



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: K
INTERDISCIPLINARY

Volume 22 Issue 6 Version 1.0 Year 2022

Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal

Publisher: Global Journals

Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction

By Moukhafi Sahar

Université Ibn Toufaily

Abstract- Patient satisfaction is currently at the heart of recent economic studies in hospital management. It remains a goal and a challenge for all stakeholders. In fact, it is emerging as one of the ways to evaluate and improve the quality of care.

This article is inspired by the growing interest in assessing patient satisfaction as a key indicator of quality of care.

The objective of this article is therefore to define and identify the aspects of patient satisfaction measurement, in particular the questionnaire which represents an essential measurement tool in the field.

Keywords: *measurement of patient satisfaction, questionnaire, quality of care, hospital world.*

GJMR-K Classification: *DDC Code: 302.072 LCC Code: H62*



THEQUESTIONNAIRETOOLSFORMEASURINGANDEVALUATINGINPATIENTSATISFACTION

Strictly as per the compliance and regulations of:



RESEARCH | DIVERSITY | ETHICS

© 2022. Moukhafi Sahar. This research/review article is distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). You must give appropriate credit to authors and reference this article if parts of the article are reproduced in any manner. Applicable licensing terms are at <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction

Le Questionnaire: Outils De Mesure Et D'évaluation De La Satisfaction Des Patients Hospitalisés

Moukhafi Sahar

Résumé- Actuellement, la satisfaction des patients est au cœur des études économiques récentes en management hospitalier. elle demeure un objectif et un défi à la fois pour toutes les parties prenantes. En réalité, elle se profile comme l'une des voies permettant l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins.

Cet article s'inspire de cet engouement croissant envers l'évaluation de la satisfaction des patients autant qu'un indicateur primordial de la qualité des soins.

L'objectif de cet article est donc de définir et de cerner les aspects de mesure de la satisfaction du patient, en particulier le questionnaire qui représente un outil de mesure incontournable dans le domaine.

Mots-clés: mesure de la satisfaction du patient, questionnaire, qualité des soins, monde hospitalier.

Abstract- Patient satisfaction is currently at the heart of recent economic studies in hospital management. It remains a goal and a challenge for all stakeholders. In fact, it is emerging as one of the ways to evaluate and improve the quality of care.

This article is inspired by the growing interest in assessing patient satisfaction as a key indicator of quality of care.

The objective of this article is therefore to define and identify the aspects of patient satisfaction measurement, in particular the questionnaire which represents an essential measurement tool in the field.

Keywords: measurement of patient satisfaction, questionnaire, quality of care, hospital world.

INTRODUCTION

Nul ne semble contester aujourd'hui que la maîtrise de la qualité dans le secteur de santé publique constitue à la fois une exigence et une nécessité. La qualité des prestations hospitalières publiques doit généralement répondre aux besoins de la population et satisfaire ses exigences pour pouvoir créer les conditions nécessaires à une amélioration sûre et durable de toutes les activités socio- économiques du pays.

Il faut savoir que le développement des concepts de qualité dans le domaine des soins médicaux au cours de la dernière moitié du XX^{ème} siècle s'est accompagnée de changements importants dans la politique et l'éthique du secteur de sante. Avec le

temps, le principe du « bienfaisant » a été graduellement supplanté par les principes d'autonomie et de consumérisme des patients, et l'intérêt de la perspective du patient s'est développé. Une conséquence de ce paradigme est une augmentation des travaux liés aux points de vue des patients, à leurs désirs et à leurs attentes par rapport aux soins médicaux. L'appréciation du patient au travers de la satisfaction est une excellente occasion de le faire participer de façon active dans l'évaluation du processus de prise en charge des soins. Cette démarche est importante pour les politiciens, les managers, les cliniciens et les chercheurs. Respecter les préférences des patients est un des aspects qui permet d'améliorer la performance d'un système de soins. Les lois, les décrets et ordonnances ne conduisent pas automatiquement à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Ils visent avant tout à une recherche de la qualité – dans les actes et les gestes du personnel hospitalier ayant des contacts directs ou indirects avec les patients –, à établir un environnement le plus agréable possible et à organiser la prise en charge la plus cohérente possible.

En effet, L'amélioration de la qualité des soins passe par la modification des systèmes de soins. Pour cela, il est indispensable de chercher à répondre aux besoins des patients. Ainsi, parmi différentes approches de la qualité, l'évaluation de la satisfaction des patients, en tant qu'indicateur pertinent de la qualité des 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.

La mesure de la satisfaction des patients est considérée comme l'un des outils de l'évaluation de la qualité de soins. L'évaluation de la qualité des soins est une démarche frontière avec l'épidémiologie, discipline avec laquelle elle entretient des liens étroits. Tandis que l'épidémiologie est consacrée aux problèmes de santé de la population, l'évaluation de la qualité des soins privilégie:

- Un groupe de population particulier : les patients, c'est-à-dire les personnes ayant recours aux soins

Author: Docteur, Université Ibn Tofail/Faculté d'Économie et de Gestion Kénitra Maroc. e-mail: saharoukhafi@gmail.com

auprès d'un professionnel ou d'un établissement de santé.

- Un déterminant particulier de l'état de santé : les soins délivrés, en particulier les moyens utilisés, l'organisation mise en œuvre, et les pratiques des professionnels de santé.

Cette démarche permet en permanence de comparer la réalité des soins délivrés, avec des références. Sa mise au point fait appel aux méthodes épidémiologiques. Elle utilise un vocabulaire spécifique¹.

Ce qui nous pousse à se poser les questions suivantes:

Comment mesurer le niveau de satisfaction du patient ?

Comment rendre la satisfaction du patient qui porte un caractère subjectif quantitatif ?

Comment utiliser le questionnaire comme un outil de mesure performant ?

- o Points de vue de la mesure de la satisfaction

Il y a trois aspects du point de vue de la mesure qu'il faut prendre en considération dans la mesure de la satisfaction du patient:

- a. A partir de quelle préoccupation est construit un instrument de mesure: des patients, des professionnels ou de l'administration ?
- b. Auprès de qui la mesure est-elle réalisée: les patients, les professionnels ou l'administration ?
- c. A qui sont destinés les résultats de la mesure: aux professionnels ou à l'administration ? Concernant les professionnels ; comprendre et répondre aux besoins des patients est la priorité de la médecine. Il faut savoir que connaître les attentes des patients génère une plus grande satisfaction au niveau des soins, ce qui engendre une plus grande adhésion au traitement. Analyser les buts et les attentes des patients permet de prendre les décisions cliniques dans lesquelles les préférences sont importantes, mais, à cause des attentes des patients qui peuvent parfois être déraisonnables, les praticiens doivent être préparés à éduquer leurs patients. Finalement, donner ne importance aux attentes des patients procure des chances pour les négociations cliniques et fait que le patient ait un rôle actif dans les relations médicales, qui peuvent elles-mêmes apporter de meilleurs résultats.

Concernant l'administration; améliorer la qualité des prestations tant des soins eux-mêmes que de l'environnement des soins est une nécessité. Et respecter les préférences des patients est une des dimensions qui permet de mesurer la performance d'un système de soins. Ceci dit, des attentes irréalistes ou erronées peuvent augmenter l'utilisation et le coût des

soins de santé alors qu'elles ne produisent qu'un petit bénéfice. Comprendre les attentes des patients peut aider les efforts éducatifs visant à réduire d'irraisonnables demandes (Kravitz, 1996)².

L'étude de la satisfaction n'est significative que si la position de celui qui observe, d'une part, et l'objectif poursuivi, d'autre part, sont connus³.

Il existe un autre point de vue dans la mesure de la satisfaction des patients, c'est celui des chercheurs qui ont pour but d'identifier les déterminants, les conséquences de la satisfaction ou les facteurs susceptibles de l'améliorer. Les attentes des patients peuvent servir de variables indépendantes dans l'étude de la satisfaction des patients, le comportement des praticiens, le choix des consommateurs pour le fournisseur de soins et la qualité des soins. Les attentes des patients peuvent servir également de variables dépendantes dans l'étude de la façon dont les patients développent leurs attentes, l'influence de la profession médicale et de l'industrie de soins sur leur développement et où l'éducation et les autres efforts de persuasion peuvent les mener.

Champs de l'épidémiologie

En 1968, l'OMS définit l'épidémiologie : « l'étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines, ainsi que des influences qui déterminent cette distribution ».

Il faut savoir que l'épidémiologie est opérationnelle: elle décrit, explique, évalue, pour agir.

Ainsi, elle fait partie de la démarche de santé publique, toujours selon l'OMS, « les études épidémiologiques ont trois objectifs:

- 1) Orienter le développement des services de santé en définissant l'ampleur et la distribution des phénomènes morbides dans la collectivité.
- 2) Dégager les facteurs étiologiques de façon à permettre d'enrayer ou de modifier la maladie.
- 3) Fournir une méthode de mesure de l'efficacité des services mis en œuvre pour lutter contre la maladie, et améliorer l'état de santé de la collectivité ».

Il existe donc trois types d'épidémiologie : descriptive, explicative et évaluative⁴.

Champs des études de la satisfaction

Comme nous l'avons déjà précisé dans la partie précédente « les points de vue de la mesure de la satisfaction », la mesure de la satisfaction peut s'intégrer dans deux grandes démarches pour les études de

² Kravitz, R. L. (1996). Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the Literature. *Medical care Research and Review.*, 53, pp. 3-27.

