

## Mots clés

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| Hôpital          | Évaluation      |
| Démarche qualité | Enquête         |
| Usager           | de satisfaction |
| Satisfaction     | Méthodologie    |

**Michèle BAUMANN**  
Professeure de sociologie de la santé

**Marie-Emmanuelle AMARA**  
Assistante doctorante en sociologie

**A**vec la généralisation de la mise en place des systèmes qualité, la reconnaissance de la qualité des prestations fournies aux usagers est devenue une préoccupation majeure des politiques en charge des systèmes économiques et du progrès social, donc des systèmes de santé. Le ministère de la Santé du Grand-Duché du Luxembourg n'échappe pas à la règle; il préconise « une approche qui permet de travailler sur la qualité et la visibilité<sup>(1)</sup> ». Toutefois, si depuis 1998 le Luxembourg œuvre de manière concertée et planifiée dans le domaine de l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières, les rapports d'évaluation des experts restent contestés et parfois critiqués comme subjectifs<sup>(2)</sup>.

D'abondantes statistiques européennes décrivent les activités hospitalières, mais peu de données apportent un éclairage sur le fonctionnement de ces systèmes, en particulier la qualité des prises en charge<sup>(3)</sup>, probablement par manque de savoir-faire et d'expérience en ce domaine. Une enquête européenne souligne pourtant l'intérêt de cet aspect des soins et insiste sur l'importance de consulter directement les usagers pour améliorer leur qualité de vie<sup>(4)</sup>.

Or les discours des usagers sont indissociables du contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent, de leurs buts, attentes, normes et préoccupations<sup>(5)</sup>. Les valeurs auxquelles les patients accordent de l'importance sont en effet liées à des croyances durables selon lesquelles une conduite est préférable sur les plans personnel ou social. Elles ont une forte connotation affective et conditionnent les attitudes et les conduites qui les amènent à juger désirables ou indésirables certains buts ou moyens d'action<sup>(6)</sup>.

Pour apprécier la satisfaction des usagers, les auteurs préconisent de faire appel au modèle des écarts (*gaps model*)<sup>(7)</sup> ou au modèle des attentes et des demandes (*model of patients'expectations and requests*)<sup>(8)</sup>. Ces approches représentent des concepts centraux de la plupart des théories sur la satisfaction des patients<sup>(9)</sup>. Les usagers sont interrogés sur la différence qu'ils font entre la prise en charge des soins telle qu'elle a été vécue et la représentation préalable qu'ils en avaient. Cette représentation résulte soit d'un processus comparatif avec des expériences passées, soit d'une conception construite à partir des discours profanes entendus

## Évaluation de la satisfaction Prise en compte des valeurs socioculturelles des patients

Il est question ici de la validité de contenu d'une échelle de satisfaction des patients et de leurs proches familiaux: la Verona Service Satisfaction Scale. L'approche qualitative développée (basée notamment sur des entretiens individuels et collectifs d'usagers) montre en partie une non-convergence entre le discours recueilli à l'égard de la satisfaction de la prise en charge des soins et les items de l'échelle, d'où la difficulté à conclure la cohérence de l'échelle. Au vu des résultats, les auteurs recommandent de choisir les outils d'évaluation de la satisfaction sur la base des valeurs socioculturelles des usagers concernés. Pour que l'évaluation professionnelle joue son rôle de levier dans la politique d'amélioration de la qualité des pratiques, les échelles de satisfaction utilisées doivent être compréhensibles par les usagers, devenus évaluateurs, et acceptées par les professionnels, qui sont ainsi évalués.

autour de soi, mais sans référence préalable à un vécu. Richards et Kravitz<sup>(10)</sup> proposent de distinguer trois périodes dans les recherches menées sur ces problématiques :

- 1968-1977 : Korsch montre l'importance des déterminants psychosociologiques en mettant en évi-

