

CrossRef DOI of original article:

The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction

Moukhafi Sahar

Received: 1 January 1970 Accepted: 1 January 1970 Published: 1 January 1970

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.

Index terms— measurement of patient satisfaction, questionnaire, quality of care, hospital world.

Il 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^e siècle s'est accompagnée de changements importants dans la politique et l'éthique du secteur de santé. 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 des 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: 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 oeuvre, 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 spécifique 1 o Points de vue de la mesure de la satisfaction . Ce qui nous pousse à se poser les questions suivantes:

48 Comment mesurer le niveau de satisfaction du patient ?

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

50 Comment utiliser le questionnaire comme un outil de mesure performant ?

51 Il y a trois aspects du point de vue de la mesure qu'il faut prendre en considération dans la mesure de
52 la satisfaction du patient: a. A partir de quelle préoccupation est construit un instrument de mesure: des
53 patients, des professionnels ou de l'administration ? b. Auprès de qui la mesure est-elle réalisée: les patients, les
54 professionnels ou l'administration ? c. A qui sont destinés les résultats de la mesure: aux professionnels ou à
55 l'administration ? Concernant les professionnels ; comprendre et répondre aux besoins des patients est la priorité
56 de la médecine.

57 Il faut savoir que connaître les attentes des patients génère une plus grande satisfaction au niveau des soins,
58 ce qui engendre une plus grande adhésion au traitement. Analyser les buts et les attentes des patients permet
59 de prendre les décisions cliniques dans lesquelles les préférences sont importantes, mais, à cause des attentes des
60 patients qui peuvent parfois être déraisonnables, les praticiens doivent être préparés à éduquer leurs patients.
61 Finalement, donner ne importance aux attentes des patients procure des chances pour les négociations cliniques
62 et fait que le patient ait un rôle actif dans les relations médicales, qui peuvent elles-mêmes apporter de meilleurs
63 résultats.

64 Concernant l'administration; améliorer la qualité des prestations tant des soins eux-mêmes que de
65 l'environnement des soins est une nécessité. Et respecter les préférences des patients est une des dimensions
66 qui permet de mesurer la performance d'un système de soins. Ceci dit, des attentes irréalistes ou erronées
67 peuvent augmenter l'utilisation et le coût des soins de santé alors qu'elles ne produisent qu'un petit bénéfice.
68 Comprendre les attentes des patients peut aider les efforts éducatifs visant à réduire d'irraisonnables demandes
69 (Kravitz, 1996) 2 L'étude de la satisfaction n'est significative que si la position de celui qui observe, d'une part,
70 et l'objectif poursuivi, d'autre part, sont connus .

71

3

72 1 Champs de l'épidémiologie

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

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

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

78 . Il existe un autre point de vue dans la mesure de la satisfaction des patients, c'est celui des chercheurs
79 qui ont pour but d'identifier les déterminants, les conséquences de la satisfaction ou les facteurs susceptibles de
80 l'améliorer. Les attentes des patients peuvent servir de variables indépendantes dans l'étude de la satisfaction
81 des patients, le comportement des praticiens, le choix des consommateurs pour le fournisseur de soins et la
82 qualité des soins. Les attentes des patients peuvent servir également de variables dépendantes dans l'étude de la
83 façon dont les patients développent leurs attentes, l'influence de la profession médicale et de l'industrie de soins
84 sur leur développement et où l'éducation et les autres efforts de persuasion peuvent les mener. 1) Orienter le
85 développement des services de santé en définissant l'ampleur et la distribution des phénomènes morbides dans
86 la collectivité. 2) Dégager les facteurs étiologiques de façon à permettre d'enrayer ou de modifier la maladie.
87 3) Fournir une méthode de mesure de l'efficacité des services mis en oeuvre pour lutter contre la maladie, et
88 améliorer l'état de santé de la collectivité ».

89 Il existe donc trois types d'épidémiologie : descriptive, explicative et évaluative 4 Champs des études de la
90 satisfaction .

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

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

96 ? L'évaluation professionnelle de la qualité des soins Elle a pour but de vérifier l'efficacité des soins délivrés
97 aux patients par rapport à une pratique habituelle. Elle vérifie la qualité, l'efficacité réelle et l'efficience dans un
98 contexte d'application donné. Dans cette optique, l'objectif n'est pas de répondre aux questions de recherche,
99 mais de savoir, par exemple, si les héparines de bas poids moléculaire sont prescrites chez les sujets à risque, et
100 seulement chez eux, à la dose préconisée, avec la surveillance requise. Il s'agit alors, de comparer la pratique
101 réalisée à des références externes définies au préalable et qui, théoriquement, s'obtiennent à partir des résultats
102 de l'évaluation de recherche. Les différentes méthodes dans l'évaluation professionnelle sont : (1) approche
103 purement qualitative, (2) approche descriptive, (3) approche analytique, (4) approche évaluative 5 ? Elle permet
104 d'appréhender l'ampleur des phénomènes de santé (en appréciant leur prévalence) et de disposer d'une surveillance
105 épidémiologique (ex: enquête périodique);