³ Service d'Évaluation Hospitalière. (1996). La Satisfaction des Patients. Lors de Leur Prise en Charge dans les Établissements de Santé. Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale p. 120.

⁴ Roumeau-Rouquette E., Blondel B., Kaminski M., Bréart G., « Épidémiologie - Méthodes et pratiques », Flammarion, Paris, 1993.

¹ Czernichow P., Chaperon J., Le Contour X., « Épidémiologie - Connaissances et Pratiques », Masson, Paris, 2001.

satisfaction : (1) la démarche d'évaluation professionnelle de la qualité des soins avec une approche descriptive, (2) la démarche de recherche : (la mesure de la satisfaction) est, elle-même, objet de recherche de type explicatif, ou critère de jugement dans une approche évaluative.

⇒ L'évaluation professionnelle de la qualité des soins

Elle a pour but de vérifier l'efficacité des soins délivrés aux patients par rapport à une pratique habituelle. Elle vérifie la qualité, l'efficacité réelle et l'efficacité dans un contexte d'application donné. Dans cette optique, l'objectif n'est pas de répondre aux questions de recherche, mais de savoir, par exemple, si les héparines de bas poids moléculaire sont prescrites chez les sujets à risque, et seulement chez eux, à la dose préconisée, avec la surveillance requise. Il s'agit alors, de comparer la pratique réalisée à des références externes définies au préalable et qui, théoriquement, s'obtiennent à partir des résultats de l'évaluation de recherche. Les différentes méthodes dans l'évaluation professionnelle sont : (1) approche purement qualitative, (2) approche descriptive, (3) approche analytique, (4) approche évaluative⁵.

La mesure de la satisfaction à objectif descriptif a pour but de décrire le niveau de satisfaction sans chercher à trouver des facteurs explicatifs. Cette description peut être une étape préalable à un programme d'amélioration de la qualité des soins, comme elle peut parfois en constituer le seul objectif. Elle se traduit par le recueil d'informations venant des patients (focus groupe, lettre de plaintes, questionnaires de sortie, enquêtes spécifiques par les questionnaires de satisfaction) ou d'informations pouvant avoir un impact sur l'attente ou l'appréciation par des patients (données sur l'hôpital, sur l'équipe soignante, sur le patient...). Bien que l'approche descriptive n'apporte que des informations dites « élémentaires », son importance est primordiale:

- Elle permet d'appréhender l'ampleur des phénomènes de santé (en appréciant leur prévalence) et de disposer d'une surveillance épidémiologique (ex: enquête périodique);
- Elle procure une aide à la décision dans les domaines de la planification et de la gestion des organisations ou des programmes de santé
- Elle peut être à l'origine d'hypothèses sur les causes de la situation

L'approche descriptive ne peut établir de lien de cause à effet, elle n'est pas prédictive.

⇒ Objectifs de recherche sur la satisfaction

Elle a comme objectif d'identifier les facteurs influençant la satisfaction, ou les attentes, les

prestations fournies, les écarts. Cette approche aide à mieux interpréter les résultats ou permet de faire une comparaison entre des unités des soins en prenant en considération ces facteurs. Les objectifs de cette approche sont de répondre aux questions suivantes

- o Quels sont les déterminants, les conséquences de la satisfaction ?
- o Quels sont les facteurs, les interventions susceptibles d'améliorer la satisfaction ?

Objectifs de la mesure

La mesure de la satisfaction des patients permet de sélectionner les dysfonctionnements. Les questionnaires et les enquêtes précisent l'origine des insatisfactions, cela aide les professionnels à choisir les mesures correctives nécessaires à mettre en place pour améliorer la qualité des soins et des services au sein de l'établissement. Ces mesures sont à "prioriser", et permettent de répondre de la manière la plus appropriée possible aux attentes des patients. Ces enquêtes servent aussi à détecter les aspects positifs, voire des points d'excellence, qui par la suite, doivent être mis en valeur auprès du personnel et être diffusés à l'extérieur.

L'utilisation des mesures de satisfaction peut s'appliquer dans des contextes différents:

- Un diagnostic des points forts et des points faibles: détection des dysfonctionnements et application des mesures correctives nécessaires, ainsi que reconnaissance et confirmation des points positifs.
- Un des indicateurs d'un programme d'assurance qualité: critère de jugement des démarches de la qualité, indicateur d'un système d'alerte dans les programmes d'assurance qualité.
- Un des indicateurs de mesure des résultats (outcomes) de la prise en charge des patients : critère de jugement d'essai thérapeutique, critère de jugement de la qualité de soins.

Le questionnaire comme outil de mesure

Dans une enquête de mesure de satisfaction, il est possible de choisir entre plusieurs méthodes de recueil de données, chacune d'elle inclut des avantages et des inconvénients. Il faut savoir que l'évaluation de la satisfaction des patients se base sur des enquêtes quantitatives (par ex. le questionnaire de sortie, le questionnaire dans les enquêtes spécifiques), mais aussi sur des enquêtes qualitatives approfondies, il est important d'intégrer les remontées du terrain et l'exploitation des réclamations clients. Ces méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients se classent entre des techniques qualitatives et des techniques quantitatives, qui représentent deux approches complémentaires. L'approche quantitative permet de mesurer, et l'approche qualitative permet de fournir des éléments de compréhension et d'aller plus loin dans l'exploration grâce au caractère libre de la réponse.

⁵ Briançon S., Girard F., Empereur F., Guillemin F., « Evaluation des pratiques professionnelles », *Revue Épidémiologie et Santé Publique*. 48(6), 2000, pp. 541-550.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels, Avis et Williams⁶⁷, préconisent d'assembler les techniques qualitative et quantitative de mesure de la satisfaction des patients, pour profiter de la complémentarité des informations qu'elles produisent

- L'approche qualitative: permet aux patients d'exprimer leurs expériences par leurs propres mots. Ils apportent des détails riches selon leur point de vue. Pourtant, elle n'est pas avantageuse si le but est d'obtenir des données généralisables ou de faire des comparaisons entre hôpitaux puisque les données obtenues ne sont pas favorables à l'analyse statistique.
- L'approche quantitative: il est évident que les études quantitatives, réalisées sur des échantillons représentatifs de la population cible, utilisent souvent des questionnaires fermés. Ces études permettent de calculer facilement des indices de satisfaction (% et/ou moyenne). Il est alors facile de comparer différentes populations entre elles ou une même population au cours du temps. Pourtant, pour ce type d'étude, il faut savoir que ce n'est pas évident de donner une interprétation juste des chiffres obtenus, en dehors de tout test statistique adapté, car de nombreux facteurs peuvent influencer les taux ou les scores de satisfaction, ce qui pose la question de la validation du questionnaire.

La pratique du questionnaire est la méthode la plus utilisée dans cette dernière approche. Dans l'analyse de la littérature, il est clair que c'est la méthode la plus répondue dans les enquêtes de satisfaction^{89,90}. Cela vient probablement de son apparente simplicité d'utilisation. L'élaboration d'un système de mesure adapté constitue l'un des axes essentiels de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit, pour les établissements, d'inscrire cette démarche dans leur projet d'établissement., il existe plusieurs méthodes de recueil des données lors de mesure la satisfaction des patients. Le recueil des données par un questionnaire peut se faire pendant l'hospitalisation, la consultation ou à distance. On peut utiliser des questionnaires auto-administrés, remplis par les patients. On peut aussi opter pour les questionnaires remplis par un tiers au cours d'une interview en face-à-face (sur site ou à distance) ou téléphonique.

Chacune de ces méthodes inclut des avantages et des inconvénients.

Définition

Un questionnaire est un ensemble de questions (ou tems) dont chacune représente une donnée élémentaire. Un questionnaire peut être utilisé par contact direct avec des personnes interrogées, ou par les personnes elles-mêmes, mais également pour analyser secondairement les dossiers établis à l'occasion de soins des patients¹¹. Les questionnaires sont des outils de recueil des données standardisé qui ont comme objectif la reproductibilité et la validité des informations recueillies.

L'élaboration d'un questionnaire est une étape essentielle et complexe, qui nécessite l'expérience et le point de vue de différentes personnes. Les choix sont irréversibles et déterminent la qualité du résultat ultérieur. Ils sont liés aux objectifs et aux différentes perspectives impliquées. Un questionnaire universel n'existe pas et « *aucun système d'enquête n'est validé pour qu'il soit considéré [...] comme fiable, valide pour la mesure de la satisfaction* »¹². Pourtant, le temps d'élaboration d'un nouveau questionnaire est de 2 à 5 ans^{13,14}.

L'adoption d'un outil existant vise donc à économiser le temps et les dépenses. De plus, l'adoption (intégrale ou légèrement modifiée) de questionnaires déjà utilisés permet de s'assurer les mêmes propriétés que la version originale, à condition que la population étudiée soit peu différente¹⁵.

En France, il n'y a pas actuellement d'instrument standardisé unique reconnu, et de nombreuses équipes travaillent à élaboration d'instruments adéquats. On peut être amené à utiliser un outil étranger déjà validé. Et en raison de différences internationales tant culturelles que d'organisation sanitaire, les déterminants de la satisfaction varient d'un pays à l'autre, même pour des pays ayant des fonctionnements très proches¹⁶ la validation doit en conséquence être répétée pour son utilisation.

