

Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire

Assessment of the satisfaction of professionals and patients at a multidisciplinary out-patient surgery unit

Canoui-Poittrine F¹, Logerot H², Frank-Soltysiak M²

Résumé

Objectifs : L'objectif était de mesurer la satisfaction de l'ensemble des acteurs, patients et professionnels d'une unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire accueillant des adultes et des enfants. Les patients et les professionnels ont été interrogés sur leur perception de la prise en charge du patient (information délivrée et relation avec les soignants) et l'organisation des soins.

Méthodes : L'enquête a été réalisée auprès de 682 professionnels et 503 patients par un auto-questionnaire. Le niveau de satisfaction a été mesuré par la construction de scores combinant l'ensemble des dimensions de la satisfaction. Les facteurs associés à un niveau élevé de satisfaction chez les patients ont été étudiés en utilisant un modèle de régression linéaire.

Résultats : La majorité des professionnels (92,3 %) se déclaraient satisfaits du service rendu au patient. Le score moyen de satisfaction des professionnels relatif à l'organisation de la structure était de 74,4/100 (écart-type : 23,1). Le score de satisfaction global moyen des patients était de 91,3/100 (écart-type : 11,3). Les principales réserves portaient sur l'attente et le circuit administratif. Les facteurs associés à un niveau élevé de satisfaction chez les patients étaient l'âge avancé, un bon état de santé perçu et l'évolution favorable de la maladie.

Conclusion : La plupart des patients et professionnels jugeaient positivement le service rendu et le mode d'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire. Ce niveau élevé de satisfaction est un argument en faveur du développement de ce type de structures.

Prat Organ Soins 2008;39(4):323-330

Mots-clés : Satisfaction patient ; intervention chirurgie ambulatoire ; relations professionnel de santé/patient ; accès à information ; organisation et administration.

Summary

Aims: The purpose of this study was to explore the satisfaction of outpatients and healthcare professionals within a multidisciplinary ambulatory surgery unit. Professionals and outpatients were surveyed about patient care (information delivery, relationship with healthcare givers) and organization.

Methods: Overall, 682 health professionals and 503 patients responded to a self administered questionnaire. Satisfaction level has been estimated by construction of scores which combine the different dimensions of the satisfaction concept. Factors associated with a high level of satisfaction among outpatients were studied using a linear regression model.

Results: The majority of health care givers (92.3 %) were satisfied of patient care. The level of professionals' satisfaction about organization was estimated at 74.4/100 (standard deviation: 23.1). The satisfaction score was 91.3/100 (standard deviation: 11.3) for outpatients. Most disagreement was the long waiting time and the complex administrative circuit. Among outpatients, a high level of satisfaction was significantly associated with old age, good self-reported health status and favourable medical evolution.

Conclusion: Most of professionals and outpatients had a positive judgment of patient care and organization of the ambulatory surgery unit. High level of satisfaction is an argument for development of these structures.

Prat Organ Soins 2008;39(4):323-330

Keywords: Patient satisfaction; ambulatory surgical procedures; professional-patient relations; access to information; organization and administration.

¹ Interne en santé publique, Service de santé publique et d'épidémiologie, Le Kremlin-Bicêtre (France).

² Praticien hospitalier de santé publique, Service de santé publique et d'épidémiologie, Le Kremlin-Bicêtre (France).

Adresse pour correspondance : Dr Marie Frank-Soltysiak, Service de santé publique et d'épidémiologie, 78 rue du Général-Leclerc, F-94275 Le Kremlin-Bicêtre Cedex. E-mail : marie.frank@bct.aphp.fr

INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est apparue en France dans les années 1980 et près de 8 000 places sont à l'heure actuelle disponibles sur le territoire français [1]. L'Unité de chirurgie ambulatoire (UCA) de l'Hôpital Bicêtre (Assistance publique des hôpitaux de Paris) a été créée en juin 2000. Elle accueille huit disciplines chirurgicales : chirurgie pédiatrique, chirurgie viscérale, orthopédie, urologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie et orthogénie. Il s'agit d'une structure autonome possédant des locaux dédiés dont trois salles d'opération.