106 . La mesure de la satisfaction à objectif descriptif a pour but de décrire le niveau de satisfaction sans chercher à
107 trouver des facteurs explicatifs. Cette description peut être une étape préalable à un programme d'amélioration
108 de la qualité des soins, comme elle peut parfois en constituer le seul objectif. Elle se traduit par le recueil
109 d'informations venant des patients (focus groupe, lettre de plaintes, questionnaires de sortie, enquêtes spécifiques

110 par les questionnaires de satisfaction) ou d'informations pouvant avoir un impact sur l'attente ou l'appréciation
111 par des patients (données sur l'hôpital, sur l'équipe soignante, sur le patient...). Bien que l'approche descriptive
112 n'apporte que des informations dites « élémentaires », son importance est primordiale:

113 ? Elle procure une aide à la décision dans les domaines de la planification et de la gestion des organisations ou
114 des programmes de santé Objectifs de la mesure La mesure de la satisfaction des patients permet de sélectionner
115 les dysfonctionnements. Les questionnaires et les enquêtes précisent l'origine des insatisfactions, cela aide les
116 professionnels à choisir les mesures correctives nécessaires à mettre en place pour améliorer la qualité des soins et
117 des services au sein de l'établissement. Ces mesures sont à "prioriser", et permettent de répondre de la manière
118 la plus appropriée possible aux attentes des patients. Ces enquêtes servent aussi à détecter les aspects positifs,
119 voire des points d'excellence, qui par la suite, doivent être mis en valeur auprès du personnel et être diffusés à
120 l'extérieur.

121 L'utilisation des mesures de satisfaction peut s'applique dans des contextes différents: . Cela vient
122 probablement de son apparente simplicité d'utilisation. L'élaboration d'un système de mesure adapté constitue
123 l'un des axes essentiels de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit, pour les
124 établissements, d'inscrire cette démarche dans leur projet d'établissement., il existe plusieurs méthodes de recueil
125 des données lors de mesure la satisfaction des patients. Le recueil des données par un questionnaire peut se faire
126 pendant l'hospitalisation, la consultation ou à distance. On peut utiliser des questionnaires auto-administrés,
127 remplis par les patients. On peut aussi opter pour les questionnaires remplis par un tiers au cours d'une interview
128 en face-à-face (sur site ou à distance) ou téléphonique.

129 Chacune de ces méthodes inclut des avantages et des inconvénients.

130 2 Définition

131 Un questionnaire est un ensemble de questions (ou tems) dont chacune représente une donnée élémentaire. Un
132 questionnaire peut être utilisé par contact direct avec des personnes interrogées, ou par les personnes elles-mêmes,
133 mais également pour analyser secondairement les dossiers établis à l'occasion de soins des patients 11 (6), pp. 637-
134 644. 13 Carey, R. G. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire Reliability
135 and Validity. *Medical care*, 31 (9), P: 834-845. 14 Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II.
136 Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302, P: 1129-1132. 15 Pourin e.
137 (1999). La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 1" partie : Aspects conceptuels et revue de travaux.
138 *Journal d'Economie Médicale*, 17, P :101-105. 16 Gasquet, I. (1999). Satisfaction des patients et performance
139 hospitalière. *La Presse Médicale.*, 28 (29) ? La structure de soins Il est primordial d'identifier et faire la différence
140 entre les types de structure de soins : hospitalisation en court, moyen séjour ou long séjour, consultation, soins
141 à domicile ou réseau de soins. De même pour les types de prises en charge: soins généraux, soins spécifiques tels
142 que la pédiatrie, l'obstétrique, la cancérologie et la psychiatrie. Car chacune d'elles détient des caractéristiques
143 différentes concernant le contexte de la structure, la relation entre le personnel soignant et le patient, et le mode
144 d'offre de soins.

145 ? Le niveau de spécificité du questionnaire: générique et spécifique Un instrument spécifique s'utilise pour
146 évaluer un événement particulier comme une hospitalisation ou consultation précise (la dernière, par exemple).
147 Un instrument générique est destiné à mesurer la satisfaction des patients par rapport à l'offre de soins en général.

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

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

154 Il est clair que la satisfaction des patients est multidimensionnelle, donc le questionnaire de satisfaction inclut
155 des questions spécifiques et centrées et non pas demander une appréciation globale de la satisfaction. Plus la
156 question sera clairement spécifique et centrée, plus la comparaison de la satisfaction entre les différentes structures
157 de soins sera facile. Hall et Dornan 17

158 3 La typologie des items et des réponses

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

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

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

169 Afin qu'une étude ait des résultats précis et utiles, les questions doivent représenter ce que les patients
170 considèrent comme important pour eux. Les focus groups et les plaintes des patients sont un générateur riche
171 de sujets pour des questions d'étude. Il est également essentiel, pour établir des questions avec des patients,
172 de prendre en considération les éléments suivants: ? Le sujet des questions doit être assez spécifique pour être
173 approprié, mais pas trop spécifique au point qu'il devient pénible d'y répondre. ? Aborder une seule idée par
174 question. ? Éviter les sujets politiquement sensibles ou qui pourraient embarrasser des patients. ? Exprimer les
175 questions en langage simple et direct. ? Considérer le but de la question en choisissant les mots et le format.