## notes

- (1) M. Di Bartolomeo interviewé par D. Berche, Le Quotidien, 08/05/2006 [http://www.gouvernement.lu/salle\\_presse/Interviews/2006/05mai/20060508bartolomeo\\_quotidien/index.html](http://www.gouvernement.lu/salle_presse/Interviews/2006/05mai/20060508bartolomeo_quotidien/index.html) (page consultée le 11 juin 2006).
- (2) S. Vitali, M. Haster, «Les expériences des hôpitaux du Grand-Duché de Luxembourg par rapport à l'approche qualité et à la gestion des risques», 10<sup>e</sup> Assises nationales Qualibio <http://www.ehl.lu/QualibioMHSV.pdf> (page consultée le 12 juin 2006).
- (3) Health Consumer Powerhouse, "EuroHealth Consumer Index - L'indice des consommateurs de la santé en Europe", 2005 [http://www.healthpowerhouse.com/media/EHCI2005\\_FR.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/EHCI2005_FR.pdf). (page consultée le 8 février 2006).
- (4) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "Quality of life in Europe, First European Quality of Life Survey 2003", European Publications Office, 2004, Dublin, pp. 55-62.
- (5) OMS, 1995.

dence le lien entre les attentes d'informations des mères à l'égard des pédiatres sur la santé de leur enfant et le fort mécontentement généré par le fait de ne pas les avoir obtenues ;

- 1978-1988 : les travaux d'Uhlmann se sont orientés sur la nécessité de clarifier les divergences sémantiques entre espérances (croyances au fait que quelque chose se produira), désirs (souhaits que quelque chose se produise), attentes explicites (verbales adressées au producteur de réponses) et demandes (désirs communiqués) ;
- depuis 1989 : les études portent sur les écarts observés, entre la gravité attribuée aux symptômes et le recours aux soins attendus d'une part, entre ce qui est exprimé par les médecins et les patients de l'autre. Des auteurs constatent ainsi que les attentes des patients à l'égard des soins et leurs attitudes à l'égard de la maladie sont en relation avec leurs inquiétudes à l'égard des symptômes et les informations données par les médecins<sup>(11)</sup>. D'autres facteurs influencent également ce jugement : l'état de santé, l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, le statut socio-économique (plus le revenu est élevé plus la satisfaction des patients diminue)<sup>(12)</sup>. Le jugement porté par les patients sur la prise en charge et leurs observations détermine leur comportement par rapport au traitement proposé. Aussi, tenir compte de leur point de vue offre la garantie d'une meilleure adhésion au conseil médical et d'un moindre recours aux consultations<sup>(13)</sup>.

La compréhension de la non-satisfaction et des attentes des patients permet d'adapter l'exercice de la médecine aux populations<sup>(14)</sup>. Elle se base sur l'analyse des retombées des dispositifs existants en vue de leur amélioration par des réajustements et des mesures correctrices. Le respect des priorités des patients est un critère de performance des systèmes, il facilite le contrôle du coût de la santé, en particulier lorsque les demandes de prise en charge font appel, par exemple, à une augmentation des ressources sans que les avantages en soient réellement justifiés<sup>(15)</sup>. L'intérêt d'une telle démarche n'est donc plus à démontrer ; le problème reste cependant entier quant à sa mise en œuvre afin qu'elle s'élabore en concertation avec les différents acteurs concernés.

Dans la pratique, un établissement de santé qui souhaite mesurer la satisfaction doit résoudre au préalable le problème de l'analyse des plaintes, des «réclamations clients», qui nécessite une gestion des non-conformités ainsi que le problème du choix d'un instrument de mesure.

Pour ce second point, l'établissement est confronté à l'alternative suivante :

- il garde un outil existant «tel que» (souvent une échelle européenne, voire nord-américaine, de préférence validée), se contentant d'une traduction et parfois d'une éventuelle validation statistique, ce qui a le double avantage d'accélérer la démarche de mesure de la satisfaction et de permettre la comparaison des résultats obtenus à ceux d'autres pays, mais l'inconvénient de ne pas pouvoir garantir la pertinence de la comparaison ;
- il s'assure que l'instrument choisi correspond au contexte et aux attentes des usagers concernés. ce qui présente l'inconvénient d'être une démarche plus longue et l'avantage de garantir une meilleure adéquation entre la satisfaction telle que présentée dans le contenu de l'échelle et la satisfaction telle que définie par ses patients.

De plus, le souci actuel des institutions de santé des différents pays, européens entre autres, est de disposer d'échelles validées et standardisées pour comparer le niveau de satisfaction des usagers et évaluer l'effet des modifications engendrées par les pratiques professionnelles mises en place.