La mesure de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation [2]. L'inclusion de l'opinion des patients dans l'évaluation de la qualité des soins a pris de l'importance depuis une vingtaine d'années et a été adoptée par les établissements de santé comme un indicateur de qualité des soins. La mesure de la satisfaction des patients permet de décrire la prise en charge du point de vue du patient, d'identifier les problèmes et d'y apporter le cas échéant des solutions [3]. Le concept de satisfaction est une grandeur subjective et multidimensionnelle qui fait l'objet de définitions différentes selon les auteurs [4]. L'une d'elle se fonde sur le fait que la satisfaction du patient est la différence entre la prestation reçue et la perception de cette prestation. GC Pascoe l'appréhende comme l'évaluation cognitive et émotionnelle du patient aux structures, procédures et résultats des services [5]. Deux aspects sont classiquement identifiés sous le terme de satisfaction : l'aspect technique et la dimension humaine, relationnelle et de confort. Le patient juge de l'aspect technique du traitement d'une part, et d'autre part exprime son avis sur la façon dont il a été accueilli, le temps d'attente, l'information qu'il a ou non reçue, la disponibilité des infirmières et médecins, le traitement de sa douleur et de ses autres symptômes [6]. De nombreux facteurs peuvent influencer la mesure de la satisfaction notamment l'âge et l'état de santé perçus. L'objectif de l'étude était de rendre compte de l'opinion de l'ensemble des acteurs, professionnels et patients, vis-à-vis d'une unité de chirurgie ambulatoire. Il s'agissait ainsi de mesurer la satisfaction des patients et la perception du personnel d'une structure proposant une activité et une organisation propre.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête transversale réalisée auprès de 682 professionnels et 503 patients.

1. Questionnaire professionnel

Le questionnaire destiné aux professionnels a été créé *ex-nihilo* puisque aucun outil à notre connaissance n'était disponible à cette fin. Ce questionnaire a été établi par un groupe de travail multidisciplinaire (un anesthésiste, un chirurgien, un cadre infirmier et deux médecins de santé publique). Il s'agissait d'un questionnaire auto-administré, le mode de réponse était binaire (oui/non). Il a été adressé par voie postale interne :

- à l'ensemble du personnel de l'UCA ;
- à tous les médecins des services de chirurgie (chirurgie pédiatrique, chirurgie viscérale, neurochirurgie, ophtalmologie, orthopédie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, urologie), du service d'orthogénie et du département d'anesthésie-réanimation ;
- aux médecins titulaires (professeur des universités – praticien hospitalier, maître de conférence – praticien hospitalier, praticien hospitalier temps plein ou temps partiel) des services de médecine et de radiologie ;
- aux pharmaciens titulaires de la pharmacie centrale et du service de stérilisation ;
- aux cadres de santé (et cadres supérieurs), aux infirmières, aux secrétaires médicales et hospitalières des services de chirurgie, d'orthogénie, du département d'anesthésie-réanimation, du bloc commun, des polycliniques adultes et pédiatriques, du bureau des rendez-vous ;
- aux cadres des services de médecine, des admissions, des transports, du centre de tri des examens, du magasin ;
- à l'ensemble des directeurs, directeurs adjoints et cadres (chefs de bureau et ingénieurs) des services de direction.

Outre des informations administratives (âge, profession, service), ce questionnaire explorait la perception qu'avaient les professionnels de l'UCA selon trois dimensions :

- a) La prise en charge du patient par l'UCA : service rendu au patient, modalité d'inscriptions, temps d'attente, compte-rendu opératoire en temps réel, organisation de la sortie, organisation du suivi, unité de lieu, équipe soignante fixe, turn-over du personnel d'anesthésie, existence d'un dossier spécifique.
- b) L'organisation de l'UCA : mode d'organisation, turn-over du personnel d'anesthésie, répartition des tâches, diffusion hebdomadaire du planning opératoire, répartition des vacances par spécialité, respect du modèle opérationnel défini avant l'ouverture, information sur l'organisation, circuit du dossier, présence de plusieurs disciplines chirurgicales, accueil d'enfants et d'adultes, caractère programmé des interventions, gain de temps des opérateurs, dysfonctionnements.
- c) L'attractivité de l'UCA : « en cas de besoin, conseillerez-vous à quelqu'un ou vous feriez-vous opérer à l'UCA », « pensez-vous que l'existence de l'UCA puisse augmenter l'attractivité de l'établis-

sement ? », « Est-il important qu'un hôpital public offre une prise en charge ambulatoire ? ».

