

SATISFACTION PATIENT

Guide à Destination des Equipes de Soins Coordinés

Sommaire

I. L'ARGUMENTAIRE	3
II. LA « SATISFACTION-PATIENT » & L'« EXPÉRIENCE-PATIENT » : UNE DISTINCTION BYZANTINE ?	5
III. LES DONNÉES À RECUEILLIR :	6
IV. POUR RÉSUMER : LES PRINCIPES D'UN RECUEIL DE DONNÉES (OU D'OPINIONS)	8
V. TROIS EXEMPLES (les deux premiers via un questionnaire dédié, le troisième en exploitant directement des données des dossiers via le logiciel-métier)	9
VI. EPILOGUE	10
VII. Pour en savoir plus	10

I. L'ARGUMENTAIRE

L'accord cadre interprofessionnel (ACI) ¹ publié à l'été 2017 entre l'assurance maladie et les représentants professionnels, a **inscrit la dimension « satisfaction des patients » parmi les 15 critères** constituant le rationnel de rémunération des équipes de professionnels de la santé.

Critère « Satisfaction des patients »

Mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure.

- Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils (questionnaire de satisfaction et mise en place d'adaptation au regard des besoins identifiés, et, le cas échéant, organisation de réunions avec les usagers de la structure) devra être transmis annuellement à l'Assurance Maladie.



C'est une première; cohérente **avec l'importance croissante attachée aux perceptions, aux avis, aux préférences que les patients expriment** de plus en plus volontiers, individuellement ou dans le cadre associatif.

Cette cohérence se manifeste également dans le plan « Ma santé 2022 »² dévoilé en septembre dernier.

Trois des mesures privilégiées y font référence :

1. **Mesurer la satisfaction des patients,**
2. **Étendre et systématiser la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge et**
3. **Intégrer le patient comme acteur de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé**

C'est sur ces bases que les malades deviendront de véritables acteurs de la « décision médicale partagée ».

Pour autant, les professionnels, même s'ils perçoivent l'intérêt de l'engagement des patients, ne sont pas familiarisés (ni même formés) **pour recueillir, analyser et finalement traiter au mieux – c'est-à-dire de la manière la plus utile - les opinions et le ressenti des patients.** De plus, il est de l'intérêt de tous, patients et professionnels, que cette attention à la satisfaction ne soit pas assimilée à un « gadget » ou à une quelconque surcharge administrative.

C'est pourquoi il y a **une opportunité à faciliter la tâche des professionnels.** Ils vont avoir pour satisfaire **au critère « satisfaction des patients » à recueillir et exploiter des données permettant de mieux cerner cette dimension,** elle-même sujette à toutes les subjectivités.

¹ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf

² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

Et trouver les bonnes données, sans troubler la personnalité des malades, puis les traiter aisément, sans surcharge de travail et en tirant des interprétations qui pourront facilement être mises en œuvre, tout cela ne s'improvise pas mais répond en réalité à un savoir-faire minimal.

C'est ce savoir-faire* que le programme « satisfaction patient » se propose d'apporter aux professionnels de santé.

* « savoir-faire » qui pourrait bien trouver un terrain d'application dans de nombreux projets de l'Article 51³ (où l'avis des patients sera scruté et où l'instruction menée par les ARS et/ou le comité technique national seront déterminants).

De même, l'évolution en cours des modes de rémunération pour les médecins et les équipes pluriprofessionnelles devrait conforter l'importance croissante désormais accordée aux « retours d'expérience » des patients.

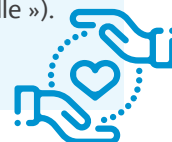


Aux Etats-Unis aussi ...

.... le point de vue des patients est un sujet prioritaire. D'abord, ce sont dans les pays anglo-saxons que s'est développé voilà un siècle le consumérisme. Ensuite, depuis le début des années 2000, les instances gouvernementales et professionnelles américaines ont mis en œuvre le *Consumers Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS)⁴ autrement dit l'évaluation par les utilisateurs des offreurs et du système de soins. Ces questionnaires (il y en a diverses versions) sont souvent considérés comme le parangon de l'évaluation par les patients (voir le lien actif ci-dessous).

