d'Urgences, des Soins Intensifs Médicaux ou des Services de Médecine et de Cardiologie respectifs. Les investigateurs n'interviennent pas dans les décisions médicales ou administratives concernant les patients de l'étude à

moins que, de par leur fonction hospitalière, ils n'aient de relation thérapeutique ou administrative avec eux.

Confidentialité. – La confidentialité est préservée en représentant les patients sous forme numérique dans la banque de données, dont l'accès est limité aux investigateurs et à leurs collaborateurs directs (infirmière de recherche en charge de la collecte et de l'entrée des données; statisticien).

La confidentialité est également assurée au personnel médical ou paramédical chargé de la prise en charge extra- ou intra-hospitalière des patients. Aucune donnée permettant leur identification n'est incorporée dans la banque de données.

Conclusions

Documenter les variations des processus de soins dans un même pays, de même que leur résultats, constitue la première étape de la mise sur pied d'un système d'assurance de qualité. Le présent projet a été consacré à cette étape; un an après son début, plus de 1'000 patients ont été recrutés, répartis entre les deux centres; a été d'ores et déjà constituée une vaste et riche banque de données à la fois épidémiologiques, cliniques et portant sur les ressources hospitalières mises en jeu, ainsi que l'impact de ces dernières sur les capacités fonctionnelles des patients et leur satisfaction quant aux soins reçus.

Remerciements

Nous remercions Madame Marie-Christine Cansell pour son assistance dans la préparation du manuscrit.

Références bibliographiques

1. RELMAN A.S.: Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *NEJM*, 319, 1220-1, 1988.
2. PALMER R.H., DONABEDIAN A., POVAR G.J.: Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice. Health Administration Press., Ann. Arbor., 1991.
3. PACCAUD F., BURNAND B., SANTOS-EGGIMANN B., VADER J.P., GUTZWILLER F.: Assurance de la qualité des soins dans les hôpitaux universitaires suisses. Août 1993.
4. DONABEDIAN A.: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press., 1980.
5. KASSIRER J.P.: The quality of care and the quality of measuring it. *NEJM*, 329, 1263-5, 1993.
6. BROOK R.H., CHASSIN M.R., FINK A. *et al.*: A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int. J. Technol. Assess Health Care* 2, 53-63, 1986.
7. BROOK R.H.: Quality of care: Do we care? *Ann. Intern. Med.*, 115, 486-490, 1991.
8. SIU A.L., SONNENBERG F.A., MANNING W.G. *et al.*: Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *NEJM*, 315, 1259-66, 1986.

