



UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 2009

THESE N° 103

**SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES
DANS UN SERVICE DE MEDECINE AIGÜE**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE/.../2009

PAR

Mlle. GHIZLANE SOUFI

Née le 03/01/1983 à Fès

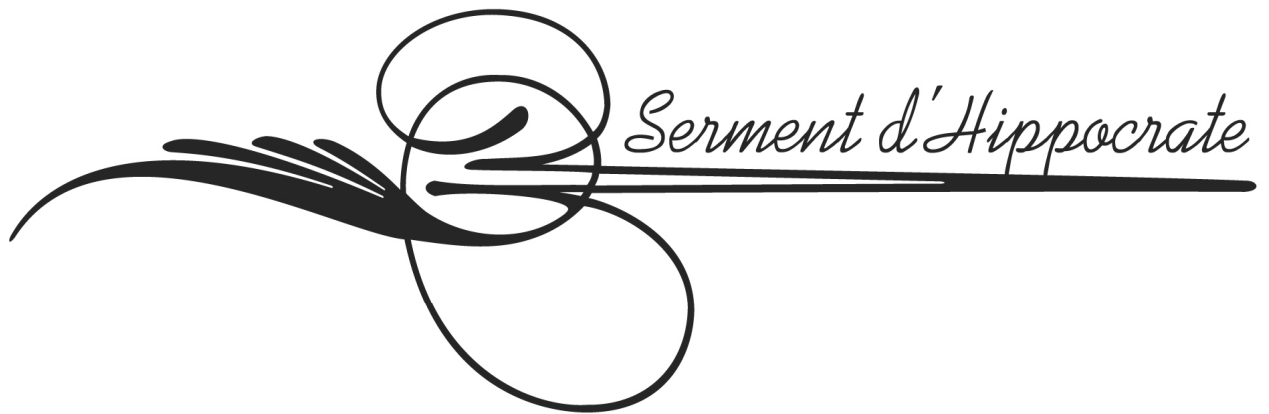
POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

SATISFACTION DES PATIENTS - RELATION MEDECIN/PATIENT

JURY

Mr.	M. SBIHI Professeur de Pédiatrie	PRESIDENT
Mr.	R. ABOUQAL Professeur de Réanimation Médicale	RAPPORTEUR
Mme.	S. EL HASSANI Professeur de Rhumatologie	} JUGES
Mme.	L. ESSAADOUNI Professeur agrégée de Médecine Interne	
Mr.	M. A. SAMKAOUI Professeur agrégé d'Anesthésie-Réanimation	



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

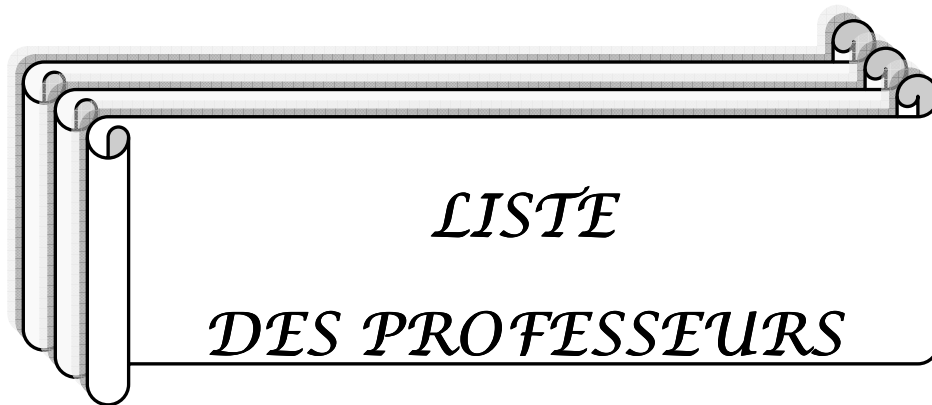
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.



*LISTE
DES PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

DOYEN HONORAIRE : Pr. MEHADJI Badie-azzamann

VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH Sabah

: Pr. AIT BEN ALI Said

: Pr. BOURAS Najib

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET COOPERATION : Pr. Ahmed OUSEHAL

Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI Hassan Gynécologie-Obstétrique A

Pr. AIT BEN ALI Said Neurochirurgie

Pr. ALAOUI YAZIDI Abdelhaq Pneumo-phtisiologie

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique B
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique A
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. BEN ELKHAÏAT BEN OMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
Pr. SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
Pr. YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A

PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ABKARI	Imad	Traumatologie- orthopédie B
Pr. ABOU EL HASSAN	Taoufik	Anesthésie- réanimation
Pr. ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. ACHOUTANE	EL MOUHTADI	Chirurgie- Pédiatrique Traumato- Orthopédie Pédiatrique
Pr. AIT BENKADDOUR	Yassir	Gynécologie- Obstétrique A
Pr. AIT ESSI	Fouad	Traumatologie- Orthopédie B
Pr. ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. AMRO	Lamyae	Pneumo- phtisiologie
Pr. ARSALANE	Lamiaae	Microbiologie- Virologie
Pr. ATMANE	El Mehdi	Radiologie
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophthalmologie
Pr. BASRAOUI	Dounia	Radiologie
Pr. BASSIR	Ahlam	Gynécologie- Obstétrique
Pr. BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

Pr. BENHADDOU	Rajaa	Ophthalmologie
Pr. BENJILALI	Laila	Médecine interne
Pr. BENZAROUEL	Dounia	cardiologie
Pr. BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
Pr. BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
Pr. CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
Pr. CHAFIK	Rachid	Traumatologie- Orthopédie A
Pr. CHAIB	ALI	Cardiologie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIFFAA	Azeddine	Gastro- entérologie
Pr. DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
Pr. Drissi	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
Pr. EL ADIB	Ahmed rassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
Pr. EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie (Néonatalogie)

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

Pr. EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
Pr. EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
Pr. EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie- Pathologique
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
Pr. HAJJI	Ibtissam	Ophthalmologie
Pr. HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. HOCAR	Ouafa	Dermatologie
Pr. JALAL	Hicham	Radiologie
Pr. KAMILI EL OUAFI	El aouni	Chirurgie- Pédiatrique générale
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHOUCHNI	Mouna	Radiothérapie
Pr. KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
Pr. LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
Pr. LAKMICHI	Mohamed Amine	Urologie
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MADHARI	Si Mohamed	Traumatologie- orthopédie A
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. MAPOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
Pr. MOUFID	Kamal	Urologie

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

Pr. NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie- Réanimation
Pr. NOURI	Hassan	Oto-Rhino- Laryngologie
Pr. OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
Pr. QACIF	Hassan	Médecine Interne
Pr. TASSI	Nora	Maladies Infectieuses
Pr. RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
Pr. SAMLALI	Zouhour	Gastro- entérologie
Pr. SORRA	Nabila	Microbiologie virologie
Pr. TASSI	Noura	Maladies Infectieuses
Pr. ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
Pr. ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
Pr. ZOUGAGHI	Leila	Parasitologie –Mycologie



Je dédie cette thèse...

*A la mémoire de ma grand-mère Fettouma et de ma tante Nouzha
Aujourd'hui plus que jamais je regrette votre absence. Que Dieu ait vos
âmes dans sa puissante miséricorde.*

A mes très chers parents,

Aucune expression ne saurait traduire tout l'amour, toute l'estime et toute la gratitude que je vous porte.

Vous avez toujours été là pour moi, veillant à ce que je ne manque de rien, m'encourageant à surmonter tout obstacle et à aller toujours vers l'avant.

En ce jour, je vous rends un grand hommage et j'espère être à la hauteur de vos espérances.

Ce travail est le fruit de vos sacrifices.

Puisse Dieu vous prêter longue vie, santé et bonheur.

Je vous aime.

A ma sœur Nada, à son mari Tarik et à leurs filles Kenza & Ghita

En témoignage de mon amour et de mon admiration. Que Dieu vous protège et vous prête bonne santé et longue vie.

A mon frère Mehdi et à sa femme Kenza

En témoignage de mon amour et de ma reconnaissance. Que Dieu vous protège.

A mon frère Omar et à mon cousin Younes

En témoignage de mon amour et de ma profonde affection. Que Dieu vous protège.

A Mima & Bassidi

Que Dieu vous protège. Je vous aime.

A ma tante Wafae, à son mari Hassan et à leurs enfants Ali, Youssef & Hamza

En témoignage de mon grand attachement et de ma reconnaissance. Que Dieu vous protège et vous prête bonne santé et longue vie.

A mon oncle Nabil et à sa femme Assia

A ma tante Siham et à son mari Si Mohamed

A mon oncle Si Mohamed et à sa femme Fouzia

A ma tante Nadia et à son mari Si Mohamed

A mon oncle Sellam et à sa femme Yacout

A mon oncle Driss

A mes cousins

Lamia, Nora, Meryem, Jaouad, Salma, Loubna, Kaoutar, Leila, Sarah, Hanae, Chaimae, Said, Hicham, Samira, Najia, Jamila, Abdelilah, Ahmed, Brahim, Kenza, Ismail, Salma, Mariam, Nzihia & Lina.

A Oncle Yarfouri, à sa femme Malika et à leurs enfants Kenza, Ghita, Meryem & Hamza

A ma cousine Houda, à son mari Bouziane et à leurs enfants

Aux familles Soufi, Kozmane, Seffar, Fassi-Fihri, Rifkoun...

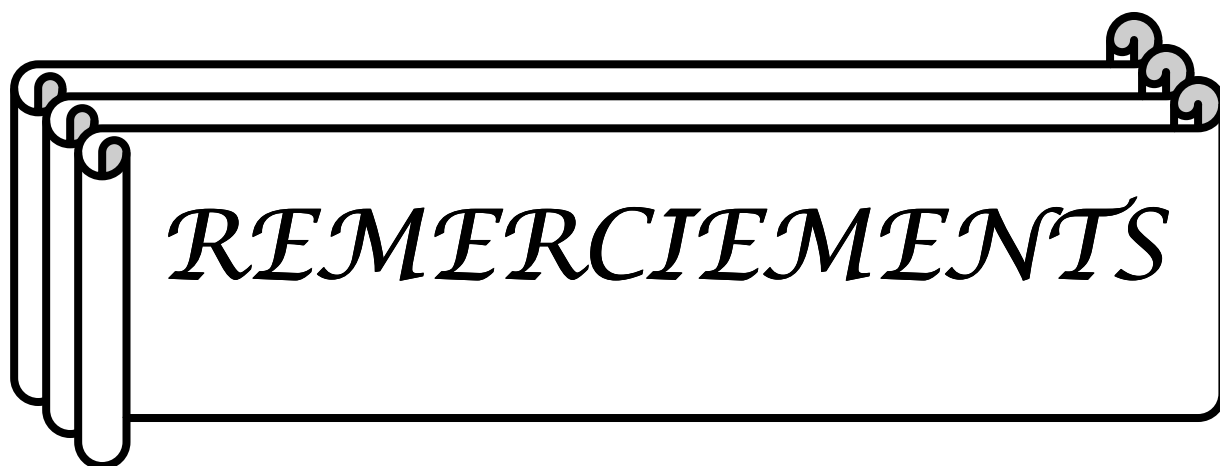
A mes amis

Mariam, Latifa, Nadia, Nada, Asmaa, Badia, Salma, Imane,...

A tous les internes du CHU de Rabat-Salé

A l'équipe d'ophtalmologie B de l'HSR

A tous ceux que j'ai omis de citer



REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE : Pr. R. ABOUQAL

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué et nous servent d'exemple. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE : Pr. M. SBIHI

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de notre jury. Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup marqués mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : Pr. S. EL HASSANI

Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Vous nous faite l'honneur de juger ce modeste travail. Soyez assurée de notre grand respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : Pr. L. ESSAADOUNI

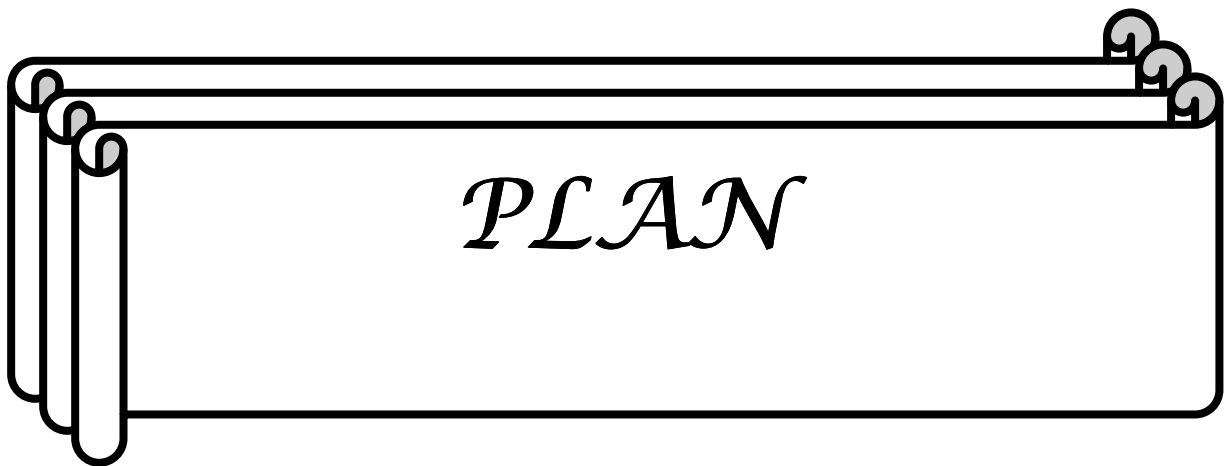
De votre enseignement brillant et précieux nous gardons les meilleurs souvenirs. Nous sommes toujours impressionnés par vos qualités humaines et professionnelles. Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faite en acceptant de faire part de notre jury.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : Pr. A. SAMKAOUI

Votre présence au sein de notre jury constitue pour nous un grand honneur. Par votre modestie, vous nous avez montré la signification morale de notre profession. Qu'il nous soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de notre grand respect et l'expression de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION.....

01



REVUE DE LA LITTERATURE.....	04
I. Le concept de satisfaction des patients	05
II. Méthodes d'évaluation de la satisfaction.....	10
1. Enquête par questionnaire.....	10
2. Méthode qualitative.....	12
3. Autres méthodes.....	12
4. Limites des enquêtes de satisfaction.....	13
III. Résultats des différentes études	13
1. Déterminants de la satisfaction.....	14
2. Dimensions majeures de la satisfaction.....	17
IV. Implications de la satisfaction des patients	18
MATERIEL ET METHODES.....	21
I. Type, lieu et période de l'étude.....	22
II. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	23
III. Le questionnaire de satisfaction	23
1. Le questionnaire EQS-H	23
2. Traduction et adaptation du questionnaire.....	24
3. Mode d'administration	24
4. Variables recueillies	24
IV. Méthodes statistiques.....	25
RESULTATS.....	26
I. Caractéristiques descriptives de l'échantillon	27
II. Propriétés psychométriques du questionnaire traduit	38
III. Description des résultats du questionnaire	40
1. Dimension « Information »	40
2. Dimension « Relation »	44
3. Avis des patients	48
4. Analyse des commentaires des patients	49

IV.	Analyse univariée	50
1.	Caractéristiques sociodémographiques	50
2.	Caractéristiques liées à l'hospitalisation	51
3.	Variables liées à la qualité de vie.....	54
V.	Analyse multivariée	56
1.	Dimension « Information »	56
2.	Dimension « Relation »	56
3.	Satisfaction globale	56
	DISCUSSION	63
I.	Résumé des principaux faits	64
II.	Discussion concernant la méthodologie.....	64
1.	Critères d'inclusion	64
2.	Choix du questionnaire	64
3.	Mode d'administration.....	65
4.	Moment d'administration	65
III.	Comparaison des résultats avec ceux de la littérature.....	65
1.	Taux de satisfaction des patients.....	66
2.	Déterminants de la satisfaction	66
IV.	Limites de l'étude	71
	CONCLUSION	72
	ANNEXES	74
	RESUMES	
	REFERENCES	



INTRODUCTION

La qualité des soins délivrés aux patients est la préoccupation de toute équipe médicale. L'ISO (Organisation de Standardisation Internationale) définit la qualité par « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites » [1]. Dans le domaine de la santé, la qualité des soins est plus difficile à définir. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : c'est une démarche qui permet de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande **satisfaction** en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [2].

Actuellement, avec les progrès techniques et thérapeutiques, il est nécessaire d'évaluer cette qualité. Cette évaluation se basait traditionnellement sur des normes de la pratique professionnelle [3]. Mais, depuis ces deux dernières décennies, l'accent est mis sur l'utilisation d'indicateurs de résultats pour mesurer cette qualité [4]. La satisfaction des patients, composante de la définition de la qualité des soins selon l'OMS, fait partie de ces indicateurs. Celle-ci, définissant la perception des patients et leurs jugements sur les soins de santé, est de plus en plus reconnue comme élément essentiel dans l'amélioration de la performance du système de santé de part le monde [3-8].

Par ailleurs, de nos jours, les patients participent de manière active aux soins qui leur sont proposés. Il s'agit d'une évolution de la relation entre le médecin et son patient qui passe du modèle paternaliste à une conception plus symétrique [5]. La qualité de cette nouvelle relation et la satisfaction qu'en tire le patient doit être évaluée [6,7]. Cette évaluation permet de reconnaître et de comprendre les attentes du patient afin de mieux y répondre.

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

Les patients hospitalisés requièrent une attention particulière. L'hospitalisation, en raison de son caractère exceptionnel par rapport au cadre de vie habituel, vient généralement bouleverser, de façon provisoire, le fonctionnement non seulement physique mais également psychique et social de l'individu [5]. De ce fait, l'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés prend toute son importance. Elle permet d'évaluer l'organisation des soins et le déroulement de la prise en charge hospitalière, d'évaluer les compétences du personnel et de démasquer certains dysfonctionnements du système.

Aucun travail publié, à notre connaissance, n'a évalué la satisfaction des patients hospitalisés au Maroc. L'objectif de ce travail était d'évaluer la satisfaction et de préciser ses déterminants chez des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue polyvalente.





*REVUE DE LA
LITTÉRATURE*

I. LE CONCEPT DE SATISFACTION DES PATIENTS

1. Définition de la satisfaction des patients:

Selon le Larousse, le terme « satisfaction » vient du verbe satisfaire, dérivé du latin « satis » signifiant « assez » ; satisfaire quelqu'un signifie le contenter, le combler, répondre à ses attentes, à ses besoins et désirs. De cette définition, on peut tirer que la satisfaction quant à un service donné n'implique pas nécessairement que celui-ci soit de haute qualité, mais plutôt qu'il réponde à des besoins donnés. De plus, cette satisfaction, exprimée par un individu, ne peut être évaluée que selon les attentes de ce dernier, selon ses besoins et ses désirs, ce qui est nettement relatif : ce qui satisfera quelqu'un ne pourra contenter un autre [7].

D'après Pascoe [9], La satisfaction est définie comme étant la réaction du patient à son expérience personnelle dans les services selon deux approches : une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, processus et résultats des services. Elle peut aussi être définie comme l'évaluation de la réponse aux attentes implicites et explicites du patient [10]. En mesurant la satisfaction, les patients évaluent le service ou le soignant en comparant leurs normes personnelles à leur perception du service reçu. La satisfaction tirée de cette évaluation est une réponse comportementale au jugement d'une valeur. C'est une évaluation plus subjective qu'objective [6].

On pourrait penser que la satisfaction naît, dans l'absolu, de la prestation reçue. Ce n'est pas le cas, selon la théorie des attentes, la satisfaction naît de la congruence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu [9,11]. Larsen et Rootman [12] ont avancé que plus le médecin répond aux attentes de son patient, plus ce dernier est satisfait. Dans le même sens, Pascoe [9] a montré l'existence d'une forte relation entre le niveau de satisfaction et le degré de conformité du médecin à ce qu'attend le patient.

La satisfaction est un phénomène relatif. Elle est variable en fonction des données sociodémographiques, sans que l'on puisse prévoir dans quel sens [13] et est même susceptible d'évoluer au cours du temps pour un même individu [14-16]. Il a été suggéré que la satisfaction pourrait être mesurée sur un continuum allant du mécontentement au plus haut degré de satisfaction, et que la position qu'occupe un individu sur ce continuum est influencée par ses attentes, par ses expériences passées, ses croyances, ses projets, son style de vie, ses valeurs, celles de la société à laquelle il appartient et par le service reçu lui même [17] .

Ware et al [18] ont distingué les données objectives de la satisfaction avec le système de soins (le délai d'attente par exemple...) des données subjectives où l'évaluation par le patient est purement personnelle et non directement observable. Celle-ci dépend de 3 variables : les préférences individuelles des patients, leurs attentes et la réalité des soins reçus.

