



QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU CONSUMER SATISFACTION QUESTIONNAIRE (CSQ-8) ET DU HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE (HAQ)

Carole Kapp *et al.*

S.F.S.P. | Santé Publique

**2014/3 - Vol. 26
pages 337 à 344**

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-337.htm>

Pour citer cet article :

Kapp Carole *et al.*, « Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ) », *Santé Publique*, 2014/3 Vol. 26, p. 337-344.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Qualités psychométriques du *Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8)* et du *Helping alliance questionnaire (HAQ)*

Psychometric properties of the Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) and the Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Carole Kapp¹, Thomas Perlini¹, Stéphanie Baggio², Philippe Stephan¹, Alejandro Rojas Urrego³, Charles-Edouard Rengade⁴, Manuel Macias⁵, Noémie Hainard⁶, Olivier Halfon¹

➔ Résumé

Objectif : Cette analyse utilise les données d'une enquête d'évaluation de la qualité des soins, menée en 2011 dans les polycliniques ambulatoires du Canton de Vaud en Suisse, ayant récolté 568 questionnaires d'enfants de plus de dix ans et 672 de parents d'enfants de tout âge.

Son objectif est d'étudier les qualités psychométriques des versions francophones pour enfants à huit items du *Helping alliance questionnaire (HAQ)* et du *Client satisfaction questionnaire (CSQ-8)*. Elle doit permettre d'ouvrir à une validation stricto sensu et à une utilisation clinique de ces outils dans un contexte pédopsychiatrique francophone.

Méthodes : Les réponses des enfants de plus de dix ans aux échelles HAQ et CSQ-8 sont soumises à une analyse factorielle confirmatoire (AFC) pour données ordinales, afin de vérifier leur adéquation avec les versions originales et non-abrégées. La validité de construit (correspondance entre les scores aux échelles et d'autres critères externes postulés comme évaluant des concepts similaires) des échelles des enfants est testée par des corrélations de Spearman avec les réponses des parents, ainsi qu'avec le fait d'être rassuré ou d'accord par rapport à la première consultation, et avec la perception de l'aide apportée par les entretiens individuels et de famille.

Résultats : L'AFC montre un ajustement acceptable au modèle unidimensionnel des échelles originales, tant pour la HAQ que pour la CSQ-8. Quant à la validité de construit, les corrélations positives significatives des échelles avec les réponses des parents ainsi qu'avec les autres critères externes convergents permettent de la considérer avec confiance.

Conclusions : Ces analyses psychométriques permettent d'initier le processus de validation et d'utilisation clinique des versions francophones abrégées de la HAQ et de la CSQ-8 dans l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte pédopsychiatrique.

Mots-clés : Qualité des soins ; Satisfaction du patient ; Relation thérapeutique ; Pédopsychiatrie ; Psychométrie ; Échelles d'évaluation en psychiatrie.

➔ Summary

Background: This study was based on data from a quality of care assessment survey conducted in 2011 in outpatient polyclinics of the Vaud Canton in Switzerland, comprising questionnaires completed by 568 children over the age of ten and 672 parents of children of all ages.

The objective of this study was to evaluate the psychometric qualities of the eight-item French versions for children of the *Helping Alliance Questionnaire (HAQ)* and the *Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)* to allow formal validation and clinical application of these tools in the context of French-speaking child psychiatry.

Methodology: Responses from children over the age of ten to the HAQ and CSQ-8 questionnaires were submitted to confirmatory factorial analysis (CFA) for ordinal data to verify their good fit with the original long versions. Construct validity (correspondence between scores on the scales and other external criteria considered to evaluate similar concepts) of the child questionnaires was tested by Spearman's correlation with the parents' responses and their feeling of being reassured or in agreement with respect to the first visit, and with the perception of the help provided by individual and family interviews.

Results: CFA showed an acceptable fit with the one-dimensional model of the original scales, both for the HAQ and the CSQ-8. Significant positive correlations of the scales with the parents' responses and with other convergent external criteria confirmed the good construct validity.

Conclusions: These psychometric analyses provide a basis for the validation and clinical application of the abridged French versions of the HAQ and CSQ-8 in quality of care assessment in child psychiatry.

