
Enquête nationale de l'ANQ sur la satisfaction en soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation

Étude de test scientifique du nouveau questionnaire succinct de l'ANQ sur la satisfaction des patients

Rapport final, parties 1 et 2

Juin 2018 / Version 2.0



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut de sociologie médicale et de science de la réadaptation

Mentions légales

Titre	Enquête nationale de l'ANQ sur la satisfaction en soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation : Étude de test scientifique du nouveau questionnaire succinct de l'ANQ sur la satisfaction des patients, rapport final parties 1 et 2
Année de publication	2018
Auteurs	<p>Stefanie Köhn, pédagogue dipl. (réadaptation), Charité – Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Monika Oedekoven, psych. dipl. , Charité – Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Sebastian Bernert, psych. dipl. , Charité – Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Prof. Dr Karla Spyra, Charité – Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Avec la participation du groupe qualité satisfaction des patients de l'ANQ :</p> <p>Pierre Chopard, Dr en. méd. Hôpitaux Universitaires, Genève</p> <p>Adriana Degiorgi, Ospedali Regionali di Lugano</p> <p>Andrea Dobrin Schippers, Psychiatrische Dienste Thurgau</p> <p>Michel Délitroz, Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO), à partir d'avril 2017</p> <p>Prof. Armin Gemperli, Centre suisse des paraplégiques de Nottwil et Université de Lucerne</p> <p>Dr Francesca Giuliani, Hôpital universitaire de Zurich</p> <p>Janick Gross, Swiss Medical Network - Clinique Générale, Fribourg</p> <p>Stefan Kuhn, Luzerner Psychiatrie</p> <p>Tima Plank, Dr en phil., Kantonsspital Graubünden</p> <p>Klaus Schmitt, Centre suisse des paraplégiques, Nottwil</p> <p>Dr Anastasia Theodoridou, Clinique universitaire psychiatrique, Zurich</p> <p>Stephan Tobler, Cliniques de Valens</p>
Adresses de contact et de correspondances	<p>Prof. Dr Karla Spyra ; Stefanie Köhn, pédagogue dipl. (réadaptation)</p> <p>Charité – Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Institut de sociologie médicale et de science de la réadaptation</p> <p>Charitéplatz 1</p> <p>10117 Berlin</p> <p>Tél : +49 (0)30 450 517 156 / 125</p> <p>E-mail : karla.spyra@charite.de; stefanie.koehn@charite.de</p>
Mandant	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)

représentée par Madame Regula Heller, MNS, MPH, responsable soins aigus, ANQ
Secrétariat ANQ
Weltpoststrasse 5
CH-3015 Berne
Tél. : +41 (0) 31 511 38 41
E-mail : regula.heller@anq.ch
www.anq.ch

Copyright Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)

Remarque :

Pour une meilleure lisibilité, nous renonçons dans ce rapport à l'utilisation simultanée des variantes masculines et féminines. Toutes les désignations de personnes s'appliquent aussi bien aux deux sexes.

Tables des matières

Tables des matières.....	6
1. Introduction.....	9
1.1. Contexte et objectif du projet	9
1.2. Questions de l'étude de recherche.....	11
2. Conception et réalisation de l'étude de recherche	13
2.1. Conception générale de relevé et procédure méthodique	13
2.2. Conception de l'étude pour l'enquête pilote	14
2.2.1. Concept d'échantillons du questionnaire pilote.....	15
2.2.2. Relevé des caractéristiques pour l'ajustement au risque.....	17
2.3. Organisation du projet	19
2.3.1. Coopération et communication	19
2.3.2. Calendrier de l'étude de recherche.....	21
3. Phase de projet 1 : phase de préparation (« pré-pilote »).....	24
3.1. Contenu et déroulement de la phase de préparation dans les soins aigus et la psychiatrie	24
3.2. Entretiens cognitifs en soins aigus et psychiatrie.....	26
3.2.1. Résultats centralisés des entretiens cognitifs – Domaine Soins aigus	28
3.2.2. Résultats centralisés des entretiens cognitifs – Domaine Psychiatrie	29
3.3. Finalisation des questionnaires pour les enquêtes pilotes Soins aigus et Psychiatrie	30
3.4. Contenu et déroulement de la phase de préparation en réadaptation	32
3.5. Finalisation des questionnaires pour l'enquête pilote en réadaptation.....	34
4. Phase de projet 2 : enquête pilote quantitative	36
4.1. Organisation et déroulement des enquêtes pilotes.....	36
4.2. Procédés statistiques utilisés	37
4.3. Résultats de l'enquête pilote Soins aigus	43
4.3.1. Base de données et caractéristiques de l'échantillon	43
4.3.2. Valeurs représentatives théoriques des différents formats d'échelle.....	46
4.3.3. Analyse dimensionnelle.....	52
4.3.4. Analyse du modèle Rasch selon la théorie probabiliste	55
4.3.5. Differential Item Functioning (DIF).....	59

4.3.6.	Différences entre les cliniques et modèle d'ajustement au risque.....	60
4.4.	Résultats de l'enquête pilote Psychiatrie	69
4.4.1.	Base de données et caractéristiques de l'échantillon	69
4.4.2.	Valeurs représentatives théoriques des différents formats d'échelle.....	73
4.4.3.	Analyse dimensionnelle.....	79
4.4.4.	Analyse du modèle Rasch selon la théorie probabiliste	82
4.4.5.	Differential Item Functioning (DIF).....	86
4.4.6.	Différences entre les cliniques et modèle d'ajustement au risque.....	86
4.5.	Résultats de l'enquête pilote Réadaptation	96
4.5.1.	Base de données et caractéristiques de l'échantillon	96
4.5.2.	Valeurs représentatives théoriques du format d'échelle testé.....	100
4.5.3.	Analyse dimensionnelle.....	105
4.5.4.	Analyse du modèle Rasch selon la théorie probabiliste	107
4.5.5.	Differential Item Functioning (DIF).....	109
4.5.6.	Différences entre les cliniques et modèle d'ajustement au risque.....	109
5.	Résumé et recommandations.....	122
5.1.	Résultats centralisés de la nouvelle enquête auprès des patients dans les soins aigus.....	122
5.2.	Résultats centralisés de l'enquête auprès des patients en psychiatrie	125
5.3.	Résultats centralisés de la nouvelle enquête auprès des patients en réadaptation.....	128
	Bibliographie.....	132
	Liste des figures	134
	Liste des tableaux.....	139
	Annexe	140

Tables des matières

Considérations de départ :

La réalisation d'enquêtes auprès des patients est une partie constituante du plan de mesure national. En raison de la variabilité des résultats des enquêtes en soins aigus et des recommandations d'une évaluation externe, l'ensemble des questions de satisfaction des patients a été remanié par l'ANQ conjointement avec le groupe d'experts satisfaction des patients de l'ANQ.

Objectif :

Dans le cadre de l'étude de recherche, le nouvel ensemble de questions de l'instrument d'enquête de l'ANQ pour la mesure de la satisfaction des patients devait être vérifié au regard de ses critères de qualité statistiques et son adéquation pour des comparaisons entre cliniques nationales en soins aigus, psychiatrie et réadaptation. D'autre part, un format d'échelle adapté devait être défini, qui présenterait des effets plafonds aussi faibles que possible et une haute variabilité des réponses des patients concernant la satisfaction par rapport au traitement reçu. Il fallait aussi tester un nouvel ensemble de variables d'ajustement pour une comparaison équitable des cliniques. Les procédures de test devaient être effectuées dans les trois domaines (soins aigus, psychiatrie, réadaptation).

Conception de l'étude :

Dans la 1^{ère} phase du projet (« pré-pilote ») des entretiens cognitifs ont été réalisés avec les patients pour la compréhensibilité et la conception de l'ébauche primaire du questionnaire. Les résultats des entretiens ont fait l'objet de discussions avec le groupe d'experts de l'ANQ et donné lieu à une adaptation du questionnaire primaire. Le questionnaire a été traduit et validé sur le plan linguistique puis mis en œuvre dans une enquête pilote quantitative dans les trois langues nationales (allemand, français, italien) au sein des cliniques du projet. Dans le cadre des enquêtes pilotes en soins aigus et en psychiatrie, les nouvelles variantes des questionnaires ont été testées avec les trois formats d'échelles selon une conception randomisée. Chaque clinique du projet a envoyé les trois versions du questionnaire en quantité identique à tous les patients du même mois de sortie. L'étude de recherche a été réalisée sous la même forme dans les domaines des soins aigus et de la psychiatrie. Le nouveau questionnaire pour le domaine de la réadaptation a été testé ultérieurement, sur la base des expériences des enquêtes pilotes en soins aigus et en psychiatrie, avec un seul format d'échelle. Les cliniques du projet ont également transmis des variables centrales des données personnelles de la statistique de l'OFS pour les participants à l'étude (date d'admission et date de sortie, diagnostic principal, type d'admission, lieu de séjour après la sortie et autres). D'autres caractéristiques ont été directement collectées à partir du questionnaire (âge, sexe, statut d'assuré, état de santé subjectif).

Résultats centralisés :

Étude de recherche Soins aigus : Sur la base des 15 entretiens cognitifs réalisés, des petites adaptations linguistiques ont été apportées à la 1^{ère} ébauche du nouvel ensemble de questions. Une question a été supprimée, de sorte que l'ébauche finale du nouvel ensemble de questions comprenait six questions.

Dans l'enquête pilote Soins aigus, 9 460 questionnaires ont été envoyés, avec un taux de réponse de 36,4%, l'échantillon d'analyse comprenant 3 440 patients au total. Les trois versions d'échelle sont re-

présentées dans l'échantillon d'analyse respectivement env. à un tiers comme prévu. Les analyses montrent l'adéquation du nouveau questionnaire succinct à une enquête nationale de satisfaction. L'échelle verbale à 5 réponses apporte par comparaison les meilleurs résultats statistiques au regard de la capacité de discrimination. Dans les analyses monofactorielles et multifactorielles, l'âge, le type d'admission (urgence ou planifiée), le lieu de séjour après la sortie (Mon domicile ou Un autre endroit) et l'état de santé subjectif au moment de la sortie se sont avérés être des facteurs de confusion significatifs.

Étude de recherche Psychiatrie : Sur la base des 13 entretiens cognitifs réalisées, des petites adaptations linguistiques ont également été apportées à la 1^{ère} ébauche du nouvel ensemble de questions. Deux questions ont été supprimées et une question a été complétée, de sorte que l'ébauche finale du nouvel ensemble de questions comprenait six questions.

Dans l'enquête pilote Psychiatrie, 3 424 questionnaires ont été envoyés, avec un taux de réponse de 20,5%, l'échantillon d'analyse comprenant 703 patients au total. Les trois versions d'échelle sont représentées dans l'échantillon d'analyse respectivement env. à un tiers comme prévu. Ainsi, la base pour des indications fiables concernant les propriétés théoriques de test est donnée pour les trois formats d'échelle. La base de données est cependant insuffisante pour des résultats statistiques fiables concernant les comparaisons entre les cliniques et les facteurs de confusion potentiels. Les analyses montrent l'adéquation du nouveau questionnaire succinct à une enquête nationale de satisfaction. On obtient de bonnes valeurs représentatives théoriques pour tous les trois formats d'échelle et plus avantageuses que dans les soins aigus. Aucune supériorité nette ne peut toutefois être démontrée pour l'un des trois formats d'échelle. Les résultats de l'analyse concernant les facteurs de confusion potentiels du modèle d'ajustement au risque doivent être pris comme des tendances en raison de la faible taille de la base de données. Pour consolider les résultats, ceux-ci devraient être vérifiés sur un échantillon plus grand.

Étude de recherche en réadaptation : L'ébauche de questionnaire pour la réadaptation adaptée sur la base d'une revue de la littérature et de la discussion d'experts consécutive a été testée lors d'entretiens cognitifs. À l'aide des résultats des 37 entretiens cognitifs réalisés, des petites adaptations linguistiques ont également été apportées à la 1^{ère} ébauche du nouvel ensemble de questions. Quatre questions ont été supprimées et quatre questions ont été complétées, de sorte que l'ébauche finale du nouvel ensemble de questions pour la réadaptation comprenait sept questions.

Au total, 2 769 questionnaires avec l'échelle verbale à 5 réponses ont été envoyés pour l'enquête pilote en réadaptation. Avec un taux de réponse de 47,9%, l'échantillon d'analyse inclut 1 326 patients au total. Dans l'ensemble, le nombre de cas atteint dans l'enquête pilote en réadaptation pour l'échelle verbale à 5 réponses peut être évalué comme très bon. L'on peut ainsi émettre des affirmations statistiquement fiables sur l'adéquation du questionnaire utilisé ainsi que des affirmations sur les comparaisons entre cliniques et l'influence de facteurs de confusion possibles. Les analyses démontrent également que le nouveau questionnaire succinct sur la satisfaction des patients en réadaptation peut être utilisé pour réaliser une enquête nationale de satisfaction. Lors des analyses monofactorielles et multifactorielles, l'état de santé subjectif au moment de la sortie et le lieu de séjour avant l'admission se sont avérés des facteurs de confusion significatifs. On note un lien entre l'âge et la satisfaction des patients, mais la variable de l'âge ne présente pas, à peu de chose près, le niveau de signification statistique nécessaire dans le jeu de données.

Recommandations :

- Soins aigus : Le nouvel ensemble de questions pour les soins aigus peut être utilisé dans les trois langues sans modification supplémentaire. Le format d'échelle verbale à 5 réponses devrait être sélectionné. Pour procéder aux comparaisons entre cliniques, il est recommandé d'établir un score total de la satisfaction des patients. Les résultats des items individuels peuvent aussi être reportés dans la comparaison des cliniques.

Un ajustement au risque est recommandé pour les variables Âge, Sexe, Interaction âge*sexe, Lieu de séjour après la sortie et État de santé subjectif au moment de l'enquête. La récolte des données sur le type d'admission a été abandonnée suite à la décision du QA-PatZu dans l'enquête menée régulièrement, car cette variable d'ajustement aurait été la seule à devoir être collectée par la clinique et le temps de mesure supplémentaire aurait été très élevé par rapport au bénéfice en termes de connaissances lors de la comparaison des cliniques.
- Psychiatrie : Le nouvel ensemble de questions pour la psychiatrie peut être utilisé dans les trois langues sans modification supplémentaire. Ici aussi, le format d'échelle verbale à 5 réponses devrait être sélectionné, car d'une part cela s'est montré comme le plus approprié avec un état des données stable en soins aigus et d'autre part une enquête sur la satisfaction des patients la plus similaire possible doit être utilisée dans les domaines de l'ANQ. Cela concerne également le format d'échelle. Pour procéder aux comparaisons entre cliniques, il est recommandé d'établir un score total de la satisfaction des patients. Les résultats des items individuels peuvent aussi être reportés dans la comparaison des cliniques. Les variables relatives à l'ajustement au risque devraient être vérifiées dans le cadre de la première enquête régulière. Seules les caractéristiques recueillies du côté des patients doivent ainsi être vérifiées (âge, sexe, statut d'assuré, état de santé subjectif). Une période de mesure de trois mois est recommandée pour l'enquête régulière.
- Réadaptation : Le nouvel ensemble de questions en réadaptation peut être utilisé avec l'échelle verbale à 5 réponses dans les trois versions linguistiques. Selon la décision du QA-PatZu, une question sur le thème de la gestion des sorties (sortie – information) devrait être supprimée, car elle ne permet pas d'obtenir beaucoup d'informations supplémentaires pour les comparaisons entre cliniques en termes de satisfaction des patients. Le questionnaire final comprend désormais 6 items. Pour procéder aux comparaisons entre cliniques, il est recommandé d'établir un score total de la satisfaction des patients. Les résultats des items individuels peuvent aussi être reportés dans la comparaison des cliniques. Un ajustement au risque est recommandé pour les variables Âge, Sexe et État de santé subjectif au moment de l'enquête. Le relevé de la variable Lieu de séjour avant l'admission pour l'ajustement sera également supprimée, également sur décision du QA-PatZu. La période de mesure doit être d'au moins deux mois.

1. Introduction

1.1. Contexte et objectif du projet

L'une des composantes des mesures de la qualité de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux (ANQ) est le relevé de la satisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge dont ils ont bénéficié à travers un questionnaire. Les mesures de satisfaction des patients doivent permettre une comparaison des cliniques à l'échelle de toute la Suisse.

En principe, la mesure de la satisfaction des patients est à considérer comme un indicateur essentiel pour l'évaluation de la qualité des soins dans les services de santé (Gebhardt, Wolak, & Huber, 2013). Il existe une relation étroite, à au moins trois dimensions, entre la qualité des soins et la satisfaction des patients. Premièrement, la satisfaction des patients est un objectif des soins et traitements médicaux et devient ainsi une composante de la qualité. Elle est un indicateur potentiel de la qualité du processus de soins. Deuxièmement, la satisfaction des patients est considérée comme une partie intégrante de la santé et de l'effet positif sur la santé. À partir de leur expérience des soins dans les services de santé, les patients tirent les conséquences pour leur propre comportement relatif à la santé et le recours aux établissements. La satisfaction peut ainsi influencer le comportement. Troisièmement, la satisfaction des patients est un moyen d'augmenter la qualité, car des patients satisfaits présentent une meilleure observance thérapeutique. En plus, le rôle du patient a changé. Le patient a d'autres attentes concernant les cliniques, exige plus d'intégration dans les processus décisionnels médicaux, des informations compréhensibles et une plus forte prise en compte des droits de la personnalité (Ziesche, 2008). Ainsi, la satisfaction en rapport avec la prestation de la clinique représente un objectif de traitement indépendant en plus de l'amélioration de l'état de la santé conformément à l'OMS (Bleich, Özaltin, & Murray, 2009). Les récoltes de données relatives aux expériences et à la satisfaction des patients sont aujourd'hui des sources de données importantes d'une part pour la représentation de la propre qualité d'une organisation et d'autre part pour le monitoring et la gestion des propres processus de prestations au sens d'une orientation en fonction des besoins et expériences des « clients ».

En plus des outils d'enquête développés de manière professionnelle et scientifique, des instruments développés par les cliniques elles-mêmes, dont la capacité de mesure et les méthodes d'utilisation sont à désigner dans de nombreux cas au moins comme peu fiables, viennent s'y ajouter dans de nombreuses cliniques. Par conséquent, la situation est marquée par une nette hétérogénéité, car l'absence de concepts d'enquête homogènes entraîne des résultats non comparables (Theis, 2005; Ziesche, 2008).

La réalisation d'enquêtes auprès des patients est une partie constituante du plan de mesure national de 2012 à 2015 ou du plan de mesure à partir de 2016. Dans l'enquête de l'ANQ auprès des patients, un questionnaire succinct a été développé, comprenant certaines dimensions essentielles de la satisfaction des patients. Le questionnaire succinct de l'ANQ peut être utilisé par les hôpitaux au choix pour des enquêtes séparées auprès des patients ou pour les enquêtes existantes avec les instruments de mesure utilisés pour la gestion de la qualité interne.

Avec l'instrument du questionnaire succinct, il est possible de mesurer la satisfaction des patients de manière homogène en relativement peu de temps (supplémentaire) à l'échelle nationale. Le relevé des dimensions de qualité pertinentes sous forme brève fait que le questionnaire convient pour une utilis-

tion nationale et peut donc permettre une comparaison des cliniques. La version du questionnaire succinct sur la satisfaction des patients de l'ANQ (questionnaire succinct en soins aigus de l'ANQ V1.0, annexe Figure 111) utilisée en soins aigus dans les années 2012 à 2015 est constituée de cinq questions fondamentales auxquelles il faut répondre sur une échelle à 11 réponses aux extrêmes nommées. Quatre dimensions de la satisfaction des patients sont mesurées : « Qualité du traitement », « Retour », « Information/Communication » et « Respect et dignité ». Les réponses aux cinq items de satisfaction sont à donner sur une échelle à 11 réponses.

Les mesures de la satisfaction des patients par l'ANQ sont effectuées en soins aigus sous la forme actuelle depuis 2011. En réadaptation, un questionnaire de satisfaction adapté est utilisé depuis 2013. En psychiatrie, aucune mesure de la satisfaction des patients n'a été réalisée jusqu'à présent. L'introduction est planifiée pour 2017.

Les résultats des mesures de satisfaction des patients effectuées jusqu'à présent dans le domaine des soins aigus au moyen du questionnaire succinct en soins aigus V1.0 de l'ANQ ainsi que les mesures dans le domaine de la réadaptation ont indiqué une faible variation entre les hôpitaux. Dans l'ensemble, la satisfaction des patients mesurée est très élevée (ANQ & HCRI, 2016a, 2016b). Sur la base de la variabilité des réponses manquantes liée aux effets plafonds, une comparaison pertinente des hôpitaux n'est que partiellement possible jusqu'à présent. La survenue des effets plafonds est un phénomène connu dans le cadre des enquêtes de satisfaction des patients (Masino & Lam, 2014).

Les variables utilisées pour l'ajustement au risque pour l'évaluation des données de l'année 2012 (âge, sexe, catégorie d'hôpital, statut d'assuré, variables relatives à l'hôpital de la statistique de l'OFS) n'ont montré aucun effet, de sorte qu'il a été renoncé à un ajustement au risque pour les évaluations à partir de 2013.

L'évaluation externe du plan de mesure de l'ANQ (ANQ, 2014) a mentionné **trois tâches essentielles de développement** pour l'indicateur de qualité satisfaction des patients :

- Vérification de l'intégration d'autres dimensions de la satisfaction pertinentes dans l'ensemble des questions
- Contrôle des formats d'échelle adaptés pour l'amélioration de la capacité de discrimination du questionnaire succinct (échelles à 7 et 11 réponses et une échelle verbale à 5 réponses). En raison des forts effets plafonds pour les résultats de mesure obtenus jusqu'à présent pour lesquels une échelle à 11 réponses aux extrêmes nommées est utilisée, le nouveau questionnaire doit aussi être testé sous d'autres formats de réponse. L'influence du format d'échelle sur le comportement de réponse a déjà souvent fait l'objet de discussions dans la littérature (Garratt, Helgeland, & Gulbrandsen, 2011; Moors, Kieruj, & Vermunt, 2014). Ainsi, l'étude de Garratt et al. (2011) a démontré qu'une échelle verbale à 5 réponses, pour laquelle chaque point différent est défini, contribue à une meilleure qualité des données qu'une échelle à 11 réponses aux extrêmes nommées. La meilleure qualité des données est confirmée à l'aide de valeurs moyennes inférieures et de faibles effets plafonds.
- Poursuite du développement du modèle d'ajustement au risque (identification d'autres variables pertinentes) : Clarification de la question si certains facteurs non encore examinés jusqu'à présent dans le cadre de l'enquête de satisfaction de l'ANQ influencent la satisfaction des patients indépendamment du traitement obtenu à l'hôpital et doivent être pris en compte pour une comparaison équitable des cliniques.

Sur la base des connaissances de cette évaluation, le groupe qualité satisfaction des patients (en version abrégée : QA-PatZu), sur mandat du comité de l'ANQ, a poursuivi le développement du questionnaire succinct pour le relevé de la satisfaction des patients. Un nouvel ensemble de questions a été élaboré pour le questionnaire succinct constitué de sept questions (PatZu_nouvelle ébauche 1.0, annexe Figure 112).

Le nouvel ensemble de questions ajoute les dimensions « Médication » et « Gestion des sorties » à la question générale sur la qualité du traitement et de la dimension « Information/Communication ». Les dimensions « Retour » et « Respect et dignité » n'en font plus partie.

La dimension « Médication », en étroite relation avec l'information, a été évaluée comme dimension importante par le QA-PatZu. La gestion des sorties a été prise en compte dans la perspective de l'introduction des forfaits par cas SwissDRG à partir de 2012. L'optimisation du processus de sortie est un thème actuel dans de nombreux hôpitaux et de nombreuses cliniques.

L'ANQ est convaincue que les contenus d'un questionnaire sur la satisfaction des patients sont à contrôler à intervalles réguliers et que les développements et les tendances actuels sont à prendre en compte.

L'objectif de l'ANQ est de mettre en œuvre le nouvel ensemble de questions de manière interdisciplinaire dans les domaines Soins aigus (à partir de 2016), Psychiatrie (à partir de 2017) et Réadaptation (à partir de 2018), les adaptations du questionnaire succinct devant être aussi faibles que possible à l'égard du contenu et de la formulation des questions.

Avant d'utiliser le nouvel instrument pour la mesure de la satisfaction des patients celui-ci devrait d'abord être validé de manière scientifique dans le cadre d'une étude de recherche dans les domaines Soins aigus et Psychiatrie et une procédure de test devrait être effectuée afin de contrôler les critères de qualité de la nouvelle ébauche du questionnaire. L'appel d'offres pour la réalisation de la procédure de test a été lancé en décembre 2014. Il a été publié sur le site Internet de l'ANQ et adressé par voie électronique à environ 30 instituts potentiels. Dans une première étape d'évaluation, deux sur six candidats ont été invités par le bureau à faire une présentation lors de la séance du QA-PatZu e 5 mars 2015.

Ensuite, l'ANQ a mandaté l'Institut de sociologie médicale et de science de la réadaptation de l'hôpital universitaire de la Charité de Berlin pour la réalisation de la procédure de test en soins aigus et en psychiatrie. La Charité a également été chargée de mettre en œuvre la procédure de test pour la réadaptation.

1.2. Questions de l'étude de recherche

Dans l'étude de recherche, le nouvel ensemble de questions du questionnaire succinct de l'ANQ pour la mesure de la satisfaction des patients devait être vérifié au regard de ses critères de qualité statistiques et son adéquation pour des comparaisons entre cliniques nationales. Dans l'étude, différentes procédures de test pour la réponse aux questions mentionnées sont d'abord réalisées pour les domaines Soins aigus et Psychiatrie.

Les questions principales suivantes ont été examinées dans le cadre de l'étude visant à tester le nouveau questionnaire succinct de l'ANQ sur la satisfaction des patients :

1. Contrôle du nouvel ensemble de questions à l'égard de l'adéquation pour une comparaison nationale de la satisfaction des patients :
 - Les questions et leur formulation sont-elles adaptées à l'objectif d'une enquête nationale sur la satisfaction des patients ?
 - Quel est le degré d'acceptation du nouvel instrument de la part des patients (par ex. taux de réponse et de réponses manquantes ?)
 - L'instrument représente-t-il le concept de satisfaction des patients avec les dimensions sélectionnées ?
 - Existe-t-il des différences dans le comportement de réponse qui indiquent des différences linguistiques ?
 - Les différences entre cliniques au niveau de la satisfaction des patients sont-elles représentées avec l'instrument ?

2. Définition du format d'échelle le mieux adapté : Quel est le format d'échelle ayant la plus grande capacité de discrimination ?

Une question centrale est la définition du format d'échelle le mieux adapté, afin d'obtenir des effets plafonds aussi faibles que possible et une variabilité aussi élevée que possible des réponses des patients à l'égard de la satisfaction par rapport au traitement reçu. C'est pourquoi, l'ensemble des questions est testé en trois différentes versions dans le cadre de l'étude de recherche :

 - échelle à 11 réponses comportant deux points d'ancrage verbaux (comme actuellement et à titre de référence)
 - échelle à 7 réponses avec deux points d'ancrage verbaux
 - échelle verbale à 5 réponses (partiellement échelle asymétrique)

3. Développement et examen d'un modèle adapté à l'ajustement au risque : test d'un ensemble de variables d'ajustement pour une comparaison équitable des hôpitaux
 - Quelles sont les variables d'ajustement supplémentaires envisagées pour les mesures nationales de la satisfaction des patients et comment faut-il relever ces caractéristiques ?
 - Quelles sont les variables d'ajustement s'avérant significatives dans l'étude de recherche et devant donc être recueillies et intégrées au modèle à l'avenir ?

Les questions 1 et 3 ont également fait l'objet d'une analyse ultérieure pour le domaine de la réadaptation.

2. Conception et réalisation de l'étude de recherche

2.1. Conception générale de relevé et procédure méthodique

La faible marge de temps allouée à la réalisation de l'étude de recherche a empêché de passer en détail par toutes les phases de développement d'un questionnaire (définition de l'item, test quantitatif préalable, test qualitatif préalable, essai quantitatif). L'accent de l'étude visant la vérification des critères de qualité du nouveau questionnaire pour l'enquête de satisfaction des patients a par conséquent fait l'objet d'un essai quantitatif du nouveau questionnaire succinct pour le relevé de la satisfaction des patients déjà élaboré par le groupe d'experts de l'ANQ QA-PatZu avant l'étude de recherche.

Le nouveau questionnaire a été examiné dans l'étude sur des échantillons de patients en soins aigus et en psychiatrie, ainsi que sur un échantillon de patients en réadaptation. Avant l'utilisation, des adaptations spécifiques aux domaines ont été entreprises sur les instruments. L'étude comportait respectivement deux phases dans les projets partiels de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation.

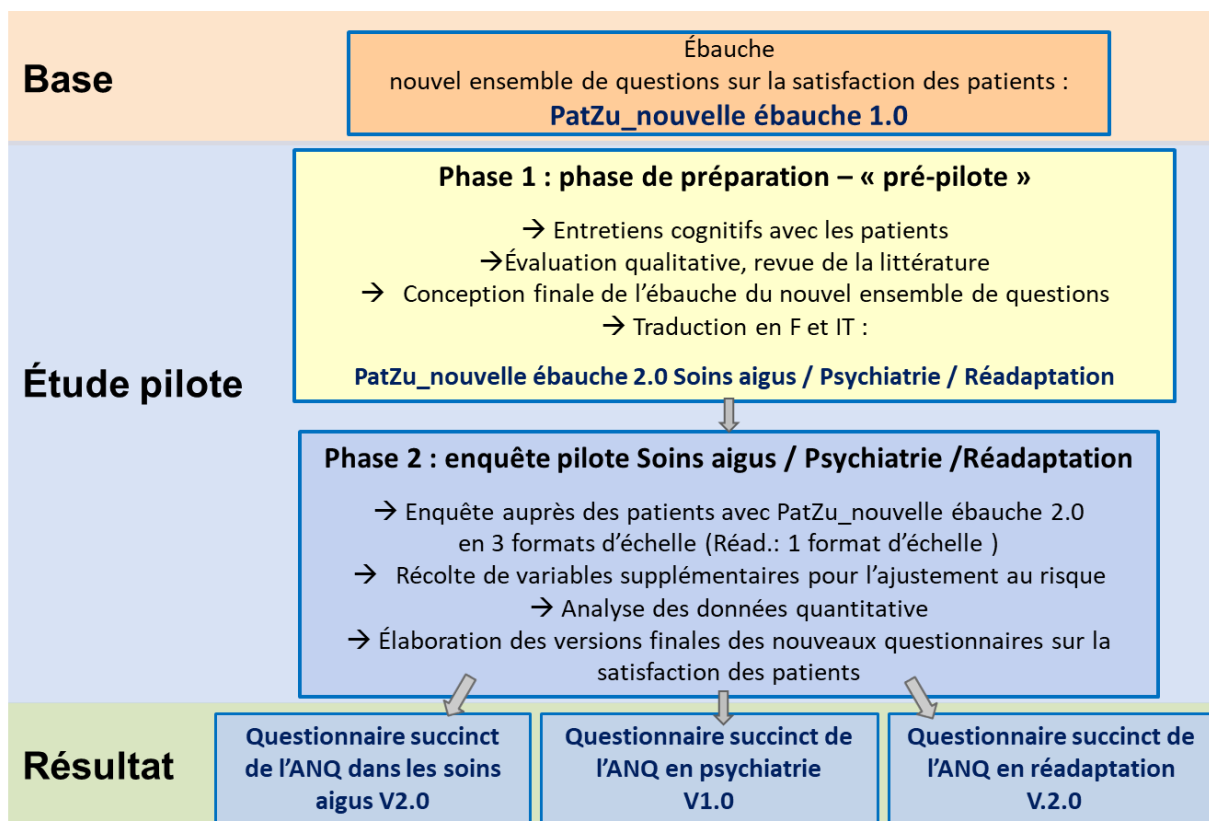


Figure 1 : déroulement du projet

Comme cela est représenté sur la Figure 1, une **phase de préparation (« pré-pilote »)** a d'abord eu lieu. Dans cette phase, l'ébauche de questionnaire déjà existante (PatZu_nouvelle ébauche 1.0, annexe Figure 112) a été adaptée pour l'enquête pilote sur la base des entretiens cognitifs des patients et des discussions d'experts. Trois versions modifiées de la nouvelle ébauche de questionnaire (PatZu_nouvelle

version 2.0 Soins aigus / Psychiatrie / Réadaptation, voir annexe Figure 113, Figure 114, ainsi que Figure 117, Figure 118 et Figure 119) en ont découlé. Les questionnaires ont été traduits en français et en italien conformément aux standards socio-économiques.

Les différents projets partiels n'ont pas été mis en œuvre en même temps : dans un premier temps, seuls les projets partiels en soins aigus et psychiatrie ont été réalisés ; le questionnaire en réadaptation a seulement été testé ensuite. Par conséquent, ce dernier projet partiel a pu tirer profit des résultats des soins aigus et de la psychiatrie et bénéficier d'une procédure légèrement modifiée, décrite ci-après.

2.2. Conception de l'étude pour l'enquête pilote

Pour tester le nouvel ensemble de questions de satisfaction avec trois différentes échelles de réponse, une conception expérimentale de questions parallèles a été choisie pour les enquêtes pilotes dans les soins aigus et en psychiatrie (Saris, Satorra, & Coenders, 2004; Schuman & Presser, 1981). La répartition d'un échantillon en sous-échantillons de taille identique sélectionnés au hasard, auxquels différentes versions du questionnaire sont présentées pour réponse, est caractéristique au procédé par questions parallèles pour examiner les effets de l'instrument (ici versions d'échelle).

Afin de pouvoir exclure que les différences dans le comportement de réponse des patients lors de l'utilisation des différents formats d'échelle est lié au traitement reçu à l'hôpital, les patients dans les cliniques doivent être répartis par sélection au hasard en trois échantillons, auxquels est adressée respectivement une des trois variantes du questionnaire.

Une autre exigence pour le nouvel ensemble de questions est l'adéquation pour les comparaisons à l'échelle suisse dans toutes les langues du pays. C'est pourquoi le nouvel ensemble de questions sera testé dans les trois langues nationales (allemand, français, italien) (cf. Figure 2).

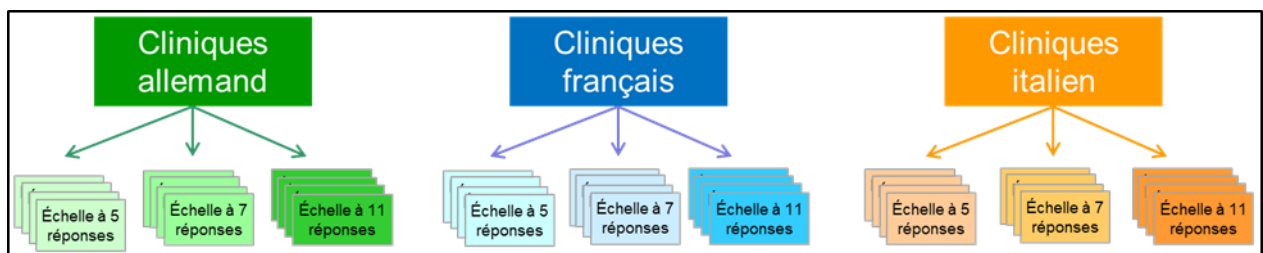


Figure 2 : conception de l'étude pour l'enquête pilote dans les soins aigus et la psychiatrie

Dans l'enquête pilote en réadaptation, il a été décidé de ne pas faire appel aux questions parallèles au vu des résultats disponibles des enquêtes pilotes dans les soins aigus et en psychiatrie. En réadaptation, seul le questionnaire avec l'échelle verbale à 5 réponses a été utilisé dans l'enquête pilote. L'objectif principal de cette modification était d'obtenir un nombre de cas suffisant pour les analyses de facteurs de confusion potentiels et les analyses comparatives des cliniques. En psychiatrie, où le questionnaire recourait aux questions parallèles, il s'est avéré que seuls des taux de retour très faibles avaient été atteints par clinique et par échelle en raison du faible nombre de traitements/mois en clinique par rapport aux soins aigus. La pertinence en matière d'analyses des facteurs de confusion et des comparaisons spécifiques des cliniques était donc nettement limitée. En réadaptation, le nombre de cas a pu être estimé avec une grande précision et l'envoi des trois formats d'échelles aurait donné des nombres de

cas aussi faibles. Étant donné que le format d'échelle verbale à 5 réponses s'est dégagé comme le favori dans les soins aigus et que les résultats en psychiatrie ne venaient contredire ce résultat, il a été décidé avant le début de l'enquête pilote en réadaptation que le format d'échelle verbale à 5 réponses serait utilisé dans les enquêtes de routine futures dans les soins aigus et la psychiatrie. L'objectif de l'ANQ est une forme aussi unifiée que possible de l'enquête sur la satisfaction dans les différents domaines, raison pour laquelle il a été décidé d'utiliser uniquement le format d'échelle verbale à 5 réponses dans l'enquête pilote en réadaptation. Les régions linguistiques ont également été prises en compte (Figure 3).

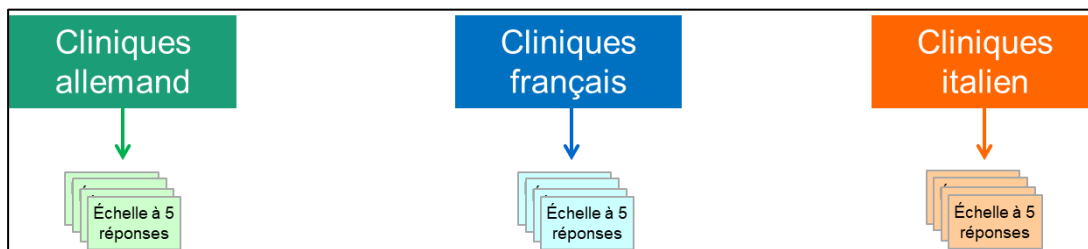


Figure 3 : conception de l'étude pour l'enquête pilote en réadaptation

2.2.1. Concept d'échantillons du questionnaire pilote

Pour le questionnaire pilote un concept d'échantillon a été élaboré par la Charité. Lors de la détermination des nombres de cas nécessaires ou du nombre de cliniques participantes, il fallait prendre en compte que des réponses devaient être données aux différents questionnaires à l'aide du matériel obtenu de manière empirique pour lesquels différentes tailles ou constellations d'échantillon étaient nécessaires. Dont :

- des avis sur la capacité de discrimination des trois variantes du questionnaire (formats d'échelle) doivent pouvoir être émis. Les trois variantes du questionnaire doivent être utilisées respectivement dans un échantillon d'une clinique sous forme aléatoire en parts égales. Des taux de réponse par clinique d'au moins $n = 50$ devraient être obtenus par version du questionnaire.
- Les avis sur la capacité de discrimination et l'adéquation de l'instrument pour une enquête de satisfaction nationale doivent pouvoir être émis pour toutes les trois versions linguistiques de l'instrument, c'est-à-dire qu'un nombre suffisant de taux de réponse au questionnaire par version du questionnaire (changement d'échelle) soient disponibles pour les analyses par région linguistique. Plusieurs cliniques doivent être intégrées par région linguistique, afin qu'il soit possible de justifier que des éventuelles différences ne se présentent pas par hasard (par ex. qu'elles ne reposent pas uniquement sur les réponses de patients d'une clinique).
- L'échantillon doit comprendre des cas répartis sur suffisamment de sites pour justifier des différences entre institution significatives dans les résultats de mesure sur la satisfaction des patients et de pouvoir vérifier les modèles d'ajustement avec différentes procédures statistiques (modèle de régression, modèles linéaires hiérarchiques ; au moins 12 - 15 institutions (Farin, 2005)).

Afin de pouvoir garantir la satisfaction des exigences concernant la base des données sur la récolte de données à effectuer, le **concept d'échantillon** suivant a été recommandé pour la réalisation de l'enquête pilote **Soins aigus** (cf. Figure 4) :

Au total, 15 cliniques du projet du domaine Soins aigus devaient être sélectionnées pour envoyer le nouveau questionnaire pour la mesure de la satisfaction à tous les patients d'un mois de sortie dans le cadre de l'enquête pilote, chaque clinique du projet devant mettre en œuvre les trois variantes du questionnaire (trois différents formats d'échelle). Afin de prendre en compte de manière appropriée les différentes régions linguistiques, cinq cliniques du projet devraient être recrutées par région linguistique. Un taux de réponse d'au moins n = 750 sera ainsi obtenu par région linguistique ; pour chaque variante de questionnaire (format d'échelle différent) un nombre de cas d'au moins n = 750 sera obtenu. Dans l'ensemble, un échantillon total d'au moins n = 2 250 sera interrogé avec le nouveau questionnaire dans le cadre de l'étude de recherche (sur la base des réponses reçues). Le taux de réponse total se situerait ainsi dans une proportion adaptée par rapport au nombre de cas habituel de l'enquête nationale sur la satisfaction en soins aigus (en l'an 2012 : n = 34 042) (ANQ & HCRI, 2013).

Le nombre de cas cliniques requis pour le développement du modèle d'ajustement d'au moins 12 - 15 cliniques est également assuré pour le concept d'échantillon recommandé.

		Cliniques														
		allemand n=750					français n=750					italien n=750				
Échelle de réponses	N TOTAL	Cl 1 n=	Cl 2 n=	Cl 3 n=	Cl 4 n=	Cl 5 n=	Cl 6 n=	Cl 7 n=	Cl 8 n=	Cl 9 n=	Cl 10 n=	Cl 11 n=	Cl 12 n=	Cl 13 n=	Cl 14 n=	Cl 15 n=
Échelle verbale à 5 répons	n=750	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Échelle à 7 réponses	n=750	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Échelle à 11 réponses	n=750	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
N=2250		150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150

Figure 4 : concept d'échantillons planifié du questionnaire pilote – Domaine Soins aigus

Comme l'enquête nationale de satisfaction dans le domaine **Psychiatrie** n'a pas encore été effectuée et qu'aucun résultat n'a été publié concernant le nombre de cliniques participantes ou qu'il n'existe pas d'indications de retour, aucune **conception d'échantillon concrète** n'a été proposée avant le début du projet.

Les conditions suivantes devraient cependant être remplies par l'échantillon de psychiatrie :

- Nombre suffisant de patients pour l'envoi de toutes les trois variantes de questionnaire par clinique avec un taux de réponse suffisant par variante/clinique (requis pour l'évaluation de la capacité de discrimination des trois formats d'échelle pour la patientèle de la psychiatrie)
- Au moins 10 - 12 cliniques participantes (requis pour la comparaison des cliniques et le développement d'un modèle d'ajustement spécifique à la psychiatrie)

Pour assurer la réalisation d'une étude de recherche en psychiatrie – avec un nombre de cas plus faible attendu que pour les hôpitaux de soins aigus – les questions suivantes sont à discuter lors de la conceptualisation du concept d'échantillons :

- Réduire le nombre de cas minimum des taux de réponses attendus par variante de questionnaire/clinique, par ex. n = 30 - 40 par variante de questionnaire / par clinique

- Élargir la période de mesure d'un mois sur deux mois, afin de garantir le nombre de cas requis par clinique
- Prise en compte de toutes les trois régions linguistiques à proportions égales. On part ici du principe que les résultats d'éventuelles différences de la satisfaction des patients mesurée par région linguistique pouvant être constatés à partir du relevé Soins aigus sont transférables au domaine Psychiatrie et que toutes les trois régions linguistiques n'ont pas besoin d'être représentées à proportions égales dans l'échantillon de cliniques de psychiatrie.

Le concept d'échantillon pour la psychiatrie a finalement été développé conjointement avec l'ANQ dans le cadre du projet. L'enquête a été élargie à deux mois de sortie et de plus faibles taux de réponses ont été acceptés.

Comme déjà indiqué, l'enquête pilote en réadaptation a été réalisée ultérieurement, ce qui a permis d'utiliser les résultats des deux enquêtes pilotes effectuées auparavant pour la planification du concept d'échantillons en réadaptation. De même, grâce aux enquêtes de satisfaction en réadaptation déjà effectuées de façon routinière, l'on disposait de taux de réponse permettant une évaluation réaliste des retours à attendre pour l'enquête pilote.

Le concept d'échantillons en réadaptation a finalement été défini avec le QA-PatZu lors de sa réunion du 16.11.2016 :

- Utilisation du format d'échelle verbale à 5 réponses pour tous les participants à l'étude, pas de questions parallèles avec test de plusieurs formats d'échelle
- Récole sur 2 mois de sortie
- Inclusion des 3 régions linguistiques

2.2.2. Relevé des caractéristiques pour l'ajustement au risque

La comparaison de la satisfaction des patients doit servir à relever la qualité des soins dans différentes cliniques qui peut être rapportée au traitement au sein de la clinique. Afin de pouvoir garantir la comparabilité, il faut par conséquent s'assurer que la caractéristique à examiner (satisfaction des patients) ne s'écarte pas l'une de l'autre en raison des différents collectifs de patients (structure d'âge, gravité des maladies, etc.) ou d'autres propriétés des cliniques. La satisfaction des patients mesurée doit permettre une comparaison équitable entre les différentes cliniques.

En règle générale, les ajustements sont faits au niveau des données, afin de maintenir constant l'influence des différentes covariables sur la caractéristique à examiner dans toutes les cliniques. Des variables qui décrivent les différences dans les collectifs de patients (casuistique) sont notamment utilisées, comme par ex. : l'âge, le sexe, le type de maladie ou la gravité de la maladie. En outre, les propriétés des cliniques : type de clinique, nombre de lits, etc. peuvent aussi avoir un effet sur la satisfaction des patients soignés. Afin de garder sous contrôle l'influence de ces variables, elles sont ensuite prises en compte dans les analyses respectives, ici dans les comparaisons des cliniques sur la satisfaction des patients.

Une des questions du projet portait sur le développement et l'examen d'un modèle adapté à l'ajustement au risque. Un ensemble de variables d'ajustement relatives à leur pertinence pour une comparaison équitable des hôpitaux devait être testé.

Jusqu'à présent les variables suivantes liées à la personne ont été utilisées pour l'ajustement (au risque) :

- Âge
- Sexe
- Statut d'assuré (en division commune ou semi-privé/privé)

Même si ces variables pour l'évaluation des données sur la satisfaction en soins aigus n'ont pas indiqué d'effets en l'an 2012, elles ont de nouveau été prises en compte pour ce projet, afin de pouvoir les intégrer dans l'analyse des variables d'ajustement (question 3).

En plus, l'influence des variables suivantes sur la satisfaction des patients devrait être vérifiée. Dans ce cadre, il faut noter que cinq de ces variables supplémentaires ont été testées dans les trois domaines. D'autres facteurs d'influence possibles ont été définis et contrôlés spécifiquement dans des domaines particuliers :

- Durée de l'hospitalisation
 - Type d'admission : planifiée ou urgence
 - Diagnostic principal comme indicateur possible de la gravité de la maladie
 - Effet de retard : influence du délai entre la sortie de l'hôpital et la réception du questionnaire
 - État de santé subjectif au moment de l'enquête
-
- Lieu de séjour après la sortie (*seulement pris en compte dans les soins aigus et la réadaptation*)
 - Type d'admission 2 : volontaire ou placement (*seulement pris en compte en psychiatrie*)
 - Lieu de séjour avant l'admission (*seulement pris en compte en réadaptation*)
 - Type / domaine de réadaptation (*seulement pris en compte en réadaptation*)
 - Acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail (*seulement pris en compte en réadaptation*)

Cet ensemble de variables d'influence possibles sur la satisfaction des patients a été défini sur la base des résultats d'analyse antérieurs comme des facteurs d'influence de la satisfaction des patients conjointement avec l'ANQ et le groupe d'experts QA-PatZu pour les trois domaines Soins aigus, Psychiatrie et Réadaptation. Lors de la sélection des variables supplémentaires à relever pour l'ajustement au risque, il faudrait tenir compte du fait qu'elles devraient être prélevées autant que possible des données de routine des cliniques (ici : Statistique de l'OFS, Office fédéral de la statistique, 2012), afin de concevoir le questionnaire de manière aussi succincte et simple que possible pour augmenter la disposition des patients ayant reçu le questionnaire à y répondre.

Seule l'indication de l'état de santé subjectif actuel a été reprise sur le formulaire du questionnaire au moment de l'enquête, car seul le patient peut y répondre lui-même. Cette caractéristique s'est avérée significative dans de nombreuses études relatives aux facteurs d'influence de la satisfaction des patients (Covinsky et al., 1998; Young, Meterko, & Desai, 2000) et devrait par conséquent obligatoirement être

vérifiée dans le cadre de l'enquête pilote. La question correspond au premier item du questionnaire SF 36 relatif à l'état de santé générale (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Sur la Figure 5, on peut voir les sources à l'origine des variables pour la vérification et la définition du modèle d'ajustement dans le cadre des enquêtes pilotes Soins aigus, Psychiatrie et Réadaptation.

Caractéristiques étudiées	Source		
	Statistique de l'OFS	Questionnaire (renseignement personnel)	Clinique
Âge	✓	✓	
Sexe	✓	✓	
Diagnostic principal	✓		
Durée d'hospitalisation	✓		
Statut d'assurance	✓	✓	
Type d'admission : planifiée ou urgence	✓		
État de santé subj.		✓	
Effet de retard : délai entre la sortie et l'expédition	✓		✓
Type d'admission 2 : volontaire ou placement (seulement pris en compte en psychiatrie)	✓		
Séjour avant l'admission (seulement pris en compte en réadaptation)	✓		
Séjour après la sortie (seulement pris en compte dans les soins aigus et la réadaptation)	✓		
Type / domaine de réadaptation (seulement pris en compte en réadaptation)			✓
L'évaluation de la capacité de travail (seulement pris en compte en réadaptation)		✓	

Figure 5 : ensemble de variables pour la vérification et la définition du modèle d'ajustement approprié

2.3. Organisation du projet

2.3.1. Coopération et communication

La réalisation du projet a été effectuée en étroite accord entre les responsables du projet du côté de l'ANQ et du côté de la Charité. Toutes les étapes du projet ont été planifiées conjointement et les modifications dans le déroulement du projet planifié ont été entreprises dans un échange mutuel.

L'ANQ s'est chargée de la coordination centrale des travaux du projet des différents acteurs impliqués dans le projet et a établi l'échange d'information entre les personnes concernées (cf. annexe, Tableau 17). L'ANQ s'est également chargée du recrutement des cliniques du projet qui ont réalisé les

entretiens cognitifs ainsi que les enquêtes pilotes en soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation dans leurs établissements.

Pour l'enquête pilote Soins aigus, 13 hôpitaux ont participé à l'étude :

- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- CHVR - Hôpital de Martigny
- CHVR - Hôpital de Sierre
- CHVR - Hôpital de Sion
- CHVR - Hôpitaux de Saint-Maurice
- Clinica Santa Chiara
- Inselspital Bern
- Solothurner Spitäler AG - Bürgerspital Solothurn
- Solothurner Spitäler AG - Kantonsspital Olten
- Spital Bülach
- L'ospedale multisito EOC
- Spital Muri
- Universitätsspital Basel

L'enquête pilote Psychiatrie a été possible grâce à la participation au projet de 14 cliniques psychiatriques :

- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)
- Clinica Santa Croce
- Clinica Viarnetto
- Hôpitaux Universitaires Genève (HUG)
- Klinik Schützen
- Luzerner Psychiatrie (LUPS)
- Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
- Ospedale Malcantonese
- Privatklinik Meiringen
- Psychiatrie Baselland
- Psychiatrische Dienste Thurgau (STGAG)
- Sanatorium Kilchberg
- St. Gallische Psychiatrie Dienste Süd

L'enquête pilote en réadaptation a été réalisée dans 16 cliniques/départements de réadaptation :

- Clinica di riabilitazione EOC - Faido
- Clinica di riabilitazione EOC - Novaggio
- Clinica Hildebrand
- Clinique Le Noirmont
- HUG - Bellerive

- HUG - Loëx
- Klinik Barmelweid
- Klinik Gais
- Klinik Oberwaid
- Kliniken Valens - Rheinburg Klinik
- Kliniken Valens - Rehasentrum Valens
- Kliniken Valens - Rehasentrum Walenstadtberg
- RehaClinic - Zollikerberg
- Reha Rheinfelden
- Rehaklinik Zihlschlacht
- Spital Thurgau – St. Katharinental

Les travaux du projet pour la préparation de l'enquête pilote ont été réalisés avec le début du projet conjointement avec deux instituts externes chargés d'enquête (hcri AG pour la suisse alémanique et Mecon measure & consult GmbH pour la suisse romande et italophone). Ces instituts font également office d'instituts d'enquête centraux pour l'enquête régulière de l'ANQ auprès des patients et disposent du savoir-faire nécessaire pour la récolte et l'exploitation des données de satisfaction ainsi que des connaissances sur les structures existantes et les interlocuteurs dans les cliniques. C'est pourquoi, l'exécution de l'enquête pilote devrait être réalisée par ces deux instituts conjointement avec les cliniques du projet. La procédure concrète lors de la réalisation de l'enquête pilote (envoi des questionnaires, mise à disposition d'autres données relatives aux patients) a été décidée entre la Charité et les instituts chargés d'enquête. L'exploitation des données des réponses a également été prise en charge par les deux instituts externes chargés d'enquête, l'analyse quantitative des données a été réalisée par la Charité.

Les membres du groupe d'experts de l'ANQ QA-PatZu ont également été étroitement intégrés dans le déroulement du projet. Dans la première phase du projet notamment, les experts ont été intégrés dans le processus de finalisation des ébauches du questionnaire par plusieurs boucles de feedback. Au cours du déroulement ultérieur du projet, des séances communes ont eu lieu avec présentations des résultats et discussion autour des résultats.

Les travaux de traduction des ébauches de questionnaire allemandes en français et en italien nécessaires pour l'utilisation dans les enquêtes pilotes ont été réalisés par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ESOPE) pour les soins aigus et la psychiatrie et par la Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR) pour l'enquête pilote en réadaptation. La HETS-FR a également réalisé les entretiens cognitifs pour les procédures de test en réadaptation et la Charité s'en est chargée en soins aigus et en psychiatrie.

2.3.2. Calendrier de l'étude de recherche

Le plan de travail et le calendrier planifiés de l'étude de recherche pour les soins aigus et la psychiatrie ont commencé d'abord en même temps en mai 2015. Pendant la première phase du projet, il s'est avéré que le questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 1.0 Soins aigus devait être modifié et que cette ébauche

n'est pas adaptée pour la psychiatrie. En raison des modifications et d'un processus de traduction onéreux, il y a eu un décalage dans le plan de travail et le calendrier de l'étude entre les soins aigus et la psychiatrie. Il y a également eu un décalage dans les groupes de tâches pour l'enquête pilote Soins aigus - Allemand et l'enquête pilote Soins aigus - Italien et Français (cf. Figure 6). Les travaux préalables à la mise en place de la procédure de test en réadaptation ont été effectués plus tard. Ils n'ont débuté qu'en février 2016. À ce moment-là, les versions finales des questionnaires pour les enquêtes pilotes dans les soins aigus et la psychiatrie étaient déjà disponibles.

Les étapes importantes ont été franchies aux dates suivantes :

- Mars 2016 - réunion du QA : présentation provisoire des résultats de l'étude de recherche, soins aigus, Suisse allemande
- Juillet 2016 - réunion du QA : présentation finale des résultats de l'étude de recherche, soins aigus, trois régions linguistiques
- Septembre 2016 - réunion du QA : discussion sur l'ébauche du rapport final - Soins aigus
- Novembre 2016 - réunion du QA : présentation des résultats de l'étude de recherche - Psychiatrie
- Juin 2017 - réunion du QA : adoption du rapport final, partie 1 (soins aigus, psychiatrie)
- Septembre 2017 : publication du rapport final partie 1 sur la page d'accueil de l'ANQ
- Janvier 2018 : présentation des résultats de l'enquête pilote en réadaptation
- Juin 2018 : adoption et publication du rapport final parties 1 et 2 (soins aigus, psychiatrie, réadaptation)

3. Phase de projet 1 : phase de préparation (« pré-pilote »)

3.1. Contenu et déroulement de la phase de préparation dans les soins aigus et la psychiatrie

La phase de préparation « pré-pilote » a servi à la rédaction définitive du nouveau questionnaire sur la satisfaction des patients, qui a ensuite été utilisé pour les enquêtes pilotes en soins aigus et en psychiatrie. La Figure 7 donne un aperçu de ce processus de développement.