Un questionnaire de satisfaction comporte généralement 4 parties:

¹¹ Czernichow, P. C. (2001). Épidémiologie - Connaissances et Pratiques. Paris. Masson

¹² Hall, J. A. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27(6), pp. 637- 644.

¹³ Carey, R. G. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire Reliability and Validity. *Medical care*, 31(9), P: 834-845.

¹⁴ Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II. Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302, P: 1129-1132.

¹⁵ Pourin e. (1999). La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 1^{er} partie : Aspects conceptuels et revue de travaux. *Journal d'Economie Médicale*, 17, P :101-105.

¹⁶ Gasquet, I. (1999). Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Presse Médicale.*, 28(29), P : 1610- 1613.

⁶ Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), pp. 509-516.

⁷ Sitzia, J «How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. »*International Journal for Quality in Health Care*. 11(4): 319-328. 1999.

⁸ Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*. 11(4), P 319-328.

⁹ Service d'Évaluation Hospitalière, Op.cit.

¹⁰ Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of care? *Medical Care Review*, 47, pp 267-326.

1. Une partie portant sur les renseignements complémentaires de type sociodémographique et l'identification du patient.
2. Une partie portant sur des informations générales concernant l'expérience antérieure et l'organisation du séjour du patient.
3. Une partie correspondant à la satisfaction proprement dite.
4. Une partie comportant des variables indicatrices de validité « validity indicator variables » utilisées dans le processus d'amélioration des dimensions

Caractéristiques de l'instrument

Les outils de mesure de la satisfaction des patients se classent selon trois caractéristiques principales: la structure de soins concernée par le questionnaire, le niveau de spécificité du questionnaire et la typologie des items.

- La structure de soins

Il est primordial d'identifier et faire la différence entre les types de structure de soins : hospitalisation en court, moyen séjour ou long séjour, consultation, soins à domicile ou réseau de soins. De même pour les types de prises en charge: soins généraux, soins spécifiques tels que la pédiatrie, l'obstétrique, la cancérologie et la psychiatrie. Car chacune d'elles détient des caractéristiques différentes concernant le contexte de la structure, la relation entre le personnel soignant et le patient, et le mode d'offre de soins.

- Le niveau de spécificité du questionnaire: générique et spécifique

Un instrument spécifique s'utilise pour évaluer un événement particulier comme une hospitalisation ou consultation précise (la dernière, par exemple). Un instrument générique est destiné à mesurer la satisfaction des patients par rapport à l'offre de soins en général.

L'évaluation d'une structure de soins (un hôpital, par exemple) ou un type de prise en charge (comme la pédiatrie) se situe entre ces deux pôles, générique et spécifique, respectivement.

Un questionnaire spécifique comprend des items comme "est ce que le médecin vous a donné des explications assez claires sur votre problème de santé ?" (Par exemple, au cours de la dernière hospitalisation), tandis qu'un questionnaire générique a la formulation suivante « est-ce que votre médecin vous donne des explications suffisamment claires sur vos problèmes de santé ? ».

Il est clair que la satisfaction des patients est multidimensionnelle, donc le questionnaire de satisfaction inclut des questions spécifiques et centrées et non pas demander une appréciation globale de la satisfaction. Plus la question sera clairement spécifique et centrée, plus la comparaison de la satisfaction entre les différentes structures de soins sera facile. Hall et

Dornan¹⁷, affirment que des questionnaires avec un contenu plus spécifique ont tendance à produire plus de réponses favorables que ceux avec des questions formulées de façon générale qui produisent un point de vue légèrement plus négatif. D'autres auteurs déclarent que les questionnaires génériques génèrent des scores de satisfaction plus élevés que les questionnaires spécifiques.

Depuis quelques années, une tendance d'individualisation des réponses des patients est présente, en ajoutant la notion d " importance " pour chaque question dans le questionnaire. Le niveau d'importance est noté sur une échelle de 1 à 5 (pas du tout important ... très important).

La typologie des items et des réponses

Les items représentent les stimulus destinés à obtenir une réponse ¹⁸ et peuvent être des questions ou des affirmations. Dans la suite du texte, nous utiliserons indifféremment les mots item et question selon leur usage courant en français.

- Formulation des questions

Afin qu'une étude ait des résultats précis et utiles, les questions doivent représenter ce que les patients considèrent comme important pour eux. Les focus groups et les plaintes des patients sont un générateur riche de sujets pour des questions d'étude. Il est également essentiel, pour établir des questions avec des patients, de prendre en considération les éléments suivants:

- Le sujet des questions doit être assez spécifique pour être approprié, mais pas trop spécifique au point qu'il devient pénible d'y répondre.
- Aborder une seule idée par question.
- Éviter les sujets politiquement sensibles ou qui pourraient embarrasser des patients.
- Exprimer les questions en langage simple et direct.
- Considérer le but de la question en choisissant les mots et le format.

Formulation - Ouverte ou Fermée

Les questions ouvertes procurent au répondant une très grande liberté de réponse en choisissant librement ses mots et la longueur de la réponse ce qui permet au sujet de s'exprimer librement, de fournir des informations qualitatives. Elles offrent à l'étude la capacité d'analyser en profondeur une attitude ou d'une opinion ; les sujets sont illimités, mais elles sont plus difficiles à analyser et à récapituler que des questions fermées. Exemple d'une question ouverte : « Qu'est-ce que vous avez apprécié à l'hôpital ? ».

Les questions fermées se caractérisent par des réponses envisageables claires et précises. Exemple d'une question fermée: « Où êtes-vous allé en quittant

¹⁷ Hall, Op.cit. P 700-704

¹⁸ Nunally Je. « Psychométrie Theory.», McGraw-Hill, New York. Ed. Second, 1978. P 1-677.

l'hôpital ?». Les réponses « à la maison », « dans un autre hôpital », « dans un centre de rééducation », « dans une maison de retraite » sont logiques et augmentent l'efficacité de l'interrogation.

Les avantages des questions fermées: codification facile, interprétation des réponses simplifiée et tâche du répondant facile et rapide.

Il est préférable de compléter les questions fermées par quelques interlignes réservées aux « remarques ». Les patients peuvent alors approfondir ou ajouter des explications à leurs réponses.

➤ Formulation - Directe ou indirecte

Selon Fitzpatrick¹⁹ et une méta-analyse de 221 études réalisées en 1988 (Hall, 1988), on peut classer les questions de satisfaction selon leur formulation directe ou indirecte.²⁰

L'approche directe se caractérise par des questions abordées directement et liées niveaux de satisfaction « De quelle façon étiez-vous satisfait... ? ». Par exemple, "Êtes-vous satisfait de la qualité du traitement administré ?" ou une réponse positive pour « Est-ce que le traitement administré vous convient ? qui sera interprété comme une réponse indiquant la satisfaction.

Alors que dans l'approche indirecte, la satisfaction se tire à partir des réponses. Les items indirects qui représentent une description de la prise en charge, par exemple: "avez-vous remarqué une amélioration dans votre état de santé après le traitement prescrit ?". Le choix de la formulation des questions se fait à partir de l'objectif poursuivi: cherche-t-on plutôt à connaître l'avis des patients ou veut-on, par l'intermédiaire du patient, identifier des mauvaises pratiques ? A titre d'exemple, dans le cas de la prise en charge de la douleur, une question indirecte aide à vérifier si les modalités de prise en charge de la douleur sont conformes à ce qu'elles devraient être (normes, procédures, consensus). Il n'y a pas d'avantages établis d'une des deux approches. La distribution de ce caractère sur 200 études est de 43% en direct, de 37% en indirect et de 20% en combinant les deux²¹.

➤ Formulation- Observation (report) ou évaluation/jugement (rating)

Les questions d'observation et d'expérience sont souvent formulées de la même manière, par exemple: « Vous a-t-on expliqué comment se déroule le travail quotidien au service ? ». Il s'agit d'une question factuelle, susceptible en principe, d'une vérification objective (c'est arrivé ou ça n'a pas eu lieu). Mais; ce qui compte dans ce cas est plutôt la question de savoir si les patients ont suffisamment vécu ce fait pour le percevoir en tant que tel et se le rappeler. Quelle que

soit la réponse donnée à ces questions, elle ne traduit pas directement si le patient est ou non satisfait de l'acte. Pour le savoir, il faut opter pour les questions d'évaluation/jugement, donc demander par exemple « Comment avez-vous trouvé les explications reçues sur la façon dont se déroule le travail quotidien au service ? ».

Pour pouvoir mieux comparer, les questions d'évaluation/jugement sont, dans la règle, posées sous une forme fermée, donc assorties d'une échelle de réponse allant d'une note positive à une note négative.

• Le format de réponses

Durant le développement du questionnaire de satisfaction, se pose le problème de la définition des échelles de réponse pour chaque item. Outre les échelles visuelles analogiques, qui sont assez peu appliqués dans le cadre d'études de la satisfaction, les réponses sont le plus souvent établies sur des échelles de réponse, s'apparentant à des questions à choix multiple, qui sont, soit binaires (oui/non), soit en plusieurs points. Ce choix est d'importance quant à ses répercussions sur les propriétés psychométriques des scores calculés

➤ « Oui/Non »

Il est considéré le format la plus simple, il est binaire, et malgré Les avantages de simplicité de ce format, selon plusieurs analystes, il reste accablé par le fait que la plupart des réponses de n'importe quel item touchant aux plupart des répondants demeurent des réponses favorables pour soins. Il ne permet pas de détecter des changements de satisfaction, et a des effets planchers et plafonds importants.