176 4 Formulation -Ouvverte ou Fermée

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

182 Les questions fermées se caractérisent par des réponses envisageables claires et précises. Exemple Les avantages
183 des questions fermées: codification facile, interprétation des réponses simplifiée et tâche du répondant facile et
184 rapide.

185 Il est préférable de compléter les questions fermées par quelques interlignes réservées aux « remarques ». Les
186 patients peuvent alors approfondir ou ajouter des explications à leurs réponses. ? Formulation -Directe ou
187 indirecte Selon Fitzpatrick 19 et une méta-analyse de 221 études réalisées en 1988 (Hall, 1988), on peut classer
188 les questions de satisfaction selon leur formulation directe ou indirecte. 20 Alors que dans l'approche indirecte,
189 la satisfaction se tire à partir des réponses. Les items indirects qui représentent une description de la prise
190 en charge, par exemple: "avez-vous remarqué une amélioration dans votre état de santé après le traitement
191 prescrit ?". Le choix de la formulation des questions se fait à partir de l'objectif poursuivi: cherche-t-on plutôt à
192 connaître l'avis des patients ou veut-on, par l'intermédiaire du patient, identifier des mauvaises pratiques ? A titre
193 d'exemple, dans le cas de la prise en charge de la douleur, une question indirecte aide à vérifier si les modalités
194 de prise en charge de la douleur sont conformes à ce qu'elles devraient être (normes, procédures, consensus). Il
195 n'y a pas d'avantages établis d'une des deux approches. La distribution de ce caractère sur 200 études est de
196 43% en direct, de 37% en indirect et de 20% en combinant les deux L'approche directe se caractérise par des
197 questions abordées directement et liées niveaux de satisfaction « De quelle façon étiez-vous satisfait... ? ». Par
198 exemple, "Êtes-vous satisfait de la qualité du traitement administré ?" ou une réponse positive pour « Est-ce
199 que le traitement administré vous convient ? qui sera interprété comme une réponse indiquant la satisfaction.
200 Par contre, la réduction du nombre de réponses dans l'échelle augmente la fiabilité dans le temps (il est plus
201 probable qu'un même individu réponde de façon identique à la même question posée à deux reprises à un mois
202 d'intervalle si l'échelle de réponse comporte 3 points que si elle en comporte 6), mais diminue d'autant son pouvoir
203 de discrimination dans un continuum d'états d'altération de la qualité.

204 Par exemple, une échelle de la satisfaction comportant 20 questions dont les réponses se font en 3 points permet
205 de distinguer 60 (3x20) états différents, tandis que si les réponses se font en 5 points, elle permet d'en distinguer
206 100 (5x20).

207 Nunally ??? 22 Nunally. Op.cit. P 1-677.

208 5 Échelle

209 « excellent/mauvais » vs « d'accord/pas d'accord » 23 Rubin. Op.cit. P 267-326 respectant de l'intention.
210 Elle aide à comparer directement des aspects de soins, ce qui est impossible pour les autres échelles comme «
211 d'accord/pas d'accord ». Ware et Hays dans une étude de satisfaction chez les consultants, affirment qu'il est
212 préférable d'utiliser une échelle « excellent/mauvais » avec un item neutre qu'une échelle « très satisfaisant/pas
213 du tout satisfaisant ». Ils montrent que l'échelle « excellent/mauvais » procure des résultats avec plus de variance,
214 moins aplatissement de la distribution (skewness) et traduisent mieux les comportements des patients vis-à-vis
215 des soins 24

216 6 Élaboration d'un questionnaire

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

220 .

221 7 A. Choix initial des items

222 8 D'abord, il est utile de collecter tous les items candidats à 223 l'outil définitif.

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

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

237 9 La réduction (sélection) des items

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

247 10 a) Les questionnaires d'origine anglo-saxonne

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

250 Nous citons ici des questionnaires souvent utilisés dans les enquêtes de satisfaction. ? Elle a décrit le plan
251 d'analyse de validation de l'outil.

252 C'est un questionnaire spécifique pour les soins à l'hôpital. Il y a plusieurs études de satisfaction des patients
253 hospitalisés qui choisissent d'utiliser ou d'adapter ce questionnaire 25 -Les « Patient Judgement System » (PJS)
254 (Nelson, 1989). Et « Patient Comment Card » (PCC) sont des versions développées à partir du PJHQ en
255 réduisant le nombre d'items par Nelson et al.

