EXECUTIVE SUMMARY

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

THÈME CENTRAL : DIFFÉRENCES DE SATISFACTION DES PARENTS SELON L'ÂGE DE L'ENFANT

PLAN DE MESURE NATIONAL PSYCHIATRIE

PÉRIODE DE MESURE : DU 01.01.2025 AU 31.12.2025

Date de publication : 17 novembre 2026

Version : 1.0

unisanté
Centre universitaire de médecine générale et santé publique • Lausanne

Weltpoststrasse 5 • 3015 Berne
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

INTRODUCTION

Le 17 septembre 2026, l'ANQ a publié les résultats de l'enquête sur la satisfaction des patient-e-s admis en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2025 sur le portail web de l'ANQ. En plus du module 1 de l'Executive Summary et des graphiques dynamiques (en entonnoir), la publication des résultats contient des graphiques supplémentaires et une infographie synthétique. Une liste des cliniques participantes, ainsi que des informations méthodologiques complètes sont également disponibles en ligne.

Le présent rapport constitue le deuxième module de l'Executive Summary déjà publié. Il vient compléter le premier module avec des informations approfondies et s'adresse aux spécialistes et à un lectorat intéressé. Grâce à l'établissement d'un rapport complet, l'ANQ met à disposition des cliniques une base étayée par des données, afin d'initier des processus d'amélioration ciblés.

La mesure de la satisfaction à l'égard de la prise en charge en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence met en évidence des différences d'appréciation entre les parents d'enfants plus jeunes et ceux d'enfants et d'adolescent-e-s plus âgé-e-s. Ce deuxième module examine ces différences plus en détail et explore des pistes d'explication.

RÉSULTATS

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

La mesure nationale de la satisfaction auprès des patient-e-s admis en psychiatre de l'enfance et de l'adolescence a été menée tout au long de l'année 2025. Tandis que le premier volet de cette enquête s'adresse directement aux enfants et adolescent-e-s ayant effectué un séjour hospitalier, en se limitant à la population âgée de 11 à 18 ans, le second volet est destiné aux parents, indépendamment de l'âge de l'enfant.

Le présent rapport porte sur les parents des enfants âgés jusqu'à 10 ans. Par la suite, ce sous-groupe de **parents** sera désigné par l'expression « parents d'enfants de moins de 11 ans ». Selon les besoins de l'analyse, le reste de l'échantillon sera subdivisé en deux groupes : les parents d'enfants âgés de 11 à 15 ans et ceux dont les enfants ont 16 ans ou plus.

Les tranches d'âge n'étant pas réparties uniformément au sein l'échantillon, seuls 90 des 1'465 questionnaires retournés concernent ce groupe, soit 6.1% de l'échantillon. Cette proportion est proche de celle observée dans les statistiques générales suisses relatives à la patientèle en psychiatrie, qui s'élève à un peu moins de 4%.

Alors que les filles sont majoritaires parmi les 11-15 ans et les 16 ans et plus (75% contre 25% de garçons), cette tendance s'inverse chez les moins de 11 ans, avec près de 70% de garçons. Les autres caractéristiques sociodémographiques ne présentent pas de différences significatives, à l'exception de la langue. L'allemand représente près de 90% des questionnaires retournés chez les moins de 11 ans, contre environ 70% chez les 11 ans et plus.

INFLUENCE DE L'ÂGE DE L'ENFANT

Le nombre limité de données disponibles invite certes à la prudence dans l'interprétation des résultats, mais n'empêche pas de mettre en évidence des différences entre les groupes d'âge.

La satisfaction des parents à l'égard de la prise en charge de leur enfant diminue avec l'âge de celui-ci. Après ajustement en fonction des différences régionales et des caractéristiques de case-mix propres à chaque clinique, on observe que, pour plus de la moitié des sept thématiques étudiées, le groupe des moins de 11 ans présente des scores de satisfaction supérieurs à ceux des groupes plus âgés. Ces écarts sont statistiquement significatifs (voir Figure 1). Pour les trois thématiques, la tendance est similaire, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives. Cette évolution n'est toutefois pas linéaire : la satisfaction varie peu entre les groupes des 11-15 ans et des 16 ans et plus.

Les différences ajustées les plus marquées concernent la *thématique de la prise en charge* et celle portant sur les *informations et les explications* fournies, avec un écart de près de 0.2 point sur l'échelle de Likert. Viennent ensuite les thématiques de *l'engagement du personnel* et de la *durée du séjour*, pour lesquelles les écarts sont plus faibles.

Ces différences ajustées entre les parents d'enfants de moins de 11 ans et ceux d'enfants plus âgés ne se limitent pas aux thématiques agrégées. L'analyse des réponses aux questions individuelles qui les composent confirme cette même tendance. La Figure 2 présente, pour chacune de ces questions, les écarts de satisfaction ajustés entre le groupe des moins de 11 ans et celui des 11 ans et plus.