Alors qu'au niveau national, l'enjeu est fondamentalement d'une autre nature, notamment si l'outil ne correspond pas aux attentes des usagers. Faire évoluer la prise en charge par le biais d'une mesure de la satisfaction des patients et des proches familiaux n'est possible que si l'outil fait référence aux valeurs de ces derniers et aux pratiques des professionnels. C'est à cette condition que l'évaluation de la satisfaction peut

- (6) R. Massé, Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé, Gaëtan Morin, Montréal, Paris, Casablanca, 1995.
- (7) R.A. Carr-Hill, "The measurement of patient satisfaction", J. Public Health Med., 1992, 14, 236-249.
- (8) L. Richard, R.L. Kravitz, "Measuring patients' expectations and requests", Ann. Intern. Med. 2001, 134, 881-888.
- (9) R. Like, S.J. Zyzanski, "Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants", Soc. Sci. Med., 1987, 24, 351357.
- (10) L. Richard, R.L. Kravitz, "Measuring patients' expectations and requests", op. cit.
- (11) J.A. Hall, M.C. Doman, "Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta analysis", Soc. Sci. Med., 1990, 30, 811818.
- (12) T.H. Gallagher, B. Lo, M. Chesney, K. Christensen, "How do physicians respond to patient's requests for costly, unindicated services?", J. Gen. Intern. Med., 1997, 12, 663668.
- (13) M. Baumann, M.-E. Amara, L. Benalloul, J.-Y. Chambonet, L. Euller-Ziegler, F. Guillemin, «La satisfaction des usagers à

être un levier de la politique d'amélioration de la qualité des soins, politique qui doit incontestablement être ancrée sur une réalité sociale et culturelle.

Pour illustrer notre démarche, nous allons nous servir d'un travail réalisé avec la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54 items), une échelle validée pour mesurer la satisfaction en milieu ambulatoire. Conçue par une équipe italienne en 1993, sa référence a été le patient psychotique<sup>(16)</sup>. Une validation européenne a conduit à une extension de son utilisation potentielle aux pays d'Europe du Nord (Danemark, Pays-Bas), anglo-saxonne (Grande-Bretagne) et méridionale (Espagne en plus de l'Italie)<sup>(17)</sup>.

Se poser la question de la conformité de la VSSS par rapport aux valeurs socioculturelles des patients concernés est une étape indispensable pour les équipes des établissements. Celles-ci doivent se demander s'il existe des écarts entre les valeurs socioculturelles des usagers de la psychiatrie publique et les normes européennes de la satisfaction présentes dans la VSSS, et, si oui, s'ils sont acceptables.

## Méthodologie

### La population

Elle concerne des proches familiaux et des patients lorrains psychotiques, volontaires, suivis en ambulatoire dans le cadre de la psychiatrie publique.

### La validation par triangulation

Par superposition ou combinaison des mesures et des observations obtenues par deux ou plusieurs enquêteurs, méthodes de recueil, d'analyse des données, la triangulation est une démarche qui vise à réduire ou à annuler les biais inhérents à chacune des méthodologies, elle augmente la puissance de l'interprétation<sup>(18)</sup>. La validation par triangulation (VT) permet d'objectiver les pistes d'interprétation, elle encourage le recours à des procédures de contrôle et vérifie la stabilité des résultats produits, les corrobore par recouvrement et par comparaison (*annexe 1*)<sup>(19)</sup>.

Appliquée au protocole de notre étude sur la VSSS<sup>(20)</sup>, la VT a été le fil conducteur de ce travail qui avait pour objectif de vérifier la validité de contenu<sup>(21)</sup>, à savoir :

- la cohérence : deux analystes ont classé sous les items construits *de novo* les items de référence de la VSSS.
- l'adéquation : parallèlement, deux autres analystes ont classé sous les items de la VSSS les verbatims issus des discours des usagers interrogés (*annexe 2*).

