

L'échantillonnage dans l'évaluation de la satisfaction des patients

Par :

Moukhafi sahar¹, Docteur

¹Université Ibn Tofail/Faculté d'Économie et de Gestion Kénitra Maroc

Résumé

L'évaluation de la satisfaction des soins reçus par un patient est un élément de la qualité des soins et de l'état de santé. L'élaboration d'un système de mesure adapté constitue l'un des axes essentiels de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit, pour les établissements, d'inscrire cette démarche dans leur projet d'établissement. L'objectif de cette pratique est d'utiliser les informations recueillies auprès des patients pour améliorer les services proposés.

L'échantillonnage est une étape essentielle dans le processus de mesure de la satisfaction des patients au sein des établissements de santé

Cet article se donne comme objectif de définir cette étape et de préciser les éléments clé de sa réussite.

Mots-clés : satisfaction des patients, qualité des soins, processus de mesure, L'échantillonnage.

1 Introduction

La mesure de la satisfaction des patients est considérée comme l'un des outils de l'évaluation de la qualité de soins. L'évaluation de la qualité des soins est une démarche frontière avec l'épidémiologie, discipline avec laquelle elle entretient des liens étroits. Tandis que l'épidémiologie est consacrée aux problèmes de santé de la population, l'évaluation de la qualité des soins privilégie un groupe de population particulier qui sont les patients, c'est-à-dire les personnes ayant recours aux soins auprès d'un professionnel ou d'un établissement de santé

Cette démarche permet en permanence de comparer la réalité des soins délivrés, avec des références. Sa mise au point fait appel aux méthodes épidémiologiques

L'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale), créée en 1990, précise qu'il est prioritaire de réaliser une mise en place d'actions concrètes d'évaluation qui sont vite devenues des références en la matière. A la demande de la Direction générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux, l'ANDEM développe une revue de la littérature médicale et professionnelle concernant les connaissances actuelles sur la notion de satisfaction des patients.

L'établissement est disposé à introduire une mesure de satisfaction des patients dans son programme d'amélioration de la qualité et à évaluer régulièrement l'efficacité de ce programme.

D'où l'importance de l'échantillonnage dans le processus de mesure de satisfaction des patients , il est indispensable de maîtriser cette étape pour en ressortir les résultats qui représentent le plus la réalité du terrain.

Ce qui nous conduit à poser les questions suivantes :

Comment déterminer un échantillon représentatif ?

Quelles sont es modalités d'échantillonnage ?

Quelles sont les différents types de biais à éviter ?

Définition

L'échantillonnage est un processus où on choisit un segment de la population pour l'observer et l'étudier. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles on choisit des échantillons à étudier plutôt que la population totale. La première raison, et la plus éminente, est que le chercheur veut diminuer les coûts (financiers et autres) pour collecter les informations, pour traiter celles-ci et pour présenter les résultats.

Si on peut obtenir une image raisonnable de la population en observant seulement un segment de celle-ci, le choix d'un tel segment permettra au chercheur de réaliser des économies

Lorsque l'objectif de l'enquête est principalement descriptif, il est important de constituer un échantillon représentatif de la population visée par l'étude.

Population (N)

Pour commencer, une définition des populations cible et source s'impose.

La population cible est l'ensemble des sujets visés par l'étude, c'est à dire les sujets auxquels les résultats seront généralisés (ce sont les personnes qui sont les bénéficiaires visés d'un programme ou d'une activité). La population source est l'ensemble des sujets à partir duquel on constitue l'échantillon.

Notion de temps : Le point sans doute le plus important et le plus mal compris dans la définition de la population pour une enquête de satisfaction est la notion de temps. La population des patients hospitalisés ou consultants n'est pas une population au sens démographique comme celle d'une ville, d'une région, d'un pays ... Elle se définit de façon fermée par une date d'entrée et de sortie dans l'hôpital. La durée de temps sur laquelle on veut mesurer la satisfaction doit donc être définie de façon précise dans la population cible.

Population selon la structure de soins. Il est essentiel de bien délimiter le groupe réellement visé par la mesure ¹. Le choix de la population dépend des objectifs que l'on détermine et des finalités que l'on vise.

