

La qualité des soins dans les consultations ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud

Résultats d'une enquête de satisfaction

Carole Kapp^a, Thomas Perlini^a, Philippe Stephan^a, Alejandro Rojas Urrego^b, Meret Vallon^c, Manuel Macias^d, Noémie Hainard^e, Olivier Halfon^a

^a Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, DP-CHUV, Lausanne, Switzerland

^b Service de Psychiatrie et de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent, Fondation de Nant, Vevey, Switzerland

^c Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, DP-CHUV, Secteur Psychiatrique Nord, Yverdon, Switzerland

^d Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, DP-CHUV, Secteur Psychiatrique Ouest, Morges, Switzerland

^e Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, Canton de Vaud, Lausanne, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article were reported.

Summary

Quality of care in paedopsychiatric outpatient departments in the Canton of Vaud. Results of a patient satisfaction enquiry

It is common knowledge that patients' satisfaction influences their compliance with the proposed treatment and their future use of health services, and that the therapeutic alliance represents a recognised factor in the success of psychotherapeutic management. In May and June 2011 we conducted an enquiry in all the paedopsychiatric outpatient units of the Canton of Vaud in Switzerland, from which we gathered 1261 questionnaires from consulting children and their parents. The questions covered inter alia overall satisfaction concerning the quality of the care on offer, perception of the therapeutic alliance and the helpfulness of the various types of treatment. The instruments used are recognised and validated internationally (HAQII and CSQ8). The results reveal a high degree of satisfaction and a good perception of the therapeutic alliance's quality: an average of 4.9 for children and 5.9 for parents concerning the therapeutic alliance, on a scale from 1 (totally disagree) to 6 (totally agree), and concerning patient satisfaction an average of 3.2 for children and 3.4 for parents on a scale of 1 to 4. Regarding perception of the benefit derived from different forms of treatment, individual and family interviews were overwhelmingly approved (3.2 out of 4), while compliance with drug treatment was less recognised as helpful to children (2.3 out of 4).

Key words: quality of care; satisfaction; therapeutic alliance; child and adolescent outpatient psychiatry

Introduction

Malgré son caractère subjectif et multidimensionnel, la satisfaction des patients est une mesure reconnue sur le plan international pour l'évaluation de la perception de la qualité des soins [1]. Elle fait partie des indicateurs utilisés par l'Organisation mondiale de la Santé pour l'évaluation des systèmes de santé dans le monde [2]. On sait que la satisfaction des patients influence leur utilisation future des services de santé. Il est également connu qu'elle peut avoir une influence sur le résultat et leur adhésion au traitement proposé [3]. En Suisse, la mesure de la satisfaction des patients est «obligatoire» pour les services hospitaliers depuis 2001 [4].

Malgré cela, il n'existe que peu d'études sur la perception de la qualité des traitements ambulatoires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [5], notamment en Suisse et dans le canton de Vaud.

Les objectifs du présent projet sont multiples. Il s'agit de collecter et d'analyser les données permettant une description démographique de la population consultante (âge, sexe) et du contexte du début du traitement selon les représentations des patients et des parents (motifs de consultation, modes de référence, état d'esprit au début de la prise en charge). Il s'agit également d'évaluer les représentations des patients et des parents concernant la satisfaction globale, l'alliance thérapeutique et la reconnaissance de l'utilité des différents traitements proposés. Ces données ont pour but de permettre à la population consultante de s'exprimer sur les traitements dont ils bénéficient, d'apporter aux thérapeutes un retour sur la perception de la qualité des soins qu'ils proposent, et d'objectiver, dans une perspective de santé publique, la qualité du travail effectué dans les consultations ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud.