## 1 annexe Validation par triangulation

|                       | Validité de cohérence   | Validité d'adéquation  |
|-----------------------|---|--|
| Objet de la recherche | Attentes des usagers couvertes par le corpus théorique d'une l'échelle  | Contenu d'une échelle couvert par les discours des usagers                                   |
| Question              | Les valeurs exprimées par les usagers sont-elles abordées par la VSSS ?   | Les normes de la VSSS couvrent-elles les attentes des usagers ?                              |
| Recueil de données    | Entretiens individuels et collectifs avec les usagers   | Entretiens individuels et collectifs avec les usagers  |
| Analyse de données    | Recouvrement des items construits « à l'aveugle » (sans connaissance préalable de la VSSS) à partir des discours des usagers par les items de la VSSS | Recouvrement des items de la VSSS par les verbatims issus du corpus des discours des usagers |

## 2 annexe Exemple d'items construits à partir de verbatims issus des discours des neuf focus groupes

| Items construits  | À partir des verbatims   |
|---|--|
| 11. Le psychiatre explique les raisons du traitement (hospitalisation, isolement) | F1 : Je n'ai pas compris pourquoi on m'a mis ici.<br>F2 : Pour eux c'est le traitement, on ne m'en a pas donné les raisons.<br>F3 : On devine le traitement, ils ne nous le disent pas [que le patient soit plus informé]. [Il faudrait] concernant le traitement plus d'informations au niveau du patient.<br>F4 : On m'a pas dit les inconvénients des traitements.<br>F5 : On ne m'a jamais parlé vraiment pour quelle raison on me donne tel ou tel traitement.<br>F7 : On m'a bien expliqué qu'il était en chambre d'isolement pour se protéger lui-même et pour protéger les autres. Le médecin ici, il n'était pas d'accord pour qu'on demande des renseignements sur les traitements.<br>F8 : On aimerait savoir ce que fait vraiment le médicament.<br>F9 : Le docteur lui a dit qu'il devait prendre son traitement, que c'était nécessaire et il lui a parlé de sa maladie. |
| 16. Le psychiatre explique les décisions prises                                   | F5 : On ne m'a jamais parlé vraiment pour quelles raisons on me donne tel ou tel traitement.<br>F7 : Le fait de l'incompréhension, on ne sait pas trop...  |

## notes

(16) M. Ruggeri, R. Dall'Agnola, "The development and the use of the Verona Expectations for Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals", Psychol Med., 1993, 23, 511-523.  
**M. Ruggeri, R. Dall'Agnola, C. Agostini, G. Bisoffi,** "Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in patients and

their relatives", Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 1994, 29, 265-276.

(17) M. Ruggeri, A. Lasalvia, R. Dall'Agnola, B. Van Wijngaarden, H.C. Knudsen, M. Leese, L. Gaite, M. Tansella and the Epsilon Study Group, "Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European version", Brit. J. Psychiat., 2000, 177, suppl. 39, s41-s48.  
**(18) N.K. Denzin**, The research act: A theoretical introduction to sociological method, 2nd, McGraw-Hill, 1978, New York.

(19) A. Muccielli, Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, Armand Colin, 1996.

(20) D.-J. Lepaux, M. Baumann, M. Blanc, R. Olier, Construction d'un outil de mesure de la satisfaction déclarée des usagers de la psychiatrie publique, Anaes, 2002.

(21) G.W. Bohrnstedt, "A quick Method for Determining the reliability and validity of multiple-item scales", Am. Sociol. Rev., 1969, 34, 542-548.

# 3

## annexe

### Validité de cohérence: exemple de recouvrement entre les items issus des discours des usagers et les items de la VSSS

| Items issus des neuf entretiens collectifs (56 personnes)                         | Items issus des 30 entretiens individuels   | Items de la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54 items)<br>Quelle est votre satisfaction globale par rapport à :     |
|---|---|--|
| 11. Le psychiatre explique les raisons du traitement (hospitalisation, isolement) | 3. Le psychiatre explique le traitement au patient  | 2. aux explications qu'on vous a fournies à propos des méthodes de traitements et des techniques particulières utilisées ? |
| 16. Le psychiatre explique les décisions prises                                   |   |  |
| 12. Le psychiatre explique pourquoi il faut continuer son traitement              | 8. Le psychiatre explique pourquoi il ne faut pas arrêter le traitement<br>6. Le psychiatre répond aux questions du patient |  |
| 10. Le psychiatre explique sa maladie au patient                                  | 2. Le psychiatre explique la maladie au patient   | 29. aux renseignements qu'on vous a fournis à propos de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles        |

(c'est-à-dire la part des recouvrements) sont convergents, il convient d'accepter l'hypothèse de transposition de la VSSS au contexte socioculturel des usagers ; dans le cas contraire, l'hypothèse doit être rejetée<sup>(22)</sup>.