2. Questionnaire patient

Tous les patients, venus entre le 12 janvier et le 26 mars 2004, ont été inclus, à l'exception des femmes entrant pour interruption volontaire de grossesse. Le questionnaire utilisé était un questionnaire préexistant, préalablement validé dans d'autres études, l'Échelle de qualité des soins (EQS) [6]. Pour les mineurs, il a été demandé aux parents de répondre à la version pédiatrique du questionnaire. Il a été utilisé dans sa forme complète (adulte et pédiatrique) et les conditions d'utilisation et d'exploitation de ce questionnaire ont été respectées. Il comportait 24 items repartis en sept dimensions :

- l'information reçue par le patient sur son état de santé et ses soins : obtention d'une information claire sur les symptômes, la raison et les résultats des examens, l'objectif et les effets indésirables des traitements ;
- les relations avec les soignants : obtention de réponses aux questions de la part des médecins, identification du médecin, possibilité de voir une infirmière à la demande, prise en charge de l'angoisse ;
- l'attitude des soignants : respect de l'intimité, aide dans les gestes quotidiens, communication adaptée des médecins et des soignants vis-à-vis du patient ;
- le bien-être physique : prise en charge de la douleur, aide aux repas à la toilette et aux besoins ;
- le fonctionnement du service : disponibilité des infirmières, bonne coordination et ambiance du service ;
- information sur la sortie du patient : obtention d'explications sur les symptômes d'alerte, les activités que le patient peut reprendre après sa sortie, le suivi médical après la sortie, la prise en compte de l'avis du patient pour la sortie.

Le niveau de satisfaction était mesuré pour chaque item par une échelle de Likert à quatre modalités (« tout à fait », « presque », « pas vraiment », « pas du tout »). Les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe) et médicales (nombre d'hospitalisations antérieures, durée de la maladie) étaient également recueillies. Enfin, l'évolution de la maladie et l'état de santé perçus du patient étaient appréciés à travers les deux questions suivantes : « après mon hospitalisation je pense que ma maladie va s'aggraver, se stabiliser, s'améliorer, guérir ? » et « par rapport aux gens de mon âge, mon état de santé me semble moins bon, semblable ou meilleur ? ».

3. Analyse statistique

Les réponses des professionnels ont été analysées selon leur catégorie professionnelle. La perception de l'organisation de la structure a été étudiée à partir des réponses des seuls professionnels travaillant ou ayant travaillé à l'UCA (n = 137).

Les variables catégorielles ont été comparées, en analyse univariée, par un test du χ^2 , les variables continues par un test T. L'ensemble des tests était bilatéral et une valeur du degré de signification p inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

Un score de satisfaction a été élaboré pour chacune des deux populations, professionnels et patients. La méthode de construction du score était la suivante : pour les professionnels, un score rendant compte du niveau de satisfaction vis-à-vis du service rendu au patient (12 variables) et un vis-à-vis de l'organisation de la structure (15 variables) ont été construits. Pour les patients, chaque réponse était codée de zéro à trois du moindre au plus haut degré de satisfaction exprimé, de zéro à un pour les professionnels (oui/non). Une moyenne, était ensuite calculée à partir de l'ensemble des réponses et rapportée à 100. Pour les patients, trois scores ont été élaborés : un score « information » (onze variables), un deuxième score « relations avec les soignants et l'organisation » (dix variables) et un score « satisfaction globale » prenant en compte tous les items. Les facteurs pouvant influencer sur le niveau de satisfaction des patients ont été étudiés : l'âge, le sexe, le type de spécialité chirurgicale, le nombre d'hospitalisations antérieures, la durée de la maladie, l'existence de co-morbidités, l'évolution perçue de la maladie et l'état de santé perçus. Les scores de satisfaction des différentes catégories de patients ont été, pour cela, comparés selon un modèle de régression linéaire multivarié.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel SAS® (Version 8).

RÉSULTATS

1. Satisfaction des professionnels

Au total, 58,2 % des professionnels interrogés ont répondu (n = 397). Les taux de réponses selon les différentes catégories de professionnels étaient de 60,1 % chez les médecins (n = 116/193), de 55,5 % chez les soignants (n = 176/317), de 66,0 % chez les cadres de santé (n = 64/97), de 63,2 % chez les secrétaires médicales (n = 24/38) et de 45,9 % chez les administratifs (n = 17/37). Le taux de réponse n'était pas significativement différent selon la catégorie de personnel interrogé.

La répartition des différents professionnels répondants était la suivante : 116 médecins (29,2 %), 176 soignants (44,3 %), 64 cadres de santé (16,1 %), 24 secrétaires médicales (6,1 %) et 17 administratifs (4,3 %).

Ils étaient 71,1 % (n = 275) à être déjà allés à l'UCA et 35,2 % (n = 137) à y avoir déjà travaillé.

Tableau I
Pourcentage d'opinions positives des professionnels quant à la prise en charge du patient par l'unité de chirurgie ambulatoire (Hôpital Bicêtre 2004).

	Proportion opinions positives (%)		p ^a
	Médecins	Infirmiers(ères) et cadres	
Service rendu au patient	95,8 (68/71) ^b	90,4 (122/135)	NS
Modalités d'inscription	82,8 (48/58)	73,2 (70/96)	NS
Temps d'attente	94,6 (53/56)	78,8 (104/132)	< 0,01
Compte-rendu opératoire en temps réel	94,2 (82/87)	93,1 (122/131)	0,07
Organisation de la sortie	94,7 (54/57)	85,3 (93/109)	NS
Organisation du suivi	93,0 (53/57)	89,9 (98/109)	NS
Unité de lieu	100,0 (92/92)	97,1 (200/206)	NS
Turn-over du personnel d'anesthésie	61,0 (25/41)	52,4 (43/82)	NS
Equipe soignante fixe	98,1 (51/52)	93,5 (115/123)	NS
Dossier spécifique	77,4 (41/53)	89,7 (96/107)	< 0,05

^a Comparaison du % d'opinions positives chez les médecins et infirmiers(ères) ou cadres (test du χ^2 de Pearson, seuil de signification $\alpha = 5\%$).

^b Effectif d'opinions positives/effectif des répondants par item.

Tableau II
Pourcentage d'opinions positives des professionnels quant à l'organisation de l'UCA (Hôpital Bicêtre 2004).

	Proportion d'opinions positives (%) ^a		p ^a
	Médecins	Infirmiers(ères) et cadres	
Mode d'organisation	83,3 (50/60) ^b	95,2 (59/62)	< 0,05
Turn-over du personnel d'anesthésie	70,8 (17/24)	61,5 (24/39)	NS
Répartition des tâches	93,9 (31/33)	76,9 (40/52)	< 0,05
Diffusion hebdomadaire du planning opératoire	84,1 (37/44)	76,9 (40/52)	NS
Répartition des vacances par spécialité	67,6 (37/52)	88,2 (30/34)	NS
Respect du modèle opérationnel défini avant l'ouverture	93,3 (25/30)	77,8 (28/36)	NS
Information sur l'organisation	78,4 (40/51)	53,1 (34/64)	< 0,01
Circuit du dossier	69,2 (27/39)	56,2 (18/32)	NS
Présence de plusieurs disciplines chirurgicales	75,8 (25/33)	96,1 (49/51)	0,01
Accueil d'enfants et d'adultes	91,1 (41/45)	82,0 (41/50)	NS
Caractère programmées interventions	90,2 (46/51)	88,5 (46/52)	NS
Gain de temps des opérateurs	92,0 (46/50)	95,6 (44/46)	NS
Dysfonctionnements	60,0 (27/45)	83,0 (44/53)	0,01
– liés aux médecins	56,2 (18/32)	80,9 (34/42)	0,02
– liés aux patients	34,4 (11/32)	46,1 (18/39)	NS
– liés à l'organisation	44,8 (13/29)	27,8 (10/36)	NS

^a Comparaison du % d'opinions positives chez les médecins et infirmiers(ères) ou cadres (test du χ^2 de Pearson, seuil de signification $\alpha = 5\%$).

^b Effectif d'opinions positives/effectif des répondants par item.

Le tableau I rapporte la perception qu'ont les professionnels des différentes étapes de la prise en charge du patient par l'unité de chirurgie ambulatoire. La très grande majorité des professionnels jugeait positivement le service rendu au patient. Le score de satisfaction vis-à-vis du service rendu au patient par l'UCA était de 86,9 % (écart-type = 21,8). Il était de 89,5 % (écart-type = 18,1) et de 85,8 % (écart-type = 23,2) respectivement pour les médecins et les infirmiers(ères) et les cadres ($p = 0,15$). Parmi ces réponses, 97,3 % ($n = 284$) des professionnels conseilleraient à quelqu'un ou se ferait opérer eux-mêmes à l'UCA. Selon eux, les innovations organisationnelles (création d'un dossier spécifique, réalisation en temps réel du compte-rendu opératoire) inhérentes à l'UCA participaient largement

à ce choix. Les infirmiers(ères) et les cadres étaient relativement moins satisfaits du temps d'attente du patient et de l'organisation de sa sortie. Le tableau II rapporte le jugement des professionnels travaillant à l'UCA vis-à-vis de l'organisation. Le score de satisfaction vis-à-vis de l'organisation était de 74,4 % (écart-type = 23,1). Les médecins travaillant dans l'unité avaient un score plus élevé que le personnel paramédical et les cadres (77,9 % (écart-type = 21,9) versus 71,5 % (écart-type = 23,2) ($p = 0,11$)). Néanmoins, 72,4 % ($n = 98$) des professionnels déclaraient qu'il existait des dysfonctionnements. L'un d'eux était le *turn-over* du personnel d'anesthésie qui desservait la bonne prise en charge du patient et l'organisation du travail (tableau II). Le personnel paramédical et les cadres déclaraient plus

fréquemment que les médecins que le caractère multidisciplinaire de l'UCA était un gage d'efficacité. Enfin, pour la quasi-totalité des professionnels (99,1 %, n = 348), il était essentiel qu'un hôpital public propose ce type d'activité. Ainsi pour 94,1 % (n = 302) des professionnels, l'UCA augmentait l'attractivité de l'établissement.

2. Satisfaction des patients

Le taux de réponse des patients était de 67,0 % (337 patients/503, 270 adultes et 67 mineurs). Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence en termes de moyenne d'âge et de ratio hommes/femmes entre le groupe de répondants (n = 337) et celui des non-répondants (n = 166). De plus, à partir des données du système d'information hospitalier, nous avons déterminé la répartition des venues par spécialité en 2003 ; celle-ci n'était pas différente de la répartition des répondants par spécialité lors de l'enquête (p = 0,35).

Les patients adultes de l'UCA avaient en moyenne 55,8 ans (minimum = 18 ans et maximum = 89 ans). La majorité d'entre eux (57,0 %) était des hommes. L'âge moyen des enfants était de 5,6 ans (minimum = 6 mois et maximum = 16 ans) avec une majorité de garçons (75,4 %).

Le score « information » délivrée était de 89,6 % (écart-type = 15,2). La très grande majorité des patients s'estimait tout à fait satisfaite de l'information délivrée en préopératoire (symptômes, nécessité et résultats des examens médicaux, objectifs des traitements, modalités du suivi), sauf pour l'item concernant les potentiels effets indésirables (66,3 % pensaient avoir reçu une information complète n = 177) (tableau III). Par ailleurs, l'identification du médecin responsable et son

accessibilité paraissaient satisfaisantes aux répondants (plus de 85,0 % d'opinion positive). Néanmoins, 25,0 à 30,0 % des patients ont déclaré qu'une partie de l'information postopératoire n'était pas optimale concernant notamment les symptômes à surveiller et les activités qu'il était possible de reprendre après l'intervention.

Le score de satisfaction « relations avec les soignants et organisation » était de 93,2 % (écart-type = 11,2). L'aspect technique des soins était jugé satisfaisant par la plupart des patients : pour 91,6 % (n = 262) des patients la prise en charge de la douleur était optimale, celle de l'anxiété l'était pour 81,6 % (n = 191). Pour 92,9 % (n = 276) d'entre eux l'intimité a semblé respectée (tableau IV). Près de 32 % (n = 81) des patients se sentaient exclus des conversations des soignants. Concernant le fonctionnement du service, le questionnaire explorait trois aspects : la disponibilité des infirmières, l'ambiance et la coordination. Les patients étaient respectivement 90,8 % (n = 277), 88,2 % (n = 283) et 81,3 % (n = 260) à s'estimer satisfaits sur ces points. Le score « satisfaction globale » était de 91,3 % (écart-type = 11,3) sans différence statistiquement significative entre les populations d'adultes et d'enfants.

Les facteurs influant sur le niveau de satisfaction ont été étudiés à partir du sous-échantillon de patients adultes. Les facteurs associés à un niveau de satisfaction global élevé étaient, en analyse univariée, l'âge avancé, un bon état de santé perçu et l'évolution favorable de la maladie. Après ajustement sur l'ensemble des variables, les patients qui déclaraient une évolution favorable de la maladie avaient un niveau de satisfaction plus élevé que ceux qui déclaraient une évolution défavorable (p < 0,01). La durée de la maladie, le nombre d'hospitalisations

Tableau III
Le niveau de satisfaction des patients sur l'information délivrée en préopératoire et postopératoire (Hôpital Bicêtre 2004).

	n ^a	tout à fait (%)	presque (%)	pas vraiment (%)	pas du tout (%)
<i>Information très claire du patient sur :</i>					
Les symptômes	265	88,7	8,3	1,1	1,9
La raison des examens	255	93,3	6,3	0,4	0,0
Le résultat des examens	255	86,7	8,2	2,4	2,7
L'objectif des traitements	295	89,8	7,5	1,7	1,0
Les effets indésirables	267	66,3	13,9	10,1	9,7
Le suivi médical	304	84,5	7,2	4,7	3,6
Les symptômes d'alerte	243	69,1	9,9	8,2	12,8
Les activités qu'il sera possible de reprendre	239	69,0	10,5	9,6	10,9
L'organisation de la sortie	221	75,1	4,6	9,5	10,8
<i>Sont satisfaisantes :</i>					
Les réponses des médecins aux questions	308	84,7	13,6	1,4	0,3
L'identification du médecin	323	91,3	3,1	4,0	1,6

^a Effectif des répondants par item.

Tableau IV
Le niveau de satisfaction des patients sur les soins (Hôpital Bicêtre 2004).

	n ^a	tout à fait (%)	presque (%)	pas vraiment (%)	pas du tout (%)
<i>Sont satisfaisants :</i>					
Le respect de l'intimité du patient	297	92,9	5,4	1,7	0,0
La prise en charge de la douleur	286	91,6	5,6	1,8	1,0
L'aide dans les gestes quotidiens	224	88,4	7,1	3,1	1,3
La prise en charge de l'angoisse, de la tristesse	234	81,6	9,4	3,4	5,6
La disponibilité des infirmières	305	90,8	7,9	0,7	0,7
L'ambiance dans le service	321	88,2	10,0	1,2	0,6
La coordination dans le service	320	81,3	13,7	3,4	1,6
Les médecins ne tiennent pas de propos perturbants	233	86,7	7,3	1,7	4,3
Les soignants ne parlent pas en présence du patient comme s'il était absent	255	68,6	16,1	8,2	7,1

^a Effectif des répondants par item.

antérieures, la spécialité, l'existence de co-morbidités n'étaient pas significativement associées au niveau de satisfaction.

DISCUSSION

Les unités de chirurgie ambulatoire sont encore peu nombreuses en France et particulièrement dans le secteur public. Notre étude a permis de montrer que la plupart des acteurs (patients et professionnels) d'une telle structure jugeaient positivement le service rendu au patient et le mode d'organisation. L'identification de dysfonctionnements précis a permis l'amélioration de certaines étapes de la prise en charge du patient. Ce niveau élevé de satisfaction des patients et des professionnels est un argument en faveur du développement de ce type de prise en charge. Cette étude explore de manière originale la question de la satisfaction en analysant conjointement la perception des professionnels et des patients. Quelques études portant sur la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire ont été menées antérieurement en France [7] et à l'étranger [8-15], mais une seule a porté sur la satisfaction des professionnels en chirurgie ambulatoire [16]. Le concept de satisfaction a été exploré de manière la plus exhaustive possible : ses différentes dimensions ont été appréhendées auprès des patients et des professionnels, c'est-à-dire l'accueil dans le service, les soins, l'information délivrée au patient, l'organisation de la structure et la perception globale de la prise en charge. Le questionnaire destiné aux professionnels a été créé *ex-nihilo* puisque aucun outil, à notre connaissance, n'était disponible à cette fin. Il n'a donc pas fait l'objet d'une procédure de validation. Cet aspect est une des principales limites de notre étude. Il existe, en revanche, des questionnaires validés pour mesurer la satisfaction des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire [17,18].

F Chung a proposé un outil mais qui n'explore qu'un aspect particulier de la prise en charge (les complications postopératoires) [17]. Celui élaboré par Greenwood en 1993 a l'avantage d'explorer l'ensemble des dimensions de la satisfaction mais, il a été élaboré en anglais et la traduction en français peut induire un biais de mesure étant donné les différences de fonctionnement du système de soins et de représentations collectives de la santé [18]. Le choix du questionnaire des patients s'est porté sur l'Échelle de qualité des soins (EQS) élaborée en 1999, outil préalablement validé, conçu en français et utilisé lors d'une précédente étude sur la mesure de la qualité des soins en court séjour [6, 19]. De plus, il existe une version pédiatrique adaptée. Ces caractéristiques en font un indicateur pertinent et fiable de mesure de la satisfaction. Il n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire, mais il a l'avantage d'explorer le concept de satisfaction des patients de manière complète.

Les patients ont répondu au questionnaire une fois rentrés à leur domicile et non sur place. Cette modalité a été choisie de manière à limiter le biais de réponse car la mesure de la satisfaction est ainsi plus distante et critique de la part du patient que sur le lieu même de la prise en charge. Enfin, la confidentialité était mieux respectée [20]. Les taux de réponse étaient comparables, pour les deux volets, à ceux retrouvés dans la littérature pour les enquêtes qui ont utilisé la même méthode (semi-postale) [20]. Le biais lié aux non-répondants peut cependant conduire à surestimer le niveau de satisfaction, argument souvent évoqué lors de telles enquêtes. Dans notre étude, néanmoins, les caractéristiques des répondants ne différaient pas de celles de l'ensemble des patients venus à l'UCA en 2004.

Le niveau élevé de satisfaction concernant l'information délivrée au patient, les relations avec les soignants et l'organisation du service concordent avec les résultats

d'études antérieures menées dans des services de chirurgie ambulatoire essentiellement au Royaume-Uni et aux États-Unis [8-15, 20, 21]. Néanmoins, ce niveau élevé doit être interprété avec précaution. Le mécontentement n'est exprimé que quand un événement extrêmement grave se produit et en ce sens une réponse positive dans une étude de satisfaction ne veut pas toujours dire que la prise en charge était bonne mais simplement que rien de grave ne s'est produit [3]. En chirurgie ambulatoire, on peut émettre l'hypothèse que lorsque l'intervention s'est déroulée sans complication ou que le résultat de l'intervention correspond à celui attendu, le patient est globalement satisfait et l'exprime à propos des différents aspects sur lesquels il est interrogé. En ce sens, il paraît important de porter une attention particulière aux items pour lesquels les patients ne sont pas complètement satisfaits.

Les déterminants de la satisfaction ont fait l'objet d'études antérieures pour la population de patients hospitalisés en court séjour [23, 24]. Les facteurs associés à des taux de satisfaction significativement plus élevés étaient l'âge avancé et le bon état de santé perçu ; ces éléments ont été retrouvés dans notre étude. En chirurgie ambulatoire, peu d'auteurs se sont intéressés aux facteurs prédictifs du niveau de satisfaction des patients. De plus, deux études ont montré que la politesse, la disponibilité des soignants et le niveau de douleur avaient une influence [25, 26]. Si la mesure de la satisfaction des professionnels et des patients constitue un élément essentiel de la mesure de la qualité des soins il doit être complété par d'autres indicateurs. En chirurgie ambulatoire, le taux d'annulation avant et après l'arrivée du patient, d'hospitalisations imprévues, le nombre de ré-interventions, de réadmissions, de sortie retardée et de rupture de la continuité des soins sont des éléments complémentaires indispensables [27, 28]. Ces indicateurs sont suivis depuis l'ouverture de l'UCA dans un souci d'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance de la structure. Ils forment, avec la mesure de satisfaction, un dispositif global de qualité de la prise en charge en chirurgie ambulatoire mise au point par l'*Australian Council for Health Standards* et développé par l'Association française de chirurgie ambulatoire [28].

En outre, les avantages médico-économiques de la pratique ambulatoire de la chirurgie devraient favoriser son essor : une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie a montré que, pour un acte donné, la prise en charge en ambulatoire était plus efficiente que la prise en charge traditionnelle [29]. Cet argument est encore plus important depuis la mise en place de la tarification à l'activité où la valorisation des séjours de moins de 48 heures est la même que le patient passe ou non la nuit à l'hôpital.

Les données de l'enquête de satisfaction montrent que la majorité des patients et des professionnels jugeait positivement le service rendu et le mode d'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire. Ce niveau élevé de satisfaction est un argument en faveur du développement de ce type de structures.

Remerciements

Les auteurs remercient le docteur Joel Langloÿs pour son aide lors de la mise en place et la réalisation de l'étude.

RÉFÉRENCES

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les capacités d'accueil à l'hôpital. In : Drees eds. *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005. Annexe 1 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006*. Paris : Dress ; 2005. p. 206-7. [Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/donnees2005.pdf>>. Consulté le 14/04/08].
2. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel* n° 98 du 25 avril 1996. p. 6324. [Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>. Consulté le 14/10/08].
3. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45:1829-43.
4. Pourin C, Barberger-Gateau P, Michel P, Salamon R. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 1^{re} partie : Aspects conceptuels et revue des travaux. *Journal d'Économie Médicale* 1999;17:101-15.
5. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983;6: 185-210.
6. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999;11:507-16.
7. Lebuissou DA, Jolivet MC, Arson B, Kuovi R. L'opinion des patients sur le fonctionnement d'une structure indépendante de chirurgie oculaire sans hospitalisation au sein d'un hôpital. *Analyses et conséquences*. *J Fr Ophthalmol* 1995;18: 490-501.
8. Aldwinckle RJ, Montgomery JE. Unplanned admission rates and postdischarge complications in patients over the age of 70 following day case surgery. *Anaesthesia* 2004;59: 57-9.
9. Wong LS, Kaukuntla HK, Lam FT, Frase IA. A survey of patient satisfaction after day care surgery. *Int J Clin Pract* 1999;53:189-91.

10. Kaldenberg DO, Becker BW. Evaluations of care by ambulatory surgery patients. *Health Care Manage Rev* 1999;24:73-83.
11. Sigurthardottir AK. Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *J Nurs Manag* 1996;4:69-74.
12. Davies B, Tyers AG. Do patients like day case cataract surgery? *Br J Ophthalmol* 1992;76:262-3.
13. Thomson PJ, Fletcher IR, Briggs S, Barthram D, Cato G. Patient morbidity following oral day surgery-use of a post-operative telephone questionnaire. *Ambul Surg* 2003;10:122-7.
14. Kangas-Saarela T, Ohukainen J, Koivuranta M. Patients' experiences of day surgery – an approach to quality control. *Ambul Surg* 1999;7:31-4.
15. Prats M, Aldeano A, Hidalgo LA, Badia JM, Heredia A, Gubern JM. Quality assessment in ambulatory surgery in a community hospital. *Ambul Surg* 1998;6:153-6.
16. Carayon P, Hundt AS, Alvaro CJ, Springman SR, Ayoub P. Patient safety in outpatient surgery: the viewpoint of the healthcare providers. *Ergonomics* 2006;49:470-85.
17. Chung F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1995;80:896-902.
18. Greenwood M, Rood JP, Snowdon AT. Five years' experience of oral day surgery. *Ambul Surg* 1993;1:103-5.
19. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière : qualité des soins. *Presse Med* 1999;28:1610-6.
20. Pourin C, Barberger-Gateau P, Michel P, Salamon R. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. 2^e partie : aspects méthodologiques. *Journal d'Économie Médicale* 1999;17:117-32.
21. Hicklin L, Tostevin PM, Wyatt ME. Parental satisfaction with paediatric day-case ENT surgery. *J Laryngol Otol* 1999;113:1072-5.
22. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care* 1999;8:86-91.
23. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990;30:811-8.
24. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002;54:493-504.
25. Yellen E, Davis GC. Patient satisfaction in ambulatory surgery. *AORN J* 2001;74:483-6, 489-94, 496-8.
26. Holland MS, Counte MA, Hinrichs BG. Determinants of patient satisfaction with outpatient surgery. *Qual Manag Health Care* 1995 ;4 : 82-90.
27. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38:509-16.
28. Collopy B, Rodgers L, Williams J, Jenner N, Roberts L, Warden J. Clinical indicators for day surgery. *Ambul Surg* 1999;7:155-7.
29. Bontemps G, Coustar N, Giraudon M, Toupin MH, Di Menza L, Salanave B, et al. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. PNIR Enquête chirurgie ambulatoire. Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Bagnole : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Saint-Denis : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) ; 2003. [Disponible sur : <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Conditions_de_developpement_de_la_chirurgie_ambulatoire.pdf>. Consulté le 14/04/08].