9. CHASSIN M.R., KOSECOFF J., PARK R.E. *et al.*: Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? *JAMA*, 258, 2533-7, 1987.
10. LEAPE L.L., PARK R.E., SOLOMON D.U. *et al.*: Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services? *JAMA*, 263, 669-72, 1990.
11. LEAPE L.L., HILLBORN L.H., PARK R.E. *et al.*: The appropriateness of use of coronary artery bypass graft surgery in New York State. *JAMA*, 269, 753-760, 1993.
12. HILLBORNE L.H., LEAPE L.L., BERNSTEIN S. *et al.*: The appropriateness of use of percutaneous transluminal coronary angioplasty in New York State. *JAMA*, 269, 761-765, 1993.
13. PHELPS C.E. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *NEJM*, 329, 266-70, 1993.
14. Public Law 101-239. The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989.
15. TANNENBAUM S.J.: What physicians know. *NEJM*, 329, 1268-71, 1993.
16. GREENFIELD S.: The state of outcome research: are we on target? *NEJM*, 320, 1142, 1989.
17. EPSTEIN A.M.: The outcome movement – will it get us where we want to go? *NEJM*, 323, 266-70, 1990.
18. LEE T.H., LAWRENCE K.G., WEITZMANN L.J. *et al.*: Lengths of stay of patients with uncomplicated acute myocardial infarction at three Boston hospitals. Impact of pre-discharge tactics. *J. Gen. Intern. Med.*, 3, 239, 1988.
19. UDVARHELYI I.S., GOLDMAN L., KOMAROFF A.L., LEE T.H.: Determinants of resource utilisation for patients admitted for evaluation of acute chest pain. *J Gen Intern Med*, 7, 1, 1992.
20. ROULEAU J.L., MOYE L.A., PFEFFER M.A. *et al.*: A comparison of management patterns after acute myocardial infarction in Canada and the United States. *NEJM*, 326, 779, 1993.
21. CLEARY P.D., Mc NEIL B.J.: Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiring*, 25, 25-36, 1988.
22. HALL J.A., ORNAN M.C.: Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 27, 637-644, 1988.
23. BAKER R.: Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br. J. Gen. Practice*, 40, 84-94, 1990.
24. HALL J.A., MILLBURN M.A., EPSTEIN A.M.: A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med. Care*, 31, 84-94, 1993.
25. WENZEL R.P.: Assessing quality health care: perspective for clinicians. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992.
26. BRAUNWALD E.: Unstable angina. A classification. *Circulation*, 80, 410-414, 1989.
27. CHARLSON M.E., POMPEI P., ALES K.L., MacKENZIE C.R.: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J. Chronic Dis.*, 40, 373-383, 1987.
28. VAN DER DOES E., LUBSEN J., POOL J. *et al.*: Acute coronary events in general practice: objectives and design of the imminent myocardial infarction Rotterdam Study. *Heart Bull.*, 7, 91-98, 1976.
29. WARE J.E., SHERBOURNE C.D.: The MOS 36 - item short - form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483, 1992.
30. Mc HORNEY C.A., WARE J.E., RACZEK A.E.: The MOS 36 – item short form health survey (SF - 36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 247-263, 1993.
31. GOLDMAN L., *et al.*: Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class. *Circulation*, 64, 1227-1234, 1981.
32. HAYS R.D., LARSON C., NELSON E.C., Batalden P.B.: Hospital Quality Trends. A short-form patient-based measure. *Med. Care.*, 29, 661-668, 1991.

L'Hôpital de Saint-Loup/Orbe à l'écoute de ses patients

Résumé

Fruit d'une collaboration entre l'Hôpital de Zone St-Loup/Orbe et le Service de la santé publique du canton de Vaud, une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 590 patients, sortis de l'hôpital au cours du 1er trimestre 1994. Cette première suisse est basée sur un questionnaire développé aux Etats-Unis et comportant 69 questions. Les personnes interrogées l'ont reçu par courrier et y ont répondu à leur domicile. Un taux de réponse de 80 % a été obtenu, chiffre très élevé pour ce type d'enquête. Comparativement à des informations similaires disponibles pour une centaine d'hôpitaux américains parmi les plus importants, les résultats montrent que St-Loup/Orbe figure au rang des meilleurs.

Le but de l'enquête est de mesurer la satisfaction des patients hospitalisés par rapport au déroulement du séjour, aux soins, aux relations avec le personnel, à l'information reçue, notamment. Les patients jugent ces différents aspects du séjour sur une échelle de réponse à cinq points: excellent, très bien, bien, passable, et mauvais. Les résultats de ce sondage guideront les efforts d'amélioration de la qualité à entreprendre.

Dans la perspective du patient, la performance de l'Hôpital de Zone St-Loup/Orbe est élevée et homogène, puisqu'elle varie, selon les échelles de qualité considérées (admission, médecins, information, etc.) dans une fourchette allant de 73 à 80. D'une manière générale, un score de satisfaction moyen égal à 75, sur une échelle de 0 à 100, correspond à une très bonne performance.

Si l'on se base sur la proportion de patients qui ont répondu par «excellent» à certaines questions, on peut mettre en évidence les principaux points forts de l'hôpital qui sont dans l'ordre: la sollicitude des infirmières, les compétences des médecins, la serviabilité et la bonne humeur du personnel, les compétences des infirmiers/ères, la sollicitude des médecins, l'état de la chambre.

De même, si l'on considère la proportion de patients qui ont répondu par «passable» ou «mauvais» à certaines questions, on peut identifier les principales opportunités d'amélioration: le parking, la tranquillité (perturbée par les travaux de rénovation), la disponibilité des médecins, les informations données à la famille et aux proches, les informations données à la sortie.

Une deuxième vague d'enquêtes a été lancée en février 1995, afin de consolider ces résultats. Ce travail débouchera sur des projets d'amélioration de la qualité des soins et services.

Référence

Blanc T, Deschamps E. L'Hôpital de St-Loup/Orbe à l'écoute de ses patients. Service de la santé publique du Canton de Vaud & Hôpital de zone St-Loup/Orbe, Lausanne, 1995.

APPRÉCIATION CRITIQUE DE VOTRE SÉJOUR HOSPITALIER

Nous aimerions savoir ce que vous avez pensé de certains aspects de votre récent séjour à l'hôpital. Vous pouvez répondre par: **excellent, très bien, bien, passable ou mauvais**. La réponse "Ne me concerne pas" ne devrait être utilisée que lorsque vous n'avez pas vécu la situation proposée.

Nous vous prions de **ne cocher qu'une seule case par question.**

- | <u>Admission: votre entrée à l'hôpital</u> | Excellent | Très bien | Bien | Passable | Mauvais | Ne me
concerne
pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. <i>Efficacité de la procédure d'admission:</i>
la simplicité des formalités, y compris
le temps qu'il a fallu pour vous installer
dans votre chambre | <input type="checkbox"/> |
| 2. <i>Prise en considération de vos besoins
individuels par les personnes qui vous
ont accueilli(e):</i> leur manière de répondre
à vos besoins et désirs personnels | <input type="checkbox"/> |
| <u>Vos soins quotidiens à l'hôpital</u> | | | | | | |
| 3. <i>Prise en considération de vos besoins:</i>
l'empressement du personnel de
l'hôpital à répondre à vos besoins | <input type="checkbox"/> |
| 4. <i>Coordination des soins:</i>
la collaboration entre toutes les
personnes qui se sont occupées de vous | <input type="checkbox"/> |
| <u>L'information</u> | | | | | | |
| 5. <i>Facilité à obtenir des renseignements:</i>
l'empressement du personnel de
l'hôpital à répondre à vos questions | <input type="checkbox"/> |

	Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Ne me concerne pas
15. <i>Compétence des médecins</i> : l'aptitude à poser un diagnostic, la minutie avec laquelle ils vous ont examiné(e), et leur capacité à vous soigner	<input type="checkbox"/>					
16. <i>Informations données par les médecins</i> : les renseignements que vous avez reçus au sujet de votre maladie et de votre traitement; les indications sur ce que vous deviez faire après votre sortie de l'hôpital	<input type="checkbox"/>					
• <u>Autre personnel de l'hôpital</u>						
17. <i>Personnel de nettoyage</i> : la qualité du travail et l'attitude à votre égard	<input type="checkbox"/>					
18. <i>Physiothérapeute</i> : la qualité du travail et l'attitude à votre égard	<input type="checkbox"/>					
• <u>Autres aspects de votre séjour</u>						
19. <i>Tranquillité</i> : l'atmosphère était-elle calme et reposante ?	<input type="checkbox"/>					
20. <i>Bâtiment hospitalier</i> : votre appréciation sur le bâtiment hospitalier dans lequel vous avez séjourné	<input type="checkbox"/>					
• <u>Départ de l'hôpital</u>						
21. <i>Informations données avant la sortie</i> : vous a-t-on dit de manière claire et complète ce que vous deviez faire et à quoi vous attendre après votre sortie ?	<input type="checkbox"/>					

- Bonnes ou mauvaises surprises: pendant votre séjour à l'hôpital, s'est-il passé quelque chose qui vous a surpris(e) ? Si OUI, veuillez l'indiquer.

22. Bonnes surprises:

.....

23. Mauvaises surprises:

.....

- Recommandations et suggestions

24. Recommanderiez-vous notre hôpital à votre famille et à vos amis s'ils devaient être hospitalisés ?

- | | |
|--|--|
| OUI, sans aucun doute <input type="checkbox"/> | NON, probablement pas <input type="checkbox"/> |
| OUI, probablement <input type="checkbox"/> | NON, en aucun cas <input type="checkbox"/> |

25. Si jamais, vous deviez à nouveau être hospitalisé(e), choisiriez-vous notre hôpital?

- | | |
|--|--|
| OUI, sans aucun doute <input type="checkbox"/> | NON, probablement pas <input type="checkbox"/> |
| OUI, probablement <input type="checkbox"/> | NON, en aucun cas <input type="checkbox"/> |

26. Quelles seraient vos raisons de revenir ou de ne pas revenir dans notre hôpital?
N'hésitez pas à répondre en toute franchise. Si vous indiquez ne pas vouloir revenir, dans quel établissement iriez-vous et pourquoi ?

.....

.....

27. Améliorations nécessaires: nous vous prions de nous indiquer ce que l'hôpital pourrait faire pour améliorer la qualité des soins et des services et pour mieux répondre à vos besoins.

.....

.....

Merci de votre collaboration

Votre séjour à l'hôpital - votre point de vue

Pour chaque question nous vous prions de cocher la case qui correspond le mieux à votre avis.

ADMISSION : votre entrée à l'hôpital

- 1 Avez-vous reçu des renseignements pour préparer votre séjour et vous indiquer comment les choses se passeraient à votre arrivée ?
- 1 oui
 2 oui, mais pas suffisamment
 3 non
 4 je suis venu en urgence
 5 sans opinion
- 2 Les formalités d'admission ont-elles été simples ?
- 1 oui
 2 plus ou moins
 3 non
 4 sans opinion
- 3 L'accueil dans le service a-t-il été agréable ?
- 1 oui
 2 plus ou moins
 3 non
 4 sans opinion
- 4 Au début de votre séjour, combien de fois avez-vous dû expliquer votre cas aux médecins ?
- 1 1 fois
 2 2 fois
 3 3 fois
 4 de 4 à 6 fois
 5 plus de 6 fois
 6 sans opinion

VOS MEDECINS ET VOS INFIRMIER(E)S

- 5 Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses claires ?
- 1 toujours
 2 très souvent
 3 souvent
 4 parfois
 5 jamais
 6 je n'ai pas posé de questions
 7 sans opinion
- 6 Avez-vous pu parler de vos inquiétudes ou angoisses avec des médecins, infirmières ou autres professionnels ?
- 1 oui
 2 oui, un peu
 3 non
 4 je n'ai pas eu d'inquiétudes
 5 sans opinion
- 7 Lorsque vous aviez besoin d'aide, par exemple pour manger, vous laver ou aller aux toilettes, après combien de temps avez-vous reçu cette aide ?
- 1 immédiatement
 2 rapidement
 3 dans un laps de temps acceptable
 4 après une très longue attente
 5 jamais
 6 je n'ai pas eu besoin d'aide

- 8 Estimez-vous que le personnel a fait tout ce qu'il pouvait pour éliminer votre douleur ?
- 1 ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient
 2 ils auraient pu faire un peu plus
 3 ils auraient pu faire beaucoup plus
 4 je n'ai pas eu mal
 5 sans opinion

INFORMATION

- 9 Avez-vous reçu des informations contradictoires ?
- 1 non
 2 oui, quelques-unes
 3 oui, beaucoup
 4 sans opinion
- Si oui, sur quels sujets ?
-

- 10 A l'hôpital, l'usage des médicaments que vous ne connaissiez pas auparavant vous a-t-il été clairement expliqué ?
- 1 oui
 2 oui, mais pas suffisamment
 3 non
 4 je n'ai pas reçu de nouveaux médicaments
 5 sans opinion
- 11 Est-ce que l'on vous a donné l'occasion de vous prononcer sur le choix des examens et des traitements ?
- 1 oui
 2 oui, mais pas suffisamment
 3 non
 4 sans opinion
- 12 Est-ce que l'information concernant votre intervention chirurgicale a correspondu à vos attentes ?
- 1 oui
 2 oui, en partie
 3 non
 4 sans opinion

HOTELLERIE

- 13 Les repas que vous avez choisis ont-ils été à votre goût ?
- 1 toujours
 2 très souvent
 3 souvent
 4 parfois
 5 jamais
 6 je suivais un régime particulier
 7 sans opinion
- 14 Concernant la tranquillité dans l'établissement, l'atmosphère était-elle calme et reposante ?
- 1 toujours
 2 très souvent
 3 souvent
 4 parfois
 5 jamais
 6 sans opinion

SORTIE : votre départ de l'hôpital

- 15 Considérez-vous que votre sortie ou votre transfert a été bien organisé ?
- 1 oui
2 oui, relativement bien
3 non
4 sans opinion
- Annexe 7

- 16 Est-ce que l'on vous a expliqué quand et comment il fallait prendre vos médicaments chez vous ?
- 1 oui
2 oui, mais pas suffisamment
3 non
4 je n'ai pas de médicament à prendre
5 sans opinion
-

Votre satisfaction vis-à-vis de l'hôpital

- 17 Recommanderiez-vous notre hôpital à vos proches s'ils devaient être hospitalisés ?
- 1 oui, sans aucun doute
2 oui, probablement
3 non, probablement pas
4 non, en aucun cas
-

N'hésitez pas à nous faire part des bonnes ou mauvaises surprises qui ont marqué votre séjour

.....

.....

.....

.....

.....

ou de tout autre commentaire ou suggestion

.....

.....

.....

Nous tenons à vous remercier d'avoir bien voulu consacrer du temps à cette enquête, et vous prions de bien vouloir retourner le questionnaire rempli au moyen de l'enveloppe-réponse ci-jointe (sans l'affranchir). Merci encore pour votre précieuse collaboration.

Dès réception de votre questionnaire, toutes les données nominales (prénom, nom, adresse et numéro du questionnaire) seront effacées de tout support (papier, informatique, etc.).

Office de la planification et de l'évaluation

Evaluation de la satisfaction des patients - information générale

But Deux raisons principales militent en faveur d'une évaluation régulière de la satisfaction des patients :

- détecter les problèmes à temps pour améliorer la qualité des soins (projet de service);
- rendre des comptes auprès de l'Etat (contrat de prestations) et des assurances (LAMal).

Conception Plusieurs scénarios d'évaluation de la satisfaction des patients peuvent être envisagés en jouant sur les paramètres suivants:

- les critères d'exclusion;
- l'orientation du questionnaire (jugement *versus* constat);
- la taille du questionnaire (nombre de questions);
- le choix des items (plus ou moins spécifiques);
- la voie d'administration du questionnaire (poste, téléphone);
- la méthode d'échantillonnage (aléatoire simple, aléatoire stratifié);
- les modalités d'envoi (émetteur, anonymat, etc.).

Critères d'exclusion Le questionnaire n'est pas envoyé si l'un des critères d'exclusion suivants est présent :

1. Patients décédés à l'hôpital
2. Diagnostics principal ou secondaires (Classification internationale des maladies, CIM-9):

279.5 SIDA avec manifestations	634.x Avortement spontané
279.6 Para-SIDA	635.x Avortement provoqué légal
290.x Démences	636.x Avortement provoqué illégal
304.x Pharmacodépendance	637.x Avortement, sans précision
	638.x Echec de la tentative d'avortement
3. Diagnostic principal uniquement :
 - 795.8 Personne positive au test HIV

L'avis de l'entourage des patients décédés devrait être recueilli par une autre démarche (entretien par exemple).

Orientation On distingue deux types de questionnement :

- jugements : «excellent», «bien», «passable», «mauvais»;
- constats : «oui/non» ou «toujours», «souvent», «parfois», «jamais», etc.).

Exemple de jugement	excellent	très bien	bien	passable	mauvais
Facilité de voir votre médecin quand vous en avez besoin	<input type="checkbox"/>				
Exemple de constat	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
Dans quelle mesure les médecins étaient-ils disponibles pour répondre à vos questions lorsque vous en aviez besoin ?	<input type="checkbox"/>				

Le questionnement du type «jugement» est recommandé aux hôpitaux souhaitant se positionner sur un marché concurrentiel. Le questionnement de type «constatif» est recommandé dans une démarche d'amélioration de la qualité, parce qu'ils sont plus objectifs et plus faciles à interpréter.

Taille Les questionnaires disponibles comprennent de 10 à 100 questions environ. Un questionnaire court est meilleur marché et plus simple à manipuler. Un questionnaire long permet d'évoquer plus d'items.

Notre préférence va à un questionnaire court, comprenant une quinzaine d'items communs à toutes les unités et une quinzaine d'items laissés au choix des unités.

Choix des items	<p>Le choix des items communs à toutes les unités devrait s'appuyer sur la charte des Hospices.</p> <p>Il s'agit notamment du droit des patients à l'information sur les choix thérapeutiques (intervention chirurgicale, médicaments) et au respect de leur personne (relations avec les médecins, les infirmier(e)s, d'autres professionnels).</p> <p>Le choix des items spécifiques dépend de la politique des soins du service et des problèmes identifiés. Un catalogue de questions est proposé, à titre indicatif, aux services.</p>
Recueil des avis	<p>Les principales voies d'administration du questionnaire sont le téléphone et l'envoi postal.</p> <p>Les avantages du téléphone sont, d'une part, la possibilité de conduire un questionnaire relativement long et compliqué (avec des sauts de questions), et d'autre part, un taux de réponses généralement plus haut. Son inconvénient principal est son coût élevé.</p> <p>L'envoi postal est plus économique. De plus, un certain nombre de précautions (lettre d'accompagnement du questionnaire et rappels) ont déjà prouvé leur efficacité quant à l'amélioration du taux de réponses. C'est pourquoi, corrélativement au choix d'un questionnaire court, notre préférence va à l'envoi postal.</p>
Echantillonnage	<p>Dans le but de pouvoir interpréter les résultats par service, les patients sont sélectionnés selon la méthode de l'échantillonnage aléatoire stratifié (50 patients par service et par an au moins).</p>
Conclusion	<p>Le questionnaire proposé (cf. annexe) vise à recueillir des constats plutôt que des jugements. Il couvre les principales dimensions de la satisfaction des patients, en mettant l'accent sur les problèmes les plus souvent mis en évidence par les patients.</p> <p>Il comprend une quinzaine de questions communes à tous les services du CHUV.</p> <p>La question 12 n'est posée qu'aux patients ayant subi une intervention chirurgicale au Bloc opératoire (BOP) ou au Centre de chirurgie ambulatoire (CCA). La question 13 n'est pas posée s'il s'agit d'une hospitalisation d'un jour.</p> <p>Les responsables des services cliniques sont invités à proposer des questions qui leur sont propres. Ces questions supplémentaires sont intégrées au questionnaire, après discussion avec les intéressés si leur formulation se révèle problématique. Le contenu du questionnaire diffère ainsi en fonction de la trajectoire suivie par le patient au sein du CHUV.</p> <p>Il est prévu d'envoyer environ 250 questionnaires au début de chaque mois, sur la base d'un échantillon aléatoire stratifié par service. Le but est d'obtenir au moins 50% questionnaires remplis par service. On attend un taux de réponse d'au moins 50%, avec une lettre de rappel. Les questionnaires parviendront aux destinataires dans un délai de 6 à 40 jours après leur sortie du CHUV. Une lettre signée du directeur du CHUV, du directeur médical, du directeur adjoint et chef logistique et de la directrice des soins infirmiers accompagne l'envoi du questionnaire.</p>
Pour en savoir plus...	<p>Un petit guide a été élaboré à l'intention des cinq hôpitaux universitaires suisses au sujet de la satisfaction du patient hospitalisé. Vous y trouverez les fondements théoriques qui ont guidé le choix de la démarche proposée.</p>

**Cette collection fait suite aux publications des
Cahiers de recherche et de documentation de
l'Institut universitaire de médecine sociale et
préventive**

Premières parutions de

Raisons de santé :

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Egglı Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne: Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
-

Dernières parutions des

Cahiers de recherche et de documentation de l'IUMSP

- N° 111.9 *Boller B, Coray R.* Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Dreijahresbericht 1993-1995. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: IUMSP, 1997. CHF 43.-
- N° 120 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Cinquième rapport de synthèse 1993-1995. Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 50.-
- N° 120.7 *Haour-Knipe, Fleury F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse. Etude 1994-1995. Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 38.-
- N° 120.8 *Cavaleri A, Verwey M, Konings E, Dubois-Arber F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Prévention du sida auprès des prostituées étrangères : le projet « Barfüsserfrauen ». Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 23.-



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon
CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 72 77

Téléfax ■ ■ 41 21 314 73 73

e-mail Claude.Muhlemann@inst.hospvd.ch

Je désire recevoir

	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
La liste complète de nos titres	<input type="checkbox"/>

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

