



Etude de la satisfaction du patient et de son entourage en établissements de santé

Stéphane Carré

Colloque « Les usagers d'hier à aujourd'hui »

Arras, 9 juin 2017

**« *Whatever we measure,
we tend to improve. »***

**« *Nous avons tendance à améliorer
ce que nous évaluons. »***



David C. Leach

Executive Director of the Accreditation Council
for Graduate Medical Education, USA (1997-2007)

Quality in Health Care, 2004

Etude de la satisfaction du patient et de son entourage en établissements de santé

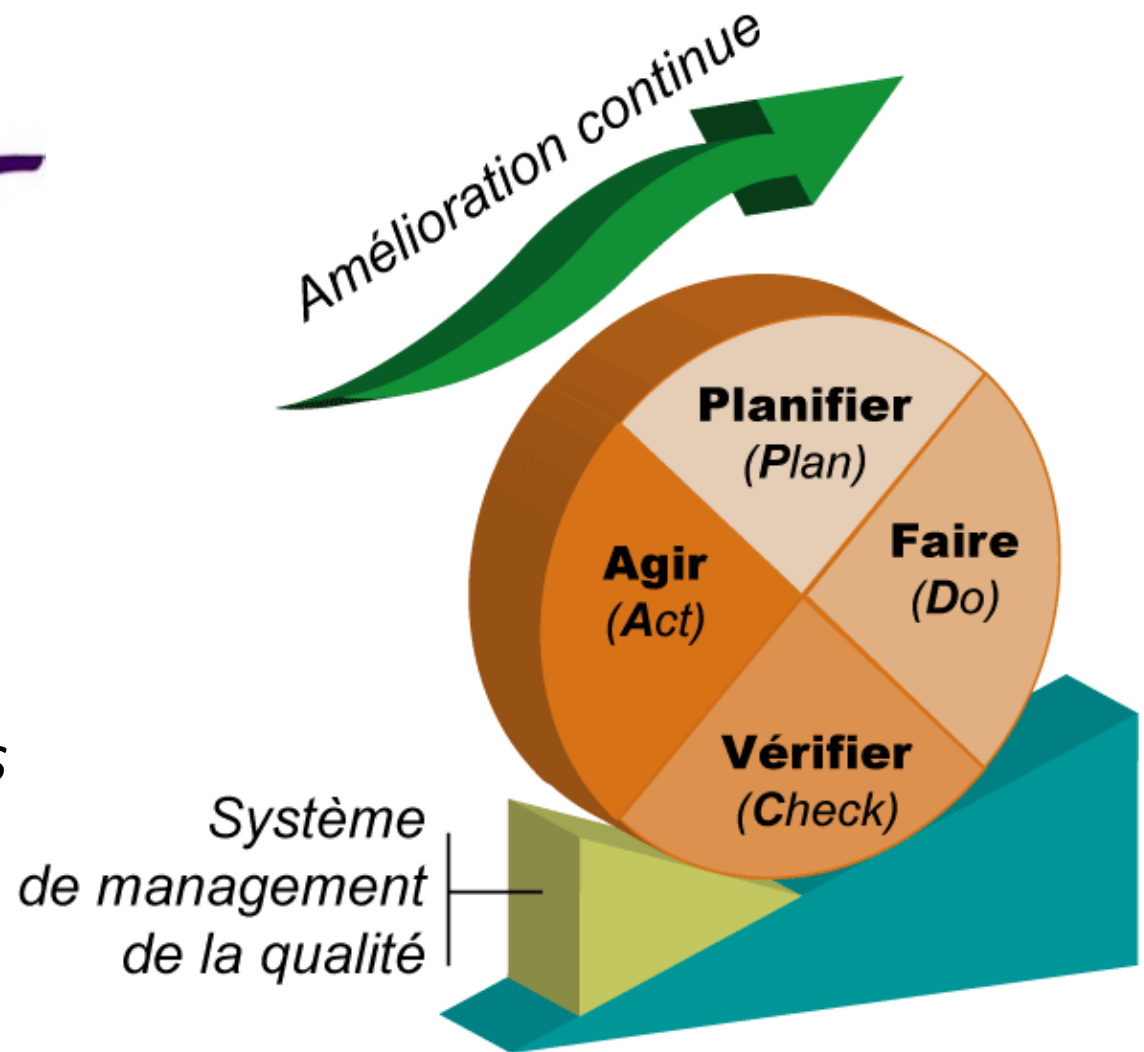
- Définition(s).
- Modalités de recueil de la satisfaction des usagers.
- Cadre législatif et réglementaire.
- Critères à évaluer auprès des usagers.
- Taux de retour des questionnaires de sortie.
- Propositions d'amélioration du taux de retour.
- Autres modalités de recueil de la satisfaction.
- Sources de satisfaction et d'insatisfaction.
- Conclusion.