Pour la construction de ces questionnaires et plus largement pour recueillir le point de vue des malades, plusieurs « principes à respecter » sont mis en exergue ; on peut utilement les reproduire :

1. **Privilégiez les données** pour lesquelles le malade (ou bien son entourage) est à l'évidence le premier concerné et quelquefois la seule source d'information ;
2. **Priorisez l'aspect, la composante** d'un soin pour lequel l'avis d'un patient est le plus important ;
3. **Sollicitez le point de vue** d'un malade sur sa propre expérience et non pas sur des soins en général ;
4. **Recueillez des données** pour lesquelles les patients sont impliqués, bien sûr, mais sur lesquelles d'autres intervenants (cliniciens, gestionnaires, administratifs, etc) ont aussi un avis
5. Enfin, **standardisez** la manière dont vous construisez vos questionnaires et recueillez les données (de manière à en faciliter l'interprétation et l'utilisation « universelle »).



Enfin, les Etats-Unis, en pleine réforme de leur système (travail en équipe, système d'info et modes de rémunération) font, ou tentent de faire du patient le centre de gravité du dispositif (*patient-centered*) ce qui constitue sans doute l'évolution primordiale à mener.

Reste qu'ils s'en donnent les moyens en liant une partie de la rémunération des médecins et des équipes aux résultats des **patients-reported outcomes** (PRO) autrement dit des résultats de soins selon l'appréciation des malades.

³ Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740876>

⁴ https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/cahps-program/cahps_brief.html

II. LA « SATISFACTION-PATIENT » & L'« EXPÉRIENCE-PATIENT » : UNE DISTINCTION BYZANTINE ?



Les meilleurs auteurs* nord-américains distinguent les deux. Cette distinction, relativement subtile, s'expose en quelques mots.

D'une part, **la satisfaction** est l'expression d'une subjectivité assumée, quasiment sensorielle sur « quelque chose » d'extérieur au patient. On aime ou bien on n'aime pas ; cela vous plaît, ou au contraire ne vous plaît pas, vous convient ou ne vous convient pas. Ainsi en est-il d'une couleur, d'une boisson, d'un lieu, d'un spectacle, d'une information, ou même de l'attitude, du comportement d'un interlocuteur.

D'autre part, **l'expérience-patient** repose sur l'appréciation – le cas échéant davantage objectivable – que le patient porte sur des choses qui lui arrivent ou qu'il fait (et qui lui importent). Par exemple : est-il capable de monter un escalier ou bien de lire un journal ou bien de dormir une nuit entière ? Ainsi, **l'expérience-patient** est un résultat (*outcome*) qui permet d'approcher dans quelle mesure un traitement ou un soin apporte une réponse appropriée à ce qui importe au malade.



Il semble bien que le critère « **satisfaction** » de l'ACI soit à cheval entre les deux ; mais c'est un début !

*TH Lee et M Porter notamment.

III. LES DONNÉES À RECUEILLIR

Ces données traduisent un projet défini par l'équipe et autant que possible avec la participation de patients : **QUI**, en effet, peut mieux que les patients eux-mêmes, suggérer ou identifier un sujet où **leur satisfaction est déterminante** ? ...et peut être améliorée !

C'est pourquoi, avant de se lancer dans un projet sur **l'amélioration de la satisfaction**, les professionnels doivent en discuter (un peu) et bien entendu avec les patients, afin de choisir le sujet et préciser l'objectif du projet.

En pratique, une équipe peut très bien convenir de réaliser, par exemple tous les 6 mois ou une fois l'an, un projet « satisfaction-patient » ; cela permet de varier les sujets ... et de limiter le nombre de données recueillies à chaque fois (l'exhaustivité ne doit pas se faire au dépens de la faisabilité).

1. D'où viennent-elles ?

Des patients et de leur entourage via des éléments déjà présents dans leur dossier (logiciel-métier) ou bien par un recueil d'information dédié (interview, questionnaire, etc ...).

2. En quoi consistent-elles ?

Elles identifient, en regard du sujet choisi, **ce qui importe vraiment au patient**, soit dans l'organisation des soins, soit sur les services rendus par les professionnels ou encore sur les objectifs, les effets ou les résultats de son traitement, etc. Toutes choses qui lui importent vraiment **C'est ce qui s'appelle en métrologie, le bon degré de VALIDITE des données** ; par exemple, le délai d'attente pour une consultation, la possibilité de ressortir de chez lui pour un malade âgé, l'absence d'effets indésirables à la prise d'un médicament, constituent vraisemblablement des données de bonne validité en regard de **ce à quoi un patient attache une réelle importance**.