256 . Il faut environ 20 minutes pour le remplir.

257 11 Les questionnaires d'origine francophone

258 Actuellement, il n'existe pas de questionnaire de satisfaction validé en France, à l'exception d'un travail publié en
259 1999 par Labarere J et al dans Journal Clinical Performance Quality of Health Care « Out patient satisfaction:
260 validation of a French-language questionnaire: data quality and identification of associated factors » 26 La
261 France est l'une des pays qui se sont intéressés aux outils de mesure de la satisfaction des Il est certain qu'à
262 l'heure actuelle, beaucoup de travaux en cours de préparation et étude par des équipes de recherche françaises
263 sur d'autres populations: psychiatrie, enfant, monde carcéral.

264 12 Concept de la dimension dans un questionnaire

265 Il faut savoir que le questionnaire choisi aboutit à l'identification des dimensions explorant différents champs de
266 la satisfaction et à un calcul des scores résultant de l'addition des réponses aux questions qui composent une
267 dimension Il existe deux manières de construire des dimensions: a priori et a posteriori.

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

270 1. Élaboration des dimensions a priori : items groupés en se basant sur la revue de la littérature et le cadre
271 conceptuel qui en découle.

272 13 Les dimensions a posteriori (post hoc)

273 Il est possible de les concevoir à travers l'analyse du questionnaire en recherchant les questions pour lesquelles il
274 existe de fortes corrélations entre les réponses. Ces dimensions se construisent une fois que toutes les données sont

275 collectées et cette méthode se fonde sur l'utilisation de l'analyse en composantes principales (analyse factorielle
276 exploratoire).

277 14 Validation d'un instrument de mesure

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

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

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

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

287 15 B. Validité

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

292 Les différents points de validité sont présentés ci-dessous: Il est évident qu'en ce qui concerne les mesures de
293 satisfaction des patients, il n'existe aucun standard universellement reconnu ou gold standard; c'est pourquoi
294 ce type de validité ne peut être mesuré.

295 16 Fiabilité

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

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

307 17 Modalités de passation

308 18 A. Les modalités d'administration

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

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

316 Cette modalité se distingue par l'excellente qualité des données collectées, lorsque les enquêteurs sont entraînés:
317 les données manquantes sont exceptionnelles, les refus de réponse sont généralement rares. The Questionnaire:
318 Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction Cependant, la présence de l'enquêteur est susceptible
319 d'influencer les réponses: 1) par l'effet Hawthorne, cette expression s'utilise pour exprimer le manque de fiabilité
320 d'une expérience dans des situations données, car le simple fait qu'elle ait lieu influe sur les résultats obtenus.
321 Cela s'explique par le fait que le personnel et les bénéficiaires du programme adaptent parfois un comportement
322 très différent de leur comportement habituel s'ils savent qu'ils sont observés. C'est l'impact d'être inclus dans
323 l'étude. 2) la désirabilité sociale est, ce qui entraîne une sous-déclaration, des comportements illégaux, illicites ou
324 socialement dévalorisés. C'est une tendance à agir de manière à se percevoir et à être perçu des autres de façon
325 positive.

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

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

332 ? Face-à-face, téléphone ou courrier Nous exposons le tableau de Delbancon (1996), cité par Pourin (Pourin,
333 1999) 29 ? Le lieu de recueil des données : sur site ou à distance pour présenter les avantages et les inconvénients
334 des différentes modalités de recueil des données.

335 Il est clair que l'endroit et le moment choisis de transmission et de remplissage du questionnaire sont
336 susceptibles d'influer sur la manière dont les patients répondent. Les questionnaires peuvent être distribués
337 ou remplis 1) sur site (l'hôpital, le lieu de consultation, la maternité). Dans ce cas, il est important de bien
338 discuter des modalités comme le moment d'attribution du questionnaire -avant, pendant ou après la rencontre
339 des soins; le moment de demande de remplissage du questionnaire pendant ou après la rencontre des soins. Et
340 la personne qui remet ou demande de remplir le questionnaire aux patients -le personnel d'accueil, le personnel
341 soignant ou le personnel à l'extérieur de l'établissement.

342 2) à distance (au domicile, maison de retraite ...): le temps écoulé entre la sortie et le moment où l'on 29
343 Pourine. Op.cit. P 117-132 administre le questionnaire est important, plusieurs auteurs recommandent un délai
344 de 2 à 4 semaines 30313233

345 Le fait d'interroger des patients sur le lieu de soins engendre en général des scores de satisfaction plus élevés
346 que les enquêtes réalisées à distance . L'organisation et la logistique pour assurer les adresses ou les numéros
347 de téléphone des patients. Et le mode de surveillance des non réponses si nécessaire (relance téléphonique,
348 courrier...). ??4 . Certains auteurs affirment que les réponses sont plus critiques, d'autres que les réponses
349 peuvent être influencées positivement du fait que le patient est dans une situation de dépendance (relation
350 d'iniquité).