On observe systématiquement une satisfaction plus élevée chez les parents d'enfants de moins de 11 ans. Parmi les différences statistiquement significatives, représentées en violet dans la Figure 2, c'est la question 14, qui porte sur le déroulement des échanges avec les autorités et les autres institutions, qui présente l'écart le plus marqué, avec une amélioration d'environ un demi-point. À l'inverse, la question relative à la durée du séjour figure en bas du classement.

Les autres questions se situent dans une plage intermédiaire et couvrent l'ensemble du parcours hospitalier : de la question 2, qui porte sur la durée d'attente avant la prise en charge, à la question 25, consacrée à la capacité à mieux gérer le quotidien après la sortie de l'établissement.

Le fait que seuls huit des 33 items du questionnaire (soit 25%) présentent des différences statistiquement significatives s'explique par la taille réduite de ce sous-échantillon et par l'incertitude qui en découle. Cette limitation est encore accentuée par les réponses manquantes pour certaines variables sociodémographiques utilisées dans l'ajustement, notamment l'âge et le sexe de l'enfant, ainsi que le rôle de la personne ayant rempli le questionnaire.

Les données disponibles ne permettent pas de conclure à une diminution de l'insatisfaction chez les parents d'enfants âgés de moins de 11 ans. L'insatisfaction est définie ici comme la proportion de répondant-e-s ayant choisi l'une des deux modalités de réponse les plus négatives aux questions de satisfaction. Or, dans la plupart des cas, les parents sélectionnent la réponse la plus favorable (voir le module 1 pour une discussion détaillée de cet *effet plafond*). Le nombre déjà restreint de parents dans le groupe des moins de 11 ans se traduit par un effectif trop faible de répondant-e-s insatisfait-e-s. Les analyses statistiques qui en résultent sont donc particulièrement instables et ne permettent pas d'identifier de manière fiable d'éventuelles différences entre les groupes d'âge.



Figure 1 : Différences entre les groupes d'âge dans les thématiques de satisfaction des parents, mesurées sur une échelle de Likert de 1 à 5. Le groupe des parents d'enfants âgés de 11 à 15 ans constitue la catégorie de référence. Les résultats sont ajustés en fonction du genre, du type d'adulte ayant rempli le questionnaire (père, mère, les deux parents ou tout autre adulte de référence), de la clinique et de la langue du questionnaire. Les trois thématiques non représentées dans le graphique ne présentent pas de différences statistiquement significatives.

