

Traduction et Validation transculturelle du Baromètre E-satis 48 h MCO de mesure de la satisfaction des patients

Translation and cross-cultural validation of the E-satis 48 h MCO barometer measuring patient satisfaction

Yassmine MOURAJID (Doctorante en Sciences de la santé)

Hassan First University of Settat,
Higher Institute of Health Sciences,
Laboratory of Health Sciences and Technologies, Settat, Morocco

Oumaima HILALI, (Chercheuse)

Higher Institute of Nursing and Health Technology Settat professions

Zakaria MOHAMMADI EL ALAOUI, (Chercheur)

Higher Institute of Nursing and Health Technology Settat professions

Khaoula JOUNAIDI (Doctorante en Sciences de la santé)

Hassan First University of Settat,
Higher Institute of Health Sciences,
Laboratory of Health Sciences and Technologies, Settat, Morocco

Hajar TABITI (Doctorante en Sciences de la santé)

Laboratory of Inflammatory, degenerative and oncological cell physiology and molecular
Faculty of Medicine and Pharmacy Casablanca
Hassan II University

Abderraouf HILALI (Professeur d'Enseignement Supérieur)

Hassan First University of Settat,
Higher Institute of Health Sciences,
Laboratory of Health Sciences and Technologies, Settat, Morocco

Adresse de correspondance :	Institut Supérieur des Sciences de la Santé University Hassan First University of Settat Settat, Maroc Code postal : 555 0212672924427
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	MOURAJID , Y., HILALI, O., MOHAMMADI EL ALAOUI, Z., JOUNAIDI, K., TABITI, H., & HILALI, A. (2024). Erratum: Traduction et Validation transculturelle du Baromètre E-satis 48 h MCO de mesure de la satisfaction des patients. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 5(2). https://doi.org/10.5281/zenodo.10769731
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: November 28, 2023

Accepted: December 30, 2023

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 4, Issue 6-2 (2023)

Traduction et Validation transculturelle du Baromètre e-satis 48 h MCO de mesure de la satisfaction des patients

Résumé :

La satisfaction des patients est désormais considérée comme un indicateur essentiel pour mesurer la qualité des soins de santé. Dans cette perspective, l'objectif de la présente étude consiste à procéder à une traduction et une validation transculturelle d'un baromètre de satisfaction du français vers l'Arabe dialectale, visant ainsi à mettre à la disposition des responsables hospitaliers marocains un dispositif fiable pour évaluer les expériences d'hospitalisation vécues par les patients. L'étude a été conduite sur un échantillon de 110 patients remplissant les critères d'inclusion. Le questionnaire « e-satis 48 h MCO » a été traduit et adapté à la dialectique marocaine respectant le processus de validation transculturelle. Cette démarche a été suivie d'une analyse des tests psychométriques, de cohérence et d'homogénéité de l'ensemble des items de cette échelle. Lors de la démarche d'adaptation, il y a eu une suppression de certains items en vue de s'adapter au contexte particulier des hôpitaux marocains. Les résultats des différents paramètres psychométriques étaient largement acceptables pour confirmer la validité et la fiabilité du baromètre de satisfaction au Maroc. Les corrélations inter items étaient bonnes, en effet, l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) était $> 0,5$. L'outil traduit présente une bonne cohérence interne, ainsi l' α de Cronbach avait une valeur d'environ de 0,882. En ce qui concerne la mesure de satisfaction, les usagers sont plus insatisfaits des prestations du service de chirurgie que ceux du service de médecine. La version du « E-Satis » adaptée au contexte marocain présente des valeurs psychométriques très acceptables, ce qui signifie que les professionnels de la santé peuvent l'utiliser comme un instrument de mesure pour évaluer la satisfaction des patients. En excédent, cette version adaptée permettra aux décideurs de disposer de données fiables et spécifiques au contexte marocain, facilitant ainsi la prise de décisions éclairées et la mise en place des mesures visant à améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients.

Mots-clés : satisfaction des patients, baromètre, e-satis, expérience d'hospitalisation, validation.

Classification JEL : G21, L25, L26.

Type de l'article : Recherche empirique.

Abstract:

Patient satisfaction is now considered an essential indicator for measuring healthcare quality. With this in mind, the aim of this study is to translate and cross-culturally validate a satisfaction barometer from French into dialectal Arabic, thereby providing Moroccan hospital managers with a reliable tool for evaluating patients' hospitalization experiences. The study was carried out on a sample of 110 patients fulfilling the inclusion criteria, using the questionnaire translated and adapted to Moroccan dialectics in compliance with the cross-cultural validation process. This was followed by an analysis of the psychometric, consistency and homogeneity tests for all the items on the scale. During the adaptation process, certain items were removed to adapt to the specific context of Moroccan hospitals. The results of the various psychometric parameters were largely acceptable, confirming the validity and reliability of the satisfaction barometer in Morocco. Inter-item correlations were good, with the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) index > 0.5 . The translated tool showed good internal consistency, with Cronbach's α having a value of around 0.882. As far as satisfaction is concerned, users were more dissatisfied with the services provided by the surgical department than those of the medical department. The version of the "E-Satis" adapted to the Moroccan context has very acceptable psychometric values, meaning that healthcare professionals can use it as a measuring instrument to assess patient satisfaction.

Furthermore, this adapted version will provide decision-makers with reliable data specific to the Moroccan context, facilitating informed decision-making and the implementation of measures to improve quality of care and patient satisfaction.

Keywords: patient satisfaction, e-satis, barometer, hospitalization experience, transcultural validation.

JEL Classification: G21, L25, L26.

Paper type: Empirical research

1. Introduction :

La satisfaction des consommateurs a constamment constitué une priorité pour tout producteur cherchant à élargir sa clientèle, et cette préoccupation n'épargne pas le secteur de la santé. Effectivement, les mutations de l'environnement, associées à la demande croissante de responsabilité et de transparence vis-à-vis des communautés, ont suscité beaucoup d'intérêt sur la question de la satisfaction ou le bien-être des patients (Aebischer et al., 2018; Bachelot, 2018). C'est pourquoi plusieurs chercheurs se sont attelés à identifier les diverses raisons sous-tendant la satisfaction des patients, dans le but d'améliorer la qualité des services (Lumumba, 2018).

Compte tenu de son importance, la mesure de la satisfaction demeure incontournable, puisqu'elle fournit des informations sur la capacité des établissements de santé à répondre aux valeurs et attentes du patient, étant donné que celui-ci est perçu comme l'autorité suprême (Briançon, 2003; Pecheux & Knockaert, 2013). Également, elle décrit la prise en charge du point de vue patient, identifie les problèmes et y apporte dans le cas échéant des solutions (Messina et al., 2014; *rapport_esatis48h_2018.pdf*, s. d.). Par ailleurs, les patients exprimant un niveau de satisfaction supérieur, démontrent parallèlement une amélioration de leur capacité d'auto soin, ainsi qu'une élévation de leur un état fonctionnel et émotionnel lors de leur sortie de l'établissement hospitalier (Aebischer et al., 2018).

Dans cette optique, des travaux empiriques menés aux États-Unis, dans les pays nordiques et en Europe montrent que les taux de satisfaction des patients varient de 68 % à 98 %. En effet, dans ces pays développés, l'évaluation de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire (Yameogo et al., 2017). De même, selon la Haute autorité de la Santé en 2022, les hôpitaux français affichent un score moyen de satisfaction de 78/100 (Haute Autorité de Santé, 2019a).

Au Maroc, le livre blanc de 2013, élaboré par le ministère de la Santé et de la Protection Sociale, décrit l'état actuel du système national de Santé d'une manière objective. Dans ce sens, il met en évidence plusieurs défis, tels qu'un paquet d'activités et de soins réduit, une organisation de soins cloisonnée, une insuffisance des ressources, un entretien déficient des équipements, ainsi que des difficultés d'accessibilité et des problèmes de sécurité et de corruption (Sadi et Lebdiri, 2020). Cette situation corrobore avec les résultats de l'enquête Economist-Sunergia de 2020 sur l'état de santé au Maroc, révélant que seulement 49 % des Marocains se tournent vers le secteur public pour obtenir de l'aide. Ce constat est associé également à l'augmentation d'écart entre les attentes et les expériences vécues par les patients dans les hôpitaux publics (assafir 24, 2019; Rajae EL, 2020).

