

CONCEPT D'ÉVALUATION

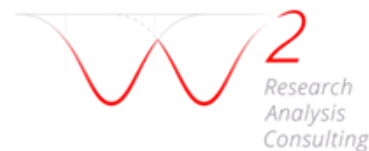
SATISFACTION DES PATIENT-E-S EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Version : 2.0

Date : Juillet 2026

Les modifications apportées à la dernière version sont indiquées en gris.

unisanté
Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique • Lausanne



Sommaire

1.	Contexte.....	4
2.	Méthode de mesure.....	4
2.1	Instrument de mesure	4
2.2	Base de données.....	5
2.2.1	Description des données à relever.....	5
2.2.2	Critères d'inclusion et d'exclusion des patientes et patients.....	6
3.	Logistique de la mesure.....	7
3.1	Collecte des données	7
3.2	Nettoyage des données.....	8
3.3	Transmission des données.....	8
3.4	Stockage des données	8
3.5	Protection des données.....	8
4.	Évaluation des données	9
4.1	Méthode	10
4.1.1	Réponses problématiques.....	10
4.1.2	Calcul des valeurs moyennes pour chaque domaine thématique	11
4.1.3	Intervalles de confiance.....	13
4.1.4	False Discovery Rate (FDR).....	13
4.1.5	Analyses stratifiées.....	13
4.2	Qualité des données.....	14
4.2.1	Taux de couverture.....	14
4.2.2	Taux de réponse	14
4.2.3	Questionnaires vides	15
4.2.4	Taux de complétion.....	15
4.2.5	Valeurs manquantes et réponses alternatives.....	15
4.2.6	Gestion des petits échantillons.....	15
4.3	Utilisation des données de mesure existantes à des fins d'analyses internes	16
5.	Présentation des résultats de mesure spécifiques aux cliniques.....	16
5.1	Présentation et types de graphiques utilisés.....	16
5.2	Accès aux résultats.....	17

6.	Présentation des résultats comparatifs nationaux	18
6.1	Présentation et types de graphiques utilisés.....	18
6.1.1	Graphiques en entonnoir	18
6.1.2	Autres types de graphiques.....	18
7.	Interprétation des résultats de mesure	19
8.	Bibliographie.....	20
8.1	Satisfaction des patientes et patients	20
8.2	Méthodologie	20
8.3	Questionnaire.....	20
	Mentions légales.....	21

1. CONTEXTE

Ce concept d'évaluation décrit les modalités d'évaluation des résultats de la mesure de la satisfaction des patientes et patients admis en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Les concepts (concepts d'évaluation et de publication) ont été élaborés en étroite collaboration entre l'ANQ, le [Groupe qualité « Satisfaction des patients en psychiatrie d'enfants et d'adolescents »](#) ainsi que les deux partenaires de coopération w hoch 2 (centre de logistique des mesures) et Unisanté (institut d'analyse).

Le [contrat qualité national](#), le [règlement des données de l'ANQ](#), ainsi que les [exigences envers les concepts d'évaluation et de publication](#) constituent les bases des concepts de l'ANQ. L'élaboration des concepts de l'ANQ repose sur des processus définis et s'appuie sur les versions précédentes, ainsi que sur les enseignements tirés des résultats des évaluations.

Le concept s'adresse aux responsables des cliniques, ainsi qu'aux partenaires contractuels de l'ANQ. L'évaluation par les patientes et patients de la qualité de la prise en charge d'une clinique est un indicateur de qualité important et reconnu. La mesure de la satisfaction des patientes et patients est dans l'intérêt des fournisseurs de prestations (p. ex. cliniques, médecins prescripteurs), des organismes payeurs (cantons et assureurs) et du grand public. Les résultats de l'enquête offrent aux cliniques une base fiable pour mettre en place des mesures d'amélioration de la qualité ciblées, développer leurs prestations et renforcer l'orientation vers la patiente, le patient.

2. MÉTHODE DE MESURE

2.1 INSTRUMENT DE MESURE

Un groupe de travail composé d'expertes et d'experts issus de différentes cliniques spécialisées dans la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence de toute la Suisse a élaboré et validé des questionnaires spécifiques pour ce groupe de patientes et patients. Le questionnaire a été utilisé pour la première fois dans le cadre des mesures nationales de la qualité de l'ANQ réalisées en 2021.

Le questionnaire de satisfaction à l'égard du traitement dispensé en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence est disponible dans les langues officielles, à savoir l'allemand, le français et l'italien¹. Il existe un questionnaire destiné aux enfants et aux adolescent-e-s (QS-UHPA-PEA-A) ainsi qu'un autre destiné aux parents ou aux personnes titulaires de l'autorité parentale (ci-

¹ La version italienne du questionnaire est disponible depuis l'année de mesure 2025.

après : les parents) (QS-UHPA-PEA-P). Des émoticônes ont été ajoutées au questionnaire destiné aux enfants/adolescents afin de faciliter les réponses aux questions (😊= très satisfait).

Les questionnaires sont disponibles en version papier et en version en ligne. Chaque questionnaire contient à la fois un lien individuel et un code QR, qui permettent un accès rapide et facile à l'outil d'enquête en ligne. Les patientes et patients, ainsi que les parents peuvent ainsi choisir entre les deux formats d'enquête. Des informations détaillées sur le questionnaire sont disponibles dans le manuel des mesures, ainsi que sur le [portail web de l'ANQ](#).