De plus, il existe des facteurs qui influencent le choix de la population source, comme la nature de la population que l'on vise, l'endroit où l'étude va se passer, le temps écoulé depuis la sortie jusqu'au moment de la remise du questionnaire et le type d'enquête qui est appliqué. Cette

¹ Service d'Évaluation Hospitalière. (1996). La Satisfaction des Patients. Lors de Leur Prise en Charge dans les Establishments de Santé. Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

partie présente les différents types de populations en essayant de prendre en compte tous ces éléments.

Nous présentons ci-dessous des exemples de types de population :

Les patients hospitalisés en court, moyen ou long séjour

Ils représentent les patients adultes hospitalisés au minimum 24h ou ayant passé au moins une ou deux nuits à l'hôpital assurant ainsi que les patients ont eu assez de temps et d'événements ou d'expériences pendant leur prise en charge. Les sujets transférés d'un autre établissement sont exclus afin d'éviter les facteurs de confusion dans l'appréciation dues aux expériences passées dans le premier établissement. Les patients, dont l'état de santé (physique ou mental) ne les aide pas à répondre aux questions, sont aussi exclus².

Patients en consultation

Ce sont des patients venant d'un des services de l'établissement pour une consultation soit médicale soit technique (par exemple, pour faire des examens paracliniques) ou tous les deux. Il est important de prendre en considération la notion de consultation publique ou privée si on veut faire des comparaisons pour les résultats dans ce cas. En effet, pour certains établissements, ces 2 types de consultation existent en même temps.

Population particulière ou type de prise en charge spécifique

Dans certains cas les patients sont incapables de remplir le questionnaire, par exemple Les patients en fin de vie ou cancéreux.

Les proches ou les amis des patients : dans le cas des patients décédés, la population est constituée des proches ou des amis des patients qui remplissent le questionnaire.

Dans les autres cas, les proches ou les amis des patients sont des intermédiaires qui expriment et évaluent les attentes et la satisfaction des patients. Ces malades ne peuvent pas remplir le questionnaire pour les raisons suivantes : malades gravissimes et désorientés, état grabataire, barrière linguistique, trop petit (enfant) ou trop âgé (personne âgée) ou simplement absence (dans le cas d'une enquête téléphonique) ...

². Nguyen Th, P. L. (.2002). Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. Social Science & Medicine, 54(4), pp. 493-504.

Les enfants : ce sont des patients hospitalisés ou en consultation de moins de 18 ans ce qui pose le problème de l'obtention d'un consentement de la part de leurs parents ou de leurs tuteurs.

Des questions se posent quant à ce problème d'âge : après avoir le consentement de ses tuteurs, qui va remplir le questionnaire ? A quel âge les enfants peuvent-ils répondre de façon autonome ? A notre connaissance, il n'y a pas encore de critères précis sur ce point.

Les patients en passage des urgences : ce sont des patients hospitalisés qui ne sont pas attendus. La durée de séjour est souvent très courte, le malade arrivant à l'hôpital, pour la plupart de cas, dans un état grave

Les patients en maternité : il faut différencier les femmes hospitalisées pour un accouchement, et celles hospitalisées pour une maladie en rapport ou sans avec leur grossesse, un avortement.... Il faut différencier aussi le moment avant ou après l'accouchement (bébé vivant à côté).

Les autres types de population comme les patients en psychiatrie, les personnes âgées.

Échantillon représentatif (n)

L'échantillon représente un sous-ensemble des sujets de la population sur lequel se fait la collecte de données.

Il est nécessaire de rappeler le principe de base de la méthode d'échantillonnage, l'objectif est d'obtenir l'estimation d'un paramètre caractéristique de la distribution d'une variable sur un échantillon d'effectif n qui provient de la population N ($n < N$) par tirage au sort et, dans ces conditions, d'inférer la valeur correspondante qui caractérise cette population N . Autrement dit c'est d'utiliser l'information obtenue à partir d'un groupe d'individus (un échantillon) de la population source, car il n'est pas possible ou pratique d'examiner chaque membre de la population. Le rapport n/N est la fraction de sondage. Le paramètre est le plus souvent soit une proportion P (estimation \hat{p}), soit un score moyen de satisfaction μ et sa variance σ^2 (estimations \hat{m} , \hat{s}^2).

L'échantillon doit être représentatif c.à.d. que \hat{p} et \hat{m} ne doivent différer de P et μ que par le seul effet des fluctuations aléatoires. L'échantillon est alors dit représentatif.