Par ailleurs, la littérature consacrée aux enquêtes de mesure de la satisfaction des patients indique que ce concept demeure relativement nouveau en Afrique. En effet, il n'y a pas de suivi formel de la satisfaction des patients, et aucun texte réglementaire n'impose sa mesure au sein des établissements sanitaires (Diouf et al., 2010). Également, les recherches dans ce domaine sont limitées, et il n'existe pas d'étude ou de mesures standardisées dédiées à ce concept, d'où l'importance de disposer d'un baromètre de satisfaction des patients validé et adapté.

Dans cette optique, la majorité de mesures de satisfaction des patients développées et validées est disponible en langue française et anglaise. Néanmoins, il est important de signaler que la validation d'un questionnaire dans un pays ne garantit pas sa validité dans d'autres. En effet, la perception de la satisfaction des patients varie en fonction du contexte et de la culture. Actuellement, les chercheurs considèrent que l'adaptation transculturelle demeure la meilleure approche pour obtenir une mesure équivalente (Beaton et al., 2000). Répondant à ce besoin, le questionnaire « e-satis 48 h MCO » a été utilisé avec succès dans diverses études de la Haute Autorité de Santé HAS. Cet instrument de mesure, qui n'a pas encore été traduit et validé en

Arabe dialectal, pourrait potentiellement devenir un outil de mesure spécifiquement adapté pour évaluer et améliorer la qualité des services de santé prodigués par les hôpitaux marocains.

Le but de cette étude est de procéder à une traduction et une validation transculturelle du baromètre e Satis +48h MCO, du français à l'arabe dialectal et d'évaluer ses propriétés psychométriques, tout en évitant les biais liés à la culture. Ceci afin de mettre à la disposition des responsables et des chercheurs un dispositif fiable pour évaluer l'état des lieux de leurs services de point de vue des patients pour d'éventuelles décisions et interventions dans ce sens.

2. Revue de littérature :

2.1. Définition des concepts

Le sujet de la satisfaction des usagers a connu une évolution notable, caractérisée par la prolifération de recherches au cours des dernières décennies et l'émergence de plusieurs théories et modèles, que ce soit dans le domaine de la satisfaction en général ou, plus spécifiquement, dans celui de la satisfaction des patients lors de leurs hospitalisations (Pecheux & Knockaert, 2013). D'ailleurs, ce domaine d'étude est porteur de concepts clés nécessitant une sélection et une clarification précise de leur signification. En effet, le concept de satisfaction constitue une grandeur subjective et multidimensionnelle, elle est sujette à des variations et peut évoluer en fonction de diverses perceptions (Goh et al., 2016).

Tout d'abord, la satisfaction est considérée comme un état psychologique mesurable et qui découle d'une expérience vécue de consommation (Audrain-Pontevia & Evrard, 2001). Eriksen l'a défini également comme une évaluation de la réaction cognitivo-émotionnelle, découlant de l'interaction entre les attentes des patients et les perceptions des soignants (Eriksen, 1995). Llosa ajoutait que la satisfaction repose sur la comparaison de la performance perçue d'un service par rapport à des normes préétablies (Llosa, 1996). Encore, France Qualité Publique l'a défini en 2004 comme un jugement de valeur, une opinion, un avis résultant de la confrontation entre le service perçu et le service attendu (France qualité publique, 2004). À la lumière de ces définitions, il paraît évident que la satisfaction repose sur les perceptions et les attentes des usagers.

Sous un autre angle de vue, la satisfaction dans le domaine de la santé est considérée comme l'un des indicateurs qualitatifs de performance d'un établissement de santé, elle peut être interprétée comme un résultat des soins et un élément intrinsèque à l'état de santé lui-même. De plus, elle constitue un indicateur permettant de détecter d'éventuels dysfonctionnements au sein des divers services de santé, en complément d'autres indicateurs plus objectifs tels que la mortalité ou la morbidité (Briançon, 2003; Haute Autorité de Santé, 2012). Par conséquent, la satisfaction peut contribuer à la fidélisation des patients, rendant ainsi, la satisfaction comme un médiateur dans la relation entre la qualité des soins rendus et la fidélité des patients (Ndangwa, 2020).

Par ailleurs, le concept « baromètre de satisfaction des patients » est tout d'abord un outil facilitant la gestion de la qualité des soins (Palm et al., 2006). C'est un instrument de mesure qui peut être défini comme étant un dispositif systématique et régulier permettant de recueillir les opinions et les expériences des patients en ce qui concerne les soins et les services qui leur ont été dispensés. Les résultats de cette évaluation sont précieux pour les professionnels de la santé et pour les gestionnaires, car ils facilitent l'identification des secteurs nécessitant des améliorations, la surveillance de l'évolution de la satisfaction des patients au fil du temps et la prise de décisions éclairées en vue d'améliorer la qualité des soins (Manzoor et al., 2019).

2.2. Les modèles de satisfaction

Divers modèles ont été appliqués pour évaluer la satisfaction en milieu hospitalier. Parmi eux, on compte le modèle de disconfirmation des attentes développé par Oliver (1980), qui postule

que la satisfaction découle de la comparaison entre les attentes initiales et la performance perçue du produit ou service (Oliver, 1993). Également, le modèle de Kano en 1984, qui conçoit la satisfaction comme le résultat d'attributs spécifiques et elle est obtenue lorsque ces attributs sont présents, tandis que leur absence génère un sentiment d'insatisfaction (Maes & Debois, 2019).

En outre, le modèle SERVQUAL (Parasuraman et al., 1985), qui constitue un outil fréquemment utilisé en milieu hospitalier englobant plusieurs critères de satisfaction des patients, entre autres, la tangibilité, l'attention qu'accorde le personnel de santé à chaque patient de façon personnalisée, la disponibilité, l'assurance et la confiance pendant la durée d'hospitalisation, la communication et le partage d'informations concernant son état de santé, la fiabilité en réponse aux attentes des patients et des services qui lui ont été promis et enfin, l'extériorité.

En addition, le modèle d'Erin analyse la satisfaction en tant que somme des bénéfices anticipés reçus. Selon cette perspective, le patient évalue un service en termes de bénéfices individuels plutôt que comme un ensemble cohérent. Les sources de satisfaction pour l'utilisateur découlent ainsi de six catégories d'avantages : la rapidité, le confort, la courtoisie, l'équité de traitement, les résultats et les compétences du personnel (Drabo et al., 2015).

Et finalement, le modèle « Tétra classe » élaboré par Llosa en 1997. Conformément à cette matrice, la contribution des composants du service à la satisfaction globale ne demeurera pas constante, mais sera plutôt tributaire du niveau de performance perçu par le client. Par conséquent, plusieurs éléments influent sur la satisfaction de la clientèle de manière variable ou constante (Llosa, 1997).

2.3. Les dimensions de satisfaction :

Dans le prolongement de cette revue de littérature, diverses classifications des aspects de soins sont disponibles, dépendant des découpages spécifiques auxquels peut s'appliquer la mesure de la satisfaction. Ces aspects sont fréquemment désignés comme des « dimensions de la satisfaction » ou des « domaines de la satisfaction ». Rubin, un chercheur en sciences sociales et en santé qui utilise la classification de Donabédienne, orientée sur les objectifs de l'évaluation des soins, pour la mesure de la satisfaction (Briançon, 2003).

De là, Rubin s'est basé les théories précitées et sur l'examen de centaine de publications pour donner naissance à son modèle spécifiquement conçu pour le milieu hospitalier. En effet, cette approche permet de quantifier huit aspects distincts de la qualité des soins hospitaliers, depuis leur admission et leur traitement jusqu'à leur sortie (Rubin et al., 1990). Ce modèle a été développé par Rubin, il identifie les dimensions de séjour de patients (Rubin et al., 1990).