#### Le recueil des données

Un guide semi-directif élaboré par des chercheurs, sans connaissance préalable du contenu de la VSSS, a servi de support aux entretiens dont la durée a été d'environ une à une heure et demie :

- des entretiens collectifs (EC) ont réuni des groupes animés par deux enquêteurs/enquêtrices ;
- des entretiens individuels (EI) ont été menés par une enquêtrice.

La complémentarité des techniques de recueil des données répond au principe de la triangulation.

#### La Verona Service Satisfaction Scale (VSSS)

Dans sa version européenne<sup>(23)</sup>, elle se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré comportant 54 questions, certaines étant déclinées en sous items pour distinguer les différents corps de métiers (psychiatre et psychologue d'une part, infirmier et assistant social d'autre part). Les items couvrent sept dimensions : la satisfaction globale, les compétences professionnelles et comporte-

ments, l'information, l'accessibilité, l'efficacité, les types d'interventions, l'implication des proches. Concernant la forme, les modalités de réponse vont parfois du plus satisfait au moins satisfait et parfois, inversement, du plus satisfait vers le moins satisfait. L'échelle de Likert est à cinq points. La traduction et la contre-traduction de l'original italien nous a permis d'arriver au même résultat que les Canadiens qui ont traduit la version française.

#### L'analyse des données qualitatives

Elle a consisté en une analyse de contenu sur les retranscriptions intégrales des entretiens. Quatre analystes ont extrait les verbatims (unité de sens) associés aux attentes et aux demandes des personnes à l'égard de la satisfaction de la prise en charge des soins en milieu ambulatoire en psychiatrie. Puis les analystes ont effectué le regroupement des verbatims en catégories. La labellisation des catégories s'est faite par la formulation d'items (phrases synthétisant le contenu d'un groupe de verbatims) ainsi que les ambiguïtés ont été discutées avec une médiateuse et résolues selon le principe du consensus.

### Principaux résultats de la validité de contenu

#### Description de la population

Les neuf EC ont été menés auprès de 56 personnes :

- 29 patients (12 femmes; 17 hommes; 39 ans);
- 27 proches familiaux (20 femmes; 7 hommes; 59 ans).

Les trente EI ont été réalisés auprès de 30 patients (7 femmes; 23 hommes; 42 ans).

#### La validité de cohérence

Elle a montré que les items construits de novo sont recouverts que partiellement par les items de la VSSS (*annexe 3*). Dans certains cas, il a fallu faire preuve de tolérance face aux interprétations possibles, par exemple, nous avons considéré que l'item : « On est bien informé sur l'institution ; on reçoit du courrier sur les activités » correspondait à l'item : « À la publicité portant sur les programmes et services offerts par les services de santé mentale. » Dans le même ordre d'idée, on pourrait supposer que « l'éducateur » dans le discours des usagers correspond au « travailleur social » de la VSSS.

Par ailleurs, certaines valeurs fortement présentes dans les attentes des usagers sont moins abordées par la VSSS, par exemple, les valeurs que l'on pourrait assimiler à ce que la VSSS nomme « compétences professionnelles et comportementales », concernent notamment :

## notes

(22) M. Baumann, D.J. Lepaux, M. Blanc, « Validité de contenu de la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54) : apport de la sociologie à l'épidémiologie », congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française, Rev. Epid. Santé Pub., 2002, 50, suppl 4, 1s82.  
(23) M. Ruggeri, A. Lasalvia, R. Dall'Agnola, B. Van Wijngaarden, H.C. Knudsen, M. Leese, L. Gaite, M. Tansella and the Epsilon Study Group, "Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale. European version", op. cit.

- une confiance qui devrait être présente et se manifester pour les psychiatres, par un appel à la participation aux décisions, un partenariat ou une collaboration plus marquée des médecins généralistes et des intervenants extérieurs ; pour les soignants, par une disponibilité, une attention et un respect des choix des patients ;
- le temps qui leur est accordé et consacré ;
- le respect de leur intimité et de la considération, en particulier de la part des soignants.