Décider de la taille appropriée de l'échantillon entraîne un dilemme entre le coût et la précision des résultats. La précision est caractérisée par l'intervalle de confiance de la proportion ou de la moyenne.

Plus n augmente, plus l'estimation de P est précise, c'est à dire que l'intervalle de confiance est réduit.

Il existe un risque d'erreur α que la valeur réelle (inconnue) de P , ou de μ , soit à l'extérieur de l'intervalle de confiance censé l'encadrer.

La taille de l'échantillon doit être choisie par rapport au degré de précision nécessaire d'après les estimations générées par l'échantillon. Par exemple, si on veut être certain à 95% que la "vraie" valeur de la population est comprise dans un intervalle de 3% autour de l'estimation ponctuelle, on calcule la taille de l'échantillon dont on a besoin pour atteindre ce niveau de précision. Les recommandations aident à déterminer le niveau de précision dont on a besoin et la taille appropriée à faible coût. En règle générale, plus l'échantillon est grand, plus la conclusion est précise et plus le coût est élevé. Pourtant, ils ne réduisent pas le biais potentiel. Les deux principales sources de biais dans les études viennent de la sélection de l'échantillon et de la non-réponse.

La taille de l'échantillon ne peut compenser les biais. Les estimations ne sont valides que si l'échantillon n'est pas biaisé.

Dans l'exemple suivant, nous estimons la proportion de patients qui ne sont pas satisfaits vis-à-vis d'un problème de soins. Pour calculer l'IC à 95% de cette proportion, 1,96 fois l'écart-type de la proportion est ajouté ou soustrait à la proportion pour atteindre les deux limites de l'IC. L'IC indique le rang de valeurs plausibles dans lesquels se trouve la vraie valeur de la population avec un niveau de confiance donnée. L'IC peut être calculé pour des niveaux de confiance différents. (Desabie., 1966.)

Cette formulation plus facile à comprendre pour le non spécialiste n'est pas strictement exacte ; en réalité, il s'agit d'un intervalle qui, si l'échantillon était répété 100 fois contiendrait 95 fois la vraie valeur de P (la vraie valeur de P est unique, l'intervalle change à chaque estimation)

Cette estimation basée sur la loi normale présente des conditions de validité supérieurs à 5 aux normes de l'IC ; si ce n'est pas le cas, il faut utiliser les estimations exactes obtenues par la loi binomiale et l'IC est alors asymétrique.

Si une étude inclut 500 patients et laisse apparaître 10% de non satisfaits sur une question particulière de repas. Cela signifie-t-il que 10% de tous les patients ont ce problème ? Pas nécessairement, car il y a une incertitude autour de cette estimation qu'il faut prendre en compte.

Le tableau 7 suivant montre comment la prévalence des problèmes et la taille de l'échantillon affectent la précision (dans le cas d'un sondage aléatoire simple).

La case grisée indique la valeur de l'IC utilisée dans l'exemple ci-dessus : pour une prévalence de non satisfaction de 10%, estimée sur un échantillon de 500 patients, le tableau fait apparaître les valeurs de l'IC que le score pour la population entière est quelque part entre 7,4% et 13,0%. La confiance dans la proportion estimée serait plus importante si nous avions étudié 1000 patients puisque la précision augmenterait

Tableau 10 : Relation entre la prévalence, la taille de l'échantillon et la précision.