Keywords: Healthcare quality; Patient satisfaction; Therapeutic relationship; Child psychiatry; Psychometrics; Psychiatric rating scales.

¹ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) – DP – CHUV – Lausanne – Suisse.

² Centre d'épidémiologie clinique (UMSP) – CHUV – Lausanne – Suisse.

³ Service de Psychiatrie et de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPPEA) – Fondation de Nant – Vevey – Suisse.

⁴ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) – DP – CHUV – Yverdon – Suisse.

⁵ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) – DP – CHUV – Morges – Suisse.

⁶ Département de la santé et de l'action sociale – Service de la santé publique – Canton de Vaud – Suisse.

Introduction

Le projet qualité que nous avons mené en 2011 s'était fixé pour objectif d'évaluer la satisfaction globale des parents et des enfants/adolescents de l'ensemble des polycliniques ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud en Suisse. Il s'intéressait également à leur perception de l'alliance thérapeutique et de l'aide apportée par les différents types de traitements. Les premiers résultats descriptifs de ce projet, ayant abouti au recueil de 568 questionnaires d'enfants de plus de dix ans et de 672 questionnaires de parents d'enfants de tout âge, ont été publiés en 2013 [1]. Ils ont mis en évidence, tant du point de vue des enfants que de celui des parents, un degré de satisfaction élevé ainsi qu'une bonne perception de la qualité de l'alliance thérapeutique. Quant à la perception de l'aide apportée par les différents types de traitements, les entretiens individuels et de familles ont été plébiscités, alors que l'aide apportée par les traitements médicamenteux était moins mise en avant.

Dans le contexte de cette étude, la satisfaction est définie comme un concept tendant à évaluer si les besoins du consommateur d'un service sont comblés ou non [2]. Sur le plan médical, la satisfaction des patients est une mesure reconnue internationalement pour l'évaluation de la perception de la qualité des soins [3]. Elle fait en outre partie des indicateurs utilisés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'évaluation des systèmes de santé dans le monde [4]. Par ailleurs, cette dimension peut avoir une influence sur le résultat et l'adhésion au traitement proposé [5]. En Suisse, la mesure de la satisfaction des patients est obligatoire pour les services hospitaliers depuis 2001 [6].

L'alliance thérapeutique est quant à elle définie comme le vécu subjectif du patient quant à la dimension aidante du traitement ou de la relation au thérapeute [7]. Elle constitue un facteur, non-spécifique aux différentes orientations théoriques, largement étudié et reconnu de la réussite d'une psychothérapie [8, 9].

La plupart des études concernant la satisfaction des enfants et adolescents se base uniquement sur des mesures utilisant les réponses parentales [10, 11], alors que de nombreuses recherches mettent en évidence une différence significative entre la satisfaction des enfants/adolescents et celle des parents [12, 13], ces derniers exprimant systématiquement un niveau de satisfaction plus élevé. L'outil de référence dans ce domaine, à savoir la CSQ-8, est depuis longtemps validé et reconnu dans sa version

anglophone [14], mais sa version française s'inscrit dans un contexte de psychiatrie adulte [15] et aucune étude n'a à ce jour analysé les réponses des enfants/adolescents à cette échelle. Concernant l'alliance thérapeutique, il n'existe pas, en France et en Suisse, de mesure validée pour les enfants et les adolescents, excepté la version française du HAQ publiée en 2006 par Kermarrec *et al.* [16]. Pourtant, certains termes utilisés dans cette version du HAQ nous ont paru peu adaptés au contexte pédopsychiatrique suisse romand. De plus, nous avons utilisé une version abrégée de cette traduction, afin de faciliter l'accès du questionnaire à une population mineure grâce au gain de temps et à une compréhension simplifiée.