De même, on constate que les patients insistent sur l'implication des soignants vis-à-vis de leurs proches en demandant qu'ils soient entourés par davantage de soutien moral et d'écoute. Les soignants et les psychologues devraient être plus disponibles pour les aider à comprendre le patient, sa maladie et ses conséquences. Les psychiatres pourraient faire un effort pour mieux renseigner les familles sur les traitements et être plus accessibles en dehors des heures de rendez-vous. Enfin, les items non couverts par la VSSS (le résidu d'items) évoquent des problèmes relationnels de violence et de cohabitation des patients.

### **La validité d'adéquation**

La majorité des items de la VSSS a été recouverte par au moins un verbatim extrait du corpus des discours des usagers (*annexe 4*). Le classement s'est effectué avec difficulté car il n'était pas évident de classer les verbatims dans des items dont l'expression est peu claire et parfois redondante. À titre d'exemple, différences peu perceptibles entre l'item « À l'efficacité des soins donnés par les services dans le but d'alléger vos symptômes » et l'item « Aux soins que vous avez reçus, dans l'ensemble » entre l'item « À l'efficacité des services à vous aider à faire face à vos problèmes » et l'item « À la quantité d'aide reçue ». Le patient est beaucoup plus pragmatique : on l'aide ou on ne l'aide pas ! Dans le même ordre d'idée, les patients n'emploient par exemple quasiment jamais le terme « efficacité ». La VSSS cite des actes comme les soins, les services alors que les patients désignent plutôt les professionnels avec lesquels ils ont des relations : psychiatre, soignant, etc. La lecture des entretiens montre que le patient souhaite être accueilli, aidé, écouté, entendu quant aux modalités de traitement le concernant, il met rarement en cause la compétence des soignants, toutes catégories confondues. Il veut par contre que les gens qui s'occupent de lui soient « gentils », « sympathiques », « disponibles ». Si bien que lorsque des items sont construits de novo à partir de leur discours, on obtient un ensemble assez éloigné de ce que propose la VSSS. Enfin, les

### **annexe 4**

## **Validité d'adéquation : exemples de recouvrement d'items de la VSSS avec les verbatims contenus dans le discours des usagers**

| <b>Items de la VSSS</b>  | <b>Quelle est votre satisfaction globale par rapport :</b> | <b>Exemples verbatims extraits du discours des u</b>  |
|--|--|---|
| 3b. aux compétences et au professionnalisme des psychologues qui vous ont traité(e)                                      |  | J'aimerais qu'il y ait des psychologues plus fortes, qui nous apprennent mieux, qui nous aident à progresser dans les dessins |
| 4. à l'apparence, à l'aménagement et au confort des lieux (la salle d'attente, la clinique)                              |  | C'est bien, peut-être un peu petit, quand on fait une activité, il faudrait plusieurs salles, mais c'est propre, oui ça va.   |
| 12. aux explications qu'on vous a fournies à propos des méthodes de traitement et des techniques particulières utilisées |  | J'ai parlé du traitement; on ne m'a rien dit, rien répondu  |
| 32. au fait que vos proches soient mis au courant de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles         |  |   |

types d'intervention évoqués par la VSSS ne font pas toujours référence à des réponses proposées par les établissements lorrains.

### **Discussion**

Si on accepte le principe que la satisfaction des usagers est un levier de la politique d'amélioration de la qualité des soins, demander aux professionnels de changer leurs pratiques n'est légitime que dans la mesure où les évaluations de ces pratiques sont réalisées avec des outils acceptables par les usagers évaluateurs. Dans le cas contraire, la mesure peut, à l'encontre du but recherché, conduire à prendre des décisions erronées.

La validation de contenu a conduit à une non-convergence, l'hypothèse selon laquelle la VSSS est utilisable ne peut être acceptée. En effet, une différence existe entre les valeurs exprimées dans les attentes des patients et leurs familles et les normes contenues dans la VSSS, il n'est pas possible de conclure à la cohérence. Cependant il existe une adéquation très relative de la VSSS aux valeurs des usagers. Cette différence peut se résumer par le fait que la VSSS s'intéresse majoritairement aux manières de faire alors que les valeurs des patients sont prioritairement tournées vers les manières d'être<sup>(24)</sup>.