Tableau 01 : les dimensions de satisfaction de patient selon la taxonomie de Rubin et al (Rubin et al., 1990).

Le concept		Opérationnalisation du concept
Accueil		L'accessibilité (transport, parking, signalétique) Accueil de personnel administratif accueil dans le service Identification de personnel médical et infirmier horaires de visite
La prise en charge	Soins infirmiers	Prise En Charge de la douleur/inconfort Réponse question et appel écoute attentive apporte de soutien et de l'aide Respect d'intimité et de la confidentialité Disponibilité
	Soins médicaux	Participation aux décisions Réponse question et appel écoute attentive respect d'intimité et confidentialité attention humaine (courtoisie)

Chambre et repas	Hôtellerie	Double/unique Confort Propreté calme et de la tranquillité Température Sensation de l'inquiétude et de l'anxiété
	Restauration	Qualité produits suivi régime variété et choix menus quantité température
Communication et information		Explication spontanée la clarté des réponses personnel soignant service administratif écoute, compréhension
Organisation de sortie		Procédure de sortie Suivi après la sortie (Rendez-vous et traitement) Explication Information sur complications possibles

Source : Auteurs

3. Méthodologie de recherche

Dans le but de répondre à l'objectif de recherche, un devis de recherche a été établi englobant les éléments suivants :

3.1. Design de l'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative transversale menée du 11 Mars au 28 juin 2023 dans deux départements de soins hospitaliers de médecine et de chirurgie, sur le territoire sanitaire de la région Casablanca-Settat. Ce choix est justifié, étant donné que cette région est reconnue comme l'une des principales zones du Maroc, englobant des aspects économiques, démographiques, et autres. De surcroît, elle présente des disparités territoriales, démographiques, sociales et économiques, ce qui en fait une représentation réduite de notre contexte marocain (Santé en Chiffres Région Casablanca-Settat, 2017).

3.2. Population cible et Échantillonnage

La population cible de cette étude englobe l'ensemble des patients, des deux sexes, dont la langue maternelle est l'arabe dialectal, issus de diverses provenances urbaines et rurales, et sont actuellement hospitalisés au sein de service de médecine ou chirurgie. Leur participation à l'étude a été conditionnée par le consentement oral préalablement obtenu.

Un échantillon représentatif de cette population cible, répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, a été sélectionné en se basant sur le registre des patients hospitalisés lors des jours de collecte des données. En outre, et afin de contrôler le déroulement d'étude et éviter toute introduction des variables étrangères lors du processus de sélection des participants, les auteurs de la présente étude ont décidé de rester fidèles à la méthodologie de développement de baromètre original « e-satis ».

➤ Critères d'inclusion :

Les patients ayant vécu une hospitalisation complète d'au moins 48 heures (impliquant un séjour d'au moins deux nuits consécutives), au sein d'une unité fonctionnelle de court séjour en médecine ou en chirurgie, indépendamment du mode d'admission (direct, en urgence, par transfert interne), le caractère mono ou multiséjour hospitalier et avec comme destination de sortie le domicile.

➤ Critères d'exclusion :

Les patients n'ayant pas séjourné dans les services médecine/chirurgie, ceux qui n'ont pas donné leur consentement oral pour participer à l'étude, les patients décédés pendant leur séjour, les hospitalisations anonymes ou confidentielles ainsi que les transferts externes vers un autre établissement de santé.

3.3. Présentation du questionnaire « e-satis 48 h MCO »

La version originale de l'échelle de mesure e-satis a été développée en France, par la Haute Autorité de Santé en 2019. Composé de 53 questions (excluant les questions d'identification des participants), auxquelles il est possible de répondre sur une échelle Likert à 5 points allant de « mauvaise » à « excellente » ou de « jamais » à « toujours » pour les questions de satisfaction. Depuis sa création, il a été testé pour sa validité et sa reproductibilité. En effet, ses questions sont structurées en suivant la séquence logique du parcours du patient, reflétant, ainsi chronologiquement, les étapes de sa prise en charge.

Cet outil a conçu la satisfaction des patients en cinq dimensions à savoir, l'accueil (6 items), la prise en charge (24 items), chambre et repas (10 items), organisation de sortie (10 items), expérience vécue en générale (3 items).

Pour ce qui est de la typologie des questions, il en est question de distinguer des questions filtres, des questions de mesure de l'expérience, des questions de mesure de la satisfaction permettant l'évaluation de la qualité perçue par le patient sur ses attentes. Et finalement des questions d'opinion générale/recommandation.

En raison de la fréquence élevée d'analphabétisme, les questions du questionnaire e-satis version marocaine ont été présentées de manière littérale (mot par mot), conformément à leur rédaction. L'enquêteur avait la possibilité de répéter les questions, mais ne pouvait pas altérer les termes pour éviter tout biais potentiel.

3.4. Les étapes de traduction et de validation transculturelle de Questionnaire

e -Satis +48h MCO :

Afin d'obtenir une version du questionnaire e -Satis +48h MCO adaptée à notre contexte culturel, nous avons suivi les étapes de traduction et d'adaptation transculturelle des échelles de mesure en respectant la méthodologie proposée par Beaton et al et Guillemain et al (Beaton et al., 2000; Guillemain et al., 1993). Cette adaptation a été réalisée par une équipe composée des spécialistes en sciences de gestion bilingues ainsi que des spécialistes en linguistique.

3.4.1 Traduction directe :

Le questionnaire e Satis +48h MCO a fait l'objet de traductions, du français vers l'arabe dialectal. Deux traducteurs bilingues indépendants, ayant l'arabe dialectal comme langue maternelle, ont été impliqués dans cette étape. L'un des traducteurs a été informé de l'objectif du processus et des concepts impliqués dans l'instrument, et ce ne vue d'obtenir une meilleure équivalence conceptuelle et un langage idiomatique, plutôt que littéral, entre les deux versions. L'autre traducteur (YE, écrivain diplômé en linguistique) n'a pas été informé de l'objectif de la traduction.

3.4.2. Synthèse d'une version commune 1 :

Dans le but d'obtenir une version harmonisée provisoire de T1 et T2, une réunion entre les deux traducteurs et les auteurs de ce travail a été réalisée afin de pouvoir discuter les différences entre les deux traductions.

3.4.3. Rétro traduction :

La version arabe marocaine préliminaire a été retraduite en français par une personne qui maîtrise le français et le dialecte arabe marocain et qui n'était pas familiarisée avec la version française (TN, économiste de la santé). Contrairement à la phase initiale, ici le traducteur n'est pas informé des concepts sous-jacents au questionnaire ni des objectifs de l'étude, afin de permettre l'émergence potentielle d'omission et d'erreurs de traduction.

3.4.4. Synthèse d'une version commune 2 :

La version rétro traduite du questionnaire, la version originale, ainsi que la première version en arabe marocain ont été soumises à l'examen et à la discussion d'un comité d'experts multidisciplinaire. Ce comité, constitué des auteurs de l'étude, d'un directeur d'hôpital public, d'un professionnel de la santé, d'un professeur universitaire et d'un docteur en sciences de gestion, a procédé à des ajustements mineurs sans modification profonde du questionnaire d'origine. Ces ajustements visaient à adapter le questionnaire au contexte spécifique du Maroc. De ce fait, quelques items ont été supprimés par rapport à la version originale, comprenant trois items liés au livret d'accueil et un item sur les représentants des usagers. Le comité a conclu que les deux versions étaient raisonnablement similaires, aboutissant ainsi à une version « pré-finale ».

3.4.5. Pré-test :

Dans la perspective d'accroître la validité et la fiabilité des données du questionnaire adapté, et de s'assurer que les participants comprennent et répondent aux questions de façon adéquate, la version pré finale du questionnaire a été donc administrée lors d'un pré-test à un groupe de cinq patients hospitalisés au sein de service de chirurgie et cinq patients au sein de service de médecine. Des questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques (Âge, sexe, Scolarité) ont été ajoutées au questionnaire. Les patients ont répondu au questionnaire, ont fourni des commentaires sur certains items qui présentaient des difficultés de compréhension, et ont été encouragés à proposer des expressions alternatives.