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

352 Si les réponses sont faites avec l'aide des personnes plus jeunes, elles peuvent être plus critiques. Ceci peut
353 généralement constituer un facteur qui peut expliquer la similitude des tendances des réponses faites entre des
354 sujets jeunes et âgés, à savoir plus critiques et peu positives. Cette interprétation peut être cohérente avec celle
355 de Thorslund et Wameryd. Leur travail porte sur l'existence d'une différence entre les patients très âgés qui
356 avaient rempli les questionnaires avec aide et sans aide. Ils précisent ainsi que l'accès à l'aide pour remplir un
357 questionnaire peut probablement influencer la perception de cette personne très âgée sur son propre état de santé
358 de façon positive. Une autre interprétation possible, et peut-être plus naturelle, est que les patients très âgés
359 ont une santé plus faible, avec un plus grand besoin de soins et donc un plus grand risque de voir ce besoin non
360 satisfait. Le tableau suivant présente les avantages de 4 modalités (tableau 8). 30 Ware J. Op.cit. P 539-540. 31
361 Cleary, P. D. (1991). Patients evaluate their hospital care: A national survey. Health Affairs, 10, P 254-267. ??2
362 Carey, R. G. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire Reliability and
363 Validity. Medical care, 31 (9), P834-845. ??3 Doering, E. R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction
364 with care. Quality Review Bulletin., 9 (10), P 291-299. ??4 Rubin H. R. Op.cit. P267-326

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

369 19 Le moment de recueil des données

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

373 La durée écoulée entre la sortie et le moment de réalisation de l'enquête En ce qui concerne l'hospitalisation,
374 seule une mesure après l'hospitalisation permet d'évaluer les conditions de sortie et la satisfaction par rapport
375 au suivi. Cette mesure doit être réalisée juste après l'hospitalisation, et elle est considéré plus fiable lorsqu'elle
376 est proche de la sortie que lorsqu'elle est effectuée plusieurs mois après. Et il est convenable d'éviter le cours de
377 l'hospitalisation, notamment d'obtenir les réponses le jour de la sortie ??5 . Le moment idéal pour envoyer un
378 questionnaire à un patient est de 2 à 4 semaines après sa sortie 363738 39 . Une durée plus longue (6 mois) est
379 proposée dans le cas d'une intervention chirurgicale pour permettre au patient d'intégrer les résultats des soins
380 ??0 1) de procurer le temps nécessaire aux patients de se détacher de leurs expériences hospitalières, car s'il est
381 trop proche de la sortie, on peut risquer le biais lié au traumatisme de l'hospitalisation et .

382 Ce délai a pour objectif:

383 2) de bien se rappeler ce qui leur est arrivé, car on peut risquer, avec un délai trop long, le biais de mémoire-
384 De plus, une étude a montré que les patients sortis depuis plusieurs mois sont plus satisfaits que ceux qui ne
385 sont sortis que depuis quelques semaines⁶. Il est conseillé de ne pas échantillonner les patients qui sont sortis
386 de l'hôpital depuis plus de 3 mois, puisqu'il est peu probable que le détail des expériences des patients soit
387 exactement retrouvé. ??5 Czernichow P. Op.cit. ??6 Ware J. Op.cit. P 539-540. ??7 L'autre technique se base
388 à adresser à son domicile un courrier après sa sortie de l'hôpital. Dans les deux cas, les résultats de cette étude
389 se traduisent avec un taux de réponse qui ne diffère pas significativement entre ces deux techniques. Pourtant,
390 le recueil du consentement à l'hôpital présente plusieurs avantages : meilleure implication du personnel soignant,
391 moindre coût, meilleure fiabilité de l'adresse et du téléphone.

392 Il est primordial de respecter le plus possible deux grands principes : l'anonymat ou la confidentialité des
393 réponses et la neutralité de la personne qui collecte des données. Tous les deux aident principalement à privilégier

394 la sincérité de l'expression du point de vue. Le principe de l'anonymat est complètement assuré si aucune
395 méthode d'identification des répondants ne s'utilise, toutefois, il est nécessaire d'utiliser certaines techniques
396 comme l'identification par des numéros de codage si l'étude demande le suivi des non-répondants. Même si elle
397 empêche la possibilité de relance, la garantie de l'anonymat ou au moins de la confidentialité est importante dans
398 ce type d'enquête où il existe une relation de dépendance, le patient étant susceptible de revenir dans l'hôpital
399 et/ou les services de soins sur lequel il exprime son avis.

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

407 Des travaux montrent que le taux de réponse est plus bas lorsque l'enquête est anonyme, cela s'explique
408 par le fait que certaines personnes peuvent estimer que leurs opinions sont importantes seulement quand ils
409 sont identifiés ??1 42 The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction D'autres
410 choisissent de ne répondre que s'ils sentent une certaine pression, la possibilité d'anonymat réduit cette pression.
411 D'autres travaux affirment que la garantie de l'anonymat a peu d'influence sur le taux de réponse ??344

412 20 Biais d'investigation

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

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

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

422 21 ? Biais liés aux enquêteurs

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

427 o Effet d'acquiescement La méconnaissance d'un effet de Halo ou d'effet d'acquiescement est une source de biais
428 extrêmement courante dans les enquêtes de satisfaction par questionnaire. Le premier désigne l'orientation de la
429 réponse à un item par celle fournie au précédent. Sa survenue est étroitement liée à l'ordre des questions. Il induit
430 de n'interroger le sujet sur sa satisfaction globale qu'en fin de questionnaire: un patient se sentirait incohérent
431 s'il émettait des critiques sur les aspects spécifiques de son expérience après avoir exprimé un jugement global
432 positif. L'acquiescement (ou biais de positivité) reflète la tendance d'un sujet à utiliser ??2 Asch D. A. "Use
433 of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates, and bias.
434 Epidemiology". 7(5)1996. P 550-551. ??3 Les auteurs classifient généralement les questions de satisfaction en
435 deux catégories opposées: questions stricto-sensu ("Êtes-vous satisfait des informations du médecin sur votre
436 traitement ?") et questions de fait ("Le médecin vous a il informé des effets secondaires du traitement ?"). Ils
437 affirment la discordance des réponses et reprochent aux premières de fournir une opinion sans qu'on connaisse
438 les critères de jugement des répondants". Cela implique, en pratique, l'utilisation les deux types de formulation.
439 The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction

440 22 ? Facilité d'utilisation

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

446 23 ? Acceptabilité

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

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

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

456 Nous pouvons évaluer l'applicabilité d'un instrument en se basant sur le pourcentage de sujets qui refusent de
457 répondre à certaines questions (acceptabilité pour les patients), la durée de passation (non seulement des items de
458 l'indicateur lui-même mais aussi de l'ensemble de l'instrument dans lequel il est inclus) et l'évaluation d'un coût
459 moyen par sujet enquêté. Selon un récent travail qui tourne au tour de l'élaboration de procédures standardisées
460 et efficaces d'administration des questionnaires, pour juger la qualité du questionnaire, il est possible de se baser
461 sur les critères suivants: Pourtant une échelle d'évaluation est capable de mieux aboutir à révéler les points de
462 vue des patients sur la qualité des soins.

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

468 Pour garantir que l'étude reflète au mieux la réalité, l'interprétation des jugements des patients doit se baser
469 des normes de population ou validées par d'autres. Ces normes déterminent ce que signifient les niveaux de
470 réponse. Si les évaluations sont enregistrées seulement avec des proportions de patients « satisfaits » ou qui
471 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

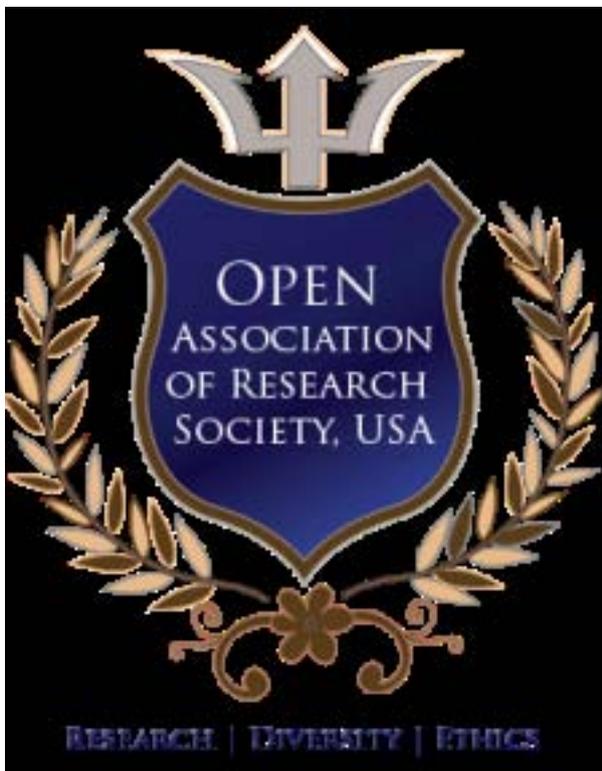


Figure 1:



- Échelle à icônes



Figure 2: -

	Avantages	Inconvénients
Face-à-face	<ul style="list-style-type: none"> Taux de réponse le plus élevé L'enquêteur peut clarifier les questions et utiliser des instructions complexes Autrefois un entretien plus long avec un meilleur taux de réponse Processus amusant pour générer de nouvelles informations Permet d'aborder des sujets sensibles Permet de joindre des populations à bas niveau d'étude 	<ul style="list-style-type: none"> Très coûteuse Limitée à un petit nombre de répondants et à une zone géographique Risque de biais lié à la fréquence Ne respecte pas l'anonymat
Téléphone	<ul style="list-style-type: none"> Couvre une grande zone géographique Taux de réponse meilleur par courrier L'enquêteur peut clarifier les réponses ambiguës et essayer de convaincre ceux qui refusent Possibilité d'utiliser les entretiens assistés par ordinateur Permet de joindre des populations à bas niveau d'étude 	<ul style="list-style-type: none"> Plus coûteux qu'une enquête postale Les patients jugent moins bien l'accueil en recevant un questionnaire postal Nécessite d'avoir des numéros de téléphone fiables Taux d'abandon élevé pour les questionnaires au-dessus de 15-20 minutes de longueur Difficulté de joindre les patients qui travaillent la journée
Courrier	<ul style="list-style-type: none"> Coûtable Peut être réalisé avec peu de personnels et de moyens Peut couvrir une grande zone géographique et permettre d'atteindre des personnes difficiles à joindre personnellement Permet au répondant de prendre du temps pour réfléchir à la réponse Les patients ont l'impression que la confidentialité est mieux conservée que par entretien Permet d'éclaircir les critères d'inclusion de l'échantillon Peut être utilisée de façon mixte avec une relation téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite une organisation des envois et des retours Difficulté à comprendre les questions complexes De faibles taux de réponse peuvent nécessiter des relances (par courrier ou par téléphone) impliquant une clarification des questionnaires Les patients peuvent retourner des questionnaires incomplets Prend davantage de temps que les méthodes par entretien Nécessite des sujets avec un niveau d'étude suffisant Nécessite des adresses exactes

Figure 3: ?

Caractéristiques	Entretien		Auto-administré	
	Face-à-face	Telephonique	Courrier	Sur site
Couffidentialité et anonymat peuvent être assurés	-	±	++	+
Taux de réponse élevé	++	+	-	++
L'enquêteur/facilitateur peut clarifier	++	+	-	+
Simplicité de la discussion	++	+	-	-
Possibilité d'établir un rapport avec le patient	++	+	-	+
Sensibilité à concerner les patients	++	+	-	+
Approprié aux questions ouvertes multiples	++	+	-	-
Facilité d'analyse	-	1/+	++	++
Capacité à atteindre des populations à faible niveau d'instruction	++	+	-	-
Faible coût en personnel et équipements	-	-	+	+
Les répondants ont le temps pour des réponses réfléchies	+	-	++	-
Le nombre des expériences est plus réduit	+	-	+	++
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 : NHTS "Face-based Patient Surveys: Inpatients - acute hospital. Listening to your patient" 02/ 2002]

1

Figure 4: 1 .

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

[Note: ?]

Figure 5:

21 ? 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? Choix multiple Actuellement, questionnaires utilisent plus de deux réponses par La quasi-totalité des 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.

Figure 6:

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.

Figure 7:

de signification favorable et défavorable maîtrise le biais d'acquiescement.

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.

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 répondre au minimum à 4 critères, d'après Rubin:

. L'alternance d'item

D'actrastédistiques

Figure 8:

Figure 9:

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

²Briancon S., Girard F., Empereur F., Guillemin F., « Evaluation des pratiques professionnelles », Revue Épidémiologie et Santé Publique. 48(6), 2000, pp. 541-550.

³The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction

⁴. Pourtant, le temps d'élaboration d'un nouveau questionnaire est de 2 à 5 ans¹³¹⁴ 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 différente .¹⁵

⁵Hall, Op.cit. P 700-704 18 Nunally Je. « Psychometrie Theory.», McGraw-Hill, New York. Ed. Second, 1978. P 1-677. The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction

⁶Fitzpatrick. Op.cit. P 1129-1132.20 Hall. Op.cit. P 637-644.21 Hall. Op.cit. P 637-644.

⁷Ware, J. E. and Rubin, H. R. «Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical Encounters.» Medical care. 26(4). 1988. P : 393-402. The Questionnaire: Tools for Measuring and Evaluating Inpatient Satisfaction

⁸van 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

⁹Nguyen Th, P. L. (.2002). Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. Social Science & Medicine, 54(4),P493-504. 28 S. Briancon. Op.cit.

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

¹¹Cohen, 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.

472 .1 Tester un questionnaire

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

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

480 .2 Bibliographie

481 [Ware and Rubin] , J E Ware , H R Rubin . *Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical*
 482 [Je. « Psychometrie Theory and Mcgraw-Hill ()] , Nunally Je. « Psychometrie Theory , . » Mcgraw-Hill . 1978.
 483 New York. p. .

484 [Encounters. » Medical care ()] , *Encounters. » Medical care* 1988. 26 (4) p. .

485 [Carey ()] 'A patient survey system to measure quality irnprovement: Questionnaire Reliability and Validity'. R
 486 G Carey . *Medical care* 1993. 31 (9) p. .

487 [Carey ()] 'A patient survey system to measure quality irnprovement: Questionnaire Reliability and Validity'. R
 488 G Carey . *Medical care* 1993. 31 (9) p. .

489 [Briancon et al. ()] S Briancon , F Girard , F Empereur , F Guillemin . « *Evaluation des pratiques profession-*
 490 *nelles*, 2000. 48 p. .

491 [Cohen et al. ()] 'Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three
 492 surveys'. G Cohen , J Forbe , M Garraway . *British Medical Journal* 1996. 313 (10) p. .

493 [Rubin ()] 'Can patients evaluate the quality of care?'. H R Rubin . *Medical Care Review* 1990. 47 p. .

494 [Nguyen Th ()] 'Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care'. P L Nguyen Th . *Social Science &*
 495 *Medicine* 2002. 54 (4) p. .

496 [Czernichow et al. ()] 'Factors influencing inpatient satisfaction with care'. P Czernichow , J Chaperon , Le
 497 Contour , X Épidémiologie . *Épidémiologie-Connaissances et Pratiques. Paris. Masson Doering*, P C
 498 Czernichow (ed.) (Paris) 2001. 2001. 1983. 9 p. . (E. R.)

499 [Sitzia ()] 'How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies'. J Sitzia . »
 500 *International Journal for Quality in Health Care* 1999. 11 (4) p. .

501 [Sitzia ()] 'How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies'. J Sitzia . *International*
 502 *Journal for Quality in Health Care* 1999. 11 (4) p. .

503 [Pourin E ()] 'La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 1" partie : Aspects conceptuels et revue de
 504 travaux'. Pourin E . *Journal d'Economie Médicale* 1999. 17 p. .

505 [Service d'Évaluation Hospitalière. (ed.) ()] *La Satisfaction des Patients. Lors de Leur Prise en Charge dans*
 506 *les Établissements de Santé. Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale p*, Service
 507 d'Évaluation Hospitalière. (ed.) 1996. p. 120.

508 [Hall ()] 'Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall
 509 satisfaction levels'. J A Hall . *Social Science & Medicine* 1988. 27 (6) p. .

510 [Hall ()] 'Meta-analysis of satisfaction withmedicalcare: Description of researchdomain and analysis of overall
 511 satisfaction levels'. J A Hall . *Social Science & Medicine* 1988. 27 (6) p. .

512 [Williams ()] 'Patient satisfaction: A valid concept?'. B Williams . *Social Science & Medicine* 1994. 38 (4) p. .

513 [Cleary ()] *Patients evaluate their hospital care: A national survey*, P D Cleary . 1991. Heafth Affairs. 10 p. .

514 [Kravitz ()] 'Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the
 515 Literature'. R L Kravitz . *Medical care Research and Review* 1996. 53 p. .

516 [Kravitz ()] 'Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the
 517 Literature'. R L Kravitz . *Medical care Research and Review* 1996. 53 p. .

518 [Van Campen et al. ()] 'Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments'. Van
 519 Campen , H Sixma , R D Friele , Kerssens . *Medical care Research and Review* 1995. 52 p. .

520 [Asch et al. ()] 'Response rates to mails surveys published in medical journals'. D A Asch , M Kathryn Jedrziwski
 521 , N A Christakis . *Journal of Clinical Epidemiology* 1997. 50 (10) p. .

522 [Roumeau-Rouquette et al. ()] E Roumeau-Rouquette , B Blondel , M Kaminski , G Breárt , Épidémiologie .
 523 *Méthodes et pratiques »*, Flammarion, (Paris) 1993.

524 [Gasquet ()] 'Satisfaction des patients et performance hospitalière'. I Gasquet . *La Presse Médicale* 1999. 28 (29)
 525 p. .

- 526 [Service d'Évaluation Hospitalière Op.cit] 'Service d'Évaluation Hospitalière'. *Op.cit*
- 527 [Fitzpatrick ()] 'Surveys of patient satisfaction: II. Designing a questionnaire and conducting a survey'. R
528 Fitzpatrick . *British Medical Journal* 1991. 302 p. .
- 529 [Nelson ()] 'The patient judgement system: Reliability and validity'. E H Nelson . *Quality Review Bulletin* 1989.
530 15 p. .
- 531 [Izane et al. ()] 'The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes'. R L Izane , M
532 Maciejewski , M Finch . 1997. P 714-730. *Medical care* 1997. 35 (7) .
- 533 [Asch et al.] 'Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response
534 rates, and bias. *Epidemiology*'. D A Asch , M Kathryn Jedrzejewski , N A Christakis , D A Asch . 1997. P
535 1129-1136. *Journal of Clinical Epidemiology* 50 (10) . (Response rates to mails surveys published in medical
536 journals. 7(5) 1996. P 550-551)
- 537 [Asch ()] *Use of a coded postcard to maintain anonymity in a highly sensitive mail survey: cost, response rates,*
538 *and bias. Epidemiology*, D A Asch . 1996. 7 p. .