➤ Choix multiple

Actuellement, La quasi-totalité des questionnaires utilisent plus de deux réponses par question. Cela permet aux répondants d'exprimer précisément leur point de vue. D'autant plus que la fiabilité (reliability) des items augmente quand le nombre de réponses possibles augmentent. Par contre, la réduction du nombre de réponses dans l'échelle augmente la fiabilité dans le temps (il est plus probable qu'un même individu réponde de façon identique à la même question posée à deux reprises à un mois d'intervalle si l'échelle de réponse comporte 3 points que si elle en comporte 6), mais diminue d'autant son pouvoir de discrimination dans un continuum d'états d'altération de la qualité. Par exemple, une échelle de la satisfaction comportant 20 questions dont les réponses se font en 3 points permet de distinguer 60 (3x20) états différents, tandis que si les réponses se font en 5 points, elle permet d'en distinguer 100 (5x20).

Nunnally²² affirme que dans la pratique, le gain de précision et de fiabilité par l'augmentation des

¹⁹ Fitzpatrick. Op.cit. P 1129-1132.

²⁰ Hall. Op.cit. P 637- 644.

²¹ Hall. Op.cit. P 637- 644.

²² Nunnally. Op.cit. P 1-677.

réponses possibles est minime quand le nombre des réponses dépasse 7, et en général, 5 catégories de réponses sont utilisées. Un nombre de réponses impair permet au répondant de se positionner comme « neutre » ou « sans opinion » mais peut introduire une tendance à l'utilisation systématique de cette catégorie pour éviter d'avoir à se prononcer.

Les principales échelles sont:

- 1) Échelle nominale: qui liste une série de catégories d'une variable. Exemple: CSP

Exemple:

Absolument d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Plutôt en désaccord	Absolument en désaccord
1	2	3	4	5

- Échelle différentielle sémantique: instrument constitué de deux adjectifs contraires, disposés sur une échelle bipolaire à sept points; le sujet positionne sa réponse sur cette échelle qui décrit le mieux son opinion.



- Échelle à icônes



- Problèmes dans l'interprétation selon le format de réponse

Observation (report) vs Évaluation/Jugement (rating)

Il n'existe pas, de nos jours, de résultats clairs concernant l'influence du format de réponse sur l'évaluation de la satisfaction par les patients. Aucune étude à notre connaissance ne compare les formats de réponses (observation vs évaluation/jugement) en utilisant les mêmes questions. Les résultats de Mathiew, cité par Rubin, montrent qu'il y a plus de variation dans le type d'observation que celui d'évaluation²³. Le type d'observation est moins influencé par les caractéristiques des patients comme l'âge, le niveau d'étude, et le fait d'être fonctionnaire. Les évaluations/jugements, dans le cas de l'échelle de satisfaction en particulier (très satisfait - très insatisfait), sont aplatissement dans la distribution des scores (skewness) dans presque toutes les études.

Échelle « excellent/mauvais » vs « d'accord/pas d'accord »

L'échelle « excellent/mauvais » comporte des avantages dans la variabilité et validité des réponses en

2) Échelles ordinales

- Échelle de Likert: contient un nombre d'énoncés déclaratoires accompagnés d'une échelle graduée. Elle est une des échelles la plus souvent employée dans les enquêtes de satisfaction. Chacun d'entre eux a 5 réponses typiques, de « fortement/absolument d'accord » (strongly agree) à « fortement/absolument pas d'accord » (strongly disagree).

respectant de l'intention. Elle aide à comparer directement des aspects de soins, ce qui est impossible pour les autres échelles comme « d'accord/pas d'accord ». Ware et Hays dans une étude de satisfaction chez les consultants, affirment qu'il est préférable d'utiliser une échelle « excellent/mauvais » avec un item neutre qu'une échelle « très satisfaisant/pas du tout satisfaisant ». Ils montrent que l'échelle « excellent/mauvais » procure des résultats avec plus de variance, moins aplatissement de la distribution (skewness) et traduisent mieux les comportements des patients vis-à-vis des soins²⁴.

Élaboration d'un questionnaire

Pour élaborer un questionnaire, Il existe deux approches; soit l'élaboration d'un nouveau questionnaire qui débute par les deux étapes essentielles: le choix initial des items et la sélection ou la réduction des items; soit l'adoption d'un questionnaire qui commence par une revue de la littérature sur les questionnaires existants.

²⁴ Ware, J. E. and Rubin, H. R. «Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical Encounters.» Medical care. 26(4). 1988. P : 393-402.

²³ Rubin. Op.cit. P 267-326

A. Choix initial des items

D'abord, il est utile de collecter tous les items candidats à l'outil définitif.

Après avoir défini la "population-cible", le développement d'un questionnaire débute par l'établissement d'une liste initiale d'items. Ceci s'effectue à travers la confrontation d'entretiens réalisés auprès d'un échantillon de patients que l'on désire étudier, à l'avis d'experts ou par analyse de la littérature, l'objectif est d'établir une liste des domaines et des items concernés. Il est également possible de retenir des domaines déjà mis en évidence dans la littérature.

Ces premiers entretiens avec les patients se réalisent généralement de façon libre ou semi-directive ; ils sont généralement enregistrés et retranscrits, et l'ensemble des données recueillies est analysé puis confronté à l'avis d'experts de la pathologie étudiée, afin de ne garder que les items qui semblent à priori pertinents. Ce premier questionnaire contient le plus souvent un grand nombre d'items (de 100 à 200 en général) et nécessite, afin d'être réellement exploitable, une réduction des items. Il peut même falloir mener une phase de pré pilotage avec des questions ouvertes, des entretiens exploratoires, dans lesquels un questionnaire complet et des dimensions du point de vue des patients ont été évaluées, avant de passer aux items du questionnaire fixés, fermés pour l'enquête pilote.

La réduction (sélection) des items

Cette phase de développement consiste à effectuer une pré-étude, qui se fait à travers l'administration du questionnaire à un second échantillon de patients. Ensuite, une analyse statistique se réalise, on en prenant en compte l'avis des experts, ou bien en combinant les deux méthodes afin de supprimer d'une part les items non discriminants, c'est-à-dire, ceux qui ne montrent pas de différence entre les deux populations, mais aussi ceux qui ne peuvent pas s'appliquer sur terrain, ou dont les réponses sont non exploitables. Pour prendre un exemple pratique, le développement du PJHQ (patient Judgements of Hospital Quality), un des questionnaires de satisfaction développé au milieu des années 90, a débuté par la réalisation d'un "pool" de 1000 items, à partir duquel un premier questionnaire s'est élaboré, ensuite, après réduction d'items, le questionnaire définitif comportant les 50 items les plus pertinents est proposé.

a) Les questionnaires d'origine anglo-saxonne

Depuis plus de 20 ans, la mesure de la satisfaction est le centre de préoccupation de nombreuses études à l'étranger, surtout dans les pays anglo-saxons. Plusieurs instruments sont créés et utilisés dans les enquêtes.

Nous citons ici des questionnaires souvent utilisés dans les enquêtes de satisfaction.

- Le questionnaire du patient de satisfaction (PSQ: Patient Satisfaction Questionnaire), comportant de 80 items, est initialement développé par Ware et ses collègues. Le PSQ-III est une version de 50-items avec les dimensions suivantes : la satisfaction globale, soins médicaux aussi bien que six aspects de soin : qualité technique, relation interpersonnelle, transmission, frais d'hospitalisation, temps passé avec le médecin, et accessibilité des soins. Ce questionnaire est utilisé entièrement ou partiellement dans plusieurs études. Van Campen conclut que ce questionnaire est bien adapté dans le domaine d'évaluation des services de soins à domicile. Le questionnaire prend 9-12 minutes pour se terminer.
- Le « Patients Judgements of Hospital Quality (PJHQ, 1990), se compose de 116 items dans lesquels 50 items de satisfaction proprement dit avec 7 dimensions : admission, nursing and daily care, hospital environment and ancillary staff, medical care, discharge, information et billing. Ce questionnaire est construit pour une population hospitalisée en 1987 en passant toutes les étapes nécessaires. Cette étude conduite dans 10 hôpitaux a contribué au développement de ces différents points:
 - Elle a identifié les aspects importants des soins, de l'opinion des patients.
 - Elle a testé les différentes méthodes d'administration des questionnaires.
 - Elle a décrit le plan d'analyse de validation de l'outil.

C'est un questionnaire spécifique pour les soins à l'hôpital. Il y a plusieurs études de satisfaction des patients hospitalisés qui choisissent d'utiliser ou d'adapter ce questionnaire ²⁵. Il faut environ 20 minutes pour le remplir.

- Les « Patient Judgement System » (PJS) (Nelson, 1989). Et « Patient Comment Card » (PCC) sont des versions développées à partir du PJHQ en réduisant le nombre d'items par Nelson et al.

Les questionnaires d'origine francophone

Actuellement, il n'existe pas de questionnaire de satisfaction validé en France, à l'exception d'un travail publié en 1999 par Labarere J et al dans Journal Clinical Performance Quality of Health Care « Out patient satisfaction: validation of a French-language questionnaire: data quality and identification of associated factors »²⁶.

