
Concept d'évaluation ANQ

Mesures nationales en Psychiatrie stationnaire pour adultes

Indicateurs „Importance des symptômes“ et „Mesures limitatives de liberté“

Valable dès le 01 janvier 2018

01 janvier 2018 / version 7.2



Sommaire

Impressum	4
1. Situation initiale	5
1..... Méthodes du relevé des données	6
2.1. Relevé des données	6
2.2. Instruments de mesure	6
2.3. Indicateurs	6
2.4. Moments des relevés	7
2.5. Définition des cas	7
2.6. Taille de l' échantillon	7
2.7. Stratification	8
2..... Transfert et préparation des données	9
3.1. Protection des données	9
3.2. Livraison des données	9
3.3. Qualité des données	10
3.3.1. Taux de retour / valeurs attendues	10
3.3.2. Contrôle des données	10
4..... Rapports	11
4.1. Rapport comparatif national	12
4.1.1. Démarche	12
4.1.2. Aperçu du contenu – Rapport comparatif national	12
4.2. Résumé "Rapport comparatif national"	14
4.3. Rapport national sur la qualité des données	14
4.3.1. Méthodologie	14
4.3.2. Sommaire – Rapport national sur la qualité des données	14
4.4. Rapport individuel par clinique	14
4.4.1. Méthodologie	14
4.4.2. Aperçu du contenu – Rapport individuel par clinique	15
4.5. Publication des résultats	16
5..... Evaluation	16
5.1. Terminologie	16
5.2. Paramètres de qualité pour les cliniques et ajustement des risques	17



5.3. Présentation des résultats des mesures et types de graphiques utilisés	18
5.3.1.Comparaison graphique des cliniques.....	18
5.3.2.Tableau d'aperçu global.....	19
5.3.3.Comparaison annuelle des résultats de mesure.....	22
5.4. Présentation comparaison annuelle de la qualité des données	22
5.5. Analyse de la psychiatrie forensique	23
6..... Littérature et documentation _____	24



Impressum

Titre	Concept d'évaluation ANQ Mesures nationales en Psychiatrie stationnaire pour adultes Indicateurs „importance des symptômes“ et „mesures limitatives de liberté“
Année	2018
Auteurs	Dr. Bernhard Bühlren, responsable de projet, Cliniques universitaires psychiatriques de Bâle, UPK Simone McKernan, MSc, UPK Bâle Dr. Evita Harfst, UPK Bâle en collaboration avec le Groupe Qualité Psychiatrie de l'ANQ, le groupe d'experts Discussion des méthodes et Prof. Dr. Lutz Dümbgen et son équipe, Université de Berne, Département de mathématiques et de statistique
Mandante représentée par	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Dr. Johanna Friedli, responsable Psychiatrie, ANQ
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Thunstr. 17, Case postale 370 3000 Berne 6 www.anq.ch



1. Situation initiale

La Suisse compte env. 66 cliniques de psychiatrie pour adultes qui accueillent chaque année quelque 69'000 cas en milieu stationnaire. Afin de satisfaire aux prescriptions légales de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'ANQ réalise des mesures nationales de la qualité des résultats en psychiatrie stationnaire sur mandat des partenaires tarifaires que sont H+, santésuisse, les assurances sociales fédérales et les cantons. Les données relevées sont comparées à l'échelle suisse. Les comparaisons nationales de la qualité ont pour objectif de documenter, de développer et d'améliorer la qualité dans les hôpitaux et cliniques. Depuis le 1er juillet 2017 (évaluations à partir de l'année de mesure 2017), les données sont analysées par w hoch 2, une spin-off de l'Université de Berne. W hoch 2 remplace ainsi l'UPK Bâle, qui a considérablement participé à la mise en œuvre des mesures psychiatriques, en tant qu'institut d'analyse national pour les mesures de l'ANQ réalisées en psychiatrie.

Le contrat national de la qualité, le règlement des données de l'ANQ, ainsi que les exigences générales envers les concepts d'évaluation constituent à ce titre les bases des concepts d'évaluation de l'ANQ.

L'élaboration des concepts d'évaluation de l'ANQ repose sur des processus définis et se base sur les versions précédentes, ainsi que les nouvelles conclusions tirées à partir des résultats des évaluations.

Le concept d'évaluation 7.1 a tenu compte des nouveautés apportées à la méthode d'évaluation statistique. Ces dernières ont été élaborées par un groupe d'experts de l'ANQ sur mandat du Groupe Qualité Psychiatrie. Les modifications ont été approuvées par le Comité de l'ANQ, ainsi que par les partenaires de l'ANQ (fournisseurs de prestations et agents payeurs) dans le cadre d'une consultation finale.

Quant à la nouvelle méthode d'évaluation statistique, il s'agit d'une analyse régressionnelle élargie par rapport au modèle actuel. Le nouveau modèle linéaire multiple tient compte des paramètres de qualité des différentes cliniques. Dorénavant, l'influence des covariables avec interactions est intégrée (modélisation des dépendances de covariables qui s'influencent mutuellement). Dans l'échelle, les valeurs de résultat sont représentées de manière compréhensible en fonction des instruments de mesure concernés. Une spécification détaillée du modèle statistique est décrite dans le rapport "Comparaisons de la qualité d'institutions psychiatriques" (en langue allemande) et dans le rapport technique détaillé (en langue anglaise), tous deux élaborés par Prof. Lutz Dümbgen, Université de Berne, Département de mathématiques et de statistique¹.

La version 7.2 du présent concept d'évaluation comprend des adaptations apportées à la définition de cas au chapitre 2.5, faisant suite à la décision des commissions de l'ANQ d'intégrer à l'évaluation le regroupement de cas selon TARPSY.

¹ Les documents peuvent être obtenus auprès de l'ANQ.



1. Méthodes du relevé des données

2.1. Relevé des données

Le relevé des données est du ressort de chaque clinique, qui jouit par ailleurs de la souveraineté sur ses données. Le format exact des données, respectivement les directives logistiques pour le relevé des données, sont définis dans le manuel et la définition des données de l'ANQ.² Toutes les cliniques de psychiatrie stationnaire ayant signé le contrat qualité de l'ANQ participent à cette mesure nationale de la qualité.

2.2. Instruments de mesure

Cinq sets de données sont relevés au sein des cliniques:

Statistique médicale OFS³:

1. Set de données minimal OFS
2. Données supplémentaires Psychiatrie OFS

Importance des symptômes - évaluation par des tiers (personnel soignant):

3. Formulaire de documentation des cas Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) Adults (glossaire HoNOS Adults et HoNOS-65+)⁴

Importance des symptômes - autoévaluation (patients):

4. Questionnaire patients Brief Symptom Checklist BSCL (auparavant BSI, forme brève du SCL-90-R)

Mesures limitatives de liberté:

5. Formulaire de documentation des cas EFM

Vous trouverez de plus amples informations sur le site internet de l'ANQ (descriptions des instruments, définition des données).

2.3. Indicateurs

Les données relevées à l'aide des instruments de mesure permettent de déterminer les résultats des mesures pour les indicateurs définis en psychiatrie:

- Importance des symptômes du point de vue du personnel soignant (évaluation par des tiers)
- Importance des symptômes du point de vue du patient (autoévaluation)

² www.anq.ch/psychiatrie/psychiatrie-pour-des-adultes/.