La satisfaction dépend alors des types d'attentes du patient. Ces attentes, sont toutefois, difficilement exprimées dans un contexte d'hospitalisation ou de « perte de pouvoir ». On distingue trois types d'attentes [19] :

- Les attentes technicomédicales correspondant aux besoins organiques primaires, à une quête de sécurité. Le patient attend une réponse à son trouble, à sa souffrance.

- Les attentes psychiques et sociales sont celles du contact social avec le nouvel environnement. Le patient, en proie à une inquiétude résultant de la rupture du milieu, attend des informations et des relations rassurantes.

- Les attentes matérielles et intellectuelles traduisent le désir de ne pas être dévalorisé, de retrouver l'estime de soi malgré la présence de la maladie.

Ces trois types d'attente répondent aux trois modèles de satisfaction proposés par Fitzpatrick [20]. Le premier modèle, celui du « besoin de ce qui est familier », est fondé sur le fait que les attentes créées par la société soient le principal déterminant du degré de satisfaction. Le second, celui de « l'objectif de recours aux soins » a pour hypothèse que le problème principal des patients est la résolution de leur problème de santé. Enfin, le dernier

modèle, celui « des besoins émotionnels », repose sur le fait que la plupart des problèmes de santé vont générer une incertitude et une anxiété, mais également sur le sentiment partagé par un grand nombre de patients d'une incapacité à juger les professionnels de santé autrement que sur les aspects non techniques de la prise en charge (les aspects relationnels et les aptitudes dans la communication) [6,7,21,22].

En effet, du point de vue des patients, la satisfaction est principalement déterminée par des aspects tels que le respect de leurs valeurs, l'information qui leur est fournie, la coordination et la continuité des soins, le confort physique, le soutien émotionnel [22]. Ces critères de jugements des patients diffèrent de ceux des professionnels de santé qui privilégient plutôt les aspects techniques de leurs prestations [5-7].

2. Composantes de la satisfaction :

La satisfaction des patients est un concept multidimensionnel. Ses dimensions majeures selon Ware et al [18], devant figurer dans les questionnaires de satisfaction, sont au nombre de huit :

- **« L'art des soins »** : concerne les relations entre les patients et les soignants. Ceci comprend divers aspects (l'empathie, le respect, l'attention, la confidentialité...). C'est certainement l'une des dimensions les plus privilégiées par les patients et c'est également dans ce domaine où les plaintes sont les plus fréquentes.
 - **La qualité technique des soins** : ayant trait aux compétences du soignant et à la conformité de ses soins aux données actuelles de la science et aux progrès techniques. Ceci englobe le bon examen clinique et les explications fournies aux malades, les examens complémentaires et les traitements appropriés.
-

2-1. Les aspects techniques des soins : [5]

Ce terme comprend les soins proprement dits, interrogatoires et examens physiques, prélèvements et injections, prise en charge de la douleur, les examens invasifs (pose de cathéters, endoscopie, biopsie..). Certes, le patient ne peut juger convenablement de la qualité et de la pertinence des examens paracliniques étant donné qu'il lui manque les informations médicales nécessaires.

2-2. L'information du patient :[6, 23-29]

L'importance du transfert de l'information médicale dans la satisfaction des patients est à l'origine d'une prolifération de la littérature médicale consacrée au grand public et d'une large réflexion sur les moyens à mettre à disposition des patients au niveau des structures de soins [6,23-25]. Ceci est une obligation légale ancienne et reconnue [23]. Plus qu'un devoir, elle apparaît comme une nécessité car ce n'est qu'à ce prix que le patient est en mesure de donner, en connaissance de cause, un consentement libre et éclairé par rapport aux soins [26,27]. Actuellement, avec la modification de la relation médecin-patient qui passe progressivement d'un modèle paternaliste à une conception plus symétrique selon un modèle d'autonomie, le transfert des connaissances médicales adaptées devient un élément central [5]. Celui-ci contribue à établir une confiance entre le médecin et le patient, permet de diminuer l'anxiété générée par certains examens et d'améliorer l'adaptation à la maladie [25,28,29]. Plus encore, ceci doit contribuer à la participation active du patient aux soins et à sa prise de décisions quant aux thérapeutiques qui lui sont instaurées [24].

- **Les commodités d'accès au soin** : englobant tous les facteurs d'accessibilité aux soins, comme le délai d'attente, la distance par rapport à l'hôpital, les délais d'obtention de rendez-vous...
 - **Les aspects financiers** : la capacité de payer pour des services est un facteur important dans la réception des soins. Les aspects financiers de l'accès aux soins sont une autre dimension de la satisfaction des patients. Le coût des traitements, les facilités de paiement, la couverture sociale font partie de ces aspects.
-

- **L'environnement physique** : comprenant une atmosphère plaisante, le confort, la clarté des signaux et directions, le bon éclairage, le calme et la propreté des installations et équipements.
- **La disponibilité des soignants**
- **La continuité des soins** : des soins réguliers et aussi la mise à jour et la disponibilité de dossiers médicaux.
- **L'efficacité des soins** : la perception du patient quant à l'aspect médical et aux résultats de sa prise en charge que sont la guérison, le soulagement de la souffrance, et la prévention de la maladie.

Cette classification a servi de base à plusieurs travaux [6]. Fitzpatrick [20] a proposé la même classification excepté la dimension financière. Gasquet [30] a pris en compte quatre domaines de satisfaction : Les relations interpersonnelles, les aspects techniques des soins, les prestations non médicales et la satisfaction globale. Cette dernière peut être explorée directement par une évaluation globale du patient sur la qualité des soins qu'il a reçus pendant son hospitalisation. Elle renseigne sur une opinion générale et ne peut identifier les aspects spécifiques de la satisfaction.

La satisfaction des patients étant un concept multidimensionnel et qui dépend de plusieurs déterminants (attentes, caractéristiques individuelles..), aucune classification standard de ses dimensions n'est établie. Aussi, convient-il de trouver des méthodes valides et fiables pour pouvoir l'évaluer.

II. METHODES D'EVALUATION :

A vouloir mesurer la satisfaction, de nombreux problèmes se posent [10]. D'une part, la nature personnelle et subjective de l'évaluation rend variable l'opinion des patients pour de mêmes normes de soins. D'autre part, la satisfaction exprimée peut refléter les connaissances et les attentes plus que la qualité du service fourni.

Malgré ces contraintes, le concept de satisfaction continue d'être utilisé et mesuré. Sa mesure a comme véritable objectif la quête des non satisfaits, et des raisons de leur insatisfaction.

La méthode de mesure la plus employée est l'enquête de satisfaction, qui consiste à interroger un échantillon de gens. Elle peut être qualitative ou quantitative. Il est actuellement préconisé de rassembler les deux aspects quantitatifs et qualitatifs pour une meilleure approche de la satisfaction des patients. Les enquêtes de satisfaction peuvent être génériques (utilisables pour des systèmes de soins divers, médicaux et chirurgicaux et quelle que soit la pathologie) ou spécifiques à une pathologie ou à une spécialité donnée [5].

1. L'enquête par questionnaire :

L'enquête par questionnaire fournit une mesure quantifiée de la satisfaction des patients vis-à-vis d'un ou de plusieurs aspects de la prise en charge hospitalière [31-33]. Cette mesure est exprimée par une variable quantitative ou plus souvent, par la distribution des modalités d'une variable qualitative [33]. Elle dresse un profil statistique des points faibles et des points forts de la structure de soins ou du service, perçus par le patient [33]. La réalisation périodique d'enquêtes quantitatives permet d'évaluer l'impact des actions d'amélioration en suivant l'évolution des indicateurs de satisfaction [5,31,32].

La satisfaction étant un concept théorique complexe, dont il n'existe pas de mesure physique, son évaluation passe par sa formalisation opérationnelle en dimensions et éléments

constitutifs de questionnaires. Il n'existe pas de questionnaire universel [5]. Chaque questionnaire est créé pour une enquête spécifique.

Le questionnaire peut être administré par un enquêteur, en face à face ou par téléphone. Le plus souvent, il est auto-administré, et adressé en général, par voie postale au domicile du patient. Le taux de réponse varie beaucoup en fonction du mode de contact. Il est connu que les meilleurs résultats sont obtenus par un questionnaire administré par un enquêteur mais ceci est difficilement réalisable à grand échelon [5,33].

Quelque soit le mode d'administration, tout questionnaire doit répondre à trois exigences, selon Baker [34] :

- il doit être fiable (doit produire des résultats fiables)
- il doit être valide (doit mesurer ce qu'il est censé tester)
- il doit être transférable (doit avoir la même construction s'il est appliqué à d'autres groupes de patients).

Les limites des enquêtes de satisfaction par questionnaire sont nombreuses, du fait de leur faiblesse méthodologique. Le taux de non réponse est élevé. Ceci est à l'origine de biais de sélection non négligeables.

2. La méthode qualitative :

Les approches qualitatives ont l'avantage de permettre aux patients de s'exprimer sur des domaines pertinents de leur point de vue. La pratique d'entretiens procède au diagnostic précis des dysfonctionnements de l'organisation de soins [5,7,31,33]. Leur intérêt est de garantir aux patients une liberté d'expression sur les problématiques personnelles. Le caractère plus ou moins directif de l'entretien conditionne sa flexibilité et sa sensibilité aux pôles d'intérêts du patient [7]. La préférence est orientée vers l'utilisation d'entretiens semi-directifs dans le but d'approfondir les thèmes prédéterminés par l'enquêteur [5].

Le recueil de l'information sur la satisfaction peut également se faire à travers une réunion de groupe « focus group » [22]. Cette approche qualitative s'est développée aux pays anglo-saxons. L'ambiance formée par le groupe produit l'expression de nouvelles problématiques. De plus, les individus appartenant à un groupe craindraient moins les repréailles et s'exprimeraient avec plus de liberté [5].

Par ailleurs, l'analyse par entretien vise à retranscrire la diversité des opinions exprimées plutôt que de dégager un aspect dominant : une opinion unique est aussi importante que celle exprimée plusieurs fois [7].

Cependant, en raison des coûts qu'elles génèrent, ces enquêtes qualitatives sont difficiles à réaliser de façon périodique et régulière [33].

3. Les autres méthodes :

***L'analyse des plaintes et réclamations des patients ou de leurs proches :**

Celle-ci a été utilisée par certains auteurs comme un indicateur de la qualité des soins, complémentaire aux enquêtes de satisfaction [35-38]. Si cette mesure reste incomplète, n'étant le reflet que d'une partie de la non-satisfaction des patients hospitalisés [39,40] son recueil est simple et peu coûteux [41].

***L'analyse des commentaires élogieux des patients ou de leurs proches : [42]**

Cette mesure reste incomplète car elle n'est le reflet que d'une partie de la satisfaction des patients hospitalisés.

***Les dispositifs d'écoute active : [43]**

Ces dispositifs ont pour objectif d'analyser de manière qualitative le vécu des patients hospitalisés et les attentes des patients ou utilisateurs du système de santé afin de répondre plus efficacement aux besoins des patients. Ils sont en grande expansion depuis quelques années.

4. Limites des enquêtes de satisfaction :

Quelques biais peuvent limiter l'interprétation des résultats obtenus dans les enquêtes de satisfaction [6] :

-Le biais de « désirabilité sociale » correspond au fait que les patients pourraient alléguer une satisfaction plus importante que celle réellement ressentie en pensant que les commentaires positifs sont plus acceptables pour les enquêteurs.

-Le biais « crainte de représailles » peut être observé quand les patients ne sont pas sûrs de l'anonymat de l'enquête.

-La théorie de la « dissonance cognitive » prédit que les gens ne peuvent admettre la non satisfaction par rapport à un service qu'ils ont choisi d'utiliser et où ils ont investi leur temps et effort. Cela suggérerait une incohérence de leur comportement.

-Le biais de type « hawthorne » : le fait même de faire une enquête de satisfaction améliore la satisfaction.

-L'effet de « halo » est fréquent et traduit le fait que les réponses à un item soient induites par les réponses précédentes.

-Le biais « d'acquiescement » ou tendance à la sélection systématique de modalités de réponses positive est également fréquent.

III. RESULTATS DES DIFFERENTES ETUDES :

Les études sur la satisfaction des patients hospitalisés ont pris une large place dans la littérature médicale de ces trois dernières décennies [5-7]. Ces études étaient surtout menées aux USA, en Suisse et au Royaume-Uni. Elles avaient essentiellement pour but d'identifier les déterminants et d'en préciser l'influence sur la satisfaction des patients. Trois grands types de

facteurs ont été individualisés : les attentes des patients, leur état de santé et leurs caractéristiques sociodémographiques, sachant que ces trois facteurs demeurent intriqués.

1. Déterminants de la satisfaction :

1.1. Les attentes des patients :

Les attentes des patients influenceraient leur satisfaction vis-à-vis des soins. Cela a été exposé dans de nombreuses études [44-49]. Certaines ont prouvé que les patients aux grandes attentes étaient plus satisfaits [44-45], d'autres que le taux de satisfaction était bas, lorsqu'une mauvaise expérience avec les soins venait renforcer une attente négative [48, 49]. Les bonnes ou mauvaises « surprises » affectaient la satisfaction avec plus de signification pour les mauvaises surprises [50].

Toutefois, la manière dont les attentes affectent l'évaluation des patients quant aux soins reste obscure. Le fait que grande attente rime avec taux élevé de satisfaction pourrait être interprété de différentes façons [7]: Les patients ayant de grandes attentes peuvent assurer leurs désirs en choisissant des prestataires qui peuvent leur garantir des soins de haute gamme, ce qui permettra de rehausser leur satisfaction et de pourvoir à leurs aspirations. Sinon, les patients peuvent modifier leur perception des soins reçus de telle façon à la mettre au niveau de leurs attentes. Néanmoins, orienter sa perception selon le sens de ses attentes peut se faire si attente et perception se rapprochent, mais si ces deux derniers divergent, la non satisfaction l'emportera. Ceci dit, il est difficile de définir, de mesurer les attentes des patients et de mesurer l'écart entre attente et prestation. D'une part, il existe plusieurs types d'attentes : les idéaux, les désirs, les aspirations, les valeurs, les droits, les croyances et les normes ; d'autre part, la nature des attentes elle-même varie selon les caractéristiques sociodémographiques et culturels. Quelques recherches qualitatives ont précisé que les attentes des patients étaient incertaines et incohérentes et de ce fait, leurs critiques vis-à-vis des prestations avaient moins de sens [21, 46]. Cependant, d'autres études avaient bel et bien spécifié des attentes définies [44, 45].

L'influence des médias, les informations recueillies de part et d'autre, l'opinion des proches et des familles, les expériences vécues dans le système de soins...Tous ces éléments peuvent servir de base sur laquelle le patient fonde ses attentes. Et de ce fait, le manque d'expérience et d'information signifierait attentes limitées et induirait une satisfaction élevée pour un niveau de soins bas [7]. A l'opposé, les patients mieux informés seraient plus « exigeants » et moins satisfaits vis-à-vis des soins reçus. Une même qualité de soins peut générer différents niveaux de satisfaction selon le niveau d'exigence des patients. Cependant, ce niveau d'exigence, même sa signification, reste difficile à déterminer.

La satisfaction est un concept relatif, les réponses individuelles variant pour une même prestation. Il est important de savoir comment adapter les attentes du patient à la prestation. Il a été suggéré que les médecins avaient la plus grande influence sur les attentes des patients [51]. Néanmoins, d'autres éléments rentrent encore en ligne de compte : la personnalité, les croyances, les cultures...

Par ailleurs, les attentes médico-techniques sont assez problématiques dans la mesure où le patient est incapable d'évaluer la qualité technique de sa prise en charge du fait du manque des connaissances médicales nécessaires [5,7, 18,22]. Les attentes des patients peuvent aussi être influencées par l'aspect financier de leur prise en charge. Les consommateurs optant pour un faible coût de prestations peuvent abaisser le niveau de leurs attentes et être plus satisfaits.

Les patients ont parfois des attentes irréalistes et cela incombe aux soignants de les éduquer sur les soins appropriés afin d'orienter leurs attentes et aspirations vers un sens réaliste et pratique [12].

Enfin, pour pouvoir comprendre le sens des évaluations des patients, il faut déjà comprendre la nature de leurs attentes ; Une nature qui demeure toutefois ambiguë.

1.2. Les données sociodémographiques :

En dehors de l'âge, les résultats concernant l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur la satisfaction des patients ne sont pas concluants. Il est certain que ces caractéristiques sont importantes, qu'elles influenceraient les attentes des patients, leurs croyances et leurs opinions. Toutefois, la mise en évidence d'un lien significatif entre ces variables et la satisfaction des patients n'a pas été clairement établie.

***L'âge :** les sujets âgés étaient plus satisfaits vis-à-vis des soins dans de nombreuses études [8,14,44 ,45,50, 52,53-60]. Ceci pourrait être dû au fait que les sujets âgés soient plus tolérants envers les soignants, ou parce qu'ils ont de faibles attentes. Les sujets jeunes étant les moins adhérents aux traitements proposés et les moins enclins à suivre les conseils prodigués par leurs médecins.

***Le sexe :** Peu d'études ont noté l'influence du sexe sur la satisfaction des patients hospitalisés. Certaines ont montré que les patients de sexe masculin étaient plus satisfaits [8,59-61].

***Le statut marital :** n'aurait pas d'influence significative sur la satisfaction des patients [4,62].

***Revenu et classe sociale :** Il n'existe pas beaucoup de preuves concernant l'influence de ces deux variables sur la satisfaction des patients. Cependant, il a été démontré dans quelques études que les patients pauvres étaient moins satisfaits [58, 63]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patients au large revenu pouvaient choisir des services de plus haute qualité mais aussi, qu'à ces derniers, serait épargné tout problème de paiement (prise en charge hospitalière, traitements, examens paracliniques...).

***Le niveau d'éducation :** Quelques études ont montré que les patients ayant un bas niveau d'instruction étaient plus satisfaits [25,56, 62]. Ces derniers auraient des attentes plus faibles que les patients à haut niveau d'instruction.

***Origine ethnique :** Certaines études ayant étudié cet aspect, ont montré que les patients « non blancs » étaient moins satisfaits [45, 54, 58,59, 64]. Ceux-ci pouvant être victime de ségrégation raciale réellement ou pouvant se sentir mal à l'aise loin de leur pays origine ? (problèmes de

communication, différences culturelles..) Néanmoins, Stotzer et al [65] ont noté un niveau de satisfaction élevé chez les patients migrants au niveau des hôpitaux suisses. Mais, ceci pourrait être biaisé par le fait que ces patients puissent comparer la qualité des soins délivrés en Suisse avec celle des soins délivrés dans leur pays d'origine.

1.3.L'état de santé :

Il est raisonnable d'avancer que les patients ayant un état de santé précaire auraient un moindre niveau de satisfaction. Ceci a été bel et bien prouvé dans certaines études [52- 68]. Dans le même sens, les patients ayant une qualité de vie médiocre ou souffrant d'invalidité ont rapporté des taux bas de satisfaction [67,69]. L'existence pourtant d'une pathologie chronique n'affectait pas pour autant la satisfaction dans certaines études [53, 54]. L'amélioration de l'état de santé a été étudiée dans quelques travaux. Les malades percevant une amélioration de leur état de santé au cours de l'hospitalisation étaient très satisfaits [8,55, 70].

Par ailleurs, certaines études menées dans un service d'urgence ont noté que le diagnostic n'affectait pas la satisfaction des patient [47,71] et que le taux de satisfaction rapporté par les patients, aux urgences, concernant leur état de santé était meilleur que celui rapporté par les soignants [63,72].

Pareillement, la psyché influencerait sur la satisfaction des patients [25,73-75]. Des études ont démontré que les patients qui étaient dans la détresse psychologique étaient moins satisfaits [74,75] .Il a été également prouvé une corrélation entre satisfaction et anxiété [25]: les patients souffrant d'anxiété surestimaient la sévérité de leurs conditions, avaient une qualité de vie médiocre et restaient plus longtemps à l'hôpital. Et même quelquefois, les soignants avaient tendance à surestimer l'anxiété de leurs patients [73].

2. Dimensions majeures de la satisfaction des patients :

La satisfaction des patients constitue un concept multidimensionnel comme nous l'avons cité précédemment (Cf. Définition). Les deux dimensions auxquelles les patients sont extrêmement sensibles et qui prédisent plus leur satisfaction restent l'information médicale et le

comportement des infirmières et des médecins. Les patients privilégient les aspects humains de leur prise en charge. Ceci a été prouvé dans plusieurs études [44,55, 76–79]. Viennent ensuite, la qualité des prestations non médicales, le climat agréable... Andaleeb [80] a confirmé des hypothèses concernant la perception par les patients de la prise en charge hospitalière, de la qualité de communication mais aussi, l'auteur a marqué un point rarement exposé dans les différentes études, celui de la perception par le patient que le service ne serait rendu que si le personnel était payé « Baksheech ». Il est vrai que l'auteur [80] a conduit son étude au Bangladesh et que la plupart des enquêtes de satisfaction sont effectuées dans des pays développés où la majorité des patients sont assurés, et où le personnel est bien payé. Néanmoins, la corruption, constitue un vrai malaise social, y compris en milieu hospitalier. Les pratiques de ce vice ont exacerbé les difficultés des patients surtout aux pays pauvres ou en voie de développement.