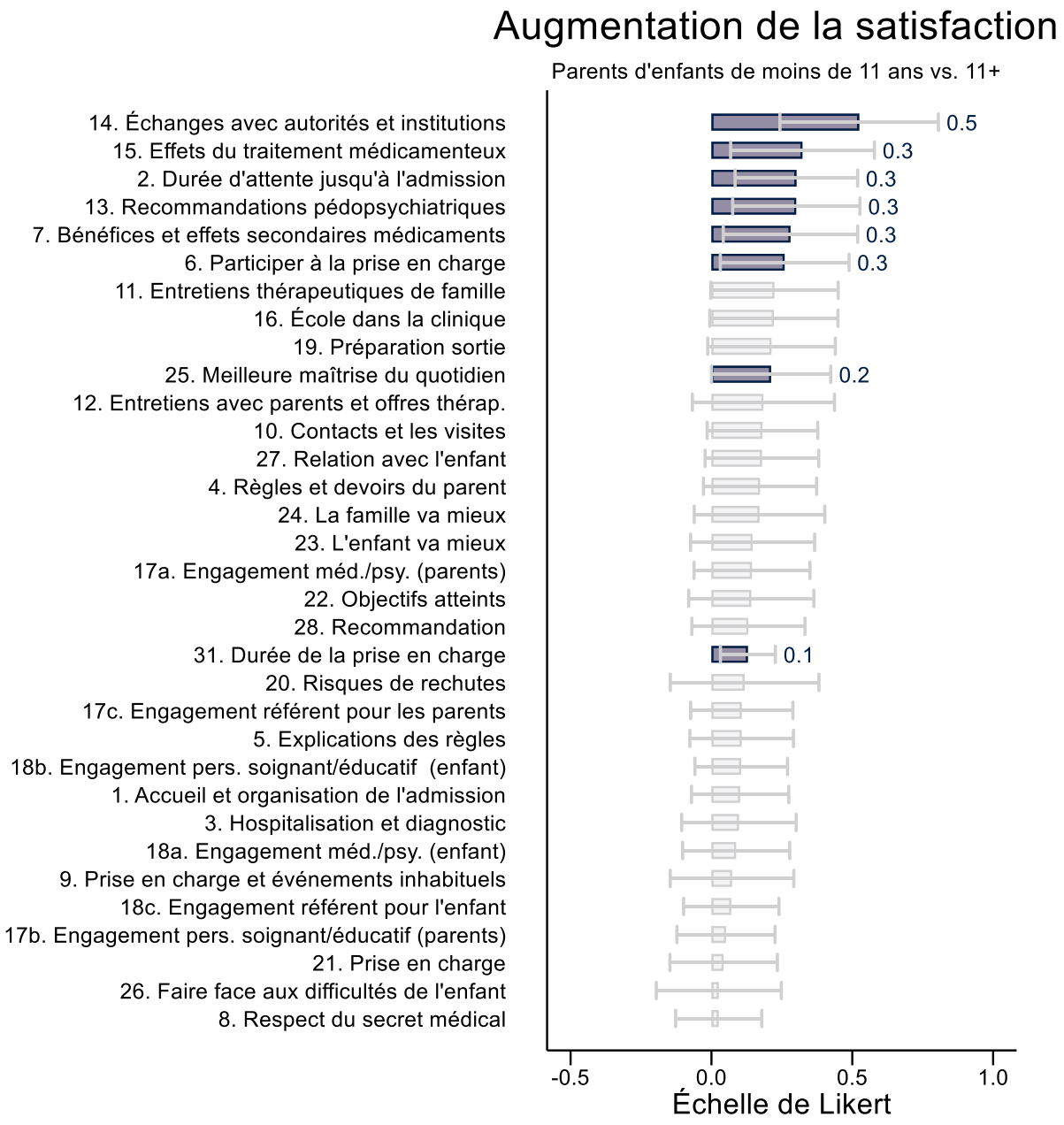


Figure 2 : Augmentation ajustée de la satisfaction pour chaque question dans le groupe des parents d'enfants âgés de moins de 11 ans, par rapport à celui des parents d'enfants âgés de 11 ans et plus. Les résultats sont ajustés en fonction du genre, du type d'adulte ayant rempli le questionnaire (père, mère, les deux parents ou tout autre adulte de référence), de la clinique et de la langue du questionnaire. Les différences statistiquement significatives apparaissent en violet, celles non-significatives en gris.

DISCUSSION ET IMPLICATIONS PRATIQUES

Ces résultats ne permettent pas d'identifier directement les causes de cette différence. Ils invitent plutôt à considérer l'âge de l'enfant comme un facteur susceptible de modifier profondément la place des parents dans la prise en charge, leurs attentes et, par conséquent, leur perception de l'expérience hospitalière. Cette relation entre l'âge de l'enfant et la satisfaction parentale a également été observée dans les services de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence : les parents de jeunes enfants tendent à se montrer plus satisfaits que ceux de patient-e-s plus âgé-e-s.

Une place parentale qui évolue avec l'âge

Chez les enfants les plus jeunes, les parents occupent naturellement une position centrale dans la prise en charge. Ils constituent une source essentielle d'information, participent aux décisions et sont en général directement impliqués dans les échanges avec les professionnel-le-s de la santé, ainsi qu'avec les partenaires externes à la clinique. La prise en charge de l'enfant et l'accompagnement de sa famille sont ainsi fortement liés.

À l'adolescence, cette configuration évolue. Le ou la jeune devient progressivement un interlocuteur ou une interlocutrice à part entière et doit pouvoir prendre une place croissante dans les décisions qui le ou la concernent. L'implication directe des adolescent-e-s, le partage des décisions et la reconnaissance de leur autonomie constituent précisément des dimensions importantes de la qualité des soins en santé mentale.

La baisse de la satisfaction parentale pourrait ainsi traduire, au moins en partie, une évolution du rôle des parents plutôt qu'une dégradation de la qualité de la prise en charge. Ce changement de position pourrait notamment contribuer à expliquer les différences observées en matière de participation à la prise en charge, d'informations reçues ou de recommandations formulées.

Information, autonomie et confidentialité : un nouvel équilibre

L'adolescence introduit également une tension particulière entre le besoin légitime d'information des parents et le respect de l'autonomie et de la confidentialité du ou de la jeune. Parents et adolescent-e-s ne perçoivent pas toujours de la même manière les enjeux liés à la confidentialité, à la participation aux décisions ou à la circulation de l'information. Pour les professionnel-e-s de la santé, l'enjeu consiste précisément à trouver un équilibre entre ces différentes attentes.