³ Les cliniques fournissent par ailleurs à la fois à l'OFS et à l'institut d'analyse le set de données minimal de OFS et les données psychiatriques supplémentaires OFS. Les données de la Statistique médicale de l'OFS sont utilisées pour l'ajustement des risques lors de l'analyse de l'autoévaluation et de l'évaluation par des tiers de l'importance des symptômes.

⁴ Le "Health of the Nation Outcome Scales" HoNOS est un instrument d'évaluation par des tiers largement reconnu, permettant une analyse différenciée du degré de gravité d'une maladie psychique. L'instrument est utilisé dans de nombreux pays tels que p.ex. l'Italie, le Danemark, les Pays-Bas et l'Australie dans le cadre de la routine des soins dispensés aux patients souffrant de troubles psychiques.

- Application de mesures limitatives de liberté⁵

Les valeurs de l'importance des symptômes représentent des indicateurs spécifiques de la qualité de traitement mais n'englobent toutefois pas la qualité de traitement globale. Il n'est donc pas question de qualité de traitement mais de résultats de mesure „Différence ou réduction de l'importance des symptômes autoévaluée ou évaluée par des tiers”.

2.4. Moments des relevés

L'importance des symptômes est relevée à l'admission et à la sortie (intervalle minimum de 7 jours)⁶, les mesures limitatives de liberté lors de chaque application. Les données de la Statistique médicale sont compilées au terme de chaque période de relevé et transmises à l'institut d'analyse.

2.5. Définition des cas

La définition de cas correspond à celle de la Statistique médicale de l'OFS⁷. En outre, les directives du regroupement de cas selon TARPSY s'appliquent. En principe, il prévaut qu'une unité de relevé correspond à un cas de traitement. A certaines conditions, plusieurs séjours sont toutefois regroupés pour former un seul cas, conformément aux réglementations du regroupement de cas selon TARPSY⁸.

La mesure nationale de la qualité en psychiatrie stationnaire pour adultes exclut en principe les cas relevant de la psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Une mesure nationale ANQ spécifique à la psychiatrie d'enfants et d'adolescents a débuté le 1^{er} juillet 2013. Elle dispose de ses propres bases conceptuelles.

Les adolescents traités dans des unités de psychiatrie pour adultes sont intégrés dans la mesure relative à la psychiatrie pour adultes et leurs données évaluées dans ce contexte. Les patients majeurs hospitalisés dans des institutions de psychiatrie d'enfants et d'adolescents (p.ex. à l'atteinte de la majorité lors du séjour hospitalier) sont toutefois inclus dans la mesure réalisée en psychiatrie d'enfants et d'adolescents. L'intégration dans les mesures ne dépend donc pas du critère de l'âge mais de l'institution participante.

2.6. Taille de l'échantillon

Les cliniques livrent les données de tous les cas traités en psychiatrie stationnaire pour adultes durant la période de relevé respective, même si le patient a été admis avant la période de relevé actuelle ou s'il

⁵ Les spécificités du contenu des mesures limitatives de liberté - en guise de mesure de la qualité - doivent être prises en compte lors de l'interprétation de ces résultats. Même si les mesures de ce type sont rares, l'application d'un faible nombre de mesures ne rime pas forcément avec meilleure qualité, étant donné que les cliniques disposent de concepts cliniques relatifs à l'adoption de mesures limitatives de liberté. Certaines cliniques préfèrent par exemple l'application de mesures limitatives de liberté plus fréquentes et plus courtes, tandis que d'autres privilégient des mesures plus longues et dans l'ensemble moins fréquentes. En matière de qualité de l'application de mesures limitatives de liberté, il est primordial que cette dernière soit réfléchie, justifiée et documentée, et satisfasse aux prescriptions de la protection de l'enfant et de l'adulte. Outre la proportion de mesures limitatives de liberté, la fréquence par cas, la répétition par cas, ainsi que la combinaison de plusieurs mesures simultanées constituent également des critères significatifs pour l'évaluation globale de la qualité.

⁶ Les réglementations relatives aux mesures à l'admission s'appliquent également aux séjours de courte durée planifiés (moins de 8 jours), la décision a été prise dans le sens d'un diagnostic minimal.

⁷ Voir Office fédéral de la statistique – Statistique médicale des hôpitaux (Conception détaillé 1997, version 2005)”, p. 18 ss.

⁸ Voir „Swiss DRG – Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY”, sections 3.2, 3.3.2 et 3.3.3

n'a pas encore quitté l'institution au terme de la période de relevé. Cette démarche répond aux directives de l'Office fédéral de la Statistique relatives à la livraison de tous les types de cas pour la Statistique médicale (définition du cas statistique „A“, „B“ ou „C“ selon le concept détaillé OFS), ceci afin de ne pas générer de travail supplémentaire pour les cliniques.

Pour l'évaluation des données, tous les cas admis dès le début des mesures (1.7.2012) et ayant quitté l'institution pendant la période de relevé sont pris en compte (pour ces cas, des données sont disponibles pour les mesures à l'admission et à la sortie, permettant ainsi de calculer les valeurs des résultats de traitement). Les cas présentant une qualité de données insuffisante sont exclus des comparaisons cliniques, quant aux cas présentant une brève durée de séjour, ils sont également exclus des comparaisons relatives à HoNOS et BSCL.

Toutes les cliniques participant aux mesures sont intégrées à la comparaison nationale. Une clinique présentant un nombre restreint de cas bien documentés (N<30) est clairement identifiée dans le rapport comparatif national en raison du haut degré d'incertitude des résultats calculés. Quant aux résultats relatifs aux mesures limitatives de liberté, seules les cliniques ayant appliqué au moins une mesure limitative de liberté durant la période de relevé sont prises en compte.

2.7. Stratification

L'évaluation est réalisée de manière stratifiée d'après trois types de cliniques:

- Centre de soins aigus et premier recours (remplissent l'ensemble des 9 critères)
- Psychiatrie spécialisée (<9 critères)
- Troubles liés aux addictions (>90% diagnostic principal F1 (addiction))

L'affectation aux types „Centre de soins aigus et premier recours“ et „Psychiatrie spécialisée“ est réalisée sur la base des 9 critères suivants:

1. Admission de patientes et patients, dont celles et ceux admis en urgence, par des professionnels qualifiés (degré tertiaire) 24 heures par jour, 7/7 jours et 365 jours par an
2. Admission de patientes et patients présentant un risque élevé de mise en danger de soi et/ ou d'autrui
3. Admission de patientes et patients suite à un placement à des fins d'assistance (PAFA)
4. Joignabilité des professionnels qualifiés (degré tertiaire) par téléphone en l'espace de 15 minutes, 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par an, pour des premières prestations de conseil et de tri
5. Présence sur place d'un médecin/psychologue de garde 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par an et d'un service de permanence médicale
6. Offres de traitement des maladies de l'ensemble du spectre des diagnostics psychiatriques CIM-10 F, soit les diagnostics F0 à F9
7. Etablissement disposant au moins de 2 unités de soins aigus, avec au min. 2 salles d'auscultation, ainsi que des lits pour les urgences et des lits d'observation⁹

⁹ Le critère 7 est également considéré comme rempli lorsque des patients présentant un risque élevé de mise en danger de soi et / ou d'autrui ne sont pas transférés ou refusés.