3.4.6. L'acceptabilité :

Le questionnaire doit être acceptable et compréhensible (Sekhon et al., 2017). L'évaluation de cet indicateur s'est basée sur la durée moyenne nécessaire pour le remplissage de l'intégralité du questionnaire, ainsi que sur le taux de réponses manquantes par patient et par item.

3.5. Analyse des propriétés psychométriques du questionnaire « e-satis 48 h MCO »

Diverses analyses statistiques à l'aide du logiciel SPSS 25 ont été appliquées sur les données recueillies. Concernant le traitement des valeurs manquantes, nous avons procédé à la suppression des questionnaires présentant de multiples valeurs manquantes. Cependant, pour les autres valeurs manquantes, la méthode d'imputation par la moyenne a été appliquée. Les scores moyens de chaque item du questionnaire ont été calculés en assignant des codes aux réponses obtenues, utilisant une échelle numérique allant de 5 à 0. De manière similaire, les scores des diverses dimensions de satisfaction composant le questionnaire ont été calculés séparément. Ils sont obtenus en calculant les moyennes des sommes des scores générés pour chaque item. Par ailleurs, la normalité a été vérifiée en calculant la moyenne, l'écart-type, le coefficient de l'asymétrie (Skewness) et d'aplatissement (Kurtosis) de chaque item.

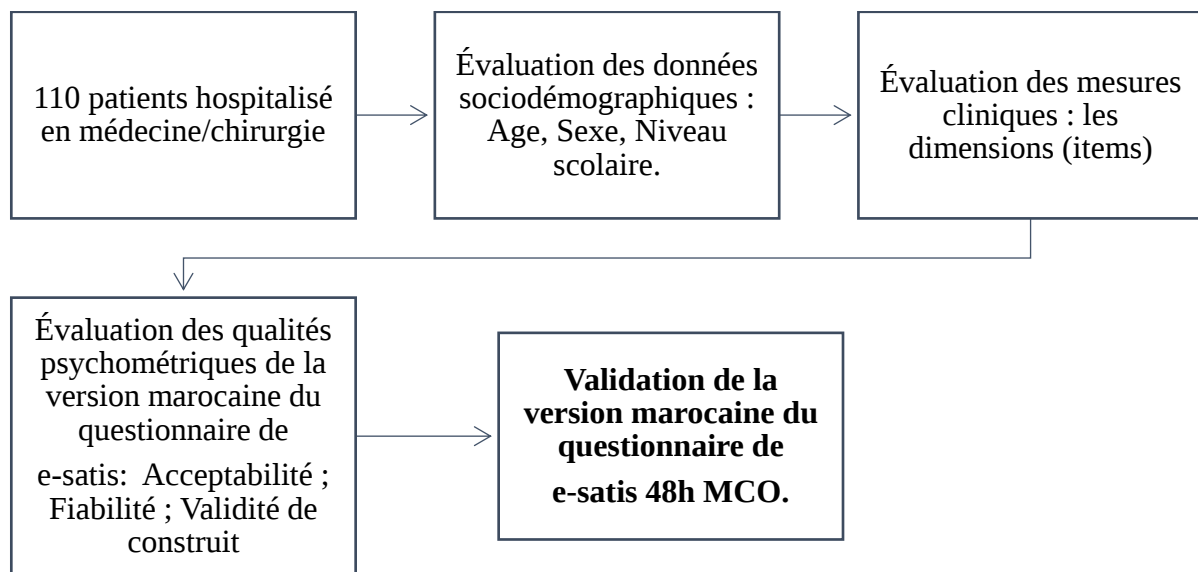
Les propriétés psychométriques des échelles ont été testées conformément aux directives générales de développement des échelles (Furr, 2011; Hinkin, 1998) et aux directives spécifiques pour l'analyse factorielle exploratoire (Fabrigar et al., 1999; Williams et al., 2010). Et ce en procédant à une analyse factorielle exploratoire, à l'analyse de fiabilité et d'un examen de la validité des critères.

La pertinence des données a été vérifiée en inspectant les corrélations inter items, en utilisant le test de sphéricité de Bartlett (BTS) ($p < 0,05$) et la mesure de l'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) $> 0,5$ (Dozo, 2017). Les critères de Kaiser (valeurs propres > 1) ont été utilisés pour déterminer le nombre approprié de facteurs (Hinkin, 1998). Nous avons évalué la pertinence des facteurs retenus en inspectant les communalités ($> 0,4$).

La fiabilité interne a été évaluée par la capacité de l'instrument à mesurer un construit de manière cohérente. En pratique l'homogénéité est estimée par le coefficient alpha de Cronbach.

Ce dernier permet de calculer la moyenne globale des corrélations des réponses à diverses questions mesurant la même dimension. Ce coefficient varie de 0 à 1 et doit être supérieur à 0,7 (Cronbach & Shavelson, 2004). Selon le guide méthodologique de développement de baromètre e-satis, le questionnaire est considéré comme homogène lorsque le coefficient alpha de Cronbach est supérieur ou égale à 0,7 (Haute Autorité de Santé, 2019b). La reproductibilité (test-retest) a été évaluée à l'aide du coefficient intra-classe (ICC), et ce en soumettant le questionnaire de manière répétée chez le même patient dans un délai fixé entre une à deux semaines après la première soumission. Un ICC sera considéré généralement comme acceptable, si sa valeur $\geq (0,50-0,70)$ (Koo & Li, 2016). Finalement, la validité de construit a été évaluée en analysant le coefficient de corrélation de Pearson (Coefficient Rhô de Pearson). Pour la vérification de ce principe, une analyse de la matrice de corrélation des variables de la recherche a été effectuée.

Figure 1 : Schéma récapitulatif de la démarche de traduction et d'adaptation transculturelle



Source : Auteurs

3.6. Considérations éthiques :

Lors de la réalisation de cette étude, les auteurs se sont engagés à respecter les considérations éthiques et qui supposent la prise en considération de la demande d'autorisation officielle auprès de la hiérarchie de la Direction Régionale de la santé de Casablanca- Settat et celle de la Direction de l'Hôpital à travers **(Annexes)**.

En outre, le principe d'autodétermination a été respecté, en accordant aux patients la liberté de participation et en recueillant leur consentement éclairé des participants, après avoir clairement exposé les objectifs de la recherche. Enfin, il convient de noter que les enquêteurs se sont engagés à préserver l'anonymat des participants, ainsi que la confidentialité des renseignements collectés.

4. Résultats et discussions

4.1. Statistiques descriptives

4.1.1. Description de la population cible :

Conformément aux critères de sélection, 110 participants répartis en deux groupes ont été inclus dans cette étude. Le premier groupe a été recruté au service de chirurgie et comporte 55 patients. Le deuxième est formé aussi par 55 patients hospitalisés au service de médecine.

Concernant les caractéristiques de notre échantillon (**tableau 2**), les données dévoilent que le sexe féminin prédominait respectivement dans les deux services (52 % et 60 %). L'âge moyen des répondants était 33,4 ans pour le service de chirurgie et de 48,5 ans pour les patients de service de médecine. Pour ce qui est du mode d'admission, l'hospitalisation en service de médecine est principalement prescrite par un médecin spécialiste (54 %), tandis que pour le service de la chirurgie, l'hospitalisation se fait dans 72 % à partir du service des urgences.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants à l'étude.