2.2 BASE DE DONNÉES

La mesure de la satisfaction des patientes et patients admis en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence est réalisée tous les deux ans depuis l'année de mesure 2021. La mesure est conçue comme une enquête exhaustive (du 1^{er} janvier au 31 décembre). Les années intermédiaires, la mesure peut être poursuivie à titre facultatif aux frais des cliniques intéressées.

2.2.1 Description des données à relever

Le questionnaire destiné aux enfants/adolescent-e-s comprend 29 questions, réparties en 8 thématiques. Le questionnaire destiné aux parents comprend 33 questions et s'articule autour de 7 thématiques. Outre les questions relatives à la satisfaction concernant le séjour hospitalier, les informations suivantes sont recueillies auprès des enfants/adolescent-e-s : âge (année de naissance), sexe et mois de réponse. Pour les parents, les questions portent sur l'âge et le sexe de l'enfant, le mois de réponse et le statut de l'adulte participant (4 catégories : parents, père, mère ou autre(s) personne(s)).

Les réponses aux différentes questions sont mesurées à l'aide d'une échelle ordinale à cinq niveaux (valeurs de 1 à 5). Il est également possible de répondre « ne sais pas » ou, le cas échéant, de cocher une réponse alternative (p. ex. « aucune médication »). Trois questions ouvertes s'ajoutent pour les enfants/adolescent-e-s et deux pour les parents.

Tableau 1 : Aperçu du nombre de questions par domaine thématique

DOMAINES THÉMATIQUES	ENFANTS/ADOLESCENTS	PARENTS
Accueil	1	2
Information et explication	5	8
Satisfaction à l'égard du traitement	6	6
Satisfaction à l'égard de l'équipe thérapeutique	4	6
Hébergement et vie au sein de l'unité	6	0
Sortie, suivi post-hospitalier et satisfaction à l'égard du traitement	2	3
Retour sur le traitement et son utilité	4	7
Durée du séjour	1	1
Total des questions sur la satisfaction	29	33

2.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des patientes et patients

En principe, l'ensemble des patientes et patients hospitalisés reçoivent un questionnaire portant sur leur satisfaction à l'égard du traitement dispensé pendant leur séjour hospitalier, selon que les critères d'inclusion et d'exclusion décrits dans le tableau 2 ci-après sont remplis ou non.

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion des patientes et patients

Critères d'inclusion	- Toutes les patientes et tous les patients âgés de 11 à 18 ans², <u>ainsi que</u> tous les parents d'enfants et d'adolescent-e-s de plus de 5 ans³ - Domicile en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein⁴ - Sortie de l'hôpital entre le 1^{er} janvier 20xx et le 31 décembre 20xx - Séjour hospitalier (au moins 24 heures) - Les patientes et patients hospitalisé-e-s à plusieurs reprises sont interrogé-e-s plusieurs fois si plus de 3 mois se sont écoulés entre les sorties.
Critères d'exclusion	- Patientes et patients décédé-e-s - Patientes et patients résidant à l'étranger (hors Principauté du Liechtenstein)

² L'année de naissance de l'enfant est déterminante, non sa date de naissance exacte.

³ À partir de l'année de mesure 2027, les parents seront interrogés indépendamment de l'âge de l'enfant.

⁴ À partir de l'année de mesure 2027, tous les enfants/adolescent-e-s hospitalisé, ainsi que leurs parents seront interrogés, quel que soit leur domicile.

3. LOGISTIQUE DE LA MESURE

La société w hoch 2 GmbH fait office de centre de logistique de la mesure et prend en charge les tâches opérationnelles liées à l'enquête. Elles comprennent l'organisation et l'optimisation du déroulement de la mesure, ainsi que la préparation et l'envoi des documents d'enquête, la réception des commandes et la livraison des questionnaires aux cliniques. Grâce à l'utilisation de technologies modernes (tableaux de bord), w hoch 2 contribue à réduire la charge administrative des cliniques. Parallèlement, l'utilisation de questionnaires en ligne permet aux enfants et adolescent-e-s hospitalisés ainsi qu'à leurs parents de participer de manière simple et moderne à l'enquête. Les questionnaires retournés sont rapidement analysés pour obtenir les résultats spécifiques à chaque clinique, avant d'être mis à disposition via un tableau de bord. Le fichier des données à l'institut d'analyse national Unisanté est en cours de création.

Lors de la commande des documents d'enquête, les cliniques ont la possibilité de saisir des unités d'analyse, telles que le service ou l'unité de soins, afin de pouvoir stratifier les résultats. Les cliniques peuvent également faire appel à des instituts de sondage pour réaliser l'enquête ou pour effectuer des enquêtes supplémentaires. Les coûts associés ne font pas partie de la mesure de l'ANQ et sont à la charge des cliniques intéressées.

3.1 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire, disponible en allemand, français et italien, est remis aux patientes et patients, ainsi qu'aux parents à la fin du séjour hospitalier. Les cliniques interrogent leurs patientes et patients à l'aide d'un questionnaire papier. Etant donné que chaque questionnaire comporte un code QR individuel et une URL, les personnes interrogées peuvent choisir d'utiliser la version papier ou la version en ligne.

