



s'inscrire dans la procédure avant avril 2001 et à être accrédité dans les cinq ans. Ceci modifiera les conditions d'engagement entre l'Anaes et les établissements, qui jusque-là laissaient une grande flexibilité dans le choix de la date de visite.

L'organisation de la procédure à l'échelle de la France est lourde. L'Anaes devra accréditer 500 établissements par an. Un rythme plus élevé nécessiterait une organisation et des moyens différents. Alors que, dans certains pays, on fait appel à des visiteurs professionnels,

qui n'exercent plus leur métier de base, le choix, judicieux, fait en France est de confier cette mission à des professionnels en exercice, soumis à des contraintes pour éviter les conflits d'intérêts. Les experts visiteurs devront être en nombre suffisant. L'organisation de leur formation et leur remplacement régulier représentent une lourde charge.

Enfin, le temps nécessaire à la réalisation d'un cycle d'accréditation est long, peu compressible. La phase d'auto-évaluation ne peut être inférieure à quelques mois.

Le point de vue des usagers dans l'évaluation des hôpitaux

Le degré de satisfaction des patients peut être un indicateur de la performance des établissements de santé.

Il existe actuellement un souci clairement affiché de mieux prendre en compte les attentes et besoins propres de l'utilisateur du système de soins et de recentrer l'organisation de ces structures autour du patient. Ceci s'est traduit par la publication de la charte du patient hospitalisé (1995), de certains décrets issus de la réforme hospitalière (1996), ainsi que par la diffusion récente de recommandations et guides destinés aux professionnels portant sur l'information et la satisfaction des patients ou sur l'organisation du recueil des plaintes des patients et de leur entourage [12]. Le manuel de « bonne pratique » élaboré par l'Anaes en 1999 pour l'accréditation des établissements de santé reprend largement dans son principe la notion de « place centrale du patient » dans l'organisation des établissements hospitaliers, mettant l'accent sur la coordination des soins et sur la nécessité de mettre en place des indicateurs capables de mesurer l'impact d'actions de réorganisation sur la satisfaction des patients.

Ces textes visent tous à renforcer les droits du patient (à l'information sur le diagnostic et les soins, à l'accès aux données médicales, à l'expression, à la confidentialité, représentation dans diverses commissions hospitalières...) et les devoirs des professionnels de santé envers ceux-ci (obligation de rechercher le consentement du patient, d'évaluer sa

satisfaction, de prendre en charge la douleur, d'organiser le recueil des réclamations et d'analyser les plaintes...).

Si des considérations éthiques ont prévalu à ces changements, ils sont également la conséquence d'un phénomène social (amélioration des connaissances de la population par rapport à la santé), médical (place de plus en plus importante des pathologies chroniques nécessitant une participation active du patient à la prise en charge) et juridique (arrêts de la Cour de cassation relatif au renversement de la charge de la preuve de l'information du patient, par exemple).

D'autre part, des travaux scientifiques ont clairement montré que l'observance des traitements, la fidélité des patients aux structures de soins et par conséquent l'efficacité des thérapeutiques dépendent de la qualité de la relation entre le patient et l'équipe soignante, de son information, de l'état de santé psychologique du patient, de la prise en considération de ses attentes et du bénéfice subjectif qu'il ressent de ses soins [12, 13].

Les outils pour mesurer la satisfaction des patients

Cependant, mesurer le point de vue du patient sur les soins qu'il reçoit revient à mesurer une notion subjective et complexe comportant plusieurs dimensions (ou domaines) relativement indépendantes et qui n'ont pas toutes le même poids sur le point de vue global de l'individu. Ainsi, il faut distinguer la satisfaction par rapport aux relations humaines avec les professionnels, à la qualité technique des soins (compétence des professionnels), à la continuité des soins, à l'environne-

ment physique (hôtellerie, calme...), par exemple.

Les études auprès des usagers et de leur entourage se sont donc généralisées dans les établissements hospitaliers français avec la mise en place de dispositifs permanents (distribution de questionnaires de sortie, mise en place de livrets d'accueil, analyse des plaintes adressées à l'hôpital par les patients ou leur entourage...) et la réalisation d'enquêtes ponctuelles de satisfaction.

L'objectif étant d'utiliser ces indicateurs (motifs des plaintes, scores de satisfaction, par exemple) comme des indicateurs de résultat de la qualité des soins.

Cependant, plusieurs conditions préalables sont indispensables pour considérer les résultats de ces enquêtes comme reflétant la « réalité » du patient et d'en déduire des actions correctives en mesure d'améliorer le point de vue de l'utilisateur sur le fonctionnement de l'hôpital [12, 13].

Tout d'abord, il importe d'utiliser des questionnaires fiables (les résultats sont stables quand les mesures sont effectuées dans des conditions différentes) et valides (des résultats différents traduisent des variations de l'indicateur et pas uniquement l'erreur de mesure).

Pour cela il faut utiliser des outils construits selon une méthodologie rigoureuse utilisant les méthodes propres aux mesures subjectives. Le processus de validation nécessite de réaliser des enquêtes *ad hoc*. Dans un premier temps, un pool initial de questions jugées pertinentes est constitué à partir de données de la littérature et d'entretien auprès de patients. Dans un second temps, le choix des items qui feront partie de l'outil dé-

Compte tenu des délais nécessaires à la réalisation du rapport des experts, à l'examen par le Collège des dossiers, à la rédaction des rapports d'accréditation et aux divers délais réglementaires (engagement, possibilité d'observations au rapport des experts et de contestation des conclusions du rapport d'accréditation), il se passe douze à quinze mois entre l'engagement de l'établissement et la parution du compte-rendu d'accréditation sur le site Internet de l'Anaes.

Les États-Unis d'Amérique et le Canada ont mis en

place l'accréditation depuis plusieurs décades. On peut s'attendre en France à ce que deux cycles (dix ans) soient au moins nécessaires pour voir une modification en profondeur du fonctionnement de l'ensemble des établissements de santé. Ces délais peuvent être jugés trop longs, bien qu'incompressibles, par les politiques (dont la durée de mandat est plus courte), les professionnels (la pérennité d'une dynamique est toujours difficile à assurer) et le public, soucieux de savoir vite où et par qui il sera le mieux soigné.

finitif est effectué en réalisant des analyses statistiques permettant de définir leur niveau d'informativité. D'autres critères de choix des questions sont également souvent retenus comme la pertinence clinique des items ou des priorités institutionnelles.

Il existe actuellement plusieurs questionnaires développés en France qui remplissent ces conditions et qui peuvent être facilement utilisés. Il s'agit d'outils généraux qui mesurent tous les aspects des soins [24] ou d'outils spécifiques n'abordant qu'un seul aspect comme l'information et les relations avec les soignants par exemple [27].

Seconde condition : choisir une méthodologie d'enquête permettant à la fois d'assurer la qualité des données (minimisation des biais) et la faisabilité des enquêtes (coût financier faible et organisation facile à mettre en œuvre).

Il importe de réaliser un échantillonnage des patients assurant la représentativité de la population sélectionnée, de définir des critères d'inclusion et de disposer d'effectifs suffisamment grands pour améliorer la précision de la mesure. Le recueil des données peut se faire pendant l'hospitalisation ou à distance. On peut utiliser des questionnaires auto-administrés, des questionnaires remplis par un tiers au cours d'une interview face à face ou téléphonique. Chacune de ces méthodes comporte des avantages et des inconvénients [12, 13, 16].

Interroger des patients sur leur lieu de soins génère en général des scores de satisfaction plus élevés que des enquêtes réalisées à distance. Seule une mesure après les soins permet d'évaluer la

sortie et le suivi. Il est également probable que les sujets portent un avis plus réfléchi et nuancé après les soins que pendant ceux-ci.

Les interviews ont pour avantage de permettre une bonne standardisation des conditions de remplissage. Elles permettent d'obtenir un faible taux de non-réponse et des informations sur les non-répondants. Cependant, la présence d'un observateur peut entraîner une sous-évaluation de l'insatisfaction. Il est alors essentiel que les interviews soient réalisées par des personnes non impliquées dans la structure de soins étudiée. Il est également impératif d'informer le patient des conditions d'enquête et du respect absolu de l'anonymat.

L'auto-questionnaire assure, au regard du patient, le meilleur anonymat, il permet également de standardiser les items (il n'y a aucune interprétation extérieure des questions). Ce type d'enquête est peu coûteux et peut être réalisé à grande échelle. Néanmoins, lorsque les auto-questionnaires sont remplis à domicile, il n'y a pas de contrôle des données manquantes et le taux de non-réponses est élevé (de l'ordre de 50 %) si on ne réalise pas de relance du patient. Cependant, les scores de satisfaction des répondants sans relance sont peu différents de ceux qui répondent après des relances.

Parallèlement aux enquêtes ponctuelles de satisfaction, les établissements sont tenus de mettre en place un dispositif permanent de recueil des plaintes orales et écrites. En pratique les hôpitaux doivent organiser des permanences et des commissions de conciliation, nommer un chargé de relation avec les usagers et un

médecin conciliateur, puis informer les patients de cette organisation. D'autre part, les hôpitaux sont tenus d'enregistrer toutes les plaintes, d'y répondre, de les analyser, d'informer les services concernés et de mettre en place, le cas échéant, des mesures correctrices [9]. Les plaintes représentent un événement rare et potentiellement grave qui peut être considéré comme un « indicateur sentinelle » dans le cadre d'une politique de gestion du risque puisque les plaintes peuvent aboutir à une démarche contentieuse.

Une analyse quantitative des plaintes est moins pertinente puisqu'un nombre bas de plaintes peut à la fois traduire l'absence de dysfonctionnements tout comme l'inefficacité (ou l'absence) du dispositif.

Au total, la satisfaction (ou l'insatisfaction) du patient représente un indicateur pertinent de la performance des établissements de santé dans la mesure où les outils utilisés, les méthodes et les organisations mises en place peuvent fournir des résultats fiables et induire des changements.

Parallèlement à ces enquêtes réalisées auprès de malades qui évaluent un épisode de soins spécifique, il serait intéressant d'évaluer plus généralement les besoins sanitaires de la population générale en utilisant des questionnaires de satisfaction adaptés. Ceci permettrait de disposer d'un nouvel indicateur de performance du système de soins et d'orienter une politique de réduction des inégalités (régionales, selon le profil sociodémographiques des sujets, par exemple) en tenant compte non seulement de la consommation de soins mais aussi des besoins et attentes des utilisateurs. ■