8. Etablissement disposant d'unités fermées facultatives¹⁰
9. Possibilité de suivis 1:1

Les 9 critères sont relevés par l'ANQ auprès des cliniques¹¹; les modifications doivent être communiquées à l'ANQ aux délais de livraison des données.

L'affectation au type de clinique „Cliniques spécialisées dans le traitement des maladies de dépendance“ est réalisée par l'institut d'analyse sur la base des actuelles données du diagnostic F1.

Les 3 types de cliniques sont évalués de manière séparée et font l'objet d'une comparaison entre les groupes.

La stratification de l'ANQ a uniquement été développée à des fins de meilleure comparabilité des différentes cliniques psychiatriques et de facilitation du processus de benchmark, Ces critères sont relevés par les cliniques selon le principe de l'autodéclaration.

2. Transfert et préparation des données

3.1. Protection des données

Le relevé satisfait aux exigences du règlement des données de l'ANQ. Afin de garantir un degré élevé d'anonymat des données des cas, aucune information sur la date de naissance ne sera transmise à l'institut d'analyse dans le set de données minimal, à l'exception de l'âge à l'admission. Le code de liaison anonyme sera remplacé par un numéro d'identification du cas et du patient.

Au sein de l'institut d'analyse, tous les collaborateurs ayant accès aux données cliniques sont contractuellement soumis au devoir de confidentialité et ont signé des déclarations de confidentialité à l'attention de l'ANQ. D'un point de vue technique, les données et résultats ne peuvent pas être consultés par des personnes non habilitées au sein de l'institut d'analyse.

3.2. Livraison des données

Les données peuvent être transmises par les cliniques à l'institut d'analyse sous divers formats (notamment ASCII, MS-Excel, CSV, SPSS). Pour des raisons de protection des données, les données seront envoyées sur CD ou clé USB par courrier recommandé ou par Email (p.ex. dans un fichier ZIP codé avec mot de passe communiqué par Email séparé ou téléphone).

Lorsque les données ou une partie des données sont saisies à l'aide d'un système d'un prestataire externe, la clinique doit régler les modalités de transfert des données directement avec le prestataire concerné.

¹⁰ Le critère 8 est également considéré comme rempli lorsque des patients présentant un risque élevé de mise en danger de soi et / ou d'autrui ne sont pas transférés ou refusés.

¹¹ En octobre 2015, une enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des cliniques psychiatriques, durant laquelle les critères ont été relevés.

3.3. Qualité des données

3.3.1. Taux de retour / valeurs attendues

Sur la base du concept de mise en œuvre et du manuel relatif aux mesures réalisées en psychiatrie (cf. site de l'ANQ), ainsi qu'aux taux de retour réellement atteints, l'ANQ a fixé des valeurs attendues au niveau de la qualité des données et les a redéfinies à partir de la livraison des données 2017 (données 2016)¹²:

- Valeur attendue HoNOS: 90%
- Valeur attendue BSCL: 60%
- Sets de données manquants ou erronés: 0%¹³
- Aucune valeur n'est attendue pour EFM, puisqu'il n'est actuellement pas possible de contrôler l'intégralité des données. Un relevé de chaque mesure limitative de liberté est toutefois attendu.¹⁴

3.3.2. Contrôle des données

Afin de garantir une qualité des données suffisante, plusieurs niveaux de contrôle des données sont requis. La première vérification (en particulier intégralité des cas) est directement assurée par la clinique participant à la mesure. Vous trouverez des explications détaillées sur les contrôles des données au sein des cliniques et de l'institut d'analyse dans le document „Contrôle et validation des données“.¹⁵

Pour les mesures relatives à HoNOS et BSCL, chaque cas devrait idéalement englober des données relevées ou des informations liées aux drop-outs (respectivement à l'admission et à la sortie). Le critère pour une bonne qualité des données est la proportion de cas bien documentés par rapport au nombre total de cas traités durant la période d'observation. Si cette proportion s'avère faible, alors les données cliniques obtenues seront vraisemblablement peu représentatives des patients traités dans la clinique.

L'institut d'analyse procède à des contrôles approfondis afin d'identifier en particulier les valeurs manquantes ou non plausibles. Les aspects suivants doivent à ce titre être vérifiés:

- Toutes les variables, telles que décrites dans la définition des données, sont-elles indiquées?
- Chaque ligne de données dans chaque paquet de données contient-elle le numéro d'identification du cas (FID)?
- HoNOS: y a-t-il des sets de données relevées à double pour un moment précis?

¹² Le Comité de l'ANQ soutient la demande des associations et institutions d'accroître les taux de retour visés lors de la mesure et de la fixation d'une valeur attendue pour les sets de données manquants et erronés en psychiatrie pour adultes (y.c. forensique), ainsi que d'enfants et d'adolescents à partir des données 2016 (livraison des données 07.03.2017). Une hausse du taux de retour fournit des échantillons plus pertinents, ce qui profite à l'ensemble des cliniques en raison de la comparabilité plus fiable. La grande majorité des cliniques présente dans l'intervalle une bonne qualité des données et remplit ces exigences.

¹³ Voir concept d'évaluation page 12: „Les valeurs manquantes dans les variables sexe, âge ou diagnostic principal utilisées pour l'ajustement du case-mix (voir ci-après) entraînent l'exclusion de l'ensemble du cas“ et „A partir d'un certain nombre d'items spécifiques manquants pour un instrument de mesure (plus de 3 items pour HoNOS et plus de 13 items pour BSCL13), le cas n'est pas analysé pour l'instrument de mesure concerné.“

¹⁴ Suite à la procédure de consultation 2014, l'ANQ a créé un groupe d'experts en 2015 qui étudie les possibilités de contrôle et d'audit. L'objectif est de garantir la mise en œuvre complète des directives.

¹⁵ <http://www.anq.ch/psychiatrie/>.

- BSCL: y a-t-il des sets de données relevées à double pour un moment précis?
- EFM: des isolements ou immobilisations simultanés ou qui se recoupent ont-ils été enregistrés?

Des données non plausibles ou tendances de réponses relatives au degré de gravité du cas et au résultat de la mesure peuvent être contrôlées à l'aide de la comparaison des case-mix au niveau de la gravité des cas à l'admission des différentes cliniques et des divergences au niveau des mesures HoNOS et BSCL.

Les cas manquants en intégralité ne peuvent pas être identifiés dans le cadre des mesures ANQ. La différence entre le nombre de cas annoncé à l'ANQ d'une part et à l'OFS d'autre part permettrait toutefois de les distinguer. Il existe donc une possibilité de contrôle indirecte.

Les valeurs manquantes dans les variables sexe, âge ou diagnostic principal utilisées pour l'ajustement du case-mix (voir ci-après) entraînent l'exclusion de l'ensemble du cas. Les valeurs manquantes pour les autres variables sont remplacées par la valeur „ne s'applique pas”. Les valeurs manquantes pour les variables relevées ou indicateurs de la qualité des résultats ne sont pas remplacées. A partir d'un certain nombre d'items spécifiques manquants pour un instrument de mesure (plus de 3 items pour HoNOS et plus de 13 items pour BSCL¹⁶), le cas n'est pas analysé pour l'instrument de mesure concerné.

Un aperçu de la qualité des données des différentes cliniques est présenté dans les retours aux cliniques et dans un rapport national sur la qualité des données destiné à l'ANQ.