La France est l'une des pays qui se sont intéressés aux outils de mesure de la satisfaction des

²⁵ van Campen, c., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens. (1995). Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. Medical care Research and Review, 52, pp. 109-133

²⁶ Parasuraman A., B. L. (1991). Understanding customer expectations of service. Sloan Management Revue., 39

patients, et cela depuis quelques années, l'adoption françaises du questionnaire PJHQ se réalise en 1997, et se publie dans *Social Science et Médecine*²⁷.

Dans ce cadre deux questionnaires se sont développés:

- Développé par l'équipe de Grenoble en 1998, et publié en 2001 dans *International Journal for Quality in Health Care*²⁸
- Conçu en 1998 par l'équipe AP-HP, il s'agit de l'EQS (échelle de qualité des soins). Cette échelle examine l'opinion des patients hospitalisés par rapport aux soins médicaux et infirmiers dans les services de médecine et chirurgie de court séjour. Elle contient deux dimensions: information médicale (13 items) et la relation avec les soignants - l'organisation du service (13 items) et 8 variables d'ajustement (caractéristiques des patients et modalités de séjour) qui permettent des comparaisons entre structures (établissements ou services cliniques). L'EQS génère 3 scores de 0 à 100 (niveau croissant de satisfaction): un score par dimension et un score global.

Il est certain qu'à l'heure actuelle, beaucoup de travaux en cours de préparation et étude par des équipes de recherche françaises sur d'autres populations: psychiatrie, enfant, monde carcéral.

Concept de la dimension dans un questionnaire

Il faut savoir que le questionnaire choisi aboutit à l'identification des dimensions explorant différents champs de la satisfaction et à un calcul des scores résultant de l'addition des réponses aux questions qui composent une dimension

Il existe deux manières de construire des dimensions: a priori et a posteriori.

Les étapes essentielles dans la construction de dimensions valides et fiables basées sur les items clé ou la partie « satisfaction proprement dite » dans un questionnaire de satisfaction sont:

1. Élaboration des dimensions a priori : items groupés en se basant sur la revue de la littérature et le cadre conceptuel qui en découle.
2. Réalisation d'une analyse factorielle exploratoire qui permet de tester les dimensions présumées et d'identifier éventuellement de nouvelles.
3. Construction des dimensions multi-items à partir des résultats de l'analyse factorielle exploratoire en prenant en compte les relations théoriques et le contenu des items.
4. Évaluation des propriétés psychométriques de ces dimensions par le calcul des statistiques descriptives pour chaque dimension, l'estimation de leur fiabilité et l'évaluation de leur validité.

a) *Les dimensions a priori*

Elles sont conçues à partir d'une réflexion logique, afin d'explorer les grands thèmes. Elles sont fixées par le concepteur du questionnaire. Il s'agit des dimensions empruntées de questionnaires préexistants, et utilisés pour apporter des données de référence à des buts comparatifs. Il est question de regrouper des items qui touchent a priori une même dimension, à travers une réalisation empirique, soit en s'appuyant sur les avis d'experts ou sur des données de la littérature. Ce regroupement doit ensuite être évalué par une étude statistique (cohérence interne et validité essentiellement).

Les dimensions a posteriori (post hoc)

Il est possible de les concevoir à travers l'analyse du questionnaire en recherchant les questions pour lesquelles il existe de fortes corrélations entre les réponses. Ces dimensions se construisent une fois que toutes les données sont collectées et cette méthode se fonde sur l'utilisation de l'analyse en composantes principales (analyse factorielle exploratoire).

Validation d'un instrument de mesure

La phase de validation se base sur une enquête pilote, et permet sélectionner les outils les plus appropriés de la satisfaction des patients.

Cette validation consiste à mettre en œuvre des enquêtes et des analyses statistiques spécifiques, afin de vérifier l'aptitude de l'instrument utilisé à mesurer effectivement ce qu'il est supposé mesurer et avec une manière optimale.

La validation sert également à identifier précisément les dimensions explorées par l'instrument.

La validation psychométrique représente une étape essentielle de l'utilisation d'un outil de mesure de la satisfaction. Elle a pour but la sélection des items, et la vérification de la validité de l'instrument définitif (validity) et sa fiabilité (reliability).

B. Validité

La validation est un processus qui a pour objectif de s'assurer que l'instrument de mesure est une représentation claire du concept de l'étude. Par exemple, si on désire mesurer la satisfaction concernant les informations liées aux soins, nous avons besoin de s'assurer que les items de l'outil mesure la satisfaction représentent des informations liées aux soins, non pas un autre concept.

Les différents points de validité sont présentés ci-dessous:

- 1) La validité d'apparence ou apparente (Face validity): La validité d'apparence est le jugement de l'utilisateur. Cette validité est liée à un jugement subjectif, prenant en compte les aspects visibles de l'échelle : longueur, libellé des items, modalités de réponse, etc..... Elle aide à rendre l'outil accessible et, la portée des patients, afin de garantir leur implication et leur réactivité, donc, la réalisation

²⁷ Nguyen Th, P. L. (.2002). Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. *Social Science & Medicine*, 54(4),P493-504.

²⁸ S. Briançon. Op.cit.

d'une enquête pilote est essentielle pour permettre de rassembler leurs remarques sur le contenu du questionnaire et sur la formalisation des items.

- 2) La validité de contenu (Content validity): ou validité externe, permet de juger si l'on répond correctement au problème posé, c'est à dire la capacité de l'instrument à mesurer effectivement ce qu'il est censé mesurer et varier avec ce qu'il mesure. Elle suppose que les items rassemblés explorent de façon complète l'ensemble des aspects d'une dimension donnée, sans redondance entre eux. Elle vérifie à quel point l'instrument est adéquat au domaine de l'étude, en fonction des concepts, de l'étendue du domaine pris en compte et des formulations employées. Ce type de validation exige la définition préalable des concepts et l'accord consensuel des experts.

- a. La validité de structure ou la validité du construit (Construct validity): L'étude de la structure de l'instrument, par diverses méthodes d'analyses multivariées, aide à vérifier la validité de structure ou du construit. Ces critères peuvent être utilisés, lorsqu'il n'existe pas de référence (gold standard). Elle constitue un des éléments qui aide à définir les dimensions de l'instrument. Elle est liée par la cohérence interne (validité de structure interne). Il s'agit de la capacité de l'instrument à mesurer de façon séparée les différentes dimensions. Sa vérification nécessite l'utilisation de l'analyse factorielle et à la cohérence interne.

L'analyse factorielle: à partir des résultats d'une enquête pilote sur un échantillon représentatif de la population cible, on peut, par exemple, rechercher la structure factorielle de l'instrument par une analyse en composantes principales. Les résultats aident à optimiser le nombre d'item de l'outil. Ainsi il est possible d'éliminer les items corrélés à plusieurs facteurs, à aucun facteur, ou encore des items qui appartiennent à une dimension expliquant un part faible de la variance totale. Toutefois, il n'est pas possible de calculer de score par sommation d'items que si ceux-ci appartiennent à une même dimension; il n'est donc pas théoriquement licite de calculer un score global dans le cas d'un instrument multidimensionnel.

Il faut savoir que La cohérence interne se base sur l'étude de la corrélation moyenne entre les items. La mesure utilisant le coefficient alpha de Cronbach est une approche populaire. Le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est une estimation du fait que les items d'un questionnaire (ou d'une sous-échelle) mesurent un même concept. Il varie de 0 à 1. Plus le coefficient est élevé, plus la cohérence interne du questionnaire est satisfaisante; en pratique, une valeur d'au minimum de 0,8 est considérée comme un bon indicateur de cohérence interne. Mais ce coefficient a l'inconvénient d'être dépendant du nombre d'items.

- 3) La validité sur critère (criterion validity): Dans le cas où l'objet évalué par l'instrument est complètement et indiscutablement défini par une autre méthode de mesure. C'est la corrélation de la nouvelle échelle avec d'autres mesures, idéalement, un « gold standard » validé qui est bien accepté dans le champ.

Il est évident qu'en ce qui concerne les mesures de satisfaction des patients, il n'existe aucun standard universellement reconnu ou gold standard; c'est pourquoi ce type de validité ne peut être mesuré.

Fiabilité

La fiabilité représente le total des erreurs inhérentes dans les mesures. La variabilité est fondamentale dans ce concept. Par exemple, il est demandé à un patient d'évaluer la satisfaction en utilisant une échelle visuelle analogique de 100mm. Le résultat obtenu est 81. Il est redemandé alors au patient de répéter l'évaluation quatre fois, et trouvons que les résultats sont 79, 78, 76 et 81. Quel est donc le vrai niveau de satisfaction pour ce patient ? S'il est possible de faire l'hypothèse que la satisfaction du patient était stable au cours de la période, il est évident que la variation dans les scores est aléatoire. C'est l'erreur de mesure dans ce cas. Si l'expérience se répète avec 99 patients, nous constatons à la fois une variabilité entre sujets - certaines personnes seront plus satisfaites que d'autres - et cette erreur aléatoire.

La fiabilité est liée généralement à la reproductibilité (comprenant stabilité dans le temps et reproductibilité inter-observateurs), qui représente la capacité à avoir un résultat stable lorsque le questionnaire est administré à plusieurs reprises (ou par plusieurs observateurs) à une population stable.

Modalités de passation

A. Les modalités d'administration

- Entretien ou auto-administration

Les modalités de recueil des données se déterminent à partir du type de population et la taille d'échantillon, mais aussi, ces modalités varient entre l'entretien et le questionnaire auto-administré.