Les questionnaires retournés sont collectés par les cliniques et renvoyés à l'institut de numérisation mandaté par w hoch 2.

Les versions papier et en ligne du questionnaire comportent un code unique qui permet de les attribuer à la clinique ou au service concerné. L'outil d'enquête en ligne est hébergé par le centre logistique de la mesure, qui garantit la sécurité et la protection des données. Le centre logistique de la mesure veille à ce que les patientes et patients ayant répondu à la fois au questionnaire papier et au questionnaire en ligne puissent être identifiés. Cette démarche permet d'éviter d'intégrer les deux réponses à l'évaluation. Des informations détaillées, notamment concernant la remise des questionnaires, sont disponibles dans le manuel des mesures.

3.2 NETTOYAGE DES DONNÉES

Des règles claires s'appliquent à la numérisation et au traitement ultérieur des questionnaires. Tous les questionnaires papier retournés sont numérisés. Lorsque les deux versions du questionnaire (papier et en ligne) ont été remplies, la version la plus complète est prise en compte dans l'évaluation. Si les deux versions sont complètes, l'une d'elles est sélectionnée aléatoirement. Les valeurs manquantes sont identifiées dans la base de données à l'aide d'un code défini (autre que « 0 ») en tant que « missing values ». Des codes spécifiques sont définis pour des catégories de réponses spéciales telles que « aucune médication » ou « ne sais pas ». Les réponses cochées plusieurs fois sont enregistrées comme manquantes, car il n'est pas possible de déterminer clairement quelle réponse s'applique. De même, les champs non remplis sont définis comme « missing value » (code défini) et traités en conséquence comme des valeurs manquantes. Si l'âge d'un enfant est inférieur à 5 ans dans l'enquête auprès des parents et d'au moins 11 ans dans l'enquête auprès des enfants/adolescent-e-s, les valeurs sont corrigées et définies comme valeurs manquantes.

3.3 TRANSMISSION DES DONNÉES

Un livre de codes détaillant clairement les codes liés aux items est établi à l'attention de l'institut d'analyse Unisanté. Lors de l'agrégation finale des données, w hoch 2 évalue la plausibilité de ces données. En cas d'indications erronées, le centre procède à des contrôles a posteriori et aux corrections nécessaires. Les règles d'évaluation de la plausibilité sont consignées dans le livre de codes. w hoch 2 transmet ensuite les données à Unisanté via un système de transmission sécurisé à des fins d'évaluation et d'établissement du rapport.

3.4 STOCKAGE DES DONNÉES

w hoch 2 : tant les questionnaires papier numérisés que les réponses en ligne font l'objet d'un stockage redondant par le centre logistique de la mesure jusqu'à ce que l'ANQ en demande la suppression.

Unisanté archive les données sur des serveurs sécurisés. La suppression définitive des données sur les serveurs n'intervient qu'après demande écrite expresse de l'ANQ, au plus tard toutefois 10 ans après l'enquête.

3.5 PROTECTION DES DONNÉES

Afin de garantir la protection et la sécurité des données, des accords écrits relatifs au traitement des données en sous-traitance ont été conclus entre le centre logistique de la mesure (CLM) w hoch 2 et l'ANQ, ainsi qu'entre l'institut d'analyse national Unisanté et l'ANQ. Ces accords régissent le traitement des données sensibles et documentent les mesures de sécurité

techniques et organisationnelles mises en place. Les données sont stockées et traitées en Suisse.

Par ailleurs :

- **Transfert des données :** la transmission des données entre la clinique, le CLM et l'institut d'analyse s'effectue de manière cryptée via des plateformes institutionnelles sécurisées. Une fois reçus, les fichiers restent cryptés sur les serveurs et ne sont pas transmis à des tiers non autorisés.
- **Anonymisation :** le CLM et l'institut d'analyse ne peuvent en aucun cas identifier les personnes physiques.
- **Certification et obligation de confidentialité :** Unisanté est certifié selon la norme ISO 9001:2015. Tout le personnel du CLM et de l'institut d'analyse est soumis à une obligation contractuelle de confidentialité et applique les mesures de précaution habituelles lors du traitement de données sensibles, conformément à la législation suisse.

4. ÉVALUATION DES DONNÉES

Conformément au principe de l'ANQ, les analyses des mesures nationales de la qualité sont réalisées au niveau des sites. Pour la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, le comité de l'ANQ a décidé en octobre 2025, et sur demande des instances compétentes, de publier les résultats de mesure des différents sites cliniques sous l'égide du groupe hospitalier correspondant (site principal). Cette décision est mise en œuvre rétroactivement à partir de l'année de mesure 2025. Les cliniques continuent toutefois à avoir accès aux résultats descriptifs par site clinique via le tableau de bord des résultats, pour autant que les documents respectifs aient été commandés pour les différents sites.

Les évaluations spécifiques aux cliniques sont réalisées par w hoch 2. Dans ce contexte, w hoch 2 a pour mission de préparer les résultats pour chaque clinique et de les mettre à leur disposition via un tableau de bord. Les résultats finaux de chaque clinique participante sont mis à disposition deux fois par période d'enquête dans le tableau de bord des résultats en ligne. Chaque clinique, ainsi que ses utilisatrices et utilisateurs enregistrés peuvent consulter les résultats dans cet espace protégé. Les résultats peuvent être exportés sous forme de fichiers Excel ou PDF grâce à une fonction de téléchargement.

