



# à bas les mythes

UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES POUR  
DÉMYSTIFIER DE FAUSSES CROYANCES COURANTES  
PAR RAPPORT AUX SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

LA FIN D'UN MYTHE - OCTOBRE 2012

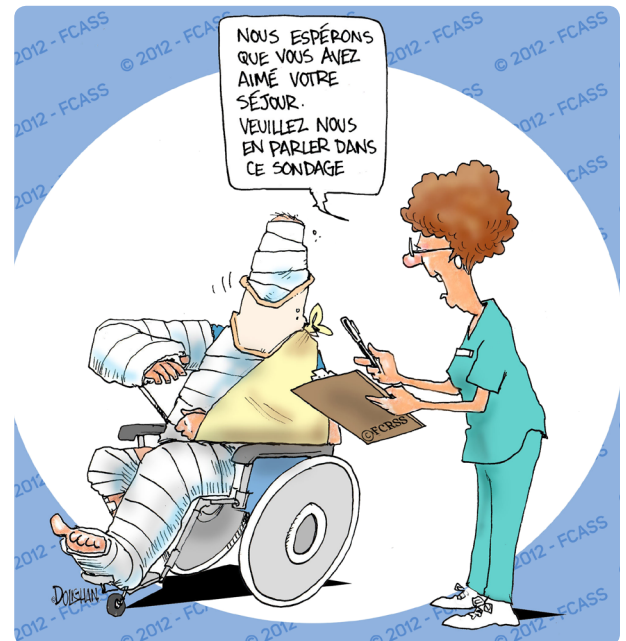
## MYTHE : UNE GRANDE SATISFACTION DES PATIENTS SIGNIFIE DES SOINS DE GRANDE QUALITÉ

À la suite de votre dernière visite à l'hôpital, on vous a peut-être demandé de répondre à un sondage sur votre satisfaction. Les sondages sur la satisfaction des patients deviennent communément partie intégrante de la prestation de services de santé, un moyen pour les patients de la façonner<sup>1</sup>. Ils sont généralement peu coûteux et faciles à mettre en œuvre – une des raisons probables de leur utilisation généralisée<sup>2</sup> – et la justification sous-jacente est logique et simple : les fournisseurs peuvent ajuster leur mode de prestation des soins en fonction des commentaires a posteriori qu'ils reçoivent.

Les sondages sur la satisfaction des patients peuvent servir également à d'autres fins : par exemple, les notes de satisfaction sont non seulement intégrées dans les ententes de rémunération au rendement<sup>3</sup>, mais aussi utilisées pour des activités de comparaison et d'amélioration de la qualité<sup>4</sup>. Les mesures de satisfaction des patients s'imposent comme étant une référence pour l'amélioration de la qualité et la reddition de comptes<sup>5</sup> et constituent un moyen sur lequel les fournisseurs comptent considérablement pour voir les soins « à travers les yeux du patient ». Or, un examen plus approfondi permet de saisir les limites des données sur la satisfaction des patients. Aussi faudrait-il considérer la collecte et l'analyse de ces données comme un aspect d'une stratégie plus vaste pour faire participer les patients à la conception et l'amélioration des services de santé.

### DANS QUELLE MESURE LES DONNÉES SUR LA SATISFACTION DES PATIENTS SONT-ELLES VALIDES?

Comme les données sur la satisfaction des patients ont de nombreuses applications, il est logique de s'assurer qu'elles sont valides. Cependant, en établir une définition normalisée n'est toujours pas chose facile<sup>6</sup>. Est-ce que nous comprenons vraiment ce que cela signifie lorsque le degré de satisfaction du patient au regard des soins est élevé ou faible? Que faire si la satisfaction à l'égard des soins est fonction de variables qui échappent au contrôle des fournisseurs? En effet, la recherche sur les sondages de satisfaction traditionnels montre que les aspects de la prestation des soins (par exemple, la durée de séjour d'un patient) influent sur la satisfaction, mais que des paramètres indépendants (par exemple, l'âge du patient) y jouent un rôle encore plus important<sup>7,8</sup>. Même dans des établissements qui sont loin de fournir les meilleurs soins, les patients expriment un niveau de satisfaction artificiellement élevé en raison du manque d'information ainsi que de leur réticence à paraître négatifs<sup>9</sup>.