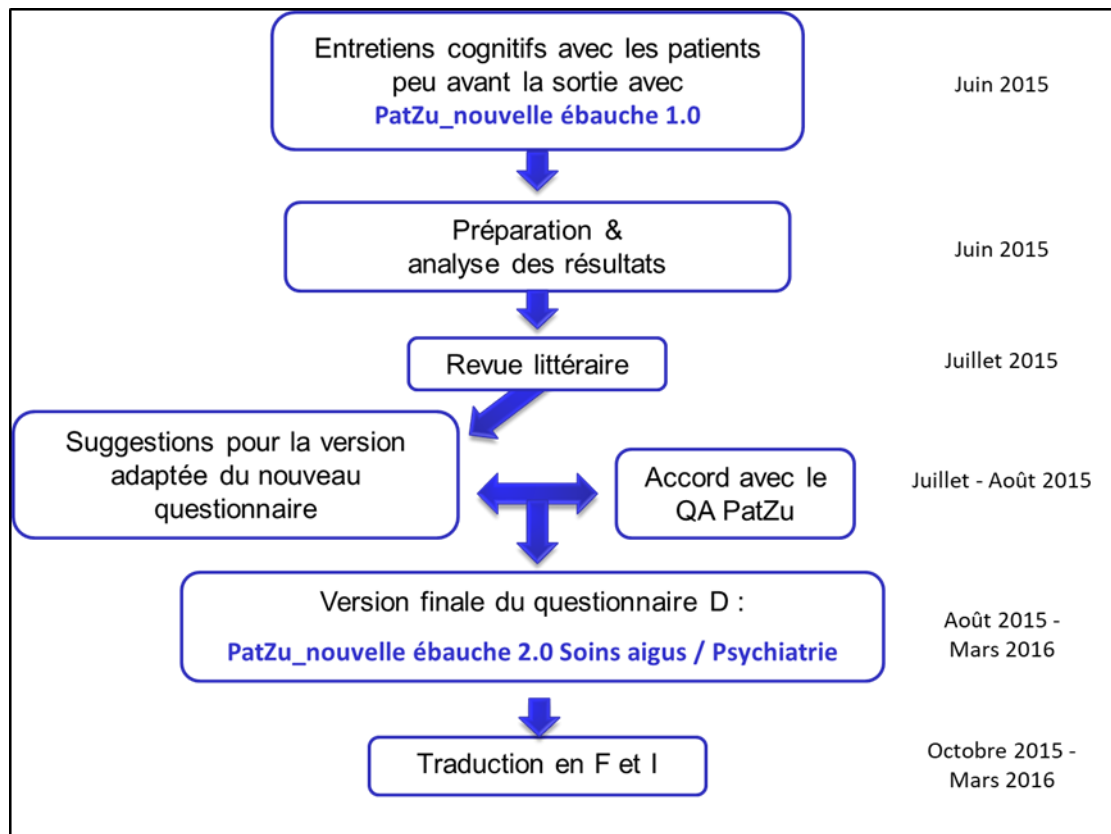


Figure 7 : déroulement du processus de finalisation du questionnaire pour les enquêtes pilotes dans les soins aigus et la psychiatrie

Même s'il a été renoncé à une étude préliminaire qualitative détaillée lors du développement du questionnaire, les destinataires de l'instrument d'enquête devraient être intégrés lors de la formulation définitive des items de satisfaction ainsi que dans la structuration du questionnaire. La première ébauche du nouvel ensemble de questions comportait sept questions avec lesquelles quatre dimensions différentes de la satisfaction ont été couvertes (PatZu_nouvelle ébauche 1.0, Figure 8, annexe Figure 112). La

dimension « Qualité du traitement » (question 1), la dimension « Information/Communication » (questions 2 et 3), la dimension « Médication/Sécurité des médicaments » (questions 4 et 5) ainsi que la dimension « Gestion des sorties » (questions 5 et 6) ont été mesurées.

Questionnaire sur la satisfaction des patients de l'ANQ – ébauche 1	
PatZu_nouvelle version 1.0	
Dimensions	Questions
Qualité du traitement	1. Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital ?
Information / Communication	2. Avez-vous eu la possibilité de poser les questions importantes pour vous ? 3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?
Médication / Sécurité des médicaments	4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ? 5. Avez-vous constaté des erreurs dans l'administration des médicaments ?
Gestion des sorties	6. Comment jugez-vous l'organisation de votre sortie d'hôpital ? 7. Comment évalueriez-vous le moment de votre sortie ?

Figure 8 : nouvelle ébauche de questions version 1.0

Lors d'entretiens cognitifs avec des patients, cette ébauche du questionnaire en allemand a été examinée quant à sa compréhensibilité, la clarté des questions et les possibilités de réponse ainsi que la lisibilité et la structure visuelle. L'entretien cognitif est une procédure avec laquelle l'on développe et vérifie des instruments de récolte et que l'on peut par conséquent identifier les questions problématiques (Pohontsch, 2015).

Des entretiens cognitifs ont été réalisées avec des patients aussi bien en soins aigus qu'en psychiatrie peu avant leur sortie (cf. 3.2). Les résultats des entretiens cognitifs ont d'abord été analysés et discutés avec l'équipe de la Charité.

Pour l'adaptation de la version pour la psychiatrie, une revue de la littérature relative aux questionnaires utilisés fréquemment pour la mesure de la satisfaction des patients et les dimensions de qualité pertinentes dans les soins psychiatriques a également été effectuée. Ensuite, les résultats ont été présentés au groupe d'experts QA-PatZu et des propositions de modification de certaines questions ont été soumises en cas de besoin.

Le feedback du QA-PatZu a été pris en compte dans le processus d'adaptation et a été intégré dans la formulation finale des items de satisfaction et dans la structuration du questionnaire dans la version allemande. Les versions finales de l'ébauche du nouveau questionnaire succinct (PatZu_nouvelle version 2.0 Soins aigus / Psychiatrie, cf. Figure 10 et annexes Figure 113, Figure 114 et Figure 117) ont ensuite

fait l'objet de discussions et ont été examinées dans le cadre de courtes entretiens avec 12 autres patients, pour savoir si les versions désormais adaptées sont comprises par les patients ou si des adaptations supplémentaires sont nécessaires en ce qui concerne la formulation des questions.

Cela n'était pas le cas, de sorte que le questionnaire a pu être traduit en français et en italien et validé sur le plan linguistique dans sa forme finale conformément aux standards socio-économiques dans une dernière étape. L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ESOPÉ) a été mandaté à cet effet par l'ANQ (voir aussi le rapport final sur la traduction de la version du questionnaire PatZu_nouvelle version 2.0 Soins aigus (Cathieni, 2016)).

3.2. Entretiens cognitifs en soins aigus et psychiatrie

La première ébauche du questionnaire (PatZu_nouvelle ébauche 1.0, voir Figure 8, annexe Figure 112) a été éprouvée et testée lors d'entretiens semi-structurés avec des patients dans le cadre d'une étude préalable qualitative. L'objectif était de contrôler la compréhensibilité et la clarté des questions et des possibilités de réponse, ainsi que la lisibilité et la structure visuelle du questionnaire. Les méthodes d'entretien cognitif utilisées étaient le fait de penser tout haut (angl. « thinking aloud »), la technique d'interrogation (angl. « probing ») ainsi que la paraphrase (angl. « paraphrasing ») (Prüfer & Rexroth, 2005). La technique d'interrogation (angl. « probing ») est l'une des principales techniques cognitives. Des questions supplémentaires posées aux partenaires d'entretien doivent permettre d'améliorer la compréhension d'une question ou d'éléments de celle-ci. Pour la paraphrase, (angl. « paraphrasing »), les partenaires d'entretien doivent restituer avec leurs mots la question à tester. Cette technique permet de vérifier comment les personnes interrogées interprètent les questions à tester. La technique de la pensée à voix haute (angl. « thinking aloud ») demande aux partenaires d'entretien d'exprimer tout haut leurs pensées lorsqu'ils répondent aux questions (Prüfer & Rexroth, 2005). Les discussions ont été enregistrées, retranscrites avec le programme f4, résumées puis évaluées.

Les entretiens cognitifs ont été effectués en juin 2015 dans trois hôpitaux de soins aigus et deux hôpitaux psychiatriques. Les hôpitaux ont recruté eux-mêmes les participants en cherchant à réunir des patients de services et d'âges différents. Avant l'enquête réalisée par les collaborateurs de la Charité, les cliniques ont envoyé un courrier d'information aux patients sélectionnés afin de les informer de la procédure. Les patients ayant déclaré accepter de participer à la discussion en signant une déclaration de consentement jointe ont été intégrés. En outre, seules les personnes dont le jour de sortie était prévu dans la semaine de la phase d'entretien ont été incluses dans l'étape pré-pilote.

Les collaborateurs de la Charités ont effectué les entretiens selon le souhait des patients, soit directement au chevet des patients, soit dans une salle séparée du service. Les discussions ont duré entre 20 et 45 minutes.

L'entretien en trois parties commençait par une partie générale avec des questions relatives à la personne anonymisées. Puis l'ébauche actuelle du questionnaire en allemand (PatZu_nouvelle ébauche 1.0 avec l'échelle verbale à 5 réponses) a été traitée avec les patients dans le cadre d'entretiens semi-structurés. Chaque question de l'ébauche de questionnaire, y compris la formulation des catégories de réponses, a été traitée individuellement. Les différentes techniques d'entretien cognitif mentionnées ci-dessus ont été utilisées. Le questionnaire ayant servi de base aux entretiens cognitifs incluait déjà une question sur l'état de santé général. Cette question doit être comprise comme caractéristique pour le contrôle du modèle d'ajustement au risque dans le cadre de l'enquête pilote (voir chapitre 2.2.2). Cette

question aussi a été traitée lors des entretiens cognitifs. À la fin de l’entretien, les patients ont obtenu une version du questionnaire avec l’échelle de réponse à 11 réponses aux extrêmes nommées afin d’évaluer les différents formats d’échelle. L’objectif de la comparaison directe des échelles était de savoir quelle échelle les personnes interrogées estimaient préférable (ressentie comme plus agréable, plus facile à répondre). Enfin, les patients ont pu poser librement des questions ou donner des indications supplémentaires.

La taille de l’échantillon des entretiens cognitifs sur la version du questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 1.0 est de n=26 au total. Des patients en soins aigus (n=15) et en psychiatrie (n=11) ont été interrogés (tableau 1). La répartition des services Soins aigus figure dans la Figure 9.

	Total	Soins aigus	Psychiatrie
n (%)	26	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Sexe			
homme	12	5	7
femme	14	10	4
Âge	M= 54,24 (ET=13,84) 32-85 ans	M=58,5 (ET=15,31) 32-85 ans	M=48,81 (ET=9,87) 33-67 ans

Tableau 1 : participants aux entretiens cognitifs

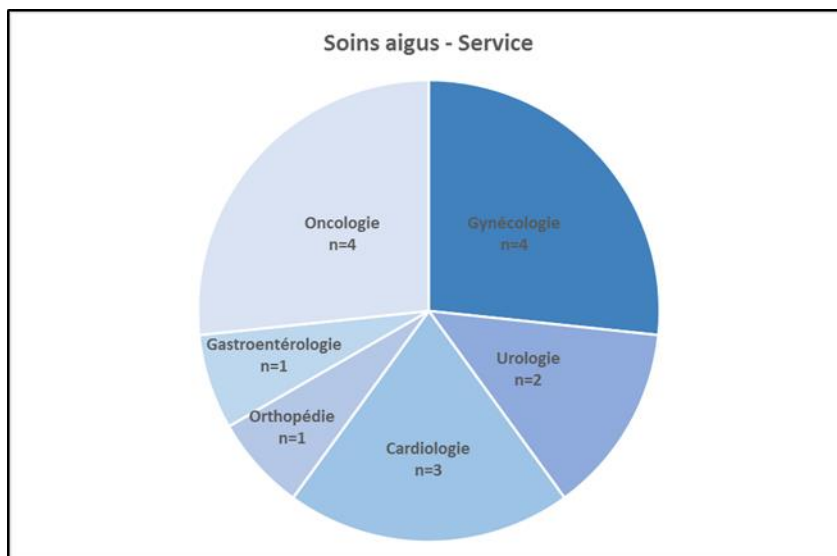


Figure 9 : services représentés pour les entretiens cognitifs en soins aigus

3.2.1. Résultats centralisés des entretiens cognitifs – Domaine Soins aigus

Question	Évaluation de la question par les patients	Évaluation des catégories de réponse par les patients
Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital ?	Pour les patients, la qualité des soins comprend deux dimensions principales : a) la qualité des soins du médecin et b) la qualité des soins des infirmiers.	Les patients estiment problématique a) l'absence de possibilité de réponse neutre, car la réponse intermédiaire « Bonne » est positive et b) les possibilités de réponse « Excellente » et « Très bonne », car celles-ci sont à peine différentes. Le classement a été jugé trop fin.
Avez-vous eu la possibilité de poser les questions importantes pour vous ?	Pour les patients, les questions importantes sont celles concernant le traitement médical (le diagnostic, le traitement, l'opération et la durée de l'opération, l'anesthésie) et les éventuels risques et complications. La majorité des personnes interrogées étaient dérangées par la formulation « importantes ». Une telle formulation impliquerait qu'il y ait des questions « non importantes ».	Pas d'objection
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?	Une « réponse compréhensible » désigne une réponse sans termes techniques médicaux ou dans laquelle les éventuels termes techniques sont expliqués ou paraphrasés de manière adaptée aux néophytes.	Pas d'objection
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?	Les patients associent les termes suivants à « à quoi servaient les médicaments » : raison de la prise, effet, effets secondaires et parfois aussi les interactions médicamenteuses.	Pas d'objection
Avez-vous constaté des erreurs dans l'administration des médicaments ?	Pour cette question, les patients ne comprennent pas qui aurait fait une erreur (médecin, infirmier ou eux-mêmes). En outre, les patients estiment qu'il est impossible de répondre à une telle question, car ils ne disposent pas des connaissances médicales nécessaires. Une réponse ne serait que spéculation. (Par ex. ce cas s'applique si des effets secondaires inattendus sont apparus ou si l'état de santé ne s'améliore pas). Les éléments suivants sont considérés comme des « erreurs » : une erreur peut inclure : (a) mauvais médicament, (b) mauvais dosage, (c) pas d'administration malgré la prescription du médecin, (d) administration d'un médicament non nécessaire ou non prescrit, (e) médicament administré sur la base d'un mauvais diagnostic, (f) prise oubliée (patient) et (g) confusion avec un autre patient.	Concernant l'échelle de réponse, les patients ont indiqué qu'il n'était possible de répondre que « oui » ou « non » à cette question (une erreur s'est produite ou non). D'après les patients, « Très probablement » ou « Peut-être » pourraient servir de réponse alternative quand on suppose une erreur.
Comment jugez-vous l'organisation de votre sortie d'hôpital ?	Les patients ont interprété ou développé différemment ce que contenaient les termes « Organisation de la sortie de l'hôpital ». Ils ont inclus la communication en temps utile de la sortie à venir, mais aussi la remise de documents (lettre du médecin, rapport final), des informations sur les médicaments et le comportement après la sortie de l'hôpital, jusqu'à l'accompagnement à la sortie.	Les patients estiment problématique a) l'absence de possibilité de réponse neutre, car la réponse intermédiaire « Bonne » est positive et b) les possibilités de réponse « Excellente » et « Très bonne », car celles-ci sont à peine différentes. Le classement a été jugé trop fin.
Comment évalueriez-vous le moment de votre sortie ?	Les patients ont interprété différemment l'évaluation du moment de la sortie. Le jour et l'heure ainsi que le « bon » moment à partir duquel le patient est de nouveau en bonne santé, en forme et peut sortir sans suivi médical supplémentaire ont été cités, entre autres. Une évaluation réalisée par les patients pourrait être subjective au mieux, car le patient peut se sentir en bonne santé mais ses résultats ou valeurs sanguines peuvent encore être critiques. D'après les patients, c'est donc le médecin qui devrait déterminer le moment. Celui-ci ne pourrait également qu'évaluer le moment de la sortie. Un patient pourrait seulement indiquer comment il a ressenti la durée de l'hospitalisation et donc aussi s'il considère que le moment de la sortie était adapté.	Pas d'objection
Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?	Pour les patients, l'état de santé inclut deux dimensions : a) physique et b) mental/psychique.	Les patients recommandent d'utiliser deux catégories de réponse. Il faudrait pouvoir évaluer d'une part l'état de santé physique, d'autre part l'état psychique.

3.2.2. Résultats centralisés des entretiens cognitifs – Domaine Psychiatrie

Question	Évaluation de la question par les patients	Évaluation des catégories de réponse par les patients
Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital ?	Pour les patients, la qualité des soins inclut ceux apportés par le personnel soignant et les infirmiers. De l'avis des personnes interrogées, les médecins jouent là un rôle secondaire. Pour les patients en psychiatrie, la qualité des soins relève aussi des interactions humaines avec le personnel, par ex. la confiance et l'empathie du personnel. En outre, la définition de la « qualité » est influencée par les formes de traitements habituels en psychiatrie et les offres diversifiées. Les interactions décrites auraient lieu plus souvent avec les thérapeutes et les infirmiers qu'avec les médecins.	Les patients estiment problématique a) l'absence de possibilité de réponse neutre, car la réponse intermédiaire « Bonne » est positive et b) les possibilités de réponse « Excellente » et « Très bonne », car celles-ci sont à peine différentes. Le classement a été jugé trop fin.
Avez-vous eu la possibilité de poser les questions importantes pour vous ?	En plus des questions médicales, les questions importantes sont celles résultant des traitements et de tout ce qui « préoccupe » les patients. Importantes sont aussi les questions relatives au logement et au style de vie après la sortie. Les personnes interrogées étaient dérangées par la formulation « importantes ». Une telle formulation impliquerait qu'il y ait des questions « non importantes ».	Pas d'objection
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?	Une « réponse compréhensible » désigne une réponse sans termes techniques médicaux ou dans laquelle les éventuels termes techniques sont expliqués ou paraphrasés de manière adaptée aux néophytes. Des réponses compréhensibles fournissent une « information » et favorisent ainsi la satisfaction des patients.	Pas d'objection
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?	Les patients associent les termes suivants à « à quoi servaient les médicaments » : raison de la prise, effet, effets secondaires et parfois aussi les interactions médicamenteuses. Pour les patients souffrant d'une maladie chronique (antécédents médicaux de longue durée ou maladie récurrente et/ou durée d'hospitalisation) pour lesquels un traitement de longue durée était indiqué, l'item était incompréhensible ou ils n'ont pas pu y répondre. Un traitement existant n'est pas expliqué aux malades chroniques ; l'information ne concerne que l'utilité des médicaments obtenus pendant le séjour à la clinique.	Pas d'objection
Avez-vous constaté des erreurs dans l'administration des médicaments ?	Le patient ne peut répondre qui aurait fait une erreur (médecin, infirmier ou eux-mêmes). En outre, les patients estiment qu'il est impossible de répondre à une telle question, car ils ne disposent pas des connaissances médicales nécessaires. Une réponse ne serait que spéculation. (Par ex. ce cas s'applique si des effets secondaires inattendus sont apparus ou si l'état de santé ne s'améliore pas). Les éléments suivants sont considérés comme des « erreurs » : une erreur peut inclure : (a) mauvais médicament, (b) mauvais dosage, (c) pas d'administration malgré la prescription du médecin, (d) administration d'un médicament non nécessaire ou non prescrit, (e) médicament administré sur la base d'un mauvais diagnostic, (f) prise oubliée (patient) et (g) confusion avec un autre patient. Globalement, la responsabilité personnelle du patient dans la prise de médicaments est soulignée en psychiatrie. Ainsi, la question pourrait ne pas se rapporter à la clinique ou au personnel, mais aux patients eux-mêmes.	Concernant l'échelle de réponse, les patients ont indiqué qu'il n'était possible de répondre que « oui » ou « non » à cette question (une erreur s'est produite ou non). D'après les patients, « Très probablement » ou « Peut-être » pourraient servir de réponse alternative quand on suppose une erreur.
Comment jugez-vous l'organisation de votre sortie d'hôpital ?	Les termes « Organisation de la sortie de l'hôpital » ont été compris de façon très différente : organisation précoce de la suite des soins/conditions des soins, garantie de l'intégration au poste de travail et perspectives résidentielles, sentiment de sécurité et perspective d'avenir positive, clarification de la suite des événements et transition en douceur vers une vie après le traitement. En psychiatrie, il s'agirait principalement d'une bonne préparation de la sortie et de la prise en compte des besoins individuels des patients.	Les patients estiment problématique a) l'absence de possibilité de réponse neutre, car la réponse intermédiaire « Bonne » est positive et b) les possibilités de réponse « Excellente » et « Très bonne », car celles-ci sont à peine différentes. Le classement a été jugé trop fin.

Comment évalueriez-vous le moment de votre sortie ?	D'après les patients, la durée d'un traitement psychiatrique est pré-définie sur trois mois en Suisse. Il y a eu aussi l'argument que l'évaluation était subjective. Pour certains patients, le moment arriverait toujours trop tôt, indépendamment de l'état de santé. De nombreux patients abordent la sortie avec inquiétude et craintes.	Pas d'objection
Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?	Pour les patients, l'état de santé inclut deux dimensions : a) physique et b) mental/psychique. Les personnes interrogées ont estimé qu'il était très difficile de répondre à cette question sans cette différenciation.	Les patients recommandent d'utiliser deux catégories de réponse. Il faudrait pouvoir évaluer d'une part l'état de santé physique, d'autre part l'état psychique.

3.3. Finalisation des questionnaires pour les enquêtes pilotes Soins aigus et Psychiatrie

Les ébauches finales de questionnaire utilisées comme instruments de collecte dans les enquêtes pilotes Soins aigus et Psychiatrie ont été élaborées dans le cadre d'une procédure de consensus à plusieurs niveaux avec les experts du QA-PatZu sur la base des résultats des entretiens cognitifs et des recherches dans la littérature. Les dimensions « Qualité des soins », « Information/communication », « Médication » et « Gestion des sorties » ont été conservées dans les deux versions des questionnaires. La sous-dimension « Sécurité de la médication » a été supprimée à la fois pour les soins aigus et la psychiatrie.

Par contre, une nouvelle dimension significative « Participation à la planification du traitement » a été incluse pour la psychiatrie. Dans le cadre des entretiens cognitifs avec les patients des services psychiatriques, il s'est avéré que l'inclusion des patients dans la planification du traitement pendant le séjour à la clinique et la réponse aux besoins au cours du traitement jouaient un rôle important. Ceci a été confirmé par une recherche dans la littérature et les questionnaires de relevé de la satisfaction des patients utilisés dans les soins psychiatriques (Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – ZÜPAZ ; Münsterlinger Patientenfragebogen – MÜPF ; Fragebogen zur Patientenzufriedenheit - POC-18).

Des modifications spécifiques aux indications ont été effectuées pour certaines questions qui ont été conservées :

Item 1 - Qualité des soins : la question relative à la qualité des soins a été raccourcie par rapport à la version du questionnaire d'origine et une remarque spécifique relative au personnel soignant a été ajoutée entre parenthèses. Les contenus des versions pour les soins aigus et la psychiatrie ne présentent que des différences minimales. Cette spécification permet aux patients de comprendre et de répondre plus facilement aux questions.

Items 2 et 3 - Information/Communication : de la même manière, à la fois pour les soins aigus et la psychiatrie, la question relative à la possibilité de poser des questions a été raccourcie et la structure modifiée, ce qui la rend bien plus compréhensible qu'auparavant pour les patients.

Le troisième item pour une réponse compréhensible aux questions a été repris tel quel pour les soins aigus et la psychiatrie.

Item 4 – Médication - Information : le quatrième item relatif à l'information sur la prise de médicaments n'a pas été modifié pour les soins aigus. Cet item a été modifié pour la psychiatrie à travers un contenu plus détaillé de l'information relative aux médicaments. En outre, l'obtention des médicaments se rapporte ici au séjour à la clinique (voir Soins aigus : médicaments à prendre chez soi).

Item 5 - Erreur d'administration de médicaments : l'item de la version d'origine n'a pas été repris dans les questionnaires finaux pour les soins aigus et la psychiatrie. L'item était incompréhensible et de nombreux patients ont estimé qu'il ne pouvait pas être évalué.

Par contre, un nouvel item a été ajouté pour la psychiatrie, servant à relever la dimension « *Participation à la planification du traitement* ».

Item 6 et 7 - Gestion des sorties : la question relative à l'organisation de la sortie de l'hôpital a été reprise telle quelle pour les soins aigus. Cet item a subi des modifications minimales pour la psychiatrie.

La dernière question relative au moment de la sortie s'étant avérée problématique lors des entretiens cognitifs, elle a été modifiée pour la nouvelle version du questionnaire Soins aigus. La question traite désormais du ressenti de la durée de l'hospitalisation. La question a été supprimée de la version du questionnaire Psychiatrie.

Question supplémentaire – État de santé subjectif : cette question a été reprise telle quelle dans les deux questionnaires.

De même, les catégories verbales de l'échelle à 5 réponses ont été conservées à l'identique. Au final, deux ébauches de questionnaires finales étaient disponibles pour les enquêtes pilotes à la fin de la 1^{ère} phase de projet. L'ébauche de questionnaire PatZu_nouvelle version 2.0 Soins aigus comprend six items incluant quatre dimensions de satisfaction des patients. La version pour la psychiatrie (PatZu_nouvelle version 2.0 Psychiatrie) comprend désormais cinq dimensions, également à travers six items (voir Figure 10).

Les deux questionnaires ont été présentés respectivement selon les trois formats d'échelle (échelle verbale à 5 réponses, échelles à 5 et 11 réponses aux extrêmes nommées). Des exemples des versions de l'échelle verbale à 5 réponses et de l'échelle à 7 réponses pour les soins aigus et la psychiatrie figurent en annexe (Figure 113 à Figure 117). En outre, une comparaison de l'ancien et du nouveau questionnaire de satisfaction des patients pour les soins aigus se trouve en annexe. Elle présente clairement les dimensions et les questions qui ont été conservées ou modifiées (annexe, Figure 116).

Questionnaire sur la satisfaction des patients de l'ANQ ébauche 2 – Versions pour les enquêtes pilotes –			
PatZu_nouvelle version 2.0 Soins aigus		PatZu_nouvelle version 2.0 Psychiatrie	
Dimensions	Questions	Questions	Dimensions
Qualité du traitement	1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et des infirmiers) ?	1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier) ?	Qualité du traitement
Information / Communication	2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ? 3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?	2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ? 3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?	Information / Communication
Médication	4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?	4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible l'effet, les effets secondaires, le dosage et l'heure de prise des médicaments que vous avez reçus durant votre hospitalisation ?	Médication
		5. Avez-vous été suffisamment impliqué-e dans la décision concernant votre projet thérapeutique ?	Participation planification du traitement
Gestion des sorties	5. Comment jugez-vous l'organisation de votre sortie d'hôpital ? 6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation ?	6. La préparation de votre sortie de la clinique a-t-elle répondu à vos besoins ?	Gestion des sorties

Figure 10 : nouvel ensemble de questions - Versions finales pour les enquêtes pilotes Soins aigus et Psychiatrie

3.4. Contenu et déroulement de la phase de préparation en réadaptation

Pour l'enquête pilote en réadaptation également, l'ébauche d'origine du nouveau questionnaire (PatZu_nouvelle_ébauche 1.0, Figure 8, annexe Figure 112) a d'abord été adaptée pour la réadaptation. Le déroulement de ce processus d'adaptation est expliqué Figure 11. Au vu des résultats des phases de préparation dans les soins aigus et la psychiatrie indiquant que l'ébauche originale pour les enquêtes pilotes devait encore être adaptée au domaine, il a été décidé pour la réadaptation d'effectuer tout d'abord une adaptation de l'item basée sur la théorie et les avis d'experts.

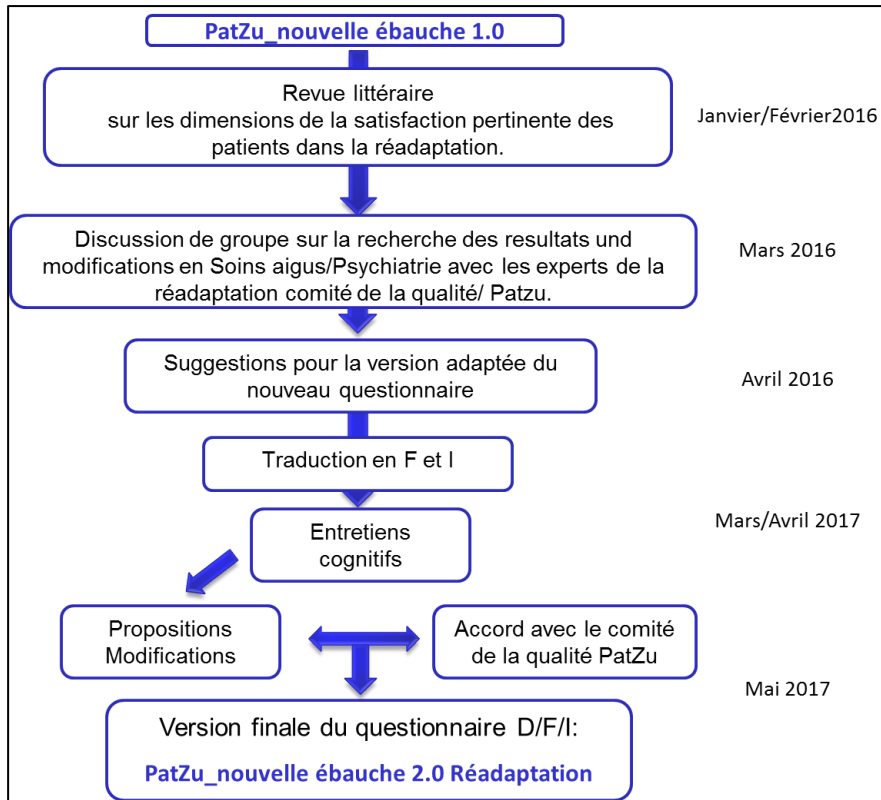


Figure 11 : déroulement du processus de finalisation du questionnaire pour l'enquête pilote en réadaptation

Dans le cadre d'une revue de littérature, l'on s'est attaché à rechercher des dimensions pertinentes en matière de satisfaction des patients en réadaptation ainsi que des questionnaires (longs) fréquemment utilisés pour le relevé de la satisfaction des patients après un traitement en réadaptation.

Les résultats de la recherche ont été discutés au sein d'un groupe d'experts composé de membres du QA-PatZu ainsi que du QA Rehabilitation (groupe qualité Réadaptation). Il en a résulté une ébauche modifiée destinée à la réadaptation. Celle-ci a ensuite été traduite par la Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR) selon des normes scientifiques, puis elle a été soumise à un test qualitatif dans le cadre d'entretiens cognitifs menés auprès de 37 personnes ayant été prises en charge en réadaptation dans les trois régions linguistiques. Les résultats des entretiens ont donné lieu à des adaptations linguistiques et ont permis de clarifier des questions dans les trois langues. Le déroulement, le procédé méthodologique et les résultats du processus de traduction ainsi que de la validation linguistique par le biais d'entretiens cognitifs pour l'enquête en réadaptation ont été représentés dans un rapport final séparé de la HETS-FR. (Heeb, Haab, & Scozzari, 2017) La version finale du questionnaire a été convenue entre les collaborateurs du bureau de l'ANQ et les membres du QA-PatZu. Le questionnaire destiné à l'enquête pilote en réadaptation figurait dans le résultat final de la phase de préparation (Figure 119).

3.5. Finalisation des questionnaires pour l'enquête pilote en réadaptation

En tant que résultat du test cognitif préalable et d'une adaptation réalisée sur la base de la théorie et d'avis d'experts, l'ébauche finale du questionnaire Réadaptation contient les dimensions « Qualité du traitement », « Information/communication » et « Gestion des sorties », tout comme les versions pour les soins aigus et la psychiatrie. La dimension « Médication » a été complètement supprimée, car elle a été estimée moins significative pour la réadaptation.

Les dimensions supplémentaires intégrées dans le questionnaire de la réadaptation sont « Participation » et « Offre thérapeutique ». La façon dont les dimensions sont prises en compte en réadaptation en fonction des indications est décrite ci-après.

Qualité du traitement – Item 1 : la question relative à la qualité des soins a été raccourcie par rapport à la version du questionnaire d'origine et une remarque spécifique relative au personnel soignant a été ajoutée entre parenthèses. Le contenu ne présente que des différences minimales par rapport aux versions pour les soins aigus et la psychiatrie.

Information/Communication – Items 2 et 4 : la question relative à la possibilité de poser des questions a été supprimée et remplacée par une nouvelle question relevant si le patient avait été informé des objectifs et du déroulement de la réadaptation au début de celle-ci. Cet ajout a pour objectif de permettre de tenir compte explicitement de l'aspect « Information ». La question 4 relative à la compréhensibilité des réponses reste inchangée.

Participation – Item 3 : cet item a été formulé dans le cadre de la première adaptation basée sur la théorie et l'avis d'experts afin de tenir compte de l'un des principes directeurs de la réadaptation. La clarification de l'aspect temporel (« pendant le séjour en réadaptation ») a été modifiée dans le cadre des entretiens cognitifs.

Offre thérapeutique – Item 5 : autre nouvelle dimension intégrée au questionnaire avec un item spécifique à la réadaptation, la satisfaction vis-à-vis de l'offre thérapeutique représente une « activité principale » de la réadaptation. Le terme « thérapies » est précisé entre parenthèses.

Gestion des sorties – Items 6 et 7 : la gestion de la sortie est relevée en deux items, qui incluent à la fois l'aspect organisationnel et les recommandations/informations pour la période suivant la réadaptation. L'aspect « proches » a également été intégré en lien avec la gestion de la sortie. Dans le cadre des entretiens cognitifs, les formulations d'items d'origine ont connu des adaptations linguistiques.

Les catégories verbales de l'échelle à 5 réponses ont été conservées telles quelles et reprises pour les nouveaux items.

Dans le résultat final, l'ébauche du questionnaire PatZu_nouvelle version 2.0 Réadaptation inclut sept items, qui relèvent cinq dimensions de la satisfaction des patients (Figure 119). La Figure 12 représente les similitudes et les différences entre les différentes ébauches de questionnaires pour les enquêtes pilotes dans les soins aigus et la réadaptation.

Une comparaison de l'ancien et du nouveau questionnaire de satisfaction des patients pour la réadaptation en annexe présente clairement les dimensions et les questions qui ont été conservées ou modifiées (

Figure 121).

Questionnaire sur la satisfaction des patients de l'ANQ ébauche 2 – Versions pour les enquêtes pilotes –			
PatZu_nouvelle version 2.0 Soins aigus		PatZu_nouvelle version 2.0 Réadaptation	
Dimensions	Questions	Questions	Dimensions
Qualité du traitement	1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et des infirmiers) ?	1. Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social) ?	Qualité du traitement
Information / Communication	2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ? 3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?	2. Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé-e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation ? 4. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?	Information / Communication
Médication	4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?		
		3. Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions ?	Participation
		5. Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.) ?	Offre thérapeutique
Gestion des sorties	5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital ? 6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation ?	6. Comment étaient votre information et celle de vos proches concernant tout ce qui est important pour la période après votre séjour de réadaptation (défis, médicaments, etc.) ? 7. Comment était l'organisation des principales mesures prises pour vous et vos proches pour la période après votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.) ?	Gestion des sorties

Figure 12 : nouvel ensemble de questions - Versions finales pour les enquêtes pilotes Réadaptation et Soins aigus

4. Phase de projet 2 : enquête pilote quantitative

4.1. Organisation et déroulement des enquêtes pilotes

Dans le cadre d'une enquête pilote, les versions d'ébauches finalisées du nouveau questionnaire succinct ont été utilisées lors de la phase pilote (voir chapitre 3) pour l'enquête de satisfaction sur des échantillons de patients en soins aigus et en psychiatrie ainsi que chez les patients après une réadaptation en milieu hospitalier.

L'enquête auprès des patients dans les cliniques du projet à l'aide du nouveau questionnaire succinct a été organisée conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion définis par l'ANQ pour les enquêtes de satisfaction habituelles (ANQ, 2014b). En Suisse allemande, dans le cadre de l'enquête pilote dans les soins aigus, tous les patients sortis des cliniques du projet pendant le mois d'octobre 2015 ont été interrogés. Afin d'atteindre le nombre de cas ciblé, les patients sortis au cours de deux mois (janvier et février 2016) ont été interrogés dans les cliniques du projet francophones et italophones. L'expédition a été effectuée simultanément pour tous les patients du même mois de sortie, à un moment défini (mi-novembre 2016 pour les cliniques du projet germanophones, mi-février et mi-mars pour les cliniques du projet francophones et italophones). L'intervalle entre la sortie et l'enquête est donc de 2 à 6 semaines.

En psychiatrie, l'enquête auprès des patients incluait aussi deux mois de sortie (avril et mai 2016) afin de pouvoir atteindre le nombre de cas requis par clinique. Il y a donc eu également deux vagues d'enquête : l'expédition a été effectuée en mai et en juin 2016. Pour chaque clinique du projet, dans le cadre des enquêtes pilotes en soins aigus et en psychiatrie, les trois variantes du questionnaire (échelle verbale à 5 réponses, échelle verbale à 7 réponses et à 11 réponses aux extrêmes nommées) ont été envoyées dans les mêmes quantités aux patients sortis, l'attribution des variantes du questionnaire à chaque patient se faisant au hasard (conception aléatoire), voir pour cela la conception de l'étude au chapitre 2.2.

Les enquêtes en réadaptation s'étendaient aussi sur deux mois de sortie (juin et juillet 2017). Tout comme pour les soins aigus et la psychiatrie, cette enquête a également été réalisée en deux vagues : les questionnaires ont été envoyés en juillet et août 2017. En raison de la modification de la conception de l'étude destinée à la réadaptation (voir chapitre 2.2), le questionnaire avec l'échelle verbale à 5 réponses a été envoyé à tous les participants potentiels à l'étude.

En plus des données des questionnaires, les cliniques du projet ont sélectionné des données personnelles qui ont été mises à la disposition des statistiques de l'OFS sur les participants à l'étude sous forme pseudonymisée (voir chapitre 2.2.2 : Caractéristiques de l'ajustement au risque). Afin de pouvoir associer les données relatives aux participants à l'étude sur le questionnaire et les données de l'OFS pour l'évaluation, les questionnaires ont été marqués d'un numéro d'étude (numéro d'ensemble).

Les deux instituts de mesure externes hcri AG et Macon mesure & consult GmbH, qui effectuent aussi les enquêtes de satisfaction nationales régulières avec les hôpitaux, ont également réalisé l'organisation concrète de l'enquête (préparation des questionnaires, marquage des questionnaires avec le numéro d'étude, etc.) et la préparation des données d'enquête. Les cliniques du projet elles-mêmes ou les instituts de mesure centralisés se sont chargés de l'expédition des questionnaires. Un courrier d'information était joint aux questionnaires, indiquant que cette enquête était une étude et que la participation était

volontaire. Ce courrier d'information contenait aussi des indications concernant la gestion des données de recherche et le respect des dispositions relatives à la protection des données.

Les instituts de mesure externes étaient les destinataires des retours de questionnaires. Ce sont eux également qui se sont chargés de la préparation des données (procédé semblable aux procédures habituelles). Les instituts de mesure externes transmettent les données préparées sous forme électronique à l'hôpital universitaire de la Charité de Berlin pour évaluation. Les cliniques du projet ont transmis directement à la Charité les données de l'OFS des participants à l'étude marquées du numéro de recherche.

4.2. Procédés statistiques utilisés

Différents procédés statistiques ont été utilisés dans le cadre de l'analyse des données quantitative des enquêtes pilotes. Chaque procédé statistique fournit des résultats pour une ou deux questions à clarifier dans le cadre du projet, voir chapitre 1.2.

Le **contrôle des critères de qualité théoriques de test** du nouvel ensemble de questions a d'abord été effectué dans le cadre d'analyses des items et des valeurs de mesure globales, à l'aide de méthodes de la théorie de test classique. L'analyse des items détermine l'adéquation des items vis-à-vis des objectifs de l'enquête. Le but est de tester et d'améliorer le cas échéant la qualité d'une échelle en contrôlant les items. L'analyse des items est un instrument essentiel pour la construction et l'évaluation du test. Les aspects contrôlés dans le cadre de l'analyse des items sont en lien avec l'acceptation du procédé, la fiabilité ainsi que la capacité de discrimination et de différenciation de la valeur de mesure globale (en tant que critère de qualité du test).

Les analyses des valeurs théoriques du test ont été réalisées à la fois pour chaque item et pour une valeur de mesure globale de la satisfaction des patients (score total de la satisfaction des patients, constitué des items individuels, voir ci-dessous). La valeur de mesure globale de la satisfaction devrait offrir une bonne différenciation dans tout le domaine de la manifestation des caractéristiques.

Les effets de plafond et de plancher ou les zones à très forte densité de valeurs de mesure indiquent des lacunes dans la capacité de discrimination entre les personnes interrogées avec des manifestations des caractéristiques différentes. En raison des conditions multifactorielles de la satisfaction (par ex. références internes, attentes, expériences, valeurs, mais aussi facteurs d'influence extérieurs), il faut supposer une distribution normale rapprochée des manifestations des caractéristiques. La distribution des valeurs de mesure est donc examinée également pour détecter les écarts par rapport à une distribution normale rapprochée.

Les valeurs représentatives significatives suivantes ont été calculées :

- Valeurs de situation (moyenne, médiane)
- Valeurs de dispersion (écart-type, écart)
- Valeurs de distribution (asymétrie, kurtosis)
- Taux de manquants
- Effet plafond

En outre, la capacité de discrimination des items individuels ainsi que la cohérence interne de l'échelle globale de la satisfaction des patients ont été déterminées à l'aide d'analyses de fiabilité.

Dans la théorie de test classique, la capacité de discrimination désigne la corrélation de l'item avec le résultat global d'un test, elle est donc également nommée corrélation item-total. La capacité de discrimination doit permettre d'estimer à quel point un item fait la distinction entre des personnes avec une manifestation des caractéristiques faible et élevée. Les valeurs de capacité de discrimination entre 0,4 et 0,7 sont considérées comme de « bonnes » capacités de discrimination (Moosbrugger & Kelava, 2008).

La cohérence interne (Cronbachs Alpha) d'une échelle désigne la mesure dans laquelle les questions d'une échelle sont en lien les unes avec les autres. Normalement, il ne faudrait utiliser des échelles que si la α valeur est supérieure ou égale à 0,65.

Afin de permettre une comparaison directe des résultats des analyses d'items, les valeurs individuelles des trois échelles ont été transformées de manière linéaire en des valeurs entre 0 et 100 (voir Tableau 2).

Échelle	Formale	Valeurs d'origine			Valeurs transformées
Échelle verbale à 5 réponses	$\frac{x - 1}{5 - 1} \times 100$	1: Mauvaise	Jamais	Non, pas du tout	0
		2: Moins bonne	Rarement	Plûtôt non	25
		3: Bonne	Quelquefois	En Partie	50
		4: Très bonne	Très souvent	Plûtôt oui	75
		5: Excellente	Toujours	Oui, tout à fait	100
Échelle à 7 réponses	$\frac{x - 1}{7 - 1} \times 100$	1: Mauvaise	Jamais	Non, pas du tout	0
		2			16.66
		3			33.33
		4			50
		5			66.66
		6			83.33
		7: Excellente	Toujours	Oui, tout à fait	100
Échelle à 11 réponses	$\frac{(x+1)-1}{11-1} \times 100$	0: Mauvaise	Jamais	Non, pas du tout	0
		1			10
		2			20
		3			30
		4			40
		5			50
		6			60
		7			70
		8			80
		9			90
		10: Excellente	Toujours	Oui, tout à fait	100

Tableau 2 : transformation d'échelle sur une plage de valeurs entre 0 et 100

De plus, une valeur de mesure totale, le score total de satisfaction des patients, a été calculée sous forme de somme cumulée pour 5 items (psychiatrie : 6 items ; réadaptation : 7 items). Pour l'échelle verbale à 5 réponses, cela a donné une plage de score total de satisfaction des patients de 5 à 25 (psychiatrie : 6 à 25, réadaptation : 7 à 35), pour l'échelle à 7 réponses une plage de 5 à 35 (psychiatrie : 6 à 42) et pour l'échelle à 11 réponses une plage de 0 à 50 (psychiatrie : 0 à 60). Tout comme le procédé d'analyse des items individuels, le score total a aussi été transformé en des valeurs entre 0 et 100.

Les analyses mentionnées des critères de qualité théoriques donnent des indications sur la question 1 (adéquation du nouvel ensemble de questions pour une enquête de satisfaction nationale) et la question 2 (détermination du format d'échelle ayant la meilleure capacité de discrimination).

La validité de la structure des différentes variables (items) a été contrôlée dans le cadre d'une **analyse dimensionnelle** pour les trois formats d'échelle, également afin de vérifier l'adéquation des questions et des formulations aux fins d'une satisfaction des patients nationale (question 1). Pour cela, l'adéquation des données empiriques au modèle théorique a été contrôlée pour les trois versions du questionnaire à l'aide d'une analyse des facteurs confirmatoire. La spécification du modèle résulte de la structure du questionnaire avec les quatre dimensions latentes (satisfaction générale, information/communication, médication et gestion des sorties) et les items appartenant aux dimensions. La correspondance entre la matrice de départ reconstruite sur la base du modèle et des paramètres de modèle estimés (charges des facteurs sur les items) et la matrice de départ réelle est contrôlée. La structure des facteurs est prescrite pour l'analyse des facteurs confirmatoire. Un modèle à 4 facteurs et un modèle à un facteur ont été spécifiés et testés avec le facteur général « satisfaction des patients ». La capacité d'adaptation du modèle est évaluée à travers différentes mesures d'adaptation. La Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] est utilisée, des valeurs entre 0,05 et 0,08 indiquant une bonne adaptation du modèle et des valeurs $\geq 0,1$ une plus mauvaise adaptation. En outre, le Comparative Fit Index [CFI] et le Normed Fit Index [NFI] sont inclus dans le rapport. Idéalement, ces valeurs doivent être de 1,0. Pour une bonne adaptation du modèle, il faudrait un CFI $\geq 0,97$ et un NFI $\geq 0,95$ (Hu & Bentler, 1999).

Une **analyse du modèle Rasch** a été effectuée également afin d'évaluer l'adéquation de la structure globale du questionnaire (question 1). Le test sert à contrôler si les items d'un questionnaire correspondent aux hypothèses du modèle de test Rasch probabiliste.

Comme pour la théorie de test classique, la théorie de test probabiliste (Item-Response-Theory) et le modèle Rasch couramment utilisé sont des modèles mathématiques-psychologiques. L'avantage du modèle Rasch est qu'une relation déterministe entre le comportement d'une personne dans le test et ses paramètres personnels (capacité de base des sujets) n'est pas nécessaire. On part du principe qu'il existe une continuité latente des caractéristiques (ici la satisfaction des patients) permettant de classer les personnes dans les catégories de réponse aux items en fonction de la manifestation de leurs caractéristiques (satisfaction) et des catégories de réponse aux items par rapport à leurs paramètres seuils. Le procédé peut être résumé en disant que les personnes et les paramètres des items sont évalués sur la base des hypothèses du modèle. D'après les items et les tests, on vérifie s'il est possible d'expliquer de manière satisfaisante le comportement de réponse observé des sujets par le biais de l'hypothèse d'une continuité latente de la caractéristique « Satisfaction des patients » ou des paramètres des personnes estimés et des estimations des paramètres d'items.

Les hypothèses du modèle Rasch ont une série de conséquences, qui distinguent le modèle Rasch sur les plans pragmatique, statistique et scientifique théorique. La plus importante est celle de l'objectivité spécifique : dans la mesure où un ensemble d'items correspond aux hypothèses du modèle Rasch, le paramètre personnel peut aussi être estimé à travers une sélection partielle des items, le cas échéant même d'un seul item. D'après les hypothèses du modèle Rasch, le paramètre personnel permet une mesure échelonnée par intervalles de la caractéristique latente (ici la satisfaction des patients).

L'index Q permet de contrôler l'adéquation des items, c.-à-d. à quel point les modèles de réponse aux items observés peuvent être expliqués par le modèle. Le résultat indique si un item est plus ou moins discriminé que le modèle le prévoit. La valeur Q doit être inférieure à 0,30 (Rost, 2004). La valeur p indique s'il y a une discrimination statistiquement significativement supérieure ou inférieure. D'autres valeurs de la capacité d'adaptation du modèle globale sont également indiquées.

Interprétation des résultats du modèle Rasch et utilité des échelles ordinales sous forme d'informations échelonnées :

Si les catégories de réponse aux items sont codées avec des valeurs de chiffres entiers, les valeurs des items en résultant ne peuvent pas être interprétées comme des informations échelonnées en tant que telles, car l'hypothèse de différences égales entre les catégories de réponse aux items ne peut pas être confirmée. Dans la mesure où un ensemble d'items correspond aux hypothèses du modèle rapide, le paramètre personnel résultant de l'analyse du modèle Rasch permet une mesure échelonnée par intervalles de la caractéristique latente (ici la satisfaction des patients) (Bond & Fox, 2015). Étant donné que les items appartiennent à trois différentes versions d'échelles (y compris l'échelle verbale à 5 réponses) mais correspondent ici aux hypothèses du modèle Rasch probabiliste, il est possible d'attribuer aux catégories de réponse aux items des valeurs permettant une mesure échelonnée, en tenant compte des hypothèses de ce modèle ainsi que du test adaptatif informatisé.

Le noyau du modèle Rasch est l'hypothèse d'une continuité latente des caractéristiques, permettant de localiser les personnes interrogées (ou objets) par rapport à la position des « paramètres seuils » situés entre les catégories en fonction de la manifestation de leurs caractéristiques (« paramètres personnels ») ainsi que des catégories de réponse aux items. La probabilité de choisir une catégorie de réponse est modélisée sur la continuité latente des caractéristiques à l'aide d'une fonction mathématique de l'écart entre les paramètres seuils et personnels. La continuité latente des caractéristiques est supposée échelonnée (Bond & Fox, 2015).

Dans la mesure où les items dans les séries individuelles correspondent aux hypothèses d'un modèle théorique adapté de l'Item-Response-Theory (théorie de test probabiliste), ils peuvent être utilisés dans un questionnaire statistique, mais aussi dans une procédure de test adaptative informatique. Dans le cadre du test adaptatif informatique, l'algorithme de test adaptatif informatique imite le comportement d'un diagnosticien expérimenté par le biais d'une intelligence artificielle. Celui-ci pose généralement une question d'introduction (premier item), puis posera d'autres questions en fonction de la réponse à ces questions (items supplémentaires), qui correspondent autant que possible à la manifestation des caractéristiques de la personne. Ainsi, l'algorithme de test adaptatif informatique débute par la présentation d'un item d'introduction. La personne interrogée peut choisir une catégorie de réponse. En fonction du choix de l'une des catégories de réponse proposées, l'algorithme estime déjà la manifestation des caractéristiques en tenant compte des informations disponibles à propos des paramètres de réponse aux items dans la continuité latente des caractéristiques. Cette évaluation sur la base d'un item constitue déjà une estimation échelonnée de la manifestation des caractéristiques (Embretson & Reise, 2000; Van der Linden & Glas, 2000; Van der Linden & Hambleton, 1997).

Un procédé statistique supplémentaire a permis de vérifier si un comportement de réponse en fonction du groupe se dessinait pour certains items de l'ensemble de questionnaires - le **Differential Item Functioning (DIF)**. Une dépendance au groupe ou Differential Item Functioning existe quand des personnes de différents groupes (généralement le sexe, la tranche d'âge ou l'ethnie) présentent une probabilité différente de donner certaines réponses à des items, qui ne résulte pas de différences de la caractéristique à expliquer (satisfaction des patients). Dans cette mesure, les analyses du DIF donnent également des résultats sur la réponse à la question 1 (adéquation des questions et formulations à une satisfaction nationale des patients).

Les analyses du DIF servent à démontrer que tous les items prescrits sont compris de la même façon ou fonctionnent de manière identique à travers les différents groupes/caractéristiques socio-démographiques et ethniques (donc indépendamment de l'appartenance au groupe). Il est donc légitime que des différences entre les groupes apparaissent, mais uniquement celles pouvant être expliquées par la caractéristique générale (égalité conditionnelle). L'objectif est qu'aucune différence dans la probabilité du choix d'une catégorie de réponse à un item n'apparaisse pour la caractéristique à mesurer selon des contrôles statistiques. Enfin, les différences observables dans la probabilité de réponse aux items ne devraient être dues qu'aux différences entre les groupes dans la manifestation de la caractéristique à mesurer (ici : satisfaction globale) (voir Figure 13).

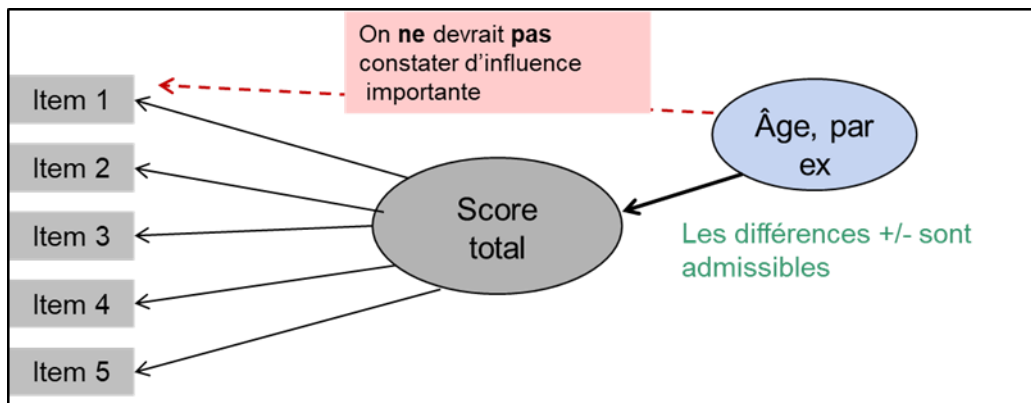


Figure 13 : hypothèses du Differential Item Functioning (DIF)

L'approche de Zumbo (1999) a été suivie et une régression logistique ordinaire utilisée pour effectuer le test de DIF. Un modèle de régression logistique ordinaire à 2 niveaux est spécifié pour chaque item en tant que variable dépendante. Dans une première étape, la somme cumulée (de tous les items représentant la manifestation des caractéristiques à mesurer) est intégrée dans le modèle comme variable prédictive. Le pseudo R carré calculé est comparé au pseudo R carré qui résulte quand l'appartenance aux différents groupes linguistiques, d'âge et de sexe (sexe * groupe de 20 années) est intégrée au modèle en tant que valeur prédictive supplémentaire. La différence entre les pseudos R carrés donne l'intensité d'effet du DIF. Les différences de pseudo R² entre $0,13 \leq \Delta R^2 \leq 0,26$ sont les valeurs seuils pour un DIF modéré (Bruno D. Zumbo, 1999; B. D. Zumbo & Thomas, 1997).

Le DIF a été contrôlé pour les caractéristiques Âge, Sexe et Langue. Les analyses ont été effectuées séparément pour les 5 items dans les trois formats d'échelle.

En plus des analyses d'items, l'étude a examiné dans quelle mesure les échelles représentent des différences significatives entre les cliniques et permettent donc de les distinguer. Ces analyses de l'**adéquation des différents formats d'échelle à la démonstration des différences entre les cliniques** offrent ainsi des résultats importants pour la question 2 (détermination du format d'échelle ayant la meilleure capacité de discrimination). Dans une première étape, les valeurs brutes (sans ajustement) des moyennes de chaque clinique ont été comparées dans le score total. Il a également été déterminé dans quelle mesure

les valeurs moyennes par clinique sont significativement différentes dans les 5 items. Des analyses de **variance et de covariance** ont permis de vérifier si les valeurs moyennes de la satisfaction des patients variaient statistiquement significativement entre les hôpitaux. La version d'échelle permettant de déterminer la variation la plus importante entre les hôpitaux a été examinée. L'analyse de la variance contrôle l'influence d'une variable à échelle nominale (par ex. clinique) sur une variable échelonnée (valeurs de mesure des items ou score total de la satisfaction des patients) en comparant les valeurs moyennes de la variable dépendante au sein des groupes définis par les catégories de la variable indépendante.

Ces analyses ont été réalisées à la fois pour le score total de la satisfaction des patients et pour les 5 items individuels dans les trois versions d'échelle. L'êta carré (η^2) est une mesure de la variance expliquée (part dans la variance totale de la variance entre les hôpitaux), c.-à-d. une indication de l'intensité de l'effet d'une analyse de variance. L'êta carré, indiquant la part de la variance (différences) entre les patients pouvant être expliquée par la variable de regroupement (par ex. hôpitaux) varie de 0 = 0% à 1 = 100%. D'après Cohen (1988), l'êta carré peut être classé à partir de 0,01 comme petit effet, de 0,06 comme effet moyen et de 0,14 comme effet important.