Définition(s)

afnor

« L'enquête de satisfaction s'inscrit dans la logique d'amélioration de l'organisme selon les principes de la boucle du PDCA ».





Définition(s)

Norme NF EN ISO 9000 : 2015

A blue oval logo with a white border and a white starburst effect behind the text 'ISO 9000' in white capital letters.

ISO 9000

La satisfaction du client correspond à

« *la perception de (celui-ci) sur*

Le niveau de satisfaction de ses exigences »,

Soit : des réponses apportées par l'organisme
à ses besoins et à ses attentes.



Définition(s)

Selon la définition de l'OMS (1982), l'évaluation de la qualité des soins est « *une démarche :*

- *qui doit permettre de garantir à chaque patient*
- *l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques*
- *lui assurant le meilleur résultat en termes de santé,*
- *conformément à l'état actuel de la science médicale,*
- *au meilleur coût pour le même résultat,*
- *au moindre risque iatrogénique,*
- ***pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins. »***



World Health
Organization



Définition(s)

Etude la satisfaction en établissements sanitaires et médico-sociaux = **élément clé**

- Projet d'établissement.
- Démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.



Modalités de recueil de la satisfaction des usagers

1°/ De façon continue :

- Questionnaire de sortie au format papier
- Enquête téléphonique après la sortie.
- Etude des plaintes et réclamations.
- Recueil des éloges et remerciements.

2°/ De façon ponctuelle ou périodique :

Enquêtes plus complètes, explorant toutes les dimensions de la population étudiée.

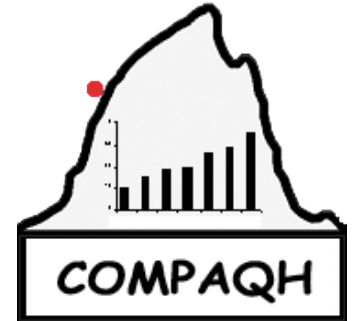


Modalités de recueil de la satisfaction des usagers

Etudes COMPAQH portées par l'INSERM
depuis 2003 :


Les choix opérés quant aux modalités
de recueil de la satisfaction ont des
conséquences directes :

- Sur le **taux de participation** des personnes enquêtées (de 40% à 70% après relance).
- Et sur les **niveaux de satisfaction** recueillis !!!





Modalités de recueil de la satisfaction des usagers

L'INSERM préconise la méthodologie suivante :  **Inserm**

- Enquêtes de satisfaction **périodiques** sur des échantillons de patients,
- **A distance de l'hospitalisation** (environ 15 jours après la sortie).

Notamment pour les raisons suivantes :

- Excellent taux de participation.
- Meilleure représentativité des résultats par rapport aux enquêtes continues.
- Bonne qualité de l'information recueillie (mécontentement plus souvent exprimé).
- Participation du personnel de l'établissement limitée à l'information du patient.



Modalités de recueil de la satisfaction des usagers

Quelques exceptions quant à
l'application de ces modalités :



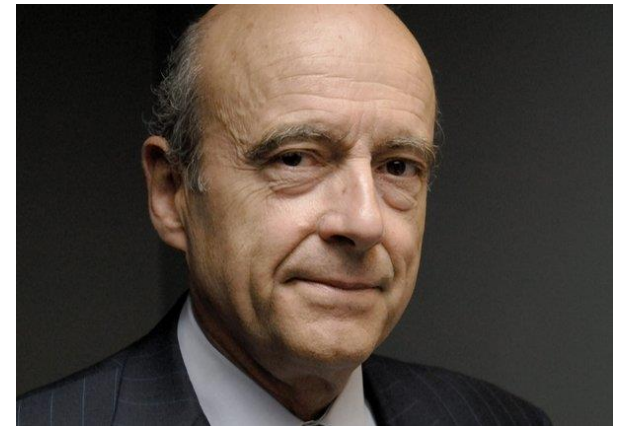
- Services et structures de soins de suite et réadaptation : recueil de la satisfaction en cours d'hospitalisation recommandé, au plus près possible de la sortie, notamment en raison de l'âge et des pathologies des patients.
- Etablissements < 100 lits (recueil continu recommandé, sur toute la population de patients).



Cadre législatif et réglementaire

Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique privée :

- Instaure la démarche de certification des établissements de santé.
- Impose dans ce cadre **la prise en compte des besoins et attentes des patients et la mesure de leur satisfaction.**
- Rend obligatoire la remise d'un livret d'accueil au patient.





Cadre législatif et réglementaire

- Décret N° 74-27 du 14 janvier 1974 :
Questionnaire de sortie au format papier obligatoire dans les centre hospitaliers.
- Circulaire DGS/DH N° 95-22 du 6 mai 1995 (comportant une charte du patient hospitalisé) :
Obligation étendue à tous les établissements de santé.
- Arrêté du 7 janvier 1997 :
Questionnaire de sortie à remettre au patient avec le livret d'accueil.



Cadre législatif et réglementaire

Décret N° 97-1165 du 16 décembre 1997 :

Le dossier d'autorisation d'activité des établissements de santé transmis aux ARS doit notamment intégrer :

- Les **modalités d'évaluation de la satisfaction** des usagers.
- Les résultats de cette évaluation.



Cadre législatif et réglementaire

Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

- Prévoit la constitution, dans chaque établissement de santé, d'une CRUQPEC, chargée de veiller au respect des droits des usagers.
- **Rappelle l'obligation d'évaluer la satisfaction des patients.**





Cadre législatif et réglementaire

- Circulaire DHOS N° 2006-90 du 2 mars 2006 : Actualise la charte du patient hospitalisé, celle-ci prévoyant que :
« la personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil. »

Usagers, vos droits
Charte de la personne hospitalisée
Principes généraux*

circulaire n° DHOS/1-DG5-SD18/SD1C-SDAA/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
3. L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son **accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
8. La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet : www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Édition Santé (M20) - Charte de la Personne Hospitalisée et Règlement des Litiges - Charte générale de la Santé - 2006/09/2006



Cadre législatif et réglementaire

Depuis 2014, obligation pour les établissements MCO de participer au recueil de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés : e-SATIS, piloté par la HAS.

Chaque patient hospitalisé plus de 48 h peut donner son avis sur son séjour à l'aide d'un questionnaire en ligne (53 questions portant sur l'accueil, la prise en charge, la chambre et les repas, l'organisation de la sortie).

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Cadre législatif et réglementaire

Premiers résultats de l'enquête e-SATIS :

- Période d'Avril à Novembre 2016.
- Taux de répondants : 17,2 %

Efforts de communication de la part des établissements de santé à poursuivre, selon la HAS.

Envisage la mise à disposition d'outils de communication en collaboration avec France Assos Santé (anciennement CISS).



Critères à évaluer auprès des usagers selon la HAS

- Dispositif **d'accueil du patient**.
- **Prestations hôtelières** : restauration, linge (N/A en HAD).
- Gestion des **produits et équipements au domicile** du patient (critère applicable en HAD uniquement) .
- **Transport** des patients (ambulances).
- Qualité de **l'information délivrée**.
- Prise en charge de la **douleur**.
- **Bienveillance** : respect des droits, dignité, intimité, confidentialité des informations relatives au patient.
- **Accompagnement psychologique et social** du patient et de son entourage.



Taux de retour des questionnaires de sortie

- De 5 à 20 % en l'absence de relance.
- Exceptionnellement jusque 30 % (moyenne région Poitou-Charentes en 2012 selon rapport CRSA).
- Caractéristiques des groupes de répondants non connues ; absence d'information sur la représentativité des répondants par rapport à l'ensemble des hospitalisés.

Au regard des faibles taux de retour, toute information recueillie par QS ne peut donc qu'être soupçonnée de biais (idem pour e-SATIS).



Taux de retour des questionnaires de sortie

En HAD, taux de retour affecté par des obstacles spécifiques à cette modalité d'hospitalisation :

- Eloignement géographique du domicile par rapport à l'administration.
- Anonymat non garanti en cas de remise du questionnaire complété au personnel soignant.
- Taux important de sorties par décès ou réhospitalisation du patient (à l'issue d'une HAD, à peine 50% des patients restent à leur domicile).



Propositions pour améliorer le taux de retour des QS

- Support de recueil attractif, police de caractères suffisamment grande.
- Sollicitation du patient et de son entourage en fin de PEC pour compléter le QS.
- Relance systématique avec envoi d'un courrier accompagné d'un nouveau questionnaire et d'une enveloppe T pour le retour 15 jours après la sortie (1 mois en cas de décès du patient).
- Mise à disposition du questionnaire sur Internet.



Autres modalités de recueil pouvant être mises en place

- **Evaluation périodique de la satisfaction de l'ensemble des patients** présents depuis au moins 15 jours avec remise d'un questionnaire identique au QS.
- **Enquête téléphonique** réalisée soit par le service qualité, soit par les représentants des usagers auprès d'un échantillon prédéterminé (exemple : 10 patients en cours de PEC, 10 patients sortis, 10 membres de l'entourage de patients décédés), questionnaire pouvant être différent du QS.



Enquêtes téléphoniques réalisées par les représentants des usagers

- La parole des personnes interrogées paraît plus libre.
- Les sources d'insatisfaction peuvent être plus facilement exprimées.
- L'échange téléphonique peut permettre d'aborder d'autres sujets en lien avec les droits des patients.
- Les représentants d'usagers prennent pleinement conscience des attentes des usagers et peuvent participer plus activement à l'alimentation des programmes d'amélioration qualité de la structure.

Satisfactions et insatisfactions en HAD



- Accueil.
- Information délivrée.
- Comportement des professionnels soignants.
- Respect des règles d'hygiène.
- Prise en charge de la douleur



- Horaires de passage.
- Communication de l'HAD en cas de retards.
- Nombre d'intervenants différents.



Conclusion

Comment développer des mesures de la satisfaction du patient et de son entourage qui soient à la fois :

- **fiables ?**
- **comparables entre établissements ?**
- **utiles à l'amélioration de la qualité de la prise en charge ?**
- **répondant aux besoins et attentes des usagers ?**



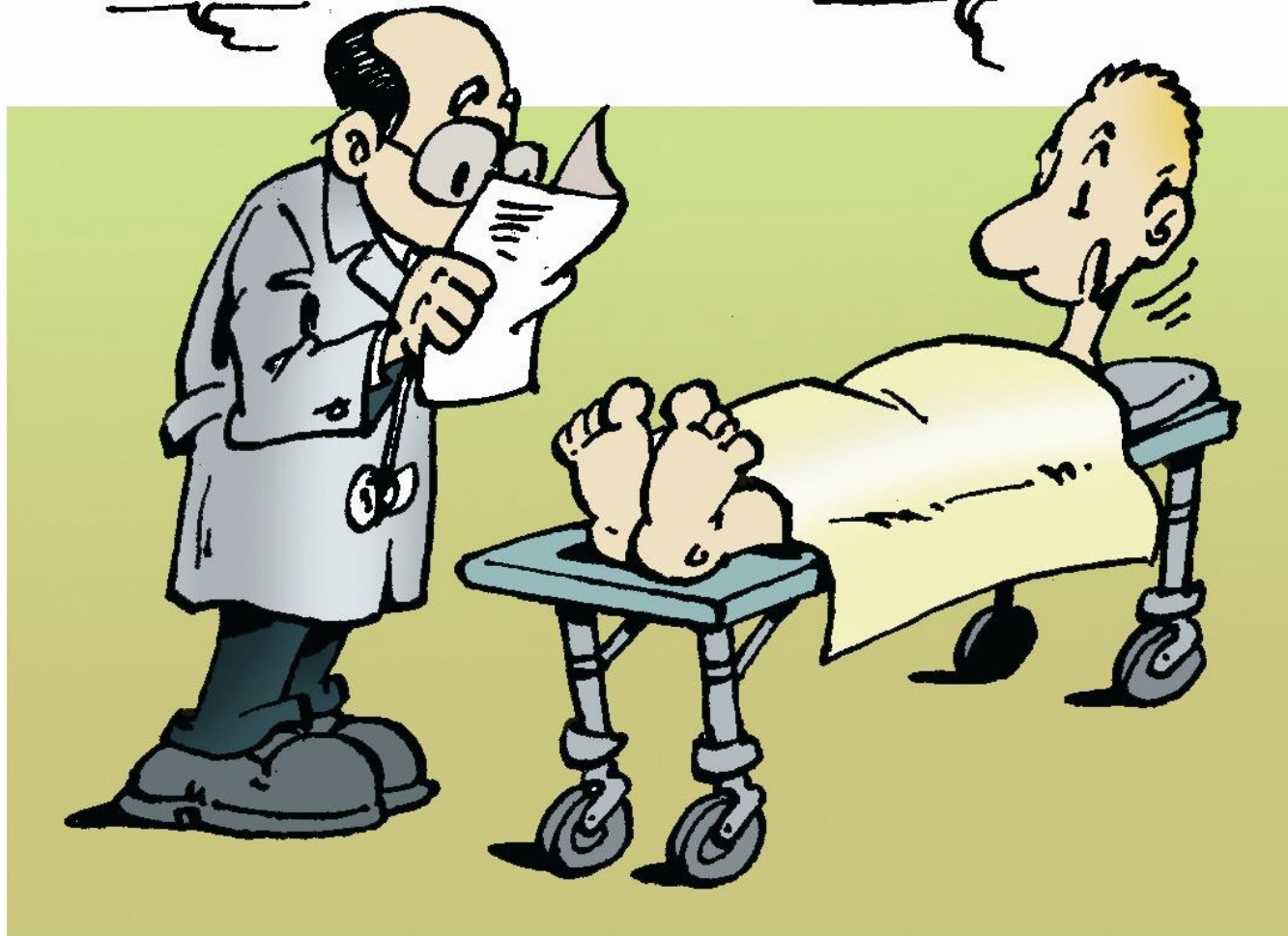
Conclusion

Cela passe forcément par :

- Prise en compte de la **réglementation** et des **recommandations** (HAS).
- **Soutien méthodologique** (service qualité).
- **Implication des professionnels de terrain**, au sein et en dehors des Commissions des usagers.
- Participation active des **représentants des usagers...**
- **Information constante et adaptée des usagers.**

*j'vais d'abord
vous lire
vos droits...*

*j'suis en état
d'arrestation?!*



- Information constante et adaptée des usagers.



A consulter sur Internet...

- France Assos Santé (ex. Collectif interassociatif pour la santé) : www.leciss.org
- Haute autorité de santé : www.has-sante.fr
- Scope santé : www.scopesante.fr



Merci de votre attention