IV. IMPLICATIONS :

Les mesures de satisfaction des patients permettent essentiellement d'évaluer l'établissement de soins auquel ils ont eu recours et en particulier, le déroulement de leur prise en charge. Elles permettent de décrire le système de soins du point de vue des patients, et non celui des professionnels de santé. Ces mesures ont de nombreuses implications :

La satisfaction des patients peut influencer leur état de santé. Les patients satisfaits ont une vue positive de leur situation, sont compliants, coopérants et participent activement à leur prise en charge [5-7 ,20,33,58,70,81-86]; à l'opposé, les patients dont les besoins n'ont pas été comblés et les patients stressés ne répondent pas pleinement aux interventions et thérapeutiques instaurées [87]. La satisfaction est fortement liée à l'adhésion aux conseils des soignants et aux traitements, intervient dans la qualité du suivi médical et dans la continuité des soins contribuant à la réussite de la prise en charge et par voie de conséquence à l'amélioration de l'état de santé.

La mesure de la satisfaction des patients permet de connaître l'opinion de ces derniers sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques, de leur prise en charge [70,81]. Cette opinion des patients est un indicateur indirect de l'amélioration de la qualité des soins [6,7,20,33,58,70,84]. En effet, Les mécanismes de démarche qualité sont conçus pour responsabiliser davantage les professionnels de santé, à s'assurer que les normes de soins de base fixés par la société sont remplies et de sauvegarder les droits des patients [6,7]. La réaction de ces derniers est une source essentielle d'information dans ce processus. De ce fait, les patients seront impliqués dans la planification, l'exécution et l'évaluation des soins. Par conséquent, les mesures de satisfaction devraient permettre de démasquer et de corriger les dysfonctionnements existants dans les établissements de soins [5-7,31] ; même si le résultat de certains essais pour tester cette hypothèse n'a pas toujours été prometteur [62, 88]. Par ailleurs, il est convenu que ces mesures soient bénéfiques aussi bien pour les patients [89] (considérés comme des partenaires du processus de soins) que pour les professionnels de santé (Ceci leur permet de confirmer et de développer leurs compétences professionnelles [90]). La satisfaction des patients permet alors de renforcer celle des soignants.

D'un autre côté, la satisfaction est devenue à l'heure actuelle, un objectif thérapeutique à part entière. Vuori [89] a affirmé qu' «Il importe peu que le degré de satisfaction des patients reflète la compétence des médecins ou la qualité des soins. La chose importante est que si les patients sont mécontents, les soins n'ont pas atteint leur objectif».

L'objectif des soins n'est plus seulement de guérir le patient mais également de répondre à ses besoins et attentes. Ceci fait partie du consumérisme qui s'applique actuellement au système de santé où le patient est en droit de demander des comptes à la santé et où la concurrence entre les établissements de soins devient une réalité. Les hôpitaux se doivent d'assurer de hauts niveaux de satisfaction pour garder leurs patients et en attirer d'autres. Dans ce contexte, le terme de patient est redéfini en « client » ou « consommateur ».

Les termes « client » et « consommateur » sont souvent utilisés comme synonymes. Cependant, le client se réfère généralement à une personne individuelle et le consommateur à une personne faisant partie d'un groupe d'utilisateurs [91].

Le consumérisme reflète la valeur des opinions des consommateurs concernant la qualité d'un produit ou d'un service. La conception des soins de santé en termes de « business » apparait de plus en plus dans la littérature médicale actuelle, spécialement aux USA [5-7,33]. Au monde des affaires, les enquêtes de satisfactions sont une forme de recherche de marketing utilisée pour identifier les moyens pour maximiser la satisfaction de la clientèle et augmenter ainsi les profits. Le fait que les organisations de soins dépendent de leurs clients et que les clients ne dépendent pas que d'un seul service d'approvisionnement, précise la nécessité d'un service centré sur le client [92]. Ces approches soulignent que la satisfaction du patient est la clef du succès financier, et permet la prévention des poursuites judiciaires par fautes professionnelles [7]. Toutefois, il a été suggéré que la commercialisation et le service qualité ne sont pas toujours congruents et que les mesures introduites pourraient augmenter la part du marché sans être de haute qualité [93].

En définitive, la mesure de la satisfaction est primordiale, non seulement parce que les patients satisfaits adhèrent mieux aux traitements, mais aussi pour son implication financière et commerciale. Les patients non satisfaits ne retourneront pas au service concerné et ne le conseilleront pas à leurs proches. Cette « mauvaise presse » peut détruire la réputation d'un établissement. Il incombe alors aux soignants de cultiver les compétences et les attitudes qui favorisent la satisfaction de leurs patients. Ceci permettra de promouvoir la santé du patient et son bien-être et d'assurer la « santé » de la structure de soins.



*MATERIEL
& METHODES*

I. TYPE, PERIODE ET LIEU DE L'ETUDE :

- **Type de l'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective : enquête de satisfaction par un questionnaire (méthode quantitative) administré aux patients le jour de leur sortie. Les questions ont été posées aux patients en face à face. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients.

- **Période de l'étude :**

L'étude s'est étalée sur cinq mois du 1^{er} Septembre 2008 au 2 Janvier 2009.

- **Lieu de l'étude :**

L'enquête a été réalisée au service des Urgences Médicales Hospitalières « UMH » du CHU Ibn Sina de Rabat.

Le recrutement des patients se fait soit directement des urgences médicales portes soit de manière programmée.

Le service se compose de 7 chambres doubles (2 lits par chambre) et de 4 chambres communes (6 lits par chambre).

L'équipe médicale est constituée de quatre professeurs, d'un médecin spécialiste, de deux résidents et de trois internes. La garde de nuit est assurée par deux infirmiers, un médecin résident ou interne et un externe à plein temps.

Les horaires de visites des familles se font de 14h à 16h et de 18h à 20h.

II. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :

Ont été inclus, tous les patients hospitalisés pendant plus de 48 heures.

Ont été exclus, les patients ne pouvant répondre à cause de leur maladie (démence, aphasie...), les patients refusant de répondre et ceux que nous avons manqué d'interroger avant leur sortie.

III. LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION :

1. Le questionnaire EQS-H : « Echelle de Qualité de Soins en Hospitalisation » (Cf. annexe 1) [8]

Nous avons utilisé pour cette enquête, la nouvelle version du questionnaire « EQS-H » ou Echelle de Qualité de Soins en Hospitalisation élaborée en France et validée avec de bonnes propriétés psychométriques, en 2007 [8].

Il s'agit d'un questionnaire spécifique qui explore la satisfaction des patients vis-à-vis des soins médicaux et infirmiers qu'ils ont reçus à l'occasion d'une hospitalisation dans un service de court séjour de médecine ou de chirurgie.

C'est un questionnaire qui explore 2 dimensions : l'information médicale (8 items) et les relations avec les soignants et avec l'organisation (8 items). Le questionnaire comporte également 2 questions concernant l'avis général du patient vis-à-vis de la prise en charge reçue et vis-à-vis de son implication dans les décisions thérapeutiques. Une dernière partie laisse place à un commentaire libre. Le format de réponse se fait selon une échelle de 5 points : pauvre, moyen, bon, très bon et excellent. Ceci permet de calculer 3 scores : un score pour chaque dimension et un score global. Le score de chaque dimension varie de 0 à 40 (Le score de satisfaction maximal étant de 40 pour l'information et pour la relation). Le score final de satisfaction est sur 80 (80 étant le meilleur niveau de satisfaction équivalant à 100%).

2. Le questionnaire « EQS-H » traduit en langue arabe : (annexe 2)

La traduction et l'adaptation transculturelle du questionnaire EQS-H a été réalisée selon les recommandations de Guillemin et al [94] : traduction, rétro-traduction puis élaboration de la version finale testée sur dix patients.

3. Mode d'administration :

Le questionnaire a été administré aux patients le jour de leur sortie, par un enquêteur, qui cochait lui-même les réponses.

4. Variables recueillies:

4.1. Variables sociodémographiques :

- a. Age
- b. Sexe
- c. Statut marital :

Deux groupes de patients étaient individualisés : les patients mariés et les non mariés. Ces derniers étaient célibataires, divorcés ou veufs.

- d. Nombre d'enfants
- e. Niveau d'instruction :

Le niveau d'éducation était défini par trois classes : sans instruction, instruction primaire et niveau secondaire et plus.

- f. Couverture sociale : avec ou sans.
- g. Revenu :

3 classes étaient séparées : sans revenu, revenu inférieur au SMIG et revenu supérieur au SMIG.

- h. Provenance : Urbaine ou rurale
- i. Distance par rapport à l'hôpital :

Celle-ci était partagée en deux groupes : distance inférieure à 50 km et supérieure à 50km.

- j. Hospitalisation antérieure :

Celle-ci a été répartie en trois groupes : aucune hospitalisation, 1 ou 2 hospitalisations antérieures et plus de 2 hospitalisations.

4.2. Variables liées au séjour :

- a. Mode d'hospitalisation : via les urgences ou programmé.
- b. Chambre : commune ou double.
- c. Durée de séjour

4.3. Variables liées à l'état de santé et à la qualité de vie :

- a. Amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation : aucune amélioration, légère amélioration et grande amélioration.
- b. Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge : état de santé pire, pareil ou meilleur que celui des personnes du même âge.
- c. Satisfaction dans la vie en général : de la non satisfaction à la meilleure, évaluée sur une échelle de 1 à 10 (10 indiquant la meilleure satisfaction).
- d. Le diagnostic selon la spécialité

IV. METHODES STATISTIQUES :

Les variables qualitatives ont été exprimées en moyenne et écart type et les qualitatives en effectif et pourcentage.

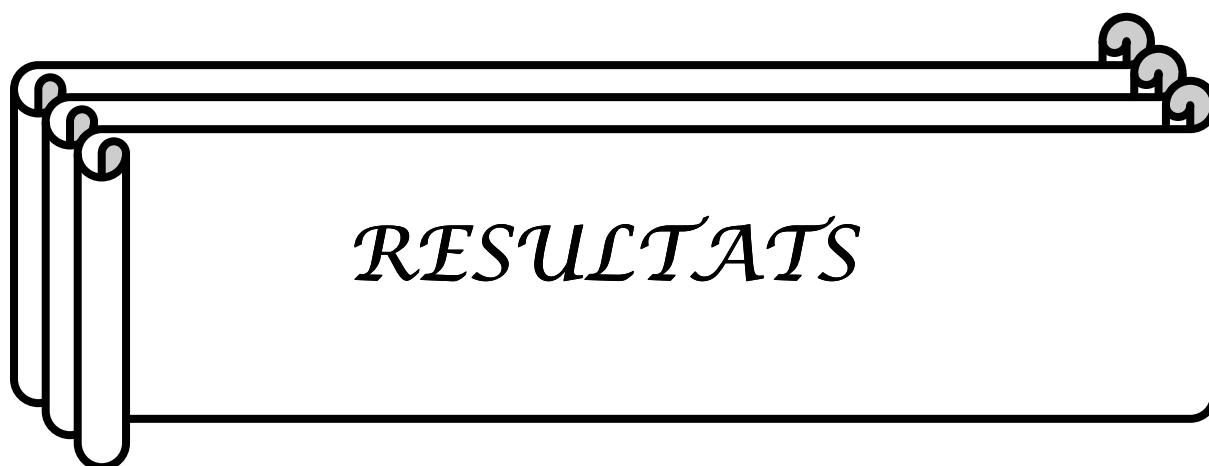
L'analyse univariée a été réalisée grâce au test t de Student (comparaison de deux groupes), l'analyse de variance (comparaison de plus de 2 groupes) et la corrélation de Pearson (liaison entre 2 variables quantitatives).

L'analyse multivariée a été réalisée par la régression linéaire multiple. Les variables dont la valeur de p était $\leq 0,25$ en analyse univariée ont été introduites dans le modèle final.

La fiabilité (cohérence interne) du questionnaire EQS-H a été évaluée par le coefficient α de Cronbach, une valeur $> 0,70$ est habituellement considérée comme acceptable.

La structure du questionnaire a été réalisée par l'analyse en composante principale.

Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.



I. CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHANTILLON :

1. Description des variables sociodémographiques : (Tableaux I et II)

1.1. L'âge :

L'âge moyen était de $45,4 \pm 19,6$ ans. (figure1)

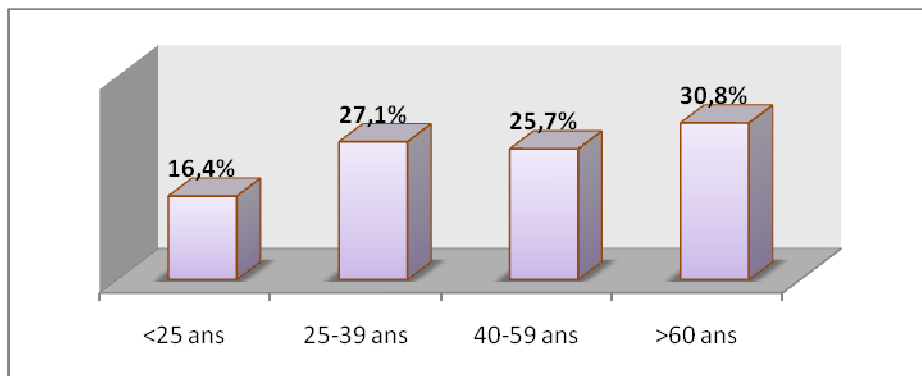


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

1.2. Le sexe :

Les femmes représentaient 53,7% (figure 2).

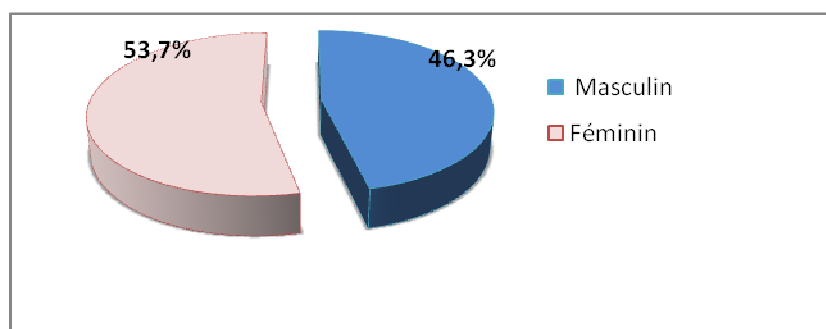


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

1.3. Le statut marital :

69,2% des patients étaient mariés (figure 3).

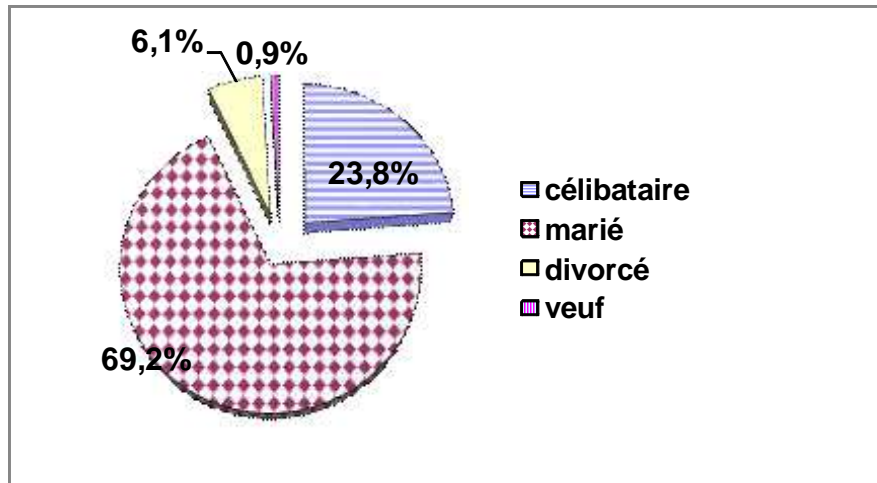


Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon la situation familiale

1.4. Le nombre d'enfants :

34,1% des patients n'avaient pas d'enfants. (figure 4)

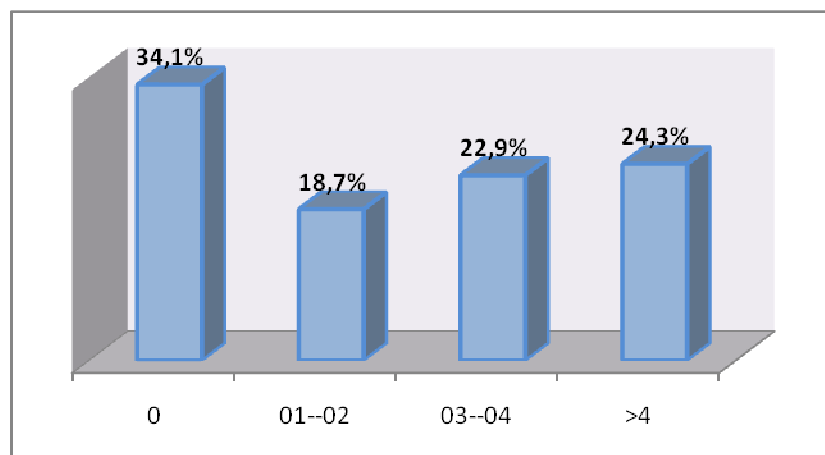


Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants

1.5. Le niveau d'instruction :

51,9% des patients étaient analphabètes (figure 5).

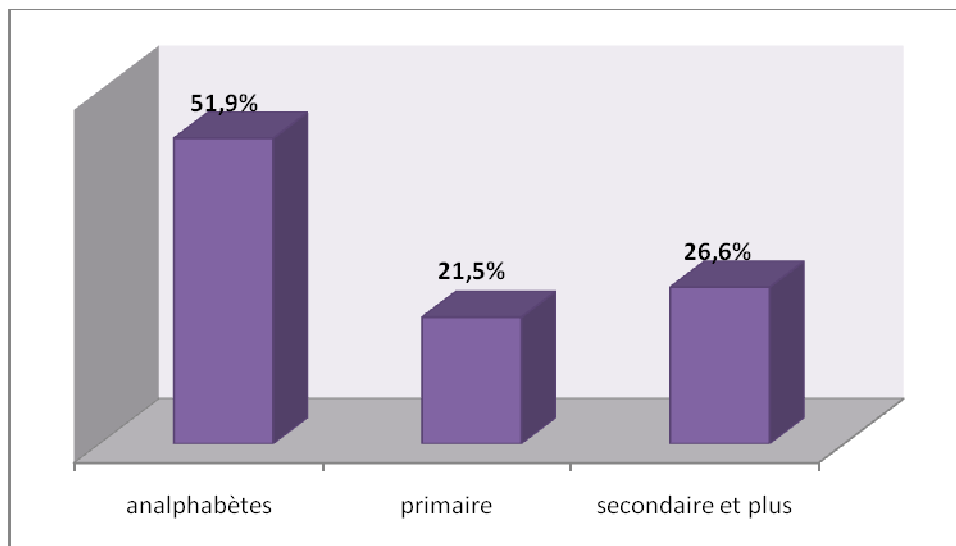


Figure 5 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction

1.6. La couverture sociale :

79,9% des patients n'avaient pas d'assurance maladie (figure 6).

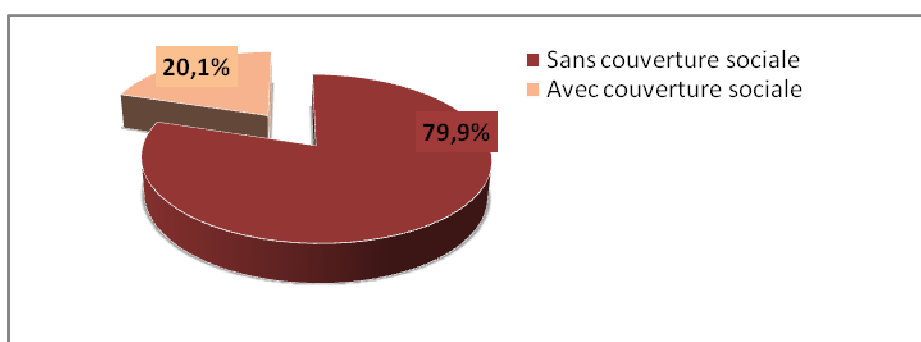


Figure 6 : Répartition de l'échantillon selon la couverture sociale

1.7. Le revenu :

64% des patients n'avaient aucun revenu mensuel (figure7).