4. Rapports

Les rapports suivants sont élaborés:

- a) National
 - Rapport comparatif national (avec évaluations séparées pour les 3 types de cliniques)
 - Résumé „Rapport comparatif national” (avec évaluations séparées pour les 3 types de cliniques)
 - Rapport national sur la qualité des données (évaluation au sein du groupe global)
- b) Spécifique par clinique
 - Rapport individuel par clinique (comparaisons des cliniques au sein des 3 types de cliniques)
 - Rapport sur la qualité des données de chaque clinique.

Les messages clés sont publiés sur internet dans le cadre d'une comparaison des cliniques, subdivisée en 3 types de cliniques.¹⁷

¹⁶ Brooks 2000, Franke 2000.

¹⁷ Voir le concept de publication relatif à la psychiatrie pour adultes de l'ANQ.

4.1. Rapport comparatif national

4.1.1. Démarche

Le rapport comparatif national comprend des évaluations comparatives des données des cliniques relatives aux indicateurs relevés. Un rapport comparatif national sur les mesures de l'année précédente est élaboré.

4.1.2. Aperçu du contenu – Rapport comparatif national

1. Résumé / Management summary (contient les objectifs et restrictions des mesures, les principaux résultats, ainsi que les possibilités d'interprétation relevant de la compétence de l'ANQ)
2. Introduction
3. Comparaison de la qualité des résultats des cliniques (sur la base des résultats clés)
 - Importance des symptômes
Graphique présentant les résultats ajustés des cliniques (valeur de comparaison¹⁸) de l'année actuelle (y compris indication de la significativité statistique)
Tableau récapitulatif de tous les écarts significatifs par rapport à la valeur de référence pour chaque type de clinique
 - Evaluation par des tiers: valeur de comparaison HoNOS
 - Autoévaluation: valeur de comparaison BSCL
 - Mesures limitatives de liberté
Graphique présentant les résultats des cliniques pour la proportion de cas concernés (càd. cas avec au moins une mesure limitative de liberté) sans ajustement des risques et indication de la significativité statistique.
Tableau récapitulatif de tous les écarts significatifs par rapport à la valeur de référence pour chaque type de clinique.
 - Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté
 - Isolement (intensité (fréquence*durée)/cas)
 - Immobilisation (intensité (fréquence*durée)/cas)
 - Médication forcée (orale et injection combinées, fréquence/cas)
 - Maintien ferme (intensité (fréquence*durée)/cas)
 - Mesures de sécurité (chaise et lit combinées, fréquence/cas)Rapport entre le nombre de mesures limitatives de liberté et le nombre de placements à des fins d'assistance au cours de l'année de mesure respective.
 - Comparaisons annuelles de la qualité des résultats¹⁹

¹⁸ Pour une clinique, la valeur de comparaison est la différence entre son paramètre de qualité et la valeur moyenne (pondérée par nombre de cas) du paramètre de qualité des autres cliniques (voir chapitre 5.1.).

¹⁹ En raison du changement de méthode d'évaluation, les résultats HoNOS et BSCL 2016 ne peuvent pas être comparés avec ceux des années précédentes.

Graphiques pour chaque type de clinique avec les résultats des cliniques ajustés (HoNOS et BSCL) et non ajustés (EFM) de l'année en cours et de l'année écoulée.

Tableau avec les valeurs moyennes globales non ajustées de toutes les cliniques (toutes les années) pour chaque type de clinique:

- Importance des symptômes:
 - Valeur HoNOS à l'admission et différentielle
 - Valeur BSCL à l'admission et différentielle
 - Mesures limitatives de liberté:
 - Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté
4. Qualité des données (évaluation au sein du groupe global, sans subdivision par type de clinique)
 - Proportion de cas évaluables pour calculs HoNOS
 - Proportion de cas évaluables pour calculs BSCL
 - Proportion de saisies correctement documentées pour les mesures limitatives de liberté
 - Comparaisons annuelles de la qualité des données
 - Proportion de cas évaluables HoNOS pour les années en cours et écoulée
 - Proportion de cas évaluables BSCL pour les années en cours et écoulée
 - Proportion de saisies correctement documentées pour les mesures limitatives de liberté pour les années en cours et écoulée
 5. Description des échantillons et case-mix (évaluation avec subdivision par type de clinique):
Description des variables utilisées pour l'ajustement des risques des indicateurs de l'importance des symptômes (p.ex. démographie des patients, répartition des diagnostics, durée de séjour, importance des symptômes à l'admission, PAFA). Par ailleurs, la proportion des traitements de courte durée est également mise en exergue par rapport au nombre global de traitements par clinique.²⁰
 6. Méthodes (brève description)
 - Démarche
 - Evaluation par type de clinique
 - Analyse des covariables
 - Ajustement des risques
 - Significativité des différences
 7. Annexes
 - Tableaux (valeurs illustrées sous forme de tableau pour toutes les évaluations présentées dans la partie principale)

²⁰ Les mesures s'appliquent à tous les patients, indépendamment du diagnostic, de l'âge et de la durée de séjour. Le concept national de mise en œuvre vise une mesure nationale applicable en intégralité, sachant que des thèmes spécifiques ne peuvent pas être relevés avec la précision nécessaire. Les séjours de courte durée feront donc partie intégrante des futures mesures ANQ, puisque ces derniers ne sont pas toujours connus au préalable dans la pratique des cliniques à l'échelle nationale. La proportion de traitements de courte durée sur le nombre global de traitements est mise en exergue dans les informations statistiques liées aux données par clinique du rapport comparatif national. Le rapport tient ainsi compte des cliniques présentant un nombre élevé de séjours de courte durée pour lesquels les mesures à l'aide de HoNOS et BSCL ne sont pas adaptées en raison d'une mesure différentielle de minimum 7 jours.



- Aides à la lecture
- Glossaire

4.2. Résumé "Rapport comparatif national"

Le résumé „Rapport comparatif national“, subdivisé d'après 3 types de cliniques, est une synthèse du rapport comparatif national et présente les principaux résultats à l'attention d'un large public. Le résumé présente par ailleurs les résultats intégrés par l'ANQ.

4.3. Rapport national sur la qualité des données

4.3.1. Méthodologie

Le rapport comparatif national de la qualité des données comprend les évaluations comparatives de la qualité des données des cliniques. Chaque livraison de données est suivie de l'élaboration d'un rapport national sur la qualité des données des mesures de la période de relevé précédente. Au terme de la livraison de ses données, chaque clinique bénéficie d'un retour spécifique individuel dans les plus brefs délais.

4.3.2. Sommaire – Rapport national sur la qualité des données

1. Avant-propos
2. Explications liées au présent document
3. Statistique médicale, HoNOS et BSCL
 - Explications sur la définition de la qualité des données
 - Proportion de cas évaluables pour les calculs HoNOS
 - Proportion de cas évaluables pour les calculs BSCL
 - Aperçu des réponses HoNOS (proportion de critères inconnus et de réponses manquantes)
4. Drop-outs pour HoNOS et BSCL
 - Explications sur la catégorisation des motifs de drop-out
 - HoNOS: proportion de drop-outs (influençables & non influençables) à l'admission et à la sortie
 - BSCL: proportion de drop-outs (influençables & non influençables) à l'admission et à la sortie
 - BSCL: proportion de drop-outs en raison de la langue à l'admission et/ou à la sortie
5. Mesures limitatives de liberté
 - Proportion de saisies correctement documentées pour les mesures limitatives de liberté
6. Synthèse de la qualité des données
7. Indications pour optimiser la qualité des données
8. Annexe : tableau des valeurs pour toutes les évaluations présentées dans la partie principale

4.4. Rapport individuel par clinique

4.4.1. Méthodologie

Dans les rapports individuels des cliniques, les indicateurs clés sont décrits de manière plus détaillée que dans le rapport comparatif national. Dans leur rapport individuel, les cliniques reçoivent les résultats liés à leur échantillon clinique respectif et cryptés par échelles ou items et groupes de diagnostics. Les



principaux résultats sont ainsi plus compréhensibles et peuvent être utilisés à l'interne à des fins d'amélioration de la qualité.