Pour les parents, cette évolution de l'enfance à l'adolescence peut cependant se traduire par le sentiment d'être moins directement associé-e-s à la prise en charge, ou moins bien informé-e-s, alors même qu'elle correspond à une adaptation appropriée de celle-ci au développement de l'adolescent-e. La satisfaction parentale devient ainsi un indicateur plus complexe dont l'interprétation se complexifie avec l'avancée de l'âge de l'enfant.

Cette hypothèse mérite d'autant plus d'attention que l'évaluation des soins en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence doit tenir compte à la fois du stade de développement du ou de la jeune et du rôle spécifique de ses parents. Les évaluations des jeunes et de leurs parents ne concordent d'ailleurs que partiellement.

Une prise en charge potentiellement plus complexe à l'adolescence

Une deuxième piste d'explication tient aux caractéristiques-mêmes des situations cliniques. Avec l'âge, la nature des troubles, leur ancienneté, leur sévérité ainsi que leurs répercussions familiales et sociales peuvent évoluer. Les parcours de soins peuvent également mobiliser davantage d'actrices et d'acteurs : école, services sociaux, autorités, structures ambulatoires ou autres institutions.

Cette hypothèse est particulièrement intéressante au regard du résultat le plus marqué après ajustement, qui concerne les échanges avec les autorités et les autres institutions. Plus le parcours de soins se complexifie, plus les risques de fragmentation, de divergences entre les attentes ou de difficultés de coordination augmentent. Pour les parents, la qualité perçue ne dépend alors probablement plus uniquement des soins dispensés par la clinique, mais aussi de la lisibilité et de la cohérence de l'ensemble du parcours.

Des attentes parentales susceptibles d'évoluer

Enfin, les attentes à l'égard d'une hospitalisation peuvent évoluer avec l'âge de l'enfant. Chez un enfant jeune, une clarification du diagnostic, des conseils concrets ou une meilleure compréhension des difficultés rencontrées peuvent déjà constituer, pour les parents, des résultats très tangibles.

Chez un adolescent ou une adolescente présentant des difficultés éventuellement installées depuis plusieurs années, les attentes peuvent être différentes : amélioration clinique perceptible, reprise de la scolarité, réduction du risque d'une nouvelle décompensation, gain d'autonomie ou résolution de difficultés familiales. L'écart entre les résultats pouvant être obtenus au cours d'un séjour en clinique et les attentes des parents pourrait ainsi être plus important.

Cette distinction mérite d'être prise en considérable, dans la mesure ou la perception des résultats obtenus est susceptible d'influencer étroitement la satisfaction des parents à l'égard du traitement.

CONCLUSION

La satisfaction plus élevée observée chez les parents d'enfants plus jeunes ne doit donc pas être interprétée uniquement comme le reflet d'une différence dans la qualité des prestations. Elle pourrait résulter de la combinaison de plusieurs mécanismes : une place plus centrale

des parents auprès des jeunes enfants, l'évolution progressive de la place accordée à l'autonomie à l'adolescence, les enjeux liés à la confidentialité, la complexification possible des situations cliniques et des parcours de soins, ainsi que l'évolution des attentes parentales.

Cette lecture invite moins à rechercher une mesure corrective uniforme qu'à s'interroger sur la manière dont la place des parents évolue et leur rôle est explicité à mesure que l'enfant grandit. Une piste d'amélioration pourrait consister à clarifier, dès l'admission, les rôles respectifs du ou de la jeune, de ses parents et des professionnels de la santé : quelles informations peuvent être partagées, de quelle manière les parents seront associés à la prise en charge, quels sujets relèvent d'un espace de confidentialité propre au ou à la jeune et comment la coordination entre les différents partenaires est assurée.

Les résultats peuvent ainsi constituer un point de départ pour examiner plus précisément la transition entre l'enfance et l'adolescence et déterminer si l'organisation actuelle permet à la fois de préserver l'autonomie du ou de la jeune et de garantir que ses parents restent suffisamment informés, associés à la prise en charge et soutenus.

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titres	Plan de mesure national Psychiatrie. Executive Summary (module 2) de la satisfaction des patient-e-s en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2025. Version 1.0.
Année de publication	2026
Auteur-e-s	Dr. sc. nat. Julien Junod Prof. Isabelle Peytremann-Bridevaux Eric Veya Muriel Haldemann
Rédigé en collaboration avec	Unisanté Lausanne Département Epidémiologie et systèmes de santé Route de la Corniche 21 1010 Lausanne Centre neuchâtelois de Psychiatrie (CNP) Préfargier 2074 Marin-Épagnier
Contact - Adresse de correspondance	psychiatrie@anq.ch
Mandante	ANQ
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne
Citation recommandée	ANQ, Unisanté. (2026). Plan de mesure national Psychiatrie. Executive Summary (module 2) de la satisfaction des patient-e-s en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2025. V1.0. Berne.