3. Combien* en identifier ?

Assez peu ... sûrement moins de dix. **C'est ce qui détermine en métrologie la bonne PRATICABILITE d'un questionnaire ou d'une étude**. En réalité, ce qui compte c'est la capacité à traiter, à interpréter les données recueillies et surtout au-delà à en tirer des conclusions et des améliorations à mettre en œuvre. Et pour cela, il vaut mieux se concentrer sur deux ou trois aspects et ne pas être enseveli sous les données recueillies, afin de **préserver toute la capacité d'action d'une équipe**.



**ATTENTION, le « mythe » de l'exhaustivité (avec des études à 25 ou 40 questions !!) menace toujours.*

4. Comment (faire) exprimer et recueillir le point de vue du patient ?

Avant tout sous la forme d'un **choix « fermé »**, c'est-à-dire d'un **« choix de réponse »** (en cochant une case); en raison de la rapidité de réponse, du traitement informatique et de l'analyse immédiate, y compris pour une série de plusieurs dizaines de patients. Ce n'est que pour des études très particulières que l'on peut utiliser des réponses ouvertes (orales ou écrites) ...Et alors bon courage pour le « dépouillement » et l'interprétation !

Ensuite d'une **manière standardisée**, de manière à ce que les résultats soient aisément interprétables et le cas échéant comparables à d'autres. Pour cela **une échelle de type Likert** est le plus souvent utilisée. A **quatre niveaux**, de manière à éviter un choix médian (ce qui est le cas pour les échelles à trois ou cinq niveaux, le choix médian constituant un biais fréquent en raison de l'effet centripète auquel l'humain est sensible). Les quatre niveaux permettant une **appréciation standardisée et pondérée** selon la **gradation suivante** :

..... [] [] [] [] []

Désaccord total (DT) Désaccord partiel (DP) Accord partiel (AP) Accord total (AT) Non applicable (NA)

En conservant **toujours le même sens de gauche à droite** (du pire vers le meilleur).

Une case en dehors de l'échelle permettant de recueillir les « sans opinion » ou les « non applicable ».

Enfin dans un petit nombre de cas un simple **choix binaire** de type OUI / NON peut suffire. **C'est également ce « choix fermé » qui détermine en métrologie la bonne PRATICABILITE d'un questionnaire ou d'une étude.**

IV. POUR RÉSUMER : LES PRINCIPES D'UN RECUEIL DE DONNÉES (OU D'OPINIONS)

- ▶ qui traduisent un projet choisi par l'équipe (avec la participation des patients)
- ▶ qui illustrent ce qui **intéresse le patient** (exprimées sans ambiguïté)
- ▶ en **nombre limité** à renseigner
- ▶ complété par une **échelle de valeur** (de type Likert) pour un avis pondéré



ATTENTION, le projet et les données à recueillir étant fixés, le recueil peut se faire :



=> **soit** par une exploitation des données déjà présentes dans le dossier du malade (et même dans un futur proche à partir de données issues d'objets connectés et intégrées au dossier)

Ce qui facilitera considérablement les choses

V. TROIS EXEMPLES

(les deux premiers via un questionnaire dédié, le troisième en exploitant directement des données des dossiers via le logiciel-métier)

1- La possibilité de prendre un RdV à la maison de santé par internet me facilite considérablement les choses.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DT	DP	AP	AT	NA

2 - A la suite de l'intervention (mise en place de prothèse de hanche) j'ai pu reprendre des activités quotidiennes que j'avais dû abandonner.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DT	DP	AP	AT	NA

3 - Les professionnels de santé en accord avec les patients ont estimé qu'un délai de réponse aux demandes des patients exprimés par téléphone inférieur ou égal à 3 heures était satisfaisant.

=> **Les données extraites du logiciel** ont permis d'identifier que% des demandes des patients étaient traitées dans ce délai inférieur ou égal à 3 heures.

Et Maintenant à Vous de Jouer !

VI. EPILOGUE

A l'évidence, la « satisfaction-patient » est une valeur montante. En réalité, elle n'est qu'une expression de plus de l'importance croissante accordée aux patients, à leurs droits, leurs valeurs, leurs préférences ou leurs ressentis. Depuis le début des années 2000 plusieurs dispositions législatives ou réglementaires ont été prises dans ce sens et d'autres continueront pour traduire l'évolution sociale et culturelle en marche. Ainsi, en moins d'une année, la « satisfaction » a été complétée par l'« expérience-patient » qui pourrait être de plus en plus banalement recueillie et analysée, jusqu'à constituer une base de rémunération des professionnels de santé

A suivre donc !