4.4.2. Aperçu du contenu – Rapport individuel par clinique

1. Base de données et évaluation
2. Comparaison des résultats avec les cliniques du même type:
 - Importance des symptômes ajustée
 - Evaluation par des tiers: valeur de comparaison HoNOS
 - Autoévaluation: valeur de comparaison BSCL
 - Mesures limitatives de liberté non ajustées
 - Proportion de cas concernés (cas avec au moins une mesure limitative de liberté)
3. Présentation des résultats détaillés par clinique:²¹
 - Importance des symptômes non ajustée
 - HoNOS: valeur à l'admission et différentielle, score global pour le groupe global et différencié par groupes de diagnostic principal
 - HoNOS: valeur à l'admission et différentielle des items individuels pour le groupe global et différencié par groupes de diagnostic principal
 - BSCL: valeur à l'admission et différentielle, score global pour le groupe global et différenciée par groupes de diagnostic principal
 - BSCL: valeur à l'admission et différentielle des échelles pour le groupe global et différenciée par groupes de diagnostic principal
 - A titre de comparaison: moyenne des scores totaux non ajustés HoNOS et BSCL, toutes cliniques du même type confondues (valeur à l'admission et valeur différentielle)
 - Mesures limitatives de liberté non ajustées
 - Mesures limitatives de liberté totales (nombre et proportion de cas concernés)
 - Isolement (nombre et proportion de cas concernés, fréquence, durée, intensité ((fréquence*durée)/cas))
 - Immobilisation (nombre et proportion de cas concernés, fréquence, durée, intensité ((fréquence*durée)/cas))
 - Médication forcée (orale et injection combinées, orale, injection; nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
 - Maintien ferme (intensité (fréquence*durée)/cas)
 - Mesures limitant la liberté de mouvement, tous types combinés (nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)

21 Les données non ajustées (données brutes) sont la propriété de la clinique respective; une fois l'évaluation réalisée, elles sont adressées aux cliniques afin qu'elles puissent réaliser des analyses supplémentaires internes ou les confier à un fournisseur externe. Par ailleurs, les cliniques reçoivent également les données retravaillées, valeurs des échelles et valeurs de comparaison ajustées aux risques.

- Mesures limitant la liberté de mouvement sur chaise (jusqu'à 4 heures, plus de 4 heures; nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
- Mesures limitant la liberté de mouvement au lit (jusqu'à 4 heures, nuit complète, continue, nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
- À titre de comparaison: moyenne du nombre de cas avec au moins une mesure limitative de liberté, toutes cliniques du même type confondues

Rapport entre le nombre de mesures limitatives de liberté du type de clinique concerné et le nombre de placements à des fins d'assistance au cours de l'année de mesure respective.

4.5. Publication des résultats

La publication des rapports comparatifs nationaux annuels est du ressort de l'ANQ.²²

Les rapports individuels des cliniques ne sont pas publiés.

5. Evaluation

5.1. Terminologie

Ces termes sont prioritairement utilisés dans la description de la méthode d'évaluation suivante:

Paramètre de qualité

Le paramètre de qualité d'une clinique est la valeur de résultat épurée de l'influence des covariables. Il correspond à la différence de l'importance des symptômes attendue entre l'admission et la sortie, si tous les cas du groupe global étaient traités au sein de la clinique observée.

Valeur de comparaison

La valeur de comparaison pour une clinique est la différence entre son paramètre de qualité et la valeur moyenne (pondérée par nombre de cas) du paramètre de qualité des autres cliniques.

Covariables

Les covariables ou valeurs perturbantes sont les variables dont l'influence a été supprimée du paramètre de qualité afin de permettre une comparaison des résultats des cliniques.

Valeur différentielle

La valeur différentielle résulte de la simple comparaison de l'importance des symptômes à l'admission et à la sortie. Elle n'est pas ajustée, donc pas épurée de l'influence des valeurs perturbantes.

Intervalles de confiance

²² Voir le concept de publication relatif à la psychiatrie pour adultes de l'ANQ.



Les intervalles de confiance simples présentent un intérêt pour chaque clinique. Afin de pouvoir faire des déclarations simultanées par-delà toutes les cliniques, les intervalles de confiance simultanés sont requis, puisque ces derniers tiennent compte du calcul de nombreuses valeurs de comparaison (en lieu et place d'une seule).

5.2. Paramètres de qualité pour les cliniques et ajustement des risques

Afin de permettre des comparaisons de la qualité des résultats de l'importance des symptômes aussi équitables que possible, les paramètres de qualité de chaque clinique et l'influence des valeurs perturbantes sur lesquelles la clinique ne peut pas exercer d'influence, sont estimés à partir des données. La composition du collectif de patients traités fait principalement partie des valeurs perturbantes (le „case-mix“).

Le paramètre de qualité en question d'une seule clinique décrit la différence de l'importance des symptômes attendue entre l'admission et la sortie, si tous les cas du groupe global étaient traités dans cet établissement. La prise en compte des valeurs perturbantes permet un ajustement des risques, de sorte à pouvoir comparer les cliniques présentant des case-mix divergents.

L'estimation du paramètre de qualité avec ajustement des risques s'effectue au moyen d'un procédé d'analyse régressionnelle. Il s'agit d'un modèle de régression linéaire multiple avec la qualité des résultats de l'importance des symptômes comme variable cible (Response), la clinique traitante comme facteur et les différentes valeurs perturbantes comme covariables. Pour ces dernières, les interactions sont en règle générale aussi prises en compte.

Le modèle de régression tient compte des fluctuations aléatoires au cas par cas et d'autres inexactitudes lors du relevé de la qualité des résultats de l'importance des symptômes. Les paramètres de qualité estimés des cliniques constituent à ce titre des approximations par rapport aux paramètres de qualité réels.

Au final, l'intérêt est de constater l'importance de la différence entre le paramètre de qualité de chaque clinique et la valeur moyenne - pondérée par nombre de cas - des paramètres de qualité de toutes les autres cliniques. Pour ces valeurs de comparaison réelles, des estimations et intervalles de confiance peuvent être calculés. En d'autres termes, on obtient simultanément pour chaque clinique un intervalle qui englobe la valeur de comparaison réelle avec un degré de certitude préétabli (de 95%). Cette démarche permet ainsi de tenir compte de l'inévitable inexactitude des valeurs de comparaisons estimées. Pour les cliniques dont l'intervalle de confiance ne contient pas la valeur zéro, il est possible de partir du principe avec le degré de certitude préétabli qu'elles présentent des résultats de mesure supérieurs à la moyenne (si la limite inférieure de l'intervalle est supérieure à zéro) ou inférieurs à la moyenne (si la limite supérieure est inférieure à zéro).