Méthodologie

Les patients âgés de 10 ans au minimum ainsi que les parents de tous les patients consultants ont participé à l'enquête entre le 15 mai et le 30 juin 2011 dans toutes les consultations ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud. Les 14 consultations du canton de Vaud sont réparties en 4 secteurs (Centre, Nord, Ouest et Est). Les soins ambulatoires sont proposés aux enfants et adolescents de 0 à 18 ans, quelques patients poursuivant leur prise en charge après avoir atteint l'âge adulte. Les thérapeutes sont essentiellement des médecins en cours de formation en pédopsychia-

Correspondance:

Carole Kapp et Thomas Perlini
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant
et de l'Adolescent – DP-CHUV
CH-1011 Lausanne
Switzerland
thomas.perlini[at]chuv.ch

trie, des médecins spécialisés en pédopsychiatrie et des psychologues en formation ou spécialisés FSP (Fédération Suisse des Psychologues). Certaines consultations proposent également un suivi par des assistants sociaux ou des logopédistes.

L'instrument d'évaluation utilisé a été développé en s'inspirant d'un premier questionnaire utilisé dans une enquête de satisfaction à Lausanne [6, 7]. Notre démarche a consisté à affiner l'outil initial en tenant compte des résultats, avec l'objectif d'utiliser des échelles standardisées et validées sur le plan international. Pour ce faire, nous avons eu recours à une traduction française de la version initiale du HAQ [8] pour mesurer la dimension de l'alliance thérapeutique, ainsi que la traduction française du CSQ-8 [9], outil de référence pour évaluer la satisfaction d'une clientèle psychiatrique à l'égard des soins. L'alliance thérapeutique est investiguée à travers 8 questions, proposant 6 possibilités de réponses allant de 1 (pas du tout d'accord) à 6 (tout à fait d'accord). La satisfaction est évaluée par 8 questions sur une échelle allant de 1 (pas du tout satisfait) à 4 (tout à fait satisfait). Le questionnaire est complété par des questions portant sur:

- Les données sociodémographiques (âge et sexe de l'enfant, genre du parent, catégorie socio-économique, origine, langue principale) et la prise en charge (date du début, fréquence, satisfaction quant à la fréquence, nombre de consultations durant l'année, changements de thérapeute, profession du thérapeute).
 - La personne qui a adressé à la consultation, les motifs de consultations, avec respectivement 12 et 11 propositions. Des réponses multiples sont possibles.
 - L'accord/désaccord quant à la démarche de consulter, avec une échelle de Likert à quatre niveaux.
- Par ailleurs, différents types de traitements (entretien individuel, entretien de famille, médicament, suivi social)

ont été proposés, les répondants étant invités à se prononcer sur une échelle de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) concernant l'aide apportée par chaque traitement à l'enfant.

La récolte des données s'est faite du 15 mai au 30 juin 2011. Chaque consultation du canton de Vaud a reçu plusieurs questionnaires parents/enfants, ainsi qu'une urne permettant de les récolter. Un mode d'emploi a été distribué aux thérapeutes et aux secrétariats afin d'uniformiser autant que possible la récolte des données. La participation à l'enquête s'est faite d'une manière volontaire et sur la base du plus strict anonymat. Les participants (enfants et parents) ont mis en général entre 10 et 20 minutes pour remplir le questionnaire dans la salle d'attente avant, et quelques fois après la consultation. Le taux de réponse, estimé sur la base des consultations facturées durant la période de récolte des données, est d'environ 50%. Il est légèrement inférieur à celui observé dans d'autres études du même type [10-12], car les questionnaires ont été remplis anonymement et de manière volontaire. Toutefois, les résultats des consultations ayant enregistré un taux de réponse supérieur à 80% ne présentent pas de différence significative avec la moyenne, ce qui nous permet d'attribuer une confiance élevée à nos résultats.

Résultats

Les 1261 questionnaires récoltés concernent des enfants âgés en moyenne de 11,3 ans (0,2-25). Les enfants ayant répondu eux-mêmes ont une moyenne d'âge de 13,8 ans, ceux dont les parents ont répondu (parents tous) une moyenne de 9,2 ans, alors que ceux dont les parents ont répondu et âgés d'au moins 10 (parents 10+) présentent une moyenne de 12,8 ans (tab. 1).