Des analyses de la variance et covariance ont également été effectuées pour **tester un ensemble de variables d'ajustement** aux fins d'une comparaison juste entre les hôpitaux (question 3).

La relation entre les facteurs de confusion potentiels et la satisfaction des patients a d'abord été testée dans le cadre d'analyses de variance monofactorielles. Les variables suivantes ont été prises en compte dans les analyses :

- Âge (regroupement en 20 groupes d'âges)
 - Sexe
 - Statut d'assuré (en division commune ou semi-privé/privé)
 - Durée de l'hospitalisation
 - Type d'admission : urgence ou planifiée
 - Diagnostic principal comme indicateur possible de la gravité de la maladie (regroupés selon le chapitre principal de la CIM-10)
 - Effet de retard : influence du délai entre la sortie de l'hôpital et la réception du questionnaire
 - État de santé subjectif au moment de l'enquête
-
- Lieu de séjour après la sortie (*seulement pris en compte dans les soins aigus et la réadaptation*)
 - Type d'admission 2 : volontaire ou placement (*seulement pris en compte en psychiatrie*)
 - Lieu de séjour avant l'admission (*seulement pris en compte en réadaptation*)
 - Type / domaine de réadaptation (*seulement pris en compte en réadaptation*)
 - Acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail (*seulement pris en compte en réadaptation*)

Pour les analyses dans le domaine des soins aigus et de la réadaptation, les variables pour lesquelles une relation avec la satisfaction des patients a été déterminée dans les analyses monofactorielles ont ensuite été intégrées dans un modèle multifactoriel.

4.3. Résultats de l'enquête pilote Soins aigus

4.3.1. Base de données et caractéristiques de l'échantillon

L'enquête pilote Soins aigus a été réalisée en collaboration avec 13 cliniques du projet. 6 cliniques du projet ont participé pour la Suisse allemande. 5 cliniques ont participé pour la Romandie et 2 cliniques pour le Tessin.

Au total, 9 460 questionnaires ont été envoyés aux participants potentiels à l'étude. 3 440 questionnaires ont été renvoyés complétés, ce qui correspond à un taux de réponse de 36,4% (voir Tableau 3). Le nombre minimum de 2 250 questionnaires complétés prévu dans le concept d'échantillon (voir section 2.2.1) a donc nettement été dépassé. Seul le Tessin (n=490) n'a pas atteint le nombre de cas prévu par région linguistique (n=750). Ceci est dû au fait que seules deux cliniques de projet y ont été recrutées.

	Cliniques	Formulaires envoyés	Formulaires complétés	Taux de réponse	Nombre total de réponses
allemand	11	650	246	37,8%	2.072
	12	596	259	43,5%	
	13	737	271	36,8%	
	14	952	327	34,3%	
	15	2.708	813	30,0%	
	16	443	156	35,2%	
français	21	663	300	45,2%	878
	23	1050	356	33,9%	
	24	367	128	34,9%	
	25	257	81	31,5%	
	26	45	13	28,9%	
italien	31	777	370	47,6%	490
	35	277	120	43,3%	
	Total	9.460	3.440	36,4%	3.440

Tableau 3 : enquête pilote Soins aigus - Nombre de cas par région linguistique

Le retour des trois variantes des questionnaires est presque égal (voir Figure 14). À la fin de la récolte, 1 184 questionnaires de l'échelle de 5 verbale et 1 181 questionnaires de l'échelle de 7 avaient été complétés. Le nombre de questionnaires de l'échelle à 11 réponses disponibles pour les analyses est un peu plus faible avec n=1 075. Le nombre de cas minimum planifié de n=750 par échelle a donc été atteint pour les trois formats d'échelle dans l'enquête pilote Soins aigus.

La répartition d'échelle des retours par clinique est représentée dans la Figure 15. Le nombre de cas pour la plupart des cliniques du projet était de plus de 50 questionnaires par échelle. Une seule clinique a atteint un nombre de cas très faible (ID Clinique 26). C'est pourquoi cette clinique n'a pas été prise en compte dans les analyses des différences démontrables entre les cliniques.

Le nombre total de cas obtenus est bon. Les trois formats d'échelle et les trois régions linguistiques sont suffisamment représentés pour donner des avis statistiquement fiables.

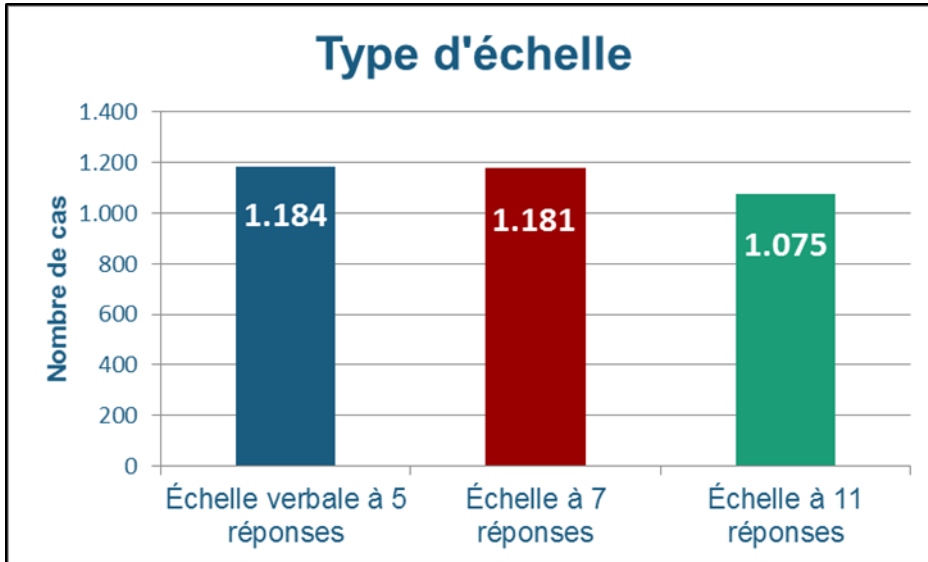


Figure 14 : enquête pilote Soins aigus - Nombre de cas par type d'échelle

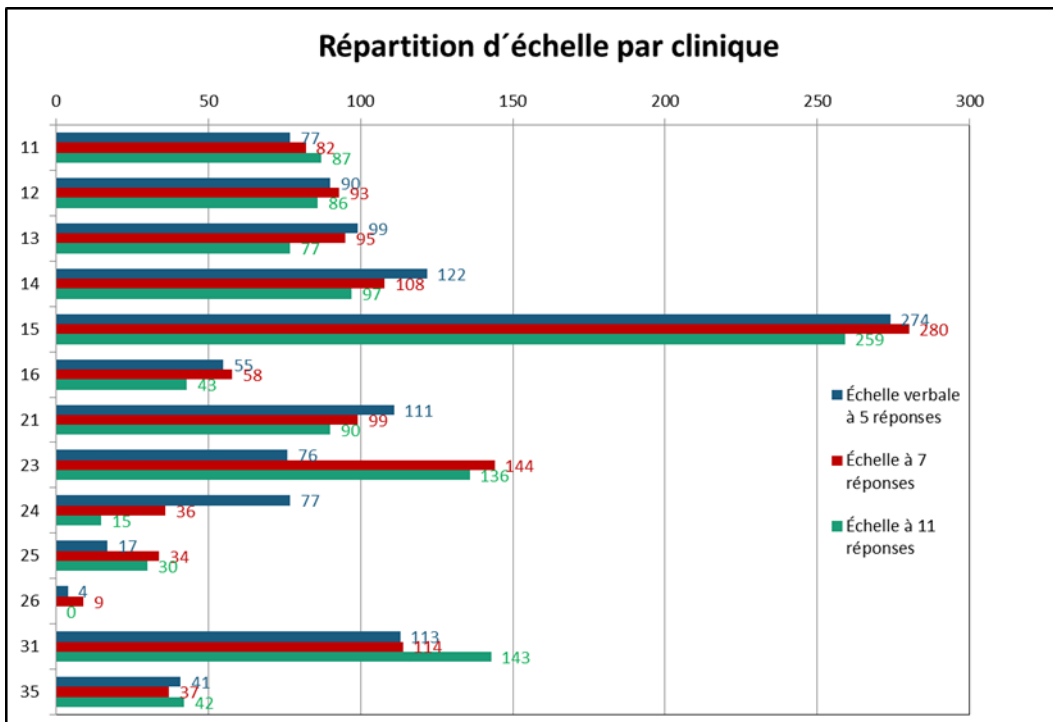


Figure 15 : enquête pilote Soins aigus - Nombre de cas spécifiques des cliniques par échelle

Les caractéristiques principales de l'échantillon figurent dans le Tableau 4. Un peu plus de femmes que d'hommes ont participé à l'enquête (femmes : 53,1 % et hommes : 46,9 %). L'âge moyen des participants est de 61,4 ans. Les personnes interrogées ont passé en moyenne 5,7 jours en hôpital de soins aigus. La plupart d'entre elles sont rentrées chez elles après leur sortie (80,9%). Au total, 71,1% des personnes interrogées étaient assurés en division commune, le reste ayant une assurance privée ou semi-privée (25,9%). En moyenne, 33 jours se sont écoulés entre la sortie et l'expédition des questionnaires.

Les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les chapitres principaux de la CIM-10-GM pour la description de l'échantillon et les analyses de facteurs d'influence potentiels sur la satisfaction des patients (DIMDI, 2015). La distribution des groupes de diagnostics est représentée à la Figure 16. Les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué le groupe de diagnostic le plus fréquent avec 15,4%. 13,1% et 13,0% des patients étaient traités pour une maladie du système ostéo-articulaire ou après une lésion traumatique, un empoisonnement ou d'autres traumatismes somatiques. Les tumeurs (10,1%), les séjours à l'hôpital pour grossesse et accouchement (9,3%) ainsi que les maladies du système digestif (9,1%) constituent d'autres groupes de diagnostic fréquents. Les 30,0% restants sont distribués sur douze autres groupes de diagnostic principal.

Échantillon Étude pilote Soins aigus N=3 440	
Sexe	Hommes : 46,9% ; Femmes : 53,1%
Âge	Moy. : 61,4 ans (ET : 18,8)
Durée d'hospitalisation	Moy. : 5,74 jours (ET : 6,2)
Statut d'assurance	en division commune : 74,1% ; privé/semi-privé : 25,9%
Type d'admission	urgence : 51,6%, planifié : 48,4%,
Séjour après la sortie	au domicile : 80,9% ; autre part : 19,1%
Temps entre la sortie et l'expédition (retard)	Moy. : 33,1 jours (ET : 9,6)

Tableau 4 : enquête pilote Soins aigus - Caractéristiques d'échantillon

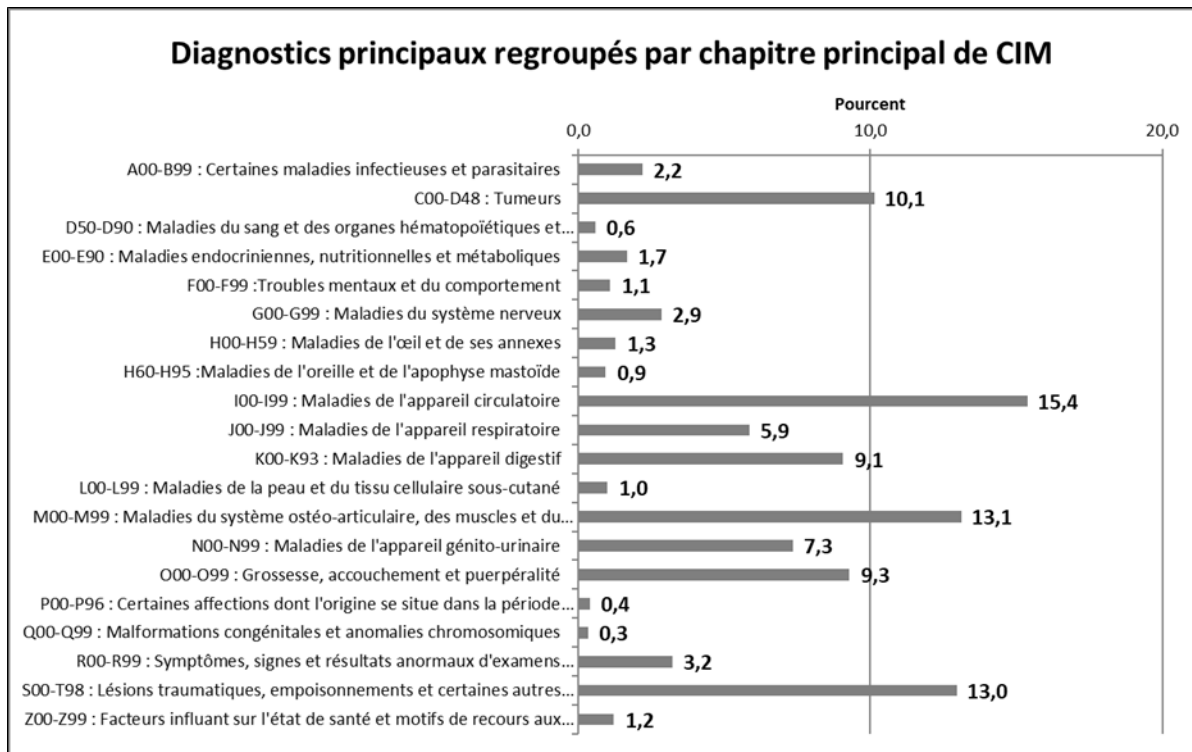


Figure 16 : enquête pilote Soins aigus - Diagnostics principaux regroupés par chapitres principaux de la CIM-10

4.3.2. Valeurs représentatives théoriques des différents formats d'échelle

Les valeurs des trois échelles ont été transformées sur une échelle de 0 à 100 pour une meilleure comparabilité des résultats. Une analyse des valeurs représentatives théoriques a d'abord été effectuée pour les 5 items individuels du nouveau questionnaire de satisfaction Soins aigus.

Les résultats de l'analyse des items sont représentés sous forme graphique dans l'Figure 17 à l'Figure 21. Les différentes valeurs représentatives de l'analyse des items sont présentées dans le Tableau 5 pour tous les items et formats d'échelle.

On constate globalement des *valeurs moyennes* assez élevées. Pour les items 3 et 4, les trois échelles présentent des valeurs moyennes presque identiques d'environ 85. Pour les items 1, 2 et 5, l'échelle verbale à 5 réponses atteint des valeurs moyennes nettement inférieures (5 : 74,8 ; 7 : 85,8 ; 11 : 87) et item 5 (5 : 69,9 ; 7 : 80,8 ; 11 : 83,5).

Lors de l'examen de l'*asymétrie* et du kurtosis, les trois échelles présentent pour tous les items une asymétrie à gauche et une distribution plus pointue que la distribution normale. C'est l'échelle verbale à 5 réponses qui donne les meilleures valeurs. Ici, la distribution est plus proche de la distribution normale, en particulier pour les items 1, 2 et 5.

La plage de l'*effet plafond* est comprise entre 23,5% et 61,3%. Indépendamment de l'échelle, l'item 2 (53,2% à 54,9%) et l'item 4 (52% à 61,3%) présentent l'effet plafond le plus élevé. On trouve l'effet plafond le plus bas pour l'item 1 (27,1% à 40,6%) et l'item 5 (23,5% à 42,4%) ; ici, l'échelle verbale à 5

réponses a l'effet plafond le plus faible. Pour les items 3 et 4, l'effet plafond est plus élevé avec l'échelle verbale à 5 réponses qu'avec les échelles à 7 et 11 réponses.

On remarque un faible *taux de manquants* de 2,5% à 9% sur l'ensemble des données. Le taux de manquants le plus élevé a été constaté pour l'item 4 (5 : 6,4% ; 7 : 9% ; 11 : 8,8%). L'échelle verbale à 5 réponses présente des taux de manquants légèrement plus faibles que les autres échelles pour tous les items.

Concernant la capacité de discrimination, les items des trois échelles atteignent des corrélations d'items totales de 0,51 à 0,66 (échelle verbale à 5 réponses), de 0,63 à 0,78 (échelle à 7 réponses) et de 0,63 à 0,75 (échelle à 11 réponses). Pour les trois formats d'échelle, les résultats indiquent une bonne représentation de la valeur totale et une bonne capacité de discrimination entre les personnes interrogées ayant des manifestations des caractéristiques différentes.

Globalement, les résultats de l'analyse des items indiquent que l'échelle verbale à 5 réponses offre la meilleure différenciation entre les personnes interrogées avec des manifestations des caractéristiques différentes. On le constate en particulier pour les items 1 et 5, ainsi que l'item 2. Les taux de manquants comparativement faibles pour l'échelle à 5 réponses indiquent une bonne compréhension de l'échelle verbale et une acceptation élevée de la formulation des items et des réponses de réponses par les personnes interrogées.

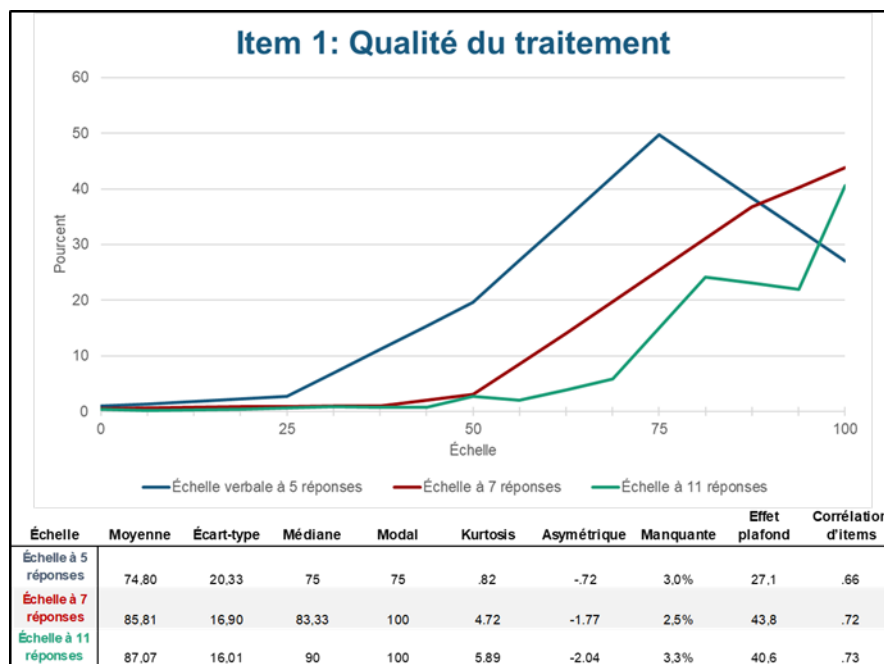


Figure 17 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 1 : Qualité du traitement,

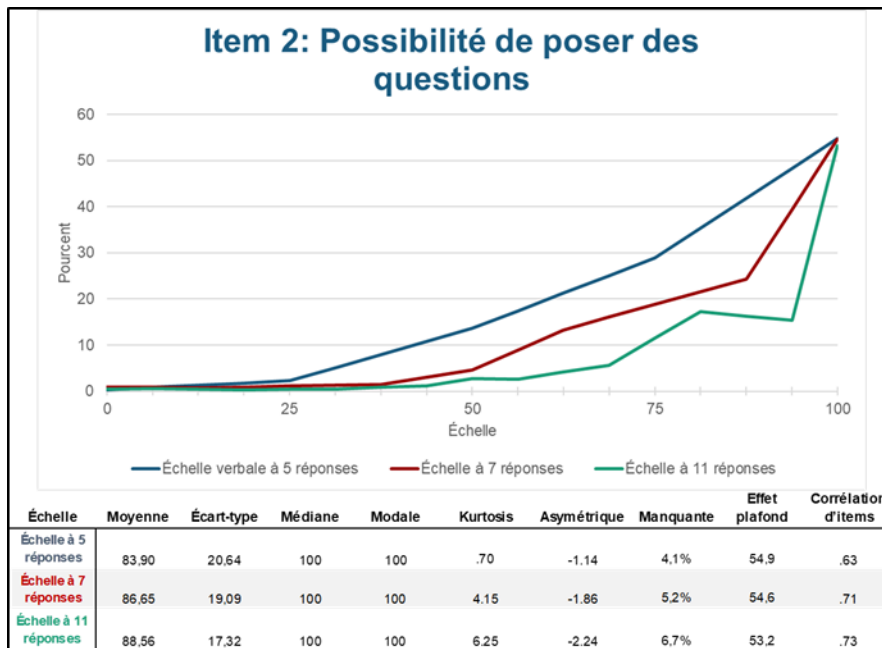


Figure 18 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 2 : Poser des questions

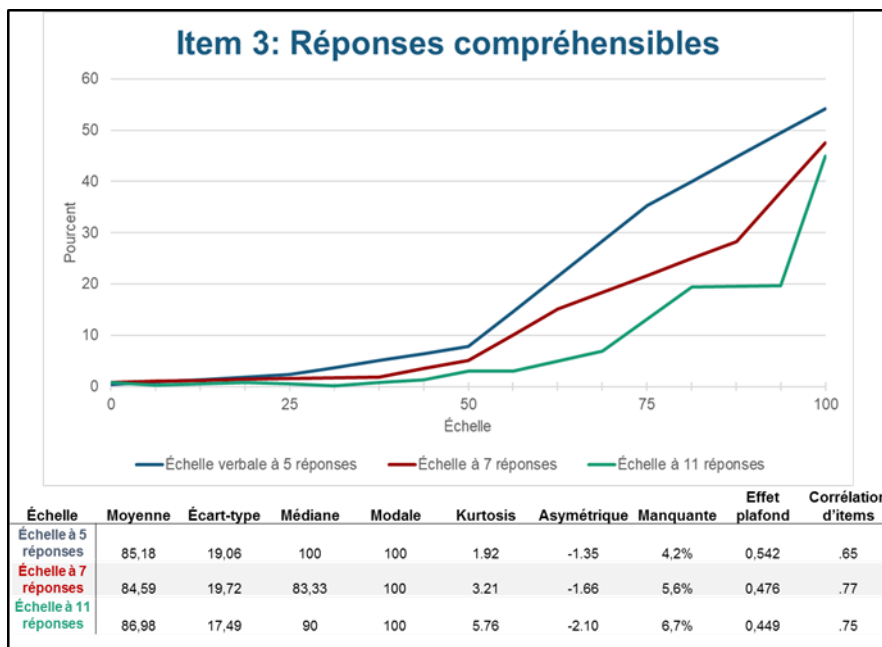


Figure 19 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 3 : Obtenir des réponses

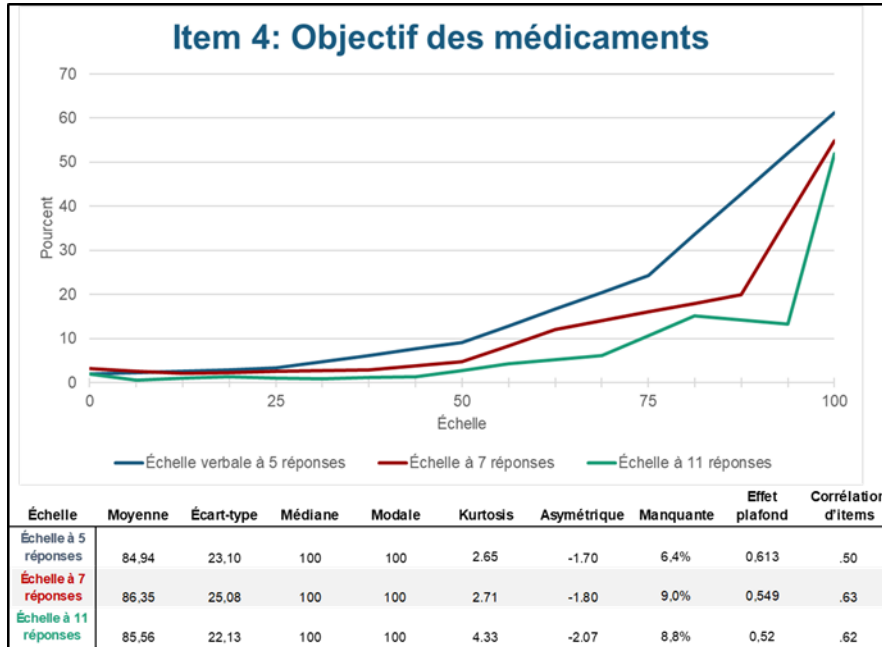


Figure 20 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 4 : Objectif des médicaments

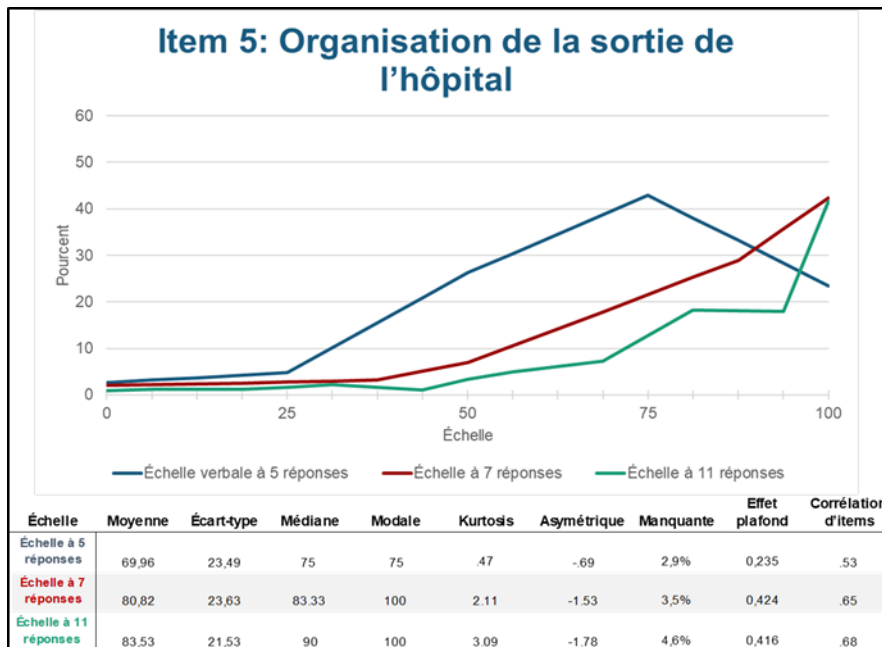


Figure 21 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 5 : Gestion des sorties

Item 1 Qualité du traitement	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	74,80	20,33	75	75	.82	-0,72	3,0%	27,1	.66
Échelle à 7 réponses	85,81	16,90	83,33	100	4,72	-1,77	2,5%	43,8	.72	
Échelle à 11 réponses	87,07	16,01	90	100	5,89	-2,04	3,3%	40,6	.73	
Item 2 Poser des questions	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modale	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	83,90	20,64	100	100	.70	-1,14	4,1%	54,9	.63
Échelle à 7 réponses	86,65	19,09	100	100	4,15	-1,86	5,2%	54,6	.71	
Échelle à 11 réponses	88,56	17,32	100	100	6,25	-2,24	6,7%	53,2	.73	
Item 3 Obtenir des réponses	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modale	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	85,18	19,06	100	100	1,92	-1,35	4,2%	0,542	.65
Échelle à 7 réponses	84,59	19,72	83,33	100	3,21	-1,66	5,6%	0,476	.77	
Échelle à 11 réponses	86,98	17,49	90	100	5,76	-2,10	6,7%	0,449	.75	
Item 4 Médicaments	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modale	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	84,94	23,10	100	100	2,65	-1,70	6,4%	0,613	.50
Échelle à 7 réponses	86,35	25,08	100	100	2,71	-1,80	9,0%	0,549	.63	
Échelle à 11 réponses	85,56	22,13	100	100	4,33	-2,07	8,8%	0,52	.62	
Item 5 Sortie	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modale	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	69,96	23,49	75	75	.47	-0,69	2,9%	0,235	.53
Échelle à 7 réponses	80,82	23,63	83,33	100	2,11	-1,53	3,5%	0,424	.65	
Échelle à 11 réponses	83,53	21,53	90	100	3,09	-1,78	4,6%	0,416	.68	

Tableau 5 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items 1 à 5 : présentation globale des résultats

Dans une deuxième étape, les 5 premiers items de satisfaction ont été utilisés pour former un score total de la satisfaction des patients, qui a été transformé sur des valeurs entre 0 et 100 pour les trois échelles (voir chapitre 4.2). Les résultats des analyses théoriques du score total sont représentés à la Figure 22.

L'échelle verbale à 5 réponses présente l'effet plafond le plus faible dans le score total de la satisfaction des patients (5 : 11,4%, 7 : 24,6%, 11 : 24,4%). De même, la valeur moyenne est la plus faible pour l'échelle verbale à 5 réponses (5 : 79,4%, 7 : 84,2%, 11 : 86,3%). Les résultats du score total des trois échelles présentent une distribution asymétrique vers la gauche qui est la moins marquée pour l'échelle verbale à 5 réponses (asymétrie : 5 : -1,15 ; 7 : -1,69, 11 : -2,04). Par conséquent, c'est le score total de l'échelle verbale à 5 réponses qui offre la meilleure différenciation de la satisfaction des patients sur toute la plage de manifestation des caractéristiques. En outre, les valeurs représentatives relatives à la cohérence interne (corrélations d'items) des trois échelles démontrent que les 5 items mesurent le concept de « satisfaction des patients » avec une cohérence élevée. Ce résultat se reflète également dans la représentation graphique de la distribution du score total de la satisfaction des patients. La distribution la plus avantageuse de la somme cumulée ayant l'effet plafond le plus faible se trouve dans l'échelle verbale à 5 réponses.

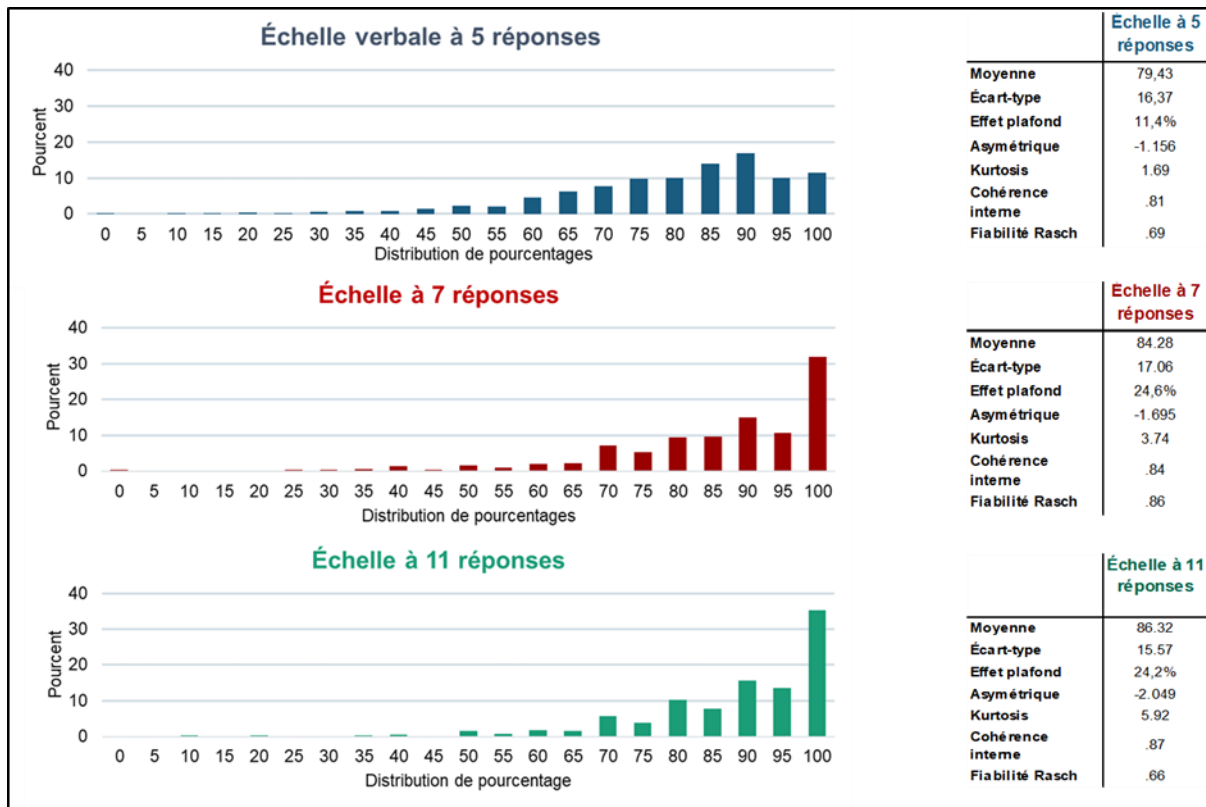


Figure 22 : enquête pilote Soins aigus - Résultats du score total de la satisfaction des patients

Globalement, les résultats du contrôle théorique de l'échelle verbale à 5 réponses présentent la distribution la plus avantageuse avec l'effet plafond le plus faible et permettent donc une bonne capacité de discrimination sur l'ensemble de la plage des manifestations des caractéristiques. Cela concerne à la fois le score total de la satisfaction des patients et les items individuels (ici en particulier les items 1, 2 et 5) du nouvel ensemble de questionnaires.

4.3.3. Analyse dimensionnelle

Un autre élément de l'étude de recherche était de vérifier dans quelle mesure les items prescrits ou le questionnaire existant permettaient réellement de relever ou de mesurer le concept de la « satisfaction des patients ». Une analyse dimensionnelle confirmatoire a été utilisée pour contrôler le modèle de la satisfaction des patients avec ses facteurs prescrits. Quatre facteurs pertinents existent pour le questionnaire Soins aigus, relevés à travers cinq items (voir Figure 23).

Item	Variable	Facteur/Dimension	
Item 1	Qualité du traitement	Qualité du traitement	Satisfaction des patients
Item 2	Poser des questions	Information & Communication	
Item 3	Obtenir des réponses		
Item 4	Médication	Médication	
Item 6	Gestion des sorties	Gestion des sorties	

Figure 23 : enquête pilote Soins aigus - Analyse dimensionnelle

Le modèle à 4 facteurs spécifié (qualité du traitement, information & communication, médication et gestion des sorties) permet une bonne adaptation des données pour les trois versions d'échelle. Le Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] est $< 0,06$ pour les trois échelles, le Comparative Fit Index [CFI] $> 0,99$ et le Normative Fit Index ([NFI] $> 0,98$, ce qui signifie que les corrélations observées entre les valeurs des items peuvent s'expliquer par le modèle spécifié. Les échelles à 7 et 11 réponses indiquent des valeurs d'adaptation un peu meilleures (voir Figure 24).

Dans le modèle à un facteur (modèle à facteur général) aussi, les trois échelles présentent de bonnes valeurs d'adaptation (la Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] est de $< 0,07$ pour deux des trois échelles, le Comparative Fit Index [CFI] de $> 0,98$ pour les trois échelles et le Normative Fit Index ([NFI] également de $> 0,98$ pour les trois échelles), les échelles à 7 et 11 réponses atteignant là encore de meilleures valeurs d'adaptation (voir Figure 25). Cependant, les différences entre les valeurs représentatives sont marginales.

Globalement, les résultats des analyses factorielles confirmatoires indiquent que les trois formats d'échelle présentent une adéquation des données très bonne à bonne (dimensions et facteur général). Les facteurs définis représentent donc bien le modèle de « satisfaction des patients ».

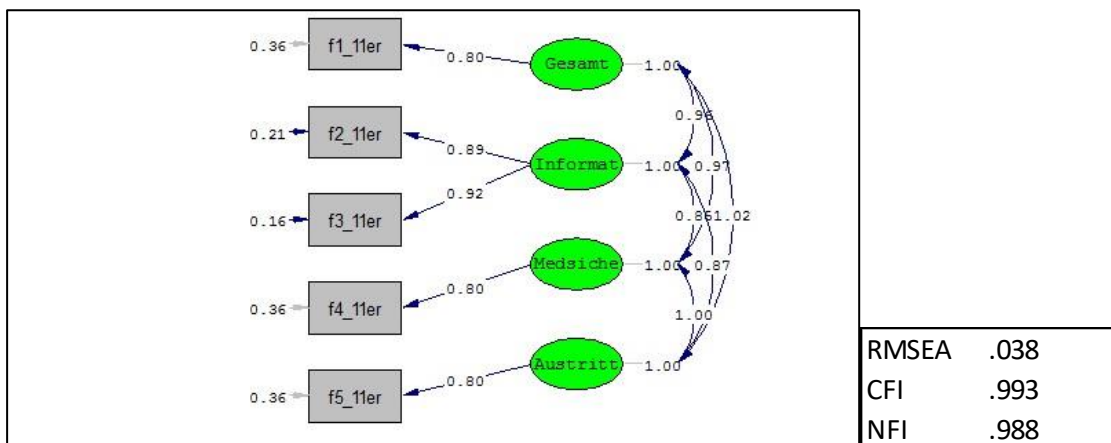
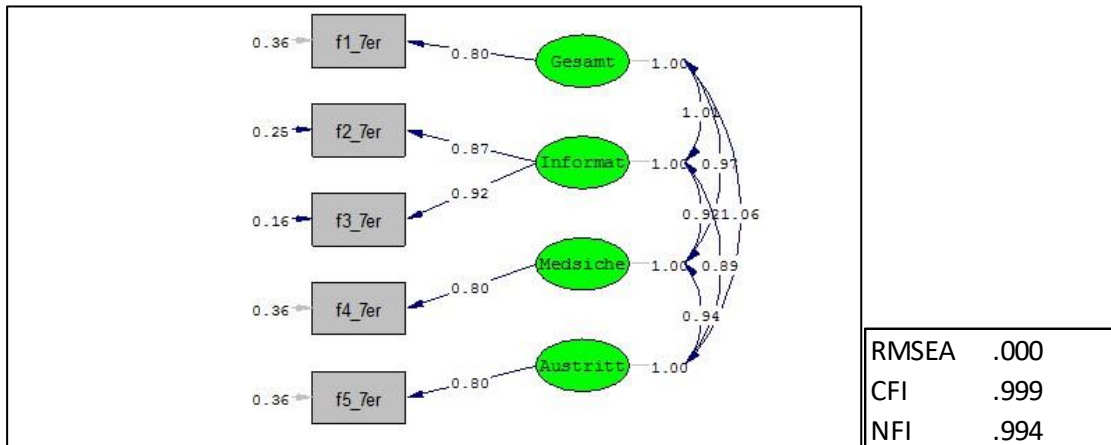
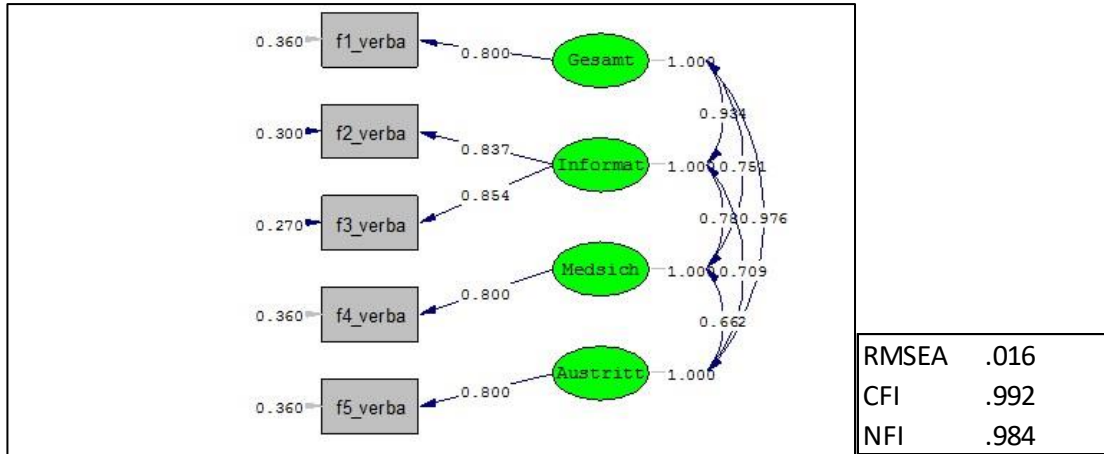


Figure 24 : enquête pilote Soins aigus - Analyse dimensionnelle du modèle à 4 facteurs : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

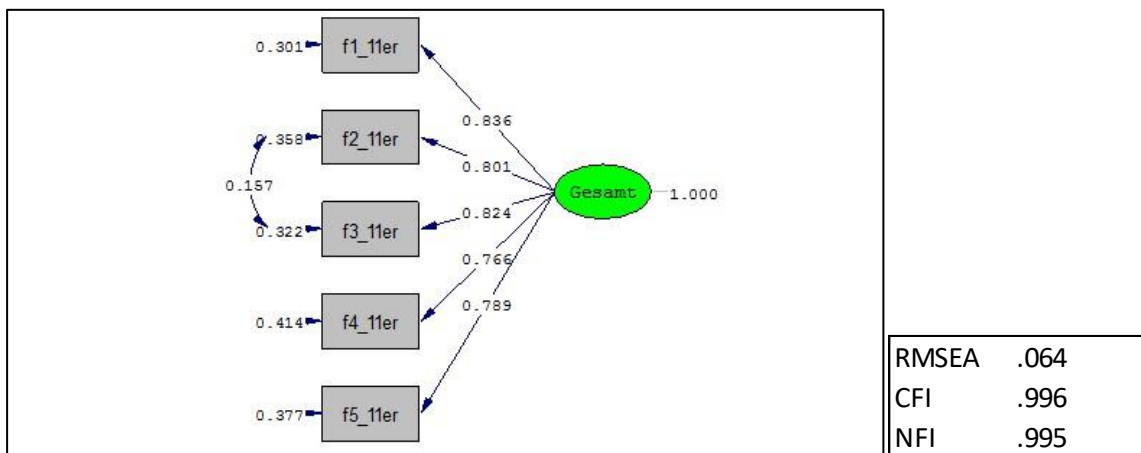
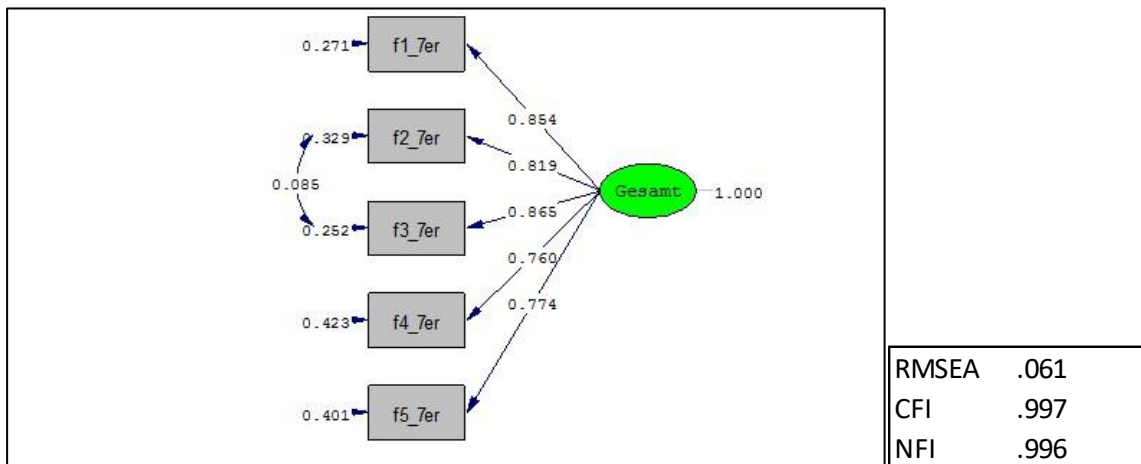
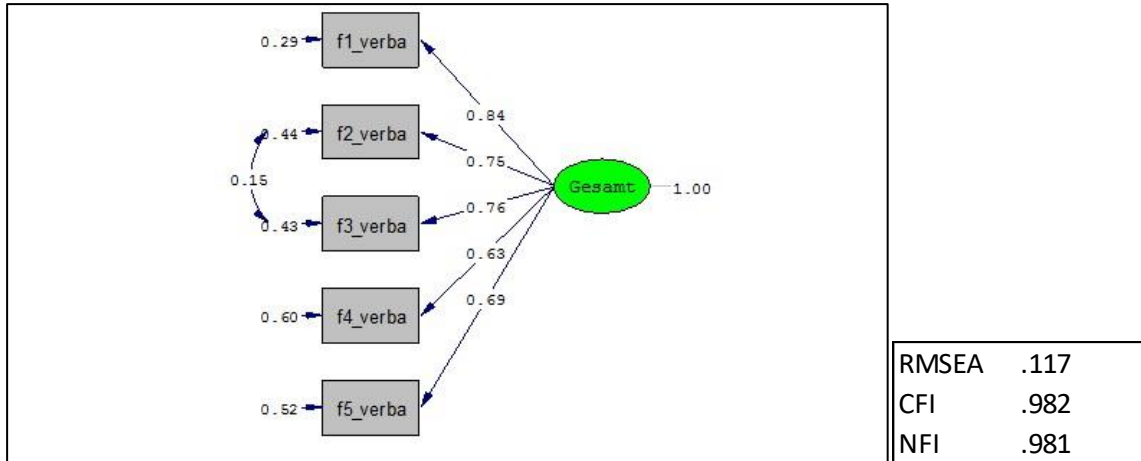


Figure 25 : enquête pilote Soins aigus - Analyse dimensionnelle du modèle à facteur général : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

4.3.4. Analyse du modèle Rasch selon la théorie probabiliste

Les trois versions d'échelle correspondent aux hypothèses strictes du modèle Rasch. Les paramètres personnels estimés représentent une transformation claire et monotone des sommes totales résultant des valeurs des items. Les figures ci-dessous indiquent que sur une grande partie de toutes les sommes cumulées possibles et la partie intermédiaire, les paramètres personnels Rasch représentent une transformation presque linéaire des sommes cumulées (voir Figure 26).

Selon l'index Q, les items des trois versions d'échelle présentent une bonne adéquation des données, reconnaissable au fait que les valeurs p n'indiquent pas d'écart significatif avec le modèle de réponse des sujets estimé (voir Figure 27). Les indices d'adéquation de chaque item indiquent donc une bonne adéquation pour le relevé de la continuité des caractéristiques « Satisfaction des patients ».

Les valeurs représentatives de la capacité d'adaptation du modèle global indiquent également que les hypothèses du modèle Rasch sont confirmées pour les trois versions d'échelle. L'échelle verbale à 5 réponses atteint de bonnes valeurs d'adaptation globales, ici avec un écart statistiquement significatif uniquement pour une valeur de test sur quatre (voir Figure 28).

Pour résumer, la somme cumulée ou toute transformation linéaire de celle-ci ainsi que les valeurs des items (après transformation monotone correspondante) des trois formats d'échelle utilisés ici (échelle verbale à 5 réponses, échelle à 7 réponses, échelle à 11 réponses) peuvent être utilisées comme mesure échelonnée de la satisfaction des patients (voir aussi le chapitre 4.2).

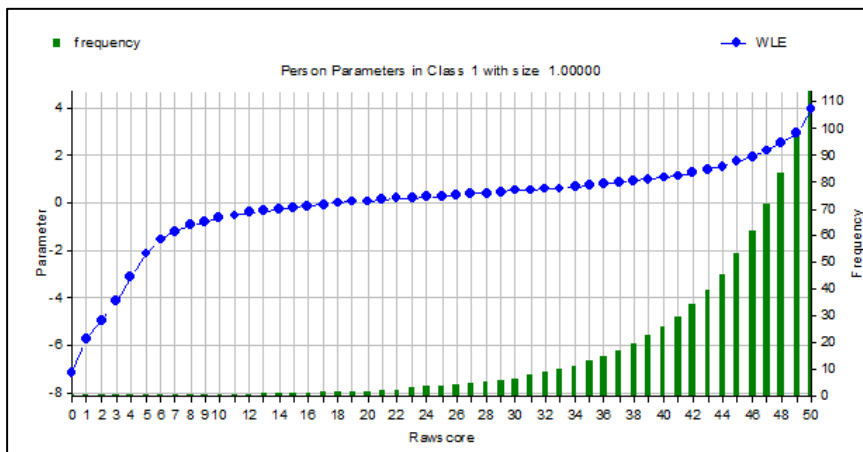
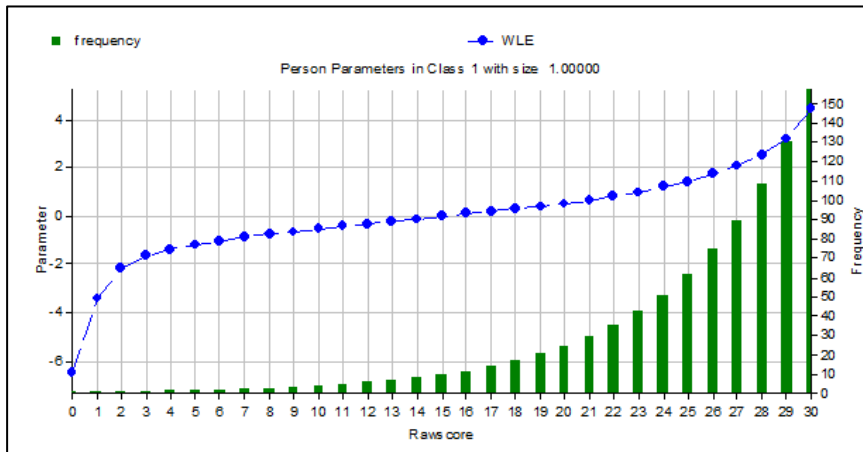
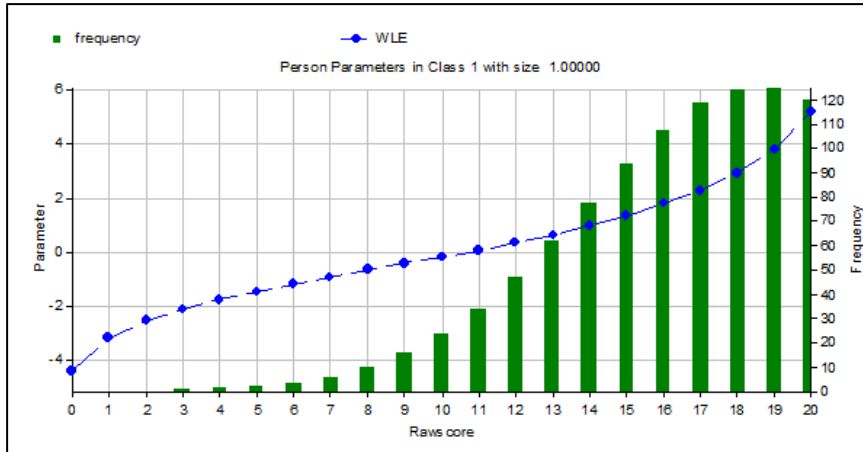


Figure 26 : enquête pilote Soins aigus - Analyse du modèle Rasch : résultats de l'adaptation au modèle - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_VERBA	0.0650	-0.4927	0.68889	-.....!Q...+
F2_VERBA	0.0732	-0.2923	0.61498	-.....!Q...+
F3_VERBA	0.0764	-0.3902	0.65182	-.....!Q...+
F4_VERBA	0.1047	0.5742	0.28293	-.Q..!.....+
F5_VERBA	0.0989	0.6132	0.26988	-.Q..!.....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_7ER	0.0614	-0.1876	0.57439	-.....Q.....+
F2_7ER	0.0559	-0.1539	0.56116	-.....Q.....+
F3_7ER	0.0459	-0.3012	0.61836	-.....!Q...+
F4_7ER	0.0609	0.3300	0.37071	-..Q.!.....+
F5_7ER	0.0663	0.3138	0.37685	-..Q.!.....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_11ER	0.0609	-0.1012	0.54029	-.....Q.....+
F2_11ER	0.0515	-0.1543	0.56130	-.....Q.....+
F3_11ER	0.0487	-0.2098	0.58308	-.....Q.....+
F4_11ER	0.0581	0.2398	0.40526	-..Q!.....+
F5_11ER	0.0615	0.2250	0.41099	-..Q!.....+

Figure 27 : enquête pilote Soins aigus - Résultats du modèle Rasch : indices d'adéquation de chaque item - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

Power Divergence GoF statistics:

	emp. value	chi-square p-value
Cressie Read :	3159.92	p= 0.2350
Pearson Chisquare :	16481.65	p= 0.0000
=====		
Likelihood ratio :	955.13	p= 1.0000
Freeman-Tukey Chi^2 :	1106.86	p= 1.0000
Degrees of freedom :	3103	

Power Divergence GoF statistics:

	emp. value	chi-square p-value
Cressie Read :	29298.95	p= 0.0000
Pearson Chisquare :	982052.59	p= 0.0000
=====		
Likelihood ratio :	1930.58	p= 1.0000
Freeman-Tukey Chi^2 :	1920.39	p= 1.0000
Degrees of freedom :	16775	

Power Divergence GoF statistics:

	emp. value	chi-square p-value
Cressie Read :	34802353.78	p= 0.0000
Pearson Chisquare :	61417243525.42	p= 0.0000
=====		
Likelihood ratio :	3073.97	p= 1.0000
Freeman-Tukey Chi^2 :	2678.69	p= 1.0000
Degrees of freedom :	160999	

Figure 28 : enquête pilote Soins aigus - Résultats du modèle Rasch : indices d'adéquation du modèle global - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

4.3.5. Differential Item Functioning (DIF)

Après examen des caractéristiques des personnes (âge, sexe et langue) dans le cadre du Differential Item Functioning (DIF) pour ces groupes de caractéristiques, il s'avère que les valeurs limites pour la présence du DIF dans les trois versions d'échelle ne sont pas atteintes. Les valeurs limites du DIF présentées dans le Tableau 6 (différence, calculée à partir des pseudos R^2 de 2 modèles calculés, une fois avec, une fois sans les caractéristiques personnelles étudiées, voir chapitre 4.2) sont comprises entre $0,000 < \Delta R^2 < 0,014$ et donc bien inférieures aux valeurs critiques prescrites selon Zumbo (voir chapitre 4.2). Il faut donc supposer qu'il n'y a pas de différences systématiques dans les évaluations de la satisfaction entre les groupes d'âge, de sexe et de langue, qui ne puissent s'expliquer par la continuité des caractéristiques mesurée de la « satisfaction des patients ».

Échelle à 5 réponses, verbale						
ITEMS	Modèle avec score, langue Pseudo R^2	Modèle avec score Pseudo R^2	DIF Langue ΔR^2	Modèle avec score, âge et sexe Pseudo R^2	Modèle avec score Pseudo R^2	DIF Âge et sexe ΔR^2
1. Qualité du traitement	0,613	0,603	0,010	0,600	0,599	0,001
2. Poser des questions	0,564	0,547	0,014	0,551	0,549	0,002
3. Réponses compréhensibles	0,556	0,547	0,009	0,542	0,540	0,002
4. Objectif des médicaments	0,437	0,431	0,007	0,431	0,427	0,004
5. Gestion des sorties	0,523	0,518	0,005	0,532	0,524	0,008
Échelle à 7 réponses						
1. Qualité du traitement	0,593	0,592	0,001	0,599	0,592	0,007
2. Poser des questions	0,596	0,596	0,000	0,600	0,599	0,001
3. Réponses compréhensibles	0,673	0,670	0,003	0,671	0,670	0,001
4. Objectif des médicaments	0,580	0,574	0,006	0,577	0,573	0,004
5. Gestion des sorties	0,593	0,592	0,000	0,607	0,594	0,013
Échelle à 11 réponses						
1. Qualité du traitement	0,598	0,597	0,001	0,597	0,594	0,003
2. Poser des questions	0,609	0,609	0,000	0,607	0,607	0,000
3. Réponses compréhensibles	0,647	0,646	0,001	0,649	0,645	0,004
4. Objectif des médicaments	0,547	0,546	0,002	0,555	0,547	0,008
5. Gestion des sorties	0,594	0,593	0,000	0,604	0,594	0,010

Tableau 6 : enquête pilote Soins aigus - DIF sur la version linguistique et le groupe d'âge avec groupe de sexe dans les 3 formats d'échelle – Pseudo R^2 selon Cox & Snell

4.3.6. Différences entre les cliniques et modèle d'ajustement au risque

La mesure dans laquelle les trois différents formats d'échelle permettent de représenter les différences significatives entre les cliniques dans la manifestation du score total de la satisfaction des patients a été examinée en premier. Les données de 12 des 13 cliniques du projet ont été incluses dans les analyses des différences démontrables entre les cliniques. Une clinique a été exclue en raison du très faible nombre de cas.

On voit dans la Figure 29 à la Figure 31 que certains résultats spécifiques des cliniques du score total de la satisfaction des patients sont nettement différents. Les résultats de l'analyse de la variance montrent que la version verbale à 5 réponses différencie au mieux les cliniques et permet de déterminer les différences significatives de la satisfaction des patients entre les cliniques ($p=.007$; $\eta^2=.028$). L'échelle à 7 réponses permet aussi une différenciation significative entre les cliniques ($p=.026$; $\eta^2=.025$). L'échelle à 11 réponses ne permet pas d'établir une différence statistiquement significative entre les hôpitaux ($p=.349$; $\eta^2=.015$).