Ces constatations donnent à penser que la mesure de la satisfaction est particulièrement difficile, ce qui explique l'attention croissante accordée à la recherche dans ce domaine. Selon des études récentes, les attentes en matière de soins constituent un important facteur prédictif de la satisfaction<sup>10,11</sup>. Si les patients perçoivent que leurs fournisseurs subissent des pressions ou des contraintes, ils pourraient passer outre certains aspects des soins auxquels ils s'attendraient normalement<sup>12</sup>. Si nous étendons cette logique au contexte canadien, les niveaux élevés de satisfaction peuvent s'expliquer en partie par la croyance répandue que le système de santé au Canada est en état de crise<sup>13</sup>.

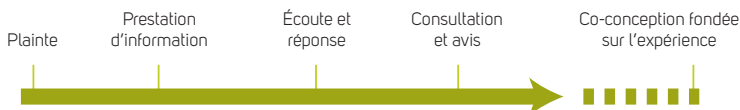
### AMÉLIORER LA PARTICIPATION DU PATIENT

Par conséquent, si les données sur la satisfaction des patients sont influencées par ces limitations, valent-elles la peine d'être recueillies? La réponse est un *oui* mitigé. Comme nous l'avons mentionné, il faut développer de meilleurs sondages validés sur la satisfaction. Or, des sondages commencent à obtenir plus d'information non seulement sur la satisfaction

des patients, mais aussi sur leur *expérience*. En effet, les fournisseurs des soins de santé reconnaissent de plus en plus qu'il est essentiel de comprendre l'expérience des patients pour concevoir et offrir des services de santé de grande qualité<sup>14</sup>. NRC Picker Canada met en évidence les avantages de remplacer les questions des sondages traditionnels sur la satisfaction (p. ex. « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des renseignements fournis lors de votre congé? ») par des questions axées sur l'expérience (p. ex., « Est-ce que le personnel hospitalier vous a dit quand vous pouvez reprendre vos activités habituelles après le traitement? »). Les réponses des patients à des questions axées sur l'expérience peuvent aider les organismes de santé à comprendre leur performance par rapport à des comportements contrôlables et sont fondamentales pour élaborer des plans visant à améliorer l'expérience du patient.

Cela étant dit, une participation significative du patient va au-delà de la formulation de questions demandant une certaine discrétion et de la compilation des oui et des non. La collecte de données sur la satisfaction et l'expérience n'est qu'une composante d'une plus vaste stratégie de participation du patient. Pour surmonter certaines limites de ces sondages, les fournisseurs commencent à poser plus de questions ouvertes ou à tenir des groupes de discussion avec les patients<sup>12</sup>. Ils peuvent aussi décider de mettre sur pied des comités consultatifs de patients/familles ou des modèles participatifs qui sont le reflet de la participation réelle du patient<sup>15</sup>. Les patients peuvent également prendre étroitement part à la structuration ou la restructuration des soins<sup>16,17</sup>. Bate et Robert (2007) proposent un continuum de la participation du patient qui va des « plaintes » et de la « prestation d'information » à la « co-conception fondée sur l'expérience »<sup>18</sup> (voir figure).

Figure.



Source : Bate and Robert (2007)

## CONCLUSION

Bien qu'il soit peut-être utile de savoir si les patients sont satisfaits des soins qu'ils reçoivent pour améliorer la qualité des services de santé, il est encore plus important de pouvoir mesurer la satisfaction des patients à l'aide d'instruments validés et fiables<sup>19,12</sup>. Cela étant dit, même une note de satisfaction élevée d'un sondage validé ne signifie pas nécessairement que des soins de grande qualité ont été fournis. Pour que les initiatives d'amélioration des services de santé soient couronnées de succès et qu'elles répondent aux besoins et aux préférences des patients, les fournisseurs doivent avoir des stratégies globales de participation qui considèrent les patients et les membres de leur famille comme des partenaires à part entière<sup>20</sup>.