VII. Pour en Savoir Plus ... (10 références biblio aux meilleures sources)

- Healthcare in a land called People Power : nothing about me without me
Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, Edgman-Levitan S, Ollenschläger G, Plamping D, Rockefeller RG. *Health Expect*. 2001 Sep;4(3):144-50.

Le texte emblématique rédigé en conclusion d'un séminaire pluriprofessionnel et international, tenu à Salzbourg en Autriche dès 1998, au terme duquel les patients affirment leur identité et leur ... prédominance.

- What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist
Berwick DM. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jul-Aug;28(4):w555-65. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w555. Epub 2009 May 19

Sous la signature du Dr Berwick - l'artisan principal de l'évolution de nos systèmes de santé – le rationnel et la signification de la formule « patient-centered » aussi usitée que finalement objet d'interprétations fantaisistes.

- Patient-Reported Outcomes — Harnessing Patients' Voices to Improve Clinical Care
Basch E. *N Engl J Med*. 2017 Jan 12;376(2):105-108. doi: 10.1056/NEJMp1611252.

Un papier quasi fondateur, par un jeune oncologue américain ultra médiatique, qui fonde les progrès médicaux - en terme de résultat de soins - sur le recueil et l'exploitation de l'expérience des malades

- Patient-reported outcome measures in practice
Nelson EC, Eftimovska E, Lind C, Hager A, Wasson JH, Lindblad S. *BMJ*. 2015 Feb 10;350:g7818. doi: 10.1136/bmj.g7818.

Le « En Pratique » comme sait en publier le BMJ à partir du travail d'une équipe mixte américaine et suédoise, afin d'obtenir des retours de « l'expérience-patient » et d'en tirer une interprétation utile

- Making Patients and Doctors Happier — The Potential of Patient-Reported Outcomes

Rotenstein LS, Huckman RS, Waggle NW.

N Engl J Med. 2017 Oct 5;377(14):1309-1312. doi: 10.1056/NEJMp1707537.

Le « double effet » des retours d'expérience patients : aussi bénéfique pour les docteurs que pour les malades !

- Care that Matters : Quality Measurement and Health Care

Saver BG, Martin SA, Adler RN, Candib LM, Deligiannidis KE, Golding J, Mullin DJ, Roberts M, Topolski S.

PLoS Med. 2015 Nov 17;12(11):e1001902. doi: 10.1371/journal.pmed.1001902. eCollection 2015 Nov

Un excellent vademecum de l'élaboration et de l'exploitation des indicateurs cliniques (ceux qui importent vraiment) ... simple et utile.

- In-Person Health Care as Option B

Duffy S, Lee TH.

N Engl J Med. 2018 Jan 11;378(2):104-106. doi: 10.1056/NEJMp1710735

Un texte encore prospectif (pour longtemps encore ?) qui ouvre la perspective d'un accès « virtuel » aux soins à la demande et à la satisfaction des malades.

- Implementation of Patient-Reported Outcomes in Routine Medical Care.

Basch E, Barbera L, Kerrigan CL, Velikova G.

Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2018 May 23;(38):122-134. doi: 10.1200/EDBK_200383.

En juin 2018, E Basch récidive et explique pas à pas comment, dans différents établissements américains les équipes et les patients ont appris à bien travailler avec les PRO.

Et en BONUS, (uniquement accessible sur internet sous ce lien) une analyse concise des principaux freins des PRO et de la meilleure façon d'obtenir la participation des malades d'un côté et des soignants de l'autre ... Très utile !

<https://catalyst.nejm.org/implementing-proms-patient-reported-outcome-measures/>

Comité de rédaction :

- Jean-Michel Chabot - Professeur de santé publique
- Pascal Chauvet - Chef de projet Fédération des maisons de Sante en Nouvelle Aquitaine
- Juliette Pinot- Médecin généraliste MSP de Suresnes - Chef de Clinique Universitaire Faculté de Médecine de Paris Descartes
- Jean Luc Plavis - Patient-Expert, Coordinateur des projets patients MSP de Suresnes

Réalisé avec le soutien institutionnel de Pfizer

Réalisé avec le soutien institutionnel de