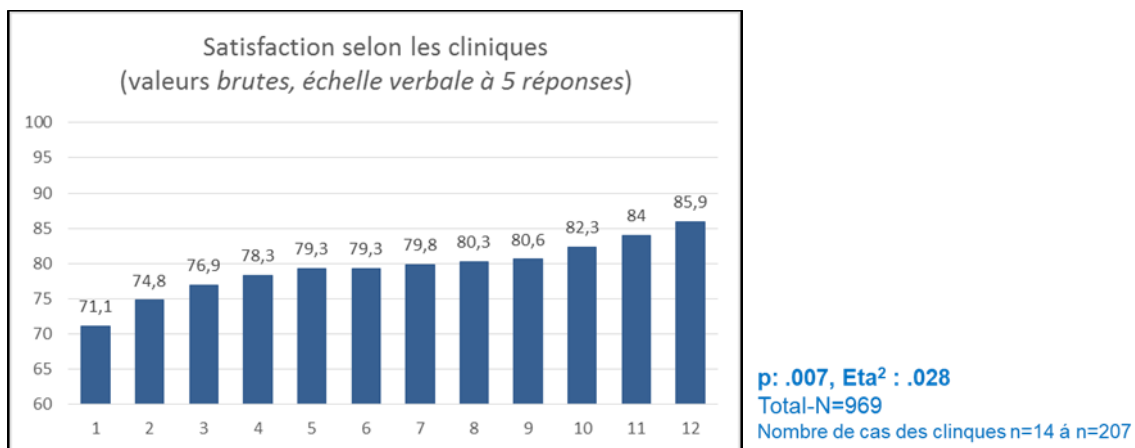


Figure 29 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle verbale à 5 réponses

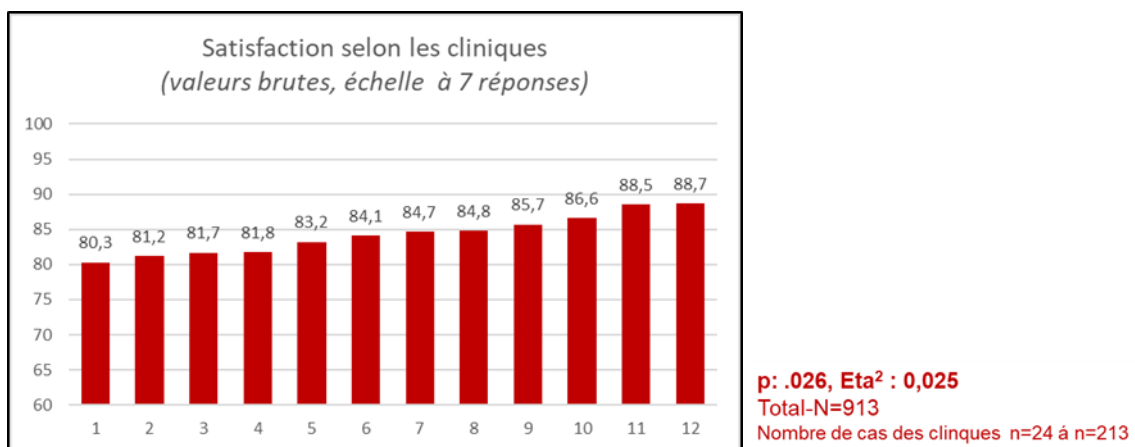


Figure 30 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle à 7 réponses

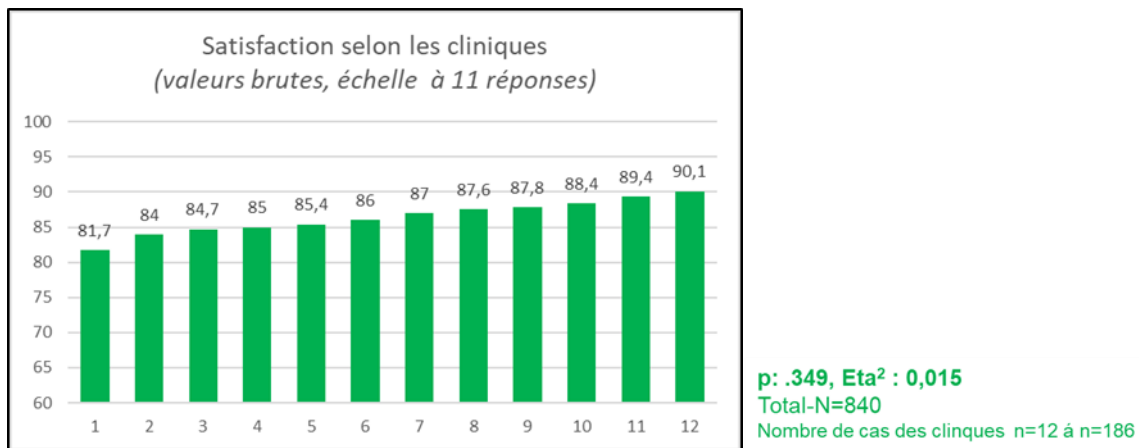


Figure 31 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques, valeurs brutes : échelle à 11 réponses, valeurs brutes

Les valeurs moyennes des items individuels permettent aussi de déterminer des différences significatives entre les cliniques (voir Tableau 7). Cependant, cela ne s'applique pas dans la même mesure aux trois formats d'échelle.

On constate des différences significatives entre les cliniques pour les items 1, 2, 3 et 5 et les effets les plus marqués avec l'échelle verbale à 5 réponses. Pour l'item 4, les résultats des cliniques sont trop proches pour démontrer les différences de manière statistiquement significative.

L'échelle à 7 réponses permet de démontrer des différences statistiquement significatives entre les cliniques pour les items 2, 3 et 5, mais les effets sont moins marqués que pour l'échelle à 5 réponses.

L'échelle à 11 réponses ne permet pas d'identifier des différences significatives entre les cliniques pour tous les items.

Item	Échelle verbale à 5 réponses		Échelle à 7 réponses		Échelle à 11 réponses	
	Valeur p	Eta ²	Valeur p	Eta ²	Valeur p	Eta ²
1. Qualité du traitement	0,002	0,026	0,057	0,018	0,105	0,016
2. Possibilité de poser des questions	0,000	0,061	0,003	0,027	0,112	0,017
3. Réponses compréhensibles	0,000	0,047	0,004	0,027	0,086	0,018
4. Objectif des médicaments	0,254	0,014	0,150	0,017	0,536	0,011
5. Organisation de la sortie de l'hôpital	0,020	0,021	0,020	0,021	0,513	0,010

Tableau 7 : enquête pilote Soins aigus - Différences entre les cliniques pour chaque item – Valeurs brutes

La pertinence d'un ensemble de variables d'ajustement pour une comparaison juste des hôpitaux a été testée pour le développement et le contrôle d'un modèle adapté à l'ajustement au risque. La pertinence des neuf caractéristiques suivantes pour la satisfaction des patients a été examinée :

- Âge
- Sexe
- Type d'admission : planifiée ou urgence
- Lieu de séjour après la sortie
- Diagnostic principal comme indicateur possible de la gravité de la maladie
- Statut d'assuré (en division commune ou semi-privé/privé)
- Durée de l'hospitalisation
- Effet de retard : influence du délai entre la sortie de l'hôpital et la réception du questionnaire
- État de santé subjectif au moment de l'enquête

Les analyses monofactorielles des facteurs de confusion significatifs de la satisfaction des patients ont donné les résultats suivants :

l'âge moyen des patients est de 61,0 ans. Comme on le voit dans la Figure 32, l'âge moyen est très différent dans les cliniques du projet participantes ; cette différence est significative (p.000). Les trois versions du questionnaire indiquent des différences d'âge significatives dans la satisfaction des patients (Figure 33).

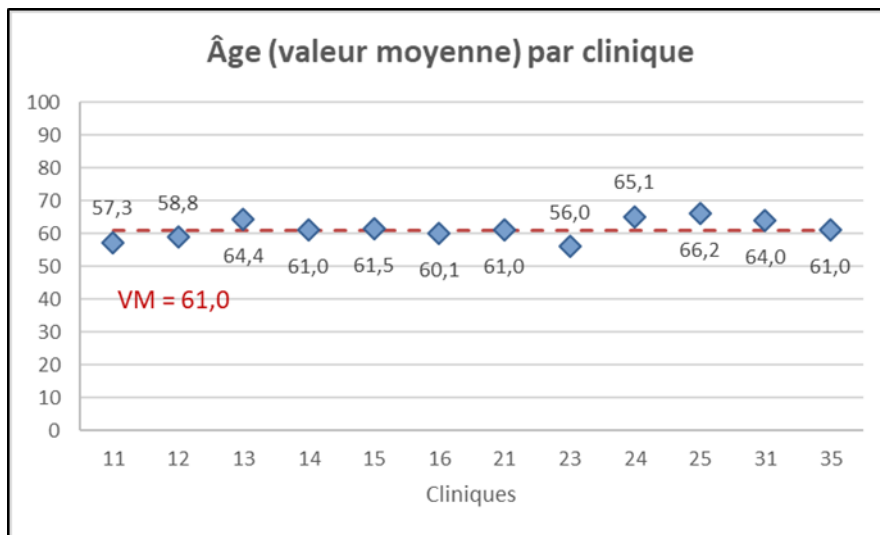
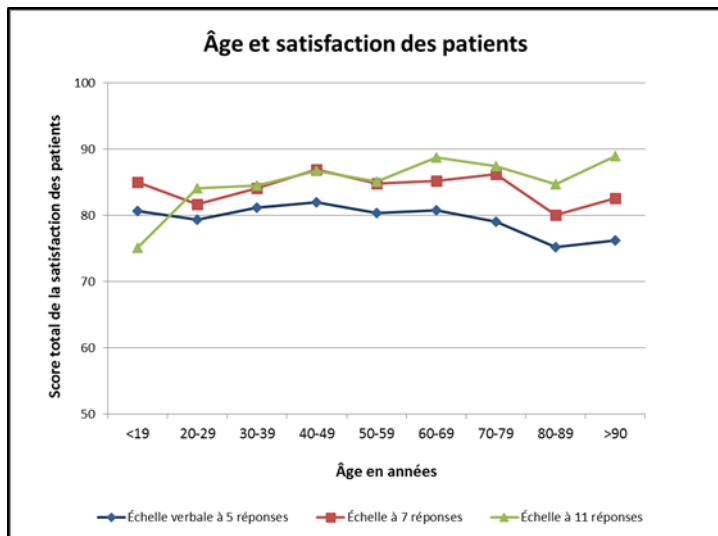


Figure 32 : enquête pilote Soins aigus - Âge (valeur moyenne) par clinique



Échelle à 5 réponses: $p = .000$, $\text{Eta}^2 = .016$
 Échelle à 7 réponses: $p = .000$, $\text{Eta}^2 = .013$
 Échelle à 11 réponses: $p = .000$; $\text{Eta}^2 = .020$

Figure 33 : enquête pilote Soins aigus - Âge et satisfaction des patients (score total)

53,1% des patients en soins aigus sont des femmes. Aucune des trois versions d'échelle n'indique de différences spécifiques au **sexe** dans la satisfaction des patients (Figure 34).

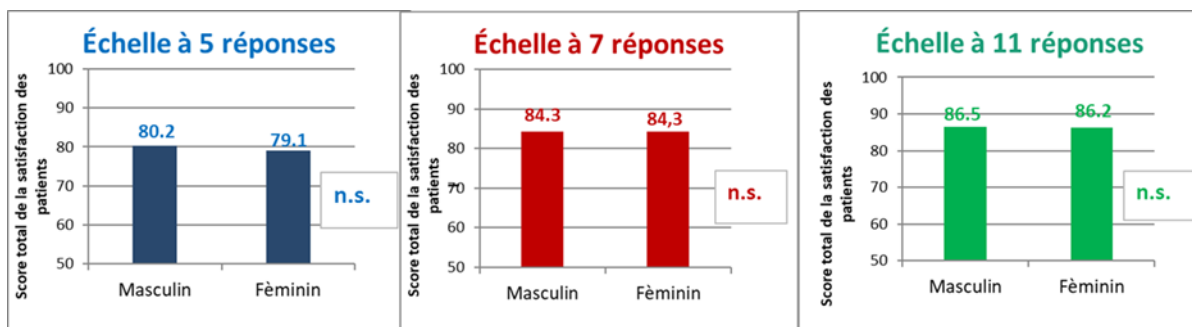


Figure 34 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction des patients par sexe et échelle de réponse (score total)

Cependant, des effets significatifs sur la satisfaction des patients peuvent être démontrés pour le **type d'admission** : les patients admis en urgence dans un hôpital de soins aigus (51,6% des personnes interrogées) présentent une satisfaction inférieure aux patients admis à l'hôpital de manière planifiée. Cependant, seule l'échelle verbale à 5 réponses permet de démontrer un effet significatif du type d'admission (urgence/planifiée) sur la satisfaction des patients ($p = .000$). Par contre, les échelles à 7 et 11 réponses ne permettent pas (de justesse) de déterminer de différences significatives (7 : $p = .057$, 11 : $p = .140$) (voir Figure 35).

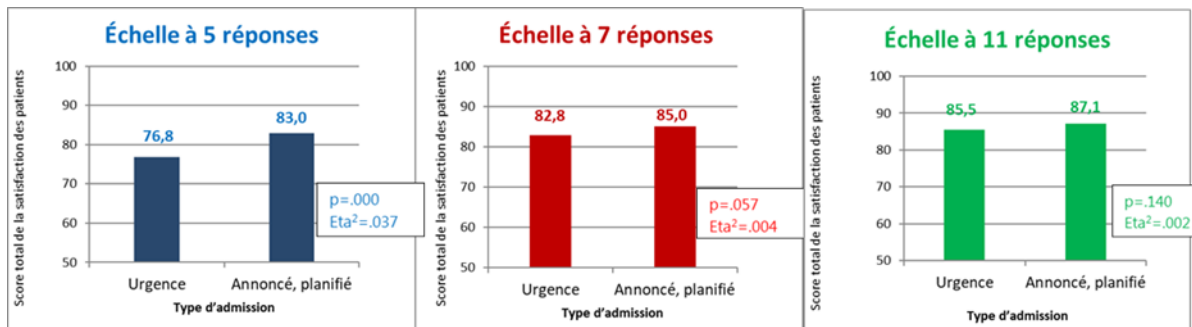


Figure 35 : enquête pilote Soins aigus - Type d'admission et satisfaction des patients (score total)

L'indication du **lieu de séjour après la sortie** de l'hôpital de soins aigus a donné la distribution suivante : 80,9% (n=2,614) des patients interrogés sont rentrés directement chez eux après la sortie. Les 19,1% (n=618) restants ont été placés dans d'autres établissements, par ex. cliniques de réadaptation, autres hôpitaux de soins aigus, maisons de repos (voir Figure 36). Les réponses ont été dichotomisées en « Mon domicile » contre « Un autre endroits » afin de déterminer l'influence du lieu de séjour après la sortie sur la satisfaction des patients.

Les analyses montrent que les patients qui rentrent chez eux donnent des valeurs de satisfaction supérieures. Cet effet peut être démontré par l'échelle verbale à 5 niveaux et l'échelle à 11 niveaux. Cependant, l'échelle verbale à 5 réponses permet une discrimination entre les lieux de sortie (p=.000) plus significative que l'échelle à 11 réponses (p=.012) (voir Figure 37).

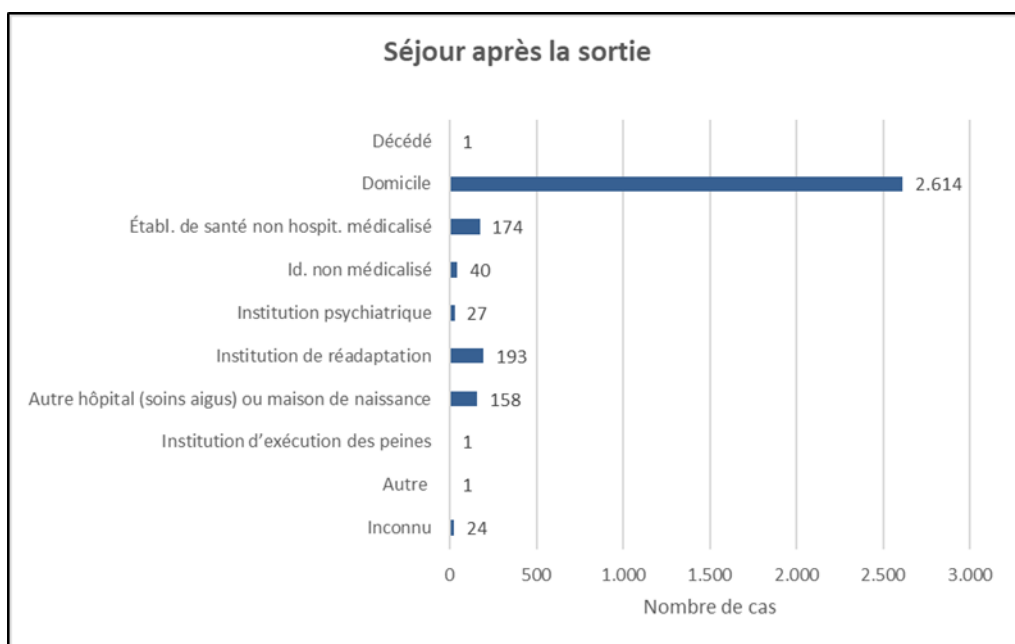


Figure 36 : enquête pilote Soins aigus - Lieu de séjour après la sortie de l'hôpital

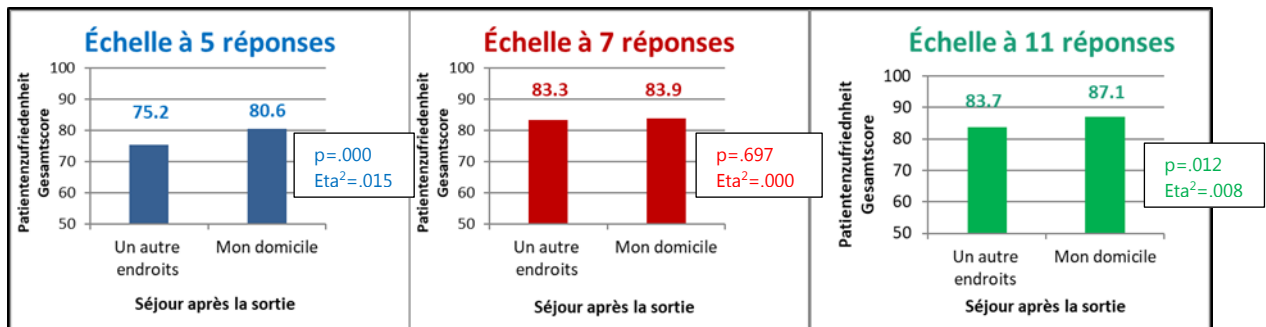


Figure 37 : enquête pilote Soins aigus - Lieu de séjour après la sortie et satisfaction des patients (score total)

L'état de santé **subjectif** au moment de la mesure présente aussi une influence significative sur la satisfaction des patients. La valeur moyenne de l'état de santé subjectif de l'échantillon global était de 3.22 (ET=.87). On constate des différences significatives entre les cliniques ($p=.000$) pour l'état de santé subjectif des patients (voir Figure 38). Comme le montre la Figure 39, il existe une relation linéaire entre la santé subjective et la satisfaction des patients : plus la santé subjective estimée est bonne, plus les valeurs de satisfaction sont élevées. Les trois variantes du questionnaire forment des différences significatives dans la satisfaction des patients en fonction de l'état de santé subjectif (5 : $p=.000$, 7 : $p=.000$, 11 : $p=.000$). L'échelle verbale à 5 réponses offre la meilleure distinction entre les groupes ayant une estimation différente de l'état de santé. L'intensité de l'effet de l'échelle à 5 réponses est tout juste inférieure à un « effet important » (5 : $\eta^2=.118$, 7 : $\eta^2=.057$, 11 : $\eta^2=.093$).

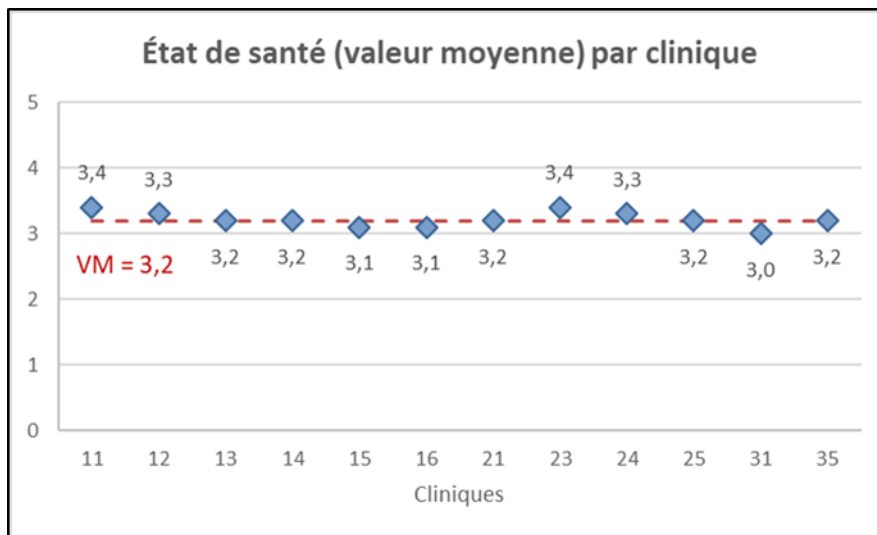


Figure 38 : enquête pilote Soins aigus - État de santé subjectif (valeur moyenne) par clinique

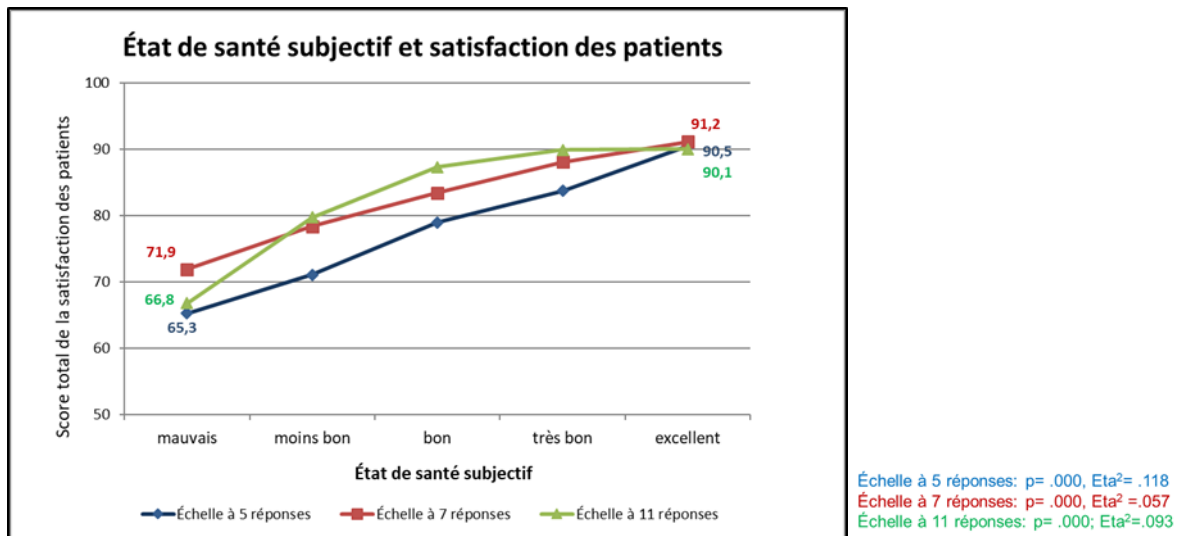


Figure 39 : enquête pilote Soins aigus - État de santé subjectif et satisfaction des patients

Les autres caractéristiques examinées **Diagnostic principal**, regroupé selon les chapitres de la CIM-10, **Durée d'hospitalisation** en jours, Statut d'assurance (en division commune ou semi-privée/privée) ainsi que **Moment de l'enquête** (effet de retard entre 2 et 6 semaines après la sortie) ne sont pas associées à la satisfaction des patients mesurée, ou seulement de façon marginale. **Aucun effet statistiquement significatif** n'a pu être démontré pour ces caractéristiques avec les trois échelles.

C'est pourquoi ces variables n'ont pas été intégrées dans le modèle global multifactoriel final calculé pour l'ajustement au risque.

Le sexe, l'âge, l'interaction entre le sexe et l'âge, l'état de santé subjectif, le type d'admission et le lieu de séjour après la sortie ont été pris en compte ici.

Les résultats des analyses multifactorielles sur l'influence des facteurs de confusion figurent dans le Tableau 8 pour les trois échelles. L'état de santé subjectif présente une influence significative pour le contrôle des autres variables dans les trois échelles, y compris l'âge. Dans l'échelle à 5 réponses, l'influence du type d'admission et du lieu de séjour après la sortie restent significatifs également. Le modèle multifactoriel montre aussi que dans le cadre du contrôle statistique des facteurs de confusion pertinents, seule l'échelle à 5 réponses peut établir une différence significative entre les cliniques (5 : $p = .027$; $\eta^2 = .027$, 7 : $p = .061$; $\eta^2 = .025$, 11 : $p = .693$; $\eta^2 = .011$).

Globalement, on constate aussi que les effets des différents facteurs de confusion sont minimes, à part l'état de santé subjectif, et ne contribuent que faiblement à la variance informée de la satisfaction des patients.

Facteurs de confusion	Échelle à 5 réponses		Échelle à 7 réponses		Échelle à 11 réponses	
	Valeur p	Eta ²	Valeur p	Eta ²	Valeur p	Eta ²
Sexe	0,249	0,002	0,609	0,000	0,501	0,001
Âge	0,033	0,011	0,003	0,018	0,003	0,018
Sexe * Âge	0,548	0,003	0,355	0,004	0,355	0,004
État de santé subjectif	0,000	0,103	0,000	0,078	0,000	0,078
Type d'admission	0,000	0,016	0,797	0,000	0,331	0,001
Séjour après la sortie	0,083	0,004	0,948	0,000	0,948	0,000
Clinique	0,027	0,027	0,061	0,025	0,693	0,011

Tableau 8 : enquête pilote Soins aigus - Ajustement au risque - Résultats du modèle global

Les figures suivantes (Figure 40 à Figure 42) illustrent les différences de satisfaction des patients entre les cliniques quand une analyse de la covariance est ajustée à l'âge, au sexe (y compris interaction), au lieu de sortie, au type d'admission et à l'estimation de l'état de santé subjectif. Comme décrit ci-dessus, seule l'échelle verbale à 5 réponses présente des différences significatives entre les cliniques en cas d'ajustement.

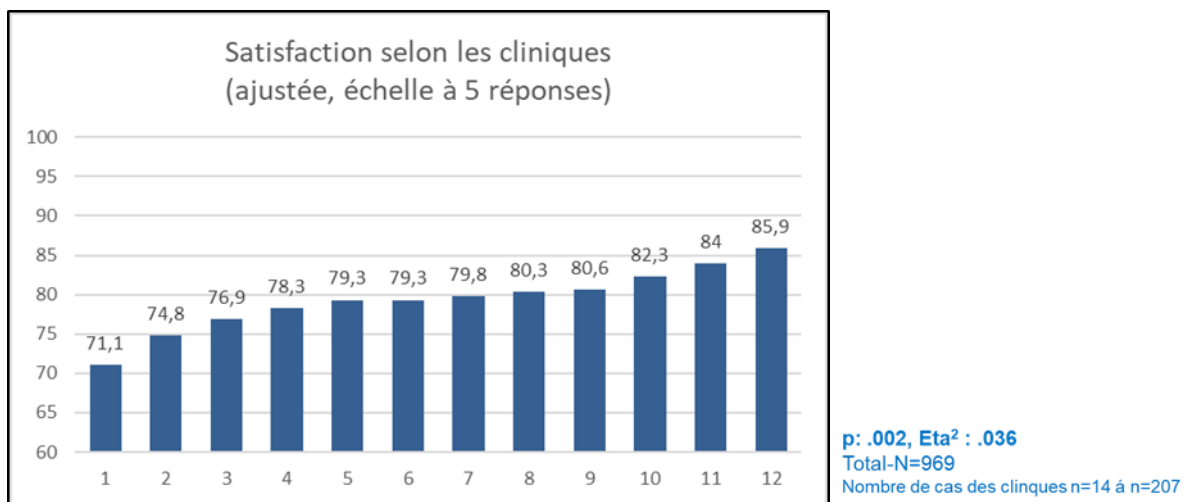


Figure 40 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : échelle verbale à 5 réponses, ajustée

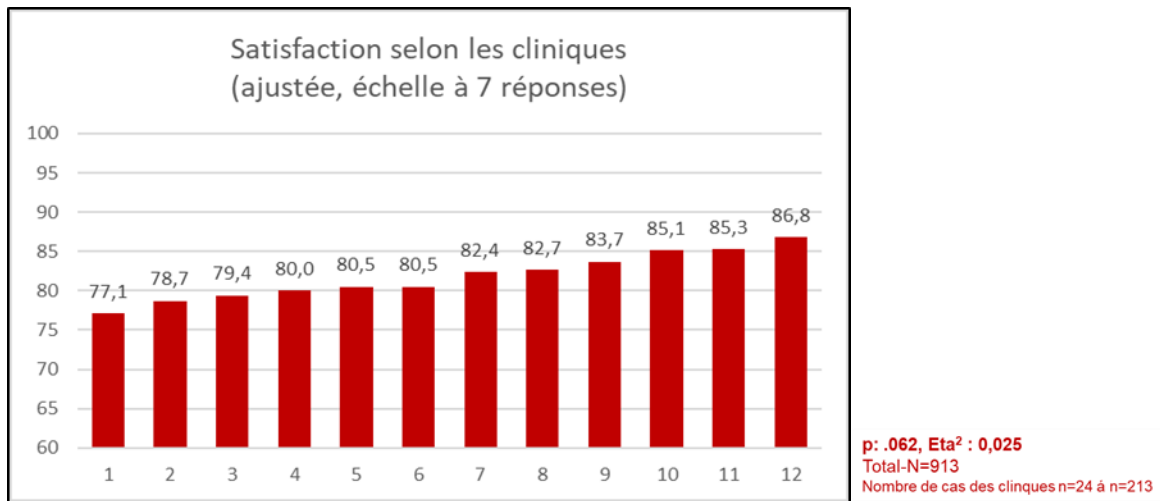


Figure 41 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : échelle à 7 réponses, ajustée

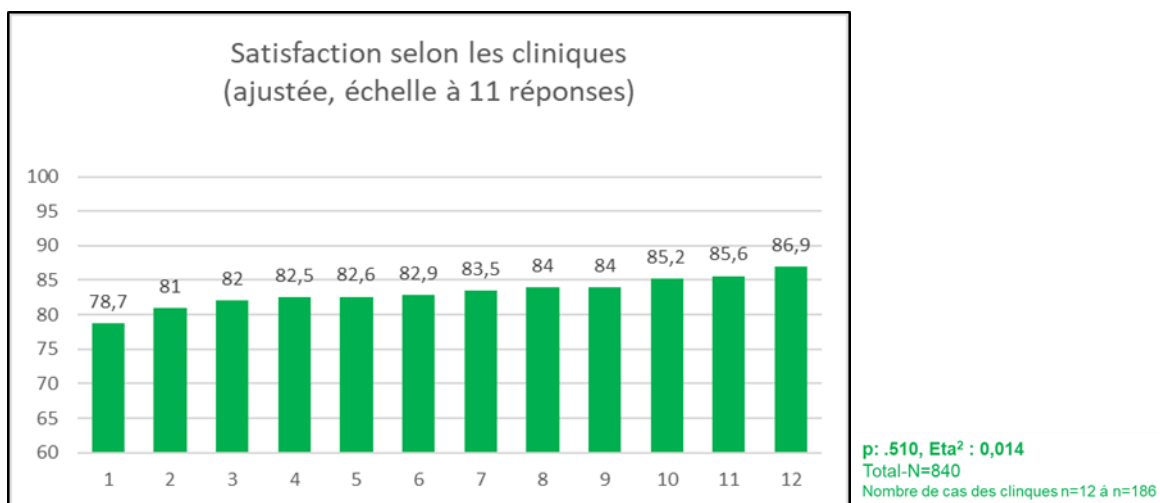


Figure 42 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : échelle à 11 réponses, ajustée

4.4. Résultats de l'enquête pilote Psychiatrie

4.4.1. Base de données et caractéristiques de l'échantillon

L'enquête pilote Psychiatrie a été réalisée en collaboration avec 14 cliniques du projet. Sept cliniques du projet ont participé pour la Suisse allemande. Trois cliniques ont participé pour la Romandie et quatre pour le Tessin : en raison du très petit nombre de ses patients, l'une des quatre cliniques du Tessin n'a envoyé que peu de questionnaires et aucun retour n'a été enregistré. C'est pourquoi seuls les résultats de 13 cliniques sont représentés ici.

Au total, 3 424 questionnaires ont été envoyés aux participants potentiels à l'étude. 703 questionnaires ont été renvoyés complétés, ce qui correspond à un taux de réponse de 20,5% (voir Tableau 9). La base de données pour l'exécution des procédures de test statistiques dans l'échantillon de psychiatrie est donc nettement plus réduite que pour les soins aigus. Ceux-ci disposaient de 3 440 questionnaires complétés pour l'évaluation.

	Cliniques	Formulaires envoyés	Formulaires complétés	Taux de réponse	Nombre total de réponses
allemand	42	381	78	20,4%	444
	43	110	54	49,1%	
	44	342	66	19,3%	
	45	296	66	22,3%	
	46	346	81	23,4%	
	47	300	83	27,7%	
	48	240	16	6,7%	
français	51	250	48	19,2%	202
	52	600	66	11,0%	
	53	500	88	17,6%	
italien	62	260	24	9,2%	57
	63	200	26	13,0%	
	64	50	7	14,0%	
	Total	3.424	703	20,5%	703

Tableau 9 : enquête pilote Psychiatrie - Nombre de cas par région linguistique

Si l'on observe la distribution du nombre de cas de l'échantillon de psychiatrie dans les trois régions linguistiques, on constate qu'avec un nombre de cas de n=57, le Tessin n'est que faiblement représenté. En outre, on ne dispose d'aucun questionnaire de l'échelle verbale à 5 réponses pour les cliniques tessinoises, cette échelle n'a donc pu être évaluée que pour les régions linguistiques francophone et germanophone (voir Figure 43).

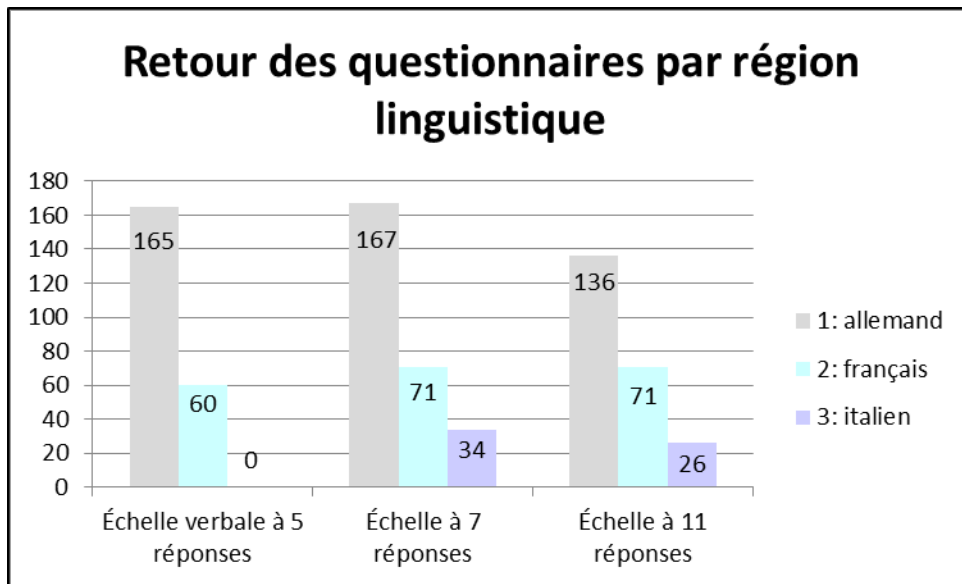


Figure 43 : enquête pilote Psychiatrie - Retour des questionnaires par région linguistique

Les taux de retour des trois variantes de questionnaire diffèrent peu (échelle à 5 réponses (n=225) ; échelle à 7 réponses (n=272) ; échelle à 11 réponses (n=233) (voir Figure 44). Les tailles d'échantillon par format d'échelle sont donc bien inférieures aux échantillons correspondants dans les soins aigus (voir chapitre 4.3.1). Cependant, la base de données est également suffisante dans l'échantillon de psychiatrie pour les analyses d'adéquation des trois différents formats d'échelle.

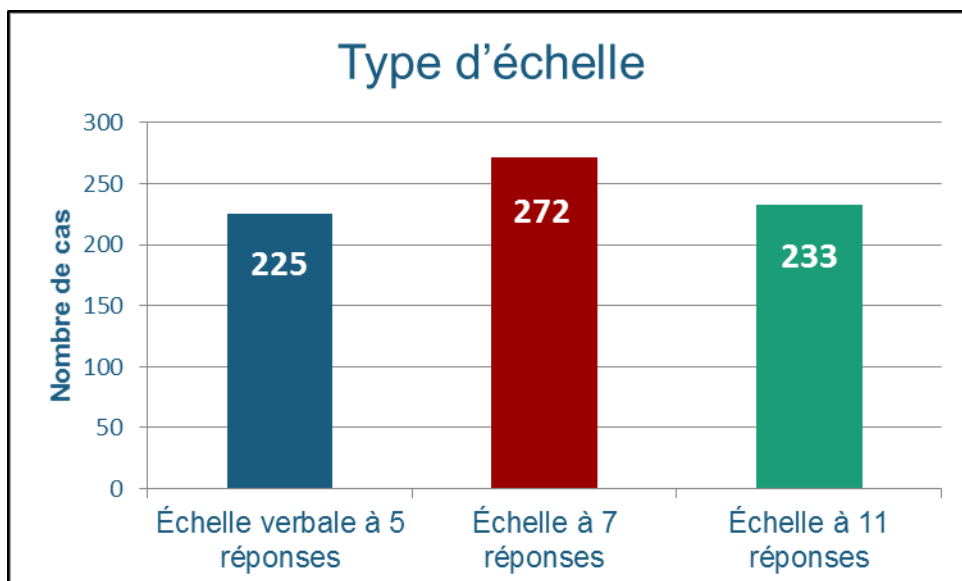


Figure 44 : enquête pilote Psychiatrie - Nombre de cas par type d'échelle

La répartition d'échelle des retours par clinique est représentée dans la Figure 45. Le nombre de cas pour toutes les cliniques du projet était nettement inférieur à 30 questionnaires par échelle. La base de données ne convenait donc pas à des comparaisons pertinentes entre les cliniques dans l'échantillon de psychiatrie.

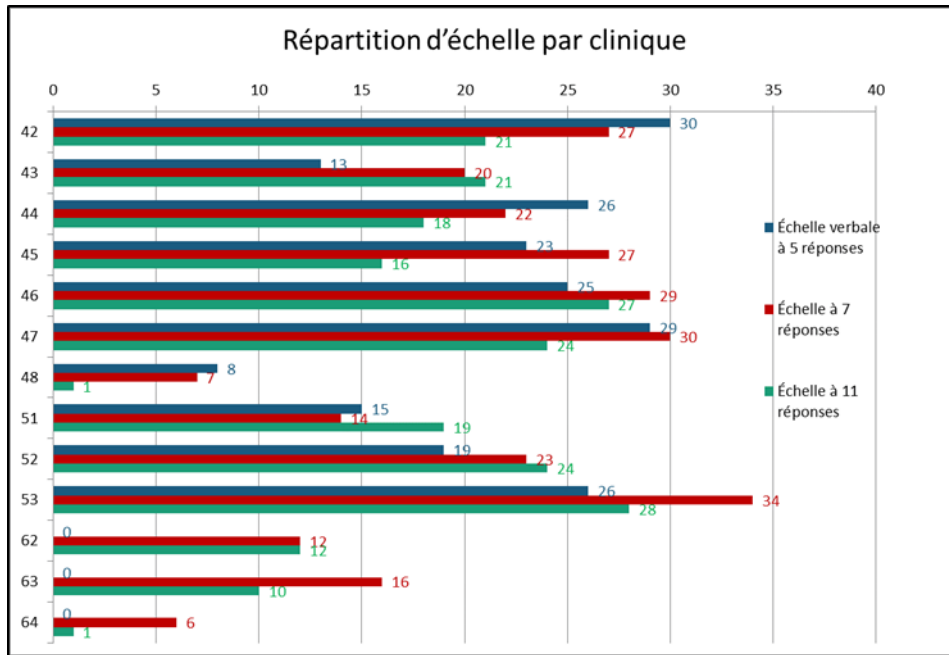


Figure 45 : enquête pilote Psychiatrie - Nombre de cas spécifiques des cliniques par échelle

Globalement, le nombre de cas atteint dans l'enquête pilote Psychiatrie doit être évalué comme suffisant pour les analyses des trois formats d'échelle. En raison des faibles taux de retour dans les trois régions, en particulier dans le Tessin, les avis d'adéquation ne peuvent être que très limités. Les résultats des comparaisons des cliniques et de l'influence de certains facteurs de confusion sur la satisfaction des patients doivent également être interprétés avec précautions, la base de données en matière de manifestation des caractéristiques et de taux par caractéristique partiellement très faible devant être considérée comme étant insuffisante pour émettre des avis statistiquement fiables.

Les caractéristiques principales de l'échantillon global figurent dans le Tableau 10. Globalement, les femmes ont plus participé à l'enquête que les hommes (femmes : 57,8% et hommes : 42,2%). La valeur moyenne de l'âge est de 50,3 ans. En moyenne, les patients ont passé 40,7 jours en psychiatrie. 77,1% des patients ont été admis en psychiatrie de manière planifiée et l'admission est indiquée comme une urgence pour 22,9% des patients. Les personnes admises en psychiatrie y sont en majorité restées volontairement (85,9%). 14,1% des patients ont été admis en psychiatrie à titre préventif, l'admission était volontaire pour 85,9%. Au total, 74,1% des personnes interrogées étaient assurés en division commune, le reste ayant une assurance privée ou semi-privée (25,9%). En moyenne, 24 jours se sont écoulés entre la sortie et l'expédition du questionnaire de satisfaction.

Les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les sous-chapitres du chapitre F - Troubles mentaux et du comportement de la CIM-10-GM pour la description de l'échantillon et les analyses de facteurs d'influence potentiels sur la satisfaction des patients (DIMDI, 2015). La distribution des diagnostics psychiatriques principaux se trouvent dans la Figure 46. Avec 46,3%, les troubles affectifs constituaient le groupe de diagnostic le plus fréquent. 15,2% des patients supplémentaires étaient traités pour une dépendance. Les autres groupes de diagnostic fréquents sont la schizophrénie, les troubles schizotypiques et délirants (13,3%) ainsi que les troubles névrotiques, post-traumatiques et somatiques (12,8%). Les 12,4% restants sont distribués sur trois autres groupes de diagnostic.

Échantillon Enquête pilote Psychiatrie N=703	
Sexe	Hommes : 42,2% ; Femmes : 57,8%
Âge	Moy. : 50,3 ans (ET : 16,3)
Durée d'hospitalisation	Moy. : 40,4 jours (ET : 37,2)
Statut d'assurance	en division commune : 74,1% ; privé/semi-privé : 25,9%
Type d'admission 1	planifiée : 77,1% ; urgence : 22,9%
Type d'admission 2	volontaire : 85,9% ; à titre préventif : 14,1%
Temps entre la sortie et l'expédition (retard)	Moy. : 23,8 jours (ET : 12,1)

Tableau 10 : enquête pilote Psychiatrie – Caractéristiques de l'échantillon

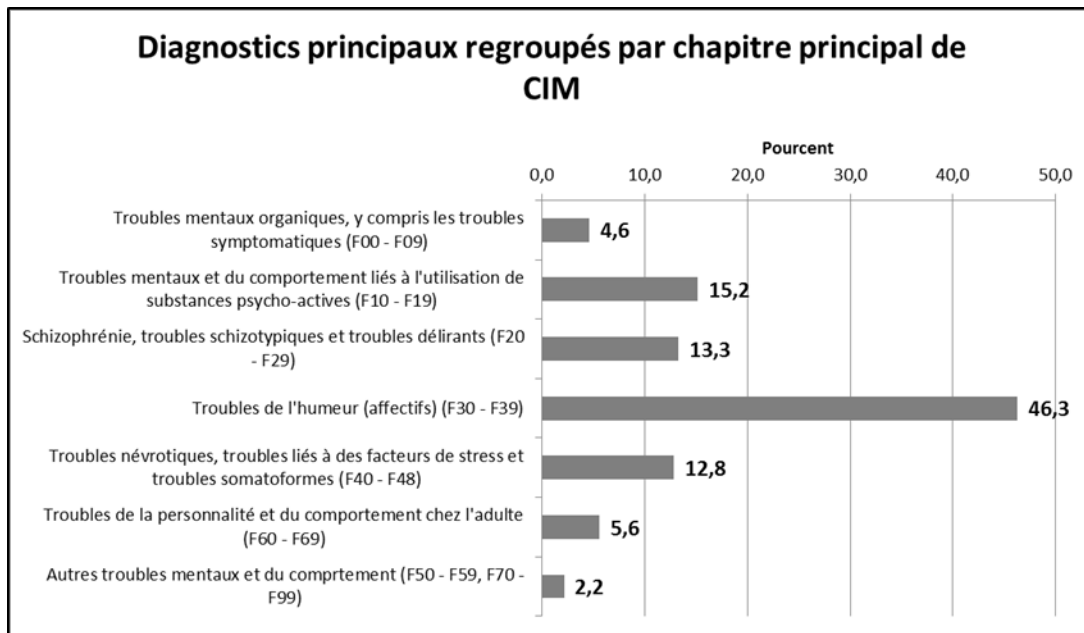


Figure 46 : enquête pilote Psychiatrie - Diagnostics principaux regroupés

4.4.2. Valeurs représentatives théoriques des différents formats d'échelle

Les valeurs des trois échelles ont été transformées sur une échelle de 0 à 100 pour une meilleure comparabilité des résultats. Une analyse des valeurs représentatives théoriques a d'abord été effectuée pour les 6 items individuels du nouveau questionnaire de satisfaction Psychiatrie.

Les résultats de l'analyse des items sont représentés dans la Figure 47 à la Figure 52. Les différentes valeurs représentatives de l'analyse des items sont présentées sous forme de résumé dans le Tableau 11 pour tous les items et formats d'échelle.

Globalement, tous les items présentent des *valeurs moyennes* intermédiaires à élevées, qui ne diffèrent pas considérablement entre les trois échelles. Les valeurs moyennes les plus élevées sont d'environ 80 et se trouvent dans les items 2 et 3. Les valeurs moyennes des 4 autres items sont de 70-75. Par rapport à l'échantillon des soins aigus, les valeurs moyennes sont généralement inférieures.

Lors de l'examen de l'*asymétrie* et de la *kurtosis*, les trois échelles présentent pour tous les items une asymétrie à gauche. En outre, les items 1 à 3 présentent une distribution plus pointue que la distribution normale ; cela ne s'applique pas aux trois formats d'échelle pour les items 5 et 6 ; l'item 4 présente une distribution un peu plus plate que la distribution normale dans les trois échelles. Globalement, par rapport aux résultats de l'enquête pilote Soins aigus, on constate des valeurs de distribution plus favorables, qui tendent davantage vers une distribution normale.

La plage de l'*effet plafond* est comprise entre 22,3% et 53,1%. Pour les trois formats d'échelle, c'est l'item 2 (46,4% à 53,1%) qui présente l'effet plafond le plus élevé. Les effets plafonds les plus bas se trouvent dans l'item 1 (22,3% à 27,7%) et l'item 4 (34,1% à 36,4%). À part pour l'item 5, les effets plafonds sont très proches pour les trois échelles. Cet item présente un effet plafond plus élevé pour l'échelle verbale

à 5 réponses (48,8% contre 35,9% et 33,5%). L'observation des effets plafonds dans l'échantillon de psychiatrie par rapport à l'échantillon de soins aigus a démontré que cette valeur représentative était globalement moins prononcée dans l'échantillon de psychiatrie.

On remarque un très faible *taux de manquants* de 1,1% à 4,7% sur l'ensemble des données. L'échelle à 11 réponses présente des taux de manquants légèrement plus élevés que les autres échelles pour presque tous les items.

Concernant la capacité de discrimination, les items des trois échelles atteignent des corrélations d'items totales de .64 à .81 (échelle verbale à 5 réponses), de .66 à .80 (échelle à 7 réponses) et de .71 à .84 (échelle à 11 réponses). Pour les trois formats d'échelle, les résultats indiquent une bonne représentation de la valeur totale et une bonne capacité de discrimination entre les personnes interrogées ayant des manifestations des caractéristiques différentes.

Globalement, les résultats de l'analyse des items donnent de bonnes valeurs représentatives théoriques pour tous les trois formats d'échelle et plus avantageuses que dans les soins aigus. De manière générale, dans l'enquête pilote Psychiatrie, le spectre des réponses aux questions de satisfaction est davantage exploité. On constate des valeurs moyennes à élevées, ainsi que des effets plafonds plutôt faibles pour une enquête de satisfaction des patients. Les taux de manquants faibles indiquent une bonne compréhension et une acceptation élevée des formulations des items auprès des personnes interrogées. Dans les analyses d'items des données de l'enquête pilote Psychiatrie, on ne constate pas de supériorité de l'un des trois formats d'échelle.