Caractéristique	Pourcentage des patients	
	Service Chirurgie	Service Médecine
Le questionnaire est rempli avec le :		
Patient	64 %	66 %
Parent/proche	20 %	22 %
Patient avec parent/proche	16 %	12 %
Le genre :		
Masculin	48 %	40 %
Féminin	52 %	60 %
La tranche d'âge :		
– 18 ans	18 %	14 %
18-36 ans	46 %	34 %
+ 36 ans	36 %	52 %
Le niveau d'instruction :		
Analphabète	28 %	30 %
Primaire	16 %	26 %
Collège	18 %	18 %
Lycée	22 %	16 %
Universitaire	16 %	10 %
Un passage antérieur dans le service :		
Oui, récemment	12 %	34 %
Oui, ça fait longtemps	34 %	34 %
Non, jamais	54 %	32 %
Le mode d'admissions :		
Service des urgences	72 %	36 %
Médecin spécialiste	20 %	54 %
Autre établissement	8 %	10 %

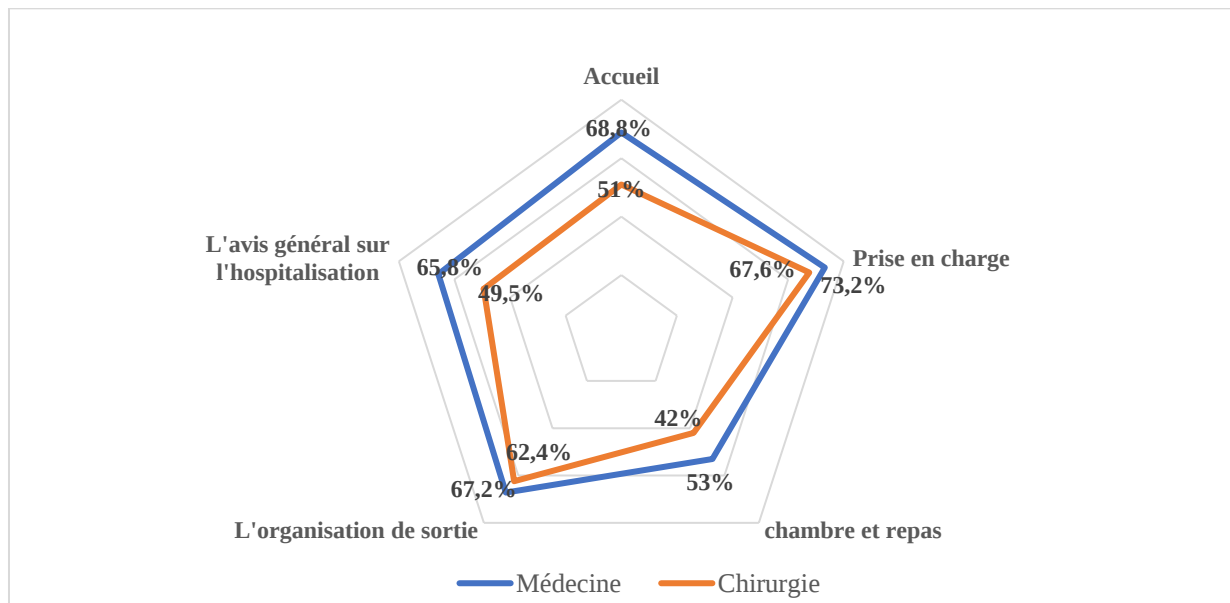
Source : Auteurs

4.1.2. Le calcul des scores

Les Statistiques descriptives pour chaque item du questionnaire ont été calculées à l'aide de la moyenne et écart-type. Les scores moyens indiquent le niveau moyen de satisfaction des patients pour chacune des dimensions de satisfaction, tandis que les écarts-types mesurent la variabilité des réponses des patients.

Les résultats de l'étude révèlent une satisfaction moyenne des patients à l'égard des services de médecine et de chirurgie, avec des scores moyens variant de 1,38 à 3,8. Cette plage étendue suggère une diversité d'opinions parmi les participants. Les écarts types associés, situés entre 0,226 et 1,37, indiquent une dispersion significative des niveaux de satisfaction. En résumé, les résultats mettent en lumière une satisfaction modérée et une variabilité importante dans les opinions des patients concernant ces services (Annexe 1).

Figure 2 : Score de satisfaction globale des patients relatifs à chaque dimension



Source : Auteurs

Concernant les scores de satisfaction globaux des patients par rapport à chaque dimension du « e-satis », les résultats affichent que les patients sont moins satisfaits du service de chirurgie que celui de médecine. Nonobstant, il paraît d'après les résultats que les patients ne sont pas satisfaits de repas servis et de l'état de la chambre au niveau des deux services. Également, seule la moitié des participants sont satisfaits de l'accueil au niveau du service de chirurgie. Alors que les dimensions qui ont obtenu les scores les plus élevés sont généralement liées à la prise en charge, ainsi qu'à l'organisation de la sortie.

4.2. Les résultats des tests psychométriques d'e-satis MCO :

4.2.1. Acceptabilité :

L'Acceptabilité du questionnaire e-satis par les patients a été testée en analysant le taux des données manquantes. La version finale du questionnaire était bien acceptée par les malades. Le taux de réponse était de 84,4 %. Le taux de réponses manquantes était de 5,1 %. Tous les items étaient bien compris par les patients. Le temps moyen pour remplir l'e-satis MCO a été d'environ 8 min ± 1,30 [7,30 min-9,30 min].

4.2.2. La structure du questionnaire « e-satis » :

L'adéquation générale des données a été évaluée par l'indice KMO > 0,5 (0,806 pour la dimension Chambre et repas) et le test de sphéricité de Bartlett significatif ($p < 0.001$) pour toutes les dimensions de satisfaction des patients. Ce qui suggère que les variables sont suffisamment corrélées pour procéder à une analyse factorielle (**tableau 3**).

Dans le même sens, la conduite d'une analyse factorielle exploratoire, en retenant les valeurs propres > 1, sans fixation du nombre de facteurs donne lieu à une seule composante valide et homogène. Par ailleurs, dans les cinq dimensions du e-satis, les items ont des communalités raisonnablement fortes, dépassant le seuil communément utilisé de 0,4 pour l'ensemble des items ; en effet, environ 79 % des items (42/53) ont une charge supérieure à 0,5.

Cela suggère que tous les items sont valides et qu'ils captent des aspects importants qui expliquent la variabilité sous-jacente des dimensions de l'e-satis. Par exemple, les charges factorielles des items 52 et 53 de la dimension « Avis général sur l'hospitalisation » sont

respectivement de 0,93 et 0,87, ce qui laisse comprendre qu'il s'agit de questions importantes pour aider à détecter la satisfaction des patients (**tableau 3**).

4.2.3. Cohérence interne et reproductibilité

L'analyse des valeurs α de Cronbach a mis en évidence une excellente cohérence interne de l'instrument (0,882). De plus les différentes dimensions du questionnaire présentent généralement une bonne cohérence interne, une reproductibilité allant d'acceptable à excellente, et les données sont adéquates pour une analyse factorielle. En effet, concernant la dimension accueil, l'alpha de Cronbach est de 0,780, indiquant une excellente cohérence interne, avec une ICC de 0,732. De même, pour la prise en charge, l'alpha de Cronbach est élevé à 0,870, avec une ICC de 0,810. La dimension chambre et repas présente un alpha de Cronbach de 0,806 et un ICC de 0,795. Pour l'organisation de la sortie, l'alpha de Cronbach est de 0,712, avec une ICC de 0,705. Enfin, l'avis général sur l'hospitalisation affiche un alpha de Cronbach de 0,902, un ICC de 0,867, soulignant la fiabilité et la validité de chaque item de questionnaire à mesurer le même phénomène, à savoir la satisfaction des patients à l'égard de leur séjour à l'hôpital (**tableau 3**).