Taille de l'échantillon	Proportion estimée (%)					
	5%	10%	20%	30%	40%	50%
30	0,8 - 17,2	2,1 - 26,5	7,7 - 38,6	14,7 - 49,4	22,7 - 59,4	31,3 - 68,7
40	0,6 - 16,9	2,8 - 23,7	9,1 - 35,7	16,6 - 46,5	24,9 - 56,7	33,8 - 66,2
50	1,3 - 13,7	3,3 - 21,8	10,0 - 33,7	17,9 - 44,6	26,4 - 54,8	35,5 - 64,5
60	1,0 - 13,9	3,8 - 20,5	10,8 - 32,3	18,8 - 43,2	27,6 - 53,5	36,8 - 63,2
70	1,6 - 12,0	4,1 - 19,5	11,4 - 31,3	19,6 - 42,1	28,5 - 52,4	37,8 - 62,2
80	1,4 - 12,3	4,4 - 18,8	11,9 - 30,4	20,3 - 41,3	29,2 - 51,6	38,6 - 61,4
90	1,8 - 11,0	4,7 - 18,1	12,3 - 29,8	20,8 - 40,6	29,8 - 50,9	39,3 - 60,7
100	1,6 - 11,3	4,9 - 17,6	12,7 - 29,2	21,2 - 40,0	30,3 - 50,3	39,8 - 60,2
150	2,3 - 9,4	5,7 - 16,0	13,9 - 27,3	22,8 - 38,0	32,1 - 48,3	41,7 - 58,3
200	2,4 - 9,0	6,2 - 15,0	14,7 - 26,2	23,7 - 36,9	33,2 - 47,2	42,9 - 57,1
300	2,8 - 8,1	6,9 - 14,0	15,6 - 25,0	24,9 - 35,5	34,4 - 45,8	44,2 - 55,8
400	3,1 - 7,6	7,2 - 13,4	16,2 - 24,3	25,6 - 34,8	35,2 - 45,0	45,0 - 55,0
500	3,3 - 7,3		16,6 - 23,8	26,0 - 34,2	35,7 - 44,4	45,5 - 54,5
600	3,4 - 7,1	7,7 - 12,7	16,9 - 23,4	26,4 - 33,8	36,1 - 44,0	45,9 - 54,1
700	3,5 - 6,9	7,9 - 12,5	17,1 - 23,2	26,6 - 33,6	36,4 - 43,7	46,2 - 53,8
800	3,6 - 6,8	8,0 - 12,3	17,3 - 22,9	26,8 - 33,3	36,6 - 43,5	46,5 - 53,5
900	3,7 - 6,6	8,1 - 12,2	17,9 - 22,8	27,0 - 33,1	36,8 - 43,3	46,7 - 53,3
1000	3,7 - 6,5	8,2 - 12,0	17,6 - 22,6	27,2 - 33,0	37,0 - 43,1	46,9 - 53,2

Tableau 11. Les facteurs en faveur du grand et du petit échantillon.



Arguments en faveur de grands échantillons	Arguments en faveur de petits échantillons
On utilisera les résultats de l'étude pour prendre des décisions avec de sérieuses ou de coûteuses implications i.e. demande des résultats précis.	Peu ou pas de décisions ou engagements importants s'articulent sur les résultats de l'enquête.
Un haut degré de confiance dans les résultats est nécessaire.	Seules des estimations brutes sur les populations étudiées sont nécessaires.
Il y a probablement un haut degré de variabilité (i.e. hétérogénéité) des populations de patients	La population à échantillonner est relativement homogène.
L'échantillon entier est découpé en de multiples sous-échantillons lorsque les données sont analysées et interprétées.	Les résultats de l'analyse seront basés sur l'échantillon entier ou sur quelques grands sous-échantillons.
Une augmentation de la taille de l'échantillon n'affecte que légèrement les coûts du projet et sa durée.	Les travaux de collecte des données pour une grande partie du projet total et / ou les coûts augmentent considérablement avec la taille de l'échantillon.
Le temps et les ressources nécessaires pour la collecte des données sont facilement disponibles.	Les contraintes budget et/ou temporelles limitent le nombre total de patients qui peuvent entrer dans l'étude.

Échantillonnage d'une petite population : dans le cas d'une petite population, notamment dans des petits hôpitaux avec relativement peu de sorties ou des groupes spécifiques de patients, par exemple (ceux avec un diagnostic particulier) il est inutile d'échantillonner, et il faut inclure l'ensemble de la population dans l'étude (exhaustif). Dans ce cas, on peut être sûr à 100% que l'estimation est la vraie valeur de la population.