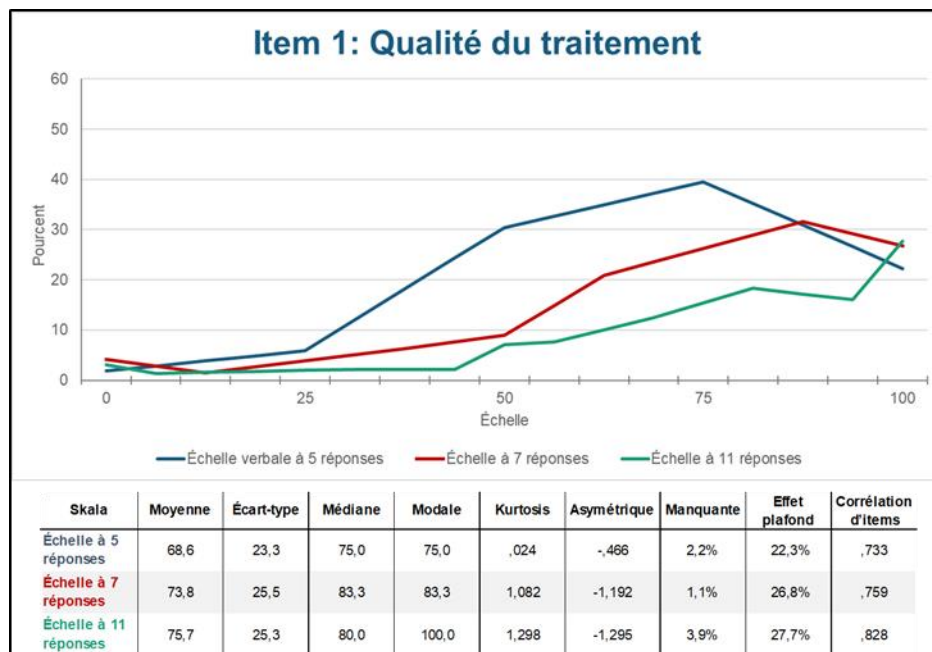


Figure 47 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 1 : Qualité du traitement

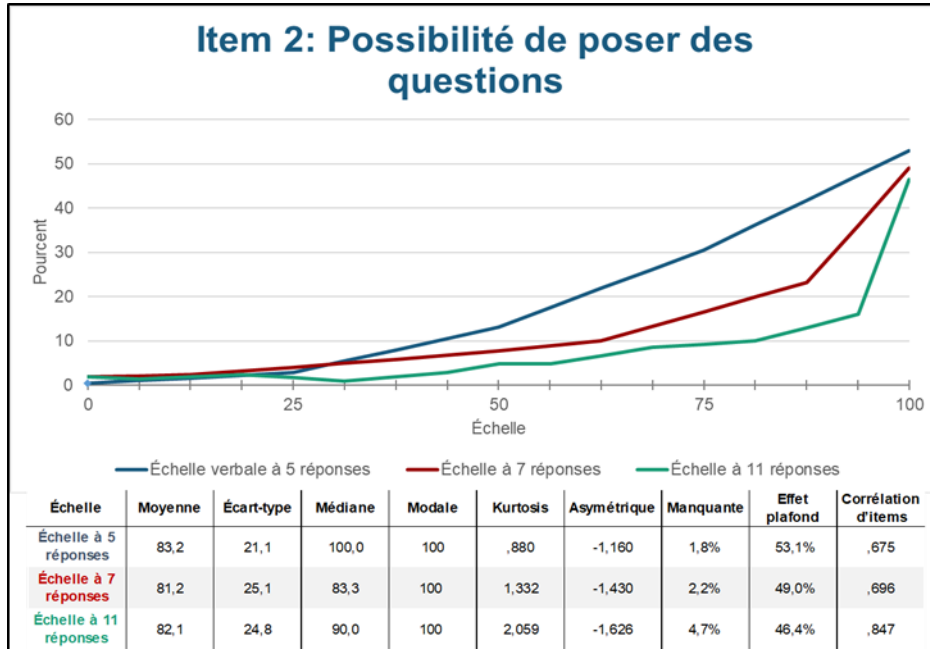


Figure 48 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 2 : Poser des questions

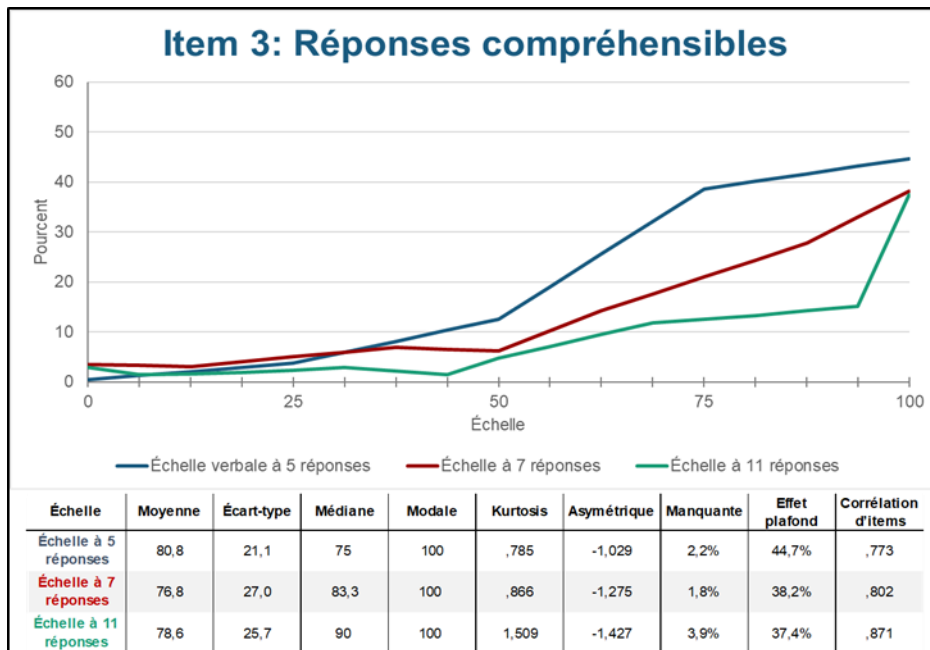


Figure 49 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 3 : Obtenir des réponses

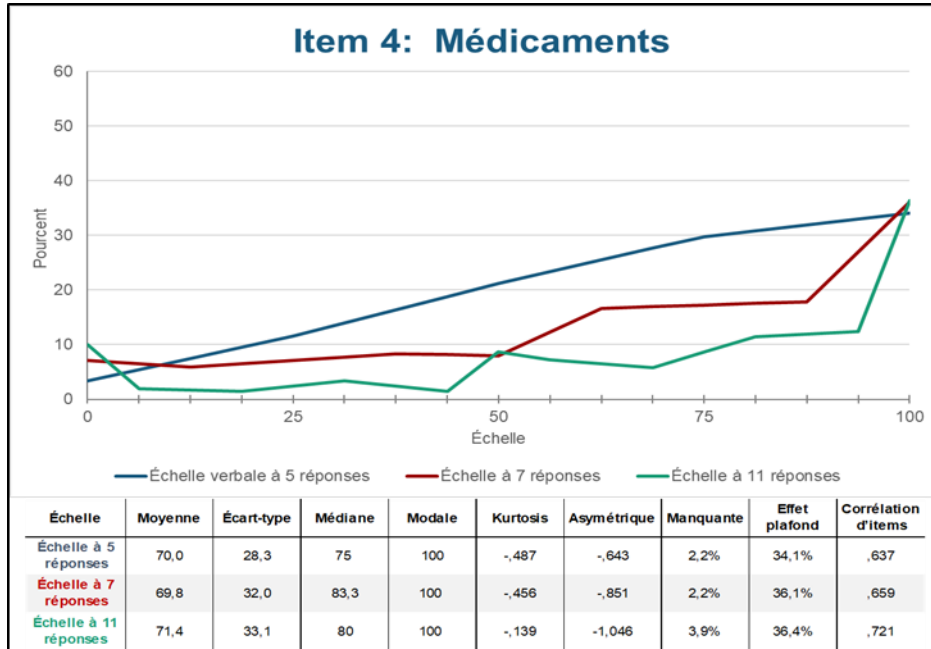


Figure 50 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 4 : Médication

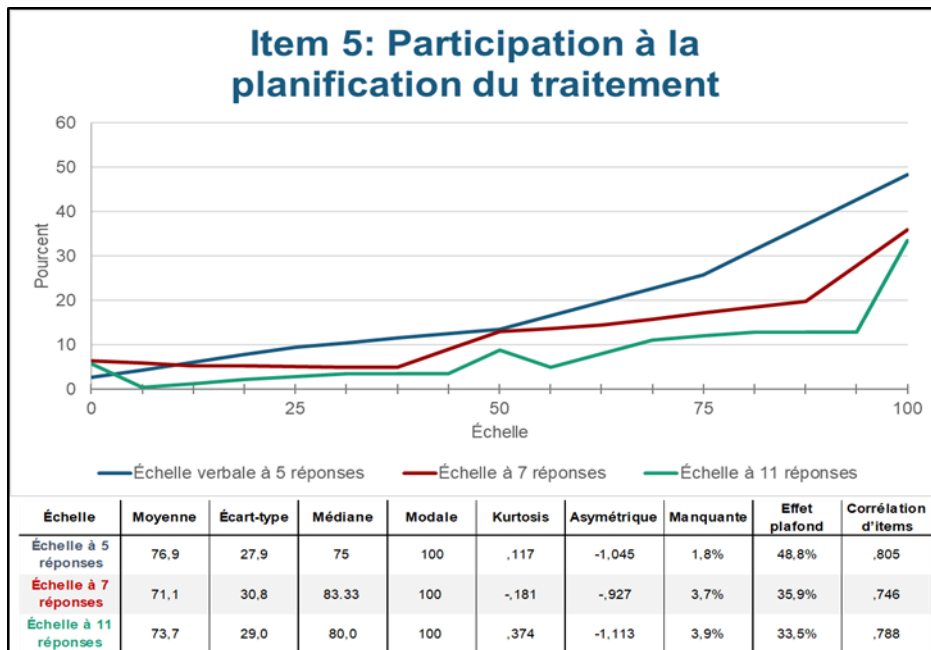


Figure 51 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 5 : Participation à la planification du traitement

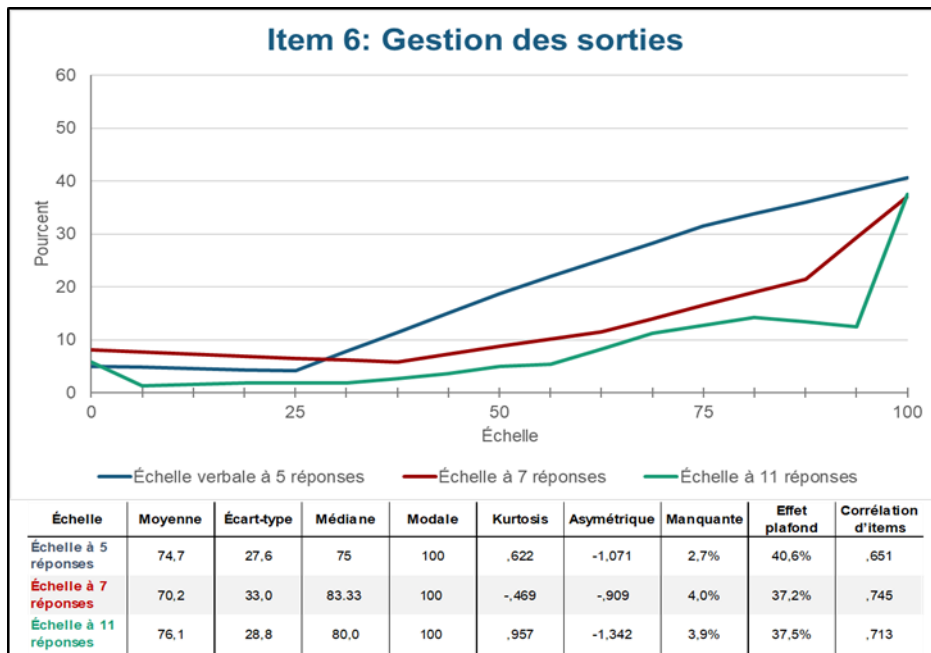


Figure 52 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 6 : Gestion des sorties

Item	Skala	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modale	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'Items
Item 1 Qualité du Traitement	Échelle à 5 réponses	68,6	23,3	75,0	75,0	,024	-,466	2,2%	22,3%	,733
	Échelle à 7 réponses	73,8	25,5	83,3	83,3	1,082	-1,192	1,1%	26,8%	,759
	Échelle à 11 réponses	75,7	25,3	80,0	100,0	1,298	-1,295	3,9%	27,7%	,828
Item 2 Poser des questions	Échelle									
	Échelle à 5 réponses	83,2	21,1	100,0	100	,880	-1,160	1,8%	53,1%	,675
	Échelle à 7 réponses	81,2	25,1	83,3	100	1,332	-1,430	2,2%	49,0%	,696
	Échelle à 11 réponses	82,1	24,8	90,0	100	2,059	-1,626	4,7%	46,4%	,847
Item 3 Obtenir des réponses	Échelle									
	Échelle à 5 réponses	80,8	21,1	75	100	,785	-1,029	2,2%	44,7%	,773
	Échelle à 7 réponses	76,8	27,0	83,3	100	,866	-1,275	1,8%	38,2%	,802
	Échelle à 11 réponses	78,6	25,7	90	100	1,509	-1,427	3,9%	37,4%	,871
Item 4 Médicaments	Échelle									
	Échelle à 5 réponses	70,0	28,3	75	100	-,487	-,643	2,2%	34,1%	,637
	Échelle à 7 réponses	69,8	32,0	83,3	100	-,456	-,851	2,2%	36,1%	,659
	Échelle à 11 réponses	71,4	33,1	80	100	-,139	-1,046	3,9%	36,4%	,721
Item 5 Planification du Traitement	Échelle									
	Échelle à 5 réponses	76,9	27,9	75	100	,117	-1,045	1,8%	48,8%	,805
	Échelle à 7 réponses	71,1	30,8	83,33	100	-,181	-,927	3,7%	35,9%	,746
	Échelle à 11 réponses	73,7	29,0	80,0	100	,374	-1,113	3,9%	33,5%	,788
Item 6 Gestion des sorties	Échelle									
	Échelle à 5 réponses	74,7	27,6	75	100	,622	-1,071	2,7%	40,6%	,651
	Échelle à 7 réponses	70,2	33,0	83,33	100	-,469	-,909	4,0%	37,2%	,745
	Échelle à 11 réponses	76,1	28,8	80,0	100	,957	-1,342	3,9%	37,5%	,713

Tableau 11 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items 1 à 6 : présentation globale des résultats

Dans le cadre d'une procédure supplémentaire, les six premiers items de satisfaction ont été utilisés pour former un score total de la satisfaction des patients, transformé sur des valeurs entre 0 et 100 pour les trois échelles (voir chapitre 4.2). Les résultats des analyses théoriques du score total sont représentés à la Figure 53.

En résumé, on voit également ici que le score total de la satisfaction des patients permet une différenciation semblable sur la plage de valeurs de la manifestation de la caractéristique de la satisfaction des patients dans les trois formats d'échelle. Les valeurs moyennes des trois échelles sont comprises entre 74,9 et 77,6. Les effets plafonds se situent entre 9,2% et 12,3%. Les résultats du score total des trois échelles sont distribués de manière légèrement asymétrique vers la gauche, ce qui est le moins prononcé avec l'échelle verbale à 5 réponses (asymétrie : 5 : $-.89$; 7 : -1.22 ; 11 : -1.67). En outre, les valeurs représentatives relatives à la cohérence interne (corrélation d'item) et la fiabilité Rasch démontrent que les six items mesurent le concept de « satisfaction des patients » avec une cohérence élevée dans les trois formats d'échelle.

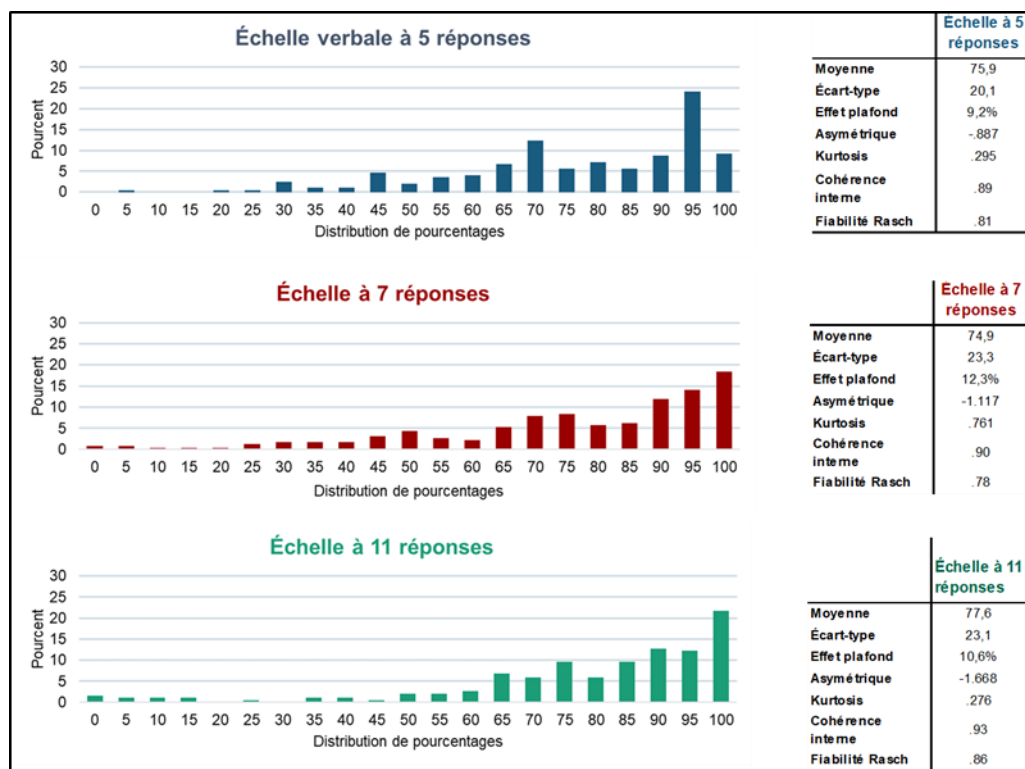


Figure 53 : enquête pilote Psychiatrie - Résultats du score total de la satisfaction des patients

Globalement, les analyses théoriques de l'enquête pilote Psychiatrie donnent des résultats comparables pour les trois formats d'échelle. Cela s'applique à la fois aux items individuels et au score total. Pour presque tous les items, les trois échelles offrent une meilleure différenciation que dans les soins aigus, exploitant mieux la plage de valeurs des manifestations des caractéristiques. Cependant, aucun des trois formats d'échelle ne peut être défini comme étant « mieux adapté » en matière de capacité de différenciation sur la base des résultats de l'analyse en psychiatrie.

4.4.3. Analyse dimensionnelle

Un autre objectif de l'étude de recherche était d'analyser dans quelle mesure les items prescrits ou le questionnaire existant permettaient réellement de relever ou de mesurer le concept de la « satisfaction des patients ». Une analyse dimensionnelle confirmatoire a été utilisée pour contrôler le modèle de la satisfaction des patients avec ses facteurs prescrits. Cinq facteurs importants existent pour le questionnaire Psychiatrie, relevés à travers 6 items (voir Figure 54).

Item	Variable	Facteur/Dimension	
Item 1	Qualité du traitement	Qualité du traitement	Satisfaction des patients
Item 2	Poser des questions	Information & Communication	
Item 3	Obtenir des réponses		
Item 4	Médication	Médication	
Item 5	Participation à la planification du traitement	Participation à la planification du traitement	
Item 6	Gestion des sorties	Gestion des sorties	

Figure 54 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse dimensionnelle

Le modèle à 5 facteurs spécifié (Qualité du traitement, Information & Communication, Médication, Participation à la planification du traitement et Gestion des sorties) permet une bonne adaptation des données pour les trois versions d'échelle. Le Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] est $< .10$ pour deux des trois échelles, le Comparative Fit Index [CFI] $> .98$ pour les trois échelles et le Normative Fit Index ([NFI] $> .97$, ce qui signifie que les corrélations observées entre les valeurs des items peuvent s'expliquer par le modèle spécifié. L'échelle à 7 réponses présente des valeurs d'adaptation légèrement meilleures que les deux autres échelles (voir Figure 55).

Dans le modèle à un facteur (modèle à facteur général) aussi, les trois échelles présentent de bonnes valeurs d'adaptation (la Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] est de $< .08$ pour deux des trois échelles, le Comparative Fit Index [CFI] de $> .98$ pour les trois échelles et le Normative Fit Index ([NFI] également de $> .98$ pour les trois échelles), l'échelle à 11 réponses atteignant là encore de meilleures valeurs d'adaptation (voir Figure 56). Cependant, les différences entre les valeurs représentatives sont marginales.

Globalement, les résultats des analyses factorielles confirmatoires indiquent que les trois formats d'échelle présentent une bonne adéquation des données (dimensions et facteur général). Les facteurs définis représentent donc bien le modèle de « satisfaction des patients ».

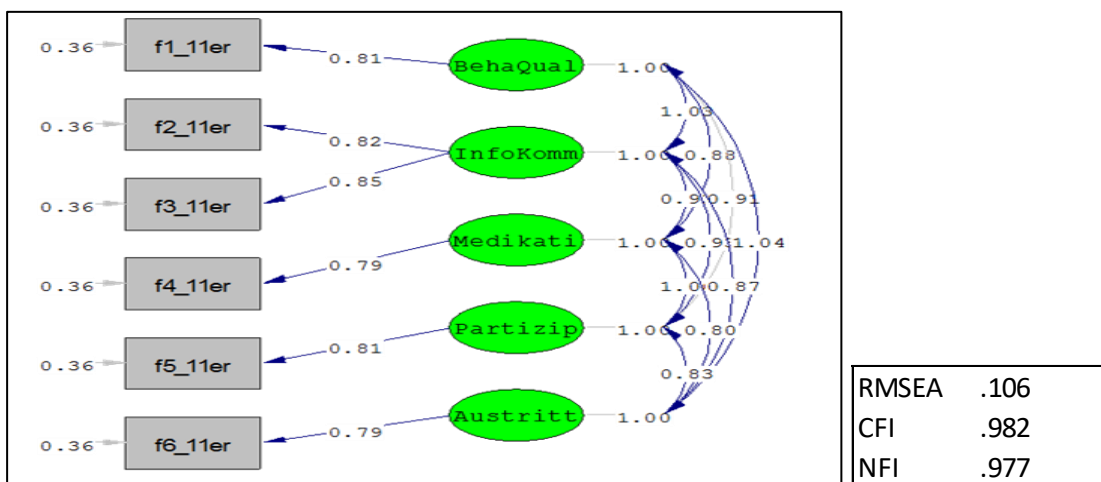
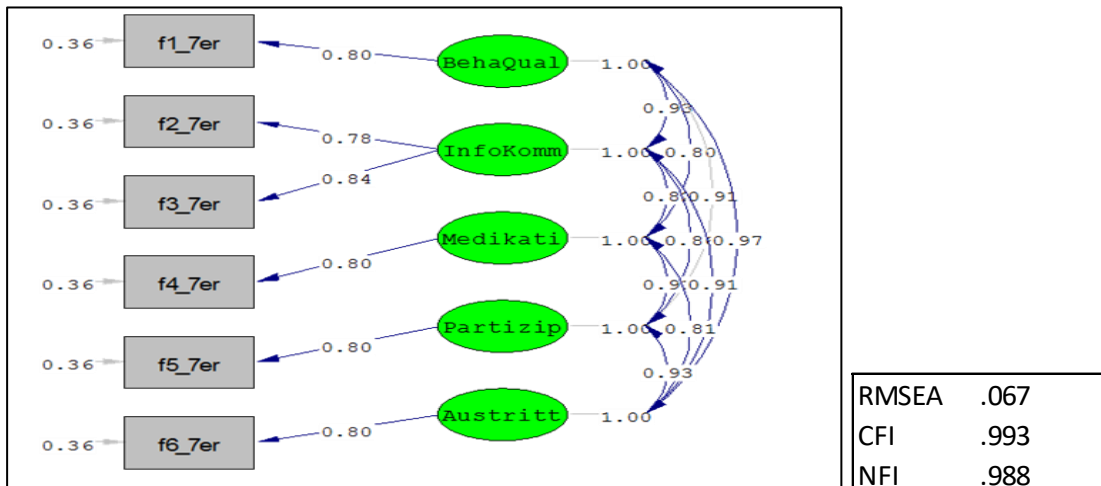
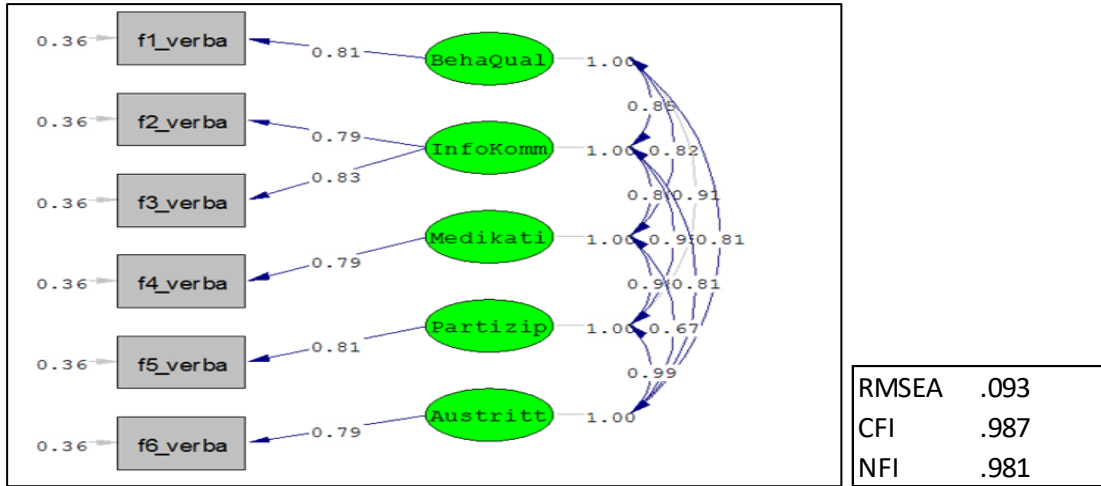


Figure 55 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse dimensionnelle du modèle à 5 facteurs : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

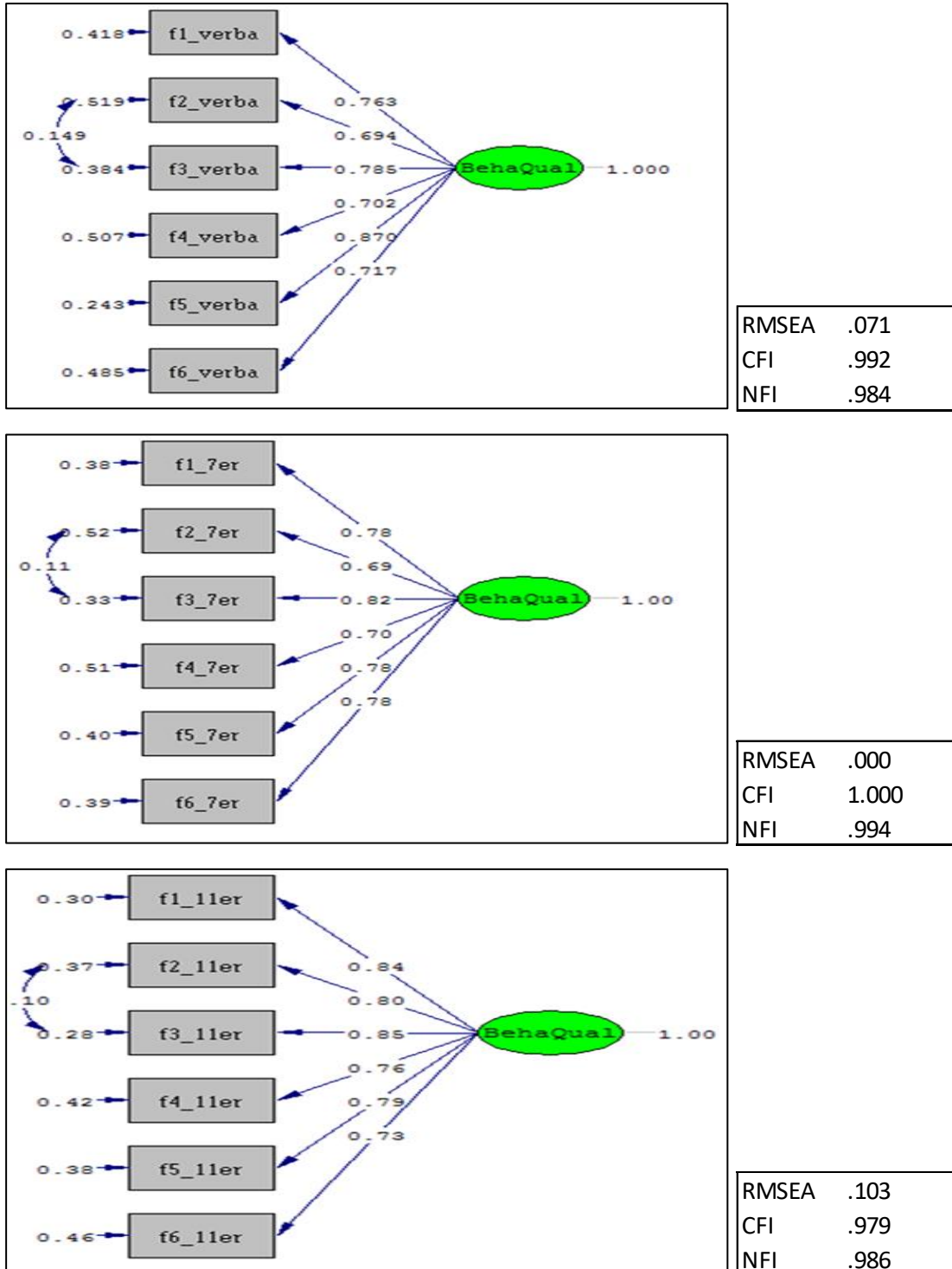


Figure 56 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse dimensionnelle du modèle à facteur général : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

4.4.4. Analyse du modèle Rasch selon la théorie probabiliste

Les trois versions d'échelle de l'échantillon de psychiatrie présentent de bonnes valeurs de test dans les analyses du modèle Rasch de l'échantillon de l'enquête pilote Psychiatrie. Les trois versions d'échelle correspondent aux hypothèses strictes du modèle Rasch. Les paramètres personnels estimés représentent une transformation claire et monotone des sommes totales résultant des valeurs des items. Les figures ci-dessous indiquent que sur une grande partie de toutes les sommes cumulées possibles et la partie intermédiaire, les paramètres personnels Rasch représentent une transformation presque linéaire des sommes cumulées. Le comportement de réponse observé peut être expliqué par le modèle et ses hypothèses (voir Figure 57).

Dans l'index Q, les items des trois versions d'échelle présentent une bonne adéquation des données, reconnaissable au fait que les valeurs p n'indiquent pas d'écart significatif avec le modèle de réponse des sujets estimé (voir Figure 58). Les indices d'adéquation des items indiquent donc une bonne adéquation pour le relevé de la continuité de la caractéristique « Satisfaction des patients », ceci pour les trois variantes d'échelles, et ne distinguent pas les valeurs inférieures ou supérieures à celles prévues.

Les valeurs représentatives de la capacité d'adaptation du modèle global indiquent également que les hypothèses du modèle Rasch sont confirmées pour les trois versions d'échelle. L'échelle verbale à 5 réponses et l'échelle à 11 réponses atteignent des valeurs d'adaptation globale légèrement meilleures dans les analyses du modèle Rasch (voir Figure 59). Enfin, les trois échelles atteignent de bonnes valeurs d'adaptation et correspondent à l'hypothèse du modèle Rasch. Les différences entre les résultats des trois échelles sont également faibles et non significatives dans la modélisation de Rasch.

Pour résumer, dans l'échantillon de l'enquête pilote Psychiatrie, la somme cumulée ou toute transformation linéaire de celle-ci ainsi que les valeurs des items (après transformation monotone correspondante) des trois formats d'échelle peuvent être utilisées comme mesure échelonnée de la satisfaction des patients (voir le chapitre 4.2).

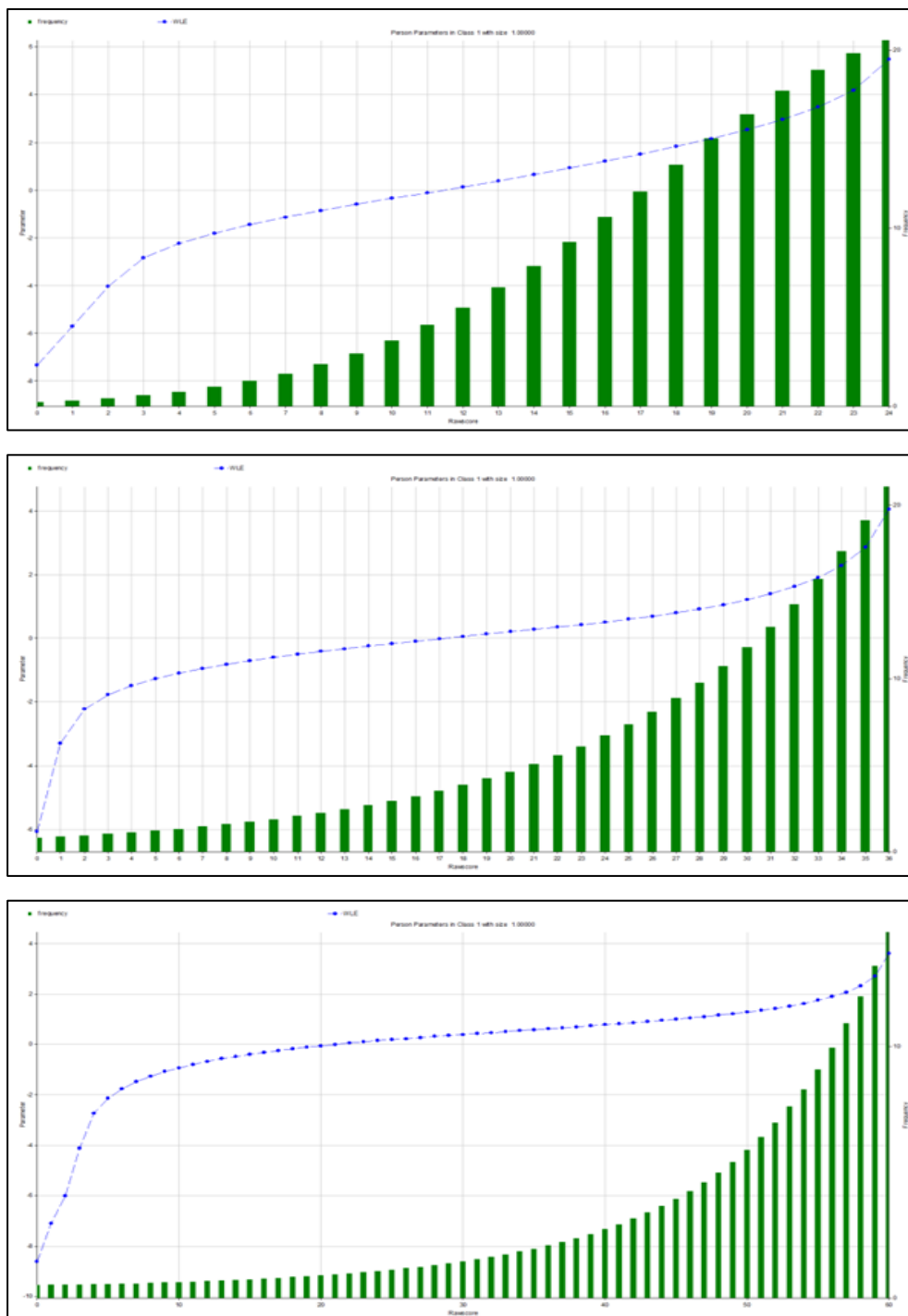


Figure 57 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse du modèle Rasch : résultats de l'adaptation au modèle - Échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_VERBA	0.0670	-0.0733	0.52922	-....Q....+
F2_VERBA	0.0844	-0.0183	0.50728	-....Q....+
F3_VERBA	0.0608	-0.3648	0.64239	-....!Q....+
F4_VERBA	0.0907	0.4771	0.31666	-..Q!.!....+
F5_VERBA	0.0367	-0.4206	0.66298	-....!Q....+
F6_VERBA	0.0882	0.4050	0.34275	-..Q!.!....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_7ER	0.0605	-0.0526	0.52096	-....Q....+
F2_7ER	0.0654	-0.0417	0.51661	-....Q....+
F3_7ER	0.0381	-0.3503	0.63693	-....!Q....+
F4_7ER	0.0657	0.3585	0.35999	-..Q!.!....+
F5_7ER	0.0518	0.0159	0.49365	-...Q!.!....+
F6_7ER	0.0485	0.0713	0.47158	-...Q!.!....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_11ER	0.0404	-0.0332	0.51324	-....Q....+
F2_11ER	0.0292	-0.2009	0.57963	-....Q....+
F3_11ER	0.0265	-0.3491	0.63649	-....!Q....+
F4_11ER	0.0405	0.3057	0.37993	-..Q!.!....+
F5_11ER	0.0407	0.0654	0.47394	-...Q!.!....+
F6_11ER	0.0511	0.2122	0.41596	-...Q!.!....+

Figure 58 : enquête pilote Psychiatrie - Résultats du modèle Rasch : échelle à 11 réponses : indices d'adéquation de chaque item - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

Power Divergence GoF statistics:

	emp. value	chi-square	p-value
Cressie Read	: 5138.10	p=	1.0000
Pearson Chisquare	: 49328.12	p=	0.0000
=====			
Likelihood ratio	: 659.61	p=	1.0000
Freeman-Tukey Chi^2	: 659.61	p=	1.0000
Degrees of freedom	: 15599		

Power Divergence GoF statistics:

	emp. value	chi-square	p-value
Cressie Read	: 1152287.15	p=	0.0000
Pearson Chisquare	: 485126317.75	p=	0.0000
=====			
Likelihood ratio	: 1506.43	p=	1.0000
Freeman-Tukey Chi^2	: 1111.21	p=	1.0000
Degrees of freedom	: 117611		

Power Divergence GoF statistics:

	emp. value	chi-square	p-value
Cressie Read	: 222736.26	p=	1.0000
Pearson Chisquare	: 17607751.90	p=	0.0000
=====			
Likelihood ratio	: 1853.68	p=	1.0000
Freeman-Tukey Chi^2	: 1116.67	p=	1.0000
Degrees of freedom	: 1771499		

Figure 59 : enquête pilote Psychiatrie - Résultats du modèle Rasch : échelle à 11 réponses : indices d'adéquation du modèle global - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)

4.4.5. Differential Item Functioning (DIF)

En raison du faible nombre de cas dans l'échantillon Psychiatrie et de la faible signification associée des résultats, l'analyse des caractéristiques personnelles (âge, sexe et langue) en matière de Differential Item Functioning (DIF) avec les données de l'enquête pilote Psychiatrie n'a pas été effectuée.

4.4.6. Différences entre les cliniques et modèle d'ajustement au risque

La mesure dans laquelle les trois différents formats d'échelle permettent de représenter les différences significatives entre les cliniques dans la manifestation du score total de la satisfaction des patients a été examinée dans une première étape. En raison de l'absence de données pour l'échelle verbale à 5 réponses dans les trois cliniques du Tessin, celles-ci n'ont pas pu être prises en compte dans les analyses de l'échelle à 5 réponses sur les différences démontrables entre les cliniques.

On constate dans la Figure 60 à la Figure 62 que les résultats spécifiques des cliniques dans le score total de la satisfaction des patients sont en partie très différents. Les différences entre les cliniques pour la manifestation moyenne sont même statistiquement significatives dans les analyses de l'échelle à 7 réponses ($p=.013$; $\eta^2=.112$), les deux autres échelles sont tout juste non statistiquement significatives (échelle à 5 réponses : $p=.111$; $\eta^2=.077$, échelle à 11 réponses : $p=.070$; $\eta^2=.110$). Cependant, les résultats doivent être compris uniquement comme des tendances, car les nombres de cas pour chaque échantillon de clinique sont très petits (minimum $n=1$, maximum $n=27$). Il faut supposer que les différences entre les cliniques seraient plutôt inférieures dans le cas d'échantillons plus importants, mais il est probable que des différences significatives dans les valeurs brutes moyennes de la satisfaction des patients entre les différentes cliniques psychiatriques puissent être représentées dans les trois formats d'échelle. En raison du faible nombre de cas, les données de l'enquête pilote Psychiatrie ne permettent pas d'indiquer laquelle des trois échelles offre la meilleure discrimination entre les cliniques.

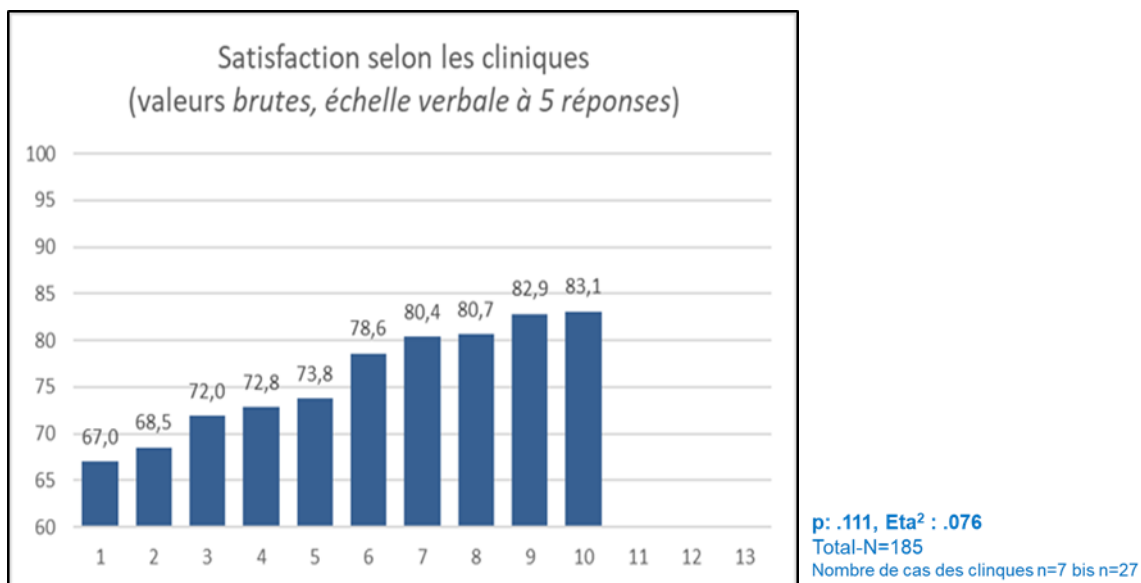


Figure 60 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle verbale à 5 réponses

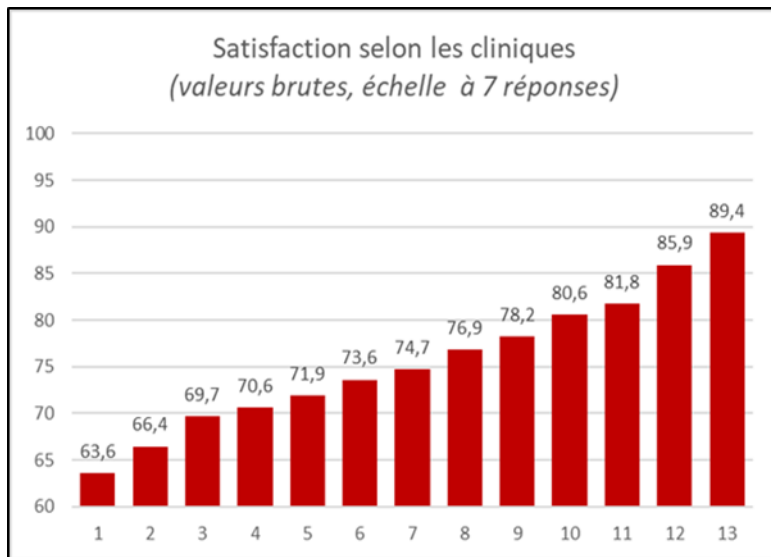


Figure 61 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle à 7 réponses

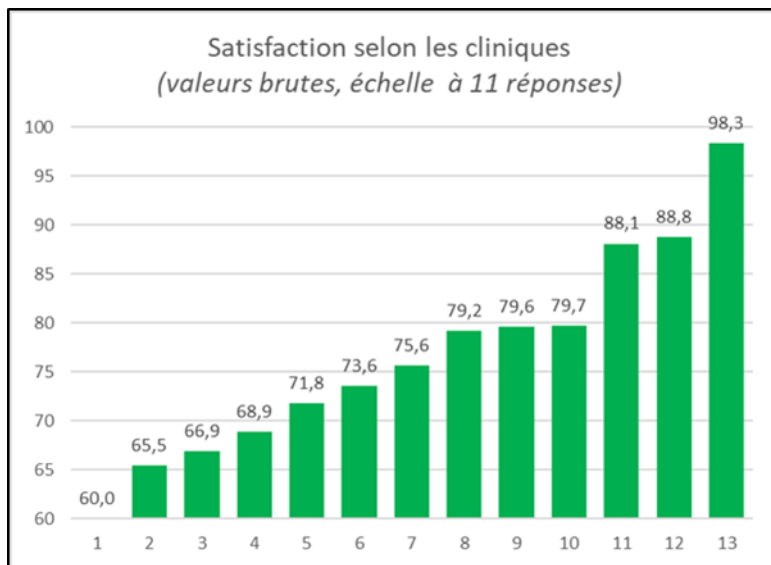


Figure 62 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction selon les cliniques : échelle à 11 réponses, valeurs brutes

L'analyse des valeurs moyennes des cliniques pour les items indique aussi des différences nettes entre les cliniques, le nombre de cas partiellement très faible ne permettant par ailleurs pas non plus de tirer de conclusions statistiques pour toutes les échelles.

Les résultats spécifiques des cliniques pour l'item 5 - Participation à la planification du traitement sont représentés dans la Figure 63 à la Figure 65 à titre d'exemple. On constate qu'une partie des valeurs moyennes de satisfaction des cliniques concernant la participation à la planification du traitement diffèrent considérablement. Encore une fois, les résultats des analyses de variance ne doivent être compris

que comme des tendances face à la faible puissance statistique. Ici aussi, les résultats ne permettent pas de démontrer un avantage statistiquement robuste pour l'un des trois formats d'échelle concernant la capacité de discrimination entre les hôpitaux psychiatriques.

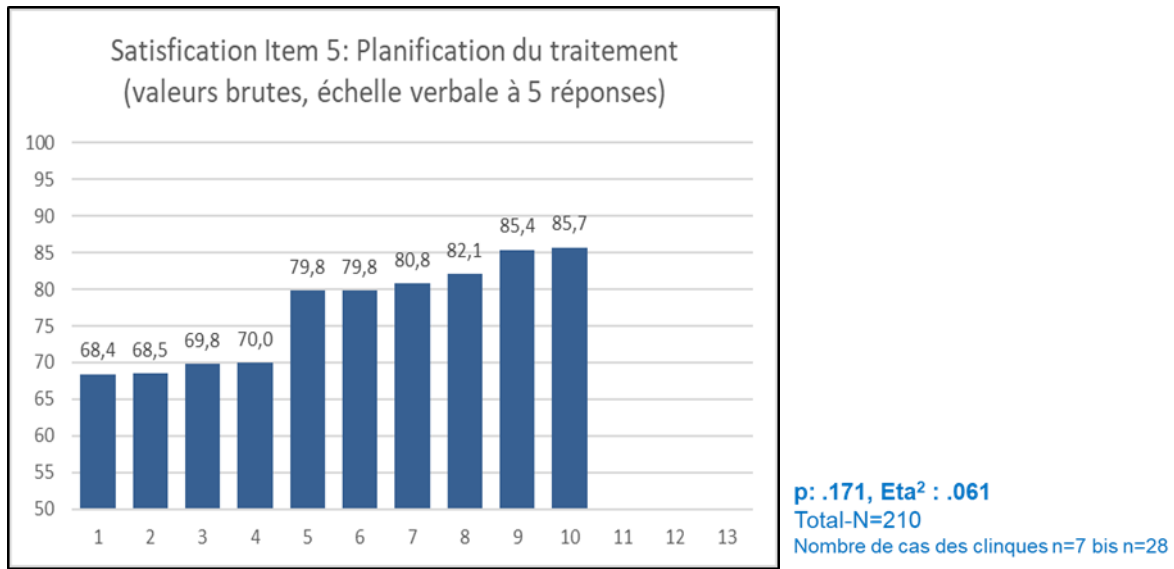


Figure 63 : enquête pilote Psychiatrie - Valeurs moyennes de l'item 5 – Planification du traitement : échelle à 5 réponses

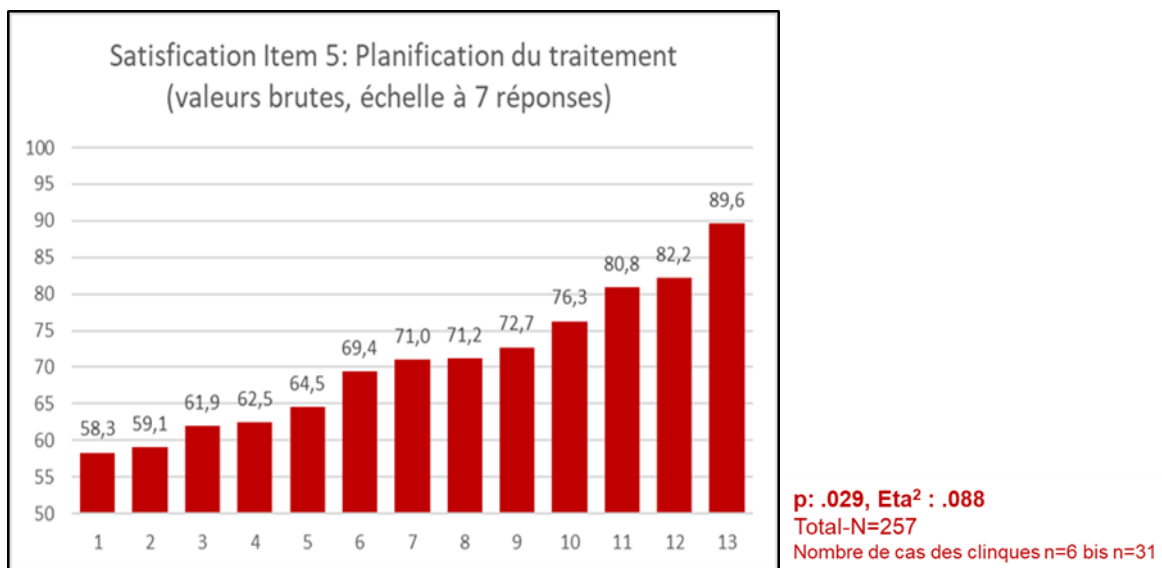


Figure 64 : enquête pilote Psychiatrie - Valeurs moyennes de l'item 5 – Planification du traitement : Échelle à 7 réponses

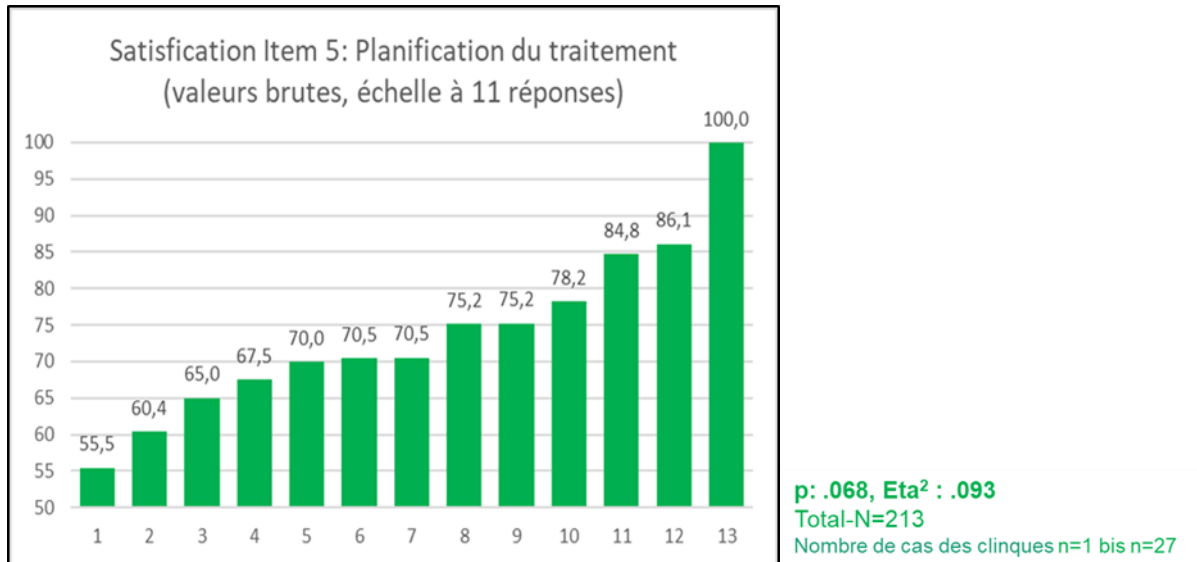


Figure 65 : enquête pilote Psychiatrie - Valeurs moyennes de l'item 5 – Planification du traitement : échelle à 11 réponses

La pertinence d'un ensemble de variables d'ajustement pour une comparaison des cliniques juste a été testée pour le développement et le contrôle d'un modèle adapté à l'ajustement au risque. La pertinence des neuf caractéristiques suivantes pour la satisfaction des patients a été examinée :

- Âge
- Sexe
- Type d'admission : planifiée ou urgence
- Type d'admission 2 : volontaire ou placement
- Diagnostic principal comme indicateur possible de la gravité de la maladie
- Durée de l'hospitalisation
- Statut d'assuré (en division commune ou semi-privé/privé)
- Effet de retard : Influence du délai entre la sortie de la clinique et la réception du questionnaire
- État de santé subjectif au moment de l'enquête

Les analyses monofactorielles des facteurs de confusion significatifs de la satisfaction des patients ont donné les résultats suivants :

L'âge moyen des patients est de 50,3 ans. Comme l'indique la Figure 66, l'âge moyen des patients diffère peu entre les cliniques du projet participantes ; il n'y a cependant pas de différence significative de l'âge moyen entre les cliniques psychiatriques (p=.464) (Figure 67).

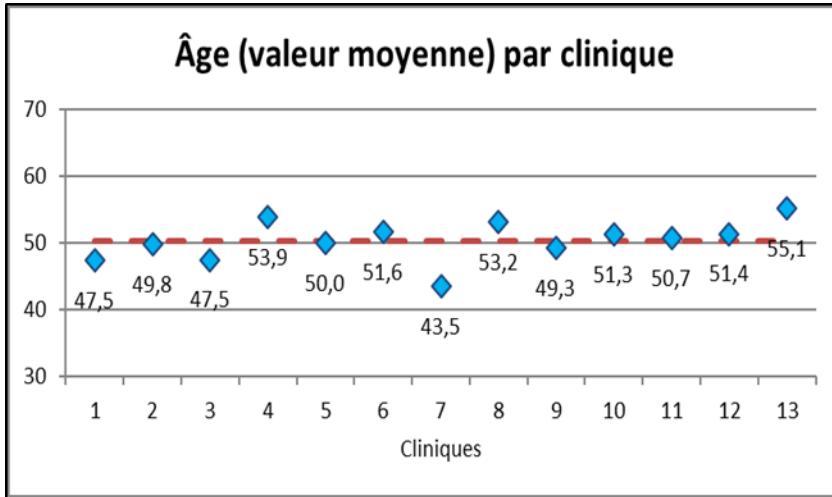
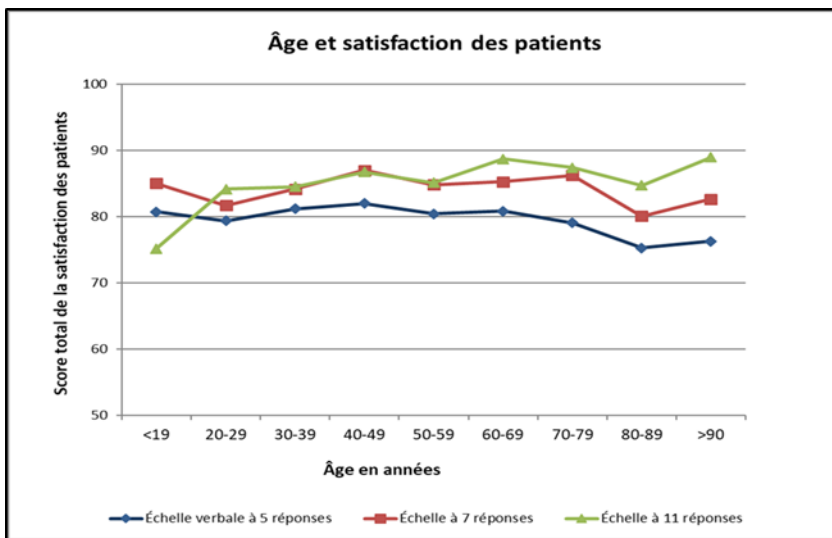


Figure 66 : enquête pilote Psychiatrie - Âge (valeur moyenne) par clinique



Échelle à 5 réponses: $p = .257$, $\text{Eta}^2 = .023$
 Échelle à 7 réponses: $p = .119$, $\text{Eta}^2 = .028$
 Échelle à 11 réponses: $p = .582$, $\text{Eta}^2 = .012$

Figure 67 : enquête pilote Psychiatrie - Âge et satisfaction des patients (score total)

57,8% des patients en psychiatrie sont des femmes. Aucune des trois versions d'échelle n'indique de différences spécifiques au **sexe** dans la satisfaction des patients (Figure 68).

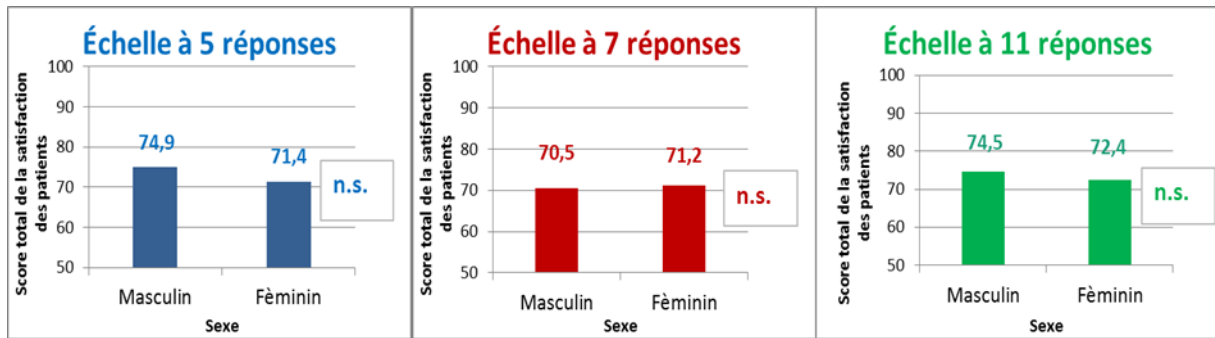


Figure 68 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction des patients par sexe et échelle de réponse (score total)

Pour le **type d'admission 1** (d'urgence ou planifié), on peut aussi supposer avec une grande certitude l'absence d'effet significatif sur la satisfaction des patients. Après leur séjour, les patients admis en urgence dans une clinique psychiatrique (22,9% des personnes interrogées) présentent des valeurs de satisfaction semblables aux patients admis en clinique de manière planifiée (Figure 69).

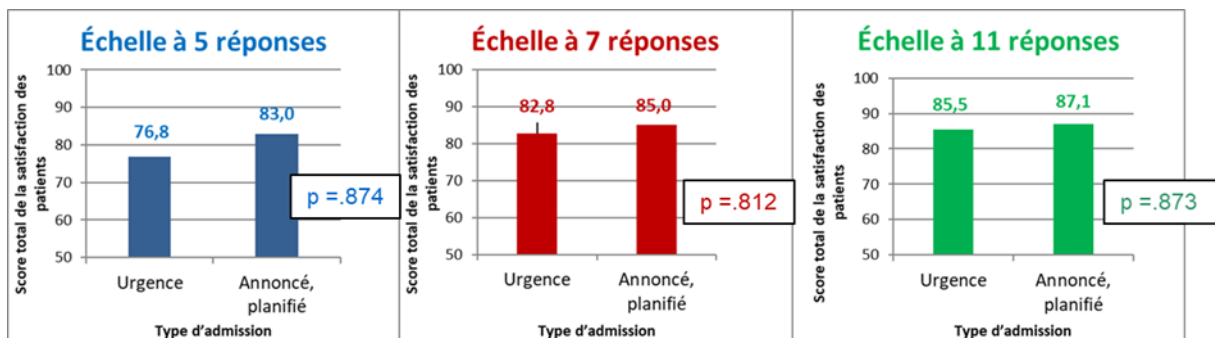


Figure 69 : enquête pilote Psychiatrie - Type d'admission 1 et satisfaction des patients (score total)

Pour le **type d'admission 2** (volontaire ou placement), on distingue par contre des effets sur la satisfaction des patients : Après leur séjour, les patients admis en psychiatrie de manière préventive (13,2%) indiquent une satisfaction des patients inférieure à celle des patients admis volontairement. Pour le type d'admission 2, un effet (tout juste) significatif sur la satisfaction peut être démontré dans les trois échelles (voir Figure 70).

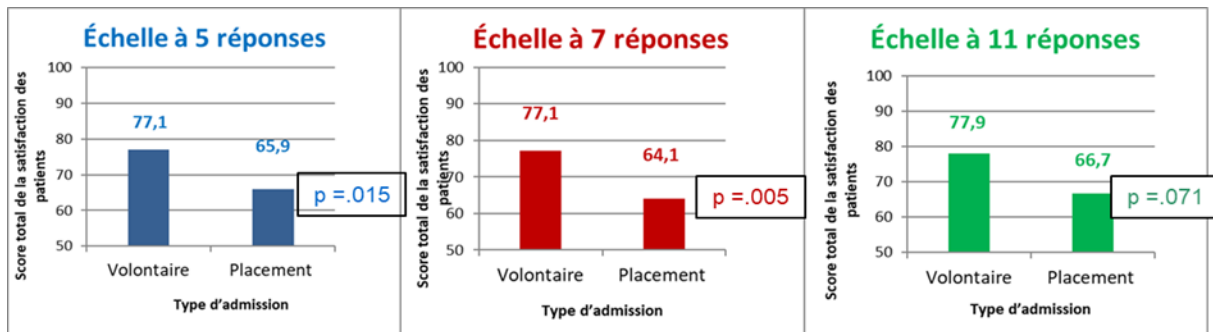


Figure 70 : enquête pilote Psychiatrie - Type d'admission 2 et satisfaction des patients (score total)

L'état de santé subjectif au moment de la mesure présente aussi une influence sur la satisfaction des patients. La valeur moyenne de l'état de santé subjectif de l'échantillon global était de 2,9 (ET=0,9), mais l'état de santé subjectif dans la moyenne ne diffère pas significativement entre les cliniques (p=.092). Comme le montre la Figure 72, il existe une relation linéaire entre la santé subjective dans les plages de manifestation moyennes et la satisfaction des patients : plus la santé subjective estimée est bonne, plus les patients sont satisfaits. Contrairement aux soins aigus, le lien avec la satisfaction des patients n'est pas clair aux extrémités de l'échelle de l'état de santé subjectif. La large dispersion des résultats s'explique cependant avec le très petit nombre de cas aux extrémités de l'échelle de l'état de santé subjectif. Les trois variantes du questionnaire forment des différences significatives dans la satisfaction des patients en fonction de l'état de santé subjectif (5 : p=.002, 7 : p=.000, 11 : p=.000).