Tableau 3 - Résultats de l'analyse factorielle des dimensions « e-satis 48 h MCO »

Dimensions	Item	Test de sphéricité de Bartlett	KMO	Communalités	(Alpha Cronbach) / dimension	Alpha Cronbach en cas de suppression de l'item	(Alpha Cronbach) « e-satis 48 h MCO »	Reproductibilité (ICC*)	Items supprimés
L'accueil	Item 1	, 000	0,722	0,57	0,780	, 739	0,882	0,732	Item 4
	Item 2			0,64		, 693			
	Item 3			0,71		, 716			
	Item 5			0,58		, 741			
	Item 6			0,57		, 657			
La prise en charge	Item 7	, 000	0,737	0,46	0,870	, 848		0,810	Item 8
	Item 9			0,44		, 845			
	Item 10			0,61		, 858			
	Item 11			0,61		, 864			
	Item 12			0,46		, 843			
	Item 13			0,55		, 843			
	Item 14			0,53		, 867			
	Item 15			0,43		, 843			
	Item 16			0,71		, 844			
	Item 17			0,87		, 861			
	Item 18			0,68		, 846			
	Item 19			0,54		, 860			
	Item 20			0,71		, 849			
	Item 21			0,68		, 852			
	Item 22			0,60		, 849			
	Item 23			0,78		, 861			
	Item 24			0,69		, 862			
	Item 25			0,77		, 859			
	Item 26			0,75		, 847			
	Item 27			0,60		, 860			

	Item 28			0,66	0,43		, 842		
	Item 29			0,58	0,33		, 847		
	Item 30			0,62	0,39		, 849		
Chambre et repas	Item 31			0,78	0,60		, 829		
	Item 32			0,69	0,47		, 831		
	Item 33			0,55	0,30		, 832		
	Item 34			0,59	0,35		, 843		
	Item 35	, 000	0,806	0,63	0,39	0,860	, 819	0,795	Item 37
	Item 36			0,73	0,53		, 875		
	Item 38			0,59	0,35		, 850		
	Item 39			0,60	0,36		, 845		
	Item 40			0,54	0,29		, 844		
L'organisation de sortie	Item 41			0,63	0,39		, 643		
	Item 43			0,58	0,33		, 622		
	Item 44			0,65	0,42		, 553		
	Item 45			0,55	0,30		, 524		
	Item 46	, 000	0, 547	0,43	0,18	0,712	, 548	0,705	Item 42
	Item 47			0,40	0,16		, 501		
	Item 48			0,44	0,19		, 566		
	Item 49			0,57	0,32		, 547		
	Item 50			0,59	0,35		, 571		
L'avis général	Item 51			0,75	0,56		, 819		
Sur l'hospitalisation	Item 52	, 000	0,533	0,93	0,86	0,902	, 850	0,867	Aucun item
	Item 53			0,87	0,75		, 829		
CIC : corrélation intraclass ; IC 95 % : Intervalle de confiance 95 %.									

Source : Auteurs

4.2.4. La validité du construit :

Afin d'évaluer la validité du construit de la version arabe dialectale du e-satis, nous avons utilisé le test de corrélations de Pearson. L'analyse de corrélation entre les cinq dimensions a révélé que toutes les dimensions de satisfaction étaient positivement et significativement corrélées les unes par rapport aux autres, avec un seuil de signification de $p < 0,05$ (Tableau 4).

Tableau 4 : Coefficients de corrélation entre les différentes dimensions de la version marocaine du questionnaire e - Satis +48h MCO

		Accueil	Prise en charge	Chambre et repas	Organisation de la Sortie	Avis général sur Hospitalisation
Accueil	Corrélation de Pearson	1				
	Sig. (bilatérale)					
Prise en charge	Corrélation de Pearson	, 532**	1			
	Sig. (bilatérale)	, 000				
Chambre et Repas	Corrélation de Pearson	, 547**	, 410**	1		
	Sig. (bilatérale)	, 000	, 000			
Organisation de sortie	Corrélation de Pearson	, 522**	, 462**	, 396*	1	
	Sig. (bilatérale)	, 000	, 004	, 015		
Avis général sur Hospitalisation	Corrélation de Pearson	, 641**	, 551**	, 508**	, 511**	1
	Sig. (bilatérale)	, 000	, 000	, 000	, 002	

Test de Pearson : **. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral). *. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Source : Auteurs

4.3. Discussion des résultats

L'utilisation du baromètre de satisfaction des patients demeure incontournable en vue d'évaluer et éventuellement améliorer la qualité des soins et des prestations offertes aux patients. Dans cette perspective, l'objectif de cette étude était de produire une équivalence de la version originale du questionnaire « e-satis 48 h MCO », développée par l'équipe de la Haute Autorité de Santé HAS en 2019 et destinée à évaluer la satisfaction des personnes au niveau des services de médecine et de chirurgie dans les structures hospitalières de court séjour, et la version arabe dialectale (Beaton et al., 2000). En vue d'atteindre cet objectif, une démarche de traduction et d'adaptation transculturelle a été entreprise visant à adapter cette version aux spécificités culturelles marocaines, tout en conservant les propriétés psychométriques de l'instrument étudié (Beaton et al., 2000; Guillemin et al., 1993).

Dans cette optique, une étude transversale a été conduite auprès d'un échantillon de 110 patients remplissant les critères d'inclusion. En ce qui concerne le profil des participants, la prédominance féminine a été observée au niveau des deux services. Ainsi, l'âge moyen des répondants s'est établi à 33,4 ans pour les patients du service de chirurgie et à 48,5 ans pour ceux du service de médecine. Quant au mode d'admission, l'hospitalisation en service de médecine est principalement prescrite par un médecin spécialiste (54 %), tandis que, pour le service de chirurgie, 72 % des hospitalisations proviennent du service des urgences.

En analysant les scores moyens et les écarts-types, il est important de noter que les écarts-types peuvent être indicatifs de la variabilité des réponses. Des écarts-types élevés, tels que ceux

observés pour les items 4, 7, 43, 49, et bien d'autres, peuvent indiquer une dispersion plus importante des évaluations, ce qui suggère une diversité d'expériences et d'opinions parmi les participants. En addition, les scores montrent que la satisfaction des patients varie d'une dimension à l'autre et d'un service à l'autre. Les patients du service de médecine semblent être plus satisfaits de leur expérience globale que les patients du service de chirurgie. L'accueil, la qualité des repas et l'organisation de la sortie sont des domaines où des améliorations pourraient être apportées pour répondre aux attentes des patients et garantir une expérience positive pendant leur hospitalisation, en particulier dans le service de chirurgie.

Dans l'ensemble, la dimension où les scores de satisfaction sont les plus élevés dans les deux services demeure la prise en charge. Cela suggère que les patients sont généralement satisfaits des soins médicaux et de l'attention qu'ils reçoivent de la part du personnel médical et infirmier. En ce qui concerne l'accueil, les scores de satisfaction globale sont moyens dans les deux services, mais relativement plus élevés dans le service de médecine (68,8 %). Cela peut indiquer que les patients du service de médecine ont une meilleure perception de l'accueil et se sentent pris en charge convenablement dès leur arrivée. Ce constat converge avec les résultats d'e-satis en France avec une satisfaction chez 80,8 % des participants en 2022 sur la dimension accueil. En revanche, la satisfaction liée aux repas est plus basse dans les deux services, mais encore plus faible dans le service de chirurgie (42 %). Cela indique que les patients expriment une insatisfaction quant à la qualité ou à la variété des repas qui leur sont proposés pendant leur séjour hospitalier. Ce constat a été également rapporté en France durant les enquêtes de la HAS, 3 patients sur 4 (74,7 %) ont jugé la variété des plats « moyenne » et « bonne » et la qualité des repas est jugée « mauvaise à moyenne » par 1/3 des patients (HAS, 2023). Ces résultats peuvent vraisemblablement être attribués au fait que les repas ont été conçus dans l'optique d'accélérer la guérison des patients, plutôt que de privilégier des plats savoureux. Ainsi ils ne seront pas appréciés par les patients chez qui le goût est important.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'équivalence conceptuelle du questionnaire, les auteurs ont pris des mesures visant à rendre le questionnaire plus compréhensible, plus simple et facile pour l'ensemble des participants à l'étude et plus adapté au contexte culturel marocain. Cet objectif a été atteint à travers le respect de la démarche de traduction transculturelle impliquant des réunions avec une équipe multidisciplinaire, laquelle a suggéré des ajustements mineurs sans pour autant modifier profondément la version originale.