Pour cette analyse des données, il convient de préciser qu'il s'agit d'une évaluation des résultats des cliniques en comparaison directe, basée sur les échantillons respectifs. Il n'est nullement question d'une comparaison avec un outcome "Importance des symptômes" objectif et neutre, puisqu'il n'existe pas pour BSCL et HoNOS.

Les variables suivantes des données d'un cas individuel sont contrôlées comme covariables (valeurs perturbantes) quant à leur influence sur le résultat de mesure et utilisées pour l'ajustement des risques:

1. Age à l'admission
2. Genre
3. Diagnostic principal (diagnostic de sortie)
4. Degré de gravité de la maladie à l'admission
5. Placement à des fins d'assistance
6. Nationalité
7. Niveau d'éducation
8. Etat civil
9. Occupation avant l'admission
10. Lieu de séjour avant l'admission
11. Type d'assurance (de base, semi-privé, privé)
12. Instance responsable de l'hospitalisation
13. Durée du séjour.

5.3. Présentation des résultats des mesures et types de graphiques utilisés

5.3.1. Comparaison graphique des cliniques

La présentation des résultats des comparaisons entre les cliniques s'effectue sous forme de graphiques dans lesquels les cliniques sont listées horizontalement. Pour l'indicateur "Importance des symptômes", les valeurs de comparaison estimées de toutes les cliniques, ainsi que les intervalles de confiance simultanés sont indiqués sur l'ordonnée ("axe y"). Une ligne horizontale "zéro" est en outre tracée et les intervalles de confiance ne contenant pas la valeur zéro apparaissent en couleur. Pour les MLL, la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté de chaque clinique est comparée à la proposition du groupe global.

L'exemple d'illustration ci-après se réfère à la valeur de comparaison HoNOS, il s'applique également à la valeur de comparaison BSCL, ainsi qu'à la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté du EFM (avec polarisation inverse).

Chaque clinique est représentée par sa valeur de comparaison (pour HoNOS et BSCL) ou sa proportion (de cas concernés par une MLL), avec son intervalle de confiance simultané de 95% (IC). Il est possible d'identifier rapidement si chaque clinique se situe dans la moyenne (intervalle de confiance recoupe la ligne zéro) ou dans les valeurs inférieures ou supérieures (intervalle de confiance complet se situe au-dessous ou au-dessus de la ligne zéro).

Pour les deux mesures de l'importance des symptômes, les valeurs positives de la valeur de comparaison indiquent une différence de l'importance des symptômes au sein de la clinique concernée supérieure aux autres établissements, tandis que les valeurs négatives mettent en exergue un résultat de mesure inférieur à ce qui aurait pu être attendu sur la base des variables de contrôle. Un point de données gris foncé indique par ailleurs un résultat de mesure nettement supérieur à la moyenne (sur la base du niveau de significativité défini), un point de données gris clair un résultat de mesure nettement inférieur. Un point de données gris moyen indique que le résultat de mesure de la clinique ne se distingue pas nettement de la moyenne sur le plan statistique. Quant aux cliniques présentant moins de 30 cas évaluable signalées par une *, elles sont illustrées par un point de données blanc sans significativité et intervalle de confiance. En présence de petits échantillons, la représentativité des données n'est en effet

pas garantie. Les valeurs des cliniques sont présentées par taux de retour dans l'ordre croissant, la valeur attendue est indiquée dans le graphique sous forme de ligne verticale. La zone des valeurs résultant d'un taux de retour insuffisant est signalée en bleu.

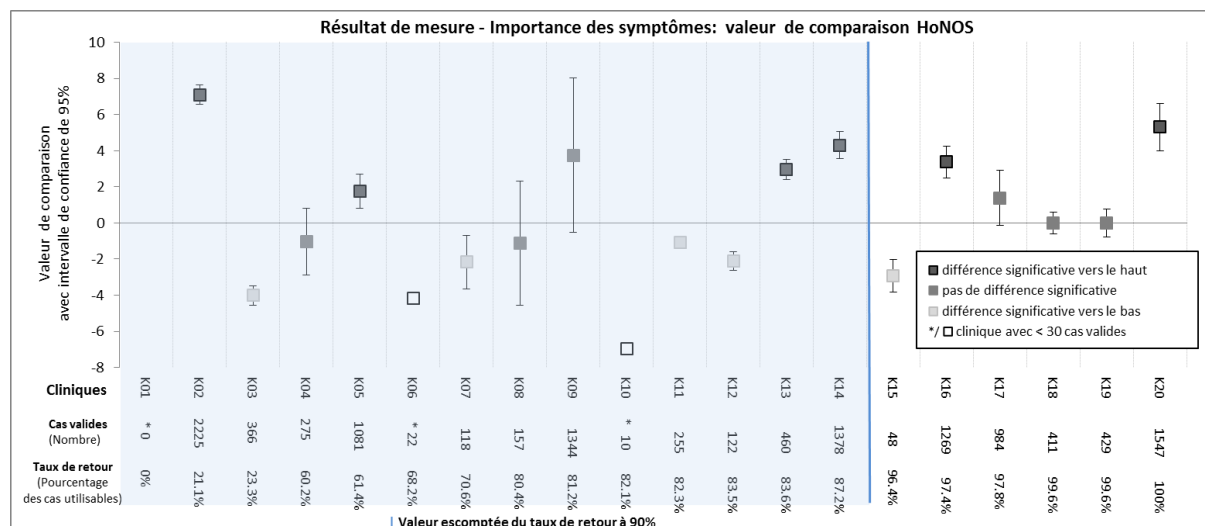


Figure 1: Exemple d'une illustration présentant la valeur de comparaison de la mesure de l'importance des symptômes HoNOS (analogue à BSCL, EFM sans ajustement des risques et sans présentation du taux de retour).

Pour le relevé des mesures limitatives de liberté, un point de données gris foncé indique une proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté nettement inférieure à la moyenne globale de l'ensemble des cliniques. Un point de données gris clair indique une proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté nettement supérieure à la moyenne globale des cliniques. Quant au champ gris moyen, il signifie que la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté ne se distingue pas significativement de la moyenne de l'ensemble des cliniques sur le plan statistique. Les valeurs des cliniques sont classées dans l'ordre croissant par numéro de clinique.

Ce graphique est présenté dans le rapport comparatif national. Dans les rapports individuels des cliniques, un graphique similaire est utilisé pour les résultats de mesure. Ce dernier n'illustre cependant que les intervalles de confiance, celui de la clinique concernée apparaissant en couleur.