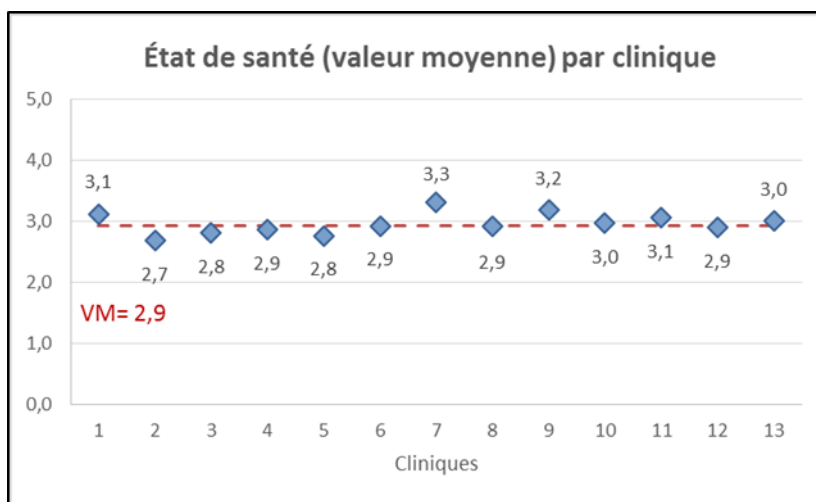


Figure 71 : enquête pilote Psychiatrie - État de santé subjectif (valeur moyenne) par clinique

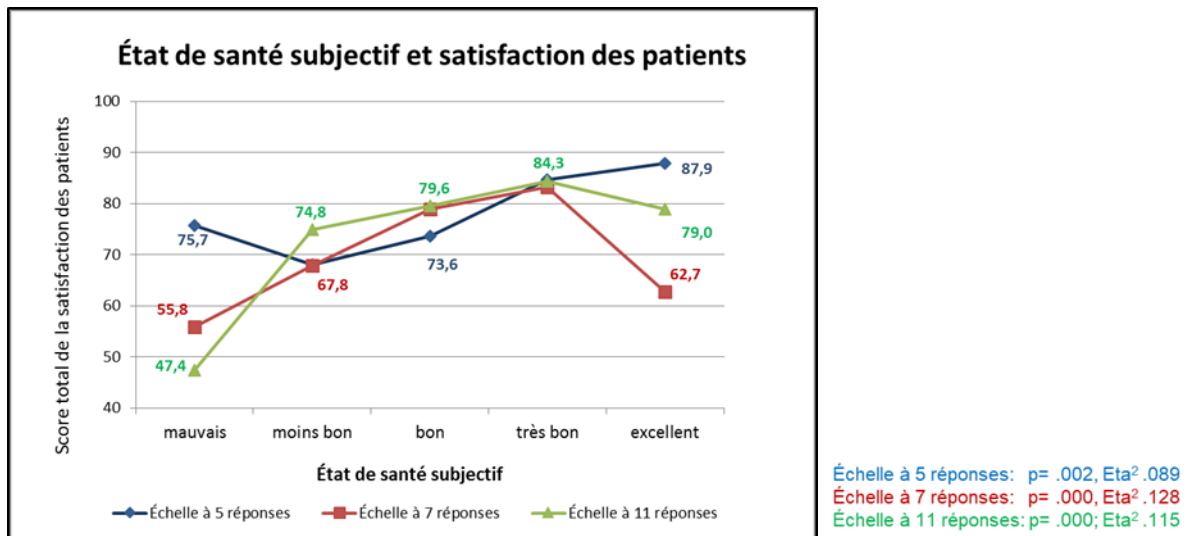


Figure 72 : enquête pilote Psychiatrie - État de santé subjectif et satisfaction des patients

Pour les sept différents **groupes de diagnostics principaux** en psychiatrie (voir chapitres 4.4.1 et Figure 46), aucun lien systématique avec la satisfaction des patients n’a pu être démontré à l’aide ses données de l’enquête pilote Psychiatrie sur les trois échelles. Cependant, la Figure 73 indique clairement que chaque groupe de diagnostic ne contient que très peu de patients. Il n’y a pas de résultats significatifs ici. Il faut cependant supposer que le groupe de diagnostic n’a pas d’influence systématique sur la satisfaction des patients, même si le nombre de cas est élevé.

Groupes de diagnostic	Échelle à 5 réponses			Échelle à 7 réponses			Échelle à 11 réponses		
	Nombre de cas	VM	ET	Nombre de cas	VM	ET	Nombre de cas	VM	ET
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00 - F09)	4	54,2	18,9	10	57,5	23,6	11	80,8	21,1
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10 - F19)	28	77,8	18,7	30	73,9	19,8	23	78,4	23,0
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20 - F29)	23	71,6	19,2	22	76,5	25,1	24	78,2	21,1
Troubles de l'humeur (affectifs) (F30 - F39)	85	77,6	19,8	104	77,2	22,4	74	78,6	22,2
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40 - F48)	20	76,0	19,4	26	76,6	26,3	18	70,4	26,2
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60 - F69)	7	79,2	18,2	7	76,2	25,6	13	74,9	24,8
Autres troubles mentaux et du comportement (F50 - F59, F70 - F99)	5	78,3	28,0	5	66,7	22,5	2	96,7	4,7

Figure 73 : enquête pilote Psychiatrie – Groupe de diagnostic principal et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total)

Les analyses de l'influence de la **durée d'hospitalisation** sur la satisfaction des patients ne donnent pas non plus de résultats statistiquement robustes et devraient être contrôlées avec un échantillon plus grand le cas échéant. La valeur moyenne de la durée d'hospitalisation était de 40,4 jours (ET=37,2) dans l'échantillon global. On constate une variance statistiquement significative ($p=.000$) de la durée d'hospitalisation moyenne dans les cliniques de l'étude (Figure 74). Comme le montrent la Figure 75 et la Figure 76, les résultats indiquent un lien entre la durée d'hospitalisation et la satisfaction des patients pour les échelles à 7 et 11 réponses : les patients avec une durée d'hospitalisation moyenne indiquent généralement des valeurs de satisfaction plus élevée. Cependant, les résultats de l'échelle verbale à 5 réponses ne confirment pas cette tendance. Ces différences aussi sont plutôt faibles et ne peuvent pas être consolidées de manière valide en raison du faible nombre de cas par sous-groupe (Figure 76) dans cet échantillon.

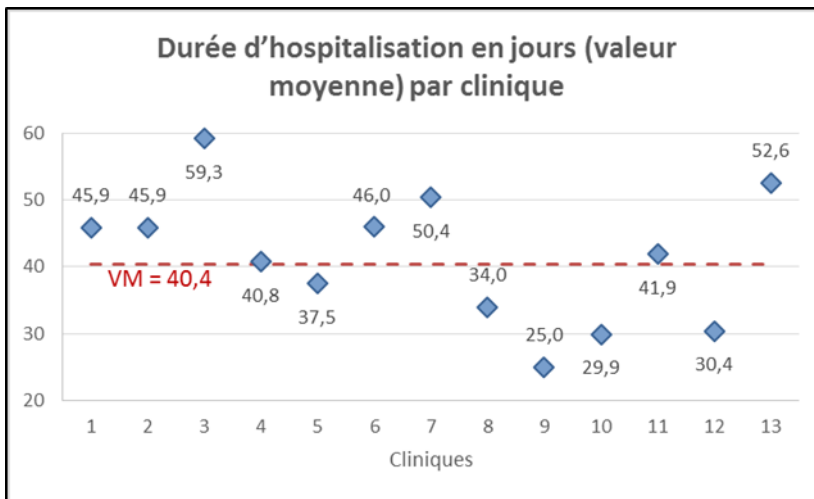
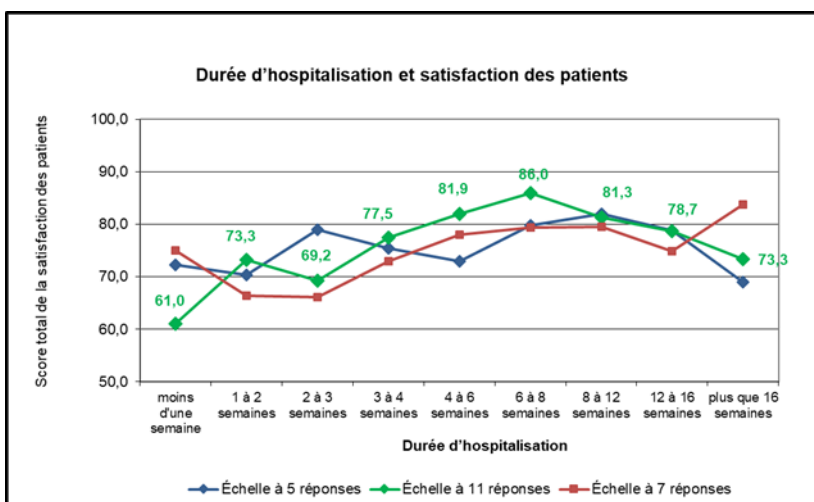


Figure 74 : enquête pilote Psychiatrie – Durée d'hospitalisation en jours (valeur moyenne) par clinique



Échelle à 5 réponses: $p= .408$, $Eta^2 .045$
 Échelle à 7 réponses: $p= .183$, $Eta^2 .051$
 Échelle à 11 réponses: $p= .013$; $Eta^2 .106$

Figure 75 : enquête pilote Psychiatrie - Durée d'hospitalisation et satisfaction des patients (score total)

Durée d'hospitalisation	Échelle à 5 réponses			Échelle à 7 réponses			Échelle à 11 réponses		
	Nombre de cas	VM	ET	Nombre de cas	VM	SD	Nombre de cas	VM	SET
moins d'une semaine	29	72,3	22,2	16	75,0	25,1	21	61,0	28,4
1 à 2 semaines	20	70,4	22,3	26	66,5	25,4	20	73,3	20,8
2 à 3 semaines	21	79,0	17,6	25	66,1	28,3	15	69,2	28,7
3 à 4 semaines	19	75,4	22,1	28	72,9	25,3	24	77,5	30,5
4 à 6 semaines	24	72,9	20,4	44	78,0	20,0	32	81,9	16,5
6 à 8 semaines	25	79,8	16,0	35	79,4	20,9	29	86,0	11,9
8 à 12 semaines	27	81,9	18,4	27	79,5	20,7	24	81,3	17,1
12 à 16 semaines	12	78,8	16,3	15	74,8	20,5	5	78,7	25,6
plus que 16 semaines	9	69,0	23,9	6	83,8	21,0	9	73,3	30,4

Figure 76 : enquête pilote Psychiatrie – Durée d'hospitalisation et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total)

Les autres caractéristiques examinées, **statut d'assurance** (en division commune ou semi-privée/privée) ainsi que **moment de l'enquête** (effet de retard entre 2 et 6 semaines après la sortie) ne sont pas associées à la satisfaction des patients mesurée, ou seulement de façon marginale, comme dans l'enquête pilote Soins aigus. **Aucun effet significatif** n'était identifiable pour ces caractéristiques avec les trois échelles.

Les résultats de l'analyse des facteurs de confusion potentiels du modèle d'ajustement au risque devant être considérés comme incertains ou comme des tendances en raison de la base de données très faible, aucun modèle global multifactoriel n'a été calculé.

Pour résumer, on peut indiquer qu'aucun effet sur la satisfaction des patients n'a pu être démontré pour les caractéristiques Âge, Sexe, Type d'admission 1 (d'urgence plutôt que planifiée), Groupe de diagnostic psychiatrique, Statut d'assurance et du Moment de la mesure (entre 2 et 6 semaines après la sortie) dans l'échantillon de psychiatrie. L'influence de l'état de santé subjectif au moment de la mesure sur la satisfaction des patients a également pu être confirmée en psychiatrie. Un lien avec la satisfaction des patients a pu être constaté également pour le type d'admission 2 (volontaire ou placement). On peut remettre en question l'influence de la durée de l'hospitalisation sur la satisfaction des patients, les résultats ne sont pas homogènes et aucune affirmation claire n'est possible en raison du faible nombre de cas et de la multitude de catégories de caractéristiques.

4.5. Résultats de l'enquête pilote Réadaptation

4.5.1. Base de données et caractéristiques de l'échantillon

L'enquête pilote Réadaptation a été réalisée en collaboration avec 16 cliniques du projet. 10 cliniques du projet ont participé pour la Suisse allemande. 3 cliniques du projet ont participé pour la Romandie et 3 pour le Tessin.

Au total, 2 769 questionnaires ont été envoyés aux participants potentiels à l'étude. 1 326 questionnaires ont été renvoyés complétés, ce qui correspond à un taux de réponse de 47,9% (voir Tableau 12). Étant donné que seul le format d'échelle verbale à 5 réponses a été utilisé dans l'enquête pilote Réadaptation et que tous les questionnaires reçus sont donc évalués pour ce format d'échelle, la base de données peut être considérée comme très bonne pour cette échelle avec n=1 326. Elle excède même le nombre de cas de l'enquête pilote Soins aigus pour l'échelle verbale à 5 questions (soins aigus n=1 184). Si l'on tient compte du nombre de cas par région linguistique, la Romandie et le Tessin obtiennent aussi un nombre de cas acceptable avec n=184 et n=185.

Région linguistique	Cliniques	Formulaires envoyés	Formulaires complétés	Taux de réponse	Nombre total de réponses
allemand	01	143	81	56,6%	957
	02	324	149	46,0%	
	03	150	80	53,3%	
	04	53	21	39,6%	
	05	75	38	50,7%	
	06	340	175	51,5%	
	07	154	81	52,6%	
	08	148	84	56,8%	
	09	332	155	46,7%	
	10	201	93	46,3%	
français	11	80	20	25,0%	184
	12	94	22	23,4%	
	13	252	142	56,3%	
italien	14	170	77	45,3%	185
	15	190	80	42,1%	
	16	63	28	44,4%	
	Total	2.769	1.326	47,9%	1.326

Tableau 12 : enquête pilote Réadaptation - Nombre de cas par région linguistique

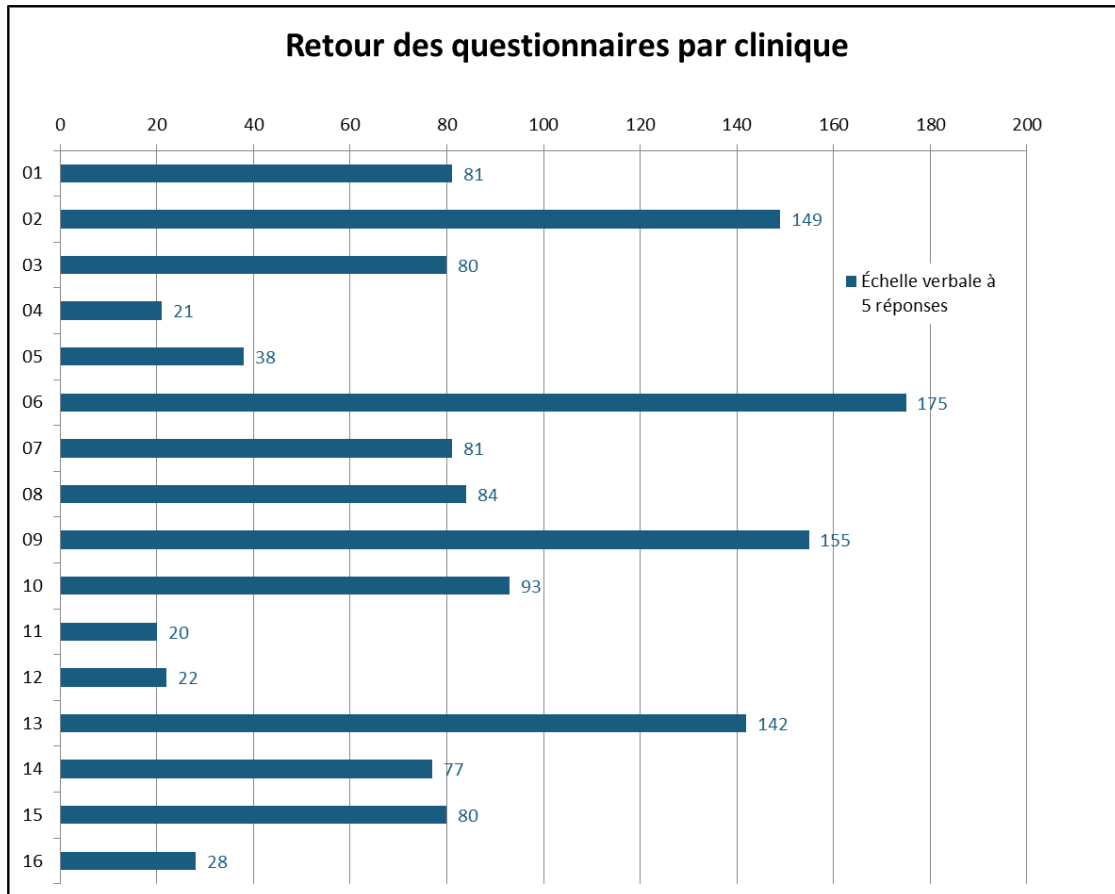


Figure 77 : enquête pilote réadaptation - Nombre de cas spécifique des cliniques

Les retours de questionnaires par clinique sont présentés Figure 77. Le nombre de cas pour la plupart des cliniques du projet était nettement supérieur à 30 questionnaires complétés. Seules 4 cliniques ont obtenu un nombre de cas inférieur (entre 20 et 30). Ces cliniques sont réparties sur les 3 régions linguistiques.

Au total, le nombre de cas obtenu dans l'enquête pilote en réadaptation pour l'échelle verbale à 5 réponses peut être considéré comme très bon. L'on peut ainsi émettre des affirmations statistiquement fiables sur l'adéquation du questionnaire utilisé ainsi que des affirmations sur les comparaisons entre cliniques et l'influence de facteurs de confusion possibles.

Les caractéristiques principales de l'échantillon global en réadaptation figurent dans le Tableau 13. Un peu plus d'hommes que de femmes ont participé à l'enquête (hommes : 51,1% et femmes : 48,9%). L'âge moyen était de 69 ans. En moyenne, la réadaptation a duré 26,2 jours. Tout juste 72% des personnes interrogées étaient assurés en division commune, le reste ayant une assurance privée ou semi-privée (28,1%). Dans 98,7% des cas, l'admission en réadaptation était planifiée, une admission d'urgence n'était indiquée que pour 1,3%. Plus des trois quarts des patients ont été transférés d'un hôpital de soins aigus vers la réadaptation (76,4%). Les patients restants venaient de chez eux (21,4%) ou d'un autre lieu (2,3%). Après la réadaptation, 94,0% des patients ont pu rentrer chez eux, les 6% restants ont été transférés vers un autre lieu (par ex. maison de repos, hôpital de soins aigus, etc.). En moyenne, 29 jours se sont écoulés entre la sortie et l'expédition du questionnaire de satisfaction.

Échantillon Étude pilote Réadaptation N=1.326	
Sexe	Hommes: 51,1%; Femmes: 48,9%
Âge	Moy.: 69,0 ans (ET: 13,3)
Durée d'hospitalisation	Moy.: 26,2 jours (ET:18,6)
Statut d'assurance	en division commune: 71,9%; privé/semi-privé: 28,1%
Type d'admission	urgence: 98,7%; planifié: 1,3%
Séjour avant l'admission	Domicile 21,4%, Hôpital des soins aigus 76,4%, autre part 2,3%
Séjour après la sortie	Au domicile 94,0%, autre part 6,0%,
Temps entre la sortie et l'expédition (retard)	Moy.: 29,0 jours (ET:8,8)

Tableau 13 : enquête pilote Réadaptation - Caractéristiques de l'échantillon

Les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les chapitres principaux de la CIM-10-GM pour la description de l'échantillon et les analyses de facteurs d'influence potentiels sur la satisfaction des patients (DIMDI, 2015). La distribution des groupes de diagnostics est représentée à la Figure 78. Les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué le groupe de diagnostic le plus fréquent avec 29,0%. 24,8% des patients ont été traités pour une maladie du système ostéo-articulaire ou des muscles. La prise en charge en réadaptation suite à une maladie du système nerveux (13,3%) ou à une maladie traumatique telles que des blessures et des empoisonnements (12,8%) est également fréquente. Les autres groupes de diagnostics pertinents sont les tumeurs (5,5%), les troubles mentaux et du comportement (4,5%) ainsi que les maladies du système respiratoire (4,8%). Les 5,3% restants sont distribués sur huit autres groupes de diagnostic principal.

Pour les personnes ayant effectué un séjour en réadaptation, les cliniques ont également mentionné le type de réadaptation/l'indication ou le domaine de réadaptation auquel les patients étaient affectés selon les définitions décrites dans le document DefReha® version 1.01 (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2015). Les résultats sont représentés Figure 79. Un bon tiers des patients a bénéficié d'une réadaptation musculosquelettique, un quart d'une réadaptation neurologique et un sixième d'une réadaptation cardiaque. Les autres types et domaines de réadaptation (réadaptation pulmonaire, gériatrique, interne, oncologique et psychosomatique) sont nettement moins représentés.

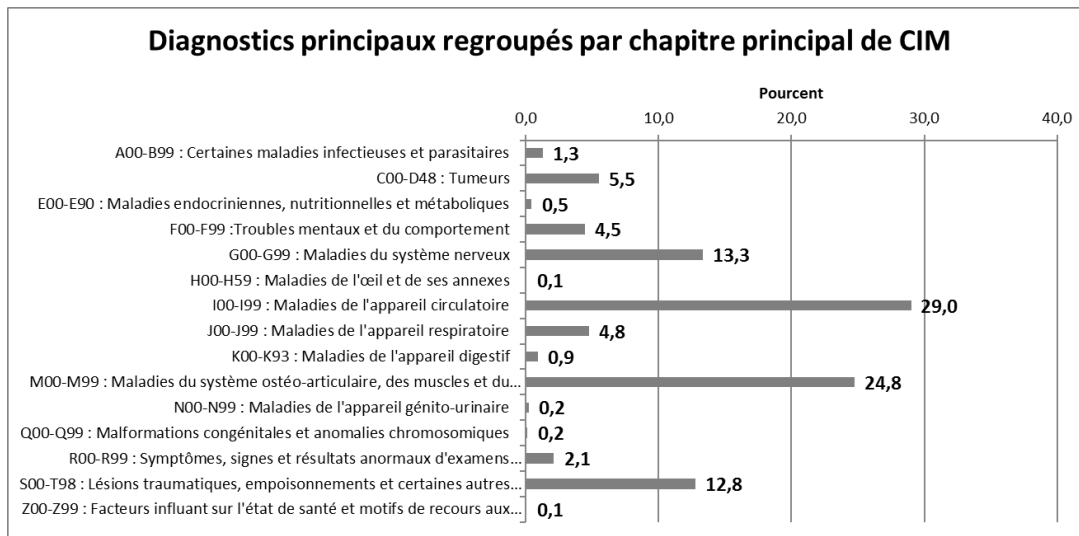


Figure 78 : enquête pilote Réadaptation - Diagnostics principaux regroupés par chapitres principaux de la CIM-10

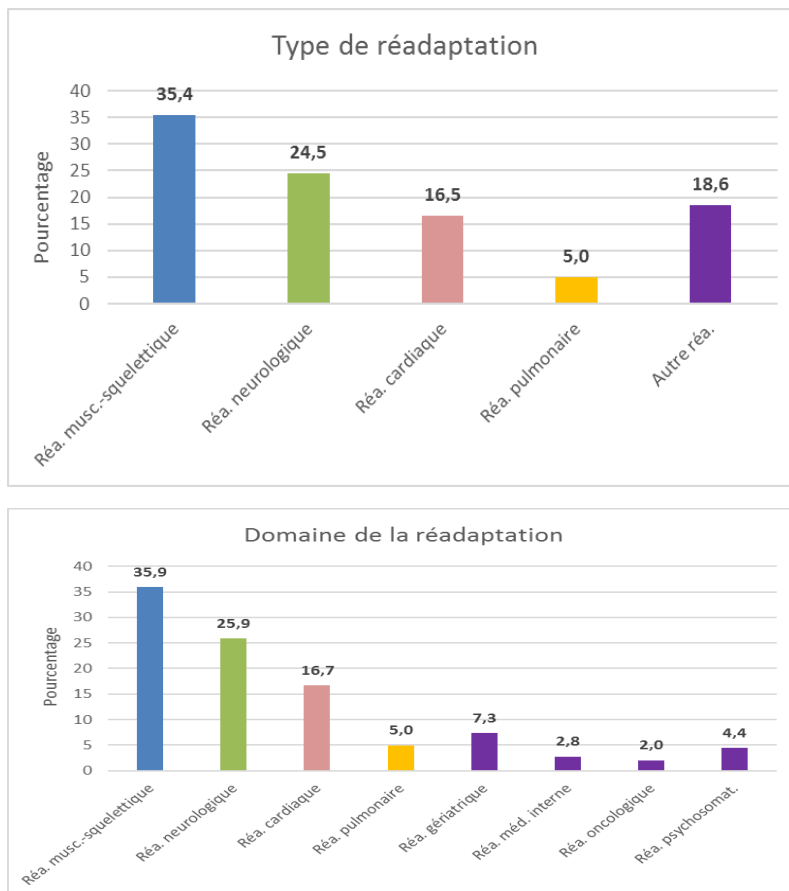


Figure 79 : enquête pilote Réadaptation – Distribution des types (en haut) et des domaines (en bas) de réadaptation

4.5.2. Valeurs représentatives théoriques du format d'échelle testé

Pour une meilleure comparabilité des résultats de l'enquête pilote en réadaptation avec les résultats des soins aigus et de la psychiatrie, les valeurs de l'échelle verbale à 5 réponses utilisée en réadaptation ont également été transformées en une échelle de 0 à 100. Une analyse des valeurs représentatives théoriques a d'abord été effectuée pour les 7 items individuels du nouveau questionnaire de satisfaction Réadaptation.

Les résultats de l'analyse des items sont représentés sous forme graphique dans l'Figure 80 à l'Figure 86. Les différentes valeurs représentatives de l'analyse des items sont présentées dans le Tableau 14 résumées pour tous les items.

Globalement, tous les items présentent des *valeurs moyennes* intermédiaires à élevées. On observe les valeurs moyennes les plus élevées dans les items 3 et 4, où elles dépassent légèrement 85. Pour les items 2 et 5, les valeurs moyennes sont un peu plus basses (81,7 et 82,9). Avec 76,2, la valeur moyenne de l'item 1 est intermédiaire. Avec 68,4 et 68,3, les items 6 et 7 présentaient les valeurs de satisfaction moyennes les plus basses.

Lors de l'examen de l'*asymétrie* et du kurtosis, tous les items présentent une distribution asymétrique à gauche et une distribution plus pointue que la distribution normale. Cependant, celle-ci ne concerne pas tous les items dans la même mesure : les items 1, 6 et 7 présentent des valeurs de distribution plus favorables, qui tendent davantage vers une distribution normale.

La plage de l'*effet plafond* varie fortement entre les items et est comprise entre 20,3% et 60,0%. L'item 4 atteint l'effet plafond le plus élevé (60,0%). Les effets plafonds pour les items 2, 3 et 5 sont également élevés (47,8% à 49,8%). L'item 1 présente un faible effet plafond de 31,4% ; celui-ci est toutefois légèrement plus élevé que dans les mesures de cet item dans les soins aigus et la psychiatrie. Les effets plafonds les plus bas s'observent au niveau des items 6 et 7 (20,3% et 23,5%).

On remarque un faible *taux de manquants* de 1,7% à 7,8% sur tous les items. Les taux de manquants les plus élevés ont été constatés pour l'item 4 (4,1%) et l'item 6 (7,8%).

Concernant la *capacité de discrimination*, les items atteignent des corrélations d'items totales corrigées de .60 à .75. Les résultats indiquent une bonne représentation de la valeur totale et une bonne capacité de discrimination entre les personnes interrogées ayant des manifestations des caractéristiques différentes.

Globalement, les résultats de l'analyse des items indiquent que l'échelle verbale à 5 réponses en réadaptation offre une bonne différenciation entre les personnes interrogées avec des satisfactions différentes. Le spectre des réponses est davantage exploité que d'autres dans les réponses individuelles : on y trouve des valeurs moyennes inférieures, des effets plafonds plus faibles et globalement une plus forte différenciation des réponses. Cela concerne en particulier les items 1, 6 et 7. Les taux de manquants comparativement faibles indiquent une bonne compréhensibilité de l'échelle verbale à 5 réponses et une meilleure acceptation de la formulation des items et des réponses par les personnes interrogées. Les résultats des items de la dimension « Gestion des sorties » (item 6 : Informations sur la sortie, item 7 : Organisation de la sortie) sont très semblables ; cette dimension pourrait donc éventuellement être relevée uniquement à l'aide de l'un des deux items, sans que cela n'entraîne de perte notable d'informations.

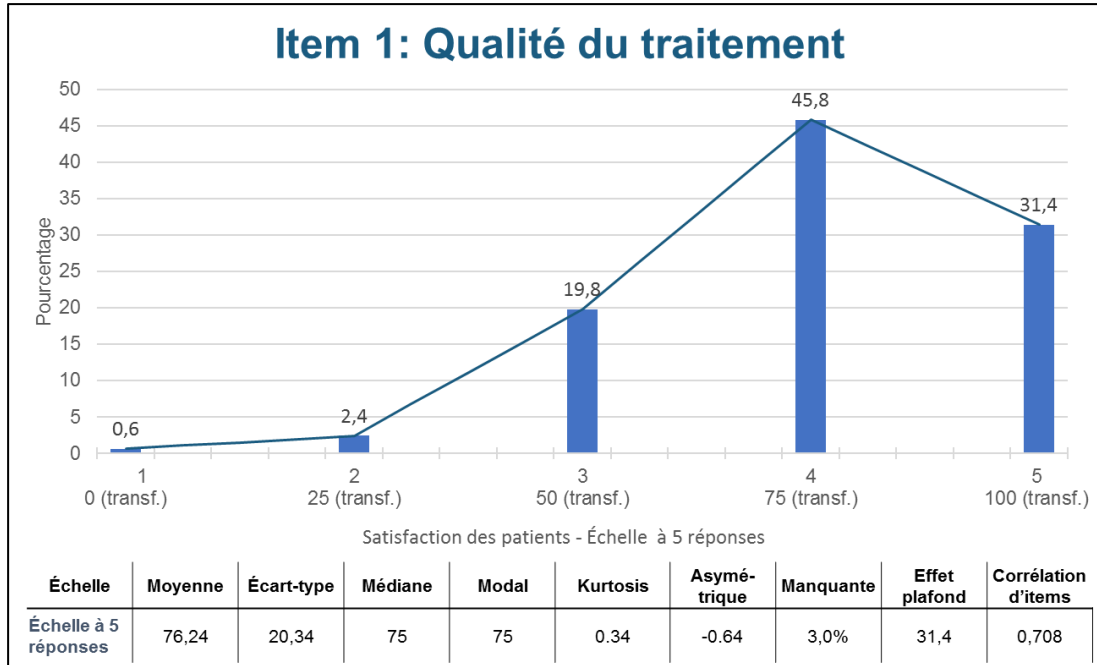


Figure 80 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 1 : Qualité du traitement

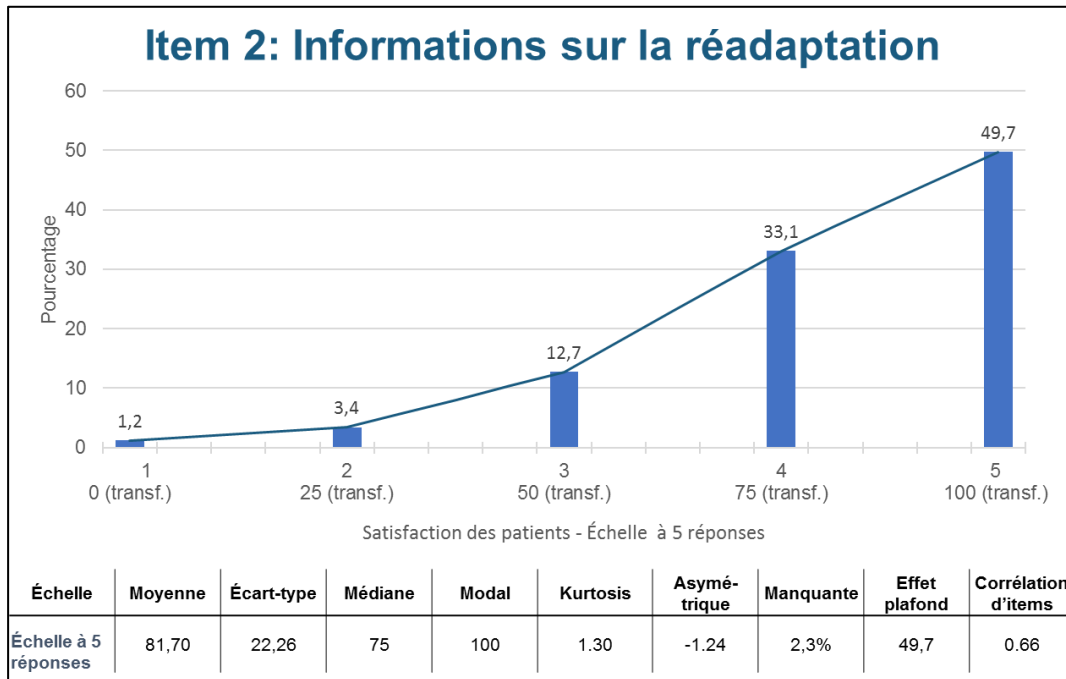


Figure 81 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 2 : Information

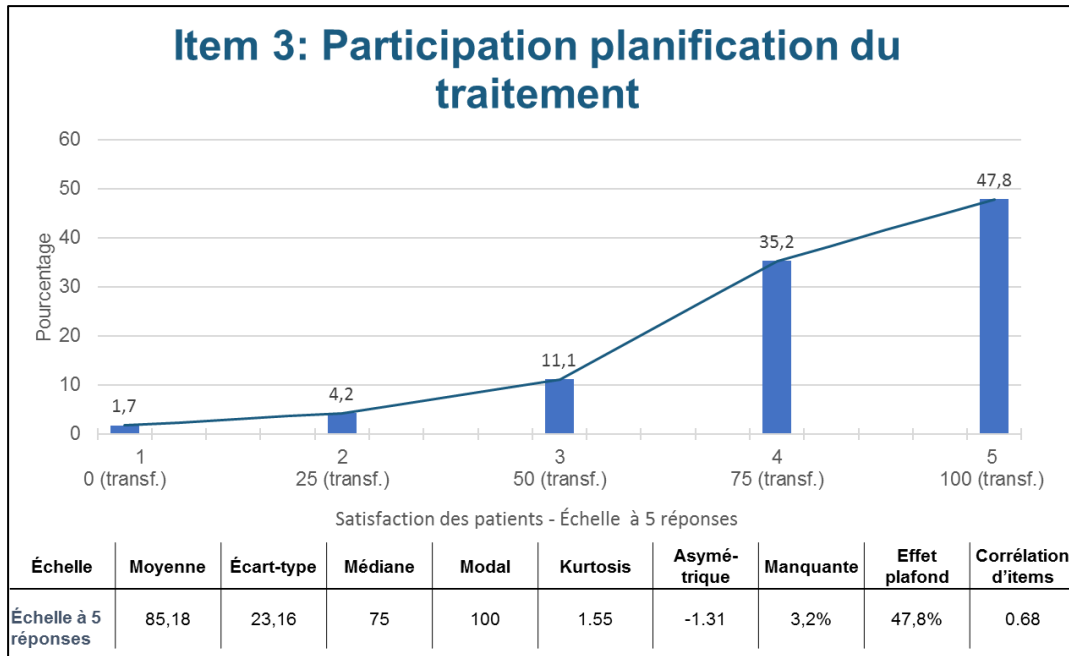


Figure 82 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 3 : Participation

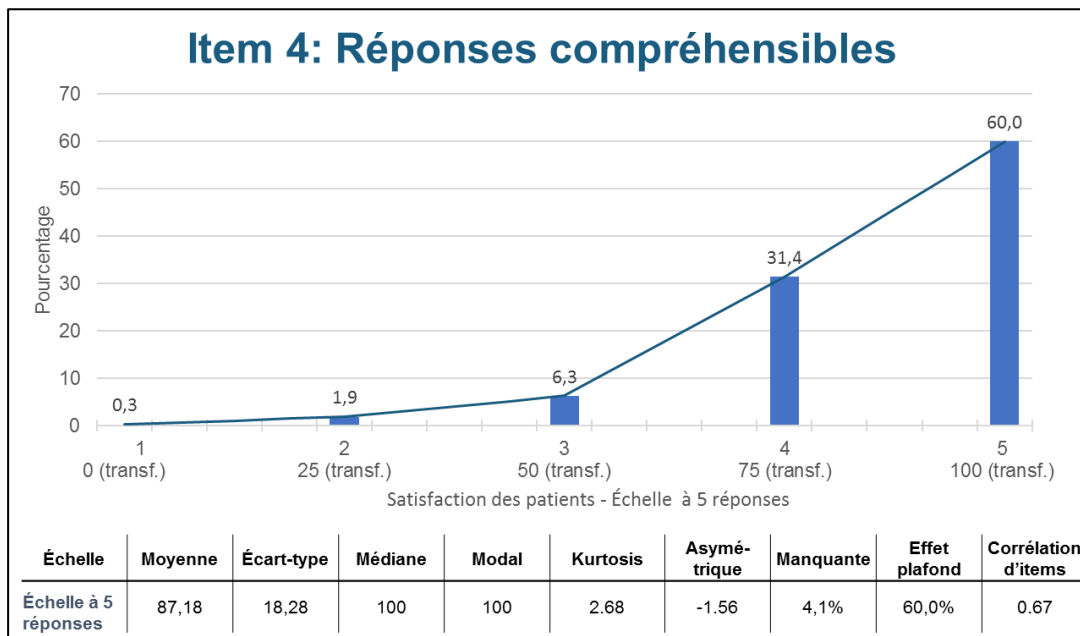


Figure 83 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 4 : Obtenir des réponses

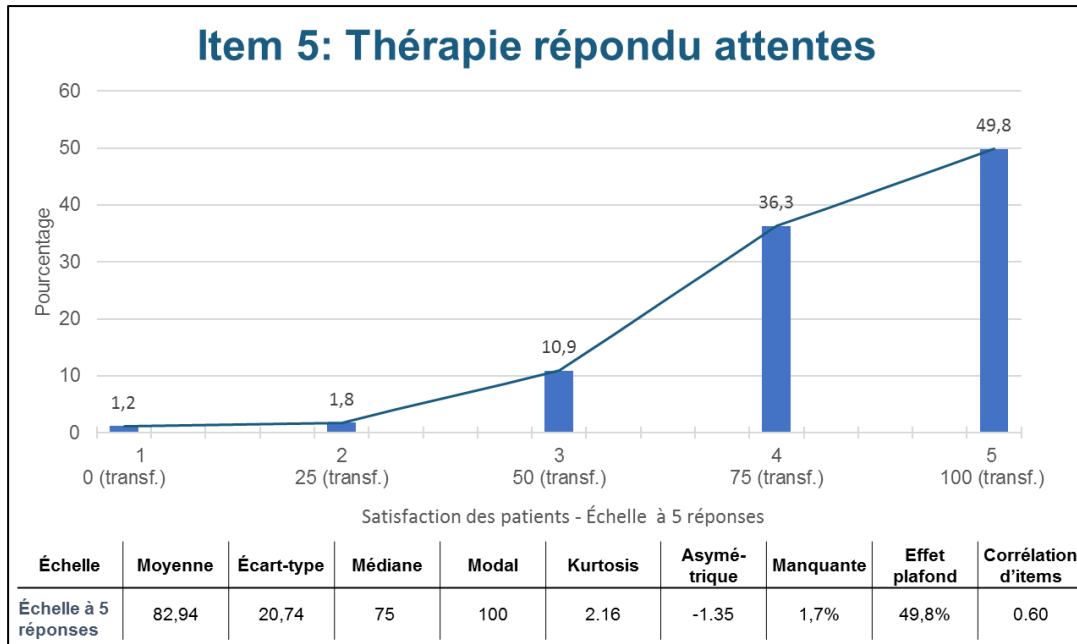


Figure 84 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 5 : Structuration du traitement

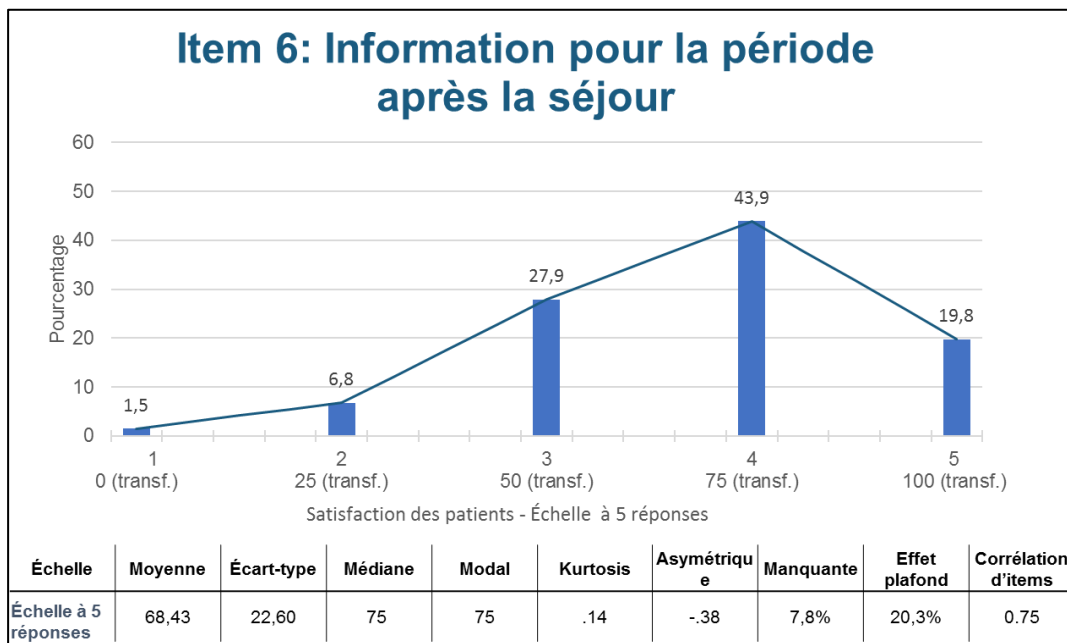


Figure 85 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 6 : Informations sur la sortie

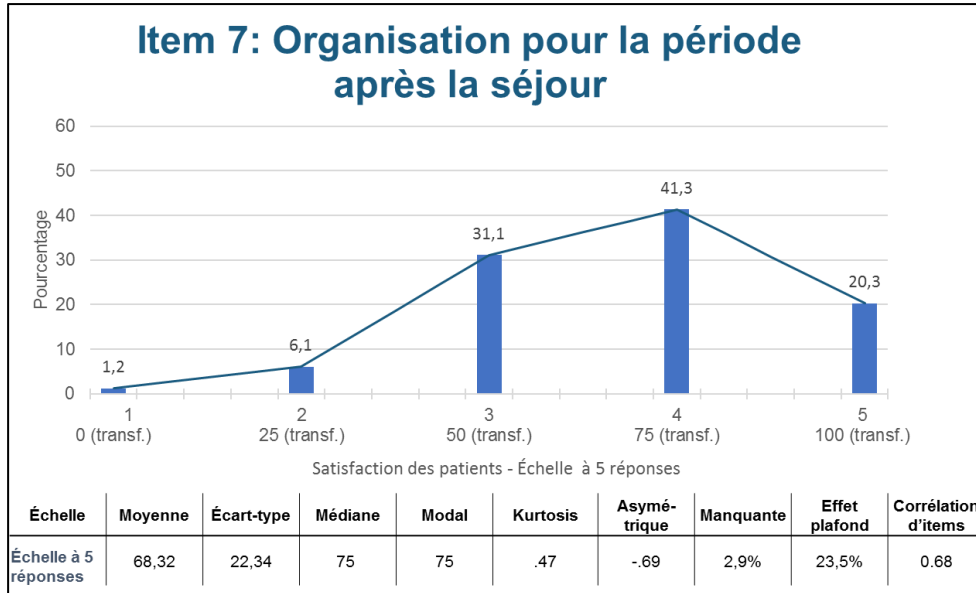


Figure 86 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 7 : Organisation de la sortie

Item 1 Qualité du traitement	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	76,24	20,34	75	75	0.34	-0.64	3,0%	31,4	0,708
Item 2 Informations sur la réadaptation	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	81,70	22,26	75	100	1.30	-1.24	2,3%	49,7	0.66
Item 3 Participation planification du traitement	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	85,18	23,16	75	100	1.55	-1.31	3,2%	47,8%	0.68
Item 4 Réponses compréhensibles	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	87,18	18,28	100	100	2.68	-1.56	4,1%	60,0%	0.67
Item 5 Thérapie répondu attentes	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	82,94	20,74	75	100	2.16	-1.35	1,7%	49,8%	0.60
Item 6 Information pour la période après la séjour	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	68,43	22,60	75	75	.14	-.38	7,8%	20,3%	0.75
Item 7 Organisation pour la période après la séjour	Échelle	Moyenne	Écart-type	Médiane	Modal	Kurtosis	Asymétrique	Manquante	Effet plafond	Corrélation d'items
	Échelle à 5 réponses	68,32	22,34	75	75	.47	-.69	2,9%	23,5%	0.68

Tableau 14 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items 1 à 7 : présentation globale des résultats

Suite aux analyses au niveau des items, les 7 items de satisfaction ont été utilisés pour former un score total de la satisfaction des patients, qui a été transformé en des valeurs entre 0 et 100 (voir chapitre 4.2). Les résultats des analyses théoriques du score total sont représentés à la Figure 87.

La valeur moyenne du score total est de 78,9%, l'effet plafond de 8,9%. Le résultat du score total présente aussi une distribution asymétrique vers la gauche (-1.10) et pointue (1.56). En outre, les valeurs représentatives relatives à la cohérence interne (corrélation d'item) et la fiabilité Rasch démontrent que les 7 items mesurent le concept de « satisfaction des patients » avec une cohérence élevée dans le format d'échelle verbale à 5 réponses.

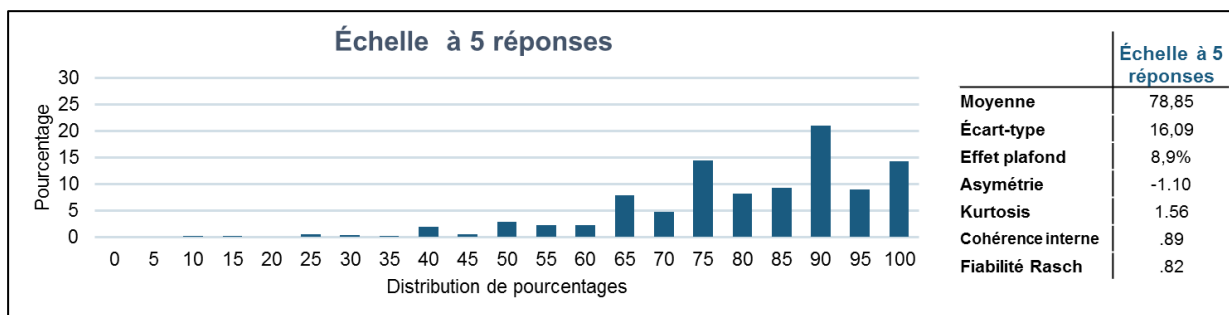


Figure 87 : enquête pilote Réadaptation - Résultats du score total de la satisfaction des patients

Globalement, les résultats du contrôle théorique de l'échelle verbale à 5 réponses dans l'enquête pilote Réadaptation indiquent une distribution favorable avec des effets plafonds faibles. Cela concerne à la fois le score total de la satisfaction des patients et les items individuels (ici en particulier les items 1, 6 et 7) du nouvel ensemble de questionnaires. Les résultats sont comparables à ceux des soins aigus et de la psychiatrie et démontrent donc aussi pour la réadaptation que le nouveau questionnaire de l'ANQ peut être utilisé pour la mesure de la satisfaction des patients sous forme d'échelle verbale à 5 réponses.

4.5.3. Analyse dimensionnelle

Un autre groupe de tâches de l'enquête pilote Réadaptation consistait en vérifier dans quelle mesure les items prescrits ou le questionnaire existant permettaient réellement de relever ou de mesurer le concept de la « satisfaction des patients ». Une analyse dimensionnelle confirmatoire a été utilisée pour contrôler le modèle de la satisfaction des patients avec ses facteurs prescrits. 5 facteurs importants existent pour le questionnaire Réadaptation, relevés à travers 7 items (voir Figure 88).

Item	Variable	Facteur/Dimension	
Item 1	Qualité des soins	Qualité des soins	Satisfaction des patients
Item 2	Information	Information & Communication	
Item 4	Communication		
Item 3	Implication dans décisions	Participation	
Item 5	Planification du traitement	Offre thérapeutique	
Item 6	Information sortie	Gestion des sorties	
Item 7	Organisation sortie		

Figure 88 : enquête pilote Réadaptation - Analyse dimensionnelle

Le modèle à 5 facteurs spécifié (Qualité des soins, Information & communication, Participation, Offre thérapeutique et Gestion des sorties) permet une bonne adaptation des données. Le Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] est nettement < 1.0, le Comparative Fit Index [CFI] nettement > .98 et le Normative Fit Index ([NFI] aussi nettement > .97, ce qui signifie que les corrélations observées entre les valeurs des items peuvent s'expliquer par le modèle spécifié (voir Figure 89).

Dans le modèle monofactoriel également (modèle à facteur général), le questionnaire présente de bonnes valeurs d'adaptation : le Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] est < .08, le Comparative Fit Index [CFI] est > .98 et le Normative Fit Index ([NFI] est aussi > .98) (voir Figure 90).

Globalement, les résultats des analyses factorielles confirmatoires en réadaptation indiquent que l'échelle verbale à 5 réponses présente une bonne adéquation des données (dimensions et facteur général). Les facteurs définis représentent donc bien le modèle de « satisfaction des patients ».

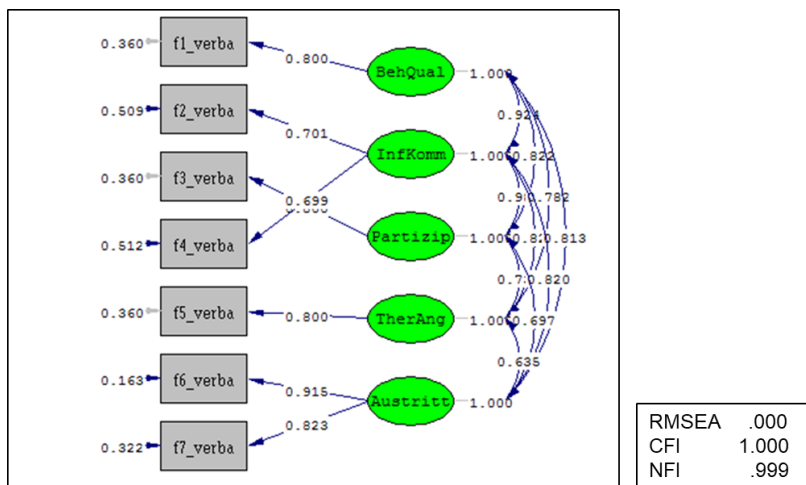


Figure 89 : enquête pilote Réadaptation - Analyse dimensionnelle du modèle à 5 facteurs

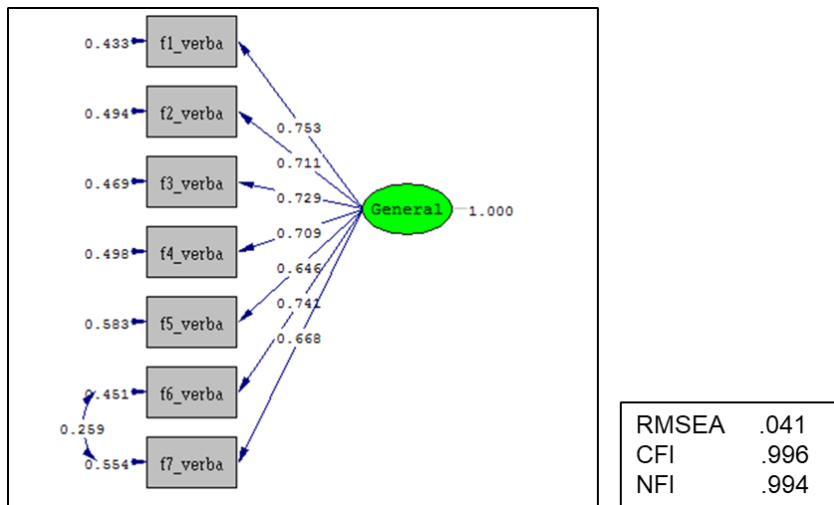


Figure 90 : enquête pilote Réadaptation - Analyse dimensionnelle du modèle à facteur général

4.5.4. Analyse du modèle Rasch selon la théorie probabiliste

Dans les analyses selon le modèle Rasch de l'échantillon de l'enquête pilote Réadaptation, l'échelle verbale à 5 réponses présente de bonnes valeurs de test et répond ainsi aux postulats stricts du modèle Rasch. Les paramètres personnels estimés représentent une transformation claire et monotone des sommes totales résultant des valeurs des items. La Figure 91 indique que sur une grande partie de toutes les sommes cumulées possibles et la partie intermédiaire, les paramètres personnels Rasch représentent une transformation presque linéaire des sommes cumulées. Le comportement de réponse observé peut être expliqué par le modèle et ses hypothèses.

Selon l'index Q, les items présentent une bonne adéquation des données, reconnaissable au fait que les valeurs p n'indiquent pas d'écart significatif avec le modèle de réponse des sujets estimé (voir Figure 92). Les indices d'adéquation des items indiquent donc une bonne adéquation pour le relevé de la continuité de la caractéristique « Satisfaction des patients » et ne distinguent pas les valeurs inférieures ou supérieures à celles prévues. Les valeurs représentatives de la capacité d'adaptation du modèle global indiquent également que les hypothèses du modèle Rasch sont confirmées pour le questionnaire Réadaptation. L'échelle verbale à 5 réponses atteint de bonnes valeurs d'adaptation globales, ici avec un écart statistiquement significatif uniquement pour une valeur de test sur quatre (voir Figure 93).

Pour résumer, dans l'échantillon de l'enquête pilote Réadaptation, la somme cumulée ou toute transformation linéaire de celle-ci ainsi que les valeurs des items (après transformation monotone correspondante) peuvent être utilisées comme mesure échelonnée de la satisfaction des patients (voir le chapitre 4.2).