Par conséquent, l'acceptabilité s'est reflété dans le temps nécessaire pour le remplissage, qui a été en moyenne, de huit minutes $\pm 1,30$ [7,30 min-9,30 min]. De même, le taux de réponse a également élevé atteignant 84,4 %, indiquant ainsi une acceptabilité satisfaisante. Cette durée de remplissage s'est révélée plus courte que celle de la version originale, où le temps moyen était de 13 minutes (HAS, 2023). Cette différence peut être expliquée par le fait que les enquêteurs ont collecté les données du questionnaire de manière littérale (conformément à leur formulation), en raison de la prévalence élevée d'analphabétisme parmi les participants.

Pour ce qui est de la structure de « e-satis 48 h MCO », l'analyse factorielle a été conduite à l'aide d'une analyse en composante principale. L'adéquation générale des données, évaluée par l'indice KMO était acceptable $> 0,5$ (0,806 pour la dimension Chambre et repas) et le test de sphéricité de Bartlett était significatif ($p < 0.001$) pour toutes les dimensions de satisfaction des patients. Les résultats de cette analyse confirment la validité de la structure dimensionnelle établie du « e-satis 48 h MCO ». Cette structure a été démontrée dans la version originale du dit questionnaire, mais la validation de la structure du questionnaire « e-satis 48 h MCO » au contexte hospitalier Marocain est nouvelle.

D'autre côté, les propriétés psychométriques de la version adaptée étaient acceptables. En effet, un coefficient Alpha de Cronbach de 0,882, suggère une très bonne cohérence interne. Ce coefficient indique que les éléments de l'échelle utilisée pour évaluer la satisfaction des patients sont fortement inter corrélés et mesurent de manière cohérente le même phénomène. Ce résultat

concorde avec les recommandations de l'outil original de la Haute Autorité de Santé (HAS) (Haute Autorité de Santé, 2019b). De manière similaire, l'analyse de la corrélation intra classe a démontré une reproductibilité satisfaisante, avec des coefficients compris entre 0,712 et 0,902 pour les diverses dimensions du questionnaire.

De plus, la validité du construit a été évaluée moyennant l'analyse des corrélations entre les dimensions du questionnaire e-satis 48 h MCO, les résultats de cette analyse de corrélations ont montré des valeurs psychométriques satisfaisantes. En outre, la majorité des dimensions étaient significativement corrélées. Ces résultats corroborent avec les résultats de la version validée dans les hôpitaux français, qui recommande un $r \geq 0,33$. De ce fait, les résultats obtenus de corrélations entre les dimensions sont conformes aux normes établies par la HAS.

5. Conclusion :

La validation transculturelle d'un baromètre de mesure de satisfaction revêt une grande importance. Le processus d'adaptation de l'e-satis 48 h MCO a rencontré plusieurs limites, qui méritent d'être signalées. Tout d'abord certains participants à l'étude proviennent de milieux socio-économiques et culturels différents, analphabètes et de provenance rurale, or, l'appréciation de la qualité des soins par ces derniers suppose qu'ils aient une connaissance préalable des standards de prise en charge. Par ailleurs, la disparité de perceptions entre les patients interrogés directement et leurs accompagnants peut entraîner des variations dans le niveau de satisfaction. Néanmoins ceci ne diminue pas la qualité du travail et les résultats intéressants de l'étude.

De ce fait, nous concluons à travers les résultats de cette étude que la version arabe dialectale de l'e-satis MCO est fiable et nous recommandons son utilisation en tant qu'outil d'évaluation par les professionnels de santé et décideurs de santé afin de faciliter la prise de décision éclairée et mettre en place des actions visant à améliorer la satisfaction des patients marocains. De plus, la disponibilité de tel instrument traduit et adapté pourrait potentiellement stimuler la recherche scientifique future dans le domaine de la qualité des soins de santé, ainsi que des comparaisons internationales.

Références

- (1). Aebischer, S., Roussi, F., & Wolhauser, E. (2018). *La perception de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences*. <https://www.scinapse.io/papers/2923915156>
- (2). Assafir 24. (2019). Vers où se dirige l'Hôpital Hassan II Absences et négligences. جريدة 24 السفير Assafir. <https://assafir24.ma/32709/>
- (3). Audrain-Pontevia, A.-F., & Evrard, Y. (2001, mai 1). *Satisfaction des consommateurs : Précisions conceptuelles*. <https://doi.org/10.13140/2.1.1432.4166>
- (4). Bachelot. (2018). *Echelle de Likert—Définitions Marketing » L'encyclopédie illustrée du marketing*. <https://www.definitions-marketing.com/definition/echelle-de-likert/>
- (5). Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- (6). Briançon, P. S. (2003). *SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISES EN FRANCE ET AU VIET NAM*. 451.
- (7). Cronbach, L., & Shavelson, R. (2004). My Current Thoughts on Coefficient Alpha and Successor Procedures. *Educational and Psychological Measurement - EDUC PSYCHOL MEAS*, 64, 391-418. <https://doi.org/10.1177/0013164404266386>

- (8). Diouf, M., Cisse, D., Cmm, L., Ginsburg, F. D., & Traoré, R. (2010). Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar: *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 41(3), 225-230. <https://doi.org/10.3917/pos.413.0225>
- (9). Dozo, B.-O. (2017). 3. L'analyse factorielle des correspondances. In *Mesures de l'écrivain : Profil socio-littéraire et capital relationnel dans l'entre-deux-guerres en Belgique francophone* (p. 23-47). Presses universitaires de Liège. <https://doi.org/10.4000/books.pulg.2253>
- (10). Drabo, K. M., Hien, H., Konfé, S., Nana, W. M. F., & Ouedraogo, T. L. (2015). Satisfaction des malades du sida pris en charge à l'hôpital du district sanitaire de Dafra. État des lieux. *Santé Publique*, 27(5), 739-747. <https://doi.org/10.3917/spub.155.0739>
- (11). Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care : Concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 59-76.
- (12). Fabrigar, L., Wegener, D., MacCallum, R., & Strahan, E. (1999). Evaluating the use of Exploratory Factor Analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299. <https://doi.org/10.1037//1082-989X.4.3.272>
- (13). France qualité publique. (2004). *La satisfaction des usagers-clients-citoyens du service public*. la Documentation française.
- (14). Furr, R. (2011). *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology*. <https://doi.org/10.4135/9781446287866>
- (15). Goh, M. L., Ang, E. N. K., Chan, Y.-H., He, H.-G., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the Revised Humane Caring Scale. *Applied Nursing Research*, 31, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.02.002>
- (16). Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures : Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- (17). HAS. (2023). *Résultats nationaux 2022 e-Satis MCO CA*.
- (18). Haute Autorité de Santé. (2019a). *Guide méthodologique "e-satis*. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/guide_methodologique_esatis_2019.pdf
- (19). Haute Autorité de Santé. (2012). *Les modalités d'utilisation des indicateurs par les différents acteurs du système de santé et leurs impacts potentiels – Étude bibliographique – Béatrice Fermon, Pierre Lévy, Université Paris-Dauphine – novembre 2006*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1335674/fr/les-modalites-d-utilisation-des-indicateurs-par-les-differents-acteurs-du-systeme-de-sante-et-leurs-impacts-potentiels-etude-bibliographique-beatrice-fermon-pierre-levy-universite-paris-dauphine-novembre-2006
- (20). Haute Autorité de Santé. (2019b). *IQSS - e-Satis : Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises
- (21). Hinkin, T. R. (1998). *A Brief Tutorial on the Development of Measures for Use in Survey Questionnaires*. <https://doi.org/10.1177/109442819800100106>
- (22). Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>