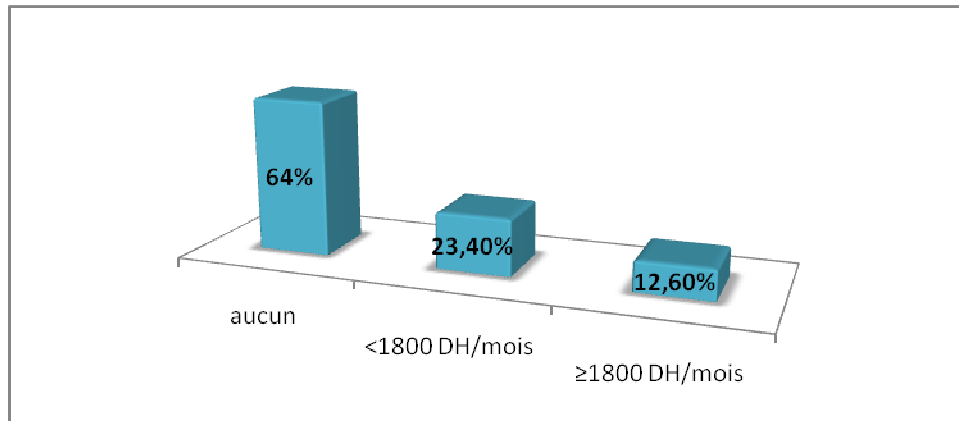


Figure 7 : Répartition des patients selon leur revenu mensuel

1.8. La provenance :

62,6% des patients résidaient en ville (figure 8).

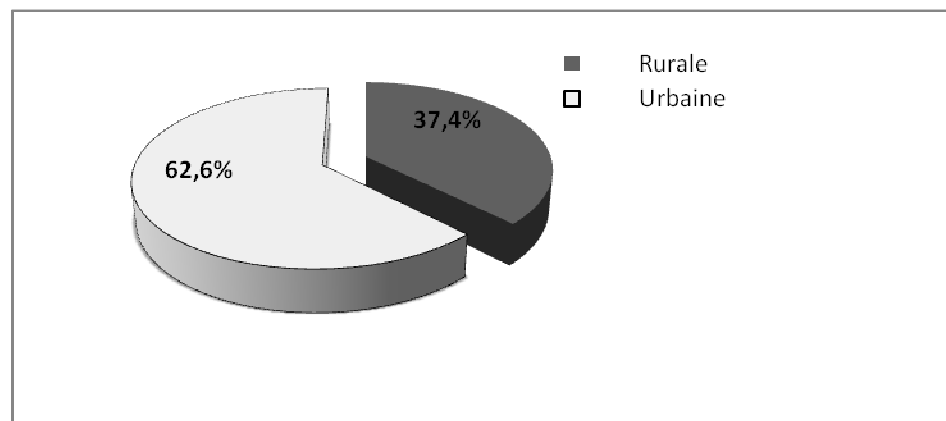


Figure 8 : Répartition des patients selon leur provenance

1.9. La distance par rapport de l'hôpital :

69,6% des patients habitaient à moins de 50 km de Rabat (figure 9).

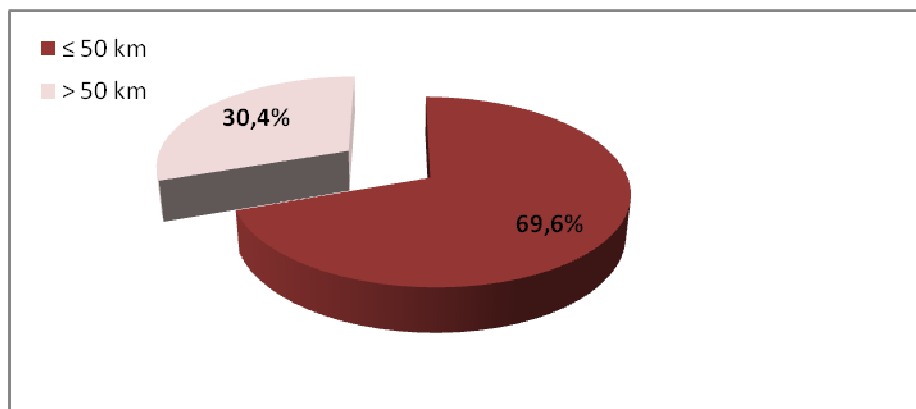


Figure 9 : Répartition selon la distance de l'hôpital

1.10. Nombre d'hospitalisations antérieures :

Dans 52,3% des cas, il s'agissait d'une première hospitalisation (figure 10).

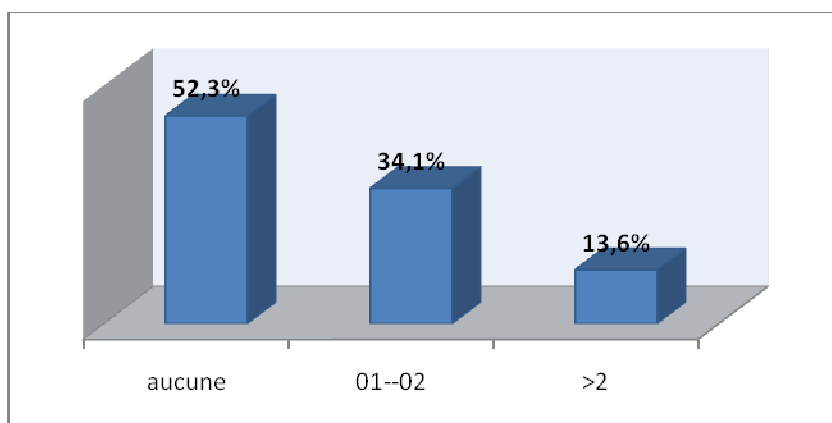


Figure 10 : Répartition selon le nombre d'hospitalisations antérieures

Tableau I. Récapitulatif des variables descriptives démographiques

Variable	N (%)
Age (ans)	
<25	35 (16,4)
25-39	58 (27,1)
40-60	55 (25,7)
>60	66 (30,8)
Sexe	
masculin	99 (46,3)
féminin	115 (53,7)
Statut marital	
non marié	66 (30,8)
marié	148 (69,2)
Nombre d'enfants	
0	73 (34,1)
1-2	40 (18,7)
3-4	49 (22,9)
>4	52 (24,3)
Provenance	
rurale	80 (37,4)
urbaine	134 (62,6)
Distance/ Hôpital	
≤ 50 km	149 (69,6)
> 50 km	65 (30,4)

N : nombre.

Tableau II. Récapitulatif des variables descriptives socioéconomiques

Variable	N (%)
Niveau d'instruction	
aucun	111 (51,9)
primaire	46 (21,5)
secondaire et plus	57 (26,6)
Couverture sociale	
aucune	171 (79,9)
avec	43 (20,1)
Revenu (Dh/mois)	
aucun	137 (64)
< 1800	50 (23,4)
≥1800	27 (12,6)
Hospitalisations antérieures	
aucune	112 (52,3)
1-2	73 (34,1)
>2	29 (13,6)

N : nombre.

2. Description des variables liées au séjour : (Tableau III)

2.1. Mode d'hospitalisation :

69,6% des patients étaient admis via les urgences (figure 11).

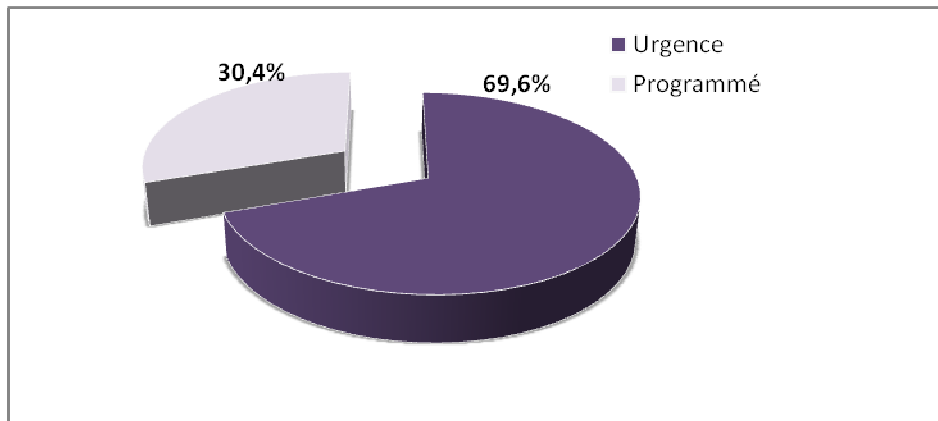


Figure 11 : Répartition des patients selon leur mode d'hospitalisation

2.2. La chambre :

72% des patients étaient hospitalisés dans des chambres communes (figure 12).

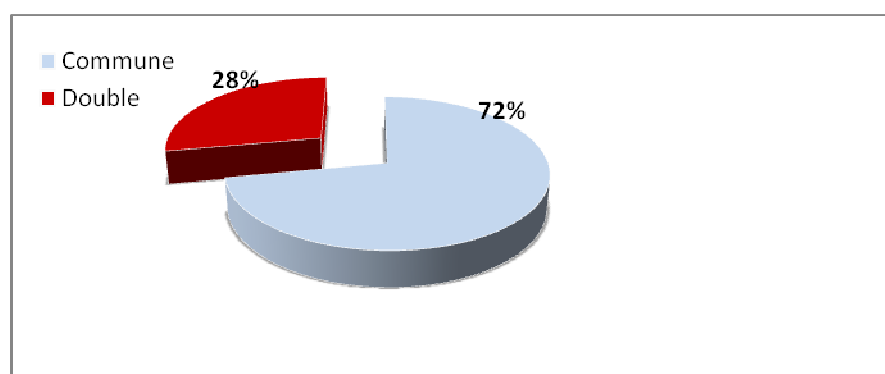


Figure 12 : Répartition selon le type de chambre

2.3. La durée de séjour :

30,4% des patients étaient hospitalisés pendant moins d'une semaine (figure 13).

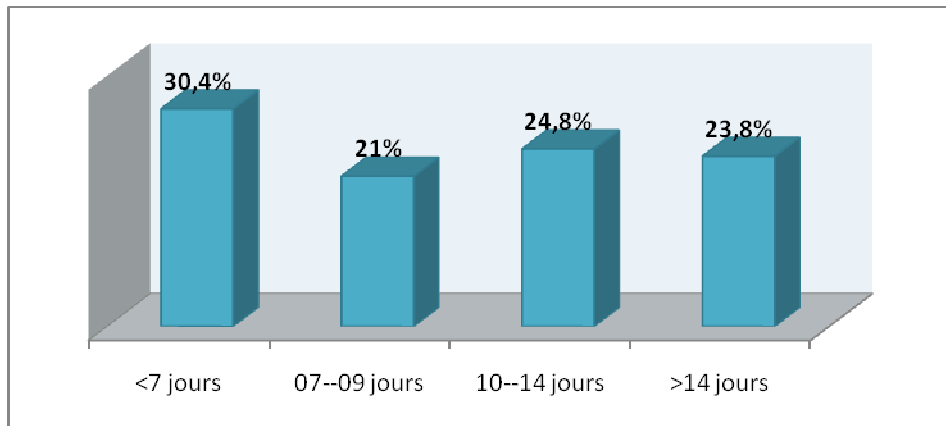


Figure 13 : Répartition des patients selon leur durée de séjour

3. Variables liées à l'état de santé et satisfaction dans la vie : (Tableau III)

3.1. Amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation :

La moitié des patients ont estimé que leur état de santé s'est nettement amélioré au cours de leur hospitalisation (figure 14).

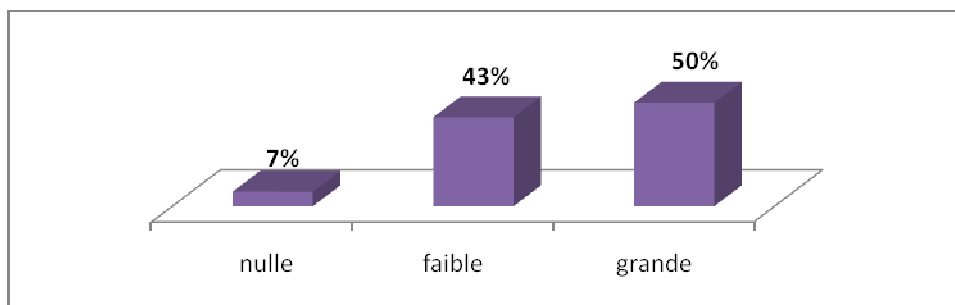


Figure 14 : Répartition des patients selon leur estimation de l'amélioration de leur état de santé

3.2. Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge :

46,7% des patients pensaient que leur état de santé était pareil à celui des personnes de leur âge (figure 15).

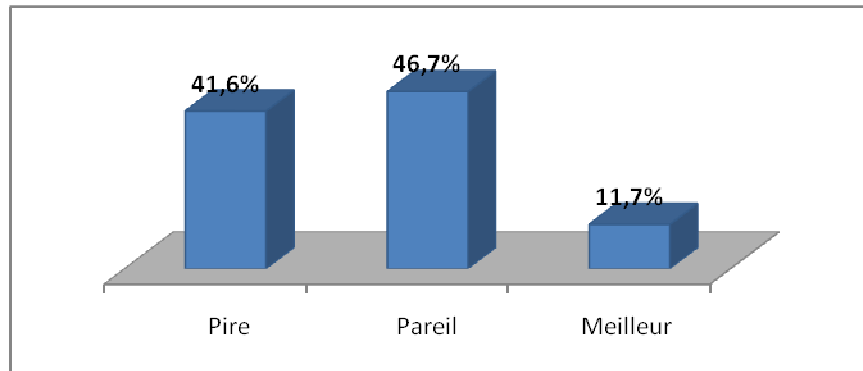


Figure 15 : Répartition selon la perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge

3.3. Satisfaction dans la vie en général :

Le score de satisfaction était de $7,9 \pm 1,6$.

4. Répartition selon les différentes spécialités médicales :

Maladies infectieuses : 66 (30,8 %)

Maladies cardiovasculaires : 38 (17,8%)

Maladies hépato-gastro-entérologiques : 41 (19,2%)

Maladies Hématologiques : 39 (18,2%)

Maladies endocrino-métaboliques : 6 (2,8%)

Autres : 24 (11,2%)

Tableau III. Récapitulatif des variables descriptives liées au séjour et à l'état de santé

Variable	N (%)
Mode d'admission	
Urgence	149 (69,6)
Programmé	65 (30,4)
Chambre	
Commune	154 (72)
Double	60 (28)
Durée de séjour (jours)	
< 6	65 (30,4)
7-9	45 (21)
10-14	53 (24,8)
>14	51 (23,8)
Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge :	
Pire	89 (41,6)
Pareil	100 (46,7)
Meilleur	25 (11,7)
Amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation	
Nulle	15 (7)
Faible	92 (43)
Grande	107 (50)

II. PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES DE LA VERSION ARABE DE L'EQS-H :

1. Fiabilité (cohérence interne):

La fiabilité de la version arabe du questionnaire EQS-H, évaluée par le coefficient α de Cronbach, était excellente aussi bien pour les dimensions « information » et « relation » que pour le score total (Tableau IV).

Tableau IV. Cohérence interne évaluée par le coefficient α de Cronbach

Dimensions	Items	Coefficient α de Cronbach
Information	8	0,889
Relation	8	0,906
EQS global	16	0,919

2. Validité de structure :

L'analyse en composante principale (ACP) a confirmé la structure bidimensionnelle du questionnaire expliquant 59,8% de la variance totale (Tableau V). En effet, la première composante est essentiellement corrélée aux items de la dimension « relation » et la deuxième composante aux items de la dimension « information ».

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

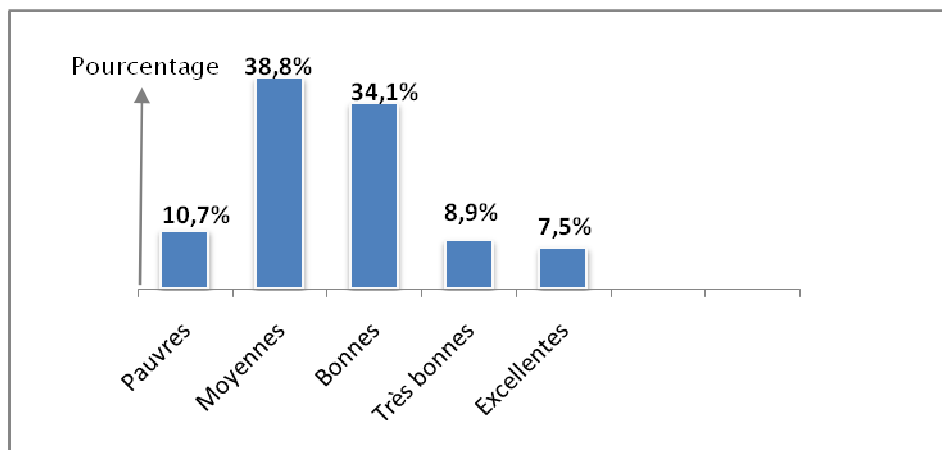
Tableau V. Analyse en composante principale. Méthode d'extraction et méthode rotatoire (Varimax à normalisation Kaiser)

N= 214		
Composants	1 ^{ère} composante	2 ^{ème} composante
% variance expliquée	31,36	28,45
	59,81	
J'ai reçu des informations claires concernant :		
mes symptômes	0,333	0,612
le but des bilans	0,320	0,775
les résultats des bilans	0,220	0,788
le but du traitement	0,388	0,687
les effets secondaires possibles du traitement	0,188	0,712
les signes alarmants à rechercher	0,126	0,776
quand reprendre les activités après la sortie	0,062	0,728
le suivi médical	0,282	0,634
Le personnel et le service: quelle satisfaction?		
j'ai pu identifier mon médecin traitant	0,641	0,402
les efforts pour respecter mon intimité	0,750	0,326
L'assistance au cours des activités journalières	0,597	0,201
l'assistance contre la douleur	0,740	0,218
la promptitude des infirmières à leur appel	0,847	0,124
l'organisation du service	0,788	0,173
l'atmosphère du service	0,804	0,103
Le temps consacré par l'infirmière	0,781	0,174

III. DESCRIPTION DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE : (Tableau VI)

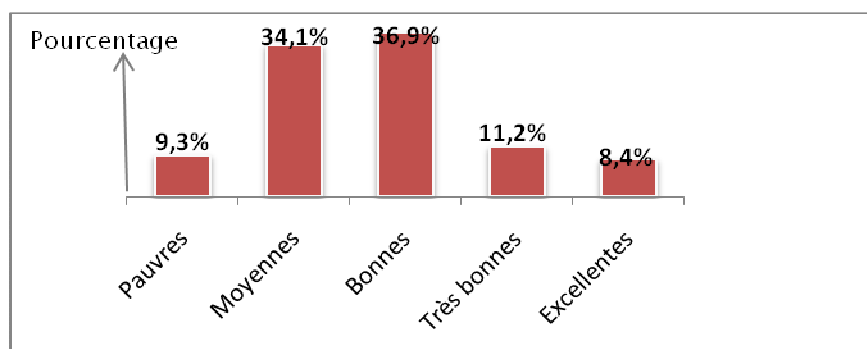
1. Dimension « Information » :

1-1. Comment étaient les explications qui vous ont été fournies à l'hôpital concernant vos symptômes ?



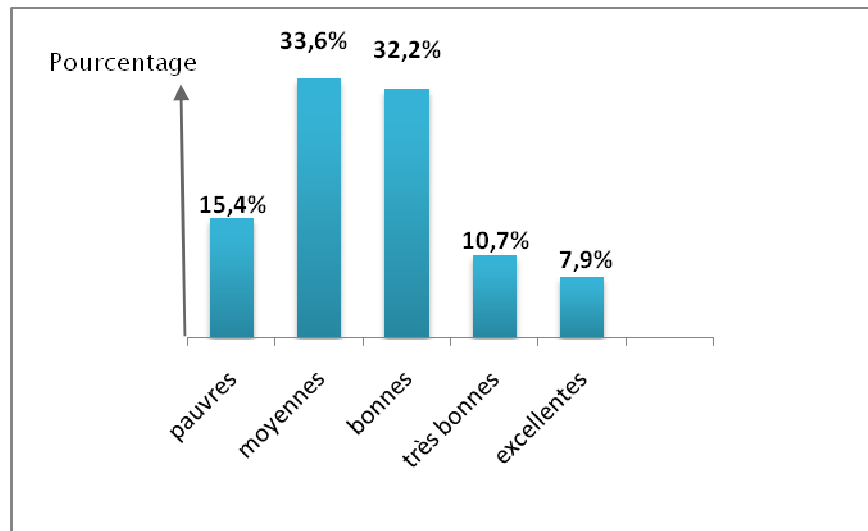
34,1% des patients jugeaient les informations données concernant leurs symptômes assez bonnes.

1-2. Comment étaient les explications qui vous ont été fournies à l'hôpital concernant la nécessité des examens paracliniques ?



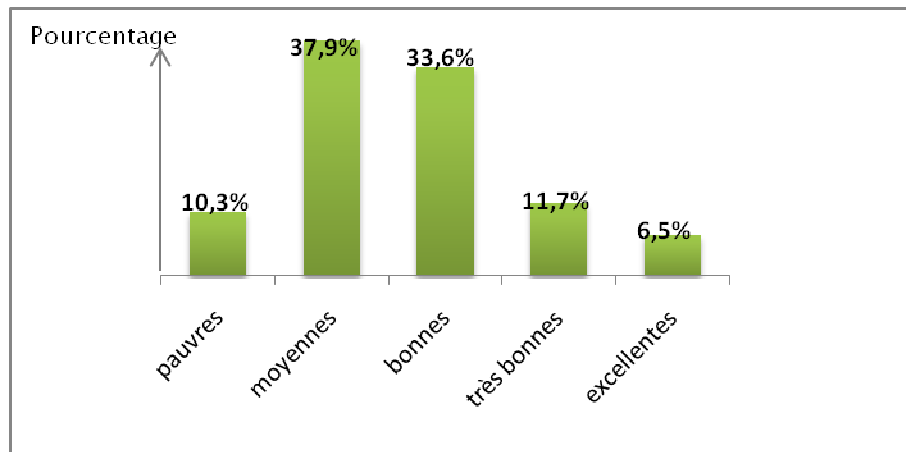
Les explications étaient bonnes dans 36,9% des cas.

1-3. Comment étaient les explications concernant les résultats des bilans?



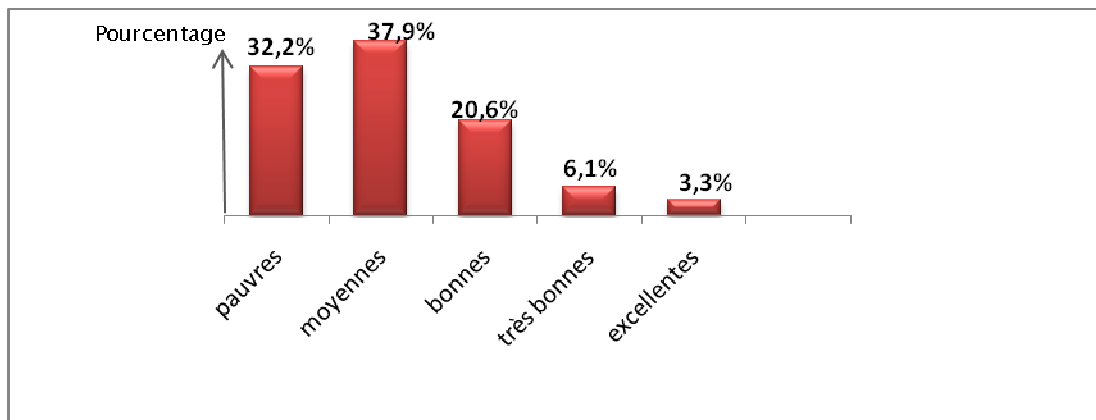
33,6% des patients ont reçu des informations moyennes quant aux résultats des bilans.

1-4. Comment étaient les explications concernant le but du traitement ?



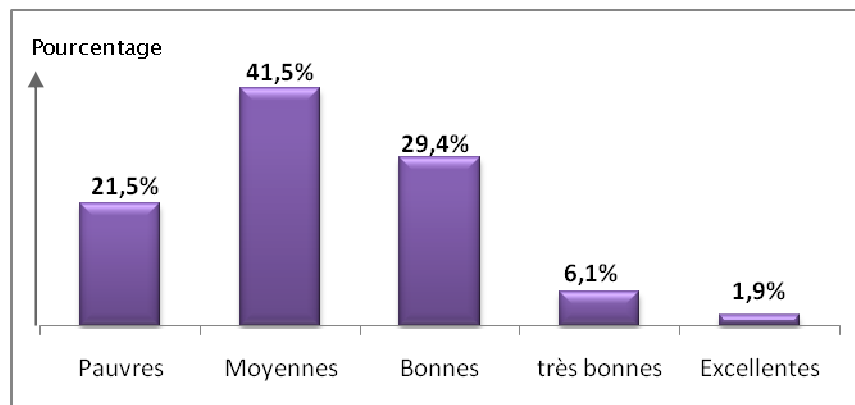
33,6% des patients disaient être bien informé sur le but du traitement.

1-5. Comment étaient les explications concernant les effets secondaires des traitements ?



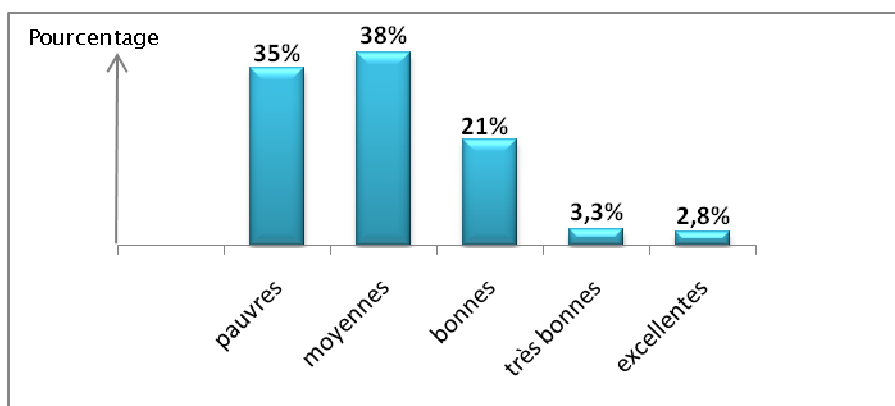
32,2% des patients n'ont pas reçu d'informations claires concernant les effets secondaires des traitements.

1-6. Comment étaient les informations qui vous ont été fournies à la sortie de l'hôpital, concernant les symptômes à guetter dans le futur ?



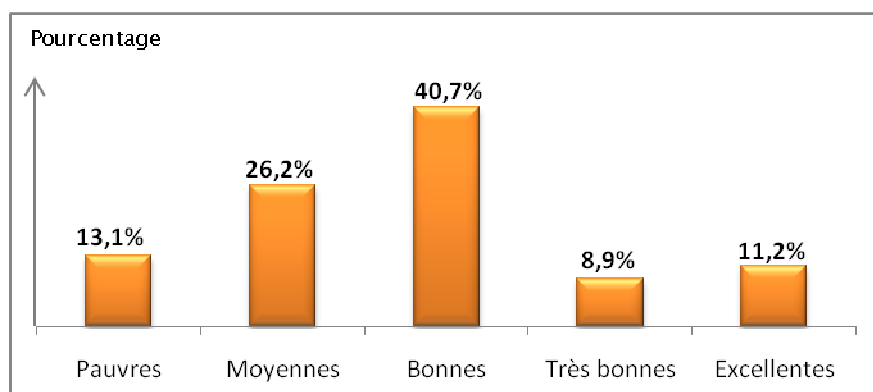
41,5% avaient des informations peu claires concernant les symptômes pouvant survenir au futur.

1-7. Comment étaient les informations qui vous ont été fournies, concernant les activités (sport, travail..) à reprendre après sortie de l'hôpital ?



38% des patients avaient des renseignements moyens concernant les activités à reprendre après l'hospitalisation.

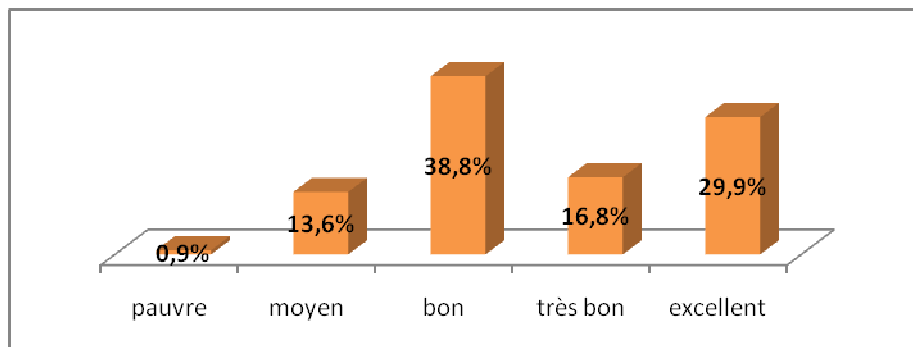
1-8. Comment étaient les informations qui vous ont été fournies, à votre sortie, concernant les soins médicaux ?



40,7% des patients estimaient avoir reçu de bons renseignements concernant les soins médicaux futurs.

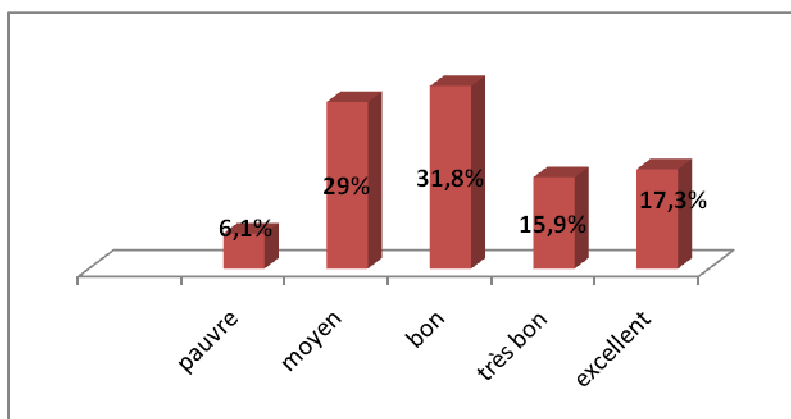
2. Dimension « Relation » :

2-1 Reconnaissez vous le médecin traitant et êtes vous satisfait de ses attitudes ?



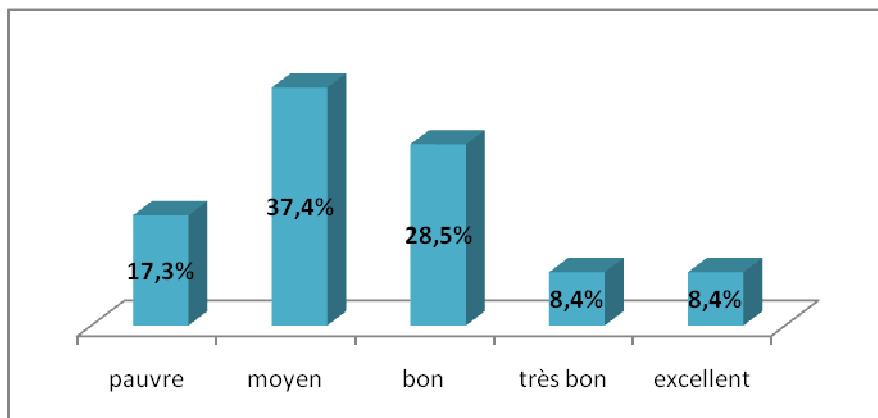
38,8% des patients reconnaissaient et étaient satisfaits de leur médecin traitant.

2-2 Quel était le degré de satisfaction quant au respect de votre intimité et confidentialité ?



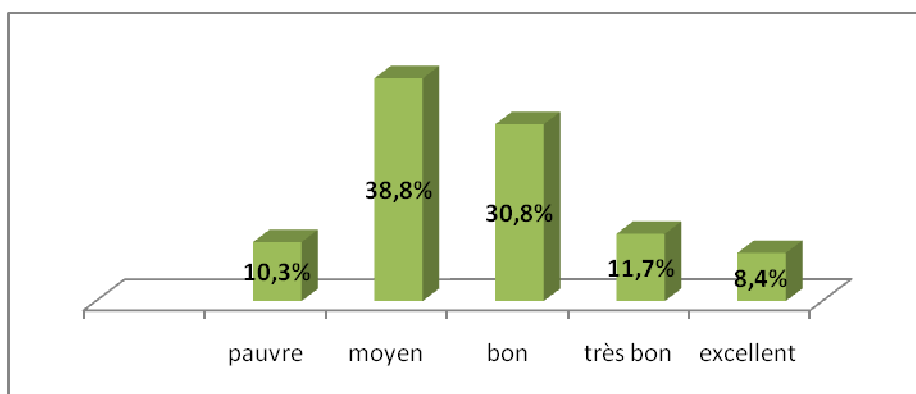
31,8% des patients avaient une réponse assez positive concernant le respect de leur intimité.

2-3 Quel était le degré de satisfaction quant aux prestations non médicales (repas, literie..) ?



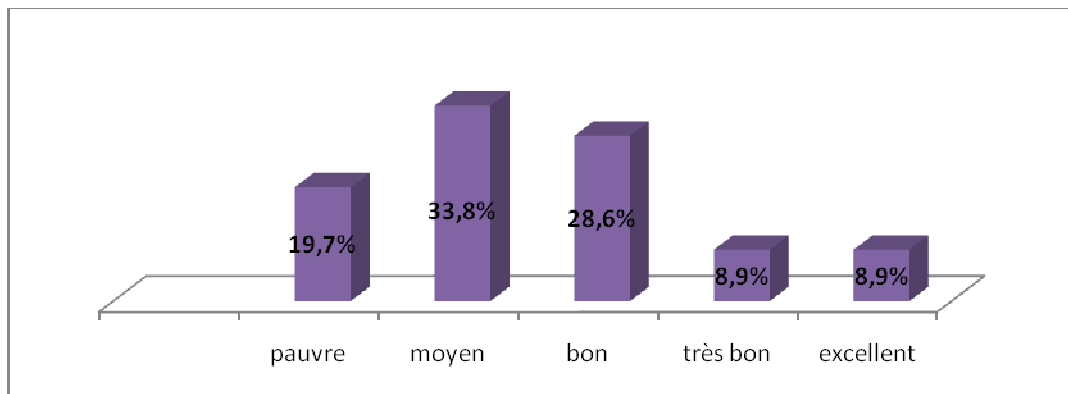
37,4% des patients avaient une satisfaction moyenne à l'égard des prestations non médicales (repas, literie, sanitaires).

2-4 Quel était le degré de satisfaction quant à la prise en charge de la douleur ?



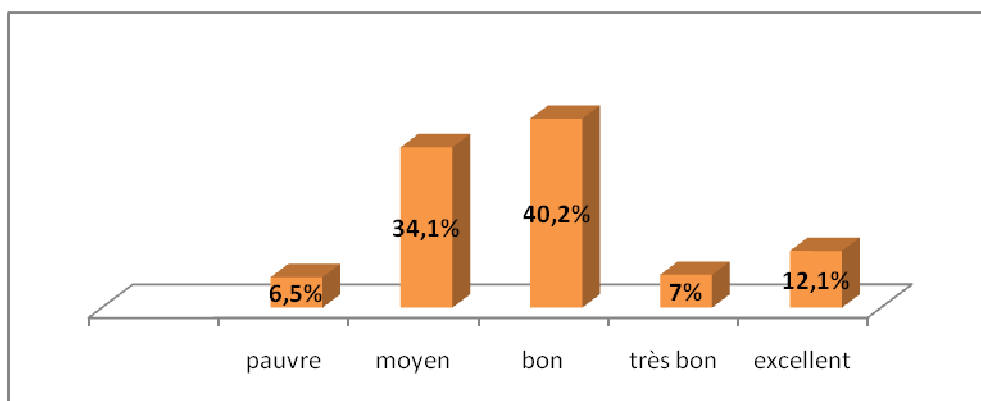
30,8% étaient assez satisfaits quant à la prise en charge de la douleur.

2-5 Quel était le degré de satisfaction quant à l'assistance de l'infirmière à son appel ?



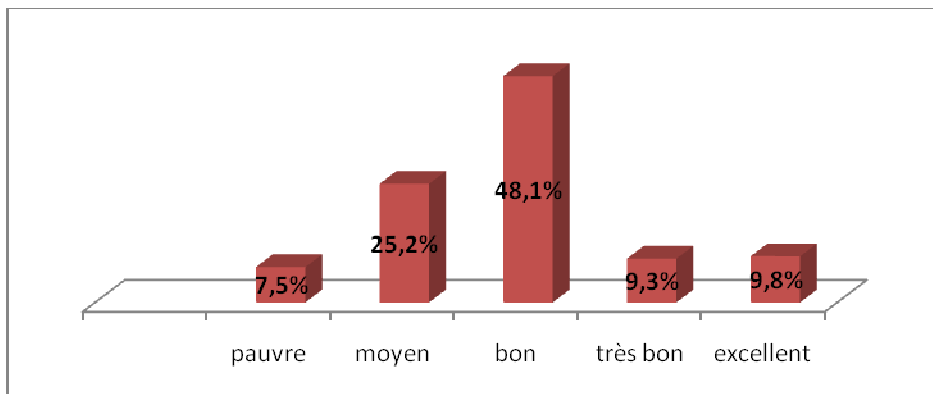
33,8% n'étaient que moyennement satisfaits quant à l'assistance de l'infirmière en cas d'appel.

2-6 Quel était le degré de satisfaction quant à l'organisation du service ?



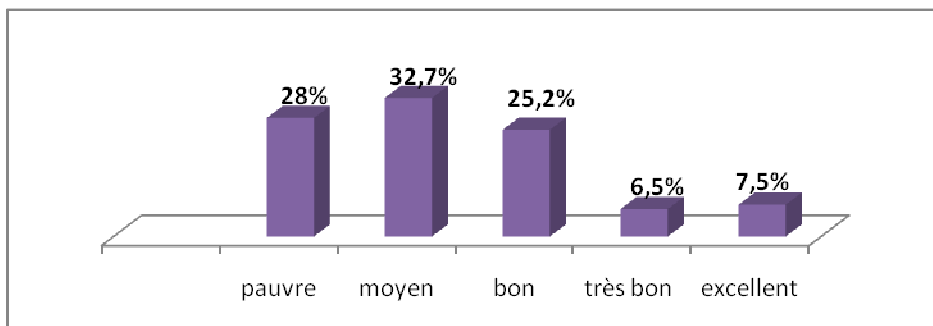
40,2% des patients estimaient que l'organisation du service était bonne.

2-7 Quel était le degré de satisfaction quant à l'ambiance du service ?



48,1% des patients estimaient que l'environnement du service était bon.

2-8 Quel était le degré de satisfaction quant au temps que vous consacrait l'infirmière ?



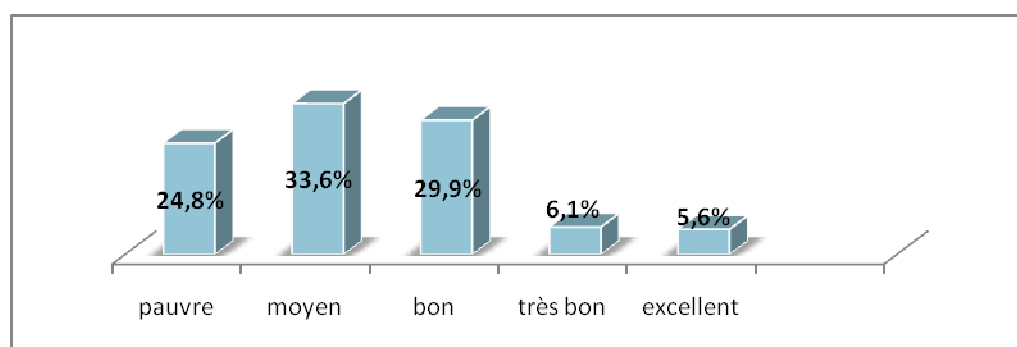
32,7% des patients avaient une satisfaction moyenne concernant le temps consacré par l'infirmière.

Tableau VI. Récapitulatif des réponses aux deux dimensions du questionnaire

	Pauvre	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
J'ai reçu des informations claires concernant:					
mes symptômes	10,7%	38,8%	34,1%	8,9%	7,5%
le but des bilans	9,3%	34,1%	36,9%	11,2%	8,4%
les résultats des bilans	15,4%	33,6%	32,2%	10,7%	6,5%
le but du traitement	10,3%	37,9%	33,6%	11,7%	6,5%
les effets secondaires possibles du traitement	32,2%	37,9%	20,6%	6,1%	3,3%
les symptômes alarmants à rechercher	21,5%	41,1%	29,4%	6,1%	1,9%
quand reprendre les activités après la sortie	35%	37,9%	21%	3,3%	2,8%
le suivi médical	13,1%	26,2%	40,7%	8,9%	11,2%
Le personnel et le service: quelle satisfaction?					
j'ai pu identifier mon médecin traitant	0,9%	13,6%	38,8%	16,8%	29,9%
les efforts pour respecter mon intimité	6,1%	29%	31,8%	15,9%	17,3%
l'assistance au cours des activités journalières	17,3%	37,4%	28,5%	8,4%	8,4%
l'assistance contre la douleur	10,3%	38,8%	30,8%	11,7%	8,4%
la promptitude des infirmières à leur appel	19,7%	33,8%	28,6%	8,9%	8,9%
l'organisation du service	6,5%	34,1%	40,2%	7%	12,1%
l'atmosphère du service	7,5%	25,2%	48,1%	9,3%	9,8%
le temps consacré par l'infirmière	28%	32,7%	25,2%	6,5%	7,5%

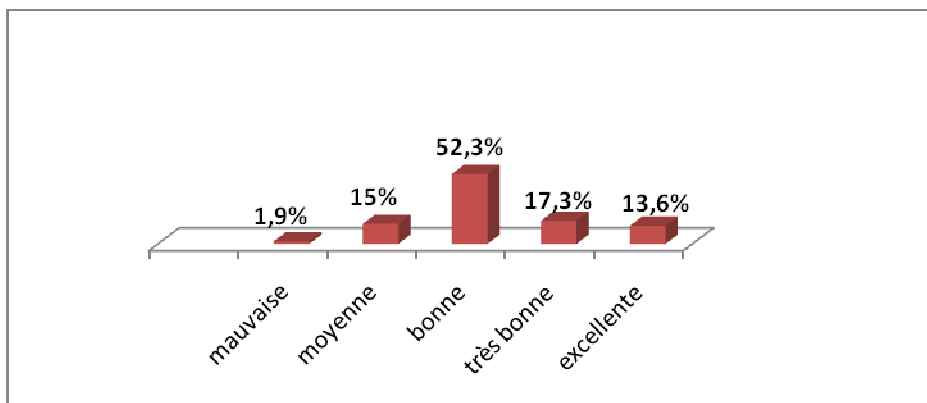
3. Avis des patients : (Tableau VII)

3.1. A quel degré votre avis, est-il pris en considération lors des prises de décisions concernant votre santé ?



33,6% des patients avaient une satisfaction moyenne concernant la prise en compte de leur avis lors des prises de décisions.

3.2. Globalement, comment était votre prise en charge ?



52,8% des patients estimaient avoir eu une bonne prise en charge.

Tableau VII. Récapitulatif des avis des patients hospitalisés

	Pauvre	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
Considération de l'avis des patients lors des prises de décisions	24,8%	33,6%	29,9%	6,1%	5,6%
Avis des patients sur la prise en charge globale	1,9%	15%	52,3%	17,3%	13,6%

4. Analyse des commentaires des patients :

Uniquement 20% des patients ont répondu à la dernière question du questionnaire réservée à leurs avis et commentaires vis-à-vis de la prise en charge hospitalière. Les principales idées retenues étaient :

- Le manque d'attention et d'empathie de la part du personnel paramédical surtout la nuit.

- Le manque d'information concernant la maladie.
- Le manque d'information concernant les modalités de sortie.
- Le nombre excessif de personnes par chambre.
- La qualité défectueuse des sanitaires.

IV. ANALYSE UNIVARIEE :

1. Caractéristiques sociodémographiques : (Tableaux VIII et IX)

1.1. L'âge :

Il n'y avait pas d'influence significative de l'âge des patients sur la satisfaction aussi bien pour la dimension « information » que pour la dimension « relation ».

1.2. Le sexe :

Les patients de sexe masculin étaient significativement plus satisfaits quant à la dimension « relation » et au score total.

1.3. Le statut marital et le nombre d'enfants:

La situation familiale ainsi que le nombre d'enfants n'avaient pas d'influence significative sur la satisfaction des patients hospitalisés.

1.4. Le niveau d'instruction :

Les patients ayant un niveau d'instruction primaire étaient plus satisfaits que les patients jamais instruits et que ceux ayant un niveau d'instruction secondaire et plus ; Ceci concernant la satisfaction globale.

1.5. La couverture sociale :

Il n'a pas été trouvé de liaison significative entre couverture sociale et satisfaction.

1.6. Le revenu :

Les patients touchant plus du SMIG par mois étaient significativement plus satisfaits quant aux deux dimensions (relation et information) et globalement.

1.7. La provenance :

Les patients de provenance urbaine étaient significativement plus satisfaits que ceux de provenance rurale.

1.8. La distance par rapport à l'hôpital :

Celle-ci n'avait pas d'influence significative sur la satisfaction des patients.

1.9. Les hospitalisations antérieures :

Il n'a pas été trouvé de lien entre satisfaction des patients hospitalisés et nombre d'hospitalisations antérieures.

2. Caractéristiques liées à l'hospitalisation : (Tableau X)

2.1. Le mode d'hospitalisation :

Le mode d'hospitalisation des patients n'avait pas d'influence sur la satisfaction.

2.2. La chambre :

Les patients hospitalisés dans une chambre double étaient plus satisfaits que ceux hospitalisés dans une chambre commune.

2.3. La durée de séjour :

Les patients qui étaient hospitalisés pendant une durée comprise entre 10 et 14 jours étaient plus satisfaits globalement.

Tableau VIII. Résultats de l'analyse univariée: Variables démographiques

	N (%)	EQS info	EQS relation	EQS total
Age (ans)				
<25	35 (16,4)	19,6± 7,2	21± 7,4	40,6± 13
25-39	58 (27,1)	19,7± 5,8	21,8± 6,1	41,5± 10,6
40-60	55 (25,7)	19,8± 6,2	24± 7,1	43,8± 11,2
>60	66 (30,8)	20,1± 6,1	22,6± 7	42,7± 11,7
p		0,98	0,17	0,56
Sexe				
masculin	99 (46,3)	20,4± 6,3	23,6± 6,8	44± 11,5
féminin	115 (53,7)	19,4± 6,1	21,6± 6,8	40± 11,4
p		0,21	0,032	0,05
Statut marital				
Non marié	66 (30,8)	19,8± 6,6	22,3± 7,4	42,1± 12,4
Marié	148 (69,2)	19,8± 6	22,6± 6,7	42,4± 11,1
p		0,923	0,61	0,72
Nombre d'enfants				
0	73 (34,1)	20,3± 6,4	21,7± 6,6	42± 11,6
1-2	40 (18,7)	18,8± 6	23± 7,9	41,8± 12,6
3-4	49 (22,9)	20,7± 6,1	23,4± 6,7	44,1± 11
>4	52 (24,3)	19± 6	22,5± 6,6	41,5± 11,3
p		0,34	0,56	0,67
Provenance				
rurale	80 (37,4)	18± 5,1	20,9± 6	38,9± 9,6
urbaine	134 (62,6)	20,9± 6,5	23,5± 7,2	44,4± 12,1
p		0,001	0,008	0,001
Distance/ Hôpital				
≤ 50 km	149 (69,6)	19,9± 6,1	22,7± 6,8	42,6± 11,3
> 50 km	65 (30,4)	19,4± 6,4	22,2± 7,1	41,6± 12
p		0,329	0,230	0,354

N : nombre. Résultats exprimés en moyenne±écart type. Scores variant de 0 (plus bas niveau de satisfaction à 40 pour chacune des dimensions et à 80 pour la satisfaction totale (meilleur niveau de satisfaction). EQS info : Score de la dimension « Information ». EQS Relation : Score de la dimension « Relation ».EQS total : Score total.

Tableau IX. Résultats de l'analyse univariée : Variables socioéconomiques

	N (%)	EQS info	EQS relation	EQS total
Niveau d'instruction				
aucun	111 (51,9)	18,8± 5,8	22± 6,4	40,8± 10,5
primaire	46 (21,5)	21± 7	25± 7,5	46± 13,3
secondaire et plus	57 (26,6)	20,7± 5,9	21,5± 6,9	42,2± 11,4
p		0,48	0,18	0,033
Couverture sociale				
aucune	171 (79,9)	19,4± 6,1	22,2± 6,7	41,6± 11,3
avec	43 (20,1)	21,3±6,4	23,6± 7,3	44,9± 12
p		0,08	0,22	0,1
Revenu (Dh/mois)				
aucun	137 (64)	19,1± 5,6	21,2± 6,1	40,4± 10,2
<1800	50 (23,4)	19,9± 7,4	24,5± 7,8	44,4± 13,7
≥1800	27 (12,6)	23± 6	25,3± 7,4	48,3± 11,6
p		0,013	0,001	0,002
Hospitalisations antérieures				
aucune	112 (52,3)	19,8± 6,3	22,7± 6,6	42,5± 11,3
1-2	73 (34,1)	18,9± 5,8	21,6± 7,4	40,5± 11,8
>2	29 (13,6)	21,8± 6,5	24± 6,7	45,8± 11,6
p		0,107	0,25	0,108

N : nombre. Résultats exprimés en moyenne±écart type. Scores variant de 0 (plus bas niveau de satisfaction à 40 pour chacune des dimensions et à 80 pour la satisfaction totale (meilleur niveau de satisfaction). EQS info : Score de la dimension « Information ». EQS Relation : Score de la dimension « Relation ».EQS total : Score total.

Tableau X. Résultats de l'analyse univariée : Caractéristiques du séjour

	N (%)	EQS info	EQS relation	EQS total
Mode d'hospitalisation				
urgence	149 (69,6)	19,9± 6,3	22,7± 6,8	42,6± 11,7
programmé	65 (30,4)	19,4± 6	22,1± 7	41,5± 11,2
p		0,58	0,55	0,52
Chambre				
commune	154 (72)	19,9± 6,3	21,6± 6,9	41,5± 11,5
double	60 (28)	21,6± 6	24,9± 6,2	46,5± 10,5
p		0,09	0,001	0,001
Durée de séjour (jours)				
< 7	65 (30,4)	18,7± 6	21,6± 7,2	40,3± 11,5
7-9	45 (21)	20,3± 6,3	23,3± 5,8	43,6± 10,6
10-14	53 (24,8)	21,4± 7	23,9± 7,6	45,3± 12,9
>14	51 (23,8)	19,4± 5	21± 5,8	40,4± 10,1
p		0,11	0,09	0,05

N : nombre. Résultats exprimés en moyenne±écart type. Scores variant de 0 (plus bas niveau de satisfaction) à 40 pour chacune des dimensions et à 80 pour la satisfaction totale (meilleur niveau de satisfaction). EQS info : Score de la dimension « Information ». EQS Relation : Score de la dimension « Relation ».EQS total : Score total.

3. Variables liées à l'état de santé et satisfaction dans la vie : (Tableau XI)

3.1. Amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation :

Les patients qui jugeaient que leur état de santé s'est nettement amélioré au cours de l'hospitalisation étaient plus satisfaits que ceux qui y voyaient une faible amélioration. Et ces derniers, étaient plus satisfaits que ceux qui estimaient que leur état de santé ne s'est pas amélioré du tout. Ceci concernant aussi bien les dimensions « information » et « relation » que la satisfaction globale.

3.2. Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge :

Les patients qui pensaient avoir un état de santé meilleur que celui des personnes de leur âge étaient plus satisfaits que ceux qui pensaient que leur état de santé était pareil à celui des personnes du même âge. Et ceux-ci étaient encore plus satisfaits que les patients qui estimaient avoir un état de santé pire que celui des personnes de leur âge. Ceci concernant la dimension « Information » et la satisfaction globale.

3.3. La satisfaction dans la vie en général :

Dans cette étude, il y avait une corrélation significative entre la satisfaction des patients hospitalisés et leur satisfaction dans la vie en général aussi bien pour les dimensions « information » et « relation » que pour la satisfaction globale.

Tableau XI. Résultats de l'analyse univariée :
Variables liées à l'état de santé et satisfaction dans la vie

	N (%)	EQS info	EQS relation	EQS total
Amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation				
nulle	15(7)	15,8± 5,5	19,4± 4,4	35,2± 8,5
faible	92 (43)	18± 5,6	20,9± 6,5	38,9± 10,4
grande	107 (50)	21,9± 6,1	24,3± 7	46,3± 11,5
p		< 0,001	<0,001	<0,001
Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge				
pire	89(41,6)	18± 5,4	21,4±6,1	39,4± 9,9
pareil	100 (46,7)	20,6±5,9	23±6,9	43,7±11,3
meilleur	25 (11,7)	22,7± 8,2	24,6± 8,5	47,3± 15,3
p		0,001	0,075	0,003
Satisfaction dans la vie				
r		0,172	0,274	0,277
p		0,012	<0,001	<0,001

N : nombre. Résultats exprimés en moyenne±écart type. Scores variant de 0 (plus bas niveau de satisfaction) à 40 pour chacune des dimensions et à 80 pour la satisfaction totale (meilleur niveau de satisfaction). EQS info : Score de la dimension « Information ». EQSRelation : Score de la dimension « Relation ».EQS total : Score total. r : corrélation de Pearson.

V. ANALYSE MULTIVARIEE :

1. Dimension « Information »: (Tableau XII et XIII)

Les déterminants d'une meilleure satisfaction étaient la provenance urbaine, l'hospitalisation dans une chambre double, les hospitalisations antérieures plus de deux fois, la durée de séjour de 10 à 14 jours, la perception d'une nette amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation et la satisfaction dans la vie en général.

2. Dimension « Relation » : (Tableaux XIV et XV)

Les déterminants d'une meilleure satisfaction étaient la durée de séjour de 10 à 14 jours, la perception d'une nette amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation et la satisfaction dans la vie en général.

3. Satisfaction globale: (Tableaux XVI et XVII)

Les déterminants d'une meilleure satisfaction globale étaient la provenance urbaine, l'hospitalisation dans une chambre double, l'hospitalisation antérieure plus de deux fois, la durée de séjour de 7 à 14 jours, la perception d'une nette amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation et la satisfaction dans la vie en général.

Tableau XII. Analyse multivariée de la dimension « Information » : variables sociodémographiques

Variable	β	IC 95%	p
Sexe			
masculin	0	.	.
féminin	-0,088	-1,788 ; 1,613	0,919
Couverture sociale			
avec	0	.	.
sans	0,416	-1,652 ; 2,483	0,694
Revenu (dh/mois)			
≥ 1800	1,668	-1,114 ; 4,451	0,24
< 1800	-0,4	-2,428 ; 1,627	0,699
sans	0	.	.
Provenance			
urbaine	1,93	0,290 ; 3,569	0,021
rurale	0	.	.
Hospitalisations antérieures			
> 2	3,15	0,826 ; 5,473	0,008
1-2	-0,326	-2,010 ; 1,357	0,704
aucune	0	.	.

IC 95% : Intervalle de confiance à 95% ; un coefficient β positif indique une meilleure satisfaction et un coefficient négatif une moindre satisfaction.

Tableau XIII. Analyse multivariée de la dimension « Information » : variables liées au séjour et à l'état de santé

Variable	β	IC 95%	p
Durée de séjour (jours)			
>14	1,601	-0,402 ; 3,604	0,117
10-14	3,191	1,164 ; 5,219	0,002
7-9	2,084	-0,056 ; 4,224	0,056
<7	0	.	.
Chambre			
double	2,049	0,292 ; 3,806	0,022
commune	0	.	.
Amélioration de l'état de santé			
grande	3,704	0,242 ; 7,166	0,036
faible	0,803	-2,466 ; 4,072	0,63
nulle	0	.	.
Perception de l'état de santé par rapport à celui des personnes du même âge			
meilleur	2,528	-0,081 ; 5,138	0,058
pareil	1,04	-0,769 ; 2,848	0,26
pire	0	.	.
Satisfaction dans la vie (en général)			
	0,208	-0,296 ; 0,712	0,42

IC95% : Intervalle de confiance à 95%; un coefficient β positif indique une meilleure satisfaction et un coefficient négatif une moindre satisfaction.

Tableau XIV. Analyse multivariée de la dimension « Relation » : variables sociodémographiques

Variable	β	IC à 95%	p
Age (ans)			
≥60	0,546	-2,789 ; 3,881	0,748
40-59	2,332	-0,691 ; 5,354	0,131
25-39	-1,013	-3,679 ; 1,654	0,457
<25	0	.	.
Sexe			
masculin	0	.	.
féminin	-0,24	-2,104 ; 1,623	0,8
Niveau d'instruction			
≥secondaire	-1,284	-4,062 ; 1,495	0,365
primaire	1,529	-1,130 ; 4,189	0,26
aucun	0	.	.
Couverture sociale			
avec	0	.	.
aucune	-0,437	-2,761 ; 1,888	0,713
Revenu (dh/mois)			
≥1800	1,407	-1,738 ; 4,553	0,381
<1800	1,587	-0,666 ; 3,839	0,167
Aucun	0	.	.
Origine			
urbaine	1,584	-0,264 ; 3,433	0,093
rurale	0	.	.
Distance/hôpital			
>50 km	0,532	-1,269 ; 2,333	0,563
≤50 km	0	.	.
Hospitalisations			
>2	1,7	-0,857 ; 4,257	0,193
1-2	0,402	1,459 ; -2,262	0,672
aucune	0	.	.

IC95% : Intervalle de confiance à 95% ; un coefficient β positif indique une meilleure satisfaction et un coefficient négatif une moindre satisfaction.

Tableau XV. Analyse multivariée de la dimension « Relation » : variables liées au séjour et à l'état de santé

Variable	β	IC à 95%	p
Durée de séjour (jours)			
>14	-0,088	-2,304 ; 2,129	0,938
10-14	2,715	0,482 ; 4,948	0,017
7-9	1,861	-0,510 ; 4,232	0,124
<7	0	.	.
Chambre			
Double	1,459	-0,468 ; 3,386	0,138
Commune	0	.	.
Amélioration de l'état de santé			
Grande	4,95	1,027 ; 8,873	0,013
Faible	1,822	-1,810 ; 5,454	0,326
Nulle	0	.	.
Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge			
Meilleur	0,735	-2,166 ; 3,637	0,619
Pareil	0,314	-1,735 ; 2,363	0,764
Pire	0	.	.
Satisfaction dans la vie	0,782	0,225 ; 1,339	0,006

IC95% : Intervalle de confiance à 95% ; un coefficient β positif indique une meilleure satisfaction et un coefficient négatif une moindre satisfaction.

Tableau XVI. Analyse multivariée de la satisfaction globale : variables sociodémographiques

Variable	β	IC à 95%	p
Sexe			
masculin	0	.	.
féminin	-0,284	-3,372 ; 2,803	0,857
Niveau d'instruction			
secondaire et plus	-2,135	-5,582 ; 1,313	0,225
primaire	1,739	-2,099 ; 5,577	0,375
Sans	0	.	.
Couverture sociale			
avec	0	.	.
aucune	0,013	-3,717 ; 3,742	0,995
Revenu (dh/mois)			
≥ 1800	3,584	-1,480 ; 8,648	0,165
< 1800	0,854	-2,832 ; 4,539	0,65
aucun	0	.	.
Provenance			
urbaine	3,455	0,421 ; 6,488	0,026
rurale	0	.	.
Hospitalisations antérieures			
> 2	4,822	0,637 ; 9,007	0,024
1-2	-0,447	-3,516 ; 2,623	0,775
aucune	0	.	.

IC95% : Intervalle de confiance à 95% ; un coefficient β positif indique une meilleure satisfaction et un coefficient négatif une moindre satisfaction.

Tableau XVII. Analyse multivariée de la satisfaction globale : variables liées au séjour et à la qualité de vie

Variable	β	IC à 95%	p
Durée de séjour (jours)			
>14	2,02	-1,596 ; 5,635	0,274
10-14	6,027	2,327 ; 9,728	0,001
7-9	4,177	0,266 ; 8,088	0,036
<7	0	.	.
Chambre			
double	3,709	0,528 ; 6,889	0,022
commune	0	.	.
Amélioration de l'état de santé durant l'hospitalisation			
grande	7,488	1,160 ; 13,816	0,02
faible	1,985	-3,944 ; 7,913	0,512
nulle	0	.	.
Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge			
meilleur	3,631	-1,111 ; 8,373	0,133
pareil	1,656	-1,667 ; 4,979	0,329
pire	0	.	.
Satisfaction dans la vie			
	1,03	0,111 ; 1,949	0,028

IC95% : Intervalle de confiance à 95% ; un coefficient β positif indique une meilleure satisfaction et un coefficient négatif une moindre satisfaction.



DISCUSSION

I. RESUME DES PRINCIPAUX FAITS :

Dans cette étude incluant 214 patients, la majorité d'entre eux était assez satisfaite de leur hospitalisation. La satisfaction des patients était liée à la provenance urbaine, à l'hospitalisation dans une chambre double, au nombre d'hospitalisations antérieures dépassant 2, à la durée de séjour entre 7 et 14 jours, à l'amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation et à la satisfaction dans la vie en général.

II. DISCUSSION CONCERNANT LA METHODOLOGIE :

1. Les critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude, les patients hospitalisés pendant plus de 48h. Les patients doivent séjourner assez longtemps à l'hôpital, pour pouvoir juger des différents aspects des soins. Quintana et al [60] ont inclus les patients hospitalisés pendant au moins 48h. Nguyen Thi et al [59], ceux ayant séjourné pendant au moins 3 jours.

2. Le choix du questionnaire :

Les instruments génériques de mesure de satisfaction des patients hospitalisés sont peu nombreux [5]. C'est l'exemple du questionnaire de Delbanco qui est un questionnaire comportant 91 questions et explorant successivement sept dimensions de la satisfaction [5], ou du PJHQ (patient judgments of hospital quality) qui a été également proposé par Nguyen Thi et al [59]. Le questionnaire « EQS-H » est un auto-questionnaire élaboré et validé en France. C'est un questionnaire relativement spécifique explorant la satisfaction des patients vis-à-vis des soins médicaux et infirmiers qu'ils ont reçus à l'occasion d'une hospitalisation dans un service de court séjour de médecine ou de chirurgie. Notre choix s'est porté sur la nouvelle version [8] de ce dernier pour plusieurs raisons. D'une part, c'est un questionnaire simple et court, évaluant

deux dimensions majeures de la satisfaction et ne comportant que 16 questions, d'autre part, c'est un questionnaire assez précis, avec des réponses évaluées selon une échelle de 5 points.

3. Le mode d'administration du questionnaire :

Dans une revue de littérature, Sitzia & Wood [95] ont effectué une analyse de 210 études. Celles-ci ont été conduites dans 38% des cas aux USA, dans 29% au Royaume-Uni, 16% au reste de l'Europe, 7% en Australie et seulement 4% aux autres pays. Dans ces études, la collecte des données s'est faite par un enquêteur en face à face dans 50% des cas, par courrier dans 29% des cas et par téléphone dans 9% des cas. L'approche par face à face était accompagnée significativement d'un taux plus élevé de réponses [95].

Dans cette étude, la version arabe de l'EQS-H a été administrée par un enquêteur en face à face, et ceci pour des raisons particulières: Primo, la majorité des patients étaient analphabètes et ne pouvaient remplir directement le formulaire. Secundo, à l'envoi postal des questionnaires au domicile des patients, le taux de réponse serait certainement bas, à cause des possibles échecs d'envoi et de réception par courrier et puis encore, du taux d'analphabétisme chez la population étudiée...

Il est vrai aussi, que l'enquête par face à face s'accompagne de quelques biais, les répondants donnant parfois des réponses qu'ils sentent plus acceptables et pouvant être influencés par l'enquêteur lui-même [5-7].

4. Le moment d'administration du questionnaire :

Le moment d'administration du questionnaire joue un rôle important. Ce délai ne doit cependant pas être trop long, de manière à ce que les réponses soient bien spécifiques de l'hospitalisation [5]. Labarère et al [70] ont préconisé d'administrer le questionnaire à 2-4 semaines après la sortie de l'hôpital, car ceci permettrait de réduire les biais de mémorisation. Jackson et al [14] ont comparé la satisfaction des patients, en ambulatoire, au moment de la

consultation, à 2 semaines et à 3 mois : Ils ont noté que globalement le taux de satisfaction augmentait avec le temps, et ont montré que la satisfaction était liée immédiatement après la consultation, aux aspects de communication entre médecins et patients ; alors qu'à 2 semaines ou 3 mois après, la satisfaction était plus liée à l'état de santé et à son évolution. Cependant, Crow et al [7], en étudiant 4 travaux évaluant le moment d'administration du questionnaire de satisfaction chez des patients hospitalisés, n'ont pas montré de résultats concluants.

Nous avons administré le questionnaire aux patients le jour même de leur sortie, ceci avait pour but d'obtenir un taux de réponse élevé. En interrogeant les patients lors des consultations, à 2 semaines après leur sortie, nous risquions d'avoir des taux de participations moindres, certains patients pouvant ne pas revenir.

III. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC CEUX DE LA LITTERATURE :

1. Taux de satisfaction des patients :

Dans cette étude, les patients étaient moyennement satisfaits quant aux renseignements fournis concernant leur maladie et leur prise en charge, et étaient assez satisfaits sur le plan relationnel, vis-à-vis du personnel médical et paramédical et vis-à-vis du service et des prestations non médicales. Ces résultats semblent très moyens bien qu'il n'ait pas été établi de seuil de positivité de la satisfaction des patients dans la littérature [7].

2. Déterminants de la satisfaction des patients :

2.1. Caractères sociodémographiques :

a. L'âge :

L'âge des patients hospitalisés n'influçait pas leur satisfaction concernant les deux dimensions (relation et information), ceci concorde avec les données de certaines études [61-63, 96, 97]. Kane et al [98] ont noté que les patients jeunes étaient plus satisfaits. Pourtant, de

nombreuses études ont montré que les sujets âgés étaient plus satisfaits quant aux soins qui leur sont délivrés [8, 14, 45, 50, 51, 53,56–60 ,99]. Les sujets âgés, appartenant à une génération plus ancienne, seraient plus tolérants, susciteraient plus de respect et de soins de la part du personnel. Mais encore, les patients âgés, se basant sur leurs anciennes expériences, pourraient-ils fonder des attentes plus faibles que les sujets jeunes, et être plus satisfaits ?

b. Le sexe :

Le rapport entre ce paramètre et la satisfaction des patients était non significatif. Ceci concorde avec les résultats de plusieurs études [52,54, 56, 58, 76, 95]. Par ailleurs, certaines études [4,8, 59, 60] ont démontré que les hommes étaient plus satisfaits que les femmes, et d'autres [45,96] que les femmes étaient plus satisfaites. L'étude de Barlési et al [62] a montré que les hommes étaient plus satisfaits quant à la communication et que les femmes étaient plus satisfaites sur le plan relationnel.

c. Le statut marital :

Le statut marital n'influençait pas de manière significative la satisfaction des patients. Ceci rejoint les résultats de Iolovska et al [4] et de Barlési et al [62]. Cependant, d'autres études [56,59,60] ont montré que les patients mariés étaient plus satisfaits vis-à-vis des soins.

d. Le nombre d'enfants :

Dans cette étude, il n'y avait pas de lien significatif entre le nombre d'enfants et la satisfaction. Iolovska et al [4] ont noté que les patients appartenant à une famille nombreuse étaient plus satisfaits.

e. La couverture sociale :

Les patients non assurés paraissaient moins satisfaits dans l'étude de Boudreaux et al [63], mais sans grande signification, ce qui rejoint les résultats de notre étude.

f. Le revenu :

En analyse univariée, les patients ayant un revenu supérieur au SMIG étaient très satisfaits ; mais, ce n'était pas le cas en analyse multivariée, ce qui concorde avec quelques

études [4, 53, 54, 56, 98, 99]. Néanmoins, certaines études ont montré que les patients au revenu élevé étaient plus satisfaits [61,100] et que ceux au revenu modeste ne l'étaient pas [58, 101].

g. Le niveau d'instruction :

Le niveau de scolarité des patients influencerait leur satisfaction vis-à-vis des soins. Les patients moins instruits étaient plus satisfaits dans quelques études [25,53,56,61,62,99]. Ceux-ci pourraient fonder des attentes plus faibles. A l'opposé de l'étude de Kane et al [97] où les plus instruits étaient les plus satisfaits. Nous n'avons pas noté de relation significative entre le niveau d'éducation et la satisfaction, ce qui rejoint les résultats de Gross et al [102] et de Iolovska et al [4].

h. L'origine :

Il y avait une influence significative de l'origine des patients sur leur satisfaction: les citadins étaient plus satisfaits que les patients qui résidaient dans les régions rurales pour les deux dimensions (information et relation). Ceci a également été démontré par Nguyen Thi et al [59], les patients vivant dans de petites communautés étant les moins satisfaits. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les citadins puissent mieux discerner les différentes mesures de l'hospitalisation. A l'opposé, Espinheira et al [25] ont montré que les citadins étaient moins satisfaits sur le plan relationnel.

i. La distance de l'hôpital :

Il n'a pas été noté de relation significative entre la satisfaction des patients hospitalisés et la distance entre leur lieu de résidence et l'hôpital. C'est ce qui a été également montré par Nguyen Thi et al [59].

j. Hospitalisations antérieures :

Les patients ayant déjà été hospitalisés plus de 2 fois, étaient plus satisfaits. Ceux-ci seraient plus habitués à l'hôpital ? Auraient-ils plus d'expérience vis-à-vis de l'hospitalisation ? Quintana et al [60] ont montré que ceux qui étaient hospitalisés plus de 4 fois étaient moins

satisfaits. Dans leur étude, le nombre d'hospitalisation antérieures était divisé en 3 items (≤ 2 , 3-4 et >4 fois).

2.2. Caractéristiques liées à l'hospitalisation :

a. Le mode d'hospitalisation :

Ofofwe et Ofili [96] ont noté que les patients admis à partir des urgences n'étaient pas satisfaits sur le plan informatif. Dans le même sens, Nguyen Thi et al [59] ont prouvé que les patients programmés étaient plus satisfaits. Le mode d'hospitalisation n'avait pas d'influence significative sur la satisfaction des patients hospitalisés dans notre étude et dans celle de Moret et al [8].

b. La chambre :

La satisfaction des patients était significativement liée à l'hospitalisation dans des chambres doubles par rapport aux chambres communes; ceci a été également prouvé par Nguyen Thi et al [59]. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les chambres doubles ou individuelles fournissent au patient un cadre plus calme, plus agréable, et permettent plus de respecter son intimité, ce qui le rendrait plus satisfait. Actuellement, avec l'évolution des structures hospitalières, il existe une disparition progressive des chambres communes au profit des chambres individuelles ou doubles.

c. La durée de séjour :

Les patients hospitalisés pendant une durée comprise entre 7 et 14 jours étaient plus satisfaits. Ceux-ci préféreraient rester hospitalisés assez longtemps pour s'adapter d'une part aux aspects de l'hospitalisation et pour ressentir une amélioration de leur état de santé physique et psychique au fil des jours. Nguyen Thi et al [59] et Quintana et al [60] ont noté que le taux de satisfaction était élevé lorsque la durée de séjour était courte. Inversement, mais bien des années avant, Fleming [53] a noté que le taux de satisfaction était élevé quand la durée de séjour était longue.

Aujourd'hui, la politique de raccourcissement de séjour est admise dans la majorité des services hospitaliers, en partie pour des raisons économiques, avec apparition d'autres alternatives de prise en charge (en ambulatoire ou en hôpital de jour), même si les patients ne sont pas toujours pour : Luthy et al [103] ont montré que seulement 9% des patients étaient pour cette politique versus 54% contre. Selon ces auteurs [103], qui ont conduit leur étude dans un service de médecine interne de moyen séjour, auprès de patients relativement âgés (âge moyen de 73 ± 29 ans), il était difficile de prédire si cette politique pouvait être maintenue sans générer des effets néfastes sur les relations thérapeutiques et sur la satisfaction des patients et des soignants.

2.3. L'état de santé et la satisfaction dans la vie :

a. Amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation :

Les patients qui jugeaient que leur état de santé s'est nettement amélioré au cours de l'hospitalisation étaient plus satisfaits, rejoignant les résultats de certaines études [8,5554]. Le bon état de santé était positivement lié à la satisfaction dans plusieurs études [14,52,66-68,104]. Néanmoins, l'évaluation même de l'état de santé reste relativement subjective. En effet, dans les questionnaires ou en entretien, les patients nous précisent ce qu'ils ressentent quant à leur santé. Actuellement, plusieurs instruments de qualité de vie sont valides, permettant une mesure objective de l'état de santé des patients [7]. Ceci permettrait d'apprécier l'impact réel de cet état de santé sur la satisfaction des patients. C'est ce qui a été étudié par Nguyen Thi et al [59].

b. Perception de l'état de santé par rapport aux personnes du même âge :

Le score de satisfaction était élevé pour les patients qui pensaient avoir une meilleure santé que les personnes du même âge dans l'étude de Moret et al [8]. Ceci n'a pas été trouvé dans notre étude.

c. Satisfaction dans la vie en général :

Les patients satisfaits dans leur vie en général étaient plus satisfaits rejoignant l'étude de Moret et al [8]. Ceci s'expliquerait par le fait que les patients satisfaits dans leur vie

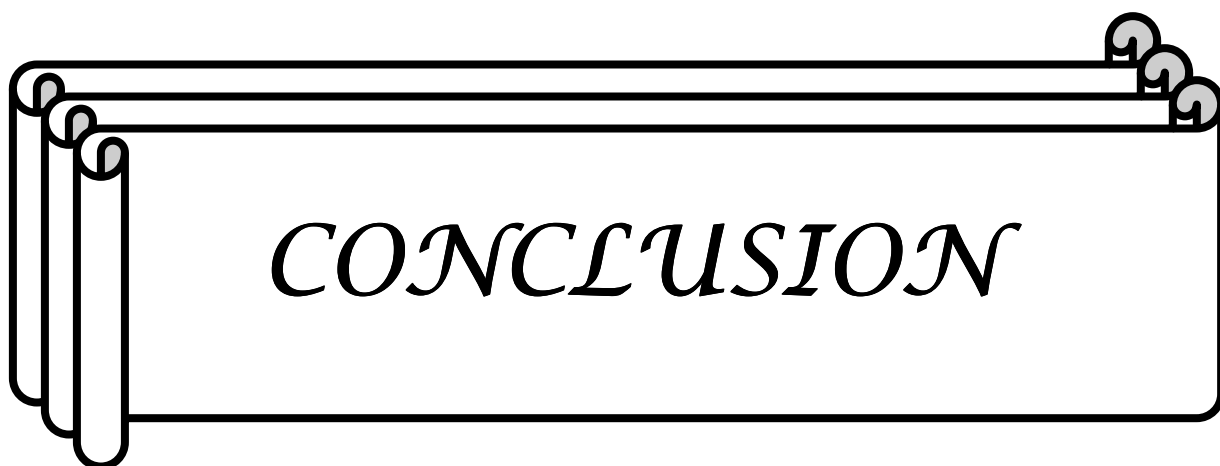
ont une vue positive de leur situation leur permettant d'être autant satisfaits par rapport aux soins.

IV. LIMITES DE L'ETUDE :

Cette étude a plusieurs limites. Il s'agit d'une enquête faite par un questionnaire français (EQS-H), que nous avons traduit. Cette traduction peut présenter plusieurs lacunes, non seulement à cause de la traduction sémantique mais aussi à cause des divergences culturelles entre deux pays, deux systèmes de santé et deux populations très différentes. Ceci pourrait entraîner quelques biais de réponses.

Aussi, le questionnaire a été administré par un enquêteur en face à face, ce qui pourrait mettre en doute l'objectivité du questionnaire d'une part ; d'autre part, l'enquêteur est un interne appartenant au même service, ceci pourrait entraîner plus de biais de « crainte de représailles ».

Par ailleurs, cette étude a été menée dans un seul service hospitalier. Il est alors difficile de généraliser nos résultats à tout l'hôpital et encore plus à toute une population marocaine. En outre, la durée de l'étude, n'étant que de cinq mois, la satisfaction étudiée ne pourrait refléter la satisfaction de tous les patients admis au même service. Une étude sur une durée plus longue serait plus précise et plus large.



Cette étude montre que la version arabe de l'Echelle de Qualité de Soins en Hospitalisation « EQS-H » est valide avec de bonnes propriétés psychométriques. La satisfaction des patients était liée à la provenance urbaine, à l'hospitalisation dans une chambre double, aux hospitalisations antérieures plus de 2 fois, à la durée de séjour entre 7 et 14 jours, à l'amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation et à la satisfaction dans la vie en général. Le taux de satisfaction était toutefois assez moyen surtout sur le plan informatif, d'où l'intérêt de cultiver, par les soignants, les aptitudes communicatives et relationnelles indispensables pour répondre aux attentes de leurs patients.

La satisfaction des patients étant un concept complexe évoluant dans le temps et selon les sujets, une étude menée sur une durée plus longue et étendue à plusieurs services évaluerait mieux la satisfaction des patients et permettrait de mieux déceler les dysfonctionnements liés à la prise en charge hospitalière. Des dysfonctionnements qui devraient faire entreprendre, de manière continue, les mesures correctrices nécessaires pour une qualité de soins meilleure.



Annexe 1 : le questionnaire EQS-H : version anglaise 2007

Dear Sir or Madam

You were recently admitted to (...) Hospital and we would like to know how satisfied you were with the way in which your needs were catered for while you were there.

Below you will find some statements that people may make about their hospital experience..

For each statement, please tick the box that best corresponds to your experience. Your answers will remain confidential and strictly anonymous. Please return the questionnaire, whether completed or not, in the prepaid envelope provided.

Thank you for taking part.

The research team

Information given to me in this hospital about my condition and treatment

How clear were the explanations?

– about my symptoms:

Poor Average Good Very good Excellent

– about why I needed certain examinations or tests:

Poor Average Good Very good Excellent

– about the results of my examinations or tests:

Poor Average Good Very good Excellent

– about the aims of my treatment (medication, operation, etc):

Poor Average Good Very good Excellent

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

– about possible side effects of my treatment:

Poor Average Good Very good Excellent

The hospital staff and the ward

How satisfied were you with the following?

– the information as to which doctor was in charge of me:

Poor Average Good Very good Excellent

– efforts to ensure my privacy:

Poor Average Good Very good Excellent

– assistance given me for day-to-day activities (eating, washing, dressing etc):

Poor Average Good Very good Excellent

– assistance for pain relief:

Poor Average Good Very good Excellent

– the promptness of nurses in coming when called:

Poor Average Good Very good Excellent

– the organization of the ward:

Poor Average Good Very good Excellent

Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

- the atmosphere in the ward:

Poor Average Good Very good Excellent

- the readiness of nurses to spend time with me:

Poor Average Good Very good Excellent

Information given to me when leaving the hospital

How clear were the explanations?

- about the symptoms I should watch for in the future:

Poor Average Good Very good Excellent

-about the activities I could resume after discharge (job, sport, etc):

Poor Average Good Very good Excellent

about my medical care after discharge:

Poor Average Good Very good Excellent

Your overall opinion

I had as much say as I wanted in medical decisions that concerned me

Very rarely or never Sometimes Often Nearly always Always



Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue

On the whole, the care and treatment that I received was

Poor Average Good Very good Excellent

Details about you and your health

Male /_/ Female /_/

Age /_/_/_/

Was your stay in hospital planned ?

YES, it was planned NO, I was admitted in emergency

Did your health condition improve in the course of your hospital stay ?

NO /_/ YES, a little /_/ YES, a lot /_/

Compared to other people of your age, how do you view your health ?

Worse than others of my age /_/ About the same as others of my age /_/ Better than others of my age /_/

How satisfied are you with your life IN GENERAL (disregarding your stay in hospital)?

Tick the appropriate box between 1 for "not at all satisfied" and 7 for "completely satisfied".

1 2 3 4 5 6 7

In your opinion, what would be the priorities for improvement in this hospital?

.....

Please return this questionnaire in the prepaid envelope provided.

Thank you for answering the questionnaire.

Annexe 2: Version traduite de l'EQS-H

مصلحة المستعجلات الطبية الإستشفائية

بمستشفى ابن سينا-بالرباط -

1- المعلومات التي أعطيت لكم حول وضعكم الصحي و العلاجات التي ستقدم لكم :
ما مدى وضوح هذه المعلومات؟

حول أعراضكم المرضية؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

حول أهداف الفحوصات التي أنجزت لكم؟

ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

حول نتائج هذه الفحوصات ؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

حول أهداف العلاج؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

حول الأعراض الجانبية لتلك العلاجات؟

ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

2- الطاقم الطبي و المصلحة :

ما مدى رضاكم عن المصلحة و العاملين فيها؟

عن معرفة الطبيب المعالج؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

هل يتم احترام خصوصياتكم؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

المساعدات المقدمة لكم يوميا (الأكل، الغسل، اللباس) ؟

ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

المساعدات المقدمة إليكم لتخفيف الآلام؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

استجابة الممرضة لندائكم؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

النظام في المصلحة؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

مستوى التفاهم بين العاملين في المصلحة؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

استعداد الممرضة لقضاء الوقت معكم؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

3- المعلومات المعطاة عن مغادرتكم المستشفى : ما مدى وضوحها؟

حول الأعراض المتوقعة (التي قد تحصل في المستقبل) ؟

ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

حول الأنشطة التي يمكنكم مزاولتها (مهنية، رياضية) ؟

ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

حول العناية الطبية؟
ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

4- رأيكم العام :

هل يتم اعتبار رأيكم في اتخاذ قرارات تهتم بصحتكم ؟

ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

على العموم، كيف كانت العناية و العلاج ؟

ضعيف متوسط جيد جيد جدا ممتاز

5- بعض التفاصيل تتعلق بكم وبصحتكم :

الجنس : ذكر انثى

السن :

هل تم التخطيط لاستشفائكم ؟ أجل لا -استشفاء عبر المستعجلات-

هل حالتكم الصحية تحسنت عندما كنتم في المستشفى؟

لا نعم قليلا نعم كثيرا

مقارنة مع الأشخاص من نفس سنكم، كيف ترون صحتكم ؟

أقل مثل أفضل

ما مدى رضاكم عن حياتكم بصفة عامة ؟

غير راض 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 راض جدا

في رأيكم، ما هي الأولويات لتحسين ظروف الاستشفاء ؟

.....
.....
.....



RESUME

Introduction : L'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés est une démarche importante dans la reconnaissance des attentes des patients et dans l'amélioration de la qualité des soins. L'objectif de ce travail était d'évaluer la satisfaction des patients et ses déterminants.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective réalisée sur une période de cinq mois incluant consécutivement tous les patients hospitalisés pendant plus de 48h durant cette période. L'échelle de qualité des soins en hospitalisation (EQS-H), qui comprend dix-huit items, traduite et adaptée, a été administrée aux patients. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ont été recueillies. Les propriétés psychométriques du questionnaire ont été déterminées, et les facteurs influençant la satisfaction ont été analysés. *Résultats :* 214 patients ont été inclus (46,3% hommes et 53,7% femmes), âgés de $45,4 \pm 19,6$ ans; 51,9% étaient analphabètes; 64% étaient sans revenu mensuel et 79,9% n'avaient pas de couverture médicale. La cohérence interne des deux dimensions du questionnaire (information et relation), évaluée par le coefficient α de Cronbach, était respectivement de 0,89 et de 0,9. L'analyse en composante principale a confirmé la structure bidimensionnelle du questionnaire, expliquant 59,8% de la variance totale. Une meilleure satisfaction des patients était liée à la provenance urbaine ($p=0,026$), à l'hospitalisation dans une chambre double ($p=0,022$), aux hospitalisations antérieures > 2 fois ($p=0,024$), à la durée de séjour de 7 à 9 jours ($p= 0,036$) et de 10 à 14 jours ($p=0,001$), à une nette amélioration de l'état de santé au cours de l'hospitalisation ($p=0,02$) et à la satisfaction dans la vie en général ($p=0,028$). *Conclusion :* La version arabe du questionnaire EQH-S est valide avec de bonnes propriétés psychométriques. Ces résultats devraient servir à améliorer l'organisation du service. Une étude plus large est souhaitable pour mieux évaluer la satisfaction des patients hospitalisés.

ملخص

مقدمة:

يعتبر تقييم مدى رضا المرضى المستشفين إجراء هام للتعرف على توقعاتهم و كذلك لتحسين جودة العناية الطبية و الهدف من هذا العمل هو تقييم رضا المرضى و مواصفاته.

الوسائل:

هذه دراسة مستقبلية أجريت لمدة خمسة اشهر و ضمت كل المرضى المعالجين لمدة تفوق 48 ساعة و تم استخدام مقياس نوعية العناية الإستشفائية و الذي يتضمن ثماني عشر بنداً. بعد ترجمته و تعديله تم تطبيقه على المرضى كما تم جمع الخصائص الديموغرافية الاجتماعية و المرضية و كذلك تحديد خصائص القياس النفسي للإستبيان مع تحليل العوامل المؤثرة على الرضا.

النتائج:

هذه الدراسة ضمت 214 مريضاً (46.3% ذكور و 53.7% إناث) يتراوح عمرهم بين 19.6 ± 45.4 سنة. نسبة الأمية كانت تساوي 51.9% كما كان منهم 64% بدون دخل شهري و 79.9% غير متمتعين بغطاء صحي. الإتساق الداخلي ثنائي الأبعاد للإستبيان (المعلومة و العلاقة) تم تقييمه تبعاً لمعامل «كرومباك» CRONBACH و كان يساوي على التوالي 0.89 و 0.90 كما أن تحليل العنصر الرئيسي أكد البناء الثنائي الأبعاد للإستبيان و الذي فسر نسبة 59.8% من التغير الإجمالي. الرضا الجيد للمرضى ارتبط بالأصول الحضرية ($p=0.026$) ، بالإستشفاء بغرف مزدوجة ($p=0.22$) ، بالإستشفاء السابق < مرتين ($p=0.024$) ، بالإستشفاء لمدة تتراوح بين 7 و 9 أيام ($p=0.036$) و بين 10 و 14 يوماً ($p=0.024$) ، بمدة الإقامة ($p=0.001$) ، بالتحسن الملحوظ للحالة الصحية أثناء الإستشفاء ($p=0.02$) و بالرضا في الحياة بشكل عام ($p=0.028$).

خاتمة:

النسخة العربية المعدلة للإستبيان كانت فعالة مع خصائص قياس نفسي جيدة و نأمل في عمل دراسة أكثر توسعاً للحصول على تقييم أفضل لرضا المرضى المستشفين.

ABSTRACT

Introduction: The evaluation of inpatients satisfaction is an important procedure to recognize their expectation and to improve the quality of care. The aim of this work was to evaluate the inpatients satisfaction and its determinants. ***Methods:*** It was a prospective study carried out through a period of five months including all the hospitalized patients during a period of more than 48 hours. The hospitalization care quality scale "EQS-H" which includes eighteen items had been translated and adapted, then applied to the patients. The sociodemographic and clinical characteristics had been collected. The psychometric properties of the questionnaire had been determined and the factors that influenced satisfaction were analyzed. ***Results:*** 214 patients were include (46.3% males-53.7% females) , age varies (between 45.4 ± 19.6 years old), 51.9% were illiterates, 64% were without a monthly income and 79.9 had not a medical coverage. The internal consistency of the two dimensions of the questionnaire [information and relation] had been evaluated according to the coefficient of CRONBACH, and was respectively of 0.89 and 0.90. Analysis of principal component confirmed the bidimensional structure of the questionnaire and explained the 59.8% of the total variation. A better satisfaction of patients had been linked with the urban provenance ($p=0.026$), hospitalization in a double room ($p=0.022$), previous hospitalization more than twice ($p=0.024$), a length of stay from 7 to 9 ($p=0.036$) and from 10 to 14 days ($p=0.001$), a marked amelioration of health status during hospitalization ($p=0.02$) and satisfaction with life in general ($p=0.028$). ***Conclusion:*** The Arabic version of the questionnaire "EQS-H" is valid with good psychometric properties. A larger study is desirable for a better evaluation of the inpatients satisfaction.



REFERENCES

1. **ISO 9000, 1987.**
<http://www.ofcertification.fr/qualite>.

 2. **ANAES,**
"Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles, Bases méthodologiques pour leur réalisation en France"
Paris 2004.

 3. **Sahin B, Yilmaz F, Lee KH.**
Factors Affecting Inpatient Satisfaction: Structural Equation Modeling.
J Med Syst 2007; 31: 9-16.

 4. **Ganova-Iolovska M, Kalinov K, Geraedts M.**
Satisfaction of inpatients with acute coronary syndrome in Bulgaria.
Health Qual Life Outcomes 2008; 6: 50-59.

 5. **Pouchot J.**
Evaluation de la qualité de vie et de la satisfaction des patients ayant recours aux établissements de soins. In : Leplège A, Coste J. Mesures de la Santé Perceptuelle et de la Qualité de Vie.
Paris: Estem; 2002. p: 284-93.

 6. **Sitzia J, Wood N.**
Patient satisfaction: a review of issues and concepts.
Soc Sci Med 1997; 45: 1829-43.
-

- 7. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L et al.**
The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature.
Health Technol Assess 2002; 6: 1-244.
 - 8. Moret L, Nguyen JM, Pillet N, Falissard B, Lombrail P, Gasquet I.**
Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect.
BMC Health Serv Res 2007; 7: 197-205.
 - 9. Pascoe GC.**
Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.
Eval Program Plann 1983; 6: 185-210.
 - 10. Williams B.**
Patient satisfaction: a valid concept?
Soc Sci Med 1994; 38: 509-16.
 - 11. Aragon SJ, Gesell SB.**
A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments.
Am J Med Qual 2003; 18: 229-41.
 - 12. Larsen D, Rootman I.**
Physician role performance and patient satisfaction.
Soc Sci Med 1976; 10:29-32.
-

13. Carr–Hill RA.

The measurement of patient satisfaction.

J Public Health med 1992; 14: 236–249

14. Jackson JL.

Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction.

Soc Sci Med 2001; 52: 609–20.

15. Kinnersly P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P.

A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care.

Fam Pract 1996; 13: 41–6.

16. Stevens M, Reininga IH, Boss NA, van Horn JR.

Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag.

Patient Educ Couns 2006; 60: 241–5.

17. Ware J.

How to survey patient satisfaction.

Drug Intell Clin Pharm 1981; 15: 892–9.

18. Ware JE Jr, Davies–Avery A, Stewart AL.

The measurement and meaning of patient satisfaction.

Health Med Care Serv Rev 1978; 1: 3–15.

19. Steudler F.

L'accueil pour le malade, c'est une attente.

J Econ Méd 1990; 10: 367–79.

20. Fitzpatrick R.

Surveys of patients' satisfaction: I-Important general considerations.

BMJ 1991; 13: 887-9.

21. Fitzpatrick R and Hopkins A.

Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration.

Sociol Health Illn 1983; 5: 297-311.

22. Saal D, Nuebling M, Heidegger T.

L'évaluation de la satisfaction des patients a-t-elle un sens?

Le praticien en anesthésie réanimation 2006; 10 : 253-326.

23. Moret L, Rochedreux A, Ballereau F, Wiertliewski S, Chevalier S, Lombrail P.

L'information du patient à l'hôpital, un partage implicite des rôles entre professionnels ?

Presse Med 2004; 33: 1431-6.

24. Sepucha K, Mulley AG Jr.

A perspective on the patient's role in treatment decisions.

Med Care Res Rev 2009; 66: 535-745.

25. Herrera-Espiñeira C, Rodríguez del Aguila Mdel M, Rodríguez del Castillo M, Valdivia AF, Sánchez IR.

Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare.

Health Policy 2009; 89: 37-45.

26. Evin C.

Le Droit des usagers du système de santé.

Éditions Les indispensables Berger-Levrault 2002.

27. Droits des malades, information et responsabilité.

adsp 2001; 36: 19-50.

28. Poroch D.

The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy.

Cancer Nurs 1995; 18: 206-14.

29. Jones R, Pearson J, McGregor S, Gilmour WH, Atkinson JM, Barrett A, et al.

Cross sectional survey of patients' satisfaction with information about cancer.

BMJ 1999; 6: 1247-8.

30. Gasquet I.

Satisfaction des patients et performance hospitalière.

Presse Med 1999; 28: 1610- 1616.

31. Labarère J, Francois P.

Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature.

Rev Epidemiol Sante Publique 1999; 47: 175-84.

32. Labarère J, François P, Bertrand D, Fourny M, Olive F, Peyrin JC.

Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés.

Presse Med 2000; 20: 1112-14.

33. White B.

Measuring patient satisfaction: how to do it and why to bother.

Fam Pract Manag 1999; 6: 40-44.

34. Baker R.

The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice.

Family Pract 1991; 8: 171-7.

35. Mulholland J, Dawson KP.

A complaints management system: strengths and weaknesses.

N Z Med J 1998; 111: 77-9.

36. De Vernejoul N, Gottot S, Freund R, Quidu F, Bigorie A.

Les plaintes sanitaires sont-elles un indicateur de qualité des soins.

Santé Publique 1999; 11: 253-69.

37. Allen LW, Creer E, Leggitt M.

Developing a patient complaint tracking system to improve performance.

Jt Comm J Qual Improv 2000; 26: 217-26.

38. Anderson K, Allan D, Finucane P.

A 30-month study of patient complaints at a major Australian hospital.

J Qual Clin Pract 2001; 21: 109-11.

39. Quinche F.

Analyse textuelle des plaintes de patients en milieu hospitalier.

Rev Med Suisse Romande 2001; 121: 837-43.

40. Garbutt J, Bose D, McCawley BA, Burroughs T, Medoff G.

Soliciting patient complaints to improve performance.

Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 103-12.

41. Gassée J, Dehon M, Meiresonne A.

Les lettres de plaintes constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration des soins ?

Gestions Hospitalières 1996; 356: 389-92.

42. Burstein J, Fleisher GR.

Complaints and compliments in the pediatric emergency department.

Pediatr Emerg Care 1991; 7: 138-40.

43. Wensing M, Elwyn G.

Research on patients' views in the evaluation and improvement of quality of care.

Qual Saf Health Care 2002; 11:153-7.

44. Abramowitz S, Cote A, Berry E.

Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach.

Qual Rev Bull 1987; 13: 122-30.

45. Hsieh M, Kagle J.

Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care.

Health Soc Work 1991; 16: 281-90.

46. Avis M, Bond M, Arthur A.

Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics.

Soc Sci Med 1997; 44: 85-92.

47. Toma G, Triner W, McNutt LA.

Patient Satisfaction as a Function of Emergency Department Previsit Expectations.

Ann Emerg Med 2009; article in press.

48. Linder-Pelz S.

Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses.

Soc Sci Med 1982; 16: 583-9.

49. Linder-Pelz S, Stewart M.

Patient satisfaction with outpatient primary health care in a metropolitan medical center.

Am J Prev Med 1986; 2: 89-96.

50. Nelson E, Larson C.

Patients' good and bad surprises: how do they relate to overall patient satisfaction?

Qual Rev Bull 1993; 3: 89-94.

51. Watkins CJ.

The measurement of the quality of general practitioner care (Occasional Paper 15).

London: *Royal College of General Practitioners; 1989.*

52. Sixma H, Spreuwenberg P, Van Der Pasch M.

Patient satisfaction with the general practitioner: A two-level analysis.

Med Care 1998; 36: 212-29.

53. Fleming G.

Hospital structure and consumer satisfaction.

Health Serv Res 1981; 16: 43-63.

- 54. Zapka J, Palmer R, Hargraves J, Nerenz D, Frazier H, Warner C.**
Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status.
J Ambul Care Manage 1995; 18: 73-83.
- 55. Carmel S.**
Satisfaction with hospitalization: a comparative analysis of three types of services.
Soc Sci Med 1985; 21: 1243-9.
- 56. Hall J, Dornan M.**
Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis.
Soc Sci Med 1990; 30: 811-18.
- 57. Jaipaul CK.**
Rosenthal GE: Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?
J Gen Intern Med 2003; 18: 23-30.
- 58. Cleary P, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD et al.**
Patients evaluate their hospital care: a national survey.
Health Aff 1991; 10: 254-67.
- 59. Nguyen Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F.**
Factors determining inpatient satisfaction with care.
Soc Sci Med 2002; 54: 493-504.
-

- 60. Quintana JM , González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C et al.**
Predictors of patient satisfaction with hospital health care.
BMC Health Serv Res 2006; 6: 102-11.
- 61. Kerr E, Hays R, Lee M, Siu A.**
Does dissatisfaction with access to specialists affect the desire to leave a managed care plan?
Med Care Res Rev 1998; 55: 59-77.
- 62. Barlési F, Boyer L, Doddoli C, Antoniotti S, Thomas P, Auquier P.**
The place of patients' satisfaction in the quality assessment of lung cancer thoracic surgery.
Chest 2005; 128: 3475-81.
- 63. Boudreaux ED, Ary R D, Mandry C V, McCabe B.**
Determinants of Patient Satisfaction in a Large Municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions.
Am J Emerg Med 2000; 18: 394-400.
- 64. Van Ryn M, Burke J.**
The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients.
Soc Sci Med 2000 ; 50 : 813-828.
- 65. Stotzer U, Efiomayi-Mader D, Wanner P.**
Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier: analyse des lacunes existantes.
Éditeur SFM 2006, 136p. ISBN 2940379025.
-

66. Annandale E, Hunt K.

Accounts of disagreements with doctors.

Soc Sci Med 1998; 46: 119-29.

67. Weingar ten S, Stone E, Green A, Pelter M, Nessim S, Huang H et al.

A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines.

Am J Med 1995; 99: 590-6.

68. Cleary P, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delblanco T.

The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care.

Q Rev Bull 1992; 18: 53-9.

69. Patrick D, Scrivens E, Charlton J.

Disability and patient satisfaction with medical care.

Med Care 1983; 21: 1062-75.

70. Labarère J, François P, Auquier P, Robert C, Fourny M.

Development of a French inpatient satisfaction questionnaire.

Int J Qual health care 2001; 13: 99-108.

71. Korsch B, Gozzi E, Francis V.

Gaps in doctor-patient communication: 1- Doctor-patient interaction and patient satisfaction.

Pediatrics 1968; 42: 855-71.

72. Hall J, Feldstein M, Fretwell M, Rowe J, Epstein A.

Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population.

Med Care 1990; 28: 261-9.

73. Langen I, Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O.

Patient's satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff.

Patient Educ Couns 2006; 63: 118-125.

74. Wilson P, Sullivan F, Hussein S, Smith G.

Examination of the effects of emotional disturbance and its detection on general practice patients' satisfaction with the consultation.

Br J Gen Pract 1995; 45: 304-9.

75. Al-Bashir M, Armstrong D.

Preferences of healthy and ill patients for style of general practitioner care: implications for workload and financial incentives under the new contract.

Br J Gen Pract 1991; 41: 6-8.

76. Larson CO, Nelson EC, Gustafson D, Bataldenj PB.

The Relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes.

Int J Qual Health Care 1996; 8: 447-456.

77. Leiter M, Harvie P, Frizzell C.

The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout.

Soc Sci Med 1998; 47: 1611-17.

78. Hardy G, West M, Hill F.

Components and predictors of patient satisfaction.

Br J Health Psychol 1996; 1: 65-85.

79. Bara AC, Van den Heuvel WJA , Maarse JAM.

People's expectations about health care providers in Romania measured by QUOTE.

Health Policy 2000; 6: 66-78.

80. Andaleeb S.

Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country.

Soc Sci Med 2001; 52: 1359-70.

81. Cleary PD.

Satisfaction may not suffice: a commentary on "a patient's perspective."

Int J Technol Assess Health Care 1998; 14: 35-37.

82. Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR.

Defining and measuring patient satisfaction with medical care.

Eval Program Plann 1983; 6: 247-63.

83. Cleary PD, McNeil BJ.

Patient satisfaction as an indicator of quality care.

Inquiry 1988; 25: 25-36.

84. Donabedian A.

Evaluating the quality of medical care.

Milbank Mem Fund Q 1966, 44: 166-206.

85. Stewart MA.

Effective physician-patient communication and health outcomes.

CMAJ 1995; 152: 1423-33.

86. Kincey J, Bradshaw P, Ley P.

Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice.

J R Coll Gen Pract 1975; 25: 558-66.

87. Strasen L.

Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures.

J Nurs Adm 1988; 18: 5-6.

88. Vingerhoets E, Wensing M, Grol R.

Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial.

Qual Health Care 2001; 10: 224-8.

89. Vuori H.

Patient satisfaction – does it matter?

Qual Assur Health Care 1991; 3: 183-9.

90. Hearnshaw H, Baker R, Cooper A, Eccles M, Soper J.

The costs and benefits of asking patients for their opinions about general practice.

Fam Pract 1996, 13: 52-8.

91. Hudak PL, McKeever P, Wright JG.

The metaphor of patients as customers: Implications for measuring satisfaction.

J Clin Epidemiol 2003; 56: 103-108.

92. Bernier E.

Customer satisfaction.

Emergency 1997; 29: 18-20.

93. Kindig D.

Purchasing population health: paying for results.

Ann Arbor, MI: University of Michigan Press 1997.

94. F. Guillemin, C. Bombardier, D. Beaton.

Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines.

J Clin Epidemiol 1993; 46: 1417-32.

95. Sitzia J, Wood N.

Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies.

Int J Qual Health Care 1998; 10: 311-317.

96. Ofofwe CE, Aofili AN.

Indices of patient satisfaction in an African population.

Public Health 2005; 119: 582-586.

97. Bikker AP, Thompson AGH.

Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation.

Soc Sci Med 2006; 63: 1671-83.

98. Kane R, Maciejewski M, Finch M.

The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes.

Med Care 1997; 35: 714-30.

99. Greenley J, Young T, Schoenherr R.

Psychological distress and patient satisfaction.

Med Care 1982; 20: 373-85.

100. Bertakis K, Roter D, Putnam S.

The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction.

J Fam Pract 1991; 32: 175-81.

101. Rogut L, Newman L, Cleary P.

Variability in patients' experiences at 15 New York city hospitals.

Bull N Y Acad Med 1996; 73: 314-34.

102. Gross D, Zyzanski S, Borawski E, Cebul R, Stange K.

Patient satisfaction with time spent with their physician.

J Fam Pract 1998; 47:133-7.

103. Luthy C, Rentsch D, Cedraschi C, Sigaud P, Perneger TV, Allaz AF.

Durée d'hospitalisation, programmation de la sortie et politique de raccourcissement des séjours : avis des patients et des soignants.

Rev Epidemiol Sante Publique 2005; 53: 629-634.

104. Cohen G.

Age and health status in a patient satisfaction survey.

Soc Sci Med 1996; 42: 1085-93.