Afin de tirer des leçons sur la façon dont la participation du patient peut conduire à l'amélioration des soins, la FCASS a donné son soutien à 17 organisations qui mettent à contribution les patients et les familles dans la conception, la prestation et l'évaluation de leurs services. Pour en savoir davantage, consulter : [www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/Collaborations/PatientEngagement.aspx](http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/Collaborations/PatientEngagement.aspx).

## RÉFÉRENCES

- Tam, J. L. M. (2007). « Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service centre », *Marketing Intelligence & Planning*, vol. 25, n° 7, p. 732-745 (L1N07).
- Sitzia, J. et N. Wood (1997). « Patient satisfaction: A review of issues and concepts », *Social Science & Medicine*, vol. 45, n° 12, p. 1829-1843.
- Press, I. et F. Fullam (2011). « Patient Satisfaction in Pay for Performance Programs », *Quality Management in Health Care*, vol. 20, n° 2, p. 110-115.
- Qualité des services de santé Ontario (2011). *Plans d'amélioration de la qualité 2011 : Une analyse à l'appui de l'apprentissage*, Toronto (Canada) : QSSO.
- Veillard, J., F. Champagne, N. Klazinga, V. Kazandjian, O. A. Arah et A. L. Guisset (2005). « A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, p. 487-496.
- Williams, B. (1994). « Patient satisfaction: A valid concept? », *Social Science & Medicine*, vol. 38, n° 4, p. 509-516.
- Hekkert, K. D., S. Cihangir, S. M. Kleefstra, B. van den Berg et R. B. Kool (2009). « Patient satisfaction revisited: A multilevel approach », *Social Science & Medicine*, vol. 69, n° 1, p. 68-75.
- Thi, P. L. N., S. Briçon, F. Empereur et F. Guillemin (2002). « Factors determining inpatient satisfaction with care », *Social Science & Medicine*, vol. 54, n° 4, p. 493-504.
- Atkinson, S. et R. L. Medeiros (2009). « Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction », *Social Science & Medicine*, vol. 68, n° 11, p. 2089-2096.
- Heidegger, T., D. Saal et M. Nuebling (2006). « Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? », *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, vol. 20, n° 2, p. 331-346.
- Oliver, R. L. (2010). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer* (2<sup>e</sup> édition), New York : M.E. Sharpe.
- Williams, B., J. Coyle et D. Healy (1998). « The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels », *Social Science & Medicine*, vol. 47, p. 1351-1359.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2011). *Perceptions du public et couverture médiatique du système de santé canadien : une synthèse*.
- Florin, D. et J. Dixon (2004). « Public involvement in health care », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 159-161.
- Kreindler, S. A. (2009). « Patient involvement and the politics of methodology », *Canadian Public Administration*, vol. 51, n° 1, p. 113-124.
- Crawford, M. J., D. Rutter, C. Manley, T. Weaver, K. Bhui et N. Fulop (2002). « Systematic review of involving patients in the planning and development of health care », *British Medical Journal*, vol. 325, p. 1263-1265.
- Bate, S. P. et G. Robert (2006). « Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 15, p. 307-310.
- Bate, P., G. Robert et L. Maher (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design*. Abingdon (R. U.) : Radcliffe.
- Sitzia, J. (1999). « How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 11, p. 319-328.
- Coulter, A. (2005). « What do patients and the public want from primary care? », *British Medical Journal*, vol. 331, p. 1199-1201.

La production du présent article *À bas les mythes* a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer. Les articles *À bas les mythes* sont publiés par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) après avoir été revus par des spécialistes du sujet. La FCASS a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes et est financée selon une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les personnes qui distribuent ce document ne reflètent pas nécessairement celles de la FCASS ou du gouvernement du Canada. © 2012.