En considérant tout l'échantillon, 46% des consultants sont des garçons et 54% des filles, mais l'étude détaillée des sexes en fonction des différents groupes montre une majorité de garçons dans le groupe des jeunes pour lesquels les parents ont répondu (parents 10+ et parents tous) mais une majorité de filles dans le groupe des enfants (tab. 2).

Il y a davantage de mères (n = 535; 81%) que de pères (n = 120, 18%) qui ont participé à l'étude. Il est intéressant de noter que pour le groupe parents 10+, les pères sont mieux représentés (mères n = 235: 77%; pères n = 66: 22%).

La plupart des participants bénéficie d'un suivi en cours depuis 2011 (36%) ou depuis 2010 (33%). 10% consultent depuis 2009, 7% depuis 2008 et 14% depuis 2007 ou avant. Durant les 12 mois précédant l'enquête, 31% ont participé à 3-6 entretiens, 25% à 7-12 entretiens, 20% à 13-25 entretiens et 14% à 26-50 entretiens. 8% ont participé à un ou deux entretiens et seulement 2% ont participé à plus que 50 entretiens. 37% disent consulter à une fréquence d'une fois par semaine, 29% deux fois par mois et 19% une fois par mois. 6% consultent tous les 2 à 3 mois et 5% de manière irrégulière. Seulement 4% indiquent consulter à une fréquence de deux fois par semaine (tab. 3).

Les participants ont également été questionnés sur qui leur «a conseillé de venir consulter la première fois». Plusieurs réponses ont pu être données et en moyenne les enfants ont indiqué 1,4 (écart type: 0,7) et les parents 1,3

Tableau 1 Âges des enfants consultants.

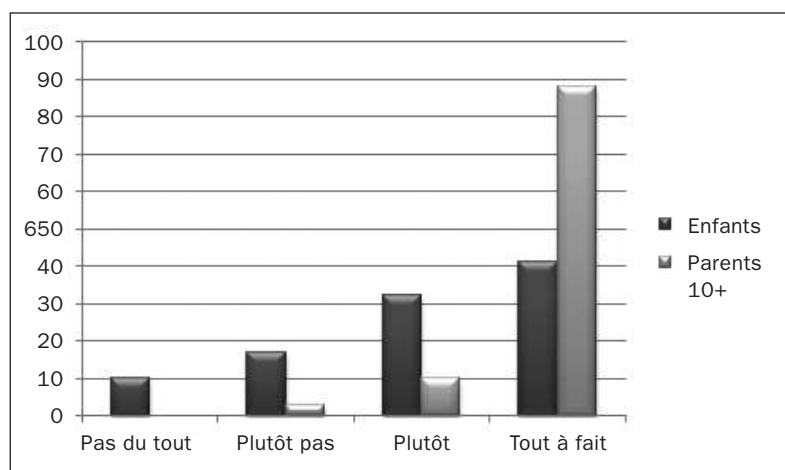
	Enfants (n = 568)	Parents 10+ (n = 304)	Parents tous (n = 665)
Minimum (âge)	10	10	0,2
Maximum (âge)	25	19	19
Moyenne (âge)	13,8	12,8	9,2

Tableau 2 Sexe.

	Echantillon (VD) (n = 1242)	Enfants (n = 565)	Parents 10+ (n = 303)	Parents tous (n = 669)
Filles	46%	53%	44%	39%
Garçons	54%	47%	56%	61%

Tableau 3 Fréquence de consultation.

Echantillon (VD) (n = 1183)	
2x/semaine	51 (4%)
1x/semaine	434 (37%)
2x/mois	337 (29%)
1x/mois	229 (19%)
Tous les 2-3 mois	69 (6%)
Irrégulier	63 (5%)

Figure 1 D'accord de consulter, différences parents/enfants.

(écart type: 0,6) envoyeurs. Ils indiquent le plus souvent avoir consulté sur conseil d'un parent (53%) ou d'un médecin/pédiatre, avec quelques différences significatives entre le point de vue des enfants et des parents, notamment concernant les réponses «enfant lui-même» et «SPJ/service social» (tab. 4).

En ce qui concerne le(s) motif(s) de consultation au début de la prise en charge, 11 motifs ont été proposés et plusieurs réponses ont pu être données. En moyenne, les enfants et les parents ont indiqué $2,4 \pm 1,5$ motifs de consultation: 34% donnent un seul motif, 26% deux motifs et 18% trois motifs. 10% ont donné 4 motifs et 9% 5 motifs et plus. Les motifs de consultation les plus fréquemment cités sont les problèmes à l'école, les problèmes de comportement et

les problèmes dans la famille, les parents 10+ citant plus fréquemment les problèmes de comportement (39%), l'anxiété/stress (33%) et les difficultés de l'enfant dans les relations aux autres, tandis que les enfants indiquent plus fréquemment des problèmes dans la famille (42%) et de dépression (17%) comme motifs de consultation (tab. 5).

Concernant leur état d'esprit lors de la première consultation, 41% des enfants et 88% des parents 10+ indiquent avoir été d'accord de consulter au début de la prise en charge. 17% des enfants disent n'avoir plutôt été pas d'accord de consulter, alors que 10% indiquent n'avoir pas du tout été d'accord de consulter (tab. 6, fig. 1).

L'alliance thérapeutique est déterminée avec les réponses aux 8 questions standardisées et validées qui représentent une très bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach $\alpha = 0,891$ variant de 0,843 à 0,936 dans les sous-échantillons (enfants/parents; consultations). Cette homogénéité élevée nous permet de calculer le score à travers les moyennes des questions auxquelles les patients et les parents ont répondu concernant l'alliance thérapeutique.

Ainsi nous trouvons pour tout l'échantillon, avec un minimum de 1 et un maximum de 6, un score de $5,01 \pm 0,862$. Ce score est de $5,083 \pm 0,717$ pour la cohorte de tous les parents et de $5,0406 \pm 0,759$ pour les parents 10+. Les enfants présentent une moyenne légèrement diminuée à $4,908 \pm 1,005$. Ces différences ne sont pas significatives selon le test de Mann-U-Whitney (tab. 7).

La satisfaction globale est évaluée à l'aide des 8 items constituant l'échelle la plus utilisée dans ce domaine, la CSQ-8. Les possibilités de réponse sont au nombre de 4 (1 = pas du tout satisfait à 4 = tout à fait satisfait). Les enfants présentent un score moins élevé ($3,2 \pm 0,7$) que tous les

Tableau 4 Consulté sur conseil/demande de (en %).

	Enfants (n = 568)	Parents 10+ (n = 304)	χ^2	p
Enfant lui-même*	16%	7%	12,245	0,000
Parent	53%	55%		n.s.
Pédiatre/médecin	24%	28%		n.s.
Une connaissance	3%	3%		n.s.
SPJ/service social*	12%	8%	4,113	0,043
Infirmière scolaire	7%	5%		n.s.
Enseignant	13%	15%		n.s.
Juge	2%	2%		n.s.

* Significatifs selon méthode du χ^2 .

Tableau 5 Motifs de consultation, différences enfants/parents.

	Enfants (n = 568)	Parents 10+ (n = 304)	χ^2	p
Problèmes à l'école	42%	48%		n.s.
Problèmes de comportement*	26%	39%	15,803	0,000
Problèmes dans la famille*	42%	34%	5,342	0,021
Anxiété, stress*	25%	33%	6,960	0,008
Événement de vie très difficile	31%	26%		n.s.
Difficultés dans relations aux autres*	17%	30%	20,256	0,000
Conduites suicidaires	9%	10%		n.s.
Problèmes de sommeil	15%	15%		n.s.
Dépression*	17%	11%	7,056	0,008

* Significatifs selon méthode du χ^2 .

Tableau 6 D'accord de consulter, différences parents/enfants.

	Enfants (n = 540)	Parents 10+ (n = 292)	χ^2	p
Non pas du tout*	10%	0	173,133	0,000
Non plutôt pas*	17%	3%	52,123	0,000
Oui plutôt*	32%	10%	38,746	0,000
Oui tout à fait*	41%	88%	30,609	0,000

* Significatifs selon méthode du χ^2 .

Tableau 7 Alliance thérapeutique (score minimum 1, maximum 6).

	Enfants (n = 548)	Parents 10+ (n = 298)	Parents tous (n = 667)
Moyenne	4,9	5,0	5,1
Ecart-type	1,0	0,8	0,7

Tableau 8 Satisfaction globale (1 = pas du tout satisfait, 4 = tout à fait satisfait).

	Enfants (n = 518)	Parents 10+ (n = 286)	Parents tous (n = 653)
Moyenne	3,2	3,4	3,4
Ecart-type	0,7	0,6	0,5

parents ($3,4 \pm 0,6$) et les parents 10+ ($3,4 \pm 0,5$). Ces différences ne sont à nouveau pas significatives selon le test de Mann-U-Whitney (tab. 8).

Les moyennes de la perception de l'aide apportée par les différents types de traitements (1 = pas du tout aidé, à 4 = beaucoup aidé) constituant la prise en charge dessinent une tendance assez nette en direction des entretiens individuels et des entretiens de famille, quelle que soit la population étudiée. Le traitement médicamenteux obtient lui la moyenne la plus basse (tab. 9).

Discussion

La richesse des données provenant de cette enquête permet plusieurs observations. Les données sociodémographiques confirment le lien entre l'âge et le sexe des consultants. En effet, les filles sont majoritaires (55%) dans le groupe «enfants» présentant une moyenne d'âge de 13,8 ans, alors qu'elles sont minoritaires dans le groupe «parents tous» présentant une moyenne d'âge de 9,2 ans. Cette différence se retrouve dans d'autres études [13] montrant que la popula-

tion qui consulte en pédopsychiatrie est constituée davantage de garçons pour les plus jeunes et de filles pour les plus âgés. Une première hypothèse explicative permet de penser que «les conduites dirigées vers l'extérieur» [14] des garçons occasionnent plus de consultations pendant l'enfance, mais amènent à des prise en charge plus éducatives et pénales à l'adolescence, alors que «les manifestations émotionnelles et les conduites centrées sur soi» [14], plus caractéristiques des filles, font peu de bruit pendant l'enfance mais rendent la démarche de consultation pédopsychiatrique plus aisée à l'adolescence. Une deuxième hypothèse postulerait que, d'une part, une pression plus importante est exercée par l'environnement familial sur les garçons dans la période scolaire, comme le décrit par exemple l'étude de l'INSEE publiée en 2006 [15], la sphère d'investissement prioritaire des garçons restant le domaine scolaire et professionnel. Mais d'autre part, comme le décrivent les recherches HSBC et SMASH menées à Lausanne en 2004 [16], les filles, déjà à partir de 11 ans, expriment plus leur souffrance psychique et consultent plus que les garçons. Peut-être que le passage à la puberté et la possibilité de devenir mère rend ces dernières plus attentives à leurs fragilités, tout comme les parents, plus préoccupés, à cette étape du développement, du devenir familial de leur fille.

Les questions portant sur le mode référentiel montrent une différence significative entre les perceptions des parents et des enfants. En effet, ces derniers se considèrent plus comme étant à l'origine de la démarche thérapeutique et accordent une plus grande importance à l'intervention du service de protection de la jeunesse. Alors que ce dernier point peut se comprendre comme une réaction des parents à l'encontre d'un acteur venant questionner leur parentalité, le chiffre de 16% des enfants s'attribuant la démarche de consultation nous semble prometteur et devrait encourager les thérapeutes et médecins de premier recours à impliquer le plus possible l'enfant dans le processus de demande afin

Tableau 9 Perception de l'aide apportée par traitement (1 = pas du tout aidé, 4 = beaucoup aidé).

	Enfants	Parents 10+	Parents tous	Echantillon (VD)
Entretien individuel	3,3 (n = 481)	3,2 (n = 263)	3,3 (n = 574)	3,3 (n = 1069)
	0,9	0,7	0,7	0,8
Médicament	2,3 (n = 201)	2,8 (n = 88)	2,7 (n = 150)	2,5 (n = 354)
	1,2	1,1	1,2	1,2
Tests psychologiques	2,6 (n = 157)	2,8 (n = 77)	2,8 (n = 165)	2,7 (n = 326)
	1,1	0,9	0,8	1
Groupe/thérapie groupe	2,6 (n = 119)	2,7 (n = 45)	2,7 (n = 78)	2,6 (n = 200)
	1,2	1,2	1,1	1,2
Entretiens de famille	2,9 (n = 370)	3,2 (n = 208)	3,1 (n = 444)	3 (n = 825)
	1	0,6	0,7	0,8

de favoriser la construction d'une bonne alliance thérapeutique, facteur prédicteur reconnu des résultats des psychothérapies [17, 18]. En outre, les parents sont présentés, tant par eux-mêmes que par les enfants, comme étant dans la majorité des cas à l'origine de la consultation. Ce constat concorde avec la question sur l'accord quant à la consultation, 97% des parents se déclarant plutôt d'accord à tout à fait d'accord de consulter, alors qu'ils ne sont que 73% chez les enfants.

Les questions relatives aux motifs de consultation mettent quant à elles en évidence des différences importantes de perception entre les enfants et leurs parents, les parents citant plus fréquemment les problèmes à l'école et les problèmes de comportement de l'enfant alors que les enfants mettent l'accent sur les problèmes dans la famille. Il serait possible de lire ces résultats comme une tendance pour chacun des acteurs familiaux à externaliser les difficultés, à les projeter sur un autre membre de la famille dans une perspective psychanalytique ou à identifier l'autre comme «patient désigné» en termes systémiques. Toutes ces données concordent toutefois à souligner l'importance de porter une attention toute particulière à la demande propre à l'enfant, plus difficile à mettre à jour et parfois absente explicitement.

Enfin, les parents et les enfants perçoivent les entretiens individuels et de famille comme leur apportant l'aide la plus conséquente. A contrario, le traitement médicamenteux est perçu comme moins aidant. Partant du principe que «la prescription fait d'autant plus mouche que le médecin y est impliqué» [19], ces résultats pourraient refléter une perte de confiance du médecin dans un savoir thérapeutique hyperspécialisé qui lui échappe. De plus, le médicament peut être envisagé comme «support de projection d'un interne inacceptable, objet sur lequel vont se focaliser et se projeter les affects et les conflits» [19], fragilisant donc sa place au sein des traitements proposés aux enfants et à leurs parents. Pourtant, les traitements combinés, associant médicaments et psychothérapies, montrent une efficacité supérieure aux monothérapies dans plusieurs situations cliniques [20]. Il paraît donc nécessaire, à travers des futures analyses, de mieux comprendre les facteurs prédicteurs de la perception de l'aide apportée par les différents types de traitements afin d'optimiser les pronostics de réussite thérapeutique.

Conclusion

Cette enquête met en évidence une excellente perception de la qualité des soins dans l'ensemble des consultations ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud en Suisse, tant du point de vue des enfants consultants que des parents. Cette qualité est évaluée à travers deux facteurs principaux: la satisfaction globale quant à la prise en charge et l'alliance thérapeutique. Les entretiens ambulatoires individuels et familiaux, outils centraux du travail pédopsychiatrique, sont vécus par les enfants et leurs familles comme étant les éléments de la prise en charge les plus utiles.

Le niveau élevé de satisfaction, ainsi que l'excellente perception de l'alliance thérapeutique, tant chez les enfants que chez les parents, ouvrent la voie à de nouvelles analyses.

En effet, en tenant compte de l'influence du niveau de satisfaction sur le résultat et l'adhésion du patient au traitement proposé [3], ainsi que de la place de l'alliance thérapeutique dans les résultats d'un traitement en psychiatrie [17] et en pédopsychiatrie [21], il semble primordial de mieux comprendre quels facteurs peuvent influencer ces indicateurs afin d'accompagner les professionnels dans le maintien voire l'amélioration des perceptions de leurs patients.

Remerciements: Au service de la santé publique du canton de Vaud, sans qui ce projet qualité n'aurait pas pu se concrétiser, aux équipes des consultations ambulatoires pédopsychiatriques qui se sont largement impliquées dans ce projet d'enquête et aux enfants, adolescents et parents qui ont accepté de répondre aux questionnaires.

Références

- Athay M, Bickman L. Development and psychometric evaluation of the youth and caregiver service satisfaction scale. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2012;71-7.
- santé Omdl. Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2000.
- Westbrook J. Patient satisfaction: methodological issues and research findings. *Australian Health Review*. 1993;75-88.
- Cathieni F, Di Florio V, Picard-Kossovsky 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.
- 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;65-72.
- Marclay L, Meyrat E, Bolognini M, Buecher C, Halfon O, Laget J. Enquête préliminaire et évaluation de la satisfaction globale des soins dans une structure ambulatoire psychiatrique pour enfants et adolescents. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*. 2010;16:1.
- Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Daley D. The revised helping alliance questionnaire (HAQII). *J Psychother Res*. 1996;260-71.
- Kermarrec S, Kabuth B, Bursztern C, Guillemin F. French adaptation and validation of the helping alliance questionnaires for child, parents, and therapist. *Can J Psychiatry*. 2006;913-22.
- Sabourin S, Pérusse D, Gendreau P. Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du questionnaire de satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. 1989;149-59.
- Perreault MP, Nicole; Veilleux, Renée; Rousseau, Michel. Qualitative assessment of mental Health service satisfaction: strengths and limitations of a self-administrated procedure. *Community Mental Health Journal*. 2006 June;42(3):233-42.
- Davy BK, Ineke; Croquette, Patrice; Bertschy, Gilles; Ferrero, François; Gex-Fabry, Marianne; Bondolfi, Guido. Patient satisfaction with psychiatric outpatient care in Geneva: a survey in different treatment settings. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*. 2009;160(6):240-5.
- Siponen UV, M. Patient's satisfaction with outpatient psychiatric care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:129-35.
- Jacquin P. La différence des sexes dans la demande de soins à l'adolescence. *Gynécologie Obstétr & Fertil*. 2002;30:596-602.
- Marcelli D. Garçons/filles. La différence des sexes, une question de physiologie ou de culture? *Adolescence*. 2007;60(2):321-39.
- Gouyon M, Guérin S. L'implication des parents dans la scolarité des filles et des garçons: des intentions à la pratique. *Economie et Statistique*. 2006;389-99:59-84.
- IUMSP, PEDES, UPVS, ISPA. La santé des adolescents, à l'image de la société. Lausanne; 2004.
- 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.
- Duverger P, Malka J, Ninus A. «Prescription et observance» Réflexions d'une équipe de pédopsychiatrie. *Enfances & Psy*. 2004;25(1):31-41.
- Jindal RD, Thase ME. Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve outcomes among patients with mood disorders. *Psychiatric Services*. 2003;54(11):1484-90.
- Green J. The therapeutic alliance, a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:425-35.