Les modalités d'échantillonnage : ce qui désigne les modalités de sélection de l'échantillon sur lequel va porter le suivi et l'analyse, elle représente l'étape où le risque de biais est le plus élevé. Et certains des biais de sélection constitués à ce niveau sont importants, car ils concernent des patients non inclus dans l'étude ; il est parfois difficile d'appréhender le fait que ces personnes sont « par défaut » génératrices de biais.³

Les méthodes d'échantillonnage possibles : le sondage aléatoire simple, le sondage systématique, le sondage en grappe, le sondage aléatoire stratifié, le sondage non aléatoire. Dans ce paragraphe, nous présentons les méthodes d'échantillonnage le plus souvent utilisés

³ Bernard P M. Lapointe C. « Mesures statistiques en épidémiologie. » Presse Université de Québec. 1987.

dans les études de satisfaction. Selon la taille de la population source choisie et le nombre de sujets nécessaire dans l'enquête, on peut choisir de faire porter l'étude sur l'ensemble des sujets (exhaustive) ou sur une partie seulement (tirage au sort).

- **Exhaustif**

Cette méthode introduit tous les patients de la population dans une période définie. Elle est généralement utilisée pour les unités de soins, un établissement de petite taille ou pour une période d'étude courte (une journée)⁴.

- **Aléatoire simple**

Cette méthode permet de garantir à chaque patient une égalité de chance d'être inclus dans l'étude. Elle est difficile à réaliser, surtout dans le cas d'absence de liste exhaustive, ou non biaisée, de la population cible. Le sondage aléatoire simple dispose de deux propriétés essentielles :

La première est dite du « non-biais » puisque chaque membre de la population a des chances égales d'être choisi, et la deuxième est l'indépendance : la sélection d'un sujet n'a pas de rapport avec la sélection d'un autre. L'échantillonnage aléatoire simple est plus approprié lorsque la population est homogène.

- **Stratifié**

Cette méthode se base sur la stratification de l'échantillon en fonction de variables liées à la satisfaction, comme l'âge par exemple. La population est divisée en sous-groupes homogènes, strates et ensuite un échantillon aléatoire simple est tiré dans chaque strate. Cette méthode aide à gérer des facteurs de confusion majeurs, et de plus permet de fixer la taille des échantillons pour chaque strate et donc permet d'améliorer la précision dans les strates de petites tailles. Les techniques d'échantillonnage stratifié sont souhaitables quand la population est hétérogène, et où des sous-groupes homogènes peuvent être identifiés.

- **En grappe**

Le choix se porte sur cette technique lorsque la population est divisée en petits groupes ou grappes hétérogènes.

Un échantillon aléatoire simple de ces grappes est d'abord effectué. Ensuite, tous les sujets des grappes sont inclus et sont tirés au sort. L'échantillon en grappe représente un avantage en

⁴ Nguyen Th P. L. Op.cit. P 493-504.

termes de coût-efficacité important dans le cas où le coût des déplacements entre les sujets d'un échantillon aléatoire est élevé.

Prenons l'exemple d'une étude nationale de satisfaction des patients, les établissements peuvent être classés selon la région, la spécialité et le nombre de lits. Il faut noter que l'échantillon en grappes à plusieurs degrés est souvent utilisé. Les établissements sont d'abord tirés au sort à l'intérieur de chaque strate (le premier niveau). Puis les patients sont tirés au sort dans les grands établissements, avec une fraction de sondage n/N selon la taille de l'établissement, et tous les patients sont pris dans les petits établissements (fraction de sondage =1) (le deuxième niveau). Il est question alors d'un sondage en grappes à deux degrés avec stratification sur la région, la spécialité et la taille de l'établissement. Ceci aide à assurer un équilibre entre les effectifs des sujets provenant des petits et grands établissements dans lesquels les soins fournis où l'environnement sont très différents.

En général : La taille de l'échantillon dépend entre autres du type de l'enquête et de l'unité observée. Afin d'assurer la validité des tests utilisés, il est considéré qu'il faut au moins de 30 patients (cas) par « unité observée ou analyse ». Les enquêtes doivent être organisées en tant que mesures réitérées, limitées dans le temps : enquête ponctuelle. Sauf si on choisit en permanence de questionner les patients : ce qui se nomme enquête permanente. Les enquêtes le plus courantes pour la plupart des établissements sont des enquêtes ponctuelles : les enquêtes réalisées à un moment choisi, peut-être une semaine, un jour, une matinée...et peuvent être réitérées tous les ans ou tous les deux ans.

Les enquêtes permanentes permettent de prendre en compte les changements au cours du temps qui peuvent modifier les appréciations des patients, par exemple les clôtures des services ou le changement du personnel de santé.