5.3.2. Tableau d'aperçu global

Les tableaux ci-après fournissent un rapide aperçu des sept indicateurs clés sélectionnés et fortement agrégés dans le rapport comparatif national. Le premier tableau récapitulatif (ajusté, basé sur les intervalles de confiance) s'applique aux évaluations suivantes:

- Évaluation par des tiers: valeur de comparaison HoNOS
- Autoévaluation: valeur de comparaison BSCL

Clinique	HoNOS	BSCL
	Valeur de comparaison	Valeur de comparaison
K01		
K02		
K03	#	
K04		
K05		
K06		
K07		
K08		
K09		*
K10		
K11		#
K12		

Légende
différence significative vers le haut
pas de différence significative
* < 30 cas valides => aucune significativité calculée
différence significative vers le bas
Taux de retour inférieur à 90% (HoNOS) respectivement 60% (BSCL)
n'a pas livré des données

Figure 2: Exemple d'un tableau d'aperçu global des résultats

Pour les deux mesures de l'importance des symptômes, un champ gris foncé de la clinique concernée met en exergue un résultat de mesure nettement supérieur à ceux des autres cliniques au cours de l'année de mesure en question, tandis qu'un champ gris clair indique un résultat nettement inférieur à la moyenne. Un champ gris moyen signifie que le résultat de la clinique ne se distingue pas significativement de la moyenne sur le plan statistique. Quant aux cliniques avec moins de 30 cas évaluables, signalées par une * et illustrées par un champ blanc, aucune significativité n'est présentée. Les cliniques avec un taux de retour inférieur à la valeur attendue sont signalées par une # et encadrées en bleu.

En complément à la présentation graphique, un tableau annexé présente pour chaque clinique les informations suivantes, réunies dans une même ligne:

- Paramètre de qualité, y.c. erreur standard
- Valeur de comparaison, y.c. erreur standard
- Intervalle de confiance simple de 95% pour la valeur de comparaison
- Intervalle de confiance simultané de 95% pour la valeur de comparaison

Les intervalles de confiance simples présentent un intérêt pour chaque clinique. Afin de pouvoir faire des déclarations simultanées par-delà toutes les cliniques, les intervalles de confiance simultanés sont requis, puisque ces derniers tiennent compte du calcul de nombreuses valeurs de comparaison (en lieu et place d'une seule).

Il s'agit d'informations statistiques complémentaires liées aux résultats de l'évaluation afin de pouvoir les interpréter avec la différenciation nécessaire.

Le deuxième tableau récapitulatif présente les résultats détaillés des mesures limitatives de liberté, relevées à l'aide de l'EFM:

- Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté (MLL)

- Isolement (intensité (fréquence*durée)/cas)
- Immobilisation (intensité (fréquence*durée)/cas)
- Médication forcée (orale et injection fréquence/cas)
- Maintien ferme (fréquence*durée/cas)
- Mesure limitant la liberté de mouvement (chaise et lit fréquence/cas)

Clinique	MLL	Isolement	Immobilisation	Maintien ferme	Médication forcée	Limitation du mouvement
	Nombre de cas concernés	intensité/ cas	intensité/ cas	intensité/ cas	fréquence/ cas	fréquence/ cas
K01						
K02						
K03				*		
K04						
K05						
K06						
K07						
K08					*	*
K09			*		*	*
K10			*	*	*	*
K11		*				
K12						

Légende
MLL: différence signif. vers le bas
pas de différence significative
* < 30 cas valides ou significativité incertaine
MLL: différence signif. vers le haut
selon information de la clinique aucun cas concerné
n'a pas livré des données

Figure 3: Exemple d'illustration de l'aperçu global des mesures limitatives de liberté détaillées

Pour les mesures limitatives de liberté, un champ gris foncé indique une proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté nettement inférieure à la moyenne des cliniques ayant relevé au moins une mesure limitative de liberté, et un champ gris clair une proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté nettement supérieure à la moyenne globale. Un champ gris moyen signifie que la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté ne se distingue pas significativement de la moyenne globale sur le plan statistique.

Quant aux mesures limitatives de liberté, la moyenne arithmétique, l'écart type et l'intervalle de confiance de 95%, sont présentés dans l'annexe du rapport comparatif national sous forme de tableau pour les mesures suivantes:

- Isolement (intensité (fréquence*durée)/cas)
- Immobilisation (intensité (fréquence*durée)/cas)
- Médication forcée (orale et injection fréquence/cas)
- Maintien ferme (fréquence*durée/cas)
- Mesure limitant la liberté de mouvement (chaise et lit fréquence/cas)

5.3.3. Comparaison annuelle des résultats de mesure

Outre l'évaluation transversale comparative des cliniques, une analyse longitudinale comparative des données est réalisée sur plusieurs années²³. Du point de vue de l'amélioration continue de la qualité, cette démarche permet de vérifier si les mesures d'amélioration de la qualité découlant de la comparaison transversale des cliniques ont un impact au cours de l'année suivante. La comparaison est toujours réalisée sur deux années consécutives. En cas de besoin concret, l'ANQ prévoit également la possibilité d'effectuer des évaluations sur un intervalle de temps déterminé (p.ex. comparaison sur 5 ans).

L'exemple d'illustration ci-après s'applique à HoNOS, il s'applique toutefois également aux évaluations (ajustées avec intervalle de confiance):

- Evaluation par des tiers: valeur de comparaison HoNOS
- Autoévaluation: valeur de comparaison BSCL

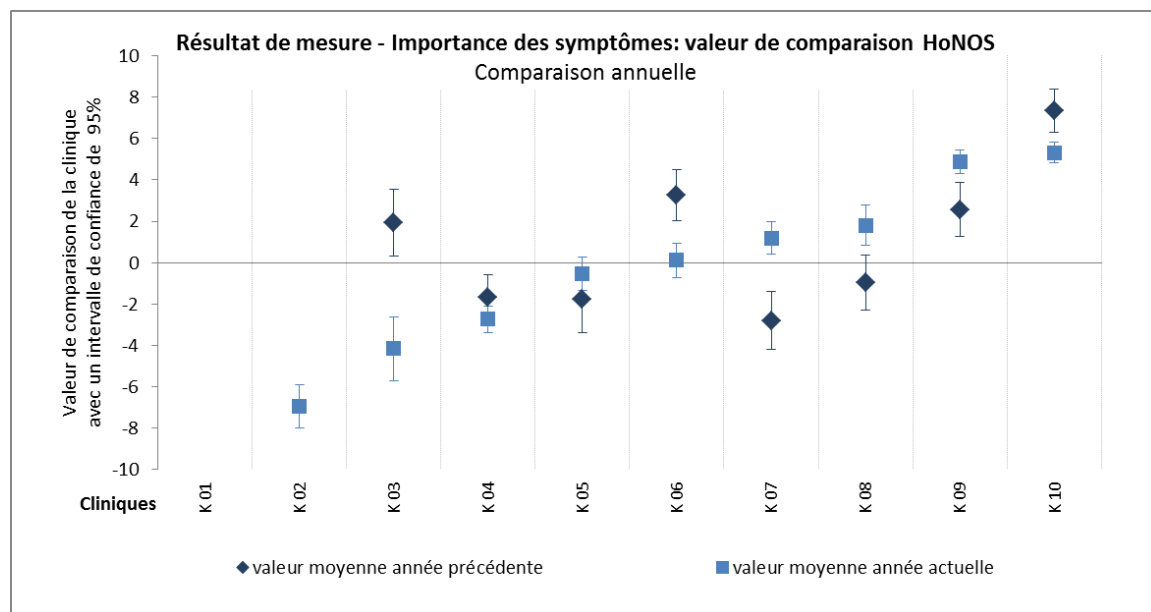


Figure 4: Exemple d'illustration de la comparaison annuelle des résultats de mesure

Les comparaisons annuelles de l'importance des symptômes au sein des types de cliniques, ainsi que par rapport à la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté (sans ajustement des risques) sont réalisées à partir des données 2016 et présentées de manière analogue.

5.4. Présentation comparaison annuelle de la qualité des données

La présentation de la qualité des données est également réalisée en comparant deux années consécutives. L'aperçu graphique global présente à ce titre la qualité des données de l'année précédente sous forme de barre; la valeur de l'année actuelle est indiquée par un losange de couleur: le bleu foncé

23 En raison du changement de la méthode d'évaluation, les résultats ajustés 2016 relatifs à l'importance des symptômes ne peuvent pas être comparés avec ceux des années précédentes.

indique une amélioration par rapport à l'année précédente, le bleu clair une péjoration, le noir aucun changement. La valeur attendue par rapport au retour, définie par l'ANQ, est également présentée sous forme de ligne horizontale. L'exemple d'illustration ci-après relatif à la qualité des données HoNOS s'applique au même titre aux évaluations de la qualité des données du BSCL et de l'EFM (sans valeur attendue).

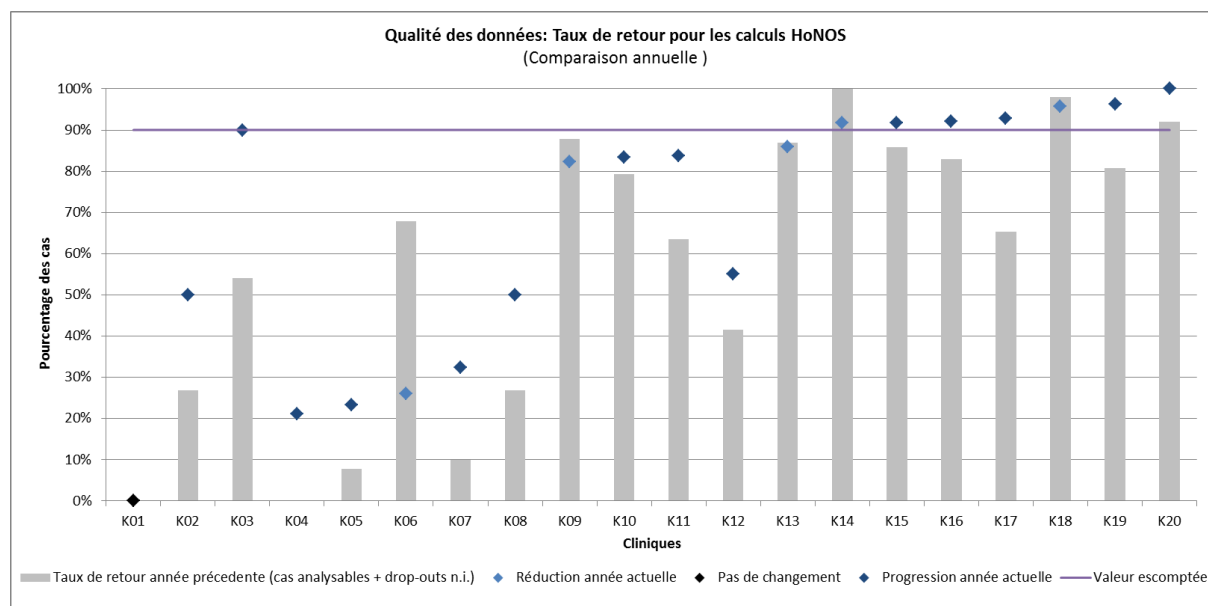


Figure 5: Exemple d'illustration de la comparaison annuelle de la qualité des données

5.5. Analyse de la psychiatrie forensique²⁴

Le traitement des patients admis dans des institutions de psychiatrie forensique fait en général suite à une ordonnance et levée judiciaire. Les résultats de mesure des traitements forensiques dispensés au sein d'unités et de stations spécialisées font donc l'objet d'une évaluation séparée, tout en respectant la démarche adoptée en psychiatrie pour adultes, présentée dans ce concept d'évaluation. L'évaluation séparée est réalisable, puisque les cliniques livrent les données relatives à des patients admis en psychiatrie forensique de manière séparée à l'institut d'analyse.

Les mesures en psychiatrie forensique englobent tous les patientes et patients admis en traitement psychiatrique dans le cadre d'une mesure pénale (art. 59ss. CP) et qui sont traités dans une unité définie expressément comme «unité forensique». Le critère structurel prévaut donc, au même titre que le critère individuel du motif de l'hospitalisation. Un internement provisoire d'un patient auquel cette définition s'applique dans un autre département de la clinique, ne libère pas cette personne du „statut forensique” défini pour les mesures ANQ. Les enfants et adolescents concernés par cette définition, sont relevés et évalués en même temps que les patientes et patients adultes admis en psychiatrie forensique.

²⁴ Pour la psychiatrie forensique, des rapports séparés sont actuellement élaborés à titre d'essai; un contrôle sera ensuite réalisé quant à l'applicabilité et à l'utilité d'une telle démarche.

6. Littérature et documentation

Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., . . . Schulz, H. (2010). The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(1), 50-62. doi:10.1002/mpr.305

Bonsack, C., Borgeat, F., & Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(7), 483-488. doi:10.1016/s0003-4487(02)00208-1

Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: Validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 504-511.

Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., . . . Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174(5), 424-427. doi:10.1192/bjp.174.5.424

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017

Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. *Technical report 78*, IMSV, Université de Berne. Téléchargement <https://arxiv.org/abs/1202.1964>, dernier téléchargement 2016-02-22.

Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). Comparaisons de la qualité des institutions psychiatriques. *Rapport final sur mandat du groupe d'experts Discussion des méthodes de l'ANQ*.

Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., & Jäckel, W. H. (2004). Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98(8), 655-662.

Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – manuel allemand. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.

Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28-36. doi:10.1026//0012-1924.48.1.28

Kuhl, H.-C., Krneta, D., Warnke, I., Herdt, J., Cassidy, C., von Allmen, U., & Rössler, W. (2008). Freiwilliges Benchmarking der Psychiatrischen Universitätskliniken Basel, Bern und Zürich. Methodisches Vorgehen und Erfahrungsbericht. *Psychiatrie* 1, 37-40.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11



Documentation utilisée

BSCL – Brief Symptom Checklist. Informations sur l'instrument de mesure „BSCL“ en allemand, français et italien. *ANQ*, 11 juin 2012 (version 2).

EFM – Relevé Mesures limitatives de liberté. Informations sur l'instrument de mesure „EFM“ en allemand, français et italien. *ANQ*, 8 septembre 2016 (version 4.1).

EFM – Instrument de relevé Mesures limitatives de liberté. *ANQ*, 12 juillet 2016 (version 5).

HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales. Informations sur l'instrument de mesure „HoNOS“, forme standard pour les adultes en langues allemande, française et italienne. *ANQ*, 11 juin 2012 (version 2).

HoNOS 65+ D – Health of the Nation Outcome Scales 65+ GLOSSAIRE version allemande. *ANQ*, 30 août 2012 (Version 1).

Définition des données pour les mesures nationales de la qualité en psychiatrie stationnaire pour adultes. *ANQ*, 16 janvier 2017 (version 4).

Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données. Mesures de la qualité nationales en psychiatrie stationnaire pour adultes. *ANQ*, 1 janvier 2017 (version 5.3).

Variables de la Statistique médicale. Spécifications valables depuis le 1.1.2016. *Office fédéral de la Statistique OFS*, janvier 2016.