L'accompagnement scientifique de la mesure, **l'évaluation comparative nationale des données, ainsi que l'établissement des rapports** sur les résultats nationaux relèvent de la responsabilité de l'institut d'analyse national Unisanté.

4.1 MÉTHODE

En plus des résultats accessibles dans le tableau de bord, w hoch 2 les met à disposition dans un tableau Excel sous forme « d'analyse statistique descriptive ». Ce tableau contient les données suivantes pour chaque version du questionnaire (enfants/adolescent-e-s et parents) :

- Données générales et sociodémographiques : taux de réponse, âge et sexe de l'enfant, ainsi que la personne ayant rempli le questionnaire..
- Réponses par question : nombre de réponses par catégorie en chiffres absolus et en pourcentage.
- Les réponses aux questions ouvertes (champs de texte libre) sont présentées par ordre alphabétique et peuvent être consultées dans le rapport PDF de l'analyse détaillée. Aucune analyse quantitative des questions ouvertes n'est effectuée. Les commentaires ne sont pas anonymisés par w hoch 2. Ces informations sont destinées à l'usage interne de chaque clinique.

Remarque : les questionnaires indiquant un âge < 11 ans sont exclus de l'analyse ; les questionnaires indiquant un âge > 18 ans sont inclus dans l'analyse malgré la limite d'âge.

Les résultats **ne sont pas ajustés aux risques**. Une étude pilote menée par un groupe de travail composé de déléguées et délégués des cliniques universitaires de Bâle, Lausanne et Zurich a permis d'examiner les facteurs susceptibles d'influencer un ajustement aux risques. Il est apparu que ni l'âge ni le sexe n'influaient sur les résultats. D'autres caractéristiques examinées, telles que le diagnostic ou le type d'admission (volontaire vs placement à des fins d'assistance), n'ont pas non plus montré d'influence sur la satisfaction des patientes et patients.

Remarque : une présentation comparative des résultats entre les enfants/adolescent-e-s et les parents n'est pas possible. D'une part, les questions ne sont pas identiques et, d'autre part, il n'est techniquement pas prévu de relier les réponses des enfants/adolescent-e-s à celles de leurs parents.

Les analyses statistiques des données sont réalisées à l'aide du logiciel de statistiques STATA.

4.1.1 Réponses problématiques

La proportion de réponses problématiques correspond à la part des réponses associées au degré de satisfaction le plus faible. Cet indicateur permet d'identifier les domaines thématiques présentant le plus grand potentiel d'amélioration. La proportion de réponses problématiques est calculée comme suit pour les différents domaines :

- Pour **le domaine thématique 1** (accueil), qui repose sur une seule question, les réponses problématiques correspondent aux deux réponses les plus négatives, à savoir 1 = très insatisfait et 2 = plutôt insatisfait, sur une échelle de 1 à 5.
- Pour les **domaines thématiques 2 à 7**, qui regroupent plusieurs questions, le seuil des réponses problématiques est fixé à 2,5 au maximum.
- Pour **le domaine thématique 8** (durée du séjour), les réponses problématiques correspondent aux modalités « trop longue » et « trop courte ».

Pour la représentation graphique des réponses des **domaines thématiques 2 à 7**, les valeurs ont été regroupées en 5 catégories : « très insatisfait » (valeur $x \leq 1,50$), « plutôt insatisfait » (valeurs $1,50 > x \leq 2,50$), « aussi satisfait qu'insatisfait » (valeurs $2,50 > x \leq 3,50$), « plutôt satisfait » (valeurs $3,50 > x \leq 4,50$) et « très satisfait » ($4,50 < x$). Cette dernière réponse correspond au degré de satisfaction le plus élevé.

Pour **le domaine thématique 8** la catégorie de réponse « tout à fait adaptée » regroupe la réponse « bonne » et correspond également au degré de satisfaction le plus élevé.

4.1.2 Calcul des valeurs moyennes pour chaque domaine thématique

Les valeurs moyennes des domaines thématiques 1 à 8 pour les enfants/adolescent-e-s et 1 à 7 pour les parents sont calculées en attribuant à chaque réponse aux questions une valeur numérique comprise entre 1 et 5. Une échelle de Likert est utilisée à cet effet (1 = réponse la plus négative ou modalité indiquant la fréquence la plus basse ; 5 = réponse la plus positive ou modalité indiquant la fréquence la plus élevée).

Les valeurs moyennes sont calculées à partir de la conversion d'une échelle ordinale (très insatisfait, plutôt insatisfait, aussi satisfait qu'insatisfait, plutôt satisfait, très satisfait) en valeurs numériques (1 à 5). Lors du calcul des valeurs des domaines thématiques, conformément à la décision du [Groupe qualité « Satisfaction des patients en psychiatrie d'enfants et d'adolescent-e-s »](#) et de l'ANQ, seuls les répondant-e-s ayant renseigné au moins 50 % des questions de chaque domaine thématique sont pris en compte dans le calcul des valeurs. Par exemple, les patientes et patients ayant répondu à au moins 3 des 5 questions d'un même domaine thématique se voient attribuer une valeur pour ce thème, tandis que les personnes qui n'ont répondu qu'à 1 ou 2 questions ne se voient attribuer aucune valeur pour ce thème (aucune valeur n'est indiquée pour ce domaine thématique). Ce seuil permet de prendre en compte la grande majorité des répondant-e-s, tout en garantissant une comparabilité élevée entre les valeurs d'un domaine thématique. Pour la présente enquête, il a été décidé d'appliquer une approche conservatrice au vu des enjeux d'une évaluation nationale. Les réponses valides pour ces ajustements sont les valeurs de l'échelle de satisfaction allant de 1 à 5, ainsi que les réponses alternatives. Les réponses du type « ne sais pas » ne sont pas prises en compte et sont considérées comme des valeurs manquantes. Il convient de noter qu'aucune valeur n'est

attribuée aux réponses alternatives et que celles-ci n'entrent donc pas dans le calcul effectif des valeurs des domaines thématiques. Pour résumer, les valeurs moyennes des domaines thématiques pris en compte dans les questionnaires destinés aux enfants/adolescent-e-s et aux parents sont calculées dans les deux cas selon la procédure suivante :

- regroupement des questions en fonction du domaine thématique mesuré,
- définition du nombre minimal de questions relevant d'un même domaine thématique auxquelles il convient de répondre valablement pour mettre de calculer une valeur pour ce domaine (les réponses du type « ne sais pas » sont considérées comme valides, mais ne se voient attribuer aucune valeur),
- calcul de la valeur moyenne au niveau individuel : toutes les réponses disponibles au sein d'un domaine thématique sont prises en compte pour calculer la valeur moyenne dès lors que le nombre minimal de réponses valides est atteint,
- calcul de la valeur moyenne au niveau de la clinique ou au niveau national : la valeur moyenne d'un domaine thématique est calculée à partir de toutes les valeurs moyennes individuelles obtenues pour les personnes ayant répondu au nombre minimal de questions requis.

Contrairement aux thématiques « simples » (c.-à-d. composées d'une seule question), pour lesquelles seules des valeurs entières (1, 2, 3, 4 et 5) peuvent être obtenues, les valeurs moyennes des domaines thématiques calculées à partir de plusieurs questions présentent également des valeurs intermédiaires. Étant donné que la distribution des réponses aux thématiques est présentée dans les rapports à l'aide d'un diagramme à cinq barres et non d'un histogramme affichant toutes les valeurs intermédiaires, les données couvrant l'ensemble de la plage comprise entre 1,0 et 5,0 sont regroupées comme suit : $[0,1, 1,5] = 1$; $[1,6, 2,5] = 2$; $[2,6, 3,5] = 3$; $[3,6, 4,5] = 4$; $[4,6, 5,0] = 5$.

Remarque concernant le domaine thématique « Durée du séjour » : pour la présentation des résultats de ce domaine, des proportions sont utilisées tant pour l'échantillon des enfants/adolescent-e-s que pour celui des parents. Cette approche s'explique par le fait que l'échelle utilisée pour ce domaine diffère de celle employée pour les autres thèmes de satisfaction et qu'elle ne présente pas un caractère linéaire. Dans ce cas également, une valeur numérique comprise entre 1 et 5 est attribuée à chaque modalité de réponse. Toutefois, cette codification ne correspond pas à l'échelle de Likert. Les valeurs de réponse 1 et 5 désignent plutôt des catégories de réponse problématiques (« trop longue » ou « trop courte »), tandis que la valeur 3 correspond au degré de satisfaction le plus élevé (c.-à-d. « bonne »). Les réponses 2 et 4 (« plutôt trop longue » et « plutôt trop courte ») ne sont pas prises en compte dans le calcul de la durée du séjour.

Les résultats (tant les réponses problématiques que les moyennes) ainsi que d'autres informations relatives à la description de l'échantillon sont présentés et publiés avec une décimale.

4.1.3 Intervalles de confiance

Les valeurs moyennes et les proportions de réponses problématiques évoluent dans une plage de valeurs limitée (entre 1,0 et 5,0 pour les échelles de Likert, resp. entre 0% et 100% pour les proportions). En outre, les valeurs observées se situent souvent à proximité des extrêmes de l'échelle, avec des valeurs moyennes élevées et de faibles proportions de réponses problématiques. Il en résulte des intervalles de confiance souvent asymétriques.

Afin de tenir compte de ces deux caractéristiques, les intervalles de confiance ont été estimés au moyen de la variante *Bias-Corrected and Accelerated (BCa)* de la méthode du **Bootstrap**. Il s'agit d'une méthode robuste, fondée exclusivement sur les données observées et ne reposant sur aucune hypothèse relative à une distribution théorique particulière. Afin de garantir la fiabilité des résultats, aucun intervalle de confiance n'a par ailleurs été calculé pour les échantillons comptant moins de 20 questionnaires, seuil à partir duquel les méthodes statistiques deviennent de moins en moins fiables.