- Entretien (en individuel ou collectif)

Généralement, il est recommandé de donner aux malades le temps et la liberté de répondre. Il est aussi primordial de définir leurs expériences, même pour ceux présentant une capacité de communication ou d'autonomie (santé) réduite ou limitée. Le moyen le plus approprié pour interroger ces derniers est l'entretien personnel ou en groupe (avec ou sans l'aide d'un interprète, des parents ou proches).

Cette modalité se distingue par l'excellente qualité des données collectées, lorsque les enquêteurs sont entraînés: les données manquantes sont exceptionnelles, les refus de réponse sont généralement rares.

Cependant, la présence de l'enquêteur est susceptible d'influencer les réponses:

- 1) par l'effet Hawthorne, cette expression s'utilise pour exprimer le manque de fiabilité d'une expérience dans des situations données, car le simple fait qu'elle ait lieu influe sur les résultats obtenus. Cela s'explique par le fait que le personnel et les bénéficiaires du programme adaptent parfois un comportement très différent de leur comportement habituel s'ils savent qu'ils sont observés. C'est l'impact d'être inclus dans l'étude.
 - 2) la désirabilité sociale est, ce qui entraîne une sous-déclaration, des comportements illégaux, illicites ou socialement dévalorisés. C'est une tendance à agir de manière à se percevoir et à être perçu des autres de façon positive.
- Auto-administration

Les questionnaires auto-administrés sont transmis par voie postale ou en main propre sur site; remplis sur site ou à la maison; par la personne elle-même ou par un proche, avec aide ou sans aide.

Cette méthode aide à connaître directement le point de vue des patients. Il est vrai que le coût de cette modalité est moins élevé, mais le taux de réponse est générale faible, de l'ordre de 10 à 50%, selon les auteurs (sans relance). Les répondants sont souvent différents de non répondants donc les résultats obtenus comportent un biais de sélection.

- Face-à-face, téléphone ou courrier

Nous exposons le tableau de Delbancon (1996), cité par Pourin (Pourin, 1999)²⁹ pour présenter les avantages et les inconvénients des différentes modalités de recueil des données.

- Le lieu de recueil des données : sur site ou à distance

Il est clair que l'endroit et le moment choisis de transmission et de remplissage du questionnaire sont susceptibles d'influer sur la manière dont les patients répondent. Les questionnaires peuvent être distribués ou remplis

- 1) sur site (l'hôpital, le lieu de consultation, la maternité). Dans ce cas, il est important de bien discuter des modalités comme le moment d'attribution du questionnaire - avant, pendant ou après la rencontre des soins; le moment de demande de remplissage du questionnaire - pendant ou après la rencontre des soins. Et la personne qui remet ou demande de remplir le questionnaire aux patients - le personnel d'accueil, le personnel soignant ou le personnel à l'extérieur de l'établissement.
- 2) à distance (au domicile, maison de retraite ...): le temps écoulé entre la sortie et le moment où l'on

administre le questionnaire est important, plusieurs auteurs recommandent un délai de 2 à 4 semaines^{30,31,32,33}. L'organisation et la logistique pour assurer les adresses ou les numéros de téléphone des patients. Et le mode de surveillance des non réponses si nécessaire (relance téléphonique, courrier...).

Le fait d'interroger des patients sur le lieu de soins engendre en général des scores de satisfaction plus élevés que les enquêtes réalisées à distance³⁴. Certains auteurs affirment que les réponses sont plus critiques, d'autres que les réponses peuvent être influencées positivement du fait que le patient est dans une situation de dépendance (relation d'iniquité).

Au niveau des questionnaires envoyés à domicile, peut se poser le problème de qui répond réellement.

Si les réponses sont faites avec l'aide des personnes plus jeunes, elles peuvent être plus critiques. Ceci peut généralement constituer un facteur qui peut expliquer la similitude des tendances des réponses faites entre des sujets jeunes et âgés, à savoir plus critiques et peu positives. Cette interprétation peut être cohérente avec celle de Thorslund et Wameryd. Leur travail porte sur l'existence d'une différence entre les patients très âgés qui avaient rempli les questionnaires avec aide et sans aide. Ils précisent ainsi que l'accès à l'aide pour remplir un questionnaire peut probablement influencer la perception de cette personne très âgée sur son propre état de santé de façon positive. Une autre interprétation possible, et peut-être plus naturelle, est que les patients très âgés ont une santé plus faible, avec un plus grand besoin de soins et donc un plus grand risque de voir ce besoin non satisfait. Le tableau suivant présente les avantages de 4 modalités (tableau 8).

³⁰ Ware J. Op.cit. P 539-540.

³¹ Cleary, P. D. (1991). Patients evaluate their hospital care: A national survey. Health Affairs, 10, P 254-267.

³² Carey, R. G. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire Reliability and Validity. Medical care, 31(9), P834-845.

³³ Doering, E. R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. Quality Review Bulletin., 9 (10), P 291-299.

³⁴ Rubin H. R. Op.cit. P267-326

²⁹ Pourine. Op.cit. P 117-132

Tableau 8: Les avantages et inconvénients des différentes modalités de recueil des données

Avantages	Inconvénients
Face-à-face	
Taux de réponse le plus élevé	Très coûteuse
L'enquêteur peut clarifier les questions et utiliser des instructions complexes	Limitée à un petit nombre de répondants et à une zone géographique
Autorise un entretien plus long avec un meilleur taux de réponse	Risque de biais lié à l'enquêteur
Processus interactif pour générer de nouvelles informations	Ne respecte pas l'anonymat
Permet d'aborder des sujets sensibles	
Permet de joindre des populations à bas niveau d'étude	
Téléphone	
Couvre une grande zone géographique	Plus coûteux qu'une enquête postale
Taux de réponse meilleur par courrier	Les patients perçoivent moins bien l'anonymat qu'avec un questionnaire postal
L'enquêteur peut clarifier les réponses confuses et essayer de convaincre ceux qui refusent	Nécessite d'avoir des numéros de téléphone fiables
Possibilité d'utiliser les entretiens assistés par ordinateur	Taux d'abandon élevé pour les questionnaires au-dessus de 15-20 minutes de longueur
Permet de joindre des populations à bas niveau d'étude	Difficulté de joindre les patients qui travaillent la journée
Courrier	
Coût faible	Nécessite une organisation des envois et des relances
Peut être réalisée avec peu de personnels et de moyens	Difficulté à comprendre les questions compliquées
Peu couvrir une grande zone géographique et permet d'atteindre des personnes difficiles à joindre personnellement	De faible taux de réponse peuvent nécessiter des relances (par courrier ou par téléphone) impliquant une identification des questionnaires
Permet au répondant de prendre du temps pour réfléchir à la réponse	Les patients peuvent retourner des questionnaires incomplets
Les patients ont l'impression que la confidentialité est mieux conservée que par entretien	Prend davantage de temps que les méthodes par entretien
Permet d'élargir les critères d'inclusion de l'échantillon	Nécessite des sujets avec un niveau d'étude suffisant
Peut être utilisée de façon mixte avec une relance téléphonique	Nécessite des adresses exactes

Tableau 9: Les caractéristiques selon la modalité de recueil des données

Caractéristiques	Entretien		Auto-administré	
	Face-à-face	Téléphonique	Courrier	Sur site
Confidentialité et anonymat peuvent être assurés	-	±	++	±
Taux de réponse élevé	++	+	-	++
L'enquêteur/facilitateur peut clarifier	++	+	-	+
Souplesse de la discussion	++	+	-	-
Possibilité d'établir un rapport avec le patient	++	+	-	+
Sensibilité à concerner les patients	++	+	-	+
Approprié aux questions ouvertes multiples	++	+	-	-
Facilité d'analyse	-	±/+	++	++
Capacité à atteindre des populations à faible niveau d'instruction	++	+	-	-
Faible coût en personne et équipements	-	-	+	+
Les répondants ont le temps pour des réponses réfléchies	+	-	++	-
Le rappel des expériences est plus récent	+	-	+	++
Capacité à couvrir un grand nombre de patients.	-	±	++	+
Biais de l'enquêteur	++	±	-	±
Aucune formation spéciale des enquêteurs	-	-	+	±
Les patients peuvent répondre à leur convenance	-	±	++	±
L'échantillonnage aléatoire est faisable	+	+	+	+
Faisabilité de relance des non-répondants	?	+	+	±
Faisabilité d'évaluer la sortie et le suivi	+	+	+	-

(Source : NHS Trust-based Patient Surveys : inpatients - acute hospital. Listening to your patients02/ 2002)

Il faut savoir que les avantages cités dans ce tableau ne sont pas égaux. Prenons comme exemple, assurer la confidentialité aux patients, le taux de réponse élevé, et la facilité d'échantillonnage sont considérés comme des critères importants pour obtenir un feedback fiable et exigible des patients. L'enquête postale par questionnaire comporte aussi des avantages.

Le moment de recueil des données

- Le moment de réalisation de l'enquête

Afin d'entretenir une enquête de satisfaction des patients, il est préférable d'éviter le plus possible tout travail autour des périodes de vacances à cause du manque de disponibilité ou de l'absence des patients. Pendant l'hiver, l'étude peut suivre une épidémie de grippe.

La durée écoulée entre la sortie et le moment de réalisation de l'enquête

En ce qui concerne l'hospitalisation, seule une mesure après l'hospitalisation permet d'évaluer les conditions de sortie et la satisfaction par rapport au suivi. Cette mesure doit être réalisée juste après l'hospitalisation, et elle est considérée plus fiable lorsqu'elle est proche de la sortie que lorsqu'elle est effectuée plusieurs mois après. Et il est convenable d'éviter le cours de l'hospitalisation, notamment d'obtenir les réponses le jour de la sortie³⁵. Le moment idéal pour envoyer un questionnaire à un patient est de 2 à 4 semaines après sa sortie^{36,37,38,39}. Une durée plus longue (6 mois) est proposée dans le cas d'une intervention chirurgicale pour permettre au patient d'intégrer les résultats des soins⁴⁰.

Ce délai a pour objectif:

- 1) de procurer le temps nécessaire aux patients de se détacher de leurs expériences hospitalières, car s'il est trop proche de la sortie, on peut risquer le biais lié au traumatisme de l'hospitalisation et
- 2) de bien se rappeler ce qui leur est arrivé, car on peut risquer, avec un délai trop long, le biais de mémoire- De plus, une étude a montré que les patients sortis depuis plusieurs mois sont plus satisfaits que ceux qui ne sont sortis que depuis quelques semaines⁶. Il est conseillé de ne pas échantillonner les patients qui sont sortis de l'hôpital depuis plus de 3 mois, puisqu'il est peu probable que le détail des expériences des patients soit exactement retrouvé.

Le consentement, l'anonymat et la confidentialité

Le consentement et l'accord des patients ou de leur entourage est très important dans toute enquête, quelle que soit la méthode d'enquête employée. Charles et al, cité par Pourin, testent deux méthodes de recueil du consentement des patients au Canada. Une première technique est de faire recueillir ce consentement auprès du patient alors qu'il est encore hospitalisé, par un membre du service. L'autre technique se base à adresser à son domicile un courrier après sa sortie de l'hôpital. Dans les deux cas, les résultats de cette étude se traduisent avec un taux de réponse qui ne diffère pas significativement entre ces deux techniques. Pourtant, le recueil du consentement à l'hôpital présente plusieurs avantages : meilleure implication du personnel soignant, moindre coût, meilleure fiabilité de l'adresse et du téléphone.

Il est primordial de respecter le plus possible deux grands principes : l'anonymat ou la confidentialité des réponses et la neutralité de la personne qui collecte des données. Tous les deux aident principalement à privilégier la sincérité de l'expression du point de vue. Le principe de l'anonymat est complètement assuré si aucune méthode d'identification des répondants ne s'utilise, toutefois, il est nécessaire d'utiliser certaines techniques comme l'identification par des numéros de codage si l'étude demande le suivi des non-répondants. Même si elle empêche la possibilité de relance, la garantie de l'anonymat ou au moins de la confidentialité est importante dans ce type d'enquête où il existe une relation de dépendance, le patient étant susceptible de revenir dans l'hôpital et/ou les services de soins sur lequel il exprime son avis.

La déclaration de la confidentialité requière une explication simple sur comment l'information va être traitée et analysée. Plusieurs études tentent de garantir la neutralité de la personne qui collecte des données par l'implication d'instituts de recherche ou de groupes académiques, qui sont moins identifiés aux fournisseurs de la santé, lors de la collecte et de l'analyse des données, mais ceci peut ne pas être faisable. Il est donc préférable d'envisager l'hypothèse que le cadre dans lesquels les répondants expriment leurs points de vue influent sur les résultats, et que, par exemple, ils sont plus francs dans l'intimité de leur domicile. Pourtant, l'analyse systématique de l'effet du cadre n'a jamais pu mettre en évidence de telles faits.

Des travaux montrent que le taux de réponse est plus bas lorsque l'enquête est anonyme, cela s'explique par le fait que certaines personnes peuvent estimer que leurs opinions sont importantes seulement quand ils sont identifiés^{41,42}.

³⁵ Czernichow P. Op.cit.

³⁶ Ware J. Op.cit. P 539-540.

³⁷ Carey R. Op.cit. P 834-845.

³⁸ Doering E. Op.cit. P 291-299.

³⁹ Cleary P. Op.cit. P 254-267.

⁴⁰ IZane R. L., Maciejewski M., Finch M. "The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes." *Medical care*. 35(7): 1997. P 714-730. 1997.

⁴¹ Asch D. A. Kathryn Jedrzejewski M. Christakis, N. A. "Response rates to mails surveys published in medical journals." *Journal of Clinical Epidemiology*. 50(10) .1997. P 1129-1136.

D'autres choisissent de ne répondre que s'ils sentent une certaine pression, la possibilité d'anonymat réduit cette pression. D'autres travaux affirment que la garantie de l'anonymat a peu d'influence sur le taux de réponse^{43,44}.

Pour résumer, il n'existe pas, à notre connaissance, de comparaison directe entre les différentes méthodes d'étude dans la littérature. Mais l'anonymat complet du questionnaire entraîne des problèmes méthodologiques qui ne permettent pas de valider les résultats comme la représentativité de l'échantillon.

Biais d'investigation

Les biais sont des erreurs systématiques et constantes plutôt qu'aléatoires. Cette partie traite des biais liés au recueil des données.

- Biais liés aux informations recueillies ou aux enquêtés

Les informations obtenues doivent être "exactes". Or l'oubli (données anciennes, personnes âgées), la peur (sujet ayant un impact social fort: drogue ...), la méfiance (perception négative de l'enquête), le degré d'implication, représentent autant d'éléments susceptible d'aboutir à un recueil d'information erroné, "orienté" ou incomplet.

- Biais liés aux enquêteurs

Les enquêteurs doivent bien connaître leur questionnaire de façon à reformuler de manière identique l'enquête auprès de chaque personne (s'il s'agit d'entretien). Les enquêteurs doivent, dans la mesure du possible, garder une attitude "neutre". Les biais liés aux investigateurs peuvent concerner les différents types d'enquête. Toutefois les enquêtes rétrospectives sont plus facilement sujettes à ces biais.

- Effet d'acquiescement

La méconnaissance d'un effet de Halo ou d'effet d'acquiescement est une source de biais extrêmement courante dans les enquêtes de satisfaction par questionnaire. Le premier désigne l'orientation de la réponse à un item par celle fournie au précédent. Sa survenue est étroitement liée à l'ordre des questions. Il induit de n'interroger le sujet sur sa satisfaction globale qu'en fin de questionnaire: un patient se sentirait incohérent s'il émettait des critiques sur les aspects spécifiques de son expérience après avoir exprimé un jugement global positif. L'acquiescement (ou biais de positivité) reflète la tendance d'un sujet à utiliser

systématiquement la modalité de réponse positive. Il est plus fréquemment rencontré chez les sujets âgés, disposant d'un faible revenu, d'un bas de niveau d'études et révélant un score de santé perçue médiocre". L'acquiescement n'est toutefois pas indépendant du contenu de l'item⁴⁵. L'alternance d'item de signification favorable et défavorable maîtrise le biais d'acquiescement. D'autres caractéristiques du questionnaire influent sur les résultats de l'enquête. Ross effectue une comparaison entre sept instruments et affirme que les taux de satisfaction générés par chacun d'eux sont d'avantage corrélés s'ils comportent le même format de réponse.

Les auteurs classifient généralement les questions de satisfaction en deux catégories opposées: questions stricto-sensu ("Êtes-vous satisfait des informations du médecin sur votre traitement ?") et questions de fait ("Le médecin vous a il informé des effets secondaires du traitement ?"). Ils affirment la discordance des réponses et reprochent aux premières de fournir une opinion sans qu'on connaisse les critères de jugement des répondants". Cela implique, en pratique, l'utilisation des deux types de formulation.

A quel point l'instrument est-il applicable ?

Afin d'assurer l'obtention des résultats utiles, l'instrument utilisé doit être pertinent, performant et aussi applicable, c'est-à-dire utilisable en pratique. Un instrument est applicable s'il a l'aptitude de reprendre au minimum à 4 critères, d'après Rubin:

- Le coût de la mise en œuvre
- La facilité d'utilisation
- L'acceptabilité pour les patients et les administrateurs
- La facilité d'interprétation des résultats
- Les coûts de mise en œuvre

Ils dépendent de la méthode d'investigation. Dans le domaine concerné, il s'agit essentiellement de passation de questionnaires ou de grilles, le coût varie selon la durée d'investigation mais aussi selon la qualification de l'enquêteur. Il faut également prendre en considération le coût de leur formation et de la vérification des réponses. Il est nécessaire d'indiquer que dans un certain nombre de cas l'indicateur considéré est inclus dans un questionnaire plus large (grille) portant sur de multiples aspects. Dans certaines circonstances, l'indicateur est construit à partir d'une sélection d'items du questionnaire ; d'autres fois, on introduit dans un questionnaire des items d'un indicateur construit par ailleurs. Ce contexte peut influencer l'acceptabilité pour l'enquêteur.

⁴² Asch D. A. "Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates, and bias. *Epidemiology*". 7(5)1996. P 550-551.

⁴³ Asch D. A. Kathryn Jedziewski M. Christakis, N. A. "Response rates to mails surveys published in medical journals." *Journal of Clinical Epidemiology*. 50(10).1997. P 1129-1136.

⁴⁴ Asch D. A. "Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates, and bias. *Epidemiology*". 7(5) 1996. P 550-559.

⁴⁵ Cohen, G., Forbe, J., Garraway, M. "Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys." *British Medical Journal*. 313(10).1996. P 841-844.

- Facilité d'utilisation

Plusieurs études optent pour le choix des auto-questionnaires, par courrier, par téléphone, ou en direct, et réussissent à atteindre l'objectif recherché, c'est vrai qu'un grand nombre de sociétés commerciales effectuent ces types études (surtout aux États-Unis). Mais la plupart d'entre elles ne communiquent pas d'informations concernant le coût de leurs méthodes, et ne fournissent pas de données sur la fiabilité et la validité, ceci dit leur présence sur le marché montre que ces études sont facilement.

- Acceptabilité

Il est important qu'elle soit ressentie par les enquêteurs et les patients.

- 1) Pour les enquêteurs: que ce soit question d'une grille ou d'un questionnaire, l'enquêteur doit approuver à l'instrument utilisé. Et connaître les principes de construction, de la philosophie sous-jacente aux objectifs visés, cela représente un préalable nécessaire à l'acceptabilité. Par exemple, il est primordial que l'enquêteur soit au courant en précision de la signification des items et des principes de notation.
- 2) Pour les patients: les questions doivent être claires, univoques, sans ambiguïté et rédigées de façon à être comprises de la population touchée par l'enquête.

En résumé, pour assurer son accessibilité, l'instrument doit être:

- clair dans sa formulation qui doit être compréhensible pour les patients et pour l'enquêteur. Le choix d'instruments d'origine étrangère suscite une traduction associant des experts du pays d'origine et du pays d'utilisation;
- clair dans sa présentation;
- la longueur doit être convenable, en prenant en compte le contexte et de la fréquence d'application.

Il est important d'ajuster le besoin de précision et le risque de lasser le répondant; de tenir compte du mode d'administration: par téléphone: courte durée; à domicile: durée plus longue; il faut aussi prendre en considération le sujet traité: si le sujet l'intéresse vraiment, le répondant y accorde plus de temps, et enfin tenir compte du coût de l'étude et du temps d'analyse.

La dénomination de l'enquêteur (enquêteur professionnel, médecin, infirmière, ou assistante sociale, etc.) peut influencer les réponses des patients.

Il est clair qu'il faut prendre en compte le fait que les réponses sont orientées par la qualification de celui qui pose les questions. On répondra moins spontanément à un médecin des problèmes de l'environnement matériel. La crainte de perdre une prestation est aussi susceptible d'orienter les réponses.

Nous pouvons évaluer l'applicabilité d'un instrument en se basant sur le pourcentage de sujets

qui refusent de répondre à certaines questions (acceptabilité pour les patients), la durée de passation (non seulement des items de l'indicateur lui-même mais aussi de l'ensemble de l'instrument dans lequel il est inclus) et l'évaluation d'un coût moyen par sujet enquêté. Selon un récent travail qui tourne au tour de l'élaboration de procédures standardisées et efficaces d'administration des questionnaires, pour juger la qualité du questionnaire, il est possible de se baser sur les critères suivants:

1. Proportion de non-réponses
2. Qualité de remplissage (proportion des données manquantes)
3. Contenu discriminant des données (distribution des modalités d'opinion)
4. Temps de passation: le temps nécessaire pour compléter la grille ou le questionnaire est un facteur important d'acceptabilité et doit donc être connu. Il peut influencer sur la participation à l'enquête des personnes sollicitées.

- Interprétabilité

Il est clair que les études de mesure de la satisfaction des patients se qualifient d'utile par les administrateurs que si leurs résultats sont compris et amènent à souligner clairement les points d'amélioration. De nos jours, Personne n'a encore effectué de comparaisons entre les méthodes et les instruments d'étude concernant ce problème. Ce critère peut être en désaccord avec les autres critères qui assurent la fiabilité des mesures et leur validité ou valides. Par exemple, les échelles d'évaluation souvent utilisées peuvent être problématiques parce que l'interprétation par des patients du terme « mauvais » ou « excellent » peuvent s'avérer claire. Un administrateur peut demander à savoir avec quelle régularité.

Pourtant une échelle d'évaluation est capable de mieux aboutir à révéler les points de vue des patients sur la qualité des soins.

Il faut savoir, que dans la plupart du temps l'évaluation des soins de l'hôpital par les patients est mal interprétée. L'aplatissement de la distribution et l'insensibilité des estimations de la satisfaction peuvent avoir comme conséquence de considérer que 90 pour cent et 95 pour cent des patients « satisfaits » sont des résultats proches alors que de telles variations peuvent correspondre à une grande différence dans les conditions de soins réelles.

Pour garantir que l'étude reflète au mieux la réalité, l'interprétation des jugements des patients doit se baser des normes de population ou validées par d'autres. Ces normes déterminent ce que signifient les niveaux de réponse. Si les évaluations sont enregistrées seulement avec des proportions de patients « satisfaits » ou qui évaluent le soin comme « excellent », ils seront ininterprétables à moins que le seul but de l'étude ne soit de déterminer quel groupe parmi plusieurs mieux

les soins ou dans le cas d'une enquête permanente, ne soit de suivre des évolutions de chaque niveau.

Tester un questionnaire

Il est primordial d'effectuer un test au questionnaire choisi sur un échantillon des répondants avant une étude complète. Ceci aide à prédire plusieurs problèmes potentiels. Ce test permet d'examiner la clarté et l'acceptabilité des items du questionnaire. Aussi, si l'on procure aux répondants un espace ouvert pour des commentaires, les items supplémentaires ou les issues qui ne sont pas inclus dans la première version du questionnaire peuvent apparaître. De plus, la variabilité des réponses peut être vérifiée.

L'étude ne sera pas particulièrement informative si la version finale inclut trop d'items qui produisent des réponses uniformes.

BIBLIOGRAPHIE

- Asch D. A. "Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates, and bias. *Epidemiology*". 7(5) 1996. P 550-559.
- Asch D. A. Kathryn Jedziewski M. Christakis, N. A. "Response rates to mails surveys published in medical journals." *Journal of Clinical Epidemiology*. 50(10) .1997. P 1129-1136. Asch D. A. "Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates, and bias. *Epidemiology*". 7(5) 1996. P 550-551.
- Asch D. A. Kathryn Jedziewski M. Christakis, N. A. "Response rates to mails surveys published in medical journals." *Journal of Clinical Epidemiology*. 50(10) .1997. P 1129-1136.
- Briançon S., Girard F., Empereur F., Guillemain F., « Evaluation des pratiques professionnelles », *Revue Épidémiologie et Santé Publique*. 48(6), 2000, pp. 541-550.
- Carey, R. G. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire Reliability and Validity. *Medical care*, 31(9), P: 834-845.
- Carey, R. G. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire Reliability and Validity. *Medical care*, 31(9), pp. 34-45.
- Cleary, P. D. (1991). Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affairs*, 10, pp. 254-267.
- Cohen, G., Forbe, J., Garraway, M. "Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys." *British Medical Journal*. 313(10). 1996. P 841-844.
- Czernichow P., Chaperon J., Le Contour X., « Épidémiologie - Connaissances et Pratiques », Masson, Paris, 2001.
- Czernichow, P. C. (2001). *Épidémiologie-Connaissances et Pratiques*. Paris. Masson
- Doering, E. R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin*., 9 (10), pp. 291-299.
- Encounters. » *Medical care*. 26(4). 1988. P: 393-402.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II. Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302, P: 1129-1132.
- Gasquet, I. (1999). Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Presse Médicale*., 28(29), P : 1610- 1613.
- Hall, J. A. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27(6), pp. 637- 644.
- Hall, J. A. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27(6), pp. 637- 644.
- IZane R. L., Maciejewski M., Finch M." The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. " *Medical care*. 35(7): 1997. P 714-730. 1997.
- Kravitz, R. L. (1996). Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the Literature. . *Medical care Research and Review*., 53, pp. 3-27.
- Kravitz, R. L. (1996). Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the Literature. *Medical care Research and Review*., 53, pp. 3-27.
- Nelson, E. H. (1989). The patient judgement system: Reliability and validity. *Quality Review Bulletin*, 15, pp.: 185-191.
- Nguyen Th, P. L. (.2002). Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. *Social Science & Medicine*, 54(4), pp. 493-504.
- Nunally Je. « *Psychométrie Theory*. », McGraw-Hill, New York. Ed. Second, 1978. P 1-677.
- Pourin e. (1999). La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 1" partie : Aspects conceptuels et revue de travaux. *Journal d'Economie Médicale*, 17, P : 101-105.
- Roumeau-Rouquette E., Blondel B., Kaminski M., Bréart G., « *Épidémiologie - Méthodes et pratiques* », Flammarion, Paris, 1993.
- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of care? *Medical Care Review*, 47, pp 267-326.
- Service d'Évaluation Hospitalière, Op.cit.
- Service d'Évaluation Hospitalière. (1996). *La Satisfaction des Patients. Lors de Leur Prise en Charge dans les Établissements de Santé*. Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale p. 120.

27. Sitzia, J « How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. » International Journal for Quality in Health Care. 11(4): 319-328. 1999.
28. Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. International Journal for Quality in Health Care. 11(4), P 319-328.
29. van Campen, c., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens. (1995). Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. Medical care Research and Review, 52, pp. 109-133.
30. Ware, J. E. and Rubin, H. R. « Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical
31. Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? Social Science & Medicine, 38(4), pp. 509-516.