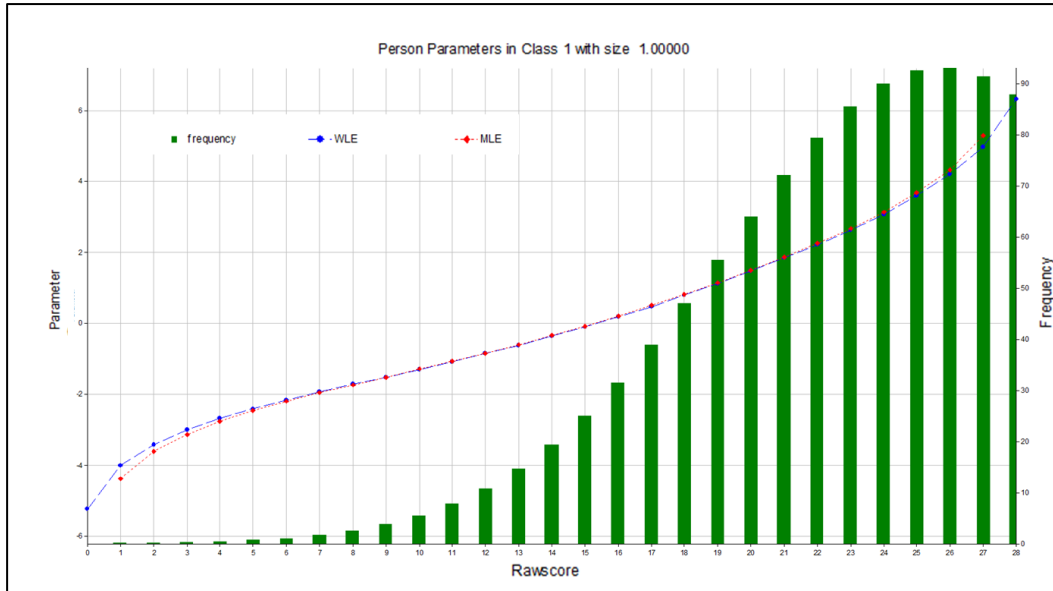


Figure 91 : enquête pilote Réadaptation - Analyse du modèle Rasch : résultats de l'adaptation du modèle

```

item fit assessed by the Q-index

  itemlabel | Q-index |      Zq      | p(X>Zq) |
  -----|-----|-----|-----|
  F1_VERBA | 0.0719 | -0.3037 | 0.61931 | -...!Q...+ |
  F2_VERBA | 0.0849 |  0.2168 | 0.41419 | -...Q!...+ |
  F3_VERBA | 0.0818 |  0.1526 | 0.43934 | -...Q!...+ |
  F4_VERBA | 0.0843 | -0.1180 | 0.54698 | -...Q...+ |
  F5_VERBA | 0.1114 |  0.6802 | 0.24820 | -.Q...!...+ |
  F6_VERBA | 0.0532 | -0.6513 | 0.74258 | -...!Q...+ |
  F7_VERBA | 0.0743 | -0.0088 | 0.50352 | -...Q...+ |
  
```

Figure 92 : enquête pilote Réadaptation - Résultats du modèle Rasch : indices d'adéquation de chaque item

```

Power Divergence GoF statistics:

                emp. value      chi-square p-value
Cressie Read      :          92230.04      p= 0.0000
Pearson Chisquare :          6266493.07      p= 0.0000

=====

Likelihood ratio      :          2225.38      p= 1.0000
Freeman-Tukey Chi^2  :          2244.27      p= 1.0000

Degrees of freedom    :                   78095
  
```

Figure 93 : enquête pilote Réadaptation - Résultats du modèle Rasch : indices d'adéquation du modèle global

4.5.5. Differential Item Functioning (DIF)

Après examen des caractéristiques des personnes (âge, sexe et langue) dans le cadre du Differential Item Functioning (DIF), il s'avère que les valeurs limites pour la présence du DIF ne sont pas atteintes pour les groupes de caractéristiques examinés avec l'échelle verbale à 5 réponses du questionnaire des patients en réadaptation. Les valeurs limites du DIF présentées dans le Tableau 15 (différence, calculée à partir des pseudos R^2 de 2 modèles calculés, une fois avec, une fois sans les caractéristiques personnelles étudiées, voir chapitre 4.2) sont comprises entre $.000 < \Delta R^2 < .009$ et donc bien inférieures aux valeurs critiques prescrites selon Zumbo (voir chapitre 4.2). Il faut donc supposer qu'il n'y a pas de différences systématiques dans les évaluations de la satisfaction entre les groupes d'âge, de sexe et de langue, qui ne puissent s'expliquer par la continuité des caractéristiques mesurée de la « satisfaction des patients ».

Échelle à 5 réponses, verbale						
ITEMS	Modèle avec score, langue Pseudo R^2	Modèle avec score Pseudo R^2	DIF Langue ΔR^2	Modèle avec score, âge et sexe Pseudo R^2	Modèle avec score Pseudo R^2	DIF Âge et sexe ΔR^2
1. Qualité du traitement	0,609	0,600	0,009	0,601	0,600	0,001
2. Informations sur la réadaptation	0,541	0,540	0,001	0,543	0,540	0,003
3. Implication dans les décisions	0,561	0,555	0,006	0,556	0,555	0,001
4. Réponses compréhensibles	0,501	0,499	0,002	0,504	0,499	0,004
5. Planification du traitement	0,460	0,459	0,000	0,462	0,459	0,003
6. Information sortie	0,680	0,678	0,002	0,681	0,678	0,002
7. Organisation sortie	0,606	0,605	0,000	0,607	0,605	0,002

Tableau 15 : enquête pilote Réadaptation - DIF sur la version linguistique et le groupe d'âge avec groupe de sexe – Pseudo R^2 selon Cox & Snell

4.5.6. Différences entre les cliniques et modèle d'ajustement au risque

La mesure dans laquelle il est possible de représenter les différences significatives entre les cliniques dans la manifestation du score total de la satisfaction des patients a également été examinée. Les 16 cliniques du projet ont été incluses dans les analyses des différences démontrables entre les cliniques.

On voit dans la Figure 94 que certains résultats spécifiques des cliniques présentent de nettes différences au sein du score total de la satisfaction des patients ; les valeurs moyennes de la satisfaction sont comprises entre 61,0 et 82,6. Les résultats de l'analyse de variance montrent des différences significatives entre les cliniques en matière de satisfaction des patients ($p=.000$; $\eta^2=.046$).

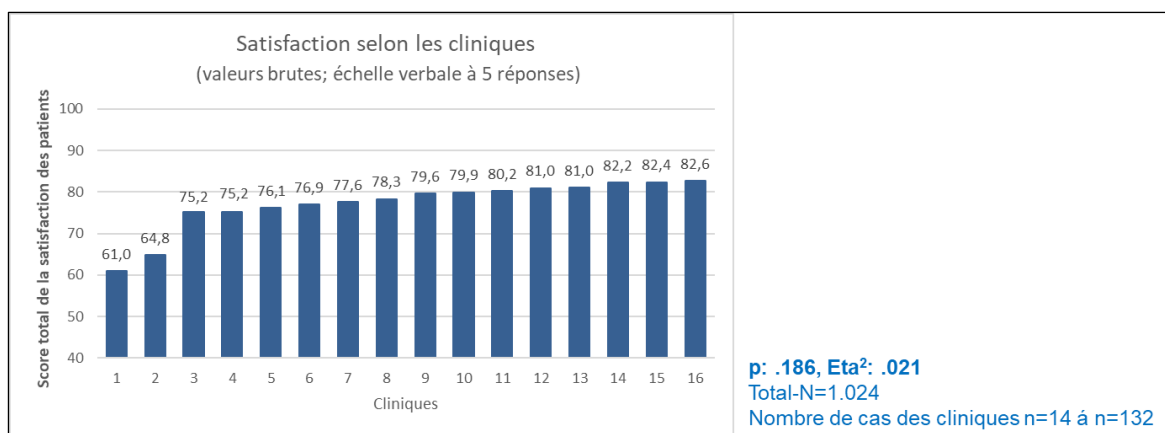


Figure 94 : enquête pilote Réadaptation - Indice global de satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle verbale à 5 réponses

Les valeurs moyennes des items individuels permettent aussi de déterminer des différences significatives entre les cliniques (voir Tableau 16).

On note des différences significatives entre les cliniques pour 6 des 7 items ; cependant, les résultats des cliniques pour l'item 6 sont trop proches pour démontrer des différences de manière statistiquement significative.

Item	Échelle à 5 réponses, verbale	
	Valeur p	Eta ²
1. Qualité du traitement	0,000	0,045
2. Information sur la réadaptation	0,000	0,049
3. Participation planification du traitement	0,000	0,062
4. Réponses compréhensibles	0,000	0,059
5. Thérapie répondu attentes	0,000	0,041
6. Information pour la période après la séjour	0,133	0,033
7. Organisation pour la période après la séjour	0,000	0,017

Tableau 16 : enquête pilote Réadaptation - Différences entre les cliniques pour chaque item – Valeurs brutes

La pertinence d'un ensemble de variables d'ajustement pour une comparaison juste des hôpitaux a été testée en réadaptation pour le développement et le contrôle d'un modèle adapté à l'ajustement au risque. Le rapport entre les 12 caractéristiques et la satisfaction des patients a été examiné :

- Âge
- Sexe
- Type d'admission : planifiée ou urgence
- Lieu de séjour avant l'admission
- Lieu de séjour après la sortie
- Statut d'assuré (en division commune ou semi-privé/privé)
- Durée de l'hospitalisation
- Diagnostic principal comme indicateur possible de la gravité de la maladie
- Type/domaine de réadaptation
- État de santé subjectif au moment de l'enquête
- Acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail
- Effet de retard : influence du délai entre la sortie de l'hôpital et la réception du questionnaire

Les analyses monofactorielles des facteurs de confusion significatifs de la satisfaction des patients ont donné les résultats suivants pour l'enquête pilote Réadaptation :

L'âge moyen des patients est de 69,0 ans. Comme on le voit dans la Figure 95, l'âge moyen est très différent dans les cliniques du projet participantes ; cette différence est significative ($p=.000$). L'âge a également un lien significatif avec la satisfaction des patients : les patients âgés de 50 à 79 ans sont plus satisfaits que les groupes d'âge plus jeunes et plus vieux (Figure 96).

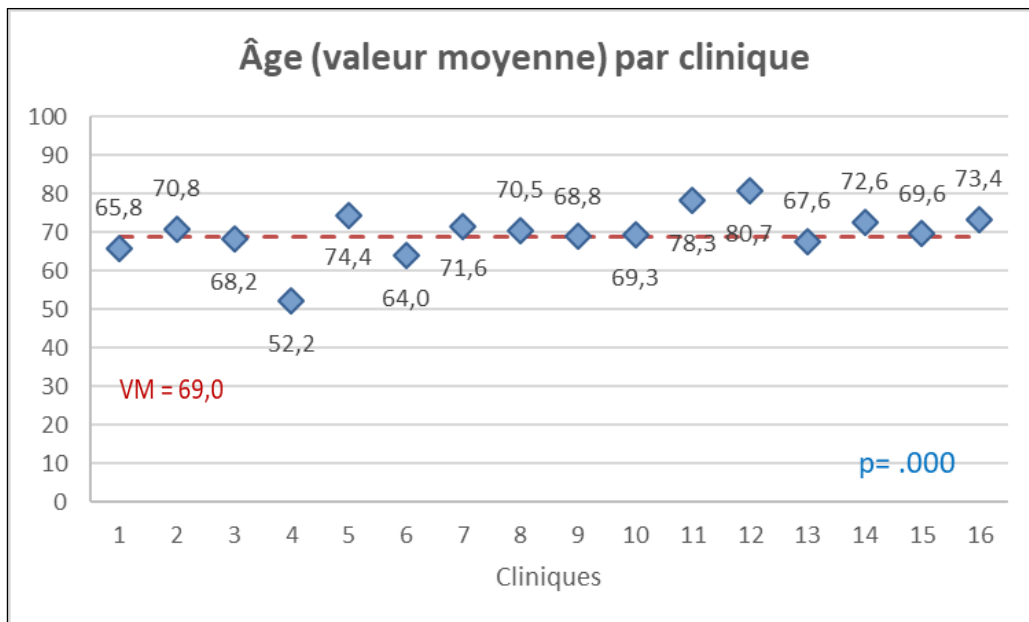
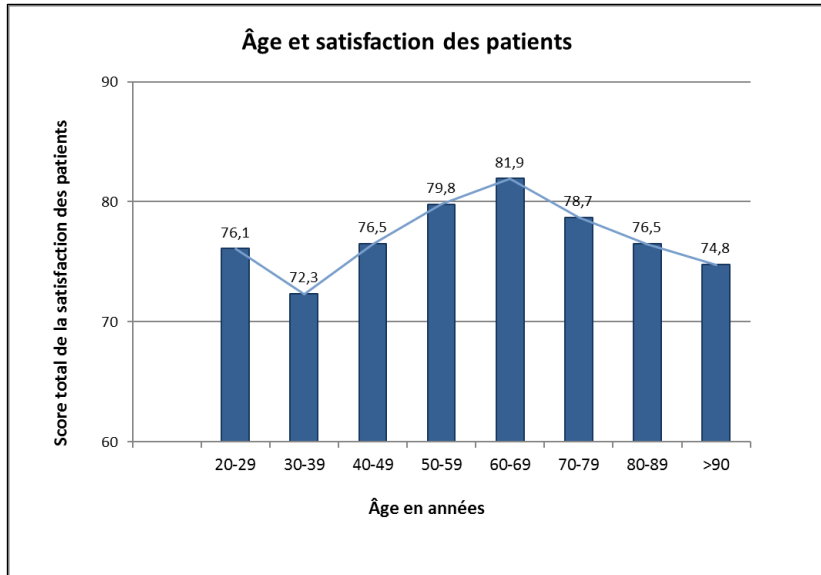


Figure 95 : enquête pilote Réadaptation - Âge (valeur moyenne) par clinique



p: .006, Eta²: .019

Figure 96 : enquête pilote Réadaptation - Âge et satisfaction des patients (score total)

48,9 % des patients sont des femmes. On ne constate pas de différences spécifiques au **sexe** dans la satisfaction des patients (Figure 97).

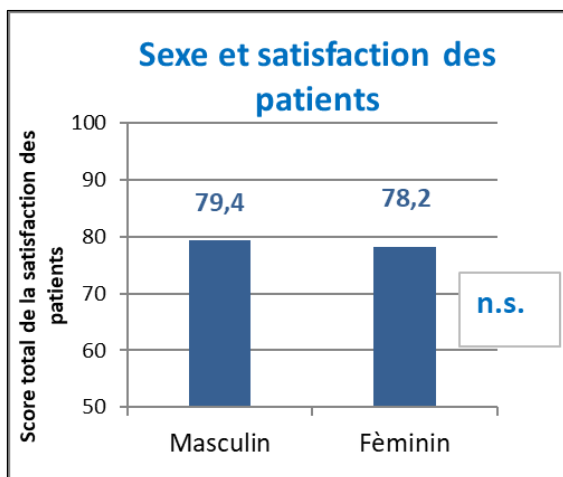


Figure 97 : enquête pilote Réadaptation - Satisfaction des patients selon le sexe (score total)

On constate des liens entre la satisfaction des patients en et le **lieu de séjour avant et après le séjour en réadaptation**. La plupart des patients (76,4 %) sont transférés directement de l'hôpital de soins aigus vers une clinique de réadaptation, tandis que 21,4 % viennent de chez eux. Les patients restants qui arrivent en réadaptation à partir d'autres lieux (par ex. centres de soins, maison de repos) sont significativement moins satisfaits que les deux premiers groupes de patients mentionnés (Figure 98). On fait une constatation semblable pour le lieu de séjour après la réadaptation. Les patients qui ne peuvent pas

rentrer chez eux mais sont par exemple transférés dans un hôpital de soins aigus ou une maison de soins présentent une satisfaction des patients inférieure vis-à-vis des soins en réadaptation. Cette différence est significative (Figure 99). Cependant, pour les deux facteurs de confusion examinés, les groupes des « plus insatisfaits » n’incluent globalement qu’un nombre très faible de patients.

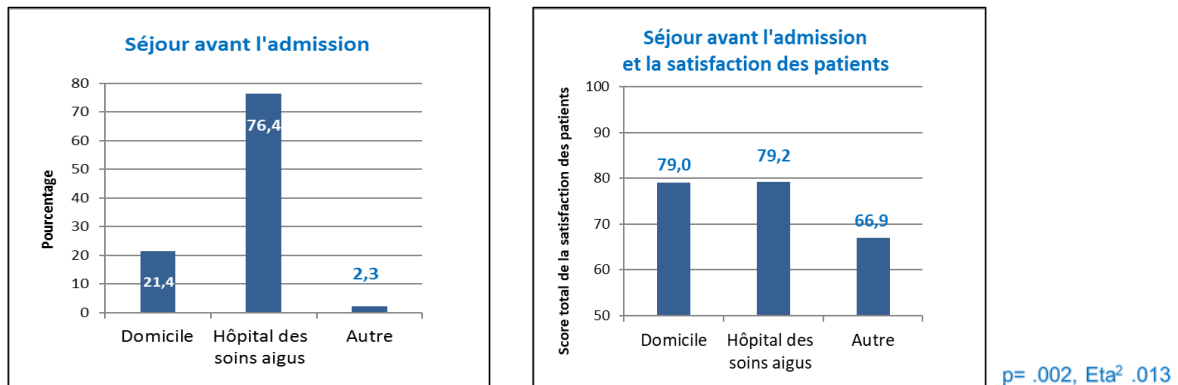


Figure 98 : enquête pilote Réadaptation - Distribution du lieu de séjour avant l’admission (à gauche), ainsi que lien entre la satisfaction des patients (score total) et le lieu de séjour avant l’admission (à droite)

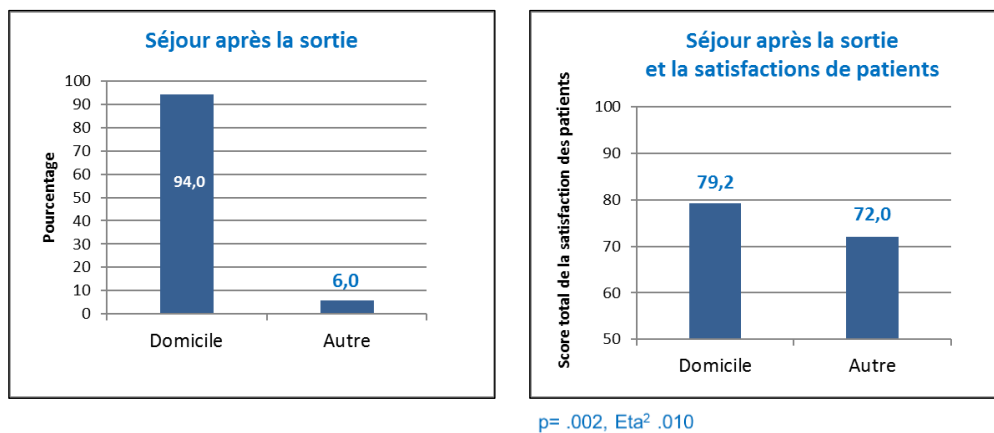


Figure 99 : enquête pilote Réadaptation - Distribution du lieu de séjour après la sortie (à gauche), ainsi que lien entre la satisfaction des patients (score total) et le lieu de séjour après la sortie (à droite)

Pour les 15 différents **groupes de diagnostics principaux** auxquels les patients en réadaptation interrogés ont été affectés (voir chapitres 4.5.1 et Figure 100), aucun lien systématique avec la satisfaction des patients n’a pu être démontré à l’aide des données de l’enquête pilote Réadaptation. On note certes des différences dans la satisfaction moyenne, mais elles ne permettent pas de tirer de conclusions statistiques. Cependant, la Figure 100 indique clairement que chaque groupe de diagnostic ne contient que très peu de patients. Il n’y a pas de résultats significatifs ici.

Groupes de diagnostic	Échelle à 5 reponses, verbale		
	Nombre de cas	VM	ET
A00-B99 : Certaines maladies infectieuses et parasitaires	14	76,8	18,7
C00-D48 : Tumeurs	56	81,4	15,2
E00-E90 : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5	76,4	16,3
F00-F99 : Troubles mentaux et du comportement	53	75,7	18,6
G00-G99 : Maladies du système nerveux	131	76,9	16,3
H00-H59 : Maladies de l'œil et de ses annexes	1	89,3	,0
I00-I99 : Maladies de l'appareil circulatoire	292	80,2	15,1
J00-J99 : Maladies de l'appareil respiratoire	50	80,1	16,4
K00-K93 : Maladies de l'appareil digestif	9	69,0	14,3
M00-M99 : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	250	81,1	13,8
N00-N99 : Maladies de l'appareil génito-urinaire	2	100,0	,0
Q00-Q99 : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	67,9	10,1
R00-R99 : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	23	67,7	26,6
S00-T98 : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	131	75,9	17,4
Z00-Z99 : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	1	100,0	,0

Figure 100 : enquête pilote Réadaptation – Groupes de diagnostic principal et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total)

On constate cependant des différences significatives dans la satisfaction des patients en fonction du **type de réadaptation**/de l'indication et du **domaine de réadaptation**. Ce résultat est intéressant car la distribution des types et des domaines de réadaptation dans les cliniques est très différente. Certaines cliniques présentent uniquement des cas d'un domaine de réadaptation particulier, tandis que d'autres cliniques traitent des patients dans plusieurs domaines de réadaptation (Figure 101). Dans la Figure 102, on voit que les patients ayant effectué un séjour en réadaptation neurologique, gériatrique, interne ou psychosomatique présentaient des valeurs de satisfaction inférieures. Les patients en réadaptation oncologique, pulmonaire, cardiaque ou musculosquelettique présentaient des valeurs de satisfaction comparativement élevées.

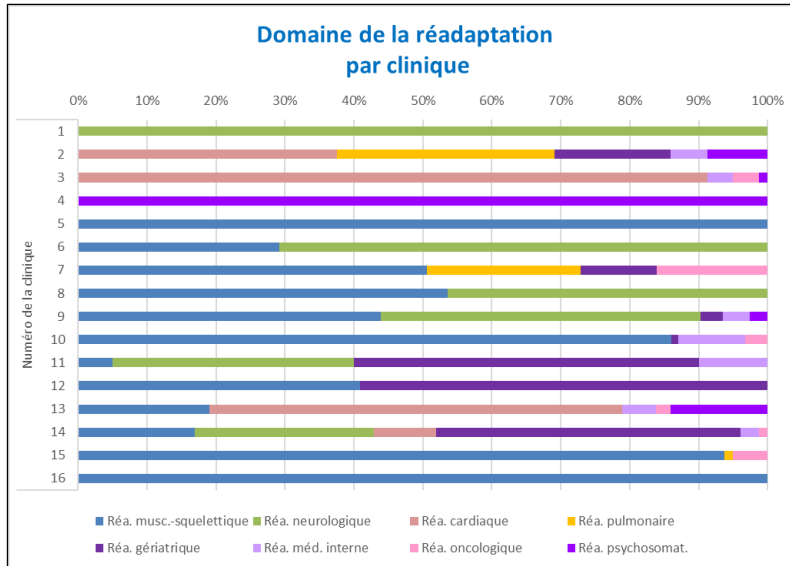
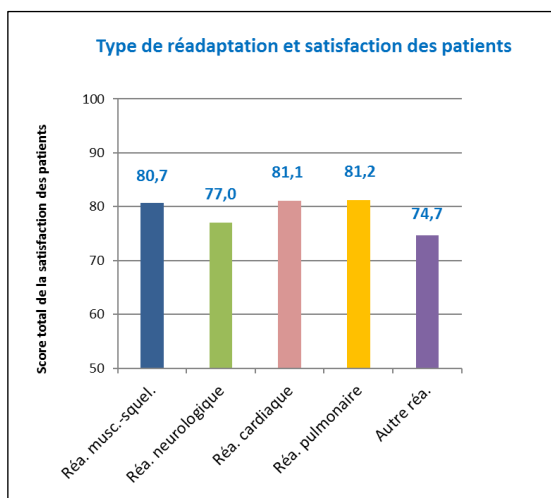
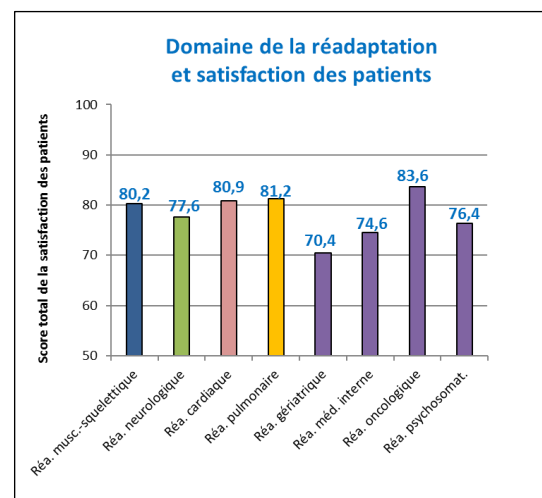


Figure 101 : enquête pilote Réadaptation – Distribution des domaines de réadaptation par cliniques



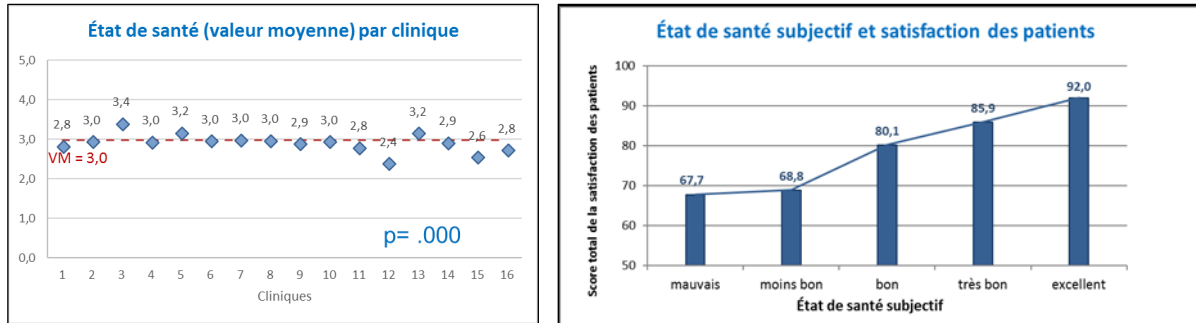
$p=000$., Eta^2 .025



$p=000$., Eta^2 .031

Figure 102 : enquête pilote Réadaptation – Type de réadaptation (à gauche) et domaine de réadaptation (à droite) ainsi que valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total)

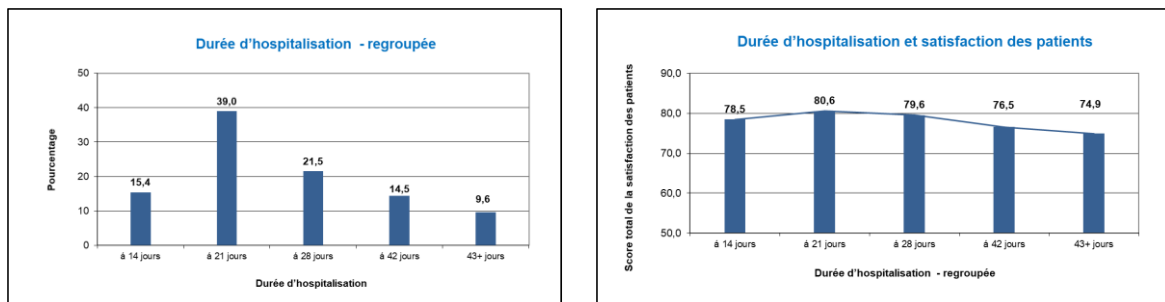
L'état de santé **subjectif** au moment de la mesure présente aussi une influence sur la satisfaction des patients. La valeur moyenne de l'état de santé subjectif de l'échantillon global était de 3,0 (ET=.81). On constate des différences significatives entre les cliniques ($p=.000$) pour l'état de santé subjectif des patients (voir Figure 103). Comme le montre le graphique de droite de la Figure 103, il existe une relation linéaire entre la santé subjective et la satisfaction des patients : plus la santé subjective estimée est bonne, plus les valeurs de satisfaction sont élevées. Les différences sont statistiquement significatives et l'intensité d'effet correspond à un « effet important » ($\eta^2=.155$).



p = .000, Eta² .155

Figure 103 : enquête pilote Réadaptation – État de santé subjectif (valeur moyenne) par clinique (à gauche) et état de santé subjectif et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (à droite)

Les résultats présentent aussi un léger lien entre la satisfaction des patients et la **durée d'hospitalisation**. Un tiers des patients reste en réadaptation entre 15 et 21 jours (39,0%), un quart entre 22 et 28 jours (21,5%). Les patients restants ont effectué un séjour en réadaptation inférieur à 15 jours (15,4%) ou supérieur à 28 jours (24,1%). Les patients avec une durée de séjour moyenne sont par comparaison plus satisfaits que les patients avec une durée de réadaptation courte ou longue (Figure 104).



p = .007, Eta² .013

Figure 104 : enquête pilote Réadaptation – Distribution de la durée de séjour (à gauche), et durée de séjour et valeur moyenne de la satisfaction des patients (à droite)

Concernant l'influence du **type d'admission** (urgence ou planifiée), il s'avère que les patients admis d'urgence en clinique de réadaptation sont nettement moins satisfaits que les personnes en réadaptation planifiée. Cependant, on constate aussi dans la Figure 105 que l'admission d'urgence n'a été indiquée par les cliniques que dans 1,3% des cas. Après consultation des collègues en cliniques, il s'agit très probablement d'erreurs de codage, car l'admission en clinique de réadaptation ne se fait que sur inscription. Il s'agit probablement plutôt de patients traités dans des services de réadaptation directement affiliés à une clinique de soins aigus, dans lesquels l'admission s'est déroulée comme une urgence dans le service des soins aigus et pour lesquels le codage n'a pas été adapté dans la statistique de l'OFS pour cette variable lors du transfert au service de réadaptation.

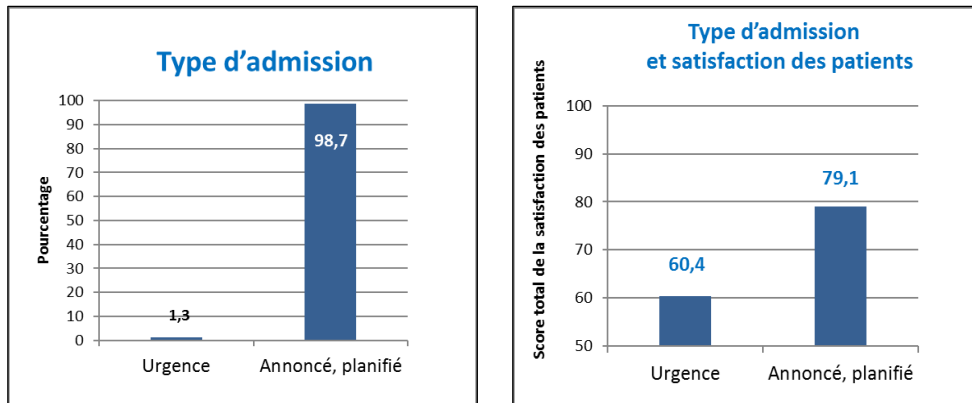


Figure 105 : enquête pilote Réadaptation - Type d'admission et satisfaction des patients (score total)

La validité des résultats pour la caractéristique étudiée « **Acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail** » est également discutable. La raison pour laquelle cette caractéristique avait été intégrée à l'enquête pilote était que l'on supposait que les personnes en réadaptation n'acceptant pas l'évaluation médicale de leur capacité à travailler donneraient une plus mauvaise évaluation de la réadaptation. On pourrait citer comme exemple un patient demandeur d'une rente pour lequel le médecin attesterait d'une pleine capacité de travail.

Les résultats de cet item indiquent que de nombreux patients en réadaptation ayant répondu ont pu interpréter la question non seulement dans le sens de la capacité de travail professionnelle, mais aussi de toute forme de capacité de travail (tâches domestiques, jardinage, etc.). La Figure 106 montre que les patients en âge de travailler n'étaient pas les seuls à répondre, mais que plus de 200 patients de plus de 65 ans à qui la question n'était pas destinée ont répondu « oui » ou « non ». En fait, ces patients auraient dû répondre « non pertinent, car je n'ai pas/plus d'activité professionnelle ».

Un doute persiste à propos de la façon dont les patients ont compris la question et ce qu'ils évaluent réellement quand ils répondent à la question. Cependant, le fait que dans l'échantillon partiel des moins de 65 ans, seuls 6 % ont indiqué ne pas accepter l'évaluation médicale de la capacité de travail suggère aussi que ce « problème » a une signification plutôt limitée.

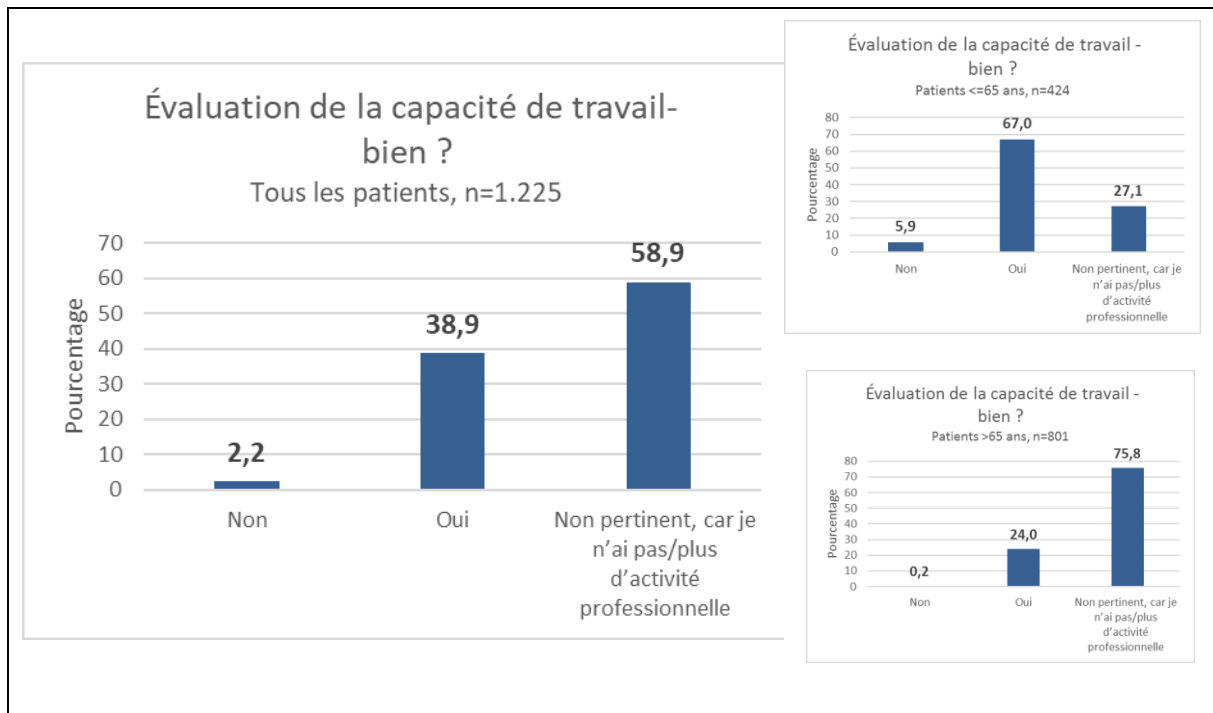


Figure 106 : enquête pilote Réadaptation - distribution de l'évaluation de la capacité de travail totale (à gauche) et stratifiée pour les patients <=65 ans et >65 ans (à droite).

En raison des problèmes décrits en ce qui concerne l'interprétabilité des résultats des caractéristiques « Type d'admission » et « Acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail » et de la pertinence probablement faible de ces caractéristiques pour la satisfaction moyenne des patients dans un échantillon clinique, il a été décidé de ne plus tenir compte de ces caractéristiques dans les prochaines analyses du modèle d'ajustement.

Les autres caractéristiques examinées, **statut d'assurance** (en division commune ou semi-privée/privée) ainsi que **moment de l'enquête** (effet de retard entre 2 et 6 semaines après la sortie) ne sont pas associées à la satisfaction des patients mesurée, ou seulement de façon marginale. **Aucun effet statistiquement significatif** n'a pu être démontré pour ces caractéristiques. C'est pourquoi ces variables n'ont pas non plus été intégrées dans le modèle global multivarié final calculé pour l'ajustement au risque.

Les caractéristiques du sexe, de l'âge, du lieu de séjour avant l'admission et après la sortie, de la durée de la réadaptation, de l'état de santé subjectif ainsi que du domaine de réadaptation ont été prises en compte dans le modèle global. Les résultats des analyses multifactorielles sur l'influence des facteurs de confusion sont présentées Figure 107. L'état de santé subjectif présente une influence significative pour le contrôle des autres variables, y compris le lieu d'admission. On note toujours un lien entre l'âge et la satisfaction des patients, mais la variable de l'âge ne présente pas, à peu de chose près, le niveau de

signification statistique nécessaire dans le jeu de données ($p=.066$). Les caractéristiques du lieu de séjour, de la durée de réadaptation et du domaine de réadaptation n'expliquent pas davantage la satisfaction des patients lors du contrôle des autres caractéristiques dans le modèle global.

Globalement, on constate aussi que les effets des différents facteurs de confusion sont minimes, à part l'état de santé subjectif, et ne contribuent que faiblement à la variance informée de la satisfaction des patients.

Confounder	Échelle verbal à 5 reponses		
	Valeur p	Eta ²	
Sexe	0,515	0,000	
Âge	0,066	0,008	
Séjour avant l'admission	0,042	0,007	
Séjour après la sortie	0,215	0,002	
Durée de la réadaptation	0,200	0,006	Non inclus dans modèle global
État de santé subjectif	0,000	0,157	Statut d'assurance
Domaine de la réadaptation	0,533	0,006	Group de diagnostic CIM 10
Clinique	0,186	0,021	Temps entre la sortie et l'expédition ☒ Type d'admission (urgence vs. annoncé, planifié) Évaluation de la capacité de travail

Figure 107 : enquête pilote Réadaptation - Ajustement au risque - Résultats du modèle global

Les différences de résultat entre les différents domaines de réadaptation (voir Figure 102) s'expliquent principalement par l'âge et l'état de santé subjectif au moment de l'enquête. Ces deux caractéristiques présentent des différences significatives en fonction du domaine de réadaptation. En moyenne, les patients en réadaptation gériatrique sont nettement plus âgés et les patients en réadaptation psychosomatique nettement plus jeunes que ceux des autres domaines de réadaptation (Figure 108). Les patients plus âgés et plus jeunes ont tendance à être moins satisfaits que les patients d'âge moyen (Figure 96). Les patients des différents domaines de réadaptation se distinguent aussi de par leur état de santé subjectif au moment de l'enquête. Les patients en réadaptation psychosomatique et gériatrique indiquent un état de santé subjectif mauvais en comparaison, tandis que les patients en réadaptation cardiologique, oncologique et interne estiment que leur état de santé est nettement meilleur (Figure 109). Les patients ayant un meilleur état de santé subjectif présentent aussi des valeurs supérieures dans la satisfaction des patients (Figure 103).

Les différences constatées dans la satisfaction des patients de chaque domaine de réadaptation s'expliquent donc principalement par les différences entre ces groupes de patients en termes d'âge et d'état de santé subjectif. Le contrôle de l'âge et de l'état de santé subjectif, qui sont très différents en fonction du domaine de réadaptation, explique suffisamment les différences du résultat de la satisfaction des patients, raison pour laquelle la caractéristique du domaine de réadaptation ne doit pas être considérée en plus dans l'ajustement au risque.

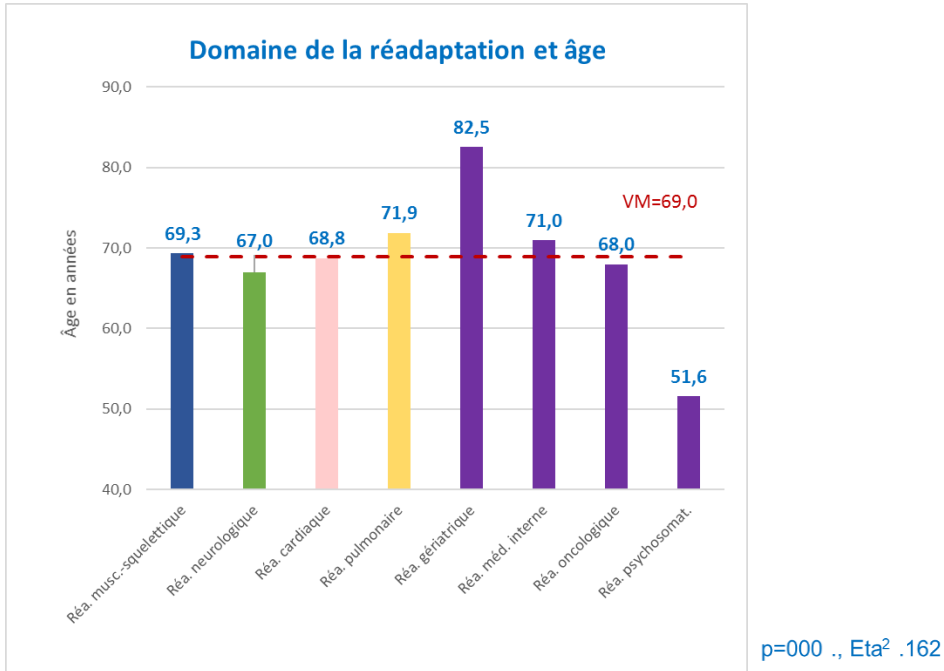


Figure 108 : enquête pilote Réadaptation – Lien entre le domaine de réadaptation et l'âge

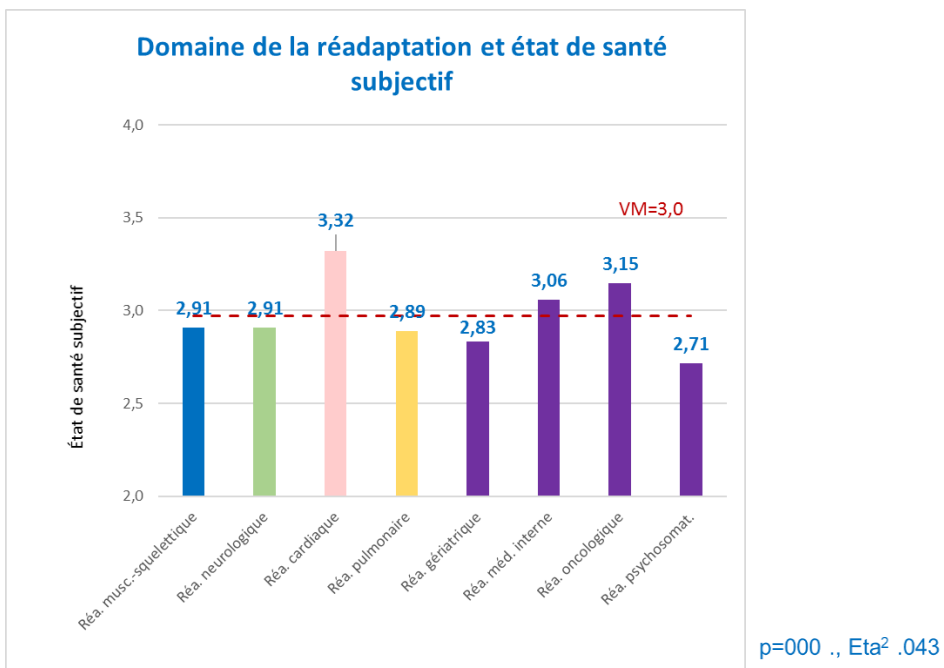


Figure 109 : enquête pilote Réadaptation – Lien entre le domaine de réadaptation et l'état de santé subjectif

En cas d'ajustement pour les caractéristiques de l'âge, du sexe, de l'état de santé subjectif et du lieu d'admission, on constate toujours des différences spécifiques aux cliniques dans la satisfaction des patients qui ne permettent cependant pas de tirer de conclusions statistiques(Figure 110).

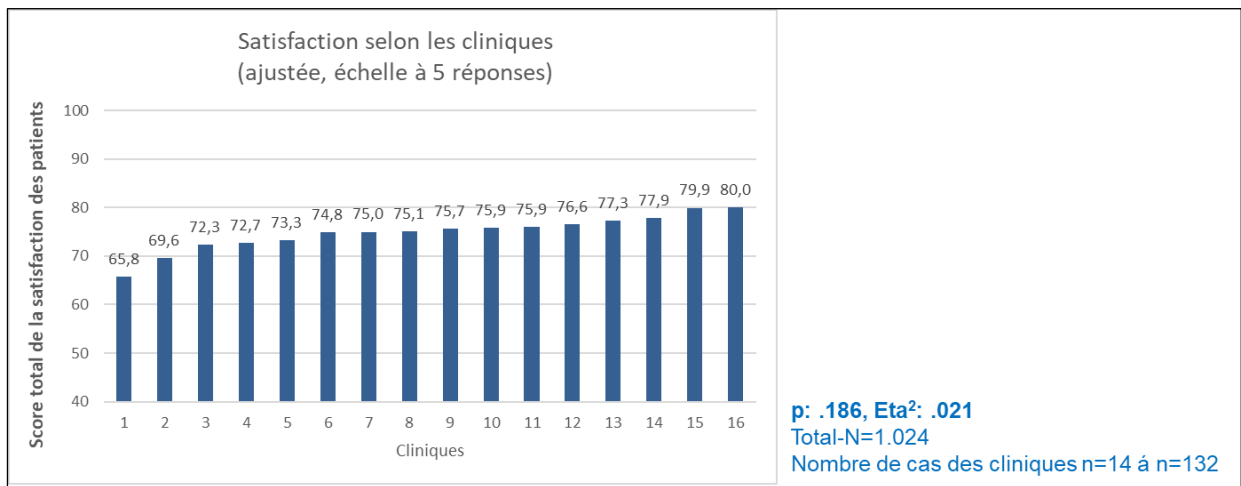


Figure 110 : enquête pilote Réadaptation - Satisfaction selon les cliniques : échelle verbale à 5 réponses, ajustée

5. Résumé et recommandations

L'objectif de l'étude de recherche traitée dans ce rapport était le contrôle des critères de qualité théoriques d'un nouveau questionnaire succinct développé par le groupe qualité Satisfaction des patients de l'ANQ afin de mesurer la satisfaction des patients pour l'enquête de satisfaction nationale dans les soins aigus, la psychiatrie et la réadaptation. L'étude doit indiquer si le nouvel instrument est adapté aux comparaisons nationales de la satisfaction des patients (question 1). Elle sert également à déterminer l'échelle de réponse possédant la meilleure capacité de discrimination (question 2). Pour cela, l'instrument a été utilisé dans la 2^{ème} phase du projet, dans le cadre d'une enquête pilote quantitative dans les trois langues officielles. Avant le test quantitatif du nouvel instrument, l'ébauche du questionnaire a été révisée sur la base d'entretiens cognitifs avec les patients lors de la 1^{ère} phase du projet et une version finale de l'ébauche du questionnaire a été établie. Au cours de cette phase, il s'est avéré que des adaptations spécifiques de l'ébauche du questionnaire étaient nécessaires pour le domaine des soins aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation.

Un modèle d'ajustement au risque adapté aux comparaisons des cliniques devait être élaboré en tant que question supplémentaire (question 3). Dans ce contexte, différentes caractéristiques personnelles ont été relevées et évaluées dans le cadre de l'enquête pilote (2^e phase de projet).

Les enquêtes pilotes ont été réalisées sous la même forme dans les domaines Soins aigus et Psychiatrie. Les questionnaires spécifiques aux domaines ont ainsi été utilisés dans le cadre d'une conception contrôlée dans les trois différentes versions d'échelle (échelle verbale à 5 réponses, échelles à 7 et 11 réponses aux extrêmes nommées). Le nouveau questionnaire pour le domaine de la réadaptation a été testé ultérieurement, sur la base des expériences des enquêtes pilotes en soins aigus et en psychiatrie, avec un seul format d'échelle (échelle verbale à 5 réponses). Ainsi, il n'était possible de répondre qu'aux questions 1 et 3 lors du test du questionnaire Réadaptation. Ci-après, les résultats centralisés sont indiqués séparément pour chaque domaine et des recommandations sont données pour la structure et l'évaluation futures de l'enquête de satisfaction des patients.

5.1. Résultats centralisés de la nouvelle enquête auprès des patients dans les soins aigus

Au cours de la 1^{ère} phase de projet (« pré-pilote »), des entretiens cognitifs ont été réalisés avec 15 patients en soins aigus de différents services peu avant leur sortie afin d'évaluer la compréhensibilité et la structure de l'ébauche du questionnaire primaire. Les résultats des entretiens avaient alors fait l'objet de discussions avec le Groupe qualité Satisfaction des patients de l'ANQ et avaient donné lieu à une adaptation de l'ébauche primaire. L'adaptation a consisté à reformuler certaines questions et à supprimer la question relative à la sécurité des médicaments. L'ébauche finale du questionnaire incluait six items, couvrant quatre dimensions de la satisfaction des patients (qualité de la prise en charge, information/communication, médication, gestion des sorties). L'instrument a été traduit puis utilisé selon un schéma aléatoire dans 13 cliniques de soins aigus du projet avec les trois formats d'échelle. Chaque clinique a envoyé les trois versions du questionnaire en quantité identique à tous les patients du même mois de sortie. Les cliniques du projet ont également transmis des variables centrales des données personnelles de la statistique de l'OFS pour les participants à l'étude (date d'admission et date de sortie,

diagnostic principal, type d'admission, lieu de séjour après la sortie). D'autres caractéristiques ont été directement collectées à partir du questionnaire (âge, sexe, statut d'assuré, état de santé subjectif). La date d'expédition a également été relevée afin de calculer la période entre la sortie et l'expédition du questionnaire.

Au total, 9 460 questionnaires ont été envoyés lors de l'enquête pilote Soins aigus, les trois versions d'échelle comptant chacune pour un tiers des questionnaires envoyés. Avec un taux de réponse de 36,4%, l'échantillon d'analyse inclut 3 440 patients au total. Les trois versions d'échelle étaient aussi représentées dans l'échantillon d'analyse respectivement environ à un tiers. Les régions linguistiques aussi ont pu être prises en compte de manière suffisante dans l'enquête pilote.

Les différentes analyses montrent l'adéquation du nouveau questionnaire succinct pour une enquête nationale de satisfaction (question 1) :

- Les patients comprennent et acceptent les questions. Cela a pu être démontré à la fois lors des entretiens cognitifs et à l'aide des faibles valeurs manquantes d'items.
- La structure du questionnaire est robuste d'un point de vue empirique. Le contrôle théorique indique une bonne cohérence interne et capacité de discrimination des items dans les trois variantes d'échelles. L'analyse des facteurs confirmatoire atteste pour les trois versions d'échelle une bonne adéquation des données à la structure globale de la satisfaction des patients avec ses quatre dimensions mesurées. Les analyses du modèle Rasch démontrent que les trois échelles présentent une bonne adéquation des items et que les hypothèses strictes du modèle Rasch sont réalisées. Les résultats des analyses du modèle Rasch permettent en outre de considérer les échelles du questionnaire comme étant échelonnées ; cela concerne aussi l'échelle verbale à 5 réponses.
- En raison des effets peu prononcés, c.-à-d. des différences marginales en matière de comportement de réponse des différents sous-groupes, un Differential Item Functioning (DIF) n'est pas envisagé. Les analyses DIF ont permis de démontrer que les items des trois versions d'échelle étaient compris de manière semblable par les différents groupes d'âge, de sexe et de langue.
- Les cliniques ont des résultats significativement différents. Cela concerne à la fois les comparaisons des résultats de chaque item et les comparaisons des résultats du score total.

En outre, les analyses quantitatives montrent que l'échelle verbale à 5 réponses apporte par comparaison les meilleurs résultats statistiques au regard de la capacité de discrimination (question 2) :

- Dans les analyses des items individuels, l'échelle verbale à 5 réponses présente les meilleures valeurs et la variance la plus forte des résultats pour la plupart des valeurs représentatives.
- Le score total de l'échelle verbale à 5 réponses offre aussi la meilleure différenciation des personnes interrogées sur toute la plage des manifestations des caractéristiques possibles.
- L'échelle verbale à 5 réponses est la plus adaptée pour illustrer les différences significatives entre les cliniques. En cas d'ajustement aux facteurs de confusion pertinents (voir ci-dessous), seule l'échelle verbale à 5 réponses permet de démontrer une différence significative de la satisfaction des patients entre les cliniques.

Le contrôle d'un ensemble de variables pour l'ajustement au risque a déterminé un lien significatif avec la satisfaction des patients pour certaines caractéristiques (question 3) :

- Dans les analyses monofactorielles et multifactorielles, l'âge, le type d'admission (urgence ou planifiée), le lieu de séjour après la sortie (Mon domicile ou Un autre endroit) et l'état de santé subjectif au moment de la sortie se sont avérés être des facteurs de confusion significatifs. L'état de santé subjectif au moment de la mesure est le facteur présentant l'effet le plus marqué sur la satisfaction des patients.
- Les caractéristiques Statut d'assurance (en division commune ou semi-privée/privée), Diagnostic principal (regroupé par chapitre principal de la CIM-10), Durée de l'hospitalisation (effet de retard entre 2 et 6 semaines après la sortie) se sont avérées non pertinentes dans les analyses monofactorielles. Elles n'étaient pas associées à la satisfaction des patients indiquée, ou seulement de façon marginale.
- Pour la caractéristique Sexe et l'interaction âge * sexe, aucune influence sur la satisfaction des patients n'a été démontrée dans les analyses monofactorielles et multifactorielles. Cependant, il est courant de prendre en compte la caractéristique du sexe dans les modèles de l'ajustement au risque.

Recommandations de la Charité quant à la structure et à l'analyse futures de l'enquête de satisfaction des patients en soins aigus :

- Le nouvel ensemble de questions pour les soins aigus peut être utilisé dans les trois langues sans modification supplémentaire.
- Étant donné que l'échelle verbale à 5 réponses présente globalement les meilleures valeurs de test et offre la meilleure différenciation entre les cliniques, ce format d'échelle devrait être utilisé à l'avenir.
- Le jour de la mesure peut être programmé dans une fenêtre de 2 à 6 semaines après la sortie.
- Pour la comparaison des cliniques, il est recommandé d'établir un score total de satisfaction des patients (score total des 5 premiers items). Les résultats des items individuels peuvent aussi être reportés dans la comparaison des cliniques.
- Les sommes cumulées ainsi que les valeurs d'items peuvent être utilisées comme mesure échelonnée de la satisfaction des patients. Les valeurs représentatives et valeurs de distribution généralement utilisées (valeur moyenne, écart-type, intervalle de confiance) peuvent être présentées. Il est également possible de représenter les moyennes spécifiques des cliniques sous forme de graphiques en entonnoir ou à barres d'erreur.
- Un ajustement au risque est recommandé pour les variables Âge, Sexe, Interaction âge * sexe, Type d'admission, Lieu de séjour après la sortie et État de santé subjectif au moment de l'enquête.
- Il est possible de demander les variables d'ajustement directement aux patients et de les intégrer au formulaire de mesure de la satisfaction des patients. Il est inutile que les hôpitaux transmettent les variables individuelles des données personnelles de la statistique de l'OFS.

Lors de ses réunions du 06/07/2016 et du 09/02/2017, le QA-PatZu approuve les recommandations de la Charité, à l'exception du relevé du type d'admission comme variable d'ajustement. Ici, la charge du

relevé serait trop importante pour le résultat obtenu, car cette variable d'ajustement aurait dû être la seule relevée par les cliniques. Les autres variables d'ajustement recommandées ont été intégrées au questionnaire et présentées dans la version finale du questionnaire succinct de l'ANQ pour les soins aigus V2.0, voir annexe Figure 115.

5.2. Résultats centralisés de l'enquête auprès des patients en psychiatrie

Tout comme la procédure dans les soins aigus, au cours de la 1^{ère} phase de projet (« pré-pilote »), des entretiens cognitifs ont été réalisés avec 13 patients psychiatriques au cours de la 1^{ère} phase de projet (« pré-pilote ») peu avant leur sortie afin d'évaluer la compréhensibilité et la présentation de l'ébauche du questionnaire primaire. Dans ce contexte, il a été assuré que les personnes interrogées couvrent un large spectre de diagnostics psychiatriques. Les résultats des entretiens avaient alors fait l'objet de discussions avec le Groupe qualité Satisfaction des patients de l'ANQ et avaient également donné lieu à une adaptation de l'ébauche primaire. En plus de la révision linguistique d'items individuels, la modification du questionnaire pour la psychiatrie incluait la suppression de la question relative à la sécurité des médicaments et la question sur la durée de l'hospitalisation. L'item relatif à l'organisation de la sortie a également été modifié et cible désormais davantage la préparation adaptée de la sortie en fonction des besoins personnels du patient. Suite aux résultats des entretiens cognitifs et à une recherche ultérieure dans la littérature, la dimension « participation à la planification du traitement » a été intégrée au questionnaire pour l'enquête de satisfaction des patients en psychiatrie en plus de l'ensemble de questions existant. L'ébauche finale du questionnaire incluait six items, couvrant cinq dimensions de la satisfaction des patients (qualité de la prise en charge, information/communication, médication, participation à la planification du traitement, gestion des sorties). L'instrument de mesure a été traduit puis utilisé selon un schéma aléatoire dans 13 cliniques de psychiatrie du projet avec les trois formats d'échelle. De plus, les cliniques du projet ont transmis les variables centrales des données personnelles de la statistique de l'OFS pour les participants à l'étude (date d'admission et de sortie, diagnostic principal, type d'admission 1 (planifiée ou d'urgence) et type d'admission 2 (volontaire ou placement). D'autres caractéristiques ont été directement recueillies à partir du questionnaire (âge, sexe, statut d'assurance, état de santé subjectif, date de remplissage). La date d'expédition a également été relevée afin de calculer la période entre la sortie et l'expédition du questionnaire.

Au total, 3 424 questionnaires ont été envoyés pour l'enquête pilote Psychiatrie. Avec un faible taux de réponse de 20,5%, l'échantillon d'analyse n'inclut que 703 patients au total. Les trois versions d'échelle sont représentées dans l'échantillon d'analyse respectivement environ à un tiers. Ainsi, la base pour des indications fiables concernant les propriétés théoriques de test est donnée pour les trois formats d'échelle. Comme dans les soins aigus, les trois régions linguistiques ne sont pas représentées dans les mêmes proportions. Avec un nombre de cas de n=60, le Tessin en particulier n'est que faiblement représenté dans l'échantillon d'analyse en psychiatrie. En outre, on ne dispose d'aucun questionnaire de l'échelle verbale à 5 réponses pour les cliniques tessinoises, cette échelle n'a donc pu être évaluée que pour les régions linguistiques francophone et germanophone.

Globalement, le nombre de cas atteint dans l'enquête pilote Psychiatrie doit être évalué comme suffisant pour les analyses des trois formats d'échelle. En raison des faibles taux de retour dans les trois régions, en particulier dans le Tessin, il n'est possible d'émettre des affirmations statistiquement robustes que de façon très limitées quant à l'adéquation. Les résultats des comparaisons des cliniques et de l'influence de certains facteurs de confusion sur la satisfaction des patients doivent également être interprétés avec

précautions, la base de données en matière de manifestation des caractéristiques et de taux par caractéristique partiellement très faible devant être considérée comme étant insuffisante pour émettre des avis statistiquement fiables.

Les différentes analyses montrent l'adéquation du nouveau questionnaire concis pour une enquête nationale de satisfaction (question 1) :

- les patients comprennent et acceptent les items de l'instrument de mesure. Cela a pu être démontré à la fois lors des entretiens cognitifs et à l'aide des faibles valeurs manquantes d'items.
- La structure du questionnaire est robuste d'un point de vue empirique. Le contrôle théorique indique une bonne cohérence interne et capacité de discrimination des items dans les trois variantes d'échelles. L'analyse des facteurs confirmatoire confirme pour les trois versions d'échelle une bonne adéquation des données à la structure globale de la satisfaction des patients avec ses cinq dimensions mesurées. Les analyses du modèle Rasch démontrent que les trois échelles présentent une bonne adéquation des items et que les hypothèses strictes du modèle Rasch sont réalisées. Les résultats des analyses du modèle Rasch permettent en outre de considérer les échelles du questionnaire comme étant échelonnées.
- Les résultats spécifiques des cliniques sont partiellement très différents, à la fois dans le score total de la satisfaction des patients et pour les items individuels. Cependant, les résultats spécifiques des cliniques ne peuvent pas être consolidés statistiquement dans l'échantillon présent en raison de la faible base de données par clinique/échelle.

En outre, les analyses quantitatives montrent que les trois échelles donnent des résultats comparables en matière de capacité de discrimination. Aucune supériorité nette ne peut être démontrée pour l'un des trois formats d'échelle (question 2) :

- les résultats de l'analyse des items et du score total donnent de bonnes valeurs représentatives théoriques pour les trois formats d'échelle, qui sont plus avantageuses en comparaison avec les soins aigus.
- Pour presque tous les items, les trois échelles offrent une meilleure différenciation que dans les soins aigus, exploitant mieux la plage de valeurs des manifestations des caractéristiques. De manière générale, dans l'enquête pilote Psychiatrie, le spectre des réponses aux questions de satisfaction est davantage exploité. On constate des valeurs moyennes à élevées, ainsi que des effets plafonds plutôt faibles pour une enquête de satisfaction des patients.
- De même, aucun format d'échelle ne peut être défini comme étant « mieux adapté » dans les comparaisons entre cliniques.

Le contrôle d'un ensemble de variables pour l'ajustement au risque a déterminé des liens avec la satisfaction des patients pour certaines caractéristiques (question 3) :

- Les résultats de l'analyse des facteurs de confusion potentiels du modèle d'ajustement au risque doivent être pris comme des tendances en raison de la taille moindre de la base de données. Pour consolider les résultats, ceux-ci doivent être vérifiés sur un échantillon plus grand.

- L'influence de l'état de santé subjectif au moment de la mesure sur la satisfaction des patients a également pu être confirmée en psychiatrie. Un lien avec la satisfaction des patients a pu être constaté également pour le type d'admission 2 (volontaire ou placement).
Concernant l'influence de la durée de l'hospitalisation sur la satisfaction des patients, les résultats ne sont pas homogènes et aucune affirmation claire n'est possible en raison du faible nombre de cas et de la multitude de catégories de caractéristiques.
- Aucun effet sur la satisfaction des patients n'a pu être démontré pour les caractéristiques Âge, Sexe, Type d'admission 1 (d'urgence plutôt que planifiée), Groupe de diagnostic psychiatrique, Statut d'assurance et Moment de la mesure (entre 2 et 6 semaines après la sortie).

Recommandations de la Charité quant à la structure et l'analyse futures de l'enquête de satisfaction des patients en psychiatrie :

- Le nouvel ensemble de questions pour la psychiatrie peut être utilisé dans les trois langues sans modification supplémentaire.
- L'échelle verbale à 5 réponses devrait aussi être choisie comme format d'échelle en psychiatrie. Cette échelle s'étant avérée comme la plus appropriée pour les soins aigus dans le cas d'une bonne base de données et sachant qu'aucune préférence claire n'a pu être déterminée pour l'un des trois formats d'échelle en raison de l'échantillon de psychiatrie nettement plus petit, cette solution est judicieuse et scientifiquement acceptable pour une structure aussi homogène que possible de l'enquête de satisfaction auprès des patients de l'ANQ dans les différents domaines.
- Pour procéder aux comparaisons entre cliniques, il est recommandé d'établir un score total de la satisfaction des patients (score total des 6 premiers items). Les résultats des items individuels peuvent aussi être reportés dans la comparaison des cliniques.
- Les sommes cumulées ainsi que les valeurs d'items peuvent être utilisées comme mesure échelonnée de la satisfaction des patients. Les valeurs représentatives et valeurs de distribution généralement utilisées (valeur moyenne, écart-type, intervalle de confiance) peuvent être présentées. Il est également possible de représenter les moyennes spécifiques des cliniques sous forme de graphiques en entonnoir ou à barres d'erreur.
- La période de mesure doit être d'au moins deux mois.
- Le jour de la mesure peut être programmé dans une fenêtre de 2 à 6 semaines après la sortie.
- Si possible, un nouveau contrôle des variables d'ajustement devrait être effectué concernant leur influence sur la satisfaction des patients dans le cadre de la 1^{ère} enquête régulière. Cela signifierait cependant que les hôpitaux devraient mettre à disposition les données personnelles de la statistique de l'OFS et que les questionnaires des patients soient marqués d'un numéro d'ensemble afin que les données de cas puissent être associées pour les analyses.

Décisions du QA-PatZu à propos de la conception future de l'enquête de satisfaction des patients en psychiatrie, réunions du 21/11/2016 et du 09/02/2017 :

- L'utilisation de l'échelle à 5 réponses est approuvée.
- La période de mesure de la 1^{ère} enquête régulière en automne 2017 est fixée sur trois mois.
- Aucune variable personnelle de la statistique de l'OFS ne doit être relevée pour le contrôle du modèle d'ajustement lors de la 1^{ère} enquête régulière en psychiatrie. Ceci est associé à une charge importante pour les cliniques, les résultats obtenus et les effets sur les comparaisons

entre cliniques sont probablement faibles. La caractéristique Type d'admission 2 (volontaire ou placement) n'est pas non plus relevée ni contrôlée à nouveau. Du point de vue des experts, le relevé par écrit de cette caractéristique auprès du patient est impossible. Il est décidé que les caractéristiques relevées auprès des patients lors de l'enquête pilote (âge, sexe, classe d'assurance, état de santé subjectif) seront également relevées lors de la 1^{ère} enquête régulière et que leur pertinence en tant que facteurs de confusion potentiels sera contrôlée.

Dans cette mesure, le questionnaire pour la 1^{ère} enquête de satisfaction des patients régulière en psychiatrie correspond à la version du questionnaire (échelle à 5 réponses) utilisée pour l'enquête pilote (voir Figure 118).

5.3. Résultats centralisés de la nouvelle enquête auprès des patients en réadaptation

Au cours de la 1^{ère} phase de projet (« pré-pilote »), le questionnaire a été adapté en s'appuyant sur la théorie et les avis d'experts, avant d'être testé dans un pré-test qualitatif. Pour cela, 37 entretiens cognitifs ont été menés auprès de patients en réadaptation. Les résultats des entretiens ont fait l'objet de discussions entre les responsables au sein de la HETS-FR et les différentes personnes chargées de l'entretien (de chaque compétence linguistique) ainsi que le bureau de l'ANQ et ont également donné lieu à une adaptation de la première ébauche.

L'ébauche finale du questionnaire Réadaptation contient les dimensions « Qualité du traitement », « Information/communication » et « Gestion des sorties », tout comme les versions pour les soins aigus et la psychiatrie. La dimension « Médication » a été complètement supprimée, car elle a été estimée moins significative pour la réadaptation. Les dimensions supplémentaires intégrées dans le questionnaire de la réadaptation sont « Participation » et « Offre thérapeutique ».

En plus de la révision linguistique d'items individuels, la modification du questionnaire pour la réadaptation dans la phase de préparation incluait la suppression de la question relative à la possibilité de poser des questions et la question sur la durée de l'hospitalisation. En contrepartie, une question a été complétée dans la dimension Information/communication, qui relève si le patient a été informé des objectifs et du déroulement de la réadaptation au début de celle-ci. Les questions dans la dimension Gestion des sorties ont également été modifiées. L'enquête pilote a relevé deux items qui incluent à la fois l'aspect organisationnel et les recommandations/informations pour la période suivant la réadaptation. L'aspect « proches » a également été pris en compte en lien avec la gestion de la sortie.

L'ébauche finale du questionnaire pour l'enquête pilote Réadaptation incluait sept items, couvrant cinq dimensions de la satisfaction des patients (qualité du traitement, information/communication, participation, offre thérapeutique, gestion des sorties). Le questionnaire a été utilisé dans 16 cliniques de réadaptation dans le cadre de l'enquête pilote. Contrairement aux enquêtes pilotes dans les soins aigus et la psychiatrie, un seul format d'échelle a été envoyé ici. On craignait sinon que la base de données obtenue soit trop pauvre au vu des expériences précédentes en psychiatrie. Étant donné que l'échelle verbale à 5 réponses s'est avérée la mieux adaptée dans l'enquête pilote Soins aigus et que cette échelle

a également été choisie pour les enquêtes futures en psychiatrie, seule l'échelle verbale à 5 réponses a été utilisée dans l'enquête pilote.

Dans l'optique du contrôle des variables adaptées à un modèle d'ajustement, les cliniques du projet ont transmis les variables centrales des données personnelles de la statistique de l'OFS pour les participants à l'étude (date d'admission et de sortie, diagnostic principal, type d'admission (planifiée ou d'urgence), lieu de séjour avant l'admission et après la sortie. De même, les cliniques de réadaptation ont indiqué le type de réadaptation/l'indication et le domaine de réadaptation auxquels affecter le patient. D'autres caractéristiques ont été directement recueillies à partir du questionnaire (âge, sexe, statut d'assurance, état de santé subjectif, acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail, date de remplissage). La date d'expédition a également été relevée afin de calculer la période entre la sortie et l'expédition du questionnaire.

Au total, 2 769 questionnaires avec l'échelle verbale à 5 réponses ont été envoyés pour l'enquête pilote en réadaptation. Avec un taux de réponse de 47,9%, l'échantillon d'analyse inclut 1 326 patients au total. Les trois régions linguistiques ne sont pas représentées dans les mêmes proportions, mais les nombres de cas dans chacune des régions linguistiques suffisent pour les analyses à effectuer. Dans l'ensemble, le nombre de cas atteint dans l'enquête pilote en réadaptation pour l'échelle verbale à 5 réponses peut être évalué comme très bon. L'on peut ainsi émettre des affirmations statistiquement fiables sur l'adéquation du questionnaire utilisé ainsi que des affirmations sur les comparaisons entre cliniques et l'influence de facteurs de confusion possibles.

Les différentes analyses montrent l'adéquation du nouveau questionnaire succinct pour une enquête nationale de satisfaction en réadaptation (question 1) :

- Les patients comprennent et acceptent les questions. Cela a pu être démontré à la fois lors des entretiens cognitifs et à l'aide des faibles valeurs manquantes d'items.
- La structure du questionnaire est robuste d'un point de vue empirique. Le contrôle théorique indique une bonne cohérence interne et capacité de discrimination des items. L'analyse des facteurs confirmatoire confirme une bonne adéquation des données à la structure globale de la satisfaction des patients avec ses cinq dimensions mesurées. Les analyses du modèle Rasch démontrent que le nouveau questionnaire succinct de l'ANQ Réadaptation présente une bonne adéquation des items et que les hypothèses strictes du modèle Rasch sont réalisées. Les résultats des analyses du modèle Rasch permettent en outre de considérer l'échelle verbale à 5 réponses du questionnaire comme étant échelonnée.
- En raison des effets peu prononcés, c.-à-d. des différences marginales en matière de comportement de réponse spécifique des sous-groupes, un comportement de réponse différencié des différents sous-groupes (Differential Item Functioning, DIF) n'est pas envisagé. Les analyses DIF ont permis de démontrer que les items des trois versions d'échelle étaient compris de manière semblable par les différents groupes d'âge, de sexe et de langue.
- Les cliniques ont des résultats (valeurs brutes) significativement différents. Cela concerne à la fois les comparaisons des résultats de chaque item et les comparaisons des résultats du score total.
- Pour résumer, on peut indiquer que la structure du nouveau questionnaire succinct de la satisfaction des patients est robuste d'un point de vue empirique et tout autant différencié dans le

domaine des manifestations des caractéristiques (score total) que le questionnaire en soins aigus et ou en psychiatrie.

Le contrôle d'un ensemble de variables pour l'ajustement au risque a déterminé un lien significatif avec la satisfaction des patients pour certaines caractéristiques (question 3) :

- Lors des analyses monofactorielles et multifactorielles, le lieu d'admission et l'état de santé subjectif au moment de la sortie se sont avérés des facteurs de confusion significatifs. On note un lien entre l'âge et la satisfaction des patients, mais la variable de l'âge ne présente pas, à peu de chose près, le niveau de signification statistique nécessaire dans le jeu de données. L'état de santé subjectif au moment de la mesure est le facteur présentant l'effet le plus marqué sur la satisfaction des patients, tout comme pour les soins aigus et la psychiatrie.
- Les caractéristiques Statut d'assurance (en division commune ou semi-privée/privée), Diagnostic principal (regroupé par chapitre principal de la CIM-10), Durée de l'hospitalisation (effet de retard entre 2 et 6 semaines après la sortie) se sont avérées non pertinentes dans les analyses monofactorielles. Elles n'étaient pas associées à la satisfaction des patients indiquée, ou seulement de façon marginale. Dans le cadre d'un contrôle simultané d'autres caractéristiques dans le modèle multifactoriel, la caractéristique Type de réadaptation ou Domaine de réadaptation n'a pas présenté d'influence sur la satisfaction des patients.
- Les données de l'acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail n'ont pas été incluses dans les analyses en raison d'une validité insuffisante, et le type d'admission (urgence ou planifiée) n'a pas été intégré car on ne sait pas vraiment ce que « cache » cette caractéristique. On suppose ici des erreurs dans le codage de ces données, car les admissions d'urgence dans une clinique de réadaptation ne sont pas courantes.
- Pour la caractéristique du sexe, aucune influence sur la satisfaction des patients n'a été démontrée dans les analyses monofactorielles et multifactorielles. Cependant, il est courant de prendre en compte la caractéristique du sexe dans les modèles de l'ajustement au risque.
- En cas d'ajustement en fonction de l'âge, du sexe, du lieu d'admission et de l'évaluation de la santé subjective, aucune différence significative entre les cliniques ne peut être déterminée dans l'échantillon existant.

Recommandations de la Charité quant à la structure et l'analyse futures de l'enquête de satisfaction des patients en réadaptation :

- le nouvel ensemble de questions en réadaptation peut être utilisé sans modification supplémentaire avec l'échelle verbale à 5 réponses dans les trois versions linguistiques. Il reste cependant à éclaircir s'il est réellement nécessaire de relever 2 questions sur le thème de la gestion des sorties (item 6 : Informations sur la sortie, item 7 : Organisation de la sortie), car les résultats de ces deux items sont très peu différents et le relevé des deux items ne donne pas de résultats supplémentaires.
- Pour procéder aux comparaisons entre cliniques, il est recommandé d'établir un score total de la satisfaction des patients (score total des 7 premiers items). Les résultats des items individuels peuvent aussi être reportés dans la comparaison des cliniques.

- Les sommes cumulées ainsi que les valeurs d'items peuvent être utilisées comme mesure échelonnée de la satisfaction des patients. Les valeurs représentatives et valeurs de distribution généralement utilisées (valeur moyenne, écart-type, intervalle de confiance) peuvent être présentées. Il est également possible de représenter les moyennes spécifiques des cliniques sous forme de graphiques en entonnoir ou à barres d'erreur.
- La période de mesure doit être d'au moins deux mois.
- Le jour de la mesure peut être programmé dans une fenêtre de 2 à 6 semaines après la sortie.
- Un ajustement au risque est recommandé pour les variables Âge, Sexe et État de santé subjectif au moment de l'enquête. Il conviendrait de discuter de l'inclusion supplémentaire de la caractéristique du lieu de séjour avant l'admission dans l'ajustement au risque, et le cas échéant du contrôle d'autres caractéristiques. Dans ce contexte, il faut aussi se demander si le facteur de confusion possible « Acceptation de l'évaluation médicale de la capacité de travail » doit être encore relevé, cependant reformulé plus clairement, et si sa pertinence pour la satisfaction des patients doit être vérifiée.
- Il est possible de demander les variables d'ajustement directement aux patients et de les intégrer au formulaire de mesure de la satisfaction des patients. Il est inutile que les hôpitaux transmettent les variables individuelles des données personnelles de la statistique de l'OFS ou d'autres caractéristiques (par ex. domaine de réadaptation).

Décisions du QA-PatZu à propos de la conception future de l'enquête de satisfaction des patients en réadaptation, réunion du 15/01/2018 :

- La dimension de la gestion des sorties n'est plus relevée qu'avec l'item « Organisation de la sortie », l'item 6 « Informations sur la sortie » est supprimé. Du point de vue du QA-PatZu, le contenu de l'aspect « Information » est déjà suffisamment couvert par les questions 3 et 7. Le nouveau questionnaire succinct de l'ANQ en réadaptation comprendra donc 6 items pour la mesure de la satisfaction des patients dans l'enquête de routine.
- Aucune variable personnelle de la statistique de l'OFS ou caractéristique supplémentaire de la documentation des cliniques ne doivent être relevées pour l'ajustement. Les caractéristiques Âge, Sexe et État de santé subjectif ont été incluses dans le modèle d'ajustement final. Ces variables seront demandées au patient et intégrées au formulaire du questionnaire. Le relevé de la variable Lieu de séjour avant l'admission est supprimé.
- La variable de la capacité de travail (caractéristique pour l'ajustement au risque) ne doit plus être prise en compte en raison du faible nombre de cas de patients concernés et de l'interprétation potentiellement confuse ; la question doit être supprimée du questionnaire. L'investissement requis pour clarifier précisément ce thème est considéré comme trop important.

Suite à la réunion du QA PatZu de l'ANQ du 15/01/2018, la version finale du questionnaire succinct de l'ANQ Réadaptation V2.0 a été présentée, voir annexe Figure 120.

Bibliographie

- ANQ. (2014). Überprüfung ANQ-Messplan auf Vollständigkeit und Relevanz. Kurzfassung zum 2. Teil des Forschungsberichts des ISGF inkl. Identifikation von Handlungsoptionen. Bern.
- ANQ, & HCRI. (2013). Nationale Patientenbefragung - Nationaler Vergleichsbericht Messung 2012. Bern.
- ANQ, & HCRI. (2016a). Nationale Patientenbefragung Akutsomatik Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015. Bern.
- ANQ, & HCRI. (2016b). Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation - Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015. Bern.
- Bleich, S. N., Özaltin, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278.
- Bond, T., & Fox, C. M. (2015). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*: Routledge.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.(SF-36)-Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion*. Göttingen: Hogrefe.
- Cathieni, F. S., F.; Mayer, M.; Carron, T.; Peytremann Bridevaux, I. (2016). *Traduction en français et en italien du questionnaire ANQ soins somatiques aigus adultes, version 2015*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Covinsky, K. E., Rosenthal, G. E., Chren, M. M., Justice, A. C., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., & Landefeld, C. S. (1998). The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 223-229.
- DIMDI. (2015). *ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Genf: WHO.
- Embretson, S., & Reise, S. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Farin, E. (2005). Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. [Using Hierarchical Linear Modelling for Rehabilitation Centre Comparisons in Quality Assurance and Rehabilitation Research]. *Rehabilitation*, 44(3), 157-164. doi: 10.1055/s-2004-834785
- Garratt, A. M., Helgeland, J., & Gulbrandsen, P. (2011). Five-point scales outperform 10-point scales in a randomized comparison of item scaling for the Patient Experiences Questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(2), 200-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.016>
- Gebhardt, S., Wolak, A. M., & Huber, M. T. (2013). Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients—the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 53-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.03.016>
- H+ Die Spitäler der Schweiz. (2015). *DefReha© - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 1.01*. Bern.
- Heeb, J.-L., Haab, A., & Scozzari, E. (2017). *Übersetzung und qualitative Validierung des weiterentwickelten Kurzfragebogens zur Patientenzufriedenheit im Fachbereich Rehabilitation. Bericht zu Handen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken*. Givisiez, Haute école de travail social Fribourg.

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Masino, C., & Lam, T. C. (2014). Choice of Rating Scale Labels: Implication for Minimizing Patient Satisfaction Response Ceiling Effect in Telemedicine Surveys. *Telemedicine and e-Health*, 20(12), 1150-1155.
- Modestina, J., Hanselmann, F., Rüescha, P., Grünwaldb, H., & Meyera, P. (2003). Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154(3), 127 - 138.
- Moors, G., Kieruj, N. D., & Vermunt, J. K. (2014). The Effect of Labeling and Numbering of Response Scales on the Likelihood of Response Bias. *Sociological Methodology*, 44(1), 369-399. doi: 10.1177/0081175013516114
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2008). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Pohontsch, N., Meyer, T. (2015). Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation 2015*, 54(01), 53-59. doi: 10.1055/s-0034-1394443
- Prüfer, P., & Rexroth, M. (2005). Kognitive interviews. *ZUMA How-to-Reihe*, 15(121), 95-116.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion* (Vol. 2). Göttingen: Huber.
- Saris, W. E., Satorra, A., & Coenders, G. (2004). A New Approach to Evaluating the Quality of Measurement Instruments: The Split - Ballot MTMM Design. *Sociological Methodology*, 34(1), 311-347.
- Schuman, H., & Presser, S. (1981). *Questions and answers in attitude surveys: Experiments on question form, wording, and context*: Sage.
- Theis, H.-J. (2005). Patientenzufriedenheitsstudien – der direkte Weg zur Kundenbindung in der Arztpraxis. Bedeutung, Akzeptanz und Voraussetzungen aus wissenschaftlicher Sicht. *ImpfDialog*(2), 87-93.
- Van der Linden, W. J., & Glas, C. A. W. (2000). *Computerized Adaptive testing: Theory and Practice*. Dordrecht: Kluwer.
- Van der Linden, W. J., & Hambleton, R. K. (1997). *Handbook of Modern Items Response Theory*. New York: Springer.
- Young, G. J., Meterko, M., & Desai, K. R. (2000). Patient Satisfaction With Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. *Medical care*, 38(3), 325-334.
- Ziesche, A. (2008). *Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Maßnahmen zur Verbesserung* (1 ed. Vol. 11): Salzwasser Verlag.
- Zumbo, B. D. (1999). A handbook on the theory and methods of differential item functioning (DIF). *Ottawa: National Defense Headquarters*.
- Zumbo, B. D., & Thomas, D. R. (1997). *A measure of effect size for a model-based approach for studying DIF*. Prince George, Canada: Edgeworth Laboratory for Quantitative Behavioral Science, University of Northern British Columbia.

Liste des figures

Figure 1 : déroulement du projet	13
Figure 2 : conception de l'étude pour l'enquête pilote dans les soins aigus et la psychiatrie.....	14
Figure 3 : conception de l'étude pour l'enquête pilote en réadaptation	15
Figure 4 : concept d'échantillons planifié du questionnaire pilote – Domaine Soins aigus.....	16
Figure 5 : ensemble de variables pour la vérification et la définition du modèle d'ajustement approprié	19
Figure 6 : plan de travail et calendrier de l'étude de recherche sur l'enquête de satisfaction des patients.....	23
Figure 7 : déroulement du processus de finalisation du questionnaire pour les enquêtes pilotes dans les soins aigus et la psychiatrie.....	24
Figure 8 : nouvelle ébauche de questions version 1.0	25
Figure 9 : services représentés pour les entretiens cognitifs en soins aigus	27
Figure 10 : nouvel ensemble de questions - Versions finales pour les enquêtes pilotes Soins aigus et Psychiatrie	32
Figure 11 : déroulement du processus de finalisation du questionnaire pour l'enquête pilote en réadaptation	33
Figure 12 : nouvel ensemble de questions - Versions finales pour les enquêtes pilotes Réadaptation et Soins aigus	35
Figure 13 : hypothèses du Differential Item Functioning (DIF)	41
Figure 14 : enquête pilote Soins aigus - Nombre de cas par type d'échelle	44
Figure 15 : enquête pilote Soins aigus - Nombre de cas spécifiques des cliniques par échelle.....	44
Figure 16 : enquête pilote Soins aigus - Diagnostics principaux regroupés par chapitres principaux de la CIM-10	46
Figure 17 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 1 : Qualité du traitement,	47
Figure 18 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 2 : Poser des questions	48
Figure 19 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 3 : Obtenir des réponses.....	48
Figure 20 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 4 : Objectif des médicaments	49
Figure 21 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items - item 5 : Gestion des sorties	49
Figure 22 : enquête pilote Soins aigus - Résultats du score total de la satisfaction des patients.....	51
Figure 23 : enquête pilote Soins aigus - Analyse dimensionnelle	52
Figure 24 : enquête pilote Soins aigus - Analyse dimensionnelle du modèle à 4 facteurs : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	53
Figure 25 : enquête pilote Soins aigus - Analyse dimensionnelle du modèle à facteur général : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	54
Figure 26 : enquête pilote Soins aigus - Analyse du modèle Rasch : résultats de l'adaptation au modèle - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	56

Figure 27 : enquête pilote Soins aigus - Résultats du modèle Rasch : indices d'adéquation de chaque item - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	57
Figure 28 : enquête pilote Soins aigus - Résultats du modèle Rasch : indices d'adéquation du modèle global - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	58
Figure 29 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle verbale à 5 réponses.....	60
Figure 30 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle à 7 réponses	61
Figure 31 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques, valeurs brutes : échelle à 11 réponses, valeurs brutes	61
Figure 32 : enquête pilote Soins aigus - Âge (valeur moyenne) par clinique	62
Figure 33 : enquête pilote Soins aigus - Âge et satisfaction des patients (score total)	63
Figure 34 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction des patients par sexe et échelle de réponse (score total)	63
Figure 35 : enquête pilote Soins aigus - Type d'admission et satisfaction des patients (score total) ..	64
Figure 36 : enquête pilote Soins aigus - Lieu de séjour après la sortie de l'hôpital	64
Figure 37 : enquête pilote Soins aigus - Lieu de séjour après la sortie et satisfaction des patients (score total)	65
Figure 38 : enquête pilote Soins aigus - État de santé subjectif (valeur moyenne) par clinique	65
Figure 39 : enquête pilote Soins aigus - État de santé subjectif et satisfaction des patients	66
Figure 40 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : échelle verbale à 5 réponses, ajustée	67
Figure 41 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : échelle à 7 réponses, ajustée	68
<i>Figure 42 : enquête pilote Soins aigus - Satisfaction selon les cliniques : échelle à 11 réponses, ajustée</i>	<i>68</i>
Figure 43 : enquête pilote Psychiatrie - Retour des questionnaires par région linguistique	70
Figure 44 : enquête pilote Psychiatrie - Nombre de cas par type d'échelle	70
Figure 45 : enquête pilote Psychiatrie - Nombre de cas spécifiques des cliniques par échelle	71
Figure 46 : enquête pilote Psychiatrie - Diagnostics principaux regroupés	73
Figure 47 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 1 : Qualité du traitement	74
Figure 48 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 2 : Poser des questions	75
Figure 49 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 3 : Obtenir des réponses	75
Figure 50 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 4 : Médication	76
Figure 51 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 5 : Participation à la planification du traitement.....	76
Figure 52 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items – Item 6 : Gestion des sorties.....	77
Figure 53 : enquête pilote Psychiatrie - Résultats du score total de la satisfaction des patients.....	78

Figure 54 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse dimensionnelle	79
Figure 55 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse dimensionnelle du modèle à 5 facteurs : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	80
Figure 56 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse dimensionnelle du modèle à facteur général : échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	81
Figure 57 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse du modèle Rasch : résultats de l'adaptation au modèle - Échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas)	83
Figure 58 : enquête pilote Psychiatrie - Résultats du modèle Rasch : échelle à 11 réponses : indices d'adéquation de chaque item - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas).....	84
Figure 59 : enquête pilote Psychiatrie - Résultats du modèle Rasch : échelle à 11 réponses : indices d'adéquation du modèle global - échelle verbale à 5 réponses (en haut), échelle à 7 réponses (au milieu), échelle à 11 réponses (en bas).....	85
<i>Figure 60 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle verbale à 5 réponses.....</i>	86
Figure 61 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l'échelle à 7 réponses	87
Figure 62 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction selon les cliniques : échelle à 11 réponses, valeurs brutes.....	87
Figure 63 : enquête pilote Psychiatrie - Valeurs moyennes de l'item 5 – Planification du traitement : échelle à 5 réponses	88
Figure 64 : enquête pilote Psychiatrie - Valeurs moyennes de l'item 5 – Planification du traitement : Échelle à 7 réponses	88
Figure 65 : enquête pilote Psychiatrie - Valeurs moyennes de l'item 5 – Planification du traitement : échelle à 11 réponses	89
Figure 66 : enquête pilote Psychiatrie - Âge (valeur moyenne) par clinique	90
Figure 67 : enquête pilote Psychiatrie - Âge et satisfaction des patients (score total).....	90
Figure 68 : enquête pilote Psychiatrie - Satisfaction des patients par sexe et échelle de réponse (score total)	91
Figure 69 : enquête pilote Psychiatrie - Type d'admission 1 et satisfaction des patients (score total)	91
Figure 70 : enquête pilote Psychiatrie - Type d'admission 2 et satisfaction des patients (score total)	92
Figure 71 : enquête pilote Psychiatrie - État de santé subjectif (valeur moyenne) par clinique	92
Figure 72 : enquête pilote Psychiatrie - État de santé subjectif et satisfaction des patients	93
<i>Figure 73 : enquête pilote Psychiatrie – Groupe de diagnostic principal et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total)</i>	93
Figure 74 : enquête pilote Psychiatrie – Durée d'hospitalisation en jours (valeur moyenne) par clinique	94
Figure 75 : enquête pilote Psychiatrie - Durée d'hospitalisation et satisfaction des patients (score total)	94

Figure 76 : enquête pilote Psychiatrie – Durée d’hospitalisation et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total).....	95
Figure 77 : enquête pilote réadaptation - Nombre de cas spécifique des cliniques.....	97
Figure 78 : enquête pilote Réadaptation - Diagnostics principaux regroupés par chapitres principaux de la CIM-10	99
Figure 79 : enquête pilote Réadaptation – Distribution des types (en haut) et des domaines (en bas) de réadaptation	99
Figure 80 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 1 : Qualité du traitement	101
Figure 81 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 2 : Information	101
Figure 82 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 3 : Participation.....	102
Figure 83 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 4 : Obtenir des réponses.....	102
Figure 84 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 5 : Structuration du traitement	103
Figure 85 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 6 : Informations sur la sortie... ..	103
Figure 86 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items – Item 7 : Organisation de la sortie....	104
Figure 87 : enquête pilote Réadaptation - Résultats du score total de la satisfaction des patients ..	105
Figure 88 : enquête pilote Réadaptation - Analyse dimensionnelle	106
Figure 89 : enquête pilote Réadaptation - Analyse dimensionnelle du modèle à 5 facteurs	106
Figure 90 : enquête pilote Réadaptation - Analyse dimensionnelle du modèle à facteur général	107
Figure 91 : enquête pilote Réadaptation - Analyse du modèle Rasch : résultats de l’adaptation du modèle.....	108
Figure 92 : enquête pilote Réadaptation - Résultats du modèle Rasch : indices d’adéquation de chaque item.....	108
Figure 93 : enquête pilote Réadaptation - Résultats du modèle Rasch : indices d’adéquation du modèle global.....	108
Figure 94 : enquête pilote Réadaptation - Indice global de satisfaction selon les cliniques : valeurs brutes de l’échelle verbale à 5 réponses.....	110
Figure 95 : enquête pilote Réadaptation - Âge (valeur moyenne) par clinique.....	111
Figure 96 : enquête pilote Réadaptation - Âge et satisfaction des patients (score total)	112
Figure 97 : enquête pilote Réadaptation - Satisfaction des patients selon le sexe (score total).....	112
Figure 98 : enquête pilote Réadaptation - Distribution du lieu de séjour avant l’admission (à gauche), ainsi que lien entre la satisfaction des patients (score total) et le lieu de séjour avant l’admission (à droite).....	113
Figure 99 : enquête pilote Réadaptation - Distribution du lieu de séjour après la sortie (à gauche), ainsi que lien entre la satisfaction des patients (score total) et le lieu de séjour après la sortie (à droite).....	113
Figure 100 : enquête pilote Réadaptation – Groupes de diagnostic principal et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total).....	114
Figure 101 : enquête pilote Réadaptation – Distribution des domaines de réadaptation par cliniques	115

Figure 102 : enquête pilote Réadaptation – Type de réadaptation (à gauche) et domaine de réadaptation (à droite) ainsi que valeurs moyennes de la satisfaction des patients (score total)	115
Figure 103 : enquête pilote Réadaptation – État de santé subjectif (valeur moyenne) par clinique (à gauche) et état de santé subjectif et valeurs moyennes de la satisfaction des patients (à droite).....	116
Figure 104 : enquête pilote Réadaptation – Distribution de la durée de séjour (à gauche), et durée de séjour et valeur moyenne de la satisfaction des patients (à droite).....	116
Figure 105 : enquête pilote Réadaptation - Type d'admission et satisfaction des patients (score total)	117
Figure 106 : enquête pilote Réadaptation - distribution de l'évaluation de la capacité de travail totale (à gauche) et stratifiée pour les patients <=65 ans et >65 ans (à droite).	118
Figure 107 : enquête pilote Réadaptation - Ajustement au risque - Résultats du modèle global.....	119
Figure 108 : enquête pilote Réadaptation – Lien entre le domaine de réadaptation et l'âge	120
Figure 109 : enquête pilote Réadaptation – Lien entre le domaine de réadaptation et l'état de santé subjectif	120
<i>Figure 110 : enquête pilote Réadaptation - Satisfaction selon les cliniques : échelle verbale à 5 réponses, ajustée</i>	<i>121</i>
Figure 111 : questionnaire succinct de l'ANQ dans les soins aigus V1.0, valable jusqu'en 2015	142
Figure 112 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 1.0 - Base de la phase de projet 1	143
Figure 113 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Soins aigus - Utilisation dans l'enquête pilote Soins aigus, par ex. échelle verbale à 5 réponses.....	144
Figure 114 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Soins aigus - Utilisation dans l'enquête pilote Soins aigus, par ex. échelle à 11 réponses	145
Figure 115 : questionnaire succinct de l'ANQ dans les soins aigus V2.0, valable à partir de 2016	146
Figure 116 : comparaison de l'ancien (V1.0) et du nouveau (V2.0) questionnaire PatZu Soins aigus	147
Figure 117 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Psychiatrie - Utilisation dans l'enquête pilote Psychiatrie, par ex. échelle à 11 réponses.....	148
Figure 118 : questionnaire succinct de l'ANQ en psychiatrie V1.0, valable à partir de 2017	149
Figure 119 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Réadaptation - Utilisation dans l'enquête pilote Réadaptation	150
Figure 120 : questionnaire succinct de l'ANQ en réadaptation V2.0, valable à partir de 2018.....	151
Figure 121 : comparaison de l'ancien (V1.0) et du nouveau (V2.0) questionnaire PatZu en réadaptation.....	152

Liste des tableaux

Tableau 1 : participants aux entretiens cognitifs	27
Tableau 2 : transformation d'échelle sur une plage de valeurs entre 0 et 100	38
Tableau 3 : enquête pilote Soins aigus - Nombre de cas par région linguistique	43
Tableau 4 : enquête pilote Soins aigus - Caractéristiques d'échantillon	45
Tableau 5 : enquête pilote Soins aigus - Analyse des items 1 à 5 : présentation globale des résultats	50
Tableau 6 : enquête pilote Soins aigus - DIF sur la version linguistique et le groupe d'âge avec groupe de sexe dans les 3 formats d'échelle – Pseudo R ² selon Cox & Snell	59
Tableau 7 : enquête pilote Soins aigus - Différences entre les cliniques pour chaque item – Valeurs brutes.....	61
Tableau 8 : enquête pilote Soins aigus - Ajustement au risque - Résultats du modèle global	67
Tableau 9 : enquête pilote Psychiatrie - Nombre de cas par région linguistique	69
Tableau 10 : enquête pilote Psychiatrie – Caractéristiques de l'échantillon	72
Tableau 11 : enquête pilote Psychiatrie - Analyse des items 1 à 6 : présentation globale des résultats	77
Tableau 12 : enquête pilote Réadaptation - Nombre de cas par région linguistique	96
Tableau 13 : enquête pilote Réadaptation - Caractéristiques de l'échantillon.....	98
Tableau 14 : enquête pilote Réadaptation - Analyse des items 1 à 7 : présentation globale des résultats.....	104
Tableau 15 : enquête pilote Réadaptation - DIF sur la version linguistique et le groupe d'âge avec groupe de sexe – Pseudo R ² selon Cox & Snell.....	109
Tableau 16 : enquête pilote Réadaptation - Différences entre les cliniques pour chaque item – Valeurs brutes.....	110
Tableau 17 : acteurs dans le projet PatZu	140

Annexe

Tableau 17 : acteurs dans le projet PatZu

Organisation	Responsable	Rôle
ANQ Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques	Regula Heller, Daniela Zahnd	Direction. Conception et diffusion des résultats
Charité Berlin, Institut de sociologie médicale et de science de la réadaptation	Dr Karla Spyra (responsable de projet), psych. dipl. Monika Steko, péd. dipl. Stefanie Köhn, psych. dipl. Sebastian Bernert	Traitement scientifique du projet : conception, réalisation, analyse des données, établissement de rapports
Groupe qualité Satisfaction des patients de l'ANQ (QA-PatZu)		Groupe de conseil, prise de décisions définitives pour l'introduction des nouvelles mesures de la satisfaction des patients de l'ANQ.
MECON measure & consult GmbH	Michael Schwitter	Exécution des enquêtes pilotes Soins aigus et Psychiatrie avec les cliniques du projet, préparation des données des enquêtes pilotes, transmission des données à la Charité
health care research institute AG	Dirk Wiedenhöfer	
Institut universitaire de médecine sociale et préventive - ESOPE		Traduction en français et en italien des versions d'ébauches du nouveau questionnaire Soins aigus et Psychiatrie pour utilisation dans les enquêtes pilotes
Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR)		Traduction en français et en italien des versions d'ébauches du nouveau questionnaire Réadaptation et validation linguistique pour utilisation dans l'enquête pilote
Étude de recherche dans les hôpitaux du projet Soins aigus	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) CHVR - Hôpital de Martigny CHVR - Hôpital de Sierre CHVR - Hôpital de Sion CHVR - Hôpitaux de Saint-Maurice Clinica Santa Chiara Inselspital Bern Solothurner Spitäler AG - Bürgerspital Solothurn Solothurner Spitäler AG - Kantonsspital Olten Spital Bülach L'ospedale multisito EOC Spital Muri Universitätsspital Basel	
Étude de recherche dans les hôpitaux du projet Psychiatrie	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) Clinica Santa Croce Clinica Viarnetto Hôpitaux Universitaires Genève (HUG) Klinik Schützen Luzerner Psychiatrie (LUPS) Organizzazione sociopsichiatrica cantonale	

	<p>Ospedale Malcantonese Privatklinik Meiringen Psychiatrie Baselland Psychiatrische Dienste Thurgau (STGAG) Sanatorium Kilchberg St. Gallische Psychiatrie Dienste Süd</p>
<p>Étude de recherche dans les hôpitaux du projet Réadaptation</p>	<p>Clinica di riabilitazione EOC - Faïdo Clinica di riabilitazione EOC - Novaggio Clinica Hildebrand Clinique Le Noirmont HUG - Bellerive HUG - Loëx Klinik Barmelweid Klinik Gais Klinik Oberwaid Kliniken Valens - Rheinburg Klinik Kliniken Valens - Rehazentrum Valens Kliniken Valens - Rehazentrum Walenstadtberg RehaClinic - Zollikerberg Reha Rheinfelden Rehaklinik Zihlschlacht Spital Thurgau – St. Katharinental</p>

Satisfaction des patientes et patients avec le séjour à l'hôpital

Marche à suivre: Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle, en sachant que le 0 est la plus mauvaise note et le 10 la meilleure note.

svp écrire au stylo et dans la case



juste



faux

Questions générales au sujet de votre séjour à l'hôpital

1. Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire ?

non, pas du tout oui, tout à fait

2. Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital ?

très mauvaise excellente

3. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ?

non, jamais oui, toujours je n'ai pas posé de questions

4. Lorsque vous avez posé des questions aux infirmier(ère)s, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ?

non, jamais oui, toujours je n'ai pas posé de questions

5. Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité(e) avec respect et a préservé votre dignité ?

non, jamais oui, toujours

Données personnelles

Année de naissance

Sexe

- féminin
 masculin

Couverture d'assurance maladie pour ce séjour à l'hôpital

- division commune
 division semi-privée / privée

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.

999

Numéro d'hôpital

F

Langue

Ce numéro est uniquement pour l'allocation du questionnaire à l'hôpital.

Figure 111 : questionnaire succinct de l'ANQ dans les soins aigus V1.0, valable jusqu'en 2015

Spital:

Fallnummer:

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Spitalaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.

richtig falsch

Allgemeine Fragen zu Ihrem Spitalaufenthalt

Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?

Ausgezeichnet Sehr gut Gut Weniger gut Schlecht

Hatten Sie die Möglichkeit, die für Sie wichtigen Fragen zu stellen?

Immer Meistens Manchmal Selten Nie
 Ich hatte keine Fragen

Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?

Immer Meistens Manchmal Selten Nie
 Ich hatte keine Fragen

Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?

Ja, vollumfänglich Überwiegend Teilweise/befriedigend Eher nicht Nein, gar nicht
 Ich habe keine Medikamente erhalten

Ist bei Ihnen ein Fehler bei der Verabreichung der Medikamente passiert?

Sicher nicht Eher nicht Vielleicht Mit großer Wahrscheinlichkeit Ja, mit Sicherheit
 Ich habe keine Medikamente erhalten

Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?

Ausgezeichnet Sehr gut Gut Weniger gut Schlecht

Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt Ihrer Entlassung?

Zu spät Genau richtig Zu früh

Zusatzfragen

Wir würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr Schlecht

Angaben zu Ihrer Person

Geburtsjahr

Geschlecht


männlich
 weiblich

Versicherungsklasse für diesen Spitalaufenthalt

allgemein
 halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Figure 112 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 1.0 - Base de la phase de projet 1



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Satisfaction des patientes et patients concernant l'hospitalisation

Marche à suivre : Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle.

SVP, faites une croix précise et lisible.

juste faux

Questions générales sur votre hospitalisation

1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier) ?

<input type="checkbox"/> Excellente	<input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moins bonne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------
2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ?

<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Quelquefois	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de questions				
3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?

<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Quelquefois	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de questions				
4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?

<input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt oui	<input type="checkbox"/> En partie	<input type="checkbox"/> Plutôt non	<input type="checkbox"/> Non, pas du tout
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas dû prendre de médicaments chez moi				
5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital ?

<input type="checkbox"/> Excellente	<input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moins bonne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------
6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation ?

<input type="checkbox"/> Trop longue	<input type="checkbox"/> Adéquate	<input type="checkbox"/> Trop courte
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Questions sur vous-même

Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Très bon	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Moins bon	<input type="checkbox"/> Mauvais
------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Date du jour

__/__/2015

Année de naissance

19__

Genre

masculin

féminin

Votre couverture d'assurance maladie pour cette hospitalisation

commune

semi-privée / privée

Nous vous remercions cordialement d'avoir rempli ce questionnaire.

Figure 113 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Soins aigus - Utilisation dans l'enquête pilote Soins aigus, par ex. échelle verbale à 5 réponses

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
 Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
 Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Satisfaction des patientes et patients concernant l'hospitalisation

Marche à suivre: Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle.

SVP, faites une croix précise et lisible.

juste faux

Hôpital:

Numéro de set:

Questions générales sur votre hospitalisation

- 1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?**

Mauvaise Excellente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions?**

Jamais Toujours

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je n'ai pas eu de questions
- 3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?**

Jamais Toujours

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je n'ai pas eu de questions
- 4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je n'ai pas dû prendre de médicaments chez moi
- 5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?**

Mauvaise Excellente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?**

Trop longue Adéquate Trop courte

Questions sur votre-même

Comment décririez-vous votre état de santé actuel? Excellent Très bon Bon Moins bon Mauvais

Date du jour


Année de naissance

Genre
 masculin
 féminin

Votre couverture d'assurance maladie pour cette hospitalisation
 commune
 semi-privée / privée

Nous vous remercions cordialement d'avoir rempli ce questionnaire.

Figure 114 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Soins aigus - Utilisation dans l'enquête pilote Soins aigus, par ex. échelle à 11 réponses



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Satisfaction des patientes et patients concernant l'hospitalisation

Marche à suivre : Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle.

SVP, faites une croix précise et lisible.

juste faux

Hôpital:

Questions générales sur votre hospitalisation

1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier) ?

Excellente Très bonne Bonne Moins bonne Mauvaise
2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ?

Toujours Très souvent Quelquefois Rarement Jamais
 Je n'ai pas eu de questions
3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?

Toujours Très souvent Quelquefois Rarement Jamais
 Je n'ai pas eu de questions
4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?

Oui, tout à fait Plutôt oui En partie Plutôt non Non, pas du tout
 Je n'ai pas dû prendre de médicaments chez moi
5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital ?

Excellente Très bonne Bonne Moins bonne Mauvaise
6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation ?

Trop longue Adéquate Trop courte

Questions sur vous-même

Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

Excellent Très bon Bon Moins bon Mauvais

Année de naissance	Genre	Votre couverture d'assurance maladie pour cette hospitalisation	Quelle a été votre destination à votre sortie d'hôpital ?
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/>	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Commune <input type="checkbox"/> Semi-privée / privée	<input type="checkbox"/> Mon domicile <input type="checkbox"/> Un autre endroit (p. ex. centre de réadaptation, autre hôpital/clinique, établissement médico-social (EMS), etc.)

Nous vous remercions cordialement d'avoir rempli ce questionnaire.

Figure 115 : questionnaire succinct de l'ANQ dans les soins aigus V2.0, valable à partir de 2016

Questionnaire succinct en soins aigus de l'ANQ V1.0, valide jusqu'au 2015		Questionnaire succinct en soins aigus de l'ANQ V1.0, valide à partir 2016	
Dimensions	Questions et l'échelle de reponse	Questions et l'échelle de reponse	Dimensions
Retour	<p>1. Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire?</p> <p>Non, pas du tout <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Oui, tout à fait</p>		
Qualité du traitement	<p>2. Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital?</p> <p>Très mauvais <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 excellent</p>	<p>1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?</p> <p><input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moins bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise</p>	Qualité du traitement
Information / Communication	<p>3. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?</p> <p>Non, jamais <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Oui, toujours</p> <p>4. Lorsque vous avez posé des questions aux infirmier(ère)s, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?</p> <p>Non, jamais <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Oui, toujours</p>	<p>2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions?</p> <p><input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de questions</p> <p>3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?</p> <p><input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de questions</p>	Information / Communication
Respect et dignité	<p>5. Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité(e) avec respect et a préservé votre dignité?</p> <p>Non, jamais <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Oui, toujours</p>		
		<p>4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, tout à fait <input type="checkbox"/> Plutôt oui <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Plutôt non <input type="checkbox"/> Non, pas du tout</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas dû prendre de médicaments chez moi</p>	Médication
		<p>5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?</p> <p><input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moins bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise</p> <p>6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?</p> <p><input type="checkbox"/> Trop longue <input type="checkbox"/> Adéquate <input type="checkbox"/> Trop courte</p>	Gestion des sorties

Figure 116 : comparaison de l'ancien (V1.0) et du nouveau (V2.0) questionnaire PatZu Soins aigus

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Satisfaction des patientes et patients concernant l'hospitalisation

Marche à suivre : Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle.

SVP, faites une croix précise et lisible.

juste faux

Questions générales sur votre hospitalisation

- 1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins, des infirmier-ère-s et des autres thérapeutes) ?**

Mauvaise Excellente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ?**

Jamais Toujours

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je n'ai pas eu de questions
- 3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?**

Jamais Toujours

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je n'ai pas eu de questions
- 4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible l'effet, les effets secondaires, le dosage et l'heure de prise des médicaments que vous avez reçus durant votre hospitalisation ?**

Non, pas du tout Oui, tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je n'ai pas reçu de médicaments
- 5. Avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions concernant votre projet thérapeutique ?**

Non, pas du tout Oui, tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6. La préparation de votre sortie d'hôpital a-t-elle répondu à vos besoins ?**

Non, pas du tout Oui, tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questions sur vous-même

Comment décririez-vous votre état de santé actuel ? Excellent Très bon Bon Moins bon Mauvais

Date du jour

□ □ . □ □ . 2016

Année de naissance

□ 9 □ □

Genre

masculin féminin

Votre couverture d'assurance maladie pour cette hospitalisation

commune semi-privée / privée

Nous vous remercions cordialement d'avoir rempli ce questionnaire.

Figure 117 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Psychiatrie - Utilisation dans l'enquête pilote Psychiatrie, par ex. échelle à 11 réponses

Clinique:

Numéro d'identification:

Satisfaction des patientes et patients concernant l'hospitalisation

Marche à suivre : Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle.

SVP, faites une croix précise et lisible.

juste faux

Questions générales sur votre hospitalisation

1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins, des infirmier-ère-s et des autres thérapeutes) ?

Excellente Très bonne Bonne Moins bonne Mauvaise
2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ?

Toujours Très souvent Quelquefois Rarement Jamais

Je n'ai pas eu de questions
3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?

Toujours Très souvent Quelquefois Rarement Jamais

Je n'ai pas eu de questions
4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible l'effet, les effets secondaires, le dosage et l'heure de prise des médicaments que vous avez reçus durant votre hospitalisation ?

Oui, tout à fait Plutôt oui En partie Plutôt non Non, pas du tout

Je n'ai pas reçu de médicaments
5. Avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions concernant votre projet thérapeutique ?

Oui, tout à fait Plutôt oui En partie Plutôt non Non, pas du tout
6. La préparation de votre sortie d'hôpital a-t-elle répondu à vos besoins ?

Oui, tout à fait Plutôt oui En partie Plutôt non Non, pas du tout

Questions sur vous-même

Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

Excellent Très bon Bon Moins bon Mauvais

Année de naissance

1	9		
---	---	--	--

Genre

Masculin

Féminin

Votre couverture d'assurance maladie pour cette hospitalisation

Commune

Semi-privée / privée

Nous vous remercions cordialement d'avoir rempli ce questionnaire.

Figure 118 : questionnaire succinct de l'ANQ en psychiatrie V1.0, valable à partir de 2017

6859616135

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
 Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
 Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Satisfaction des patientes et patients concernant le séjour de réadaptation

Marche à suivre: Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle.

SVP, faites une croix précise et lisible.
 juste faux

Questions sur votre séjour de réadaptation

1. Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social) ?
 Excellente Très bonne Bonne Moins bonne Mauvaise
2. Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé-e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation ?
 Oui, tout à fait Plutôt oui En partie Plutôt non Non, pas du tout
3. Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions ?
 Toujours Très souvent Quelquefois Rarement Jamais
4. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?
 Toujours Très souvent Quelquefois Rarement Jamais
 Je n'ai pas eu de question Je n'ai pas pu poser de question
5. Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.) ?
 Oui, tout à fait Plutôt oui En partie Plutôt non Non, pas du tout
6. Comment étaient votre information et celle de vos proches concernant tout ce qui est important pour la période après votre séjour de réadaptation (défis, médicaments, etc.) ?
 Excellente Très bonne Bonne Moins bonne Mauvaise
7. Comment était l'organisation des principales mesures prises pour vous et vos proches pour la période après votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.) ?
 Excellente Très bonne Bonne Moins bonne Mauvaise
8. Etes-vous d'accord avec l'évaluation médicale de votre capacité de travail ?
 Oui Non Ne convient pas, car je n'ai pas (plus) d'activité professionnelle

Données personnelles

Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?
 Excellent Très bon Bon Moins bon Mauvais

Date du jour	Année de naissance	Sexe	Couverture d'assurance pour ce séjour de réadaptation
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 2017	<input type="text"/> 19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> commune <input type="checkbox"/> semi-privée / privée

Nous vous remercions cordialement d'avoir rempli ce questionnaire.

Figure 119 : questionnaire PatZu_nouvelle ébauche 2.0 Réadaptation - Utilisation dans l'enquête pilote Réadaptation

2026622742

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
 Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
 Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Satisfaction des patientes et patients concernant le séjour de réadaptation

Marche à suivre: Cochez s'il vous plaît la case qui correspond le mieux à votre opinion et expérience personnelle.

SVP, faites une croix précise et lisible.

juste faux

Questions sur votre séjour de réadaptation

1. Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social) ?

Excellente
 Très bonne
 Bonne
 Moins bonne
 Mauvaise
2. Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé-e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation ?

Oui, tout à fait
 Plutôt oui
 En partie
 Plutôt non
 Non, pas du tout
3. Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions ?

Toujours
 Très souvent
 Quelquefois
 Rarement
 Jamais
4. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?

Toujours
 Très souvent
 Quelquefois
 Rarement
 Jamais

Je n'ai pas eu de question
 Je n'ai pas pu poser de question
5. Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.) ?

Oui, tout à fait
 Plutôt oui
 En partie
 Plutôt non
 Non, pas du tout
6. Comment était l'organisation des principales mesures prises pour vous et vos proches pour la période après votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.) ?

Excellente
 Très bonne
 Bonne
 Moins bonne
 Mauvaise

Données personnelles

Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

Excellent
 Très bon
 Bon
 Moins bon
 Mauvais

Année de naissance

Sexe

 masculin
 féminin

Couverture d'assurance pour ce séjour de réadaptation

 commune
 semi-privée / privée

Nous vous remercions cordialement d'avoir rempli ce questionnaire.

Figure 120 : questionnaire succinct de l'ANQ en réadaptation V2.0, valable à partir de 2018

Questionnaire succinct en réadaptation de l'ANQ V1.0, valide jusqu'au 2017		Questionnaire succinct en réadaptation de l'ANQ V2.0, valide jusqu'au 2018	
Dimensions	Questions et l'échelle de réponse	Questions et l'échelle de réponse	Dimensions
Retour	<p>1. Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire?</p> <p>Non, pas du tout <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait</p>		
Qualité du traitement	<p>2. Que pensez-vous de la qualité de la réadaptation don't vous avez bénéficié?</p> <p>Très mauvaise <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> excellente</p>	<p>1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?</p> <p><input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moins bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise</p>	Qualité du traitement
Information / Communication	<p>3. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ?</p> <p>Non, jamais <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Oui, toujours</p>	<p>2. Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé-e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, tout à fait <input type="checkbox"/> Plutôt oui <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Plutôt non <input type="checkbox"/> Non, pas du tout</p> <p>4. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?</p> <p><input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de question <input type="checkbox"/> Je n'ai pas pu poser de question</p>	Information / Communication
Soins	<p>4. Que pensez-vous du suivi par le personnel thérapeutique, le personnel infirmier et le service social pendant votre séjour?</p> <p>Très mauvaise <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> excellente</p>		
Respect et dignité	<p>5. Estimez-vous que, pendant votre réadaptation, le personnel hospitalier vous a traité(e) avec respect et a préservé votre dignité ?</p> <p>Non, jamais <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Oui, toujours</p>		
		<p>3. Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions ?</p> <p><input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>5. Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, tout à fait <input type="checkbox"/> Plutôt oui <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Plutôt non <input type="checkbox"/> Non, pas du tout</p> <p>6. Comment était l'organisation des principales mesures prises pour vous et vos proches pour la période après votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moins bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise</p>	Participation Offre thérapeutique Gestion des sorties

Figure 121 : comparaison de l'ancien (V1.0) et du nouveau (V2.0) questionnaire PatZu en réadaptation