La VSSS est construite en mettant en avant les compétences techniques liées à un métier alors que les patients semblent être plus attentifs aux compétences

### **note**

(24) D.-J. Lepaux,  
M. Baumann, M. Blanc,  
R. Olier, Construction  
d'un outil de mesure  
de la satisfaction déclarée  
des usagers de la psychiatrie  
publique, op. cit.

## notes

(25) M. Baumann,  
M.-E. Amara, E. Benalloul,  
J.-Y. Chambonet,

L. Euller-Ziegler, F. Guillemin,  
« La satisfaction des usagers  
à l'égard de leur praticien:  
de la coopération vers  
l'engagement mutuel »,  
in Conflicts, concurrences et  
coopérations dans le système  
de santé, op. cit.

M. Baumann, C. Baumann,  
F. Alla, « Non-observance  
des psychotropes: implication  
thérapeutique mutuelle  
du patient et du médecin  
généraliste », op. cit.

(26) C. Mory, H. Matschinger,  
C. Roick, R. Kilian, S. Bernert,  
M.C. Angermeyer, « Die  
deutsche version der Verona  
service satisfaction Scale  
(VSSS-54). Ein Instrument  
zur Erfassung der  
Patientenzufriedenheit mit  
Psychiatrischer Behandlung »,  
Psychol. Prax-Basel., 2001, 28,  
Suppl 2, S91-96.

relationnelles en lien avec la qualité du dialogue et l'implication mutuelle. Des recherches menées auprès d'autres populations de patients ont abouti aux mêmes observations<sup>(25)</sup>. Lors de l'évaluation, il convient donc d'être vigilant et de bien définir ce que l'on souhaite infléchir car l'instrument retenu peut conduire à inciter les professionnels de santé à se centrer sur l'exécution des procédures au lieu de les amener également à développer leur rôle d'éducateur thérapeutique. Connaître les valeurs socioculturelles des usagers est dès lors indispensable pour apprécier si oui ou non, on peut leur proposer un instrument de la satisfaction qui corresponde à leurs préoccupations.

Conçue il y a dix ans, la VSSS semble ne plus cerner aujourd'hui les dimensions du cadre conceptuel de la satisfaction ; elle permet d'en approcher certaines, mais en occulte d'autres. Or elle passe sans problème les étapes de validation statistique dans tous les pays. En ne procédant qu'à la validité d'adéquation de la VSSS, nous aurions pu conclure, à tort, que cette échelle correspondait aux attentes des usagers lorrains. Nos conclusions quant à la problématique que soulève le contenu de la VSSS sont quasi identiques à celles des auteurs allemands qui estiment que certains volets de la VSSS sont peu adaptés aux situations locales et induisent un taux élevé de non-réponse. L'évaluation du contenu de la VSSS suppose qu'un jugement adéquat sur la satisfaction des soins reçus n'est possible que si les patients ont une information complète sur les traitements disponibles, et s'ils la comprennent suffisamment<sup>(26)</sup>; condition qui, en pratique, n'est que rarement remplie.

Cela renvoie à la nécessité, pour un établissement, de déterminer collégialement, en préalable au choix des dimensions de la satisfaction à mesurer, le pourquoi de la mesure de ces dimensions en particulier. Il est inutile d'attendre une réponse d'un outil si cet outil n'a pas été conçu pour répondre à la question posée. La réflexion sur le choix de l'outil doit intervenir en amont de la mesure, et non en aval. Cette démarche n'est malheureusement quasiment jamais réalisée. Une stratégie d'établissement qui ferait l'économie de cette étape fait courir le risque de s'enlisier dans la problématique des moyens, au détriment de celle des fins.

L'utilisation d'outils non contrôlés pose des questions éthiques – elle risque d'imposer des normes non négociées entre les équipes et les institutionnels décideurs ainsi évalués – et techniques – elle risque de faire évoluer les pratiques des professionnels et leurs comportements sur la base de références en inadéquation avec les attentes des clients.

Cette expérience montre que le contrôle du contenu devrait s'appliquer à toute échelle, même européenne, avant son utilisation afin d'offrir des garanties supplémentaires aux usagers devenus évaluateurs et aux professionnels qui seront ainsi évalués.

L'évaluation professionnelle, généralisée par l'assurance qualité, est un puissant moteur de changement de la prise en charge des soins dans les systèmes de santé, mais à condition que l'on apprenne à conjuguer entre besoins nationaux et normes « européanisatrices ».