- (23). Llosa, S. (1997). La matrice Llosa pour mieux comprendre la satisfaction. *Le Sphinx*. <https://www.lesphinx-developpement.fr/blog/la-matrice-llosa-pour-mieux-comprendre-la-satisfaction-client-vis-a-vis-des-services-proposes/>
- (24). Llosa, S. (1996). *Contributions à l'étude de la satisfaction dans les services* [These de doctorat, Aix-Marseille 3]. <https://www.theses.fr/1996AIX32042>
- (25). Lumumba, P. N. (2018). *Maternal Satisfaction With Care Provided to Neonates Admitted in New Born Unit at Kenyatta National Hospital*.
- (26). Maes, J., & Debois, F. (2019). Outil 10. Le diagramme de Kano. In *La boîte à outils du Chef de projet: Vol. 2e éd.* (p. 32-33). Dunod. <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-chef-de-projet--9782100792900-p-32.htm>
- (27). Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. I. A. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3318. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183318>
- (28). Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2014). Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care : An Italian Rural Hospital. *Global Journal of Health Science*, 7(4), Article 4. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>
- (29). Ndangwa, L. (2020). L' influence de la qualité perçue des soins de santé dans les formations hospitalières camerounaises sur l'intention comportementale des patients : Le rôle médiateur de la satisfaction. *Revue Internationale du Chercheur*, 1(2), Article 2. <https://revuechercheur.com/index.php/home/article/view/23>
- (30). Oliver. (1993). *Fig. 2. Le modèle de la disconfirmation des attentes (inspiré d'Oliver,...* ResearchGate. https://www.researchgate.net/figure/Le-modele-de-la-disconfirmation-des-attentes-inspire-dOliver-1993_fig2_240196171
- (31). Palm, J.-M., Colombet, I., Sicotte, C., & Degoulet, P. (2006). Determinants of user satisfaction with a Clinical Information System. *AMIA ... Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium, 2006*, 614-618.
- (32). Parasuraman, A. P., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). *The Journal of Marketing*, 49, 41-50. <https://doi.org/10.2307/1251430>
- (33). Pecheux, M. C., & Knockaert, J. (2013). *Etude de satisfaction des patients au sein du service « Hôpital de jour chirurgical » : Comparaison de deux sites hospitaliers*. 117.
- (34). Rajae EL, mir. (2020, janvier 23). *Santé au Maroc : Les citoyens ont toujours besoin du secteur public*. Groupe Sunergia. <https://groupe-sunergia.com/market-insights/sante-au-maroc-les-citoyens-ont-toujours-besoin-du-secteur-public/>
- (35). *Rapport_esatis48h_2018.pdf*. (s. d.).
- (36). Rubin, H. R., Ware, J. E., Nelson, E. C., & Meterko, M. (1990). The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire. *Medical Care*, 28(9 Suppl), S17-18. <https://doi.org/10.1097/00005650-199009001-00005>
- (37). Sadi, N., & Lebdiri, F. (2020). *La mesure de la satisfaction des patients face à la qualité de prestation des services hospitaliers publics : Cas de l'EPH de Thénia de Boumerdès* [Thesis, Université Mouloud Mammeri]. <https://www.ummto.dz/dspace/handle/ummto/13646>
- (38). *SANTE EN CHIFFRES Région Casablanca-settat 2017 Version finale.pdf*. (s. d.).
- (39). Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions : An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>

- (40). Williams, B., Brown, T., Onsmann, A., Williams, A. B., Onsmann, A., Brown, T., Williams, M. B., Onsmann, A. A., & Brown, A. T. (2010). *Exploratory factor analysis : A five-step guide for novices*.
- (41). Yameogo, A. R., Millogo, G. R. C., Palm, A. F., Bamouni, J., Mandi, G. D., Kologo, J. K., Samadoulougou, A. K., & Zabsonre, P. (2017). Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. *Pan African Medical Journal*, 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.267.13288>

Annexe 1: Scores moyens correspondant à chaque item du questionnaire e-satis 48h MCO.

Les Items	Moyenn e	Ecart-type
Item 1 :l'accessibilité de l'établissement de santé	2,310	,928
Item 2 :l'accueil réservé par le personnel administratif	3,220	1,030
Item 3 :l'accueil dans le(s) service(s) de soins	3,250	1,076
Item 4 :l'identification des personnes travaillant dans le service de soins	2,760	1,190
Item 5 : l'avis sur les horaires de visite	2,590	,865
Item 6 : l'appréciation de l'accueil dans l'établissement	2,060	,894
Item 7: Les explications spontanées (sans le demander) sur état de santé, traitement	2,350	1,395
Item 8 : Les réponses des médecins ou des chirurgiens à vos questions	3,620	,862
Item 9 : la clarté de leurs réponses	3,138	1,155
Item 10 : l'envie de participer aux décisions concernant soins ou traitement	2,660	,476
Item 11: la participation aux décisions concernant soins ou traitement	2,730	1,043
Item 12 : l'écoute attentive des médecins ou des chirurgiens	3,810	1,160
Item 13 : l'écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s	3,700	1,193
Item 14 : le sentiment de l'inquiétude, de l'anxiété au cours d'hospitalisation	2,540	,500
Item 15 : le soutien des médecins et des chirurgiens	3,470	,881
Item 16 : le soutien des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s	3,590	,933
Item 17 : le besoin d'aide pour les activités courantes	3,600	,550
Item 18 : l'avis sur l'aide reçue pour les activités courantes	3,787	1,226
Item 19 : le besoin d'aide de façon urgente au cours d'hospitalisation	2,700	,460
Item 20 : l'avis sur le délai d'attente pour avoir de l'aide en cas d'urgence	2,671	,988
Item 21 : le respect de l'intimité lors de prise en charge	3,710	,856
Item 22: le respect de la confidentialité et du secret professionnel	3,790	,820
Item 23 : l'attention humaine de la part des médecins / chirurgiens	1,800	1,015
Item 24 : l'attention humaine de la part des infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s	1,840	1,098
Item 25 : l'expression du sentiment de la douleur	2,900	1,374
Item 26 : l'avis sur la façon dont ces douleurs ont été prises en charge	3,318	,834
Item 27 : l'expression du sentiment d'inconfort	2,540	,500
Item 28 : l'avis sur la façon dont ces inconforts ont été pris en charge	3,125	1,028
Item 29: Globalement de PEC par Les médecins / chirurgiens	3,950	,609
Item 30 : Globalement de PEC par infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s	3,520	,745
Item 31 : la chambre (simple/double)	1,890	,314
Item 32 : le confort de la chambre	2,500	,870
Item 33 : la propreté de la chambre	2,040	,924
Item 34 : la température de la chambre	2,500	,822
Item 35 : la tranquillité de la chambre	2,510	,969
Item 36 : la prise d'un repas pendant l'hospitalisation	2,490	,810
Item 37 : la qualité des repas	1,380	,508
Item 38 : la variété des plats	2,216	1,108
Item 39 : Globalement, appréciation des repas	1,724	,351

Item 40 : Globalement, appréciation des chambres	2,105	,226
Item 41 : l'avis sur la façon d'organisation de sortie	3,410	,877
Item 42 : la communication des informations sur les médicaments à prendre après la sortie	3,600	,738
Item 43 : l'avis sur les informations reçues sur les médicaments à prendre après la sortie	2,718	1,359
Item 44 : la communication des informations sur la reprise des activités après la sortie	2,300	,460
Item 45 : l'avis sur informations reçues sur la reprise des activités après la sortie	3,800	1,279
Item 46: la communication des informations sur les signes ou complications pour recontacter l'hôpital	3,280	,451
Item 47 : l'avis sur les informations reçues sur les signes ou complications possibles	3,680	1,196
Item 48 : la communication des informations sur le suivi après votre sortie	2,630	,485
Item 49 : l'avis sur les informations que reçues sur le suivi après la sortie	2,570	1,342
Item 50 : l'appréciation globale de l'organisation de sortie	3,240	,698
Item 51 : Avis général sur la durée de traitement à l'hôpital	3,133	,460
Item 52 : Recommandation à l'un des amis ou proches	2,004	,876
Item 53 : La possibilité de retourner à l'hôpital afin de bénéficier d'une assistance pour les mêmes motifs existe.	2,305	,955

Notice d'erratum :

Après avoir été contactés par l'auteur de correspondance le 22 décembre 2023 pour nous informer qu'une omission involontaire des auteurs a été commise, nous avons mené des investigations en demandant des informations sur la contribution de chaque auteur.

Après vérification des informations fournies, le comité décide d'ajouter les auteurs pour sauvegarder leur droit d'être cités dans le texte comme auteurs.

Décision prise le 29-02-2024