Il est important de citer que Les enquêtes de satisfaction réalisées un jour donné (enquête ponctuelle) sont considérées comme sondage en grappe : une seule grappe parmi les 365 grappes d'une année qui constituent chaque jour.

Les résultats sont susceptibles de ne pas être représentatifs de l'ensemble de population hospitalisés au cours des 365 jours de l'année.

Tableau 12. Les points faibles et forts selon le type d'enquête.

Enquête permanente	Enquête ponctuelle
Forces	
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance • Détection de variation au cours du temps • Contrôle qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats rapides • Mobilisation immédiate autour des résultats • Organisme extérieur
Faiblesse	
<ul style="list-style-type: none"> • Structure à mettre en place • Organisation à mettre en place 	<ul style="list-style-type: none"> • Image ponctuelle, non obligatoirement représentative de la satisfaction de l'ensemble des patients d'une période donnée. • Ne détecte pas les tendances, les variations saisonnières ou les problèmes particuliers • Contrôle qualité • Maintien des mêmes modalités lors de la répétition

○ **Méthode des quotas**

Elle se classe parmi les méthodes non aléatoires (non probabilistes), chaque sujet a une chance indéterminée de se trouver dans l'échantillon. Elle se différencie des autres méthodes non probabilistes par la faite qu'elle représente une méthode de stratification non aléatoire. Le principe est de fixer le nombre de sujets dans chaque strate en fonction de la répartition de la population dans des strates définies. Les strates sont choisies à base de critères très liées au phénomène étudié. Le choix de sujets dans chaque strate se réalise à la convenance de l'enquêteur. La méthode des quotas est généralement utilisée dans les études de marché et les sondages d'opinion.

Différents types de biais

L'échantillon se considère non représentatif de la population, il en diffère de façon systématique. Les biais d'échantillonnage peuvent concerner les différents types d'enquête.

Il est préférable choisir l'échantillon au hasard par tirage au sort afin d'assurer sa représentativité par rapport à la population.

- Biais de recrutement

La personne qui se charge d'entretien des patients, peut-être du fait de préférences inconscientes, n'interroge, par exemple, que les jeunes hommes de 18 à 25 ans.

- Biais d'auto sélection

Il résulte du choix provenant du sujet. C'est le cas lorsque des enquêtes portent sur des patients volontaires. Ce sont des patients qui sont d'accord pour participer à l'étude avec un consentement signé quand nous leur demandons. A cette étape, nous avons fait une auto-sélection des sujets volontaires, souvent des bien portants pour l'inclure dans l'étude. Une autre forme de ce biais, c'est lorsque l'on interroge les personnels de santé sur la capacité des patients de participer à l'étude, souvent les personnels de santé excluent des patients à « problèmes ». Ce biais influe aussi sur le mode de calcul du taux de réponse. Ainsi, si vous avez adressé un questionnaire par voie postale à un échantillon de personnes et que seul 5% des personnes contactées répondent, il est probable que ces personnes aient un profil particulier. C'est également le cas pour le recours à des structures de soins.

Conclusion

Dans un environnement hospitalier où la préoccupation majeure se résume au niveau de la qualité des soins délivrés et où la satisfaction des patients reste une preuve incontestée, l'évaluation de cette dernière constitue un moyen sûr pour l'amélioration des prestations sanitaires. En réalité, elle se profile comme l'une des voies permettant de contourner les dysfonctionnements liés aux soins.

Chaque étape de l'évaluation et de la mesure de la satisfaction des patients reste primordiale, et sa maîtrise est nécessaire, d'où l'importance de l'étape de l'échantillonnage dans ce processus puisque l'objectif d'une évaluation sur le terrain est de représenter la réalité.

Bibliographie

Bernard P M. Lapointe C. « Mesures statistiques en épidémiologie. » Presse Université de Québec. 1987.

Desabie., .. (1966.). Théorie et pratique des sondages. Paris : Dunod, .

Nguyen Th, P. L. (.2002). Factors Determining Inpatient Satisfaction with Care. Social Science & Medicine, 54(4), pp. 493-504.

Service d'Évaluation Hospitalière. (1996). La Satisfaction des Patients. Lors de Leur Prise en Charge dans les Establishments de Santé. Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

Service d'Évaluation Hospitalière. (1999). Préparer et conduire votre démarche d'accréditation un manuel pratique. Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale.