

CONCEPT D'ÉVALUATION

MESURE NATIONALE EXPÉRIENCE DES PATIENT-E-S (PREMS) SOINS AIGUS POUR ADULTES, PSYCHIATRIE POUR ADULTES ET RÉADAPTATION À PARTIR DE 2025

Version : 1.1

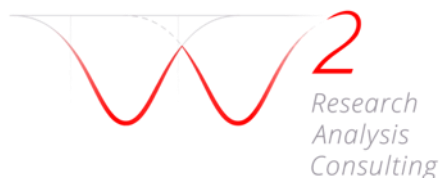
Traduction : Cette traduction a été réalisée à l'aide de DeepL Pro. En cas de divergences linguistiques entre la version allemande et une traduction, la version originale allemande fait foi.

Date : septembre 2026

Les modifications apportées par rapport à la dernière version sont surlignées **en gris**

unisanté

Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique · Lausanne



Sommaire

1	Contexte	4
2	Méthode de la mesure	4
2.1	Instruments de mesure	4
2.2	Base de données	6
2.2.1	Description du relevé des données	6
2.2.2	Critères d'inclusion et d'exclusion des patient-e-s	7
3	Logistique de mesure	7
3.1	Recueil des données	7
3.2	Déroulement de l'enquête	8
3.3	Nettoyage des données	8
3.4	Transmission des données	9
3.5	Conservation des données	9
3.6	Respect de la protection et de la sécurité des données	9
4	Analyse des données	10
4.1	Méthode	10
4.1.1	Valeurs <i>top</i> et <i>bottom box</i>	10
4.1.2	Définition des thématiques	11
4.1.3	Valeurs moyennes (proportions)	13
4.1.4	Intervalles de confiance	15
4.1.5	False Discovery Rate (FDR)	16
4.2	Qualité des données	17
4.2.1	Taux de couverture	17
4.2.2	Taux de réponse	17
4.2.3	Questionnaires vides	17
4.2.4	Taux de réponse excédentaires	18
4.2.5	Taux de remplissage	18
4.2.6	Réponses alternatives	19
4.2.7	Traitement des petits nombres de cas	21
4.3	Utilisation des données de mesure existantes pour des analyses internes	21
5	Présentation de résultats de mesure spécifiques pour les hôpitaux et les cliniques	22

5.1	Présentation et types de graphiques utilisés.....	22
5.2	Accès aux résultats.....	22
6	Présentation des résultats comparatifs nationaux.....	23
6.1	Présentation et types de graphiques utilisés.....	23
6.1.1	Graphique en entonnoir.....	23
6.1.2	Évolution dans le temps.....	24
6.1.3	Autres types de graphiques.....	24
6.2	Ajustement des risques et stratification.....	24
7	Interprétation des résultats des mesures.....	25
7.1	Classification des résultats.....	25
7.1.1	Particularité de la mesure PREMs.....	26
7.1.2	Informations complémentaires.....	26
	Liste des illustrations.....	27
	Liste des tableaux.....	27
	Mentions légales.....	28

1 CONTEXTE

Le concept d'évaluation présenté ici décrit comment les résultats des mesures de l'expérience des patient-e-s (PREM, de l'anglais *Patient Reported Experience Measures*) dans les domaines spécialisés des soins aigus pour adultes, de la Psychiatrie pour adultes et de la réadaptation sont évalués à l'échelle nationale et comparative.

Ce concept a été élaboré en étroite collaboration entre l'ANQ, le [Groupe qualité \(GQ\) Expérience des patient-e-s \(PREM\)](#) et les partenaires de coopération Unisanté Lausanne et w hoch 2 GmbH.

- Unisanté Lausanne est responsable du suivi scientifique de la mesure, de l'évaluation comparative nationale des données de mesure et de la présentation des résultats des mesures.
- w hoch 2 GmbH est chargée de la logistique de mesure, du développement et de l'exploitation du tableau de bord administratif (commande, coordination, déclaration) et du tableau de bord des résultats (VIZER) spécifiques aux hôpitaux/cliniques.

Le présent concept d'évaluation tient compte du [contrat national de qualité](#), du [règlement des données de l'ANQ](#) et des [exigences relatives aux concepts d'évaluation de l'ANQ](#).

Il s'adresse aux responsables des hôpitaux et des cliniques ainsi qu'aux partenaires contractuels de l'ANQ. Les mesures de l'ANQ visent avant tout à rendre visible le point de vue des patient-e-s et de à mettre en évidence comment ils et elles perçoivent les prestations de santé reçues. Les résultats de l'enquête fournissent aux hôpitaux et aux cliniques une base solide pour identifier des pistes d'amélioration ciblées, développer la qualité de leurs prestations et renforcer leur orientation vers les patient-e-s.

2 MÉTHODE DE LA MESURE

2.1 INSTRUMENTS DE MESURE

L'instrument de mesure de l'expérience des patient-e-s (PREM) est le questionnaire Swiss PREMs. Celui-ci est basé sur le questionnaire canadien CPES-IC (Canadian Patient Experiences Survey – Inpatient Care). Il a été traduit dans les trois langues nationales (allemand, français et italien) dans le cadre d'un processus scientifique et adapté au contexte suisse. Les modifications apportées au questionnaire ont été reprises dans la version anglaise, qui est désormais également disponible dans cette langue.

Les questionnaires utilisés dans les trois domaines spécialisés, à savoir les soins aigus, la psychiatrie pour adultes et la réadaptation, reposent sur une structure commune. Initialement

développé pour les soins aigus, le questionnaire a ensuite été adapté à la psychiatrie pour adultes et à la réadaptation, mais la majorité des questions reste inchangée. Certaines spécificités propres à chaque domaine ont conduit à l'ajout de questions complémentaires. Il s'agit notamment d'un groupe de questions consacré aux thérapeutes (réadaptation et psychiatrie), à la possibilité de se retirer et aux restrictions de liberté de mouvement (psychiatrie) ainsi qu'une question visant à déterminer si l'admission faisait suite à un accident (réadaptation).

Les questions PREMs utilisent principalement des échelles de réponse verbales à quatre niveaux, à l'exception de deux questions dichotomiques (oui/non). Les modalités de réponse sont classées par ordre de préférence (par exemple, *jamais / parfois / la plupart du temps / toujours*). Cette logique s'applique également à l'une des deux questions globales sur la satisfaction, à savoir la *recommandation*. L'expérience globale est évaluée sur une échelle numérique allant de 0 à 10. Certaines questions prévoient une réponse alternative, qui peut être cochée lorsque la question ne s'applique pas à la situation du patient ou de la patiente.

Pour plus d'informations, prière de se référer au Tableau 1 suivant. Les questionnaires de tous les domaines spécialisés peuvent être consultés sur le [portail web de l'ANQ](#).

Tableau 1 : informations sur l'instrument d'enquête dans les trois domaines spécialisés. Différences de contenu par domaine spécialisé. Celles-ci résultent d'adaptations pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation. Le tableau est basé sur les questionnaires *Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1*, *Swiss PREMs Psychiatry 2025 V1.1* et *Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1*.

SECTION	SOINS AIGUS	PSYCHIATRIE	RÉADAPTATION
	Nombre de questions dans le questionnaire et par section		
Questionnaire complet	37	40	38
Vos soins par les médecins	4	3	4
Vos soins par le personnel soignant	4		
Vos soins par l'équipe thérapeutique	-	3	
L'environnement hospitalier/de la clinique	2	3	2
Votre expérience dans cet hôpital/cette clinique	5	3	
Après la sortie de l'hôpital/de la clinique	3		
Votre arrivée à l'hôpital/à la clinique	3	5	2
Pendant votre séjour à l'hôpital/à la clinique	7		

SECTION	SOINS AIGUS	PSYCHIATRIE	RÉADAPTATION
Votre sortie de l'hôpital/de la clinique	3		
Évaluation globale de l'hôpital/de la clinique	2		
Échelle de réponse			
Questions PREM	Échelle de réponse à 4 niveaux verbale		
Expérience globale	Échelle de réponse à 11 niveaux (0 à 10)		
Caractéristiques des patients supplémentaires enregistrées			
	Âge (année de naissance)		
	Genre		
	État de santé auto-évalué		
	Type d'assurance		
	-	-	Accident/Non-accident

2.2 BASE DE DONNÉES

2.2.1 Description du relevé des données

L'ensemble de données comprend principalement des questions PREMS spécifiques qui examinent le parcours des patients pendant leur prise en charge. Celles-ci couvrent des thématiques centrales telles que l'admission, l'information/la communication, l'implication, l'organisation/les processus, la médication, la sécurité et la sortie. Il contient en outre des questions filtres pour guider les répondant-e-s de manière ciblée à travers le questionnaire en fonction de leurs réponses, deux questions sur la satisfaction globale (*expérience globale* et *recommandation*) ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de la personne qui répond : année de naissance, sexe, classe d'assurance et état de santé subjectif. Les données sont relevées dans les trois langues officielles (allemand, français, italien) ainsi qu'en anglais.

À des fins d'identification administrative et d'analyse comparative, l'ensemble de données contient le code de l'hôpital/de la clinique ainsi que la catégorie d'hôpital OFS. Ces variables constituent la base sur laquelle comparer équitablement les hôpitaux et les cliniques dans le contexte national ou de calculer des valeurs caractéristiques pour l'ensemble du collectif.

Les hôpitaux et les cliniques ont en outre la possibilité de coder jusqu'à douze services par site afin de différencier les résultats pour les analyses et comparaisons internes à l'hôpital/la clinique.

2.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des patient-e-s

Tous les patient-e-s qui quittent l'hôpital/la clinique pendant la période de relevé prévue (cf. manuel de mesure interdisciplinaire, chapitre 5) reçoivent un questionnaire. Une exclusion de l'enquête n'est possible que si les critères mentionnés dans le Tableau 2 s'appliquent.

Tableau 2 : critères d'inclusion et d'exclusion des patient-e-s

	SOINS AIGUS, PSYCHIATRIE POUR ADULTES ET RÉADAPTATION
Critères d'inclusion	• Tou-te-s les adolescent-e-s et adultes âgé-e-s de 16 ans et plus (inclus) au moment de leur sortie • Sortie pendant la période de relevé prévue • Séjour hospitalier d'au moins 24 heures
Critères d'exclusion	• Patient-e-s hospitalisé-e-s plusieurs fois pendant la période de mesure (envoi d'un seul questionnaire) • Patient-e-s décédé-e-s pendant leur séjour à l'hôpital ou à la clinique ou pendant la période d'enquête • Patient-e-s résidant à l'étranger (à l'exception de la Principauté du Liechtenstein) • En psychiatrie : patient-e-s en médecine légale

3 LOGISTIQUE DE MESURE

3.1 RECUEIL DES DONNÉES

Des informations détaillées sur le déroulement opérationnel de l'enquête et sur le calendrier sont disponibles dans le manuel de mesure interdisciplinaire, qui peut être consulté sur le [portail web de l'ANQ](#). La collecte des données s'effectue à l'aide des versions spécifiques à chaque discipline du questionnaire Swiss PREMs, disponible dans les trois langues nationales (allemand, français, italien) et en anglais. Les hôpitaux et les cliniques ont principalement le choix entre deux méthodes pour réaliser l'enquête auprès de leurs patients :

Enquête au moyen d'un questionnaire papier : les hôpitaux et les cliniques peuvent interroger leurs patients à l'aide d'un questionnaire papier envoyé par la poste. Chaque questionnaire comportant un code QR individuel et une URL, les personnes interrogées peuvent choisir d'utiliser la version papier ou la version en ligne.

Les questionnaires papier sont accompagnés d'enveloppes préaffranchies adressées directement au centre de logistique des mesures (CLM) ou à l'institut de numérisation mandaté. La numérisation des questionnaires papier s'effectue de manière automatisée, les années de naissance manuscrites étant vérifiées manuellement.

Enquête au moyen d'un questionnaire en ligne (courriel) : les patients pour lesquels une adresse de courriel est disponible peuvent être invités à participer à l'enquête en ligne. Lorsque les adresses de courriel ne sont pas disponibles pour l'ensemble de la population cible, cette modalité doit obligatoirement être complétée par un envoi postal. Dans le cadre d'une invitation en ligne, les patient-e-s reçoivent un lien individuel (transmis par l'hôpital/la clinique, un partenaire de coopération mandaté par l'hôpital/la clinique ou le sous-traitant de w hoch 2) leur permettant d'accéder directement au système d'enquête du CLM. Les questionnaires complétés en ligne sont ensuite enregistrés et stockés sous forme cryptée dans le système du CLM.

Anonymat et mise en relation des données : le relevé est en principe anonyme. Dans le cas de l'enquête en ligne, il est toutefois possible d'analyser les réponses en lien avec les données internes des hôpitaux/cliniques. Cela est clairement indiqué aux patient-e-s lorsqu'ils remplissent le questionnaire ; ils ou elles peuvent s'opposer à cet appariement en utilisant une option de désinscription dans le questionnaire. Ce recouplement n'est pas une priorité de l'ANQ et relève de la responsabilité des hôpitaux et des cliniques.

3.2 DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Les patient-e-s remplissent eux-mêmes le questionnaire, en répondant aux questions qui leur sont présentées. Selon leurs réponses, des questions filtres peuvent les orienter vers la question pertinente suivante. Dans la version en ligne, cette navigation s'effectue automatiquement. Dans la version papier, les questions filtres peuvent davantage prêter à confusion. Si nécessaire, un proche peut les aider à remplir le questionnaire.

3.3 NETTOYAGE DES DONNÉES

Si les patient-e-s ont rempli à la fois le questionnaire papier et le questionnaire en ligne, le CLM vérifie quelle version est la plus exhaustive. Seule cette version est conservée dans le jeu de données. Si les deux versions contiennent le même nombre d'informations, l'une des deux versions est supprimée de manière aléatoire.

Dans le cas de valeurs aberrantes – ce qui d'expérience n'arrive que pour l'année de naissance ou le nombre de questionnaires envoyés –, l'institut d'analyse Unisanté les traite comme valeurs manquantes.

3.4 TRANSMISSION DES DONNÉES

L'ensemble des données consolidées et documentées par le CLM ainsi que le code correspondant sont transmis à l'institut d'analyse Unisanté pour une analyse comparative au niveau national. Une plateforme de transmission cryptée est utilisée à cet effet afin de garantir à tout moment la confidentialité et la sécurité des données pendant le transfert.

3.5 CONSERVATION DES DONNÉES

Les données personnelles sont supprimées dès qu'elles ne sont plus nécessaires à l'exécution de la mission. Cela concerne en particulier les adresses de courriel des patients :

- **Suppression en cas d'envoi par des prestataires tiers** (cf. manuel de mesure) :
Si un hôpital externalise l'envoi de l'enquête à un prestataire tiers (sous-traitant de w hoch 2 GmbH), les coordonnées nécessaires à cet effet sont supprimées à l'issue de la phase d'envoi et de mesure.

Les données anonymisées sont stockées de manière redondante jusqu'à ce que l'ANQ demande leur suppression.

3.6 RESPECT DE LA PROTECTION ET DE LA SÉCURITÉ DES DONNÉES

Afin de garantir la protection et la sécurité des données, des accords écrits de sous-traitance et de traitement des données ont été conclus entre le CLM et l'ANQ, ainsi qu'entre l'institut d'analyse Unisanté et l'ANQ. Ceux-ci régissent le traitement des données sensibles et documentent les mesures de sécurité techniques et organisationnelles mises en place. L'ensemble du stockage et du traitement des données s'effectue en Suisse.

Si les hôpitaux et les cliniques externalisent l'envoi chez un prestataire tiers (sous-traitant de w hoch 2 GmbH), ils sont tenus de conclure leur propre accord de sous-traitance du traitement des données avec w hoch 2. L'ANQ met à la disposition des hôpitaux et des cliniques un modèle d'accord correspondant sur le tableau de bord d'administration.

En outre, les dispositions suivantes s'appliquent :

- **Cryptage et transfert de données** : la transmission des données entre l'hôpital/la clinique, le CLM et l'institut d'analyse Unisanté s'effectue de manière cryptée via des plateformes institutionnelles sécurisées. Après réception, les fichiers restent cryptés sur les serveurs et ne sont pas transmis sans autorisation.
- **Anonymisation et pseudonymisation** : le CLM et l'institut d'analyse Unisanté ne peuvent en déduire aucune information sur des personnes physiques. Si les hôpitaux optent pour un couplage au niveau des cas, le CLM reçoit des numéros d'identification de cas (FID) pseudonymisés. Comme le CLM n'a à aucun moment accès aux données

personnelles des patient-e-s, il ne peut attribuer les réponses à des personnes. La souveraineté sur la règle d'attribution reste exclusivement du ressort des hôpitaux et des cliniques. Les patient-e-s ont en outre la possibilité de s'opposer à une mise en relation au niveau des cas au moyen d'une option de refus.

- **Certification et obligation de confidentialité :** l'institut d'analyse Unisanté est certifié ISO 9001. Tous les collaborateurs concernés du CLM et de l'institut d'analyse Unisanté sont soumis à une obligation contractuelle de confidentialité et appliquent les mesures de précaution usuelles lors du traitement de données sensibles conformément à la législation suisse.

4 ANALYSE DES DONNÉES

Le suivi scientifique de la mesure, l'évaluation comparative nationale des données de mesure et la communication des résultats de mesure relèvent de la responsabilité de l'institut d'analyse Unisanté à Lausanne. Toutes les analyses statistiques sont effectuées à l'aide du logiciel STATA.

Environ deux mois après la transmission des données par w hoch 2, Unisanté transmet à l'ANQ le résumé pour le domaine spécialisé concerné ainsi que les données spécifiques aux hôpitaux et aux cliniques pour traitement ultérieur en vue de leur publication.

4.1 MÉTHODE

4.1.1 Valeurs *top* et *bottom box*

Sans devoir supposer que les catégories de réponse sont perçues comme équidistantes et afin de faciliter l'évaluation et l'interprétation des résultats, l'analyse se concentre sur les valeurs extrêmes. Chaque question se voit attribuer une valeur *top box* et une *bottom box* (voir Tableau 3). La *top box*, ou *résultats favorables*, correspond à la réponse la plus favorable ou à la modalité la plus élevée (par exemple « Toujours »), tandis que la *bottom box*, ou *résultats défavorables*, regroupe les deux modalités les plus faibles, c'est-à-dire les réponses négatives (par exemple « Jamais » et « Parfois »).

Tableau 3 : échelle de réponse à quatre niveaux d'une question PREM et son classement dans les *top boxes* ou *bottom boxes*. Les nouvelles valeurs des résultats (dé-)favorables sont constituées des chiffres 0 (« hors de la boîte ») et 1 (« dans la boîte »). Elles permettent de calculer des valeurs moyennes (proportions), ce qui n'était pas possible avec les réponses textuelles des questions PREM originales.

QUESTION	VALEUR			
Question PREM	Jamais	Parfois	La plupart du temps	Toujours
Top Box	0	0	0	1
Bottom-Box	1	1	0	0

Cette approche permet d'obtenir une synthèse fiable des résultats de mesures qui, contrairement au calcul direct d'une valeur moyenne, n'est pas affecté par des effets de plafond ou de plancher. Elle correspond également à la présentation des évaluations de l'instrument original (CPES-IC) canadien sur lequel se basent les Swiss PREMs. Cette logique est appliquée à toutes les questions avec une échelle de réponse à quatre niveaux, y compris la question relative à la **recommandation** (satisfaction globale).

L'expérience globale, mesurée dans le questionnaire Swiss PREMs sur une échelle continue allant de 0 à 10, est également dichotomisée en valeurs favorables et défavorables. À cette fin, deux seuils sont définis, au-dessus et en dessous desquels les valeurs sont classées comme bonnes ou mauvaises¹. Cela permet une représentation uniforme de toutes les valeurs mesurées dans une comparaison nationale, indépendamment de l'échelle sous-jacente (voir Tableau 4).

Tableau 4 Échelle de réponse continue à la question sur la satisfaction globale et son classement dans les valeurs (dé-)favorables.

QUESTION	VALEUR										
Échelle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Top-Box	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Bottom-Box	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0

4.1.2 Définition des thématiques

Un domaine thématique est défini comme un ensemble de plusieurs questions PREMs qui, ensemble, forment un ensemble varié et cohérent, mais non redondant, d'énoncés sur un contenu spécifique, voir Tableau 5. La formation de ces domaines thématiques s'est faite selon un processus itératif qui a pris en compte à la fois des considérations qualitatives

¹ Voir page 6 dans Canadian Institute for Health Information, « Acute Care Patient-Reported Experience Measures - Methodology Notes », Ottawa, 2022. [PDF ISBN : 978-1-77479-126-4]

(classification des questions par des experts) et des analyses quantitatives (corrélations, analyse en composantes principales, théorie de la réponse à l'item, etc.). L'interaction entre ces deux approches a conduit progressivement à une amélioration de la classification jusqu'à ce qu'un compromis raisonnable soit atteint².

Il convient de souligner que toutes les questions PREM existantes ne font pas nécessairement partie d'une thématique. Les questions orphelines ne sont pas prises en compte dans les comparaisons nationales, mais restent importantes pour la gestion de la qualité au niveau hospitalier et peuvent être consultées dans le tableau de bord des résultats.

Tableau 5 Formation des thématiques : quelles questions PREM sont attribuées à quelle thématique ? La numérotation de chaque questionnaire est indiquée dans les colonnes spécifiques à chaque domaine. Les questions de satisfaction globale sont présentées individuellement à côté des domaines thématiques. Le tableau est basé sur les questionnaires Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1, Swiss PREMs Psychiatry 2025 V1.1 et Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1.

DOMAINES THÉMATIQUES	DÉCLARATION	SOINS AIGUS	PSYCHIATRIE	RÉADAPTATION
Admission	Explications compréhensibles concernant l'admission	20		
	Informations sur le temps d'attente	21		
	Informations sur le déroulement		21	20
	Organisation de l'admission		22	21
Information	Écoute attentive (médecins)	2	2	2
	Explications compréhensibles (médecins)	3	3	3
	Écoute attentive (personnel soignant)	6	5	6
	Explications compréhensibles (personnel soignant)	7	6	7
	Écoute attentive (thérapeutes)		9	10
	Explications compréhensibles (thérapeutes)		10	11
	Informations sur la santé et traitements	25	28	25
Participation	Participation (pat.)	27	30	27
	Participation (fam.)	28	31	28

² Les principes selon lesquels les thèmes ont été définis sont décrits à la section 3.4 du rapport [Validation psychométrique du questionnaire Swiss PREMs](#).

DOMAINES THÉMATIQUES	DÉCLARATION	SOINS AIGUS	PSYCHIATRIE	RÉADAPTATION
Organisation	Aide rapide (soign.)	8	7	8
	Communication	22	25	22
	Personnel au courant	23	26	23
	Ponctualité	24	27	24
Sortie	Compréhension Médicaments	29	32	29
	Suite	30	33	30
	Meilleure compréhension	31	34	31
Environnement	Propreté	9	11	12
	Calme	10	12	13
	Retraite		13	
Nouveaux médicaments	Objectif	14	15	15
	Effets secondaires	15	16	16
Respect	Dignité et respect (médecins)	1	1	1
	Dignité et respect (personnel soignant)	5	4	5
	Dignité et respect (thérapeutes)		8	9
Satisfaction globale	Expérience	32	35	32
	Recommandation	33	36	33

Deux valeurs caractéristiques sont ainsi obtenues pour chaque thématique : les valeurs moyennes (proportions) des valeurs favorables (*top box*) et défavorables (*bottom box*) respectives, à savoir les pourcentages de questionnaires dans lesquels la réponse la plus élevée ou l'une des deux réponses les plus basses a été sélectionnée (voir Tableau 5).

4.1.3 Valeurs moyennes (proportions)

Si l'on considère l'ensemble des données comme un tableau x avec I questionnaires (lignes) et J questions (colonnes), alors la cellule x_{ij} représente la réponse à la question j dans le questionnaire i . Le calcul de la moyenne S_k dans la thématique k , qui comprend les questions $x_{j_1}, \dots, x_{j_k}$, s'effectue en deux étapes (voir Tableau 6). Tout d'abord, on calcule la moyenne de toutes les réponses non vides ($x_{ij} \neq \emptyset$) d'une seule question x_{j_k} (moyenne *verticale*).

$$s_{j_k} = \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij_k} = 1\}}{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij_k} \neq \emptyset\}}$$

Ensuite, la valeur de la thématique S_k est calculée comme la moyenne des J_k valeurs moyennes s_{j_k} (moyenne *horizontale*) attribuées à la thématique correspondante (voir Tableau 6).

$$S_k := \frac{\sum_{j_k=1}^{J_k} s_{j_k}}{J_k}$$

Tableau 6 : Les valeurs (dé-)favorables pour une thématique sont calculées en deux étapes, car la combinaison de plusieurs questions donne lieu à un ensemble de données bidimensionnel. Tout d'abord, on calcule une moyenne verticale qui indique la proportion de réponses favorables ou défavorables attribuées à chaque question. Ensuite, on calcule une moyenne horizontale qui de ces proportions à travers toutes les questions composant la thématique.

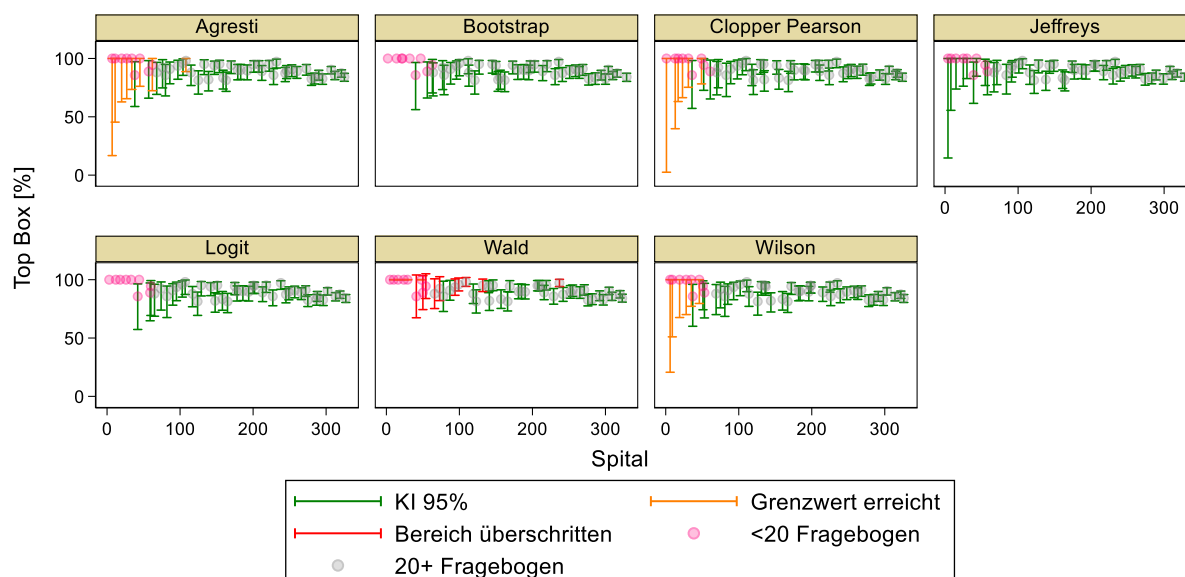
	QUESTION 1	...	QUESTION M
Questionnaire 1	1	0	0
...	0	0	1
Questionnaire N	1	1	0
Valeur moyenne	0,67	0,33	0,33

Le nombre de valeurs manquantes $x_{ij} = \emptyset$ est calculé d'une traite en additionnant toutes les réponses manquantes dans toutes les questions d'une thématique, quelle que soit la question à laquelle elles se rapportent :

$$\frac{\sum_{i=1, j_k}^{I, J_k} 1\{x_{ij_k} = \emptyset\}}{I \cdot J_k}$$

4.1.4 Intervalles de confiance

Les valeurs (dé-)favorables (*bottom* et *top box*) sont définies comme des proportions. Le calcul des intervalles de confiance doit donc être ajusté en conséquence. Cela signifie notamment que les valeurs possibles doivent être comprises entre 0 % et 100 %. Un autre aspect dont il faut tenir compte est que les valeurs mesurées se situent souvent dans des zones marginales (c'est-à-dire qu'elles présentent des valeurs (dé-)favorables très élevées ou très faibles) et que les intervalles de confiance s'étendent de manière asymétrique. Différentes propositions de méthodes de calcul ont été évaluées. Comme le montre l'illustration 1, parmi les méthodes proposées, seules trois fournissent des valeurs plausibles se situent toujours dans la plage autorisée de 0 % à 100 %.



Grafiken nach Verfahren

Illustration 1 Sept méthodes différentes pour calculer les intervalles de confiance de valeurs favorables (*top box*) au niveau des hôpitaux, illustrées à l'aide de la première question de la mesure pilote Swiss PREMs dans le domaine des soins aigus. Les hôpitaux/cliniques sont classés en fonction du nombre de questionnaires retournés. La méthode *Bootstrap* n'est pas paramétrique et universellement applicable, car elle se base exclusivement sur les données observées. La méthode *Logit* est la méthode standard, elle maintient les valeurs dans la plage des 0 % à 100 %. *Jeffreys* est une méthode bayésienne, tandis que les autres méthodes suivent différentes approches approximatives. Dans la méthode *Wald*, qui repose sur une approximation normale, les estimations sortent de la plage admissible (marquées en rouge), même avec un nombre plus élevé de questionnaires.

La variante *Bias-Corrected and Accelerated* (BCa) de la méthode **bootstrap** a été choisie comme méthode d'estimation des intervalles de confiance. Il s'agit d'une méthode robuste reposant exclusivement sur les données observées et ne nécessitant aucune hypothèse concernant une distribution théorique particulière.

Cette méthode est universellement applicable, quelle que soit la complexité de l'indicateur sous-jacent. Cela vaut en particulier pour les cas où plusieurs valeurs favorables sont regroupées en un seul score thématique global et où les méthodes traditionnelles de calcul des intervalles de confiance ne sont plus applicables (voir Illustration 2).

La méthode bootstrap s'appuie donc exclusivement sur les données disponibles et ne nécessite aucune approximation supplémentaire. La méthode du bootstrap se prête particulièrement bien au calcul des intervalles de confiance pour les valeurs favorables et défavorables, car elles sont définies comme des moyennes de proportions, ce qui entraîne un certain lissage de la variabilité. De plus, la robustesse des résultats a été prise en compte dès le départ, et le calcul des intervalles de confiance a été omis pour les échantillons comportant moins de 20 questionnaires.

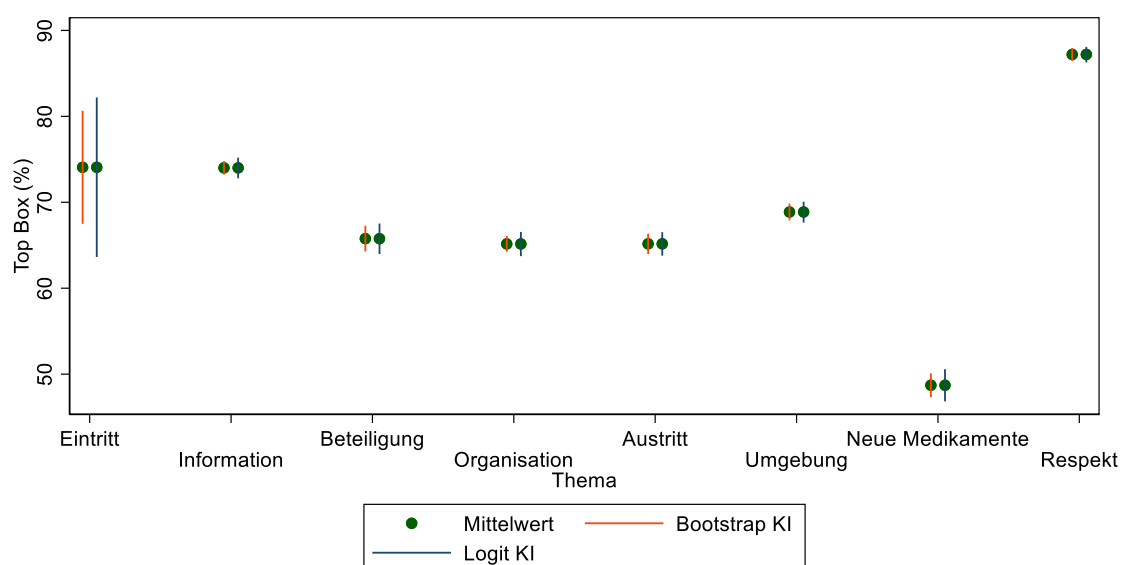


Illustration 2 Calcul des intervalles de confiance à 95 % pour les huit domaines thématiques, illustré à l'aide des données issues de la mesure pilote Swiss PREMs soins aigus. La méthode la plus simple, mais naïve, consiste à calculer la moyenne des intervalles de confiance des différentes questions PREMs (« Logit », en bleu). Cette méthode ne tient pas compte du fait que les différentes valeurs sont basées sur un même échantillon : la structure de variance n'est pas suffisamment représentée. La méthode Bootstrap (orange) tient compte de cette structure complexe de manière naturelle, ce qui explique pourquoi les intervalles de confiance obtenus sont légèrement moins prononcés.

4.1.5 False Discovery Rate (FDR)

Dans le cadre de la comparaison nationale, les valeurs de chaque clinique sont comparées individuellement à la valeur de référence (valeur moyenne nationale). Cela implique de réaliser autant de tests statistiques qu'il y a de cliniques incluses dans l'analyse. Il en résulte une augmentation notable de la probabilité de considérer à tort un écart comme statistiquement significatif. Alors que le seuil de signification nominal de 5%, resp. de 1 %, ne s'applique qu'à un

test pris séparément, cette probabilité tend rapidement vers 100%, à mesure que le nombre de tests répétés augmente.

Afin de limiter ce risque, on recourt à la méthode de contrôle du *False Discovery Rate* (FDR). Celle-ci ajuste les seuils de signification statistique pour prendre en compte les comparaisons multiples. La désignation d'une clinique comme présentant un résultat « supérieur à la moyenne » ou « inférieur à la moyenne » se fait plus prudemment. Seules les institutions dont l'écart par rapport à la valeur de référence est suffisamment marqué sont signalées comme présentant un résultat statistiquement significatif. Cette approche permet de maintenir le risque de faux positifs au niveau souhaité de 5%, resp. de 1%, même en présence d'un grand nombre de comparaisons.

4.2 QUALITÉ DES DONNÉES

4.2.1 Taux de couverture

Tous les patient-e-s devraient participer à l'enquête (les critères d'inclusion et d'exclusion sont énumérés à la page 7) durant la période de mesure. Le taux de couverture mesure la proportion de patient-e-s éligibles ayant effectivement reçu un questionnaire :

$$\frac{N_{\text{questionnaires envoyés}}}{N_{\text{sorties}}}$$

4.2.2 Taux de réponse

Le taux de réponse est calculé comme la proportion de questionnaires retournés. Il résulte du rapport entre le nombre de questionnaires *valides* renvoyés ou remplis en ligne (numérateur) et le nombre de patient-e-s contacté-e-s (dénominateur), que l'invitation ait été envoyée par courrier postal ou par courriel.

$$\frac{N_{\text{questionnaires retournés}}}{N_{\text{questionnaires envoyés}}}$$

Les résultats sont exprimés en pourcentage et comprennent à la fois le taux de réponse global, c'est-à-dire celui calculé sur la base de l'échantillon total au niveau national, et les taux de réponse individuels de chaque hôpital.

4.2.3 Questionnaires vides

Sont considérés comme *valables* les questionnaires qui ne sont pas renvoyés vides. Il arrive régulièrement que des questionnaires ne contenant aucune réponse exploitable soient renvoyés, c'est-à-dire des questionnaires dans lesquels toutes les réponses sont laissées vides ou

font partie des réponses alternatives. Ces questionnaires sont exclus du calcul du taux de réponse et de toutes les autres analyses : ils ne sont donc pas pris en compte dans le numérateur.

Dans ce contexte, une question est considérée comme *vide* dès lors qu'elle ne contient aucune réponse pouvant faire l'objet d'une évaluation numérique. Les valeurs manquantes comprennent non seulement les questions laissées sans réponse, mais aussi les réponses dites « alternatives » (le cas échéant). Si toutes les questions du questionnaire (tant les questions PREMs que les questions personnelles) sont vides en ce sens, l'ensemble du questionnaire est considéré comme vide et donc invalide pour le calcul des taux de réponse.

Cette procédure s'applique au questionnaire papier comme au formulaire en ligne. Dans la version en ligne, il n'y a délibérément aucune question obligatoire ; toutes les questions peuvent être ignorées. Cette mesure vise à éviter que les patient-e-s n'interrompent prématurément le questionnaire en raison d'une obligation de répondre, ce qui pourrait entraîner un taux d'abandon plus élevé. Toutefois, lorsque des questions sont ignorées, le système alerte les patient-e-s qu'il reste des questions laissées sans réponse. Les réponses restent néanmoins facultative.

4.2.4 Taux de réponse excédentaires

Il arrive que certains hôpitaux ou certaines cliniques comptent plus de questionnaires retournés qu'ils ne déclarent en avoir distribué, ce qui se traduit par un taux de réponse supérieur à 100 %. Ces situations sont exclues du calcul du taux de réponse. Concrètement, les questionnaires provenant de ces établissements ne sont pas pris en compte dans le calcul du taux de réponse au niveau national et ne contribuent donc ni au numérateur ni au dénominateur. En revanche, ils sont inclus dans l'ensemble des autres analyses.

Par contre, au niveau des hôpitaux, tous les taux de réponse sont systématiquement publiés dans le tableau de bord, même s'ils dépassent la valeur théorique maximale de 100 %.

4.2.5 Taux de remplissage

Le taux de remplissage mesure l'exhaustivité d'un ensemble de données et fait par conséquent partie des critères habituels de qualité des données.

Questions

Le taux de réponse μ_j à une question individuelle $x_{.j}$ est calculé séparément pour chaque question. Il correspond à la proportion de réponses non vides $x_{ij} \neq \emptyset$ (c'est-à-dire les réponses

issues de l'échelle et les réponses alternatives³⁾ par rapport au nombre total I de questionnaires retournés x_i . Les questions sociodémographiques sont traitées de manière similaire.

$$\mu_j := \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}{I}$$

Thématiques

Étant donné que les thématiques S_k reposent sur la combinaison de plusieurs questions x_{j_k} , les valeurs manquantes doivent être agrégées à partir de l'ensemble $1 \dots J_k$ de ces questions. Le taux de réponse d'une thématique est ainsi calculé comme la moyenne des taux de réponse μ_{j_k} qui la composent. Cette approche revient à regrouper, dans un même ensemble de données, toutes les réponses x_{ij_k} aux questions concernées avant d'en calculer le taux de réponse global.

$$\mu_k := \frac{\sum_{j_k=1}^{J_k} \mu_{j_k}}{J_k}$$

4.2.6 Réponses alternatives

Les réponses alternatives permettent d'expliquer l'absence d'une valeur exploitable. Bien que ces réponses ne puissent pas être incluses dans les analyses numériques et soient donc traitées comme des valeurs manquantes, elles ne constituent pas pour autant une perte d'information. En effet, la question concernée ne s'applique tout simplement pas aux patient-e-s ayant fourni ces réponses, de sorte qu'une valeur numérique n'aurait aucun sens dans leur cas. La plupart de ces réponses correspondent à des questions filtres (voir Tableau 7).

Tableau 7 Questions avec réponses alternatives. La numérotation de chaque questionnaire est indiquée dans les colonnes spécifiques à chaque domaine. Le tableau est basé sur les questionnaires Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1, Swiss PREMs Psychiatrie 2025 V1.1 et Swiss PREMs Réadaptation 2025 V1.1.

SECTION	DÉCLARATION	SOINS AIGUS	PSYCHIATRIE	RÉADAPTATION
Vos soins par le personnel soignant	Aide rapide	8	7	8
Votre expérience dans cet hôpital/cette clinique	Aide pour aller aux toilettes	11		
	Douleurs	12		
	Nouveaux médicaments	13	14	

³ Cela diffère des réponses *valides* définies pour le calcul des taux de réponse. Dans cette optique, le questionnaire est déjà considéré comme rempli et la question centrale est la suivante : « combien de patient-e-s ont pris la peine de sélectionner au moins une réponse ? ».

SECTION	DÉCLARATION	SOINS AIGUS	PSYCHIATRIE	RÉADAPTATION
Votre arrivée à l'hôpital/ à la clinique	Explications	20		
	Temps d'attente	21		
	Informations		21	20
	Organisation		22	21
	Fréquence Liberté de mouvement		23	
	Explication Liberté de mouvement		24	
Pendant votre séjour à l'hôpital/ à la clinique	Examens	24	27	24
	Soutien en cas d'anxiété	26	29	26
	Participation (pat.)	27	30	27
	Participation (fam.)	28	31	28
Votre sortie de l'hôpital/de la clinique	Compréhension des médicaments	29	32	29

Questions

Les taux alternatifs α_j pour la question x_j sont calculés de manière analogue aux taux de remplissage μ_j , à la différence près que le dénominateur ne prend pas en compte tous les questionnaires, mais uniquement ceux qui ne comportent aucune réponse vide.

$$\alpha_j := \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \in A\}}{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}$$

A désigne l'ensemble de toutes les réponses alternatives possibles (une ou plusieurs).

Thématiques

Le calcul à l'échelle des thématiques repose lui aussi sur l'idée d'un pool de données. Toutefois, comme le dénominateur varie d'une question à l'autre en raison de différences dans le taux de réponse, la formule doit être adaptée en conséquence.

$$\alpha_k := \frac{\sum_{i=1, j_k=1}^{I, J_k} 1\{x_{ij} \in A\}}{\sum_{i=1, j_k=1}^{I, J_k} 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}$$

4.2.7 Traitement des petits nombres de cas

Au niveau national (portail web de l'ANQ), l'anonymat est garanti grâce à un degré élevé d'agrégation des données. Les résultats sont présentés uniquement sous forme de thématiques (et non de questions individuelles) pour chaque hôpital/clinique. En outre, aucune mise en relation n'est effectuée entre les caractéristiques. Les résultats ne sont notamment pas associés à des variables sociodémographiques comme par exemple l'âge ou le sexe. Cette dissociation des informations empêche toute réidentification fondée sur des combinaisons particulières de caractéristiques.

Les seuils de protection suivants sont appliqués :

- **Limite de publication (n<3) :** les résultats des hôpitaux et des cliniques disposant de moins de 3 questionnaires exploitables ne sont pas publiés sur le portail web. Leurs données sont toutefois intégrées de manière anonyme dans le benchmark national.
- **Tableau de bord des résultats (n<5) :** en raison des possibilités de filtrage et du niveau de détail plus élevé, les données du tableau de bord ne sont mises à disposition qu'à partir de 5 questionnaires exploitables par hôpital ou par unité d'évaluation (généralement un service), afin de garantir la protection des personnes concernées. Lorsqu'une unité d'évaluation comporte moins de 5 questionnaires exploitables, elle est regroupée avec l'unité d'évaluation immédiatement supérieure jusqu'à ce que ce seuil minimal soit atteint. L'unité d'évaluation ainsi constituée est alors indiquée comme « anonyme ».

4.3 UTILISATION DES DONNÉES DE MESURE EXISTANTES POUR DES ANALYSES INTERNES

Conformément au [règlement des données de l'ANQ](#), l'ANQ est habilitée à traiter toutes les données relatives aux mesures dans la mesure où cela est nécessaire à l'accomplissement de ses missions. À cette fin, les données déjà collectées dans le cadre d'autres mesures, qu'elles soient interdisciplinaires ou spécifiques à un domaine, peuvent être réutilisées pour des analyses internes. Celles-ci peuvent viser notamment à valider ou améliorer une méthode de mesure.

5 PRÉSENTATION DE RÉSULTATS DE MESURE SPÉCIFIQUES POUR LES HÔPITAUX ET LES CLINIQUES

5.1 PRÉSENTATION ET TYPES DE GRAPHIQUES UTILISÉS

Les institutions disposent d'un tableau de bord des résultats interactif (VIZER), qui leur permet d'analyser les résultats de leur propre établissement ou de leur groupe d'hôpitaux et de cliniques. Elles peuvent également comparer leurs propres résultats avec les valeurs globales des hôpitaux et cliniques du même type, conformément à la classification de l'OFS (benchmarking). Le tableau de bord permet d'évaluer et de visualiser aussi bien les thématiques que l'ensemble des questions individuelles. Lorsque les institutions ont opté, lors du relevé, pour une évaluation par unité d'évaluation ou par service, des analyses spécifiques peuvent également être réalisées à ce niveau.

Une évaluation standard est mis à la disposition des établissements. Elle présente les principaux résultats sous forme de barres empilées. Cette évaluation couvre la répartition des réponses par thématique, les deux questions de satisfaction globale ainsi que l'ensemble des questions personnelles. Pour chaque graphique, les valeurs de référence peuvent être affichées de manière dynamique à l'aide du menu intégré. La vue standard présente également les indicateurs-clés de l'échantillon. En complément, des analyses peuvent être réalisées sur l'ensemble des variables disponibles dans la base de données. Les données peuvent être filtrées, ventilées ou regroupées selon chacune de ces variables. Les résultats sont par ailleurs présentés de manière stratifiée pour différents sous-groupes dans la vue standard :

- En soins aigus selon l'admission élective/d'urgence
- En réadaptation après un accident/sans-accident.
- En Psychiatrie pour adultes, selon l'admission volontaire/involontaire.

5.2 ACCÈS AUX RÉSULTATS

Un accès administrateur est attribué à chaque institution. Cet accès permet de réaliser et d'enregistrer ses propres analyses de manière autonome. Les institutions peuvent également accorder des droits d'accès à d'autres personnes et partager avec elles des évaluations spécifiques.

6 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS COMPARATIFS NATIONAUX

6.1 PRÉSENTATION ET TYPES DE GRAPHIQUES UTILISÉS

6.1.1 Graphique en entonnoir

Les résultats de la comparaison nationale reposent sur dix valeurs favorables *top box* : huit thématiques et deux scores relatifs à la satisfaction globale (expérience globale et recommandation). Les valeurs défavorables *bottom box* sont également disponibles via une fenêtre contextuelle.

Chaque résultat est présenté sous forme de diagramme en entonnoir (*funnel plots*, voir l'exemple figurant dans le *Concept de publication, mesure nationale de l'expérience des patient-e-s (PREMs) en soins aigus, en Psychiatrie pour adultes et en réadaptation, version 1.1*). Ce type de représentation permet de visualiser aisément les écarts entre un hôpital ou une clinique et la moyenne nationale, tout en tenant compte de la variabilité naturelle des résultats.

La représentation statistique suit la logique suivante :

- **Définition des axes :** l'axe Y présente les valeurs moyennes (proportions) obtenues après conversion d'une échelle ordinale (par exemple, *jamais, parfois, la plupart du temps, toujours*) en un pourcentage *top box* compris entre 0 % et 100 %. L'axe X présente le nombre de questionnaires exploitables par institution.
- **Valeur de référence :** la moyenne de l'ensemble des institutions constitue la valeur de référence (ligne horizontale). Chaque point correspond à un hôpital ou à une clinique. Sa couleur indique si l'écart observé par rapport à la moyenne nationale est statistiquement significatif.
- **Intervalles de confiance :** à chaque point sont associés deux intervalles de confiance, de 95 % et de 99 %. Plus l'intensité de la couleur est élevée, plus l'écart par rapport à la valeur de référence est statistiquement significatif. Les hôpitaux dont les résultats ne diffèrent pas significativement de la norme sont représentés en gris.
- **Nombre minimum de cas :** les résultats des hôpitaux et des cliniques disposant de moins de 20 réponses exploitables sont considérés comme insuffisamment fiables sur le plan statistique. Ce seuil est matérialisé par une ligne verticale en pointillés. Les hôpitaux et les cliniques situés à gauche de cette ligne, où la dispersion des résultats est également la plus grande, sont représentés par des cercles vides. Avec des effectifs aussi faibles, il n'est pas possible d'estimer des intervalles de confiance suffisamment robustes. Par conséquent, la coloration des points est supprimée, puisqu'il n'est pas possible de déterminer avec un degré de certitude suffisant si un hôpital ou une clinique s'écarte significativement de la valeur de référence.

6.1.2 Évolution dans le temps

Les variations des valeurs au fil du temps sont analysées à différentes échelles temporelles :

- **Comparaisons à court terme** : les résultats de la mesure en cours sont comparés à ceux de la mesure précédente. Les deux valeurs sont présentées côte à côte sous forme de diagrammes à barres. La signification statistique des différences observées est évaluée à l'aide d'un test de Kruskal-Wallis.
- **Évolutions à long terme** : les tendances sur plusieurs périodes de mesure sont analysées au moyen de régressions afin d'identifier, de quantifier et de représenter les tendances linéaires au fil du temps.

6.1.3 Autres types de graphiques

En complément des graphiques en entonnoir, d'autres types de graphiques et de tableaux sont utilisés pour les rapports nationaux afin de présenter de manière transparente les résultats des mesures ainsi que les principales caractéristiques descriptives du relevé. Ces représentations contribuent à approfondir l'analyse des résultats et à faciliter l'interprétation :

- Diagrammes à colonnes
- Graphiques en courbes
- Tableaux structurés

Ces modes de présentation permettent de mettre en évidence non seulement les résultats des mesures, mais aussi les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (par exemple, l'âge, le sexe), des informations relatives à la participation (par exemple, les taux de réponse) ainsi que des indicateurs de qualité des données (par exemple, les taux de remplissage ou la proportion des données manquantes).

6.2 AJUSTEMENT DES RISQUES ET STRATIFICATION

Aucun ajustement du risque n'est effectué dans la comparaison nationale réalisée au moyen de diagrammes en entonnoir. Cette décision repose sur une recommandation de l'institut d'analyse Unisanté. En effet, les variables sociodémographiques disponibles pour l'ajustement⁴ ne reflètent pas les facteurs les plus déterminants de l'expérience des patient-e-s. Dans ces conditions, un ajustement risquerait d'introduire un nouveau biais plutôt que de corriger celui existant⁵. L'ANQ a donc privilégié une approche plus simple et plus transparente consistant à présenter les résultats de manière stratifiée, par exemple selon le type d'admission.

⁴ Les questions personnelles portent sur l'âge, le sexe, le statut d'assurance et l'état de santé subjectif.

⁵ Une analyse plus détaillée sur laquelle repose cette simplification figure à l'annexe 5.3 du [Swiss PREMs Questionnaire Psychometric Validation, Okt. 2025](#).

Afin de prendre en compte l'hétérogénéité de la population de patient-e-s sur le plan méthodologique, une stratification (subdivision en sous-groupes) est utilisée en lieu et place d'un ajustement des risques. Cette approche repose sur des variables dont l'influence sur l'expérience des patient-e-s a été démontrée lors des analyses des données issues des mesures pilotes PREMs :

- **Soins aigus** : distinction selon le type d'admission (urgence vs électif).
- **Psychiatrie** : distinction selon le statut d'hospitalisation (volontaire vs involontaire).
- **Réadaptation** : distinction selon l'origine de la prise en charge (accidentelle vs non accidentelle).

Les analyses montrent que les patient-e-s admis en urgence dans les soins aigus ou hospitalisés de manière involontaire en psychiatrie tendent systématiquement à évaluer leur expérience de manière moins favorable. Une tendance similaire est supposée pour les patient-e-s en réadaptation à la suite d'un accident. Toutefois, comme cette variable n'a pas été recueillie lors de la mesure pilote, cette hypothèse devra être confirmée par à l'aide des données issues de la première mesure nationale.

Cette présentation stratifiée permet de tenir compte des principales différences entre groupes cibles tout en garantissant une interprétation transparente et facilement compréhensible des résultats.

7 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES MESURES

Les résultats des mesures de l'expérience des patient-e-s (PREMs) servent à documenter la qualité des soins du point de vue des patient-e-s et à soutenir les démarches d'amélioration continue au sein des hôpitaux et cliniques. Leur interprétation requiert toutefois la prise en compte de certaines conditions-cadres et des limites méthodologiques suivantes :

7.1 CLASSIFICATION DES RÉSULTATS

- **Porté des résultats** : les résultats des mesures reflètent une dimension spécifique de la qualité des soins, à savoir l'expérience des patient-e-s. Ils ne permettent donc pas de tirer des conclusions sur la qualité globale d'un hôpital ou d'une clinique.
- **Absence de classement** : les résultats des mesures de l'ANQ ne sont pas destinés à établir un classement des institutions. L'objectif est avant tout de situer chaque institution par rapport à la moyenne nationale dans une logique de benchmarking.
- **Comparabilité** : la constitution de groupes de comparaison fondés sur la typologie des hôpitaux de l'OFS (p. ex. hôpitaux universitaires, cliniques spécialisées) vise à garantir des comparaisons aussi équitables et pertinentes que possible.

7.1.1 Particularité de la mesure PREMs

Contrairement aux autres mesures de l'ANQ, les PREMs ne font pas l'objet d'un ajustement des risques. Afin de faciliter la comparabilité des résultats, l'ANQ met toutefois à disposition des analyses stratifiées (p. ex. admission en urgence versus admission élective en soins aigus). Les écarts observés entre les résultats doivent donc toujours être interprétés à la lumière des caractéristiques de la patientèle et du contexte de prise en charge concernés.

7.1.2 Informations complémentaires

Pour des explications détaillées concernant l'interprétation statistique des résultats, veuillez consulter le document interdisciplinaire de référence [remarques sur l'interprétation des résultats de mesure de l'ANQ](#) ainsi que [le guide lecture des graphiques](#) disponibles sur le portail web de l'ANQ. Le [Glossaire ANQ](#) décrit les principaux termes relatifs aux mesures ANQ.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 Sept méthodes différentes pour calculer les intervalles de confiance top box au niveau des hôpitaux	15
Illustration 2 Calcul des intervalles de confiance à 95 % pour les huit domaines thématiques	16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : informations sur l'instrument d'enquête dans les trois domaines spécialisés.	5
Tableau 2 : critères d'inclusion et d'exclusion des patients.....	7
Tableau 3 : échelle de réponse à quatre niveaux d'une question PREM et son classement dans les top boxes ou bottom boxes.....	11
Tableau 4 échelle de réponse continue à la question sur la satisfaction globale et son classement dans les top boxes ou bottom boxes	11
Tableau 5 formation des thématique.....	12
Tableau 6 : valeurs top boxes et bottom boxes pour un thématique	14
Tableau 7 questions avec réponses alternatives.....	19

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titre	Concept d'évaluation Mesure nationale expérience des Patient-e-s (PREMs) Soins aigus pour adultes, Psychiatrie pour adultes et réadaptation à partir de 2025, Version 1.1
Année de publication	2026
Auteurs	Dr sc. nat. Julien Junod Barbara Hänni Roman di Francesco, M.Sc.
Rédigé en collaboration avec	Unisanté, Lausanne w hoch 2 GmbH, Berne
Adresse de contact	barbara.haenni@anq.ch
Mandante	ANQ
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne
Citation recommandée	ANQ, Unisanté & w hoch 2. (2026) : Concept d'évaluation Mesure nationale expérience des Patient-e-s (PREMs) Soins aigus pour adultes, Psychiatrie pour adultes et réadaptation. Version 1.1. Berne.