
Concept d'évaluation ANQ

Mesures nationales en psychiatrie et psychothérapie stationnaire
d'enfants et d'adolescents

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

05 juillet 2017 / version 7.1

Sommaire

Sommaire	2
Impressum	4
1..... Situation initiale	5
2..... Méthode du relevé des données	5
2.1. ... Relevé des données	5
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
3..... Transmission et préparation des données.....	8
3.1. ... Protection des données	8
3.2. ... Livraison des données	8
3.3. ... Qualité des données.....	8
3.3.1.. Taux de retour / valeurs attendues	8
3.3.2.. Contrôle des données	9
4..... Rapports.....	10
4.1. ... Rapport comparatif national.....	10
4.1.1.. Méthodologie	10
4.1.2.. Aperçu du contenu – Rapport comparatif national	10
4.2. ... Résumé „Rapport comparatif national”	12
4.3. ... Rapport national sur la qualité des données.....	12
4.3.1.. Méthodologie	12
4.3.2.. Sommaire – Rapport national sur la qualité des données	12
4.4. ... Rapport individuel par clinique.....	13
4.4.1.. Méthodologie	13
4.4.2.. Aperçu du contenu – Rapport individuel par clinique	13
4.5 Publication des résultats.....	14
5..... Evaluation	14
5.1. ... Terminologie	14
5.2. ... Paramètres de qualité pour les cliniques et ajustement des risques.....	15



5.3. ... Présentation des résultats des mesures et types de graphiques utilisés.....	16
5.3.1.. Comparaison graphique des cliniques	16
5.3.2.. Tableau d'aperçu global	17
5.3.3.. Comparaison annuelle des résultats de mesure (ajustés)	19
5.1. ... Présentation comparaison annuelle de la qualité des données.....	20
6..... Littérature et documentation.....	21



Impressum

Titre	Concept d'évaluation ANQ Mesures nationales en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents Indicateurs „Importance des symptômes“ et „Mesures limitatives de liberté“
Année	2017
Auteurs	Dr. Bernhard Bührle, responsable de projet, Cliniques universitaires psychiatriques de Bâle, UPK Simone McKernan, MSc, UPK Bâle Dr. Evita Harfst, UPK Bâle Dr. Johanna Friedli, responsable Psychiatrie, ANQ en collaboration avec le Groupe Qualité Psychiatrie de l'ANQ, le groupe de travail Qualité de la SSPPEA, 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) Secrétariat de l'ANQ Thunstr. 17 3000 Berne 6 www.anq.ch
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ANQ

1. Situation initiale

La Suisse compte env. 23 cliniques psychiatriques d'enfants et d'adolescents qui accueillent chaque année quelque 2'500 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 évaluées et 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.

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 présent concept d'évaluation tient compte des modifications apportées à la méthode d'évaluation statistique, élaborées au sein d'un groupe d'experts de l'ANQ sur mandat du Groupe Qualité Psychiatrie et approuvées par le Comité de l'ANQ.

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 présentées 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.

2. Méthode 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 d'enfants et d'adolescent ayant signé le contrat qualité de l'ANQ participent à cette mesure nationale de la qualité.

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

² www.anq.ch/psychiatrie/psychiatrie-denfants-et-dadolescents/.

2.2. Instruments de mesure

Cinq sets de données sont relevés au sein des cliniques:

Statistique médicale OFS:

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 of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)

Importance des symptômes - autoévaluation (patients):

4. Questionnaire patients Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCA-SR)

Mesures limitatives de liberté:

5. Formulaire de documentation des cas EFM-KJP

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)
- Application de mesures limitatives de liberté³

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.

³ 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.

2.4. Moments des relevés

L'importance des symptômes est relevée à l'admission et à la sortie (intervalle minimal de 7 jours)⁴, et 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 des cas correspond à celle de l'Office fédéral de la Statistique. L'unité statistique est un cas de traitement.

La mesure nationale de la qualité en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents exclut en principe les cas relevant de la psychiatrie pour adultes. Une mesure nationale ANQ spécifique à la psychiatrie pour adultes a débuté le 1^{er} juillet 2012. 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 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

Le relevé des données englobe tous les cas traités en milieu stationnaire durant la période de relevé respective, même si le patient a été admis avant la période de relevé actuelle ou s'il 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 (1.7.2013) 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 HoNOSCA et HoNOSCA-SR.

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.

⁴ 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.

3. Transmission 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 d'anonymat élevé 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.

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)⁵:

- Valeur attendue HoNOSCA: 90%
- Valeur attendue HoNOSCA-SR: 60%
- Sets de données manquants ou erronés: 0%⁶

⁵ 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.

⁶ Voir concept d'évaluation 3.3.2: „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 HoNOSCA et HoNOSCA-SR), le cas n'est pas analysé pour l'instrument de mesure concerné."

- 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.⁷

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“.⁸

Pour les mesures relatives à HoNOSCA et HoNOSCA-SR, chaque cas devrait idéalement englober des données relevées ou des informations de drop-out (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)?
- HoNOSCA: y a-t-il des sets de données relevées à double pour un moment précis?
- HoNOSCA-SR: 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 HoNOSCA- et HoNOSCA-SR.

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 HoNOSCA ou HoNOSCA-SR), le cas n'est pas analysé pour l'instrument de mesure concerné.

⁷ 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.

⁸ <http://www.anq.ch/psychiatrie/>.

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
 - Résumé „Rapport comparatif national“
 - Rapport national sur la qualité des données

- b) Spécifique par clinique
 - Rapport individuel par clinique
 - Rapport sur la qualité des données de chaque clinique.

Les messages clés sont publiés sur internet dans le cadre d'une comparaison des cliniques.⁹

4.1. Rapport comparatif national

4.1.1. Méthodologie

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)
 - o Importance des symptômes
Graphique présentant les résultats ajustés des cliniques (valeur de comparaison¹⁰) 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 HoNOSCA

⁹ Voir le concept de publication relatif à la psychiatrie d'enfants et d'adolescents de l'ANQ.

¹⁰ 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.).

- Autoévaluation: valeur de comparaison HoNOSCA-SR
- o Mesures limitatives de liberté
 - Graphique et tableau récapitulatif 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 avec indication du niveau de significativité respectif.
- o Comparaisons annuelles de la qualité des résultats¹¹
 - Graphiques avec les résultats des cliniques ajustés (HoNOSCA et HoNOSCA-SR) et non ajustés (EFM-PEA) de l'année en cours et de l'année précédente.
 - Tableau présentant les valeurs moyennes globales non ajustées de toutes les cliniques (pour toutes les années).
 - Importance des symptômes:
 - Valeur HoNOSCA à l'admission et différentielle
 - Valeur HoNOSCA-SR à l'admission et différentielle
 - Mesures limitatives de liberté (à partir du rapport comparatif national 2017 portant sur les données 2016)
 - Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté
- 4. Qualité des données
 - o Proportion de cas évaluable pour calculs HoNOSCA
 - o Proportion de cas évaluable pour calculs HoNOSