

MINISTERE DE LA SANTE  
REGION LORRAINE  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE  
DE NANCY

**REALISATION D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION  
AUPRES DU PATIENT PRIS EN CHARGE AU PLATEAU  
TECHNIQUE DE REEDUCATION DU CHR METZ-  
THIONVILLE**

Mémoire présenté par **Nathalie ROBET**

étudiante en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat

de Masseur-Kinésithérapeute.

2010-2011.

## SOMMAIRE

### RESUME

1. INTRODUCTION .....	1
2. GENERALITES .....	2
2. 1. Réglementation et droits du patient .....	2
2. 1. 1. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.....	2
2. 1. 2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 .....	3
2. 1. 3. Circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006.....	4
2. 1. 4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) .....	4
2. 1. 5. 2011 : année des patients et de leurs droits.....	4
2. 2. Définitions .....	5
2. 2. 1. Le concept de satisfaction.....	5
2. 2. 2. Les indicateurs .....	6
2. 2. 3. La qualité .....	7
2. 2. 4. Lien entre satisfaction et qualité .....	9
2. 2. 5. Le patient et ses composantes.....	10
2. 3. Le questionnaire.....	11
2. 3. 1. Le système actuel en France .....	11
2. 3. 2. La généralisation des indicateurs de satisfaction .....	13
2. 3. 2. 1. Enquête «COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière» (COMPAQH) en 2004 .....	13
2. 3. 2. 2. Enquête SAPHORA CHU 2007 .....	15
2. 3. 2. 3. La généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction en 2011 .....	15
2. 3. 3. Les buts .....	16

3. MATERIEL ET METHODE.....	17
3. 1. Objectif .....	17
3. 2. Population .....	17
3. 2. 1. Critères d'inclusion.....	17
3. 2. 2. Nombre de sujets .....	18
3. 3. Matériel .....	18
3. 3. 1. Réalisation du questionnaire .....	18
3. 3. 1. 1. Les questions.....	18
3. 3. 1. 2. Les modalités de réponse .....	21
3. 3. 1. 3. Lettre d'accompagnement.....	22
3. 3. 1. 4. Les variables .....	23
3. 3. 2. Le questionnaire.....	23
3. 3. 3. La méthode delphi .....	23
3. 4. Méthode .....	24
3. 4. 1. Méthode de recherche bibliographique.....	24
3. 4. 2. Modalités de distribution .....	24
3. 4. 3. Remplissage du questionnaire .....	26
4. RESULTATS.....	26
5. DISCUSSION .....	28
6. CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

## RESUME

La mesure de la satisfaction du patient est une obligation réglementaire. L'hôpital Bel-Air de Thionville utilise déjà un questionnaire de sortie «généraliste», comme la plupart des hôpitaux ou centres de rééducation. Cependant, peu d'hôpitaux ont recours à des enquêtes spécifiques, centrées sur le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Nous avons donc réalisé un questionnaire de satisfaction auprès du patient pris en charge au plateau technique de rééducation.

Nous avons utilisé la charte de la personne hospitalisée, le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et l'expérience du Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) Le Belloy afin de réaliser notre questionnaire. Nous l'avons ensuite distribué à 32 patients pris en charge au plateau technique de rééducation.

Les taux de satisfaction sont élevés, cependant nous avons pu identifier des limites dans l'interprétation des résultats. Les patients ont également éprouvé des difficultés de compréhension de certaines questions. Le questionnaire sera donc modifié en fonction des remarques des patients.

**Mots clés :** patient, satisfaction, questionnaire.

## 1. INTRODUCTION

Le patient a longtemps été considéré comme intervenant passif dans sa santé. Le soignant était considéré comme le détenteur du savoir médical et le patient confiait sa santé à ce dernier. Au départ, les mesures de résultats de santé se sont développées afin d'obtenir une évaluation effectuée par les professionnels de santé [1]. Depuis un peu plus de dix ans, en France, la reconnaissance des droits des usagers au sein du dispositif de santé n'a cessé de s'affirmer [2]. En effet, nous pouvons lire dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) que «la mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans le contexte global de montée de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé, que traduisent notamment l'évolution réglementaire, en particulier l'ordonnance du 24 avril 1996 et la loi du 4 mars 2002, la montée en puissance des associations d'usagers et la place croissante des démarches qualité, où le service rendu au client et donc son appréciation tiennent une place centrale» [3]. Le patient est maintenant un patient citoyen, avec ses propres droits [2] [4], comme en témoigne le lancement officiel de «2011, année des patients et de leurs droits» [5].

La mesure de la satisfaction n'est pas une fin en soi, elle apparaît comme un outil essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins [3] [6] [7]. La mesure de la satisfaction des usagers n'est pas recueillie actuellement de manière homogène dans tous les établissements de santé [2]. Ces derniers procèdent aujourd'hui, pour la plupart, à des enquêtes «généralistes» de la satisfaction des usagers [3].

«Une rééducation doit tenir compte de la manière dont le patient se juge» [8]. La mesure de l'efficacité du traitement en dépend. «Bien que partie intégrante du résultat thérapeutique, la satisfaction et sa mesure sont difficiles à objectiver» [6].

Nous nous proposons donc de réaliser un questionnaire de satisfaction auprès du patient pris en charge au plateau technique de rééducation de l'hôpital Bel-Air.

## **2. GENERALITES**

### **2. 1. Réglementation et droits du patient**

#### **2. 1. 1. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996**

Cette ordonnance porte réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'article L 710-1-1 rend obligatoire, pour tout établissement de santé, l'évaluation régulière de la satisfaction des patients [9]. Il précise que «la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé».

L'article L 710-5 introduit la procédure de certification des établissements de santé au sein du système de santé français. La certification (ex-accréditation) «vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins». «Elle vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement» [9]. Elle est conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS), à ce jour il y a eu 3 versions : V1, V2-V2007 et V2010. La version II du

manuel de certification, publiée en 2004, insiste sur «la place centrale du patient : il s'agit d'apprécier la capacité de l'établissement à s'organiser en fonction des besoins et des attentes du patient. Cette appréciation doit prendre en compte les observations et les niveaux de satisfaction du patient et de ses représentants» [10]. Ces principes se traduisent dans la référence 51 : «la satisfaction du patient et de son entourage est évaluée» qui se décline comme suit : «51. a. Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration. Il est important d'évaluer la perception par le patient de la qualité de l'information donnée sur son état de santé ainsi que du respect de ses droits.»

Le critère 9.b de la V2010 du manuel de certification inclut l'évaluation de la satisfaction des usagers. De plus «les secteurs d'activité et les instances, dont la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction» [11].

## **2. 1. 2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002**

Cette loi, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a créé une CRUQPC dans chaque établissement de santé. «Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge» [12]. Elle est également consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne la prise en charge et fait des propositions dans ce domaine.

### **2. 1. 3. Circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006**

Cette circulaire constitue une actualisation de la charte du patient hospitalisé telle qu'elle résultait du 6 mai 1995. «L'objectif de cette charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois, notamment la loi du 4 mars 2002» [13]. La charte précise dans son chapitre XI que «la personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil».

### **2. 1. 4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)**

L'article L. 6111-1 stipule que «les établissements de santé mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale». Cette loi marque un progrès dans la prise en compte de l'information de l'utilisateur sur la qualité. En effet, elle rend obligatoire la publication annuelle des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, par l'établissement public de santé [14]. Elle met également en œuvre une représentativité accrue des usagers au conseil de surveillance de l'établissement (article 9-III).

### **2. 1. 5. 2011 : année des patients et de leurs droits**

L'année 2011 sera «l'année des patients et de leurs droits» car le constat est que ces droits sont largement méconnus des citoyens. En effet «la lisibilité des droits pour le citoyen est insuffisante, et des efforts doivent être faits pour les rendre plus accessibles à chacun» [5].



Pour cela, trois axes de réflexion et d'action ont été privilégiés : «faire vivre les droits des patients» ; «la bientraitance à l'hôpital» ; «les nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé». Les aspirations des citoyens vis-à-vis de leur santé ont largement évolué. En effet, internet a changé le rapport à l'information en santé. Le but de ce projet est d'intégrer ces évolutions au système de santé.

## **2. 2. Définitions**

### **2. 2. 1. Le concept de satisfaction**

La satisfaction du patient est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : «l'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins» [6]. Le recueil du point de vue des patients est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins, au même titre que les considérations techniques que pourront livrer les professionnels de santé.

Dans la littérature anglo-saxonne, la satisfaction du patient est définie «comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services» [3].

«La satisfaction est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu» [6]. Pour dépasser le simple constat de l'écart entre ces deux notions et envisager de le réduire, il est nécessaire de bien connaître les attentes du patient. Nous savons que leur satisfaction est, de leur point de vue, principalement déterminée par des aspects tels que l'information qui leur est fournie, la coordination et la continuité des soins, le confort physique, le soutien émotionnel et la participation de leurs proches [15]. Mais leurs attentes dépendent d'un très grand nombre de variables : caractéristiques professionnelles, socio-économiques, culturelles et religieuses ainsi que la nature de leurs pathologies.

La notion de satisfaction est complexe, c'est une appréciation subjective qui varie dans le temps et qui dépend du contexte dans lequel elle est recueillie [3]. Par définition, est subjectif ce qui : «concerne le sujet en tant qu'être conscient» [4]. Les mesures subjectives sont ainsi opposées aux mesures objectives, comme la tension artérielle, la goniométrie.

### **2. 2. 2. Les indicateurs**

Selon la norme International Organization for Standardization (ISO) 9000, un indicateur est une «information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis» [16]. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Les indicateurs ont un rôle d'alerte, de déclencheur ; ils ne constituent pas un diagnostic [3]. L'indicateur a plusieurs fonctions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité :

- connaître le niveau de qualité initial du service,

- déterminer des objectifs quantifiés,
- vérifier que ces objectifs sont atteints,
- suivre dans le temps le maintien des résultats obtenus, c'est-à-dire vérifier la pérennité des changements.

Les indicateurs de satisfaction n'ont pas de valeur absolue, il faut rechercher une pluralité d'indicateurs [3].

### **2. 2. 3. La qualité**

La norme ISO 8402 de 1986 définit la qualité comme étant «l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites» [17].

Deux notions fondamentales doivent être distinguées en matière de qualité :

- la maîtrise de la qualité : elle répond à un objectif interne d'amélioration des services de l'établissement de santé.
- L'assurance de la qualité : elle part du principe que les patients peuvent exiger des garanties de qualité des services fournis [17].

L'amélioration de la qualité identifie les écarts qui existent entre les services effectivement fournis et les attentes des patients concernant ces services, puis les réduit [18]. Elle a pour objectif le maintien de certains résultats obtenus, et l'amélioration de ceux qui s'avèrent insuffisants [19]. Par ailleurs, il existe des perceptions différentes de la qualité de la

prestation suivant que l'on se situe du côté de la structure ou du côté du patient. Le schéma suivant présente différentes dimensions de la qualité et les écarts qui existent entre elles.

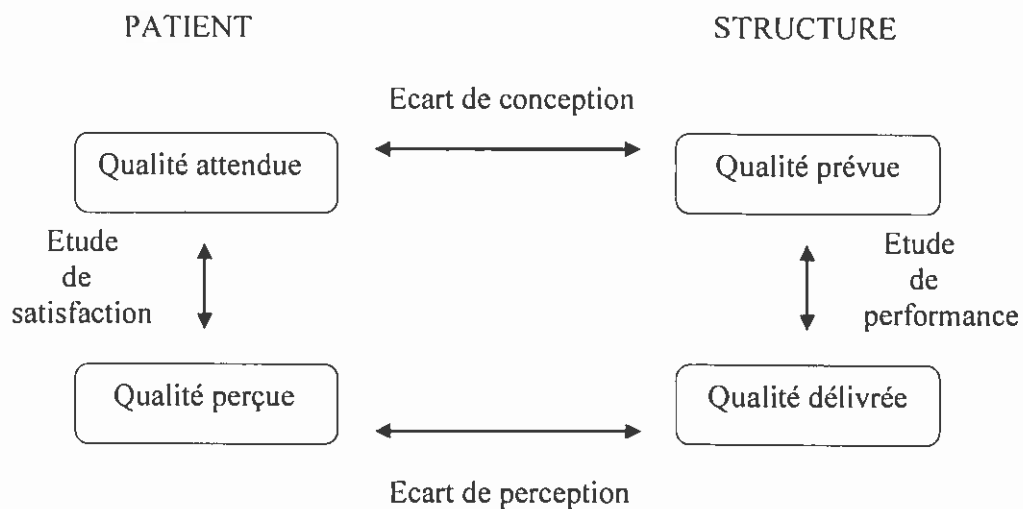


Figure 1 : complémentarité entre satisfaction du patient et performances de la structure, d'après l'HAS [19].

- La qualité attendue par le patient se construit autour de ses besoins et de son éventuel passé hospitalier.
- La qualité perçue est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée.
- La qualité prévue est formulée sous forme de critères explicites, comme les recommandations de l'HAS, à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.
- La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le patient [19].

Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une démarche d'amélioration de la qualité, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation et de l'amélioration de leurs pratiques. La qualité peut-être améliorée sans qu'il faille nécessairement davantage de ressources. L'amélioration des processus de soins engendre de meilleurs résultats pour le patient et réduit également le coût de la prestation de services [18].

La mesure de la satisfaction des patients prend place parmi d'autres indicateurs permettant d'apprécier la qualité des établissements de santé [3]. Elle permet d'aider à la définition des orientations d'une politique qualité, à l'identification d'actions d'amélioration, au suivi de l'efficacité d'actions dans le temps.

#### **2. 2. 4. Lien entre satisfaction et qualité**

Il existe un lien entre qualité de la prise en charge et satisfaction du patient, même si celui-ci est complexe à interpréter [3]. La mesure de la satisfaction du patient est un résultat important pour évaluer la qualité des soins [20]. En effet, elle apporte des informations que n'apportent pas d'autres méthodes d'évaluation de la performance hospitalière [21]. La satisfaction des patients, si elle participe à la qualité, ne peut cependant en constituer le socle central. L'évaluation du niveau de performance d'un établissement de santé nécessite de prendre en compte un résultat «objectif» et aussi un résultat qui relève des attentes des usagers. Le premier résultat attendu nécessite d'utiliser des indicateurs mesurant la compétence technique des professionnels au regard des connaissances actuelles, la cohérence de l'organisation. Le second résultat attendu correspond à la qualité «subjective» [22].

### 2. 2. 5. Le patient et ses composantes

Le point de vue du patient est précieux car, étant le premier concerné par les soins, il a une expérience d'un service peut-être moins savante mais plus concrète que le jugement d'experts [3]. La qualité des soins, et donc la performance attendue par les patients, ne se confond pas toujours avec la conception que s'en font les professionnels de santé. Les patients apprécient la qualité des soins en la reliant à la qualité de la relation qu'ils ont avec les professionnels de santé et moins aux processus cliniques ou aux résultats des soins pour lesquels ils ont plutôt tendance à s'en remettre aux praticiens. Il est évident que le patient ne peut apprécier tous les éléments qui concourent à sa prise en charge. De plus, le patient peut être dans une telle situation de dépendance, du fait de son âge, de son handicap, de sa pathologie, que c'est son entourage qui s'exprimera le plus facilement sur le caractère satisfaisant ou non, à ses yeux, de la prise en charge. La diversité des personnes hospitalisées, de leurs valeurs et de leurs parcours génère également différents types d'attentes.

Le patient établit une hiérarchie de ses besoins qui lui est personnelle, sensiblement différente de celle que peut concevoir un masseur-kinésithérapeute. Les professionnels de santé expriment l'importance qu'il faut accorder à la satisfaction du patient [3]. Cependant, ils redoutent une situation où la satisfaction de l'utilisateur jugerait seule de la qualité des soins. En effet, s'ils devaient obéir aux seuls critères de satisfaction des patients, ils perdraient jusqu'au sens même de leur profession. Cela aussi ne serait pas sans conséquences sur la qualité des soins [3].

## **2. 3. Le questionnaire**

### **2. 3. 1. Le système actuel en France**

Actuellement, les outils de mesure de la satisfaction utilisés par la plupart des établissements français sont très variables et répondent rarement à des exigences méthodologiques de validation [7]. Il en existe trois principaux :

- les questionnaires de sortie : les établissements de santé remettent au patient, lors de son admission, un livret d'accueil comprenant, entre autres éléments, un questionnaire de satisfaction à rendre à la sortie du séjour. Ce questionnaire de sortie porte sur à peu près toujours les mêmes rubriques : la qualité de l'accueil, la qualité de l'information donnée, la qualité des soins, le respect de l'intimité du patient, la qualité des repas, de l'hôtellerie, des diverses prestations offertes (télévision, téléphone...). Les établissements procèdent en général à une analyse statistique des réponses obtenues avec ces questionnaires. Les résultats de cette analyse font l'objet d'une publication transmise à la CRUQPC. Les services hospitaliers sont destinataires des résultats les concernant, en même temps que de la moyenne de l'établissement. Souvent ce questionnaire est peu rempli par les patients [3]. Cela est vraisemblablement dû au manque d'information donnée au patient lors de la remise de celui-ci. Or la référence 51 du manuel de certification V2 précise que «cette approche ne permet une mesure précise de la satisfaction qu'en cas de retour important».

- Les enquêtes «généralistes» sur un échantillon de patients : elles consistent à interroger, par téléphone ou grâce à un questionnaire adressé par voie postale, des patients tirés au sort ou non, quelque temps après leur hospitalisation (de 15 jours à 2 mois selon les enquêtes). Le taux de réponse est en général bon, allant de 60 à 80 %. Un nombre croissant d'établissements procèdent à ce type d'enquête.

- Les enquêtes «spécifiques» sur des activités particulières : certains services hospitaliers réalisent des enquêtes de satisfaction dans le domaine particulier de leur activité : la kinésithérapie, la radiothérapie, la dermatologie...Ces enquêtes sont intéressantes car le patient se base en grande partie sur le fonctionnement du service dans lequel il a été hospitalisé pour évaluer son séjour à l'hôpital. De plus, certaines enquêtes ont montré une grande variabilité de la satisfaction entre les services d'un même établissement [7].

La stratégie de diffusion des résultats est très variable selon les établissements. Certains les portent à la connaissance des services, d'autres aux membres de la CRUQPC mais ils font rarement l'objet de diffusion grand public.

Dans le cadre de notre mémoire, nous avons récolté sept questionnaires de satisfaction utilisés en centre de rééducation ou à l'hôpital. Ce sont des questionnaires de sortie. Les questions qui abordent les principaux thèmes sont retrouvées : l'accueil, l'environnement (accès, confort de la chambre), l'information, la qualité des soins, la restauration, l'opinion générale. Sur les sept, un seul se présente sous forme de questions ouvertes. Cinq comportent une lettre d'accompagnement qui incite le patient à remplir le questionnaire. Les modalités de réponse diffèrent d'un questionnaire à l'autre. Une échelle à graduation d'intensité est utilisée. Pour quatre questionnaires, il y a quatre items proposés sous forme de cases à cocher, comportant autant d'opinions favorables que défavorables. Un item «non concerné» est parfois rajouté. Pour deux questionnaires, les items dépassent le nombre de cinq et proposent plus d'opinions favorables que défavorables.



A notre connaissance, quatre questionnaires de satisfaction de langue française ont été validés à ce jour pour les établissements de type Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). Le questionnaire SAPHORA-MCO en fait partie. Il a été développé en collaboration avec 15 établissements de santé et validé par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). Il permet la réalisation d'enquêtes périodiques de satisfaction dans les établissements de type MCO, SSR et Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC). Il comprend 46 questions et permet de calculer 3 scores : qualité des soins, confort et organisation de la sortie.

Un questionnaire de satisfaction a été validé pour les patients atteints de cancer, un pour l'hospitalisation en psychiatrie et deux ont été adaptés pour mesurer la satisfaction à l'égard du système de santé français. Ces deux derniers ont été construits à partir d'outils validés aux Etats-Unis : le Consumer Satisfaction Survey questionnaire (CSS-VF) mesure la satisfaction des usagers pour l'offre de soins en général, le Visit-Specific Questionnaire (VSQ-VF) mesure la satisfaction pour la dernière consultation médicale.

### **2. 3. 2. La généralisation des indicateurs de satisfaction**

#### **2. 3. 2. 1. Enquête «Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière» (COMPAQH) en 2004**

Le projet de recherche COMPAQH a pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins permettant de mesurer la performance des établissements de santé [23]. Il a été créé en 2003, et est soutenu par le Ministère de la Santé et la HAS. La mise en œuvre de ce projet a été confiée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Après avoir effectué une sélection d'indicateurs, il les teste et les valide au sein d'un panel de trente-six établissements de santé. Le but étant que les indicateurs soient acceptés par les établissements et les professionnels de santé, et faciles à recueillir en routine. L'ensemble de ces démarches sert de support à la généralisation d'indicateurs dans différents domaines. COMPAQH identifie huit objectifs prioritaires pour rendre compte de la qualité d'un établissement de santé. L'amélioration de la satisfaction du patient fait partie de ces objectifs. Afin de disposer d'un outil de mesure de la satisfaction, validé et commun à tous les établissements participant au projet COMPAQH, le questionnaire SAPHORA-MCO a été utilisé. L'utilisation de ce questionnaire dans le cadre de l'enquête COMPAQH durant deux années consécutives (2004 et 2005) a permis de vérifier la faisabilité du recueil. Le taux de participation était d'environ 75%. Au terme de cette enquête, l'indicateur a été décrété «généralisable», c'est-à-dire qu'il a été transféré aux administrations publiques en charge de la phase de généralisation : la HAS, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS).

Cet outil est conçu pour permettre aux établissements de disposer d'indicateurs de performance afin qu'ils puissent conduire les actions nécessaires pour améliorer la qualité de leurs prises en charge. Il conduit à se poser la question de son emploi à des fins de comparaison, voire de classement de tous les établissements entre eux. Le point négatif est que l'indicateur évalue les phénomènes à l'échelle de l'établissement mais pas du service. De ce fait, l'analyse a une capacité moindre d'identifier des actions correctives.

### **2. 3. 2. 2. Enquête SAPHORA CHU 2007**

Dans l'optique de poursuivre la démarche entreprise par le projet COMPAQH, des regroupements d'établissements comme les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les CLCC ont décidé de se livrer à une enquête de satisfaction des usagers sur une même période, en reprenant le questionnaire SAPHORA-MCO. Le but était d'effectuer une comparaison des résultats entre les 23 CHU participants et d'établir les bases méthodologiques d'une telle démarche [3]. Les résultats apparaissent sous la forme de trois indicateurs : soins, logistique et sortie. Les comparaisons inter-CHU sont rendues anonymes, en effet, les CHU sont représentés par une lettre de A à W, identifiable pour chaque CHU.

### **2. 3. 2. 3. La généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction en 2011**

La généralisation du recueil de la satisfaction des patients par les établissements de santé a été décidée par le ministère de la santé : «un questionnaire national sur la satisfaction des patients hospitalisés sera à utiliser pour la réalisation d'enquêtes annuelles de satisfaction dans les établissements de santé ayant une activité MCO y compris dans les CLCC à partir de 2011» [24]. Afin de pouvoir comparer les taux de satisfaction entre les établissements de santé, un questionnaire commun validé scientifiquement a été mis en œuvre. Il a été expérimenté et validé par le CCECQA et COMPAQH, et comporte trente-six questions. Il s'agit du questionnaire SAPHORA-MCO (version 2009). Les réponses à ce questionnaire permettent de calculer des indicateurs thématiques de satisfaction des patients : prise en charge globale du patient, information du patient, communication avec les professionnels de santé, attitude des professionnels de santé, commodité de la chambre, restauration hospitalière

et satisfaction globale. Elles permettent également de calculer un indicateur de satisfaction générale, indicateur agrégé des indicateurs thématiques [25]. La procédure consiste en la conduite d'une enquête téléphonique auprès des patients après leur hospitalisation dans un établissement de santé. Les entretiens téléphoniques sont réalisés par un institut de sondage sélectionné par l'établissement de santé. Les données sont ensuite transmises à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui calcule l'indicateur. Les articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique prévoient que les résultats des indicateurs qualité soient mis à la disposition du public par les établissements de santé eux-mêmes, accompagnés des données de comparaison. Le ministère de la santé et des sports assure la publication d'un résultat moyen pour l'ensemble des établissements de santé en 2011 ; il sera détaillé par établissement en 2012.

### **2. 3. 3. Les buts**

Deux objectifs principaux sont poursuivis à travers le développement des enquêtes de satisfaction :

- l'amélioration de la qualité des soins par l'établissement de santé. En effet, la prise en compte de la satisfaction des usagers est un élément nécessaire dans une démarche qualité [3].
- L'amélioration de l'information de l'utilisateur, de manière à ce qu'il puisse s'orienter dans le dispositif de soins en fonction de ses attentes. En effet, l'article L. 1110-8 du code de la santé publique a instauré le droit au « libre choix » de l'établissement de santé [2]. « L'information des usagers mérite de devenir un objectif en soi alors qu'elle n'était, jusqu'à présent, que le sous-produit d'informations constituées pour les professionnels » [2]. La généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction en 2011 répond à cet objectif.

Ces objectifs ne sont pas totalement indépendants l'un de l'autre. Cependant la mesure de la satisfaction des patients doit prendre une forme adaptée à l'objectif poursuivi [3]. Le même outil de mesure ne peut-être utilisé pour atteindre ces deux objectifs.

### **3. MATERIEL ET METHODE**

#### **3. 1. Objectif**

L'hôpital Bel Air de Thionville utilise un questionnaire de satisfaction «généraliste». L'objectif de notre questionnaire est de permettre au plateau technique de rééducation de disposer de l'avis du patient afin d'améliorer la qualité des soins et des services rendus. Nous avons ciblé notre questionnaire sur la prise en charge masso-kinésithérapique.

#### **3. 2. Population**

##### **3. 2. 1. Critères d'inclusion**

Nous avons distribué le questionnaire aux patients hospitalisés au service de SSR depuis au moins une semaine, afin qu'ils aient eu plusieurs séances de rééducation et aient pu se forger leur opinion sur les différents aspects de la prise en charge [26]. Des études ont montré que l'état de santé exerce une influence sur le taux de satisfaction du patient [27]. En effet, les patients qui ont un meilleur état de santé ont une meilleure opinion sur les soins fournis, probablement parce qu'ils ressentent moins d'inconfort ou ont moins besoin d'aide. Pour les patients ne pouvant remplir le questionnaire seuls, nous leur avons donc apporté une aide, afin

de ne pas exclure un certain nombre de patients et induire un biais dans le taux de satisfaction obtenu.

### **3. 2. 2. Nombre de sujets**

Nous avons distribué 32 questionnaires : 15 ont été remplis par les patients en hospitalisation complète au service de SSR, 9 par des externes et 8 en hôpital de jour.

## **3. 3. Matériel**

### **3. 3. 1. Réalisation du questionnaire**

Afin de réaliser notre questionnaire, nous nous sommes inspirés de la charte de la personne hospitalisée [13] ainsi que de la partie réglementaire du Code de la Santé Publique [28]. De plus, nous nous sommes inspirés de l'expérience de réalisation d'un questionnaire dans un centre de rééducation fonctionnelle [29].

#### **3. 3. 1. 1. Les questions**

Le questionnaire comporte treize questions réparties en quatre catégories. Il est présenté sur une feuille recto-verso. Nous avons rédigé des questions fermées, cela signifie que les patients doivent choisir entre des réponses déjà formulées à l'avance [30]. Elles présentent comme inconvénient de ne pas refléter toujours la complexité de la situation et de ne pas prendre en compte des éléments non envisagés préalablement [31]. Elles ont l'avantage d'être plus simple à exploiter.

L'ordre des questions est important, en effet le questionnaire est mieux accepté si les patients voient dans son déroulement une continuité et une cohérence [31]. Ainsi, nous avons placé les appréciations spécifiques avant les jugements globaux [6] et regroupé les questions par grand thème [31] : les locaux, l'information, la prise en charge et l'opinion générale.

Une attention particulière a été portée à la formulation des questions. Nous avons essayé de rédiger des questions courtes et compréhensibles pour des personnes qui n'ont pas de formation médicale ou paramédicale. Le but étant aussi que les questions soient comprises de la même manière par tous les patients [31]. Lairy G. et Parizot I. préconisent d'alterner les propositions favorables et défavorables à l'objet questionné, afin d'éviter le biais d'acquiescement [6] [31], qui est la tendance à préférer spontanément la réponse «oui» à la réponse «non». En effet, «il ne faut pas instaurer un climat laissant penser qu'il est normal d'être satisfait» de sa prise en charge masso-kinésithérapique [31]. Nous avons donc réalisé un premier questionnaire avec des formulations positives et négatives. Voici une de nos questions : «Pensez-vous que votre intimité n'a pas été respectée au cours de la séance de kinésithérapie ?». Nous l'avons testé et il s'est avéré que les questions sous forme négative n'étaient pas toujours comprises des patients. Nous avons donc choisi de formuler les questions de manière positive. En effet, Falissard recommande de rédiger des questions nécessitant un effort cognitif minime pour le patient [4]. Notre précédente formulation présente un risque accru de mauvaise interprétation de la question et de réponse au hasard. Nous avons également évité les phrases «gigognes» [4], c'est-à-dire qu'elles comportent deux informations, du type : «êtes-vous satisfait de l'hygiène et du confort des locaux ? ». Certaines personnes répondent favorablement, à condition qu'un élément leur convienne,

d'autres les deux éléments. Nous avons aussi employé des questions «filtrées», c'est à dire que le patient ne doit répondre que si sa précédente réponse était «oui». Nous évitons ainsi d'interroger les patients non concernés par certains aspects de la prise en charge. Cependant nous n'en avons formulé que quatre car elles réduisent l'effectif de répondants, ne permettant pas toujours d'en tirer des analyses statistiques significatives [31].

Nous détaillons ci-dessous le choix des thèmes des questions :

- question 1 : la notion d'accessibilité des locaux apparaît dans la charte de la personne hospitalisée. Les moyens mis en œuvre doivent permettre l'accueil de personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel.
- Question 2 : la notion d'hygiène apparaît dans l'article R4321-94.
- Questions 3 à 5 : la charte stipule que «toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé». Le but étant que le patient soit impliqué dans son traitement. L'article R4321-83 précise que le masseur-kinésithérapeute doit au patient «une information claire sur son état et les soins qu'il lui propose, dans les limites de ses compétences». Il doit également adapter ses explications en fonction des patients et veiller à leur compréhension.
- Question 6 : la charte indique que l'établissement de santé garantit «la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées». Cela concerne les informations médicales, d'état civil, administratives et financières. L'article R4321-55 impose le secret professionnel au masseur-kinésithérapeute.
- Question 7 : la charte garantit la prise en charge de la douleur par l'établissement. L'article R4321-85 stipule que «le masseur-kinésithérapeute s'efforce de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement». En prenant en compte les remarques faites suite à l'élaboration du questionnaire réalisé au CRF Le Belloy



en 2007 [29], nous avons réalisé cette question sous forme de filtre, car les patients ne ressentent pas systématiquement des douleurs.

- Question 8 : nous avons repris la question utilisée par le CRF Le Belloy qui a été bien acceptée. La notion de temps accordé au patient par le masseur-kinésithérapeute apparaît importante.

- Question 9 : selon la charte, les établissements doivent assurer la continuité des soins des patients. L'article R4321-92 implique le masseur-kinésithérapeute dans cette démarche. Nous avons réalisé une question filtrée en suivant les remarques émanant de la réalisation du questionnaire au CRF Le Belloy.

- Question 10 : la charte garantit à la personne hospitalisée le droit au respect de son intimité au cours de sa prise en charge. L'article R4321-53 stipule que le masseur-kinésithérapeute doit respecter la dignité du patient. Nous avons repris la question employée dans le questionnaire au CRF Le Belloy car elle a été bien acceptée par les patients.

- Question 11 : la charte indique que les établissements garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. L'article R4321-80 précise que le masseur-kinésithérapeute assure au patient «des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science».

- Question 12 : l'article R4321-84 indique que le masseur-kinésithérapeute doit rechercher le consentement du patient.

### **3. 3. 1. 2. Les modalités de réponse**

Les réponses aux questions sont appelées des modalités de réponse ou items. Selon I. Parizot, la liste des modalités de réponse n'est pas neutre, elle influence l'enquêté dans son choix [31]. En effet, il l'interprète, consciemment ou non, dans le but de donner la réponse

qu'il pense être attendue par l'enquêteur. Nous avons donc proposé des items qui reflètent autant d'opinions favorables que défavorables à la question posée, de manière à ne pas orienter le patient dans son choix.

Nous avons inclus une modalité «sans opinion», car selon B. Falissard, une réponse ne peut-être imposée à tout prix à l'enquêté, car cela augmente le risque de biais si sa réponse ne figure pas parmi les items proposés [4].

Il n'y a pas de consensus concernant les items dits «centristes» («moyennement satisfait»). Nous avons fait le choix de ne pas en inclure.

Selon B. Falissard, le nombre de modalités de réponse doit-être de sept, plus ou moins deux. Si le nombre d'items est trop petit, cela augmente le risque de non réponse. Nous avons utilisé une échelle de type Likert : elle consiste à proposer des réponses nuancées en terme d'intensité. Nous avons illustré les items en utilisant des icônes d'humeur, afin que les patients identifient plus facilement les réponses. Nous proposons donc cinq items dans notre questionnaire, sous forme de cases à cocher par le patient.

### **3. 3. 1. 3. Lettre d'accompagnement**

Nous avons inclus un texte introductif afin d'expliquer la démarche aux patients et ainsi, les inciter à répondre au questionnaire. Le principe d'anonymat concernant le traitement des données comme des résultats y est clairement annoncé, comme le préconise la HAS [6].

#### **3. 3. 1. 4. Les variables**

La variable utilisée pour le sexe est binaire. Les conventions pour la variable de l'âge sont d'utiliser des tranches de dix en dix [30]. La date d'entrée à l'hôpital nous permet de calculer le temps écoulé entre cette date et la distribution du questionnaire.

#### **3. 3. 2. Le questionnaire**

Voir annexe I.

#### **3. 3. 3. La méthode delphi**

C'est une méthode de recherche de consensus qui a été développée vers 1950 [32]. Elle consiste à soumettre des items à l'avis d'un groupe d'experts. Elle permet ainsi de sélectionner les items pour réaliser un questionnaire. Les experts sont des personnes en rapport avec la problématique posée, c'est-à-dire, dans notre cas, des médecins du service de rééducation, des masseurs-kinésithérapeutes, des patients. Le nombre idéal est de dix personnes. Les experts sont consultés individuellement, les échanges entre eux se font par voie postale (papier ou électronique). Dans notre exemple, ils jugeraient la pertinence de l'item «présence suffisante du masseur-kinésithérapeute pendant la prise en charge» en tant qu'indicateur de la satisfaction du patient. Ils reçoivent ensuite chacun les réponses des autres experts et ont ainsi la possibilité de confronter en privé leur opinion à celles des autres participants. Ils peuvent revenir sur leur position, plusieurs échanges sont donc réalisés. La boucle se termine lorsqu'il y a consensus.

Nous n'avons pu appliquer cette démarche dans le temps qui nous était imparti.

### **3. 4. Méthode**

#### **3. 4. 1. Méthode de recherche bibliographique**

Nous avons utilisé les moteurs de recherche «ScienceDirect» et «Kinedoc» en indiquant les mots clés : patient satisfaction, health care, evaluation. Ils étaient associés à : questionnaire, physiotherapy. La recherche a porté sur les documents rédigés en langue française ou anglaise, et sur la période 1993-2011. Nous avons ensuite élargi la bibliographie à partir des listes de références bibliographiques des articles sélectionnés. Nous avons également trouvé des articles à reedoc, le service de documentation de l'institut régional de réadaptation Pierquin. Nous avons aussi utilisé le site de la HAS afin d'obtenir des principes généraux et une revue de la littérature concernant la satisfaction des patients.

#### **3. 4. 2. Modalités de distribution**

Les questionnaires ont été distribués en deux fois, à un mois d'intervalle, afin d'obtenir un nombre suffisant de réponses. Nous avons préalablement informé les kinésithérapeutes de la démarche adoptée. Pour cela nous leur avons présenté le questionnaire réalisé et expliqué la méthode de distribution. Les patients ont également été informés lors de la distribution des questionnaires.

Les questionnaires ont été donnés durant le temps du repas de midi, dans les chambres des patients. Ils ont été distribués par le cadre de santé et par une infirmière. Nous ne voulions pas qu'ils soient distribués par des kinésithérapeutes, pour éviter de créer un biais. La consigne donnée était de remplir le questionnaire dans l'heure qui suivait la distribution. Les patients en hospitalisation de jour et les externes étaient seuls dans une salle pour remplir le questionnaire. Ils bénéficiaient du même temps de réponse.

Il a été démontré qu'en fonction du moment de distribution du questionnaire, des résultats différents peuvent être obtenus. En effet, une relation dite en «U» est retrouvée dans la littérature entre le taux de satisfaction et le moment de l'enquête : les patients qui remplissent le questionnaire durant leur hospitalisation et ceux qui le remplissent quelques mois après leur sortie ont des taux de satisfaction plus élevés que les patients interrogés quelques semaines après leur sortie [7]. Cela s'explique par l'état de dépendance aux soins et aux professionnels de santé dans lequel se trouve le patient hospitalisé, qui répond alors en fonction de ce qu'il pense que l'enquêteur attend de lui, de manière plus ou moins inconsciente. Le taux de satisfaction plus élevé retrouvé chez les patients quelques mois après leur sortie s'explique par un effet d'oubli ou d'amélioration de l'état de santé. Le moment de distribution du questionnaire dépend du sujet du questionnaire [21]. Par exemple, si le but est d'évaluer la satisfaction concernant l'information donnée après une opération de prothèse de hanche, le questionnaire doit être donné au patient quelques mois après sa sortie d'hôpital afin qu'il ait le temps de savoir si l'information donnée est suffisante. Dans notre enquête, nous avons choisi de distribuer les questionnaires durant l'hospitalisation car nous évaluons la satisfaction générale.

### 3. 4. 3. Remplissage du questionnaire

Le questionnaire est auto-administré, c'est-à-dire rempli par le patient lui-même. Cette méthode présente l'avantage de réduire les biais liés à la présence d'une personne, le patient se sentant ainsi plus libre dans le choix de ses réponses. Pour les patients ne pouvant répondre seuls, une aide leur est apportée. Par exemple, un patient ne sait pas lire le français, un autre a été opéré du membre supérieur et ne peut pas écrire. Plusieurs questionnaires ont été remplis par un parent du patient, car le plateau technique prend en charge des enfants en bas âge.

## 4. RESULTATS

Sur les 32 questionnaires remplis, toutes les tranches d'âge sont représentées, sauf les plus de 90 ans, voir annexe II. La tranche d'âge «entre 50 et 59 ans» est la plus représentée (28%). Il y a 20 femmes et 12 hommes qui ont répondu. Nous avons calculé le temps écoulé entre la première prise en charge en rééducation et la distribution du questionnaire. Puis nous l'avons présenté sous forme de tranches : moins d'un mois de prise en charge, entre 1 et 6 mois, entre 6 et 12 mois, plus d'un an. Neuf patients n'ont pas renseigné de date d'entrée.

Les taux de satisfaction moyens calculés sont élevés (annexe III) :

- la moyenne des réponses «très satisfait ou tout à fait d'accord» est de 73.7%.
- La moyenne des réponses «satisfait ou d'accord» est de 23.8%.
- La moyenne des réponses «peu satisfait ou pas d'accord» est de 1.3%
- La moyenne des réponses «pas du tout satisfait/d'accord» est de 0.25%
- La moyenne des réponses «sans opinion» est de 0.95%.

Ils sont calculés en effectuant la moyenne des taux de tous les items, sauf l'item de la question 5 car c'est une réponse «oui-non». Le taux de non réponse n'est pas pris en compte pour ces calculs. Il est de 2% en moyenne. Un item qui ne comporte pas de croix est considéré comme une «non réponse».

Les questions 9 et 12, qui sont des questions filtres, sont les moins bien complétées. En effet, trois personnes ont répondu «oui» et n'ont pas répondu à la question filtre qui suit, pour la question 9. Un patient a répondu «non» à cette question et a tout de même renseigné la question suivante. Concernant la question 12, deux patients ont répondu «oui» et n'ont pas rempli l'item suivant. Une personne n'a pas du tout répondu à cette question. De plus, ce sont les questions qui obtiennent le plus de non réponses (14%).

Sur les 32 patients interrogés, 28 ont ressenti des douleurs. Sur ces 28, 71% sont très satisfaits de la prise en charge des douleurs, 25% sont satisfaits et 4% peu satisfaits. A la question 5, dix-sept patients indiquent qu'ils ont reçu des conseils d'hygiène de vie, deux ne répondent pas et treize cochent «non». Trente patients indiquent qu'ils ont posé des questions au kinésithérapeute concernant leur pathologie et/ou leur rééducation. Sur ces 30, 77% sont très satisfaits de la réponse apportée et 23% sont satisfaits. Sur 31 patients, 11 estiment que le kinésithérapeute ne s'est pas renseigné sur leurs attentes concernant la rééducation.

Nous avons ensuite communiqué ces résultats à l'équipe de rééducation du plateau technique de l'hôpital Bel-Air. Elle a ainsi pu bénéficier du ressenti des patients concernant les prises en charge masso-kinésithérapiques.

## 5. DISCUSSION

L'application de la méthode delphi aurait été intéressante dans la réalisation de notre questionnaire car elle aurait permis d'impliquer toute l'équipe du plateau technique de rééducation de l'hôpital Bel Air dans notre démarche. Nous avons présenté notre questionnaire à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes de l'équipe avant de le distribuer aux patients afin qu'ils soient informés et impliqués dans la démarche d'amélioration continue des soins.

Dans notre démarche, nous avons récolté sept questionnaires utilisés en centre de rééducation ou à l'hôpital. Le but de cette démarche était de voir le type de questionnaire utilisé dans ces différents établissements. Nous avons parfois rencontré des difficultés pour les obtenir, car une autorisation de la direction de l'établissement est souvent nécessaire.

Dans notre questionnaire, la date d'entrée n'est pas toujours remplie. Certains patients n'ont peut-être plus cette date en mémoire. De plus, c'est la date de première prise en charge masso-kinésithérapique qui nous intéresse, et nous ne l'avons pas précisé. Nous aurions dû formuler cette question sous forme de question fermée, les patients devant ainsi choisir le temps de présence parmi des réponses déjà formulées. Certains patients se sont plaints que les significations des icônes d'humeur ne figuraient pas du même côté que le questionnaire. Dans un prochain questionnaire, il faudrait donc placer les significations des icônes au-dessus, sur le même côté que les questions. Nous avons rajouté sur le questionnaire si le patient était en hôpital de jour, en hospitalisation complète ou externe. Nous aurions pu le présenter sous forme de cases à cocher par le patient. Nous avons également eu des difficultés pour un



questionnaire concernant le relevé des réponses. En effet, à la question 12, le patient a fait une grande croix, recoupant plusieurs modalités de réponse. Nous avons comptabilisé sa réponse comme «non réponse».

Nous avons remarqué que les modalités de réponse aux questions filtres 9 et 12 n'ont pas toujours été respectées. Cependant les questions 4 et 7 ont été bien remplies, alors que ce sont également des questions filtres. Le mécanisme de réponse à ce type de questions a donc été compris. C'est la compréhension des questions portant sur la continuité des soins (question 9) et sur l'adéquation entre les attentes du patient et le traitement (question 12) qui a été source de difficultés. En effet, plusieurs patients ont relaté ces difficultés après avoir rempli le questionnaire. Dans un prochain questionnaire, ces questions devront être reformulées de manière plus claire. Par exemple : «Etes-vous satisfait par le traitement poursuivi ?» pour la question 9 et «le traitement mis en œuvre était-il adapté à votre projet (reprise du travail antérieur, reprise du sport) ?» pour la question 12. Certains patients ont également signalé des difficultés de compréhension du terme «confidentialité» employé dans la question 6. Nous aurions dû préciser le terme dans la question ou le définir dans les consignes données.

Nous voulions dans un premier temps distribuer le questionnaire seulement aux patients en hospitalisation complète. Le but était que les patients soient dans les mêmes conditions pour remplir le questionnaire. Faute d'un nombre suffisant, nous avons étendu l'enquête aux patients en hospitalisation de jour et aux externes

Les taux de satisfaction élevés obtenus peuvent être liés au moment de distribution du questionnaire. Cela peut également être lié à l'emploi de questions fermées. En effet, les

patients choisissent peut-être plus facilement une modalité de réponse défavorable s'ils peuvent ajouter des commentaires pour la justifier.

Certains patients exerçant une profession de santé n'ont pas ressenti le besoin de poser des questions sur leurs traitements ou leurs pathologies. Nous aurions dû proposer un item «non concerné» parmi les modalités de réponse.

## 6. CONCLUSION

La réalisation du questionnaire de satisfaction nous a permis d'impliquer les patients et les kinésithérapeutes dans la démarche d'évaluation des soins. Cependant, quelques modifications sont à apporter, afin de rendre le questionnaire plus compréhensible et adapté aux patients. Nous espérons ainsi qu'il sera utilisé dans le service.

Notre démarche nous a permis d'associer le patient dans l'évaluation de la prise en charge masso-kinésithérapique. La prise en compte de l'avis du patient est un élément important, comme en témoigne la généralisation actuelle de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés.

L'évaluation du questionnaire pourra également faire l'objet d'un prochain mémoire. Cela est effectué en analysant certains paramètres du questionnaire, comme la cohérence interne des items.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1]. GONZALEZ N., QUINTANA J. M., BILBAO A., ESCOBAR A., AIZPURU F., THOMPSON A., ESTEBAN C., SAN SEBASTIAN J. A., DE LA SIERRA E. - Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. - International Journal for Quality in Health Care, 2005, volume 17, numéro 6, p. 465 - 472.
- [2]. BRAS P. L., GOHET P., LOPEZ A. - Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé. - Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport n° RM2010-090P, juillet 2010. - 88 p.
- [3]. LOPEZ A., REMY P. L. - Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. IGAS, Rapport n° RM2007-045P, mars 2007. - 41 p.
- [4]. FALISSARD B. - Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique. - 2<sup>ème</sup> édition. - Issy Les Moulineaux : Masson, 2008. - 114 p. - Abrégés.
- [5]. Service de presse du ministère de la Santé et des Sports. - Dossier de presse du 5 octobre 2010. 2011 : année des patients et de leurs droits. - 8 p.
- [6]. LAIRY G. - La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé : Revue de la littérature médicale. - ANDEM, service d'évaluation hospitalière, HAS, 1996, 45 p.
- [7]. Projet Compaqh. - Satisfaction du patient hospitalisé : cahier des charges. 2006, 17 p.
- [8]. VIEL E. - Bien rédiger le bilan-diagnostic kinésithérapique. - 1<sup>ère</sup> éd. - Issy Les Moulineaux : Masson, 2006. - 200 p.
- [9]. République Française. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée : article L 710-1-1. Journal officiel de la république française du 25 avril.
- [10]. Manuel de certification des établissements de santé V2. - HAS, 2004, 131 p.
- [11]. Manuel de certification des établissements de santé V2010. - HAS, 2009, 100 p.
- [12]. République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 2002 ; 5 mars : article 16.
- [13]. Charte de la personne hospitalisée, issue de la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

- [14]. République Française. Loi n° 2002-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : article 5-I. Journal officiel de la république française du 22 juillet 2009.
- [15]. SAAL D., NUEBLING M., HEIDEGGER T. - L'évaluation de la satisfaction des patients a-t-elle un sens ? - Le praticien en anesthésie réanimation, 2006, p. 305 - 310.
- [16]. PETIT J. - Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux. - HAS, 2002, 39 p.
- [17]. RIVIERE P. - Qualité et statistique. - Courrier des statistiques, 1999, n° 90, p. 47 - 58.
- [18]. MASSOUD R., ASKOV K., REINKE J., MILLER FRANCO L., BORNSTEIN T., KNEBEL E., MACAULAY C. - Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé. - Monographie, projet d'assurance de qualité, 2002, 90 p.
- [19]. ERBAULT M., NABARETTE H. - Complément au référentiel d'évaluation des centres de santé. Aide à la mise en œuvre de l'auto-évaluation. - HAS, Service Qualité de l'Information Médicale, 2007, 25 p.
- [20]. STEVENS M., REININGA I., BOSS N., VAN HORN J. - Patient satisfaction at and after discharge. Effect of time lag. - Patient Education and Counseling, 2006, 60, p. 241 - 245.
- [21]. LABARERE J., FRANCOIS P., AUQUIER P., ROBERT C., FOURNY M. - Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. - International Journal for Quality in Health Care, 2001, volume 13, n° 2, p. 99 - 108.
- [22]. GASQUET I., VILLEMINOT S., DOS SANTOS C., VALLET O., VERDIER A., KOVESS V., HARDY-BAYLE M. C., FALISSARD B. - Adaptation culturelle et validation de questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français. - Santé publique, 2003, volume 15, n° 4, p. 383 - 402.
- [23]. MINVIELLE E. - Les critères de qualité en médecine : jusqu'où aller ? - Annales d'urologie, 2006, volume 40, n° 3, p. 184 - 191.
- [24]. Note d'information N°DGOS/PF2/2010/327 du 7 septembre 2010. Direction Générale de l'Offre de Soins. Ministère de la Santé et des Sports.
- [25]. Présentation de l'indicateur de mesure de satisfaction des patients hospitalisés. Dossier de presse jeudi 4 novembre 2010. Ministère de la Santé et des Sports.
- [26]. NGUYEN THI P. L., BRIANCON S., EMPEREUR F., GUILLEMIN F. - Factors determining inpatient satisfaction with care. - Social Science & Medicine, 2002, volume 54, n° 4, p. 493 - 504.

[27]. SALOMON L., GASQUET I., MESBAH M., RAVAUD P. - Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. - International Journal for Quality in Health Care, 1999, volume 11, numéro 6, p. 507 - 516.

[28]. Articles R. 4321 du Code de la Santé Publique, section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sous-section 1 : devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes. Sous-section 2 : devoirs envers les patients. Publication dans le J.O. le 5 novembre 2008.

[29]. JOUBLIN C. - Enquête de satisfaction des patients ciblée sur le service kinésithérapie dans un centre de rééducation fonctionnelle. - Kinésithérapie la revue, 2009, volume 9, n° 92 - 93, p. 62 - 68.

[30]. DE SINGLY F. - L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. - 2<sup>ème</sup> édition refondue. - Paris : Armand Colin, 2005. - 127 p. - La collection universitaire de poche.

[31]. PAUGAM S., PARIZOT I. - L'enquête sociologique. - 1<sup>ère</sup> édition. - Paris : Presses Universitaires de France, mars 2010. - 458 p. - Quadrige Manuels.

[32]. VAILLANCOURT M. - La technique du groupe nominal et la méthode delphi en physiothérapie. - Annales de kinésithérapie, 1993, 20, 5, p. 247 - 264.

# ANNEXES

## ANNEXE I : le questionnaire réalisé

### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT AU PLATEAU TECHNIQUE DE REEDUCATION DU CHR METZ-THIONVILLE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le service souhaite s'améliorer sur la qualité des soins et la prise en charge.  
Nous vous demandons de bien vouloir nous aider en répondant à ce questionnaire de satisfaction.

Toutes les données que vous renseignerez dans ce questionnaire resteront **anonymes** : ne rajoutez pas votre nom.

Votre avis sera pris en compte dans la démarche d'amélioration continue des soins et des services de l'hôpital.

Votre participation nous aidera à améliorer les prises en charge futures.

Pour chaque question, **cochez** la réponse qui vous paraît la plus proche de ce que vous pensez.

D'avance, nous vous remercions pour votre aide.

La direction

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Age :

☐ Moins de 20 ans

☐ Entre 40-49 ans

☐ Entre 70-79 ans

☐ Entre 20-29 ans

☐ Entre 50-59 ans

☐ Entre 80-89 ans






☐ Entre 30-39 ans

☐ Entre 60-69 ans

☐ Plus de 90 ans

Date d'entrée : \_\_\_\_\_

#### CONSIGNES :

 tout à fait d'accord/ très satisfait	 d'accord/ satisfait	 pas d'accord/ peu satisfait	 pas du tout d'accord/ pas du tout satisfait	 sans opinion
--	---	---	---	---

TOURNEZ LA PAGE SVP

## Les locaux

Q.1 Pensez-vous que le plateau technique de rééducation est facilement accessible ?


☐
☐
☐
☐
☐

Q.2 Etes-vous satisfait de l'hygiène des locaux ?

☐
☐
☐
☐
☐

## L'information

Q.3 Le kinésithérapeute vous a-t-il expliqué l'objectif de votre traitement masso-kinésithérapique ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.4 Avez-vous posé des questions à votre kinésithérapeute concernant votre pathologie et/ou votre rééducation ?

☐ oui

☐ non

Si oui, étiez-vous satisfait de la réponse apportée ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.5 Votre kinésithérapeute vous a-t-il donné des conseils d'hygiène de vie ?

☐ oui

☐ non

## La prise en charge

Q.6 Pensez-vous que le personnel soignant a respecté la confidentialité des informations vous concernant ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.7 Avez-vous eu des douleurs au cours de votre prise en charge masso-kinésithérapique ?

☐ oui

☐ non

Si vous avez répondu «oui», estimez-vous que votre douleur a été prise en charge par le kinésithérapeute ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.8 Estimez-vous que le kinésithérapeute était suffisamment présent pendant votre prise en charge ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.9 Votre kinésithérapeute a-t-il été absent (vacances, stage) ?

☐ oui

☐ non

Si oui, le traitement a-t-il été poursuivi dans la continuité du traitement entamé par votre kinésithérapeute initial ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.10 Pensez-vous que votre intimité a été respectée au cours des séances de kinésithérapie ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.11 Etes-vous satisfait de la qualité des soins de rééducation ?

☐
☐
☐
☐
☐

Q.12 Le kinésithérapeute s'est-il renseigné sur vos attentes concernant la rééducation (reprise du travail antérieur, reprise du sport) ?

☐ oui

☐ non

Si oui, pensez-vous qu'il y a eu adéquation entre le traitement mis en œuvre et vos attentes ?

☐
☐
☐
☐
☐

## Opinion générale

Q.13 Etes-vous globalement satisfait de votre prise en charge en kinésithérapie ?

☐
☐
☐
☐
☐



## ANNEXE II : paramètres concernant les patients

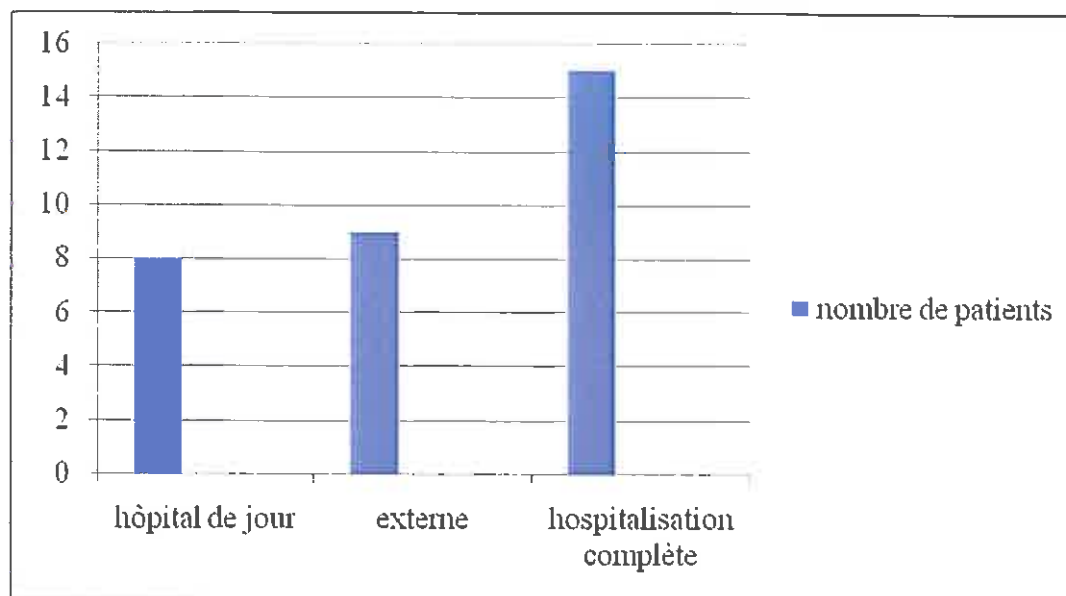


Figure 1 : nombre de patients ayant rempli le questionnaire et modalités de prise en charge

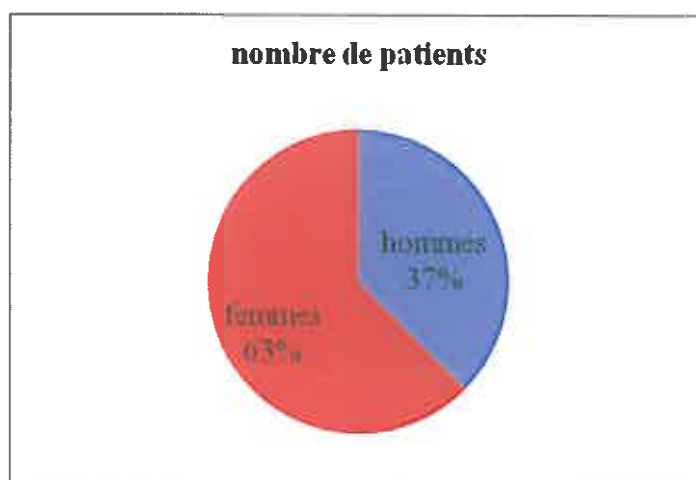


Figure 2 : proportion de femmes et d'hommes ayant répondu

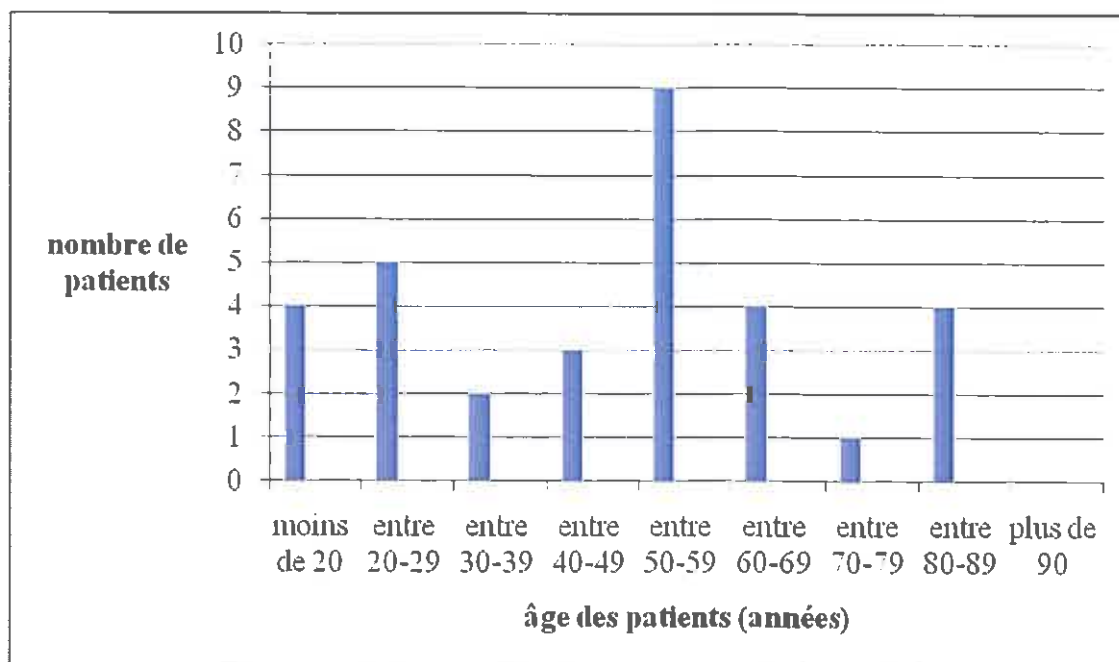


Figure 3 : répartition par âge des patients

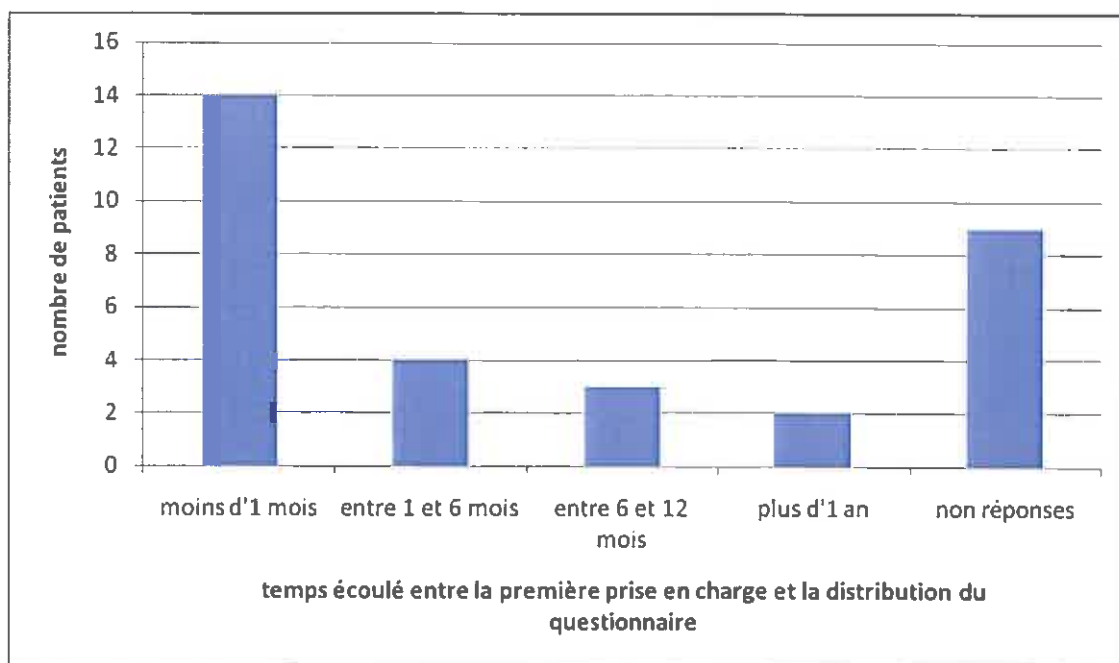


Figure 4 : temps écoulé entre la première prise en charge du patient et la distribution du questionnaire.

### ANNEXE III : résultats

Tableau I : réponses aux questions

	tout à fait d'accord/très satisfait	d'accord/ satisfait	pas d'accord/ peu satisfait	pas du tout d'accord/pas du tout satisfait	sans opinion	non réponses
Q.1 accessibilité	24	8	0	0	0	0
Q.2 hygiène locaux	25	7	0	0	0	0
Q.3 explication objectif traitement	23	7	0	1	0	1
Q.4 explication pathologie et/ou rééducation	23	7	0	0	0	0
Q.6 confidentialité	25	6	1	0	0	0
Q.7 prise en charge douleur	20	7	1	0	0	0
Q.8 présence kiné	26	5	1	0	0	0
Q.9 continuité traitement	10	5	1	0	2	3
Q.10 intimité	23	9	0	0	0	0
Q.11 qualité des soins	26	6	0	0	0	0
Q.12 adéquation traitement et attentes	12	6	0	0	0	2
Q.13 satisfaction globale	24	8	0	0	0	0

Tableau II : taux de satisfaction et taux de «non réponses» pour chaque question

	tout à fait d'accord/très satisfait	d'accord/ satisfait	pas d'accord/ peu satisfait	pas du tout d'accord/pas du tout satisfait	sans opinion	non réponses
Q.1 accessibilité	75%	25%	0%	0%	0%	0%
Q.2 hygiène locaux	78%	22%	0%	0%	0%	0%
Q.3 explication objectif traitement	74%	23%	0%	3%	0%	3%
Q.4 explication pathologie et/ou rééducation	77%	23%	0%	0%	0%	0%
Q.6 confidentialité	78%	19%	3%	0%	0%	0%
Q.7 prise en charge douleur	71%	25%	4%	0%	0%	0%
Q.8 présence kiné	81%	16%	3%	0%	0%	0%
Q.9 continuité traitement	55.5%	28%	5.5%	0%	11%	14%
Q.10 intimité	72%	28%	0%	0%	0%	0%
Q.11 qualité des soins	81%	19%	0%	0%	0%	0%
Q.12 adéquation traitement et attentes	67%	33%	0%	0%	0%	10%
Q.13 satisfaction globale	75%	25%	0%	0%	0%	0%
moyennes	73.7%	23.8%	1.3%	0.25%	0.95%	2%

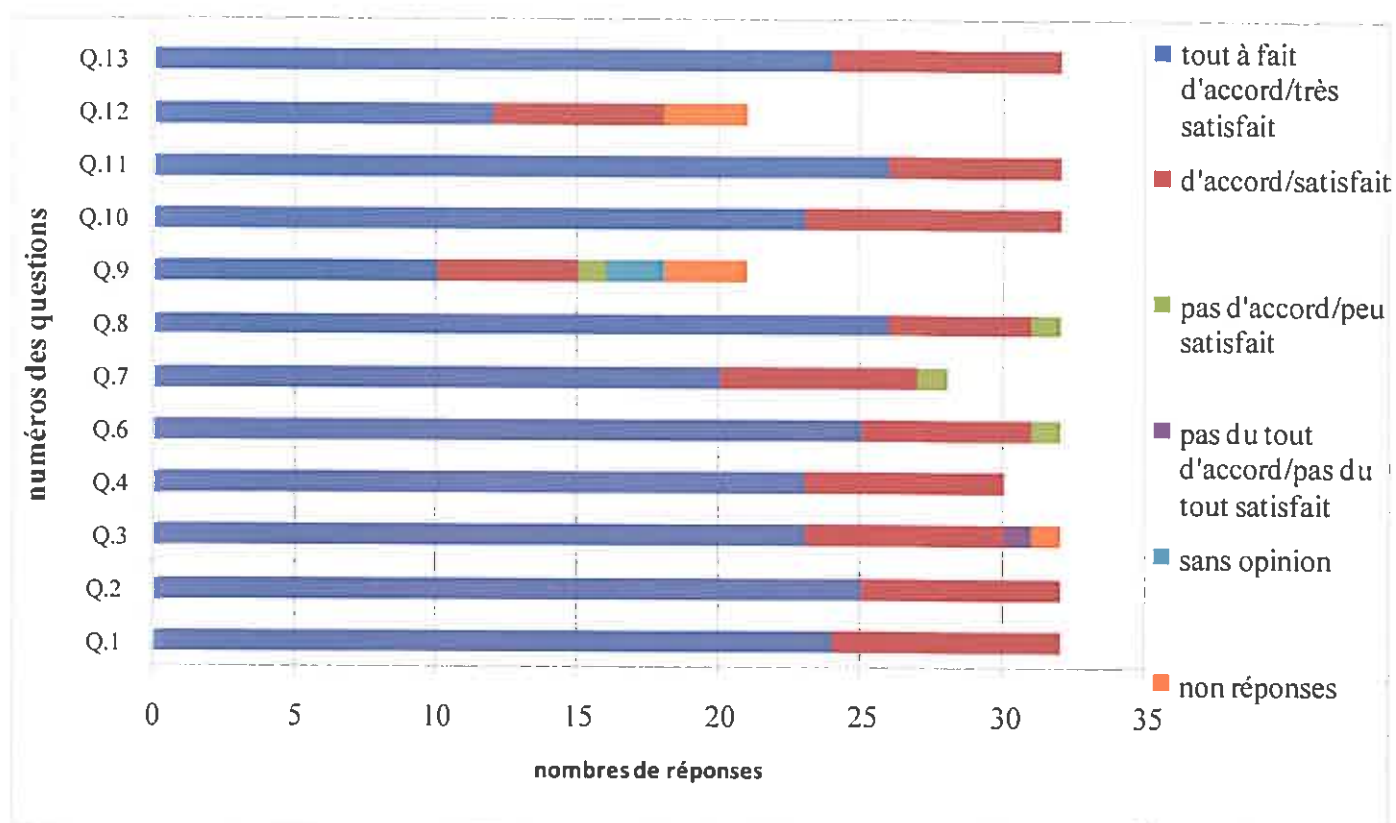


Figure 1 : répartition des réponses en fonction des questions

Tableau III : réponses aux questions filtres

	oui	non	non réponses
Q.4 questions pathologie et/ou rééducation	30	2	0
Q.5 conseils hygiène de vie	17	13	2
Q.7 douleurs ressenties	28	4	0
Q.9 absence kiné	21	11	0
Q.12 prise en compte attentes patients	20	11	1

#### **ANNEXE IV : glossaire**

ATIH: Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

CCEQUA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CLCC : Centres de Lutte Contre le Cancer.

COMPAQH : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière.

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle.

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

CSS-VF : Consumer Satisfaction Survey questionnaire, Version Française.

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

HAS : Haute Autorité de Santé.

Loi HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoires.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

ISO : International Organization for Standardization. Organisation Internationale de Normalisation.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

SAPHORA : acronyme de Satisfaction des Patients à l'Hôpital en Région Aquitaine.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

VSQ-VF : Visit-Specific Questionnaire.