Cet article vise donc à présenter, en nous centrant sur les réponses des enfants/adolescents de dix ans et plus récoltées au cours de l'étude menée en 2011, les qualités psychométriques de la version francophone du CSQ-8 [15] dans un contexte pédopsychiatrique et de la version francophone abrégée de la HAQ, ceci afin d'approcher au mieux la réalité de la perception de la satisfaction et de l'alliance thérapeutique. Notre but consiste à permettre à d'autres chercheurs de reproduire ce type de démarche qualité qui contribue, selon les connaissances actuelles, à la réflexion sur la qualité des soins pédopsychiatriques et à l'amélioration des pratiques cliniques.

Méthodes

Population

Après avoir obtenu l'aval de la commission d'éthique de la faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, tous les patients âgés de dix ans au minimum, ainsi que les parents de tous les patients consultants, ont été invités à remplir un questionnaire sur la qualité des soins entre le 15 mai et le 30 juin 2011 dans les 14 polycliniques ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud en Suisse.

Critères d'inclusion

La participation à l'enquête s'est faite d'une manière volontaire et sur la base du plus strict anonymat. Seul un code, noté et imaginé par les répondants eux-mêmes, et permettant d'identifier les réponses des membres d'une même famille, a été utilisé. Après recueil du consentement et information sur les objectifs de l'enquête, les

participants ont été invités à remplir le questionnaire dans la salle d'attente avant la consultation. Le questionnaire était proposé systématiquement par le personnel du secrétariat à partir de la deuxième consultation, quel que soit le motif de consultation ou la nature de la prise en charge.

Critères d'exclusion

Étaient exclus de l'enquête les patients en dessous de dix ans et les parents et enfants ne parlant pas français ou ne sachant ni lire ni écrire. Les répondants pouvaient solliciter l'aide du personnel d'accueil ou soignant en cas de question. Le déroulement et les résultats détaillés de l'étude en lien avec la présente analyse psychométrique sont décrits dans une récente publication [1].

Instrument

Pour mesurer la dimension de l'alliance thérapeutique, nous avons eu recours à une traduction française de la version initiale du HAQ [16]. De cette version francophone, nous n'avons retenu que les six items les plus saturés par le facteur « dimension relationnelle », en nous basant sur l'étude de De Weert-Van Oene *et al.* [17] mettant en évidence une structure à deux facteurs (dimension relationnelle et changement interne) de la version originale de l'échelle. Nous avons ajouté à ces six items deux items originaux de la version francophone du questionnaire [16], ces deux questions semblant susceptibles d'améliorer la qualité du modèle factoriel en raison de leur formulation très claire et directement en lien avec la dimension relationnelle de l'alliance (« Je n'aime pas mon thérapeute », « je crois que mon thérapeute m'aime bien »). Nous avons également modifié la terminologie utilisée, remplaçant le terme « médecin » par celui de « thérapeute », mieux adapté au contexte pédopsychiatrique francophone. L'alliance thérapeutique est donc investiguée à travers huit questions, proposant six possibilités de réponses sur une échelle de Likert allant de un (pas du tout d'accord) à six (tout-à-fait d'accord).

Pour mesurer la satisfaction quant à la qualité des soins, nous avons opté pour la traduction française du CSQ-8 [15], outil de référence pour évaluer la satisfaction des patients à l'égard des soins [15]. L'analyse psychométrique des auteurs de la version francophone met en évidence un modèle à un seul facteur avec des coefficients de saturation élevés variant de 0,67 à 0,81 selon les items. Les huit questions offrent quatre modalités de réponse allant de un (pas du tout satisfait) à quatre (tout-à-fait satisfait).

Le questionnaire dans lequel s'inséraient ces échelles était complété par des questions évaluant d'autres dimensions, notamment le contexte de prise en charge ou la perception de l'aide apportée par chaque type de traitement (entretien individuel, entretien de famille). Certaines de ses questions ont été utilisées dans nos analyses afin de tester la validité de construit, à savoir :