4.1.4 False Discovery Rate (FDR)

Dans le cadre de la comparaison nationale, les valeurs mesurées de chaque clinique sont comparées individuellement à la valeur de comparaison (valeur moyenne nationale). Cela signifie qu'un nombre de tests statistiques équivalent au nombre de cliniques incluses dans l'analyse est réalisé. Une conséquence indésirable de cette approche est l'augmentation sensible de la probabilité qu'au moins un écart soit, à tort, considéré comme statistiquement significatif, alors que le seuil de signification nominal de 5%, resp. de 1 %, ne s'applique qu'à un test pris isolément. À mesure que le nombre de tests augmente, cette probabilité peut même tendre vers 100%.

Afin de limiter ce risque, la méthode de contrôle du *False Discovery Rate (FDR)* est appliquée. Celle-ci adapte les seuils de signification statistique afin de tenir compte des comparaisons multiples. La classification des cliniques comme présentant des résultats « supérieurs à la moyenne » ou « inférieurs à la moyenne » est ainsi plus prudente. Seules les institutions dont l'écart par rapport à la valeur de comparaison est suffisamment marqué sont signalées comme présentant un résultat statistiquement significatif. Cette approche permet de maintenir le risque de faux positifs au niveau visé de 5%, resp. de 1%, même en présence d'un grand nombre de comparaisons.

4.1.5 Analyses stratifiées

Afin d'évaluer la significativité des différences entre les catégories de répondant-e-s définies en fonction de la caractéristique analysée, une procédure tenant compte des aspects suivants est appliquée :

- Calcul de tests statistiques de Kruskal-Wallis pour déterminer s'il existe une différence statistiquement significative entre les catégories de répondant-e-s. Ce test est un équivalent non paramétrique de l'analyse de variance (ANOVA). Son champ d'application est plus large, car il ne nécessite pas de supposer que les données suivent une distribution statistique prédéfinie. Pour déterminer si plusieurs échantillons proviennent d'une même population, le test s'appuie sur des médianes (au lieu de valeurs moyennes comme c'est le cas pour l'analyse de variance).
- Évaluation de l'ampleur des différences observées entre les valeurs moyennes : les écarts entre les valeurs moyennes sont calculés pour évaluer l'ampleur des différences précédemment constatées.

Lorsque des différences apparaissent au niveau des caractéristiques analysées, les résultats associés sont intégrés dans l'Executive Summary et font l'objet d'une discussion.

4.2 QUALITÉ DES DONNÉES

4.2.1 Taux de couverture

Au cours d'une période de mesure, l'ensemble des patientes et patients devraient participer à l'enquête (cf. critères d'inclusion et d'exclusion). Le taux de couverture mesure la proportion des patientes et patients à inclure qui ont effectivement reçu un questionnaire.

L'évaluation est réalisée par l'institut d'analyse, puis transmise au bureau de l'ANQ. Sa publication n'est actuellement pas prévue. L'évaluation vise avant tout à identifier, en collaboration avec les cliniques, d'éventuels potentiels d'amélioration dans les processus internes et les définitions.

4.2.2 Taux de réponse

Le taux de réponse est calculé à partir du nombre de questionnaires valides retournés, qu'ils aient été remplis sur support papier ou en ligne, ainsi que du nombre de questionnaires distribués pendant la période d'enquête, tel qu'il a été communiqué par les cliniques. Il est exprimé en pourcentage et comprend à la fois le taux de réponse global – calculé sur la base de l'échantillon global au niveau national – et les taux de réponse propres à chaque clinique.

Il peut arriver que certaines cliniques déclarent un nombre de questionnaires retournés supérieur au nombre de questionnaires distribués, affichant ainsi un taux de réponse supérieur à 100 %. Les cliniques présentant un taux de réponse supérieur à 100 % sont exclues du calcul du taux de réponse global. En revanche, les questionnaires provenant de ces institutions sont conservés et inclus dans les analyses ultérieures. Le tableau de bord des résultats indique toujours le taux de réponse calculé, même s'il dépasse 100 %.

4.2.3 Questionnaires vides

Les questionnaires renvoyés vides sont scannés et répertoriés, mais ne sont pas comptabilisés dans le taux de réponse. Un questionnaire est uniquement comptabilisé dans le taux de réponse si au moins une des questions sur la satisfaction a été renseignée. Cette règle s'applique à la fois à la version papier et à la version en ligne du questionnaire.

4.2.4 Taux de complétion

Les taux de complétion mesurent l'intégralité d'un set de données et constituent, à ce titre, un indicateur classique de la qualité des données.

Tableau 3 : Taux de complétion par question et par domaine thématique

QUESTIONS	DOMAINES THÉMATIQUES
Le taux de complétion d'une question est calculé séparément pour chaque question. Il correspond à la proportion de réponses non vides (c.-à-d. les réponses figurant dans l'échelle de satisfaction, ainsi que les réponses alternatives) par rapport au nombre total de questionnaires retournés. Les questions sociodémographiques sont traitées selon le même principe.	Étant donné que les domaines thématiques reposent sur une combinaison de plusieurs questions, les valeurs manquantes issues de différentes questions doivent être regroupées. La valeur d'un domaine thématique est calculée comme la moyenne des questions qui le composent. Elle est considérée comme disponible dès lors qu'au moins la moitié de toutes les questions du domaine ont été renseignées. Le domaine thématique constitue alors une nouvelle variable, dont le taux de complétion peut être calculé selon le même principe que celui des questions individuelles.

4.2.5 Valeurs manquantes et réponses alternatives

Pour chaque question, le nombre de valeurs manquantes est calculé séparément. L'analyse tient compte uniquement des informations valides pour chaque réponse. Le tableau de bord des résultats fournit une analyse détaillée présentant notamment le taux de réponse « ne sais pas », ainsi que celui pour des catégories de réponse spéciales (p. ex. « aucune médication »).

4.2.6 Gestion des petits échantillons

Au niveau national (portail web de l'ANQ), l'anonymat est garanti grâce à un niveau élevé d'agrégation des données. Les résultats sont présentés exclusivement sous forme de domaines thématiques par clinique, et non sous forme de questions individuelles. De plus, aucune mise en relation entre les caractéristiques n'est opérée. Les résultats ne sont pas liés à des variables sociodémographiques (p. ex. âge, sexe). Cette séparation empêche la réidentification à partir de combinaisons spécifiques de caractéristiques.

Les seuils de protection suivants s'appliquent :

- **Limite de publication (n<3) :** les résultats des cliniques présentant moins de 3 questionnaires exploitables ne sont pas publiés sur le portail web. Les données sont toutefois intégrées de manière anonymisée dans le benchmark national.
- **Tableau de bord des résultats (n < 5) :** en raison des possibilités de filtrage et du niveau de détail plus élevé proposés par le tableau de bord, les données sont uniquement mises à disposition – afin de garantir la protection des personnes concernées – à partir de 5 questionnaires exploitables par clinique ou par unité d'analyse (généralement les services). Lorsqu'une clinique a codé une unité d'analyse comptant moins de 5 questionnaires exploitables, elle est regroupée avec l'unité d'analyse immédiatement supérieure jusqu'à ce que le seuil minimal de 5 questionnaires exploitables soit atteint. L'unité d'analyse ainsi constituée est affichée sous l'intitulé « Anonyme ».

4.3 UTILISATION DES DONNÉES DE MESURE EXISTANTES À DES FINS D'ANALYSES INTERNES

Conformément au [règlement des données de l'ANQ](#), l'ANQ est habilitée à traiter l'ensemble des données collectées dans le cadre des mesures de la qualité, dans la mesure où ce traitement est nécessaire à l'accomplissement de ses tâches et missions. Si nécessaire, les données recueillies dans le cadre d'autres mesures (interdisciplinaires et/ou spécifiques à un domaine particulier) peuvent également être utilisées à des fins d'analyses internes, par exemple pour vérifier une méthode de mesure ou en poursuivre le développement.

5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE MESURE SPÉCIFIQUES AUX CLINIQUES

5.1 PRÉSENTATION ET TYPES DE GRAPHIQUES UTILISÉS

Les cliniques disposent d'un tableau de bord des résultats leur permettant de consulter leurs résultats descriptifs par site. Lorsque les institutions ont choisi, lors de la collecte des données, une analyse par unités d'analyse/services, des évaluations spécifiques à chaque service peuvent également être réalisées.

Évaluation descriptive générale réalisée en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence :

- Description de l'échantillon :
 - taux de réponse (pourcentage de questionnaires retournés par rapport au nombre de questionnaires distribués), qualité des données,
 - pourcentage de questionnaires remplis en ligne,
 - version parents (additionnel) : parent (père, mère, père et mère, autre(s) personne(s)),

- âge,
- sexe (masculin ; féminin),
- questionnaires remplis, ventilés par trimestre,
- questionnaires renvoyés par langue (DE, FR, IT).
- Résultats par domaine thématique : résultats sous forme de diagrammes à barres : pourcentages pour chaque catégorie de réponse, définis sur la base des intervalles de l'échelle de réponse, de la valeur moyenne et de l'écart-type, ainsi que des proportions de réponses problématiques (en rouge). Le cas échéant, comparaison avec les résultats des années précédentes sous forme de graphiques linéaires.
- Résultats sous forme de tableaux : nombre de questionnaires évalués (N), valeur moyenne, proportions de réponses problématiques, proportions de participant-e-s exclu-e-s du calcul des domaines thématiques (c.-à-d. thématiques n'ayant pas été renseignées).
- Principaux résultats stratifiés :
 - unité d'évaluation,
 - version parents (additionnel) : parent (père, mère, père et mère, autre(s) personne(s))
 - groupes d'âge 11-15 ans, 16-18 ans, 18 ans et plus,
 - sexe,
 - mois de complétion,
 - langue du questionnaire (DE, FR, IT).

5.2 ACCÈS AUX RÉSULTATS

Un accès administrateur est attribué à chaque institution. Les cliniques ont également la possibilité d'octroyer des droits d'utilisateur à d'autres personnes. Les administratrices et administrateurs, ainsi que les utilisatrices et utilisateurs peuvent consulter les résultats dans le tableau de bord des résultats, ainsi que réaliser et télécharger des analyses supplémentaires des résultats cliniques.

6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS COMPARATIFS NATIONAUX

6.1 PRÉSENTATION ET TYPES DE GRAPHIQUES UTILISÉS

6.1.1 Graphiques en entonnoir

Les valeurs moyennes pour chaque domaine thématique, tant pour les enfants/adolescent-e-s que pour les parents, sont représentées sous forme de graphique en entonnoir (Funnel plot) sur le portail web de l'ANQ (cf. exemple de graphique dans le concept de publication). Cette représentation permet de visualiser facilement les écarts d'une clinique par rapport à la moyenne nationale, tout en tenant compte de la dispersion naturelle des valeurs.

- **Définition des axes :** les valeurs moyennes des cliniques sont représentées sur l'axe vertical (axe y). Le nombre de questionnaires évalués est indiqué sur l'axe horizontal (axe x).
- **Valeur de comparaison :** la ligne horizontale rouge représente la valeur moyenne de l'ensemble du collectif étudié et constitue la valeur de comparaison.
- **Intervalles de confiance :** chaque point de données comporte un intervalle de confiance à 95 % et à 99 %. Plus la couleur du point est foncée, plus l'écart par rapport à la valeur de comparaison est statistiquement significatif. Les cliniques qui se situent dans la fourchette normale sont représentées en gris.
- **Nombre minimal de cas :** les résultats des cliniques présentant moins de 20 réponses exploitables sont considérés comme statistiquement peu fiables. Ce seuil est indiqué par une ligne de séparation verticale en pointillés. Les cliniques comptant moins de 20 questionnaires évalués sont représentées par des cercles blancs. Dans ce cas, la représentation s'effectue sans l'intervalles de confiance.

6.1.2 Autres types de graphiques

En complément des graphiques en entonnoir, les types de graphiques et tableaux suivants sont utilisés dans le cadre du rapport national afin de présenter de manière transparente les résultats de mesure, ainsi que les paramètres descriptifs de l'enquête :

- diagrammes à barres,
- graphiques linéaires,
- tableaux structurés.

Ces formes de présentation permettent de représenter non seulement les résultats par thématique et leur évolution dans le temps, mais également les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (p. ex. âge, sexe), des informations relatives à la participation (p. ex. taux de réponse), ainsi que les indicateurs de qualité des données (p. ex. taux de complétion/données manquantes). Ils permettent de synthétiser les informations pertinentes, de

faciliter les comparaisons rapides et d'identifier les domaines nécessitant une attention particulière ou des mesures d'amélioration. Ils contribuent ainsi à approfondir l'analyse et à contextualiser les données.

7. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE MESURE

Les résultats de mesure servent à documenter la qualité des traitements dispensés du point de vue des patientes et patients, et visent à initier des processus d'amélioration au sein des cliniques. Pour une interprétation technique correcte des résultats, il convient de tenir compte des limites méthodologiques décrites en détail dans le document interdisciplinaire intitulé « [Informations pour l'interprétation des résultats de mesure de l'ANQ](#) ».

Pour des explications détaillées concernant la présentation graphique sur le portail web de l'ANQ, merci de consulter le [concept de publication](#) et les explications relatives aux graphiques (cf. [page des résultats de mesure](#)), disponibles sur le portail web de l'ANQ.

Par ailleurs, le [glossaire de l'ANQ](#) définit les principaux termes et concepts liés aux mesures de l'ANQ.

8. BIBLIOGRAPHIE

8.1 SATISFACTION DES PATIENTES ET PATIENTS

- Madan, A., Sharp, C., Newlin, E., Vanwoerden, S., & Fowler, J. C. Adolescents Are Less Satisfied with Inpatient Psychiatric Care than Their Parents: Does it matter? *J Healthc Qual.* 2014. 0: 1-8.
- Marriage, K., Petrie, J., & Worling, D. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Can J Psychiat.* 2001. 46, 969-975.
- Biering, P. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010. 17, 65-72.
- Solberg, C., Larsson, B., & Jozefiak, T. Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3-4-year follow-up study. *Nord J Psychiat.* 2015. 69, 224-232.
- Duss, BG., Rosenheck, RA. & Stolar, M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatr Serv.* 1999. 50: 1053-8.
- Crow, R., et al., The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002. 6(32): 1-244.

8.2 MÉTHODOLOGIE

- Kruska, W.J., et Wallis, W.A., Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *J Am Stat Assoc.* 1952. 47(260): 583-621.
- Siegel, S., et Castellan Jr, N.J., *Nonparametric Statistics for The Behavioral Sciences*, 2^e éd. 1998. McGraw-Hill.

8.3 QUESTIONNAIRE

- Della Casa, A., Urben, S., Hefti, S., Wöckel, L., Beutler, H., Holzer, L., Riedo, V., von Schimmelmann, BG, Schmid, M. Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der stationären Behandlungszufriedenheit in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (FBZ-KJP): Ergebnisse einer Pilotstudie. *Z Kinder Jug-Psych.* 2002. 1-13.

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titre	Plan de mesure national Psychiatrie. Concept d'évaluation Satisfaction des patient-e-s en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, version 2.0
Année de publication	2026
Auteurs	Dr sc. nat Julien Junod Muriel Haldemann Luc Drohé
Rédigé en collaboration avec	Unisanté, Lausanne w hoch 2 GmbH, Berne
Contact – Adresse de correspondance	psychiatrie@anq.ch
Mandate	ANQ
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne
Citation recommandée	ANQ, Unisanté & w hoch 2. (2026) : Plan national de mesure Psy- chiatry. Concept d'évaluation « Satisfaction des patient-e-s en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence ». Version 2.0. Berne.