- a) l'accord quant à la première consultation, en réponse à la question « quand tu es venu la première fois à la consultation étais-tu d'accord de consulter ? » offrant quatre modalités de réponse allant de un (oui tout à fait) à quatre (non pas du tout) ;
- b) le fait d'être rassuré par rapport à la première consultation, en réponse à la question « quand tu es venu la première fois à la consultation, étais-tu rassuré ? » offrant quatre modalités de réponse allant de un (oui tout à fait) à quatre (non pas du tout) ; la perception de l'aide apportée par les entretiens individuels, en réponse à la question « voici plusieurs traitements que tu as peut-être reçus, réponds uniquement pour ceux que tu as eus et indique combien tu penses que ça t'a aidé en cochant la case correspondante » offrant quatre modalités de réponse allant de un (pas du tout aidé) à quatre (beaucoup aidé) ;
- c) la perception de l'aide apportée par les entretiens de famille, en réponse à la même question que pour le point précédant et offrant également quatre modalités de réponse allant de un (pas du tout aidé) à quatre (beaucoup aidé).

Analyses des données

Les résultats visant à évaluer les qualités psychométriques ont été organisés en plusieurs sections : structure factorielle et consistance interne (analyse factorielle confirmatoire et alpha de Cronbach), validité de construit, effet de plafond et effet de plancher, selon les *guidelines* reconnus dans ce domaine [18].

La consistance interne a été testée par un calcul de l'alpha de Cronbach, dont on attendait qu'il soit supérieur à 0,7 mais inférieur à 0,95. La structure factorielle a ensuite été testée au moyen d'une analyse factorielle confirmatoire (AFC) pour données ordinales, par la méthode d'estimation WLSMV (*mean and variance adjusted weighted least square*), méthode d'estimation par les moindres carrés pondérés utilisant une matrice des poids, recommandée par Muthén & Muthén [19]. Les indices d'ajustement usuels ont été considérés : CFI (*Comparative Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error*

of Approximation), SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) et WRMR (*Weighted Root Mean Square Residual*), recommandé par Yu & Muthén [22] comme indice d'ajustement quand les données sont ordinales. On s'attendait à ce que le CFI soit proche de 1, ou en tout cas supérieur à 0,95, le RMSEA inférieur à 0,05 (il est jugé acceptable s'il est compris entre 0,05 et 0,08), le SRMR inférieur à 0,08 et le WRMR inférieur à 0,90 [22].

La validité de construit a été testée en calculant le lien, par des corrélations de Spearman, en raison de l'asymétrie négative des variables, entre les scores des enfants et parents d'une même famille aux échelles HAQ et CSQ-8. En effet, afin de déterminer quels questionnaires étaient remplis par des membres d'une même famille, nous avons demandé aux répondants d'inventer un code nous permettant de les identifier. Cela a abouti à un échantillon de 159 familles appariées pour le HAQ et de 158 pour la CSQ-8. On s'attendait à un coefficient de corrélation fort compris entre 0,5 et 1. Elle a également été analysée en calculant le lien, par des corrélations de Spearman, en raison de la présence de variables ordinales et de l'asymétrie des variables continues, entre le score moyen aux questionnaires d'alliance/satisfaction et plusieurs facteurs que nous postulions comme étant saturés par les mêmes facteurs latents, mentionnés dans la section précédente.

Les effets de plafond et de plancher ont été évalués en examinant les distributions des scores aux échelles HAQ et CSQ-8. Il s'agissait ici de vérifier que les premières et dernières modalités de réponses ne représentaient pas 15 % ou plus des observations chacune.

Les analyses ont été conduites sous le logiciel Statistica 10 pour l'alpha de Cronbach, la validité de construit, les effets de plafond et de plancher, et sous Mplus 6.2 pour les analyses factorielles.

Résultats

Taux de réponse et caractéristiques de l'échantillon

Le nombre de questionnaires remplis était de 568 pour les enfants et de 672 pour les parents. Le taux de réponse, estimé sur la base des consultations facturées durant la période de récolte des données, était d'environ 50 %. Quant aux caractéristiques de l'échantillon, elles sont présentées en détail dans le tableau I.

Consistance interne et structure factorielle : alpha de Cronbach et analyses factorielles confirmatoires

HAQ

Les résultats concernant l'alliance thérapeutique ont été déterminés en calculant la moyenne des réponses à huit des 13 items constituant la version française de la HAQ [16]. Nous avons trouvé ainsi pour la cohorte des enfants ($N = 548$), avec un minimum de un et un maximum de six, un score de $4,91 \pm 1,01$. Ce score était de $5,08 \pm 0,72$ pour la cohorte des parents ($N = 667$).

La cohérence interne à l'échelle concernant les réponses des enfants présentait un alpha de Cronbach $\alpha = 0,891$.

L AFC, pour la version enfants du questionnaire, montrait un ajustement des données au modèle unidimensionnel décrit initialement par les auteurs : RMSEA = 0,11, SRMR = 0,04, CFI = 0,96, WRMR = 1,36. Le RMSEA et le WRMR restaient au-dessus des seuils considérés comme relevant d'un bon ajustement. Les saturations correspondant à ce modèle étaient toutes statistiquement significatives (tableau II). Les saturations étaient négatives pour les items A2 et A4, qui étaient inversés par rapport aux autres items de l'échelle.

CSQ-8

La satisfaction globale a été évaluée en moyennant les huit items de la CSQ-8. Les scores étaient de $3,2 \pm 0,7$ pour les enfants ($N = 518$) et de $3,4 \pm 0,5$ pour les parents ($N = 653$).

La cohérence interne à l'échelle, concernant les réponses des enfants, était représentée par un alpha de Cronbach $\alpha = 0,925$.

L AFC, pour la version enfants, montrait un ajustement des données au modèle unidimensionnel décrit initialement par les auteurs : RMSEA = 0,09, SRMR = 0,03, CFI = 0,99, WRMR = 1,05. À nouveau, le RMSEA et le WRMR restaient légèrement au-dessus des seuils considérés comme relevant d'un bon ajustement. Les saturations correspondant à ce modèle étaient toutes statistiquement significatives et positives (tableau III).

Validité de construit

HAQ

La corrélation de Spearman entre les scores d'alliance des enfants et parents d'une même famille était significative et supérieure à 0,5 ($r = 0,52$).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon

Source	Caractéristiques (N)	Modalités	N (%)
Enfants	Sexe (580)	Fille	309 (53,3)
		Garçon	271 (46,7)
	Âge (583)	Moyenne 13,71 ET ^b 2,78	
	CITP ^a (540)	Moyenne 4,6 ET ^b 2,55	
	Français comme 1 ^{re} langue (573)	Oui	490 (85,5)
		Non	83 (14,5)
	Nationalité (581)	Suisse	311 (53,5)
		Autre	270 (46,5)
	Fréquence de consultation (530)	2/semaine	24 (4,6)
		1/semaine	238 (45,0)
		2/mois	134 (25,2)
		Autre	134 (25,2)
	Motifs de consultation ^c (584)	École	244 (20,09)
		Comportement	151 (12,43)
		Famille	245 (20,18)
Anxiété, stress		142 (11,69)	
Relation aux autres		100 (8,23)	
Conduites suicidaires		50 (4,11)	
Dépression		98 (8,07)	
Événement de vie traumatique	184 (15,15)		
Parents	Sexe (669)	Fille	261 (39,0)
		Garçon	408 (61,0)
	Âge (665)	Moyenne 9,18 ET ^b 3,96	
	CITP ^a (635)	Moyenne 5,04 ET ^b 2,58	
	Français comme 1 ^{re} langue (667)	Oui	517 (77,5)
		Non	150 (22,5)
	Nationalité (675)	Suisse	378 (56,0)
		Autre	297 (44,0)
	Fréquence de consultation (653)	2/semaine	33 (5,1)
		1/semaine	206 (31,5)
		2/mois	213 (32,6)
		Autre	201 (30,8)
	Motifs de consultation ^c (677)	École	259 (18,36)
		Comportement	288 (20,42)
		Famille	229 (16,24)
Anxiété, stress		194 (13,75)	
Relation aux autres		207 (14,68)	
Conduites suicidaires		32 (2,26)	
Dépression		41 (2,90)	
Événement de vie traumatique	160 (11,34)		

a : CITP = Classification internationale type des professions, score de 1 à 12 (du – au + qualifié).

b : écart-type.

c : plusieurs réponses possibles.

Tableau II : Saturation des items de l'alliance thérapeutique

Items	Saturation	ET ^a	Var ^b	P ^c
Je pense que le thérapeute m'apporte une aide	0,81	0,02	43,36	< 0,001
Je n'aime pas mon thérapeute	- 0,76	0,03	- 28,30	< 0,001
J'ai l'impression que je peux compter sur le thérapeute	0,82	0,02	44,86	< 0,001
Je crois que le thérapeute ne me comprend pas	- 0,71	0,03	- 27,27	< 0,001
Je crois que le thérapeute veut que je m'en sorte	0,72	0,03	24,35	< 0,001
Je pense qu'avec mon thérapeute, on fait un bon travail ensemble	0,89	0,01	72,37	< 0,001
Je crois que le thérapeute m'aime bien	0,73	0,02	33,51	< 0,001
Je crois que nous pensons la même chose de mes problèmes	0,74	0,02	32,57	< 0,001

a : écart-type. b : variance. c : p-valeur.

Tableau III : Saturation des items de la satisfaction globale

Items	Saturation	ET ^a	Var ^b	P ^c
Est-ce que tu reçois le genre de traitement que tu désires ?	0,86	0,02	52,98	< 0,001
Jusqu'à quel point les traitements reçus répondent-ils à tes besoins ?	0,83	0,02	44,60	< 0,001
Si un ami avait besoin du même type d'aide, recommanderais-tu la consultation ?	0,72	0,03	24,06	< 0,001
Quel est ton degré de satisfaction par rapport à la qualité d'aide ?	0,86	0,02	48,63	< 0,001
Est-ce que le(s) traitement(s) que tu reçois t'aide(nt) ?	0,86	0,02	52,50	< 0,001
De façon générale et globale : quel est ton degré de satisfaction ?	0,89	0,01	69,78	< 0,001
Si tu avais encore besoin d'aide, reviendrais-tu à la consultation ?	0,79	0,03	31,54	< 0,001
Es-tu satisfait de la qualité des traitements que tu reçois ?	0,88	0,02	58,29	< 0,001

a : écart-type. b : variance. c : p-valeur.

Tableau IV : Corrélations de l'alliance thérapeutique avec la satisfaction & autres (validité de construit)

	D'accord de consulter la 1 ^{re} fois	Rassuré de consulter la 1 ^{re} fois	Aidé par entretien individuel	Aidé par entretien de famille
Score d'alliance thérapeutique (enfants)	- 0,44***	- 0,40***	0,60***	0,43***
<i>N</i>	540	484	494	381
Score de satisfaction (enfants)	- 0,41***	- 0,33***	0,62***	0,43***
<i>N</i>	512	460	478	370

*** P < .001.

Les corrélations de Spearman étaient significatives et positives entre le score moyen d'alliance des enfants et a) l'accord quant à la première consultation b) le fait d'être rassuré par rapport à la première consultation c) la perception de l'aide apportée par l'entretien individuel d) et l'entretien de famille (tableau IV).

CSQ-8

La corrélation de Spearman était significativement positive et égale à 0,5 entre les scores de satisfaction des enfants et parents d'une même famille ($r = 0,5$).

Les corrélations de Spearman étaient significatives et positives entre le score moyen de satisfaction des enfants et a) l'accord quant à la première consultation b) le fait d'être rassuré par rapport à la première consultation c) la perception de l'aide apportée par l'entretien individuel et d) l'entretien de famille (tableau IV).

Effets de plafond et effets de plancher

L'analyse de distributions des scores à nos versions francophones de la HAQ et de la CSQ-8 ont mis en évidence une asymétrie du côté des scores les plus élevés, sans que les modalités un et six pour la HAQ ou un et quatre pour la CSQ-8 n'aient présenté un pourcentage de réponse égal ou supérieur à 15 %.

Discussion

Le taux de réponse enregistré à l'étude ayant servi de base à cette analyse psychométrique est d'environ 50 %. Il est légèrement inférieur à celui observé dans d'autres études du même type [23-25]. Cela s'explique par le caractère volontaire et strictement anonyme de l'enquête. Toutefois, les résultats des polycliniques ayant enregistré un taux de réponse supérieur à 80 % ne présentent pas de différence significative avec la moyenne des autres polycliniques, ce qui nous permet d'envisager nos résultats avec confiance.

Les alphas de Cronbach calculés sur la base des scores des enfants aux versions françaises de la HAQ et de la CSQ-8 mettent en évidence une consistance interne excellente dépassant le seuil de 0,7 mais n'allant pas au-delà de 0,95, seuil critique de redondance des items utilisés. Les analyses factorielles confirmatoires vont, quant à elles, dans le sens

d'un modèle unidimensionnel, comme postulé par les auteurs des échelles initiales [15, 16], même si les indices de *fit* ne se révèlent pas optimaux. En effet, alors que le SRMR et le CFI respectent les seuils attendus, le RMSEA et le WRMR restent au-dessus des seuils considérés comme relevant d'un bon ajustement, tant pour la HAQ que pour la CSQ-8. Il s'agit de noter que le WRMR est sensible à la grande taille de notre échantillon et peut donc se montrer trop conservateur [22].

La validité de construit est soutenue par les corrélations de Spearman significatives, dépassant ou égalant le seuil de 0,5 entre les réponses des enfants et des parents d'une même famille. Elle est également étayée par les corrélations satisfaisantes entre les scores moyens aux différentes échelles et plusieurs autres variables, comme l'accord quant à la première consultation, le fait d'être rassuré par rapport à la première consultation, ainsi que la perception de l'aide apportée par l'entretien individuel et par l'entretien de famille.

L'analyse des distributions des scores de satisfaction globale et d'alliance thérapeutique obtenus au cours de notre enquête ne mettent pas en évidence d'effet plafond ou plancher significatif, aucune des modalités se situant à l'extrême inférieur ou supérieur ne présentant un taux de réponse supérieur ou égal à 15 %. Toutefois, les scores se révèlent élevés, et ce quelle que soit la population étudiée (enfants/parents ; polycliniques). En effet, ils oscillent entre 4,9 et 5,1 (minimum : un et maximum : six) pour l'alliance thérapeutique et entre 3,2 et 3,4 (minimum : un et maximum : 4) pour la satisfaction. En plus du fait que ces scores n'incluent pas les patients en rupture de traitement, les questionnaires ayant été remplis sur les lieux de consultation, ses résultats sont congruents avec les analyses mettant en lien le niveau de satisfaction des populations avec leur degré de liberté politique, économique et individuelle [26, 27]. Il semble donc qu'une composante socio-économique assez forte entre en ligne de compte dans les réponses des sondés en Suisse, composante qui vient donc pondérer les scores élevés de notre enquête.

Conformément aux *guidelines* reconnus dans ce champ [18], ces analyses devraient être complétées, pour une validation *stricto sensu*, par l'utilisation de critères externes supplémentaires pour étayer la validité de construit convergente et y adjoindre une validité discriminante. Une étude longitudinale pourrait également permettre d'évaluer la stabilité des réponses dans le temps et la sensibilité des échelles utilisées aux changements cliniques importants.

En conclusion, la présente étude de la structure dimensionnelle et de la validité de construit des versions francophones à huit items du *Consumer Satisfaction Questionnaire*

(CSQ-8) et du *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ) consolide l'analyse des données découlant de l'enquête réalisée en 2011 [1]. Les qualités psychométriques de ces deux outils, mises en évidence dans cette analyse, ouvrent à une recommandation de leur utilisation dans l'évaluation de la qualité des soins auprès de populations de mineurs et de leurs parents et dans des études de qualité des soins et de recherche clinique sur la perception des enfants et des adultes. Mais elles ne se situent pour l'heure qu'en amont de ce que devra être ultérieurement une validation de leur utilisation clinique. C'est dans ce but que doit être favorisée selon nous leur diffusion auprès d'autres acteurs de la santé mentale des enfants et des adolescents et que des études complémentaires, incluant leur utilisation, sont actuellement en cours au sein de notre bassin de population.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

- Kapp C, Perlini T, Stephan P, Rojas Urrego A, Vallon M, Macias M, Hainard N, Halfon O. La qualité des soins dans les consultations ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud : résultats d'une enquête de satisfaction. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 2013;164(01):26-30.
- Athay MM, Bickman L. Development and psychometric evaluation of the youth and caregiver service satisfaction scale. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39(1-2):71-7.
- Athay M, Bickman L. Development and psychometric evaluation of the youth and caregiver service satisfaction scale. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39:71-77.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) : Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Genève : OMS ; 2000.
- Westbrook J. Patient satisfaction: methodological issues and research findings. *Aust Health Rev*. 1993;16(1):75-88.
- Cathieni F, Di Florio V, Picard-Kossofsky M, Perneger T, Burnand B. Projet qualité hôpitaux universitaires de Genève-Hospices cantonaux. Evaluation comparative de quatre questionnaires de satisfaction de patients hospitalisés. *Raisons de Santé*. 2001;61:1-91
- Alexander LB, Luborsky L. The penn helping alliance scales, in *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford clinical psychology and psychotherapy series, vol XVII. New York: Greenberg LS, Pinsof WM, Guilford Press; 1986. p 325-66.
- Norcross JC. *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002.
- Despland J-N, Zimmermann G, De Roten Y. L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies*. 2006;26(2):91-5.
- Marriage K, Petrie J, Worling D. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Can J Psychiatry*. 2001;46(10): 969-75.
- Biering P. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(1):65-72.
- Mah JK, Tough S, Fung T, Douglas-England K, Verhoef M. Adolescent quality of life and satisfaction with care. *J Adolesc Health*. 2006; 38:607.e1-7.
- Chesney M, Lindeke L, Johnson L, Jukkala A, Lynch S. Comparison of child and parent satisfaction ratings of ambulatory pediatric subspecialty care. *J Pediatr Health Care*. 2005; 19(4):221-9
- Attkisson CC, Greenfield TK. Client satisfaction questionnaire-8 and service satisfaction scale-30, in *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ, England: Maruish ME, Laurence Erlbaum Associates; 1994. p 402-420.
- Sabourin S, Pérusse D, Gendreau P. Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du questionnaire de satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques. *Can J Behav Sci*. 1989; 21(2):149-59.
- Kerमारrec S, Kabuth B, Bursztejn C, Guillemin F. French adaptation and validation of the helping alliance questionnaires for child, parents, and therapist. *Can J Psychiatry*. 2006;51:913-22.
- De Weert-Van Oene GH, De Jong CAJ, Jörg F, Schrijvers GJP. The Helping Alliance Questionnaire: Psychometric Properties in Patients with Substance Dependence. *Subst Use Misuse*. 1999;34(11): 1549-69.
- Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HCW. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60:34-42.
- Muthén LK, Muthén BO. *Mplus user's guide*. Sixth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 2010.
- Jöreskog KG, Moustaki I. Factor analysis of ordinal variables: A comparison of three approaches. *Multivariate Behav Res*. 2001;36:347-87.
- Hubert M, Van Driessen K. Fast and robust discriminant analysis. *Comput Stat Data Anal*. 2004;45(2):301-20.
- Yu CY, Muthén B. Evaluation of model fit indices for latent variable models with categorical and continuous outcomes. Los Angeles: University of California at Los Angeles, Graduate School of Education & Information Studies; 2002.
- Perreault M, Pawliuk N, Veilleux R, Rousseau M. Qualitative assessment of mental Health service satisfaction: strengths and limitations of a self-administrated procedure. *Community Ment Health J*. 2006;42(3):233-42.
- Davy B, Keizer I, Croquette P, Bertschy G, Ferrero F, Gex-Fabry M, et al. Patient satisfaction with psychiatric outpatient care in Geneva: a survey in different treatment settings. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 2009; 160(6):240-5.
- Siponen U, Valimäki M. Patient's satisfaction with outpatient psychiatric care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:129-35.
- Frey BS, Stutzer A. Happiness prospers in democracy. *J Happiness Stud*. 2000;1:79-102.
- Frey BS, Stutzer A. What can economists learn from happiness research? *J Econ Lit*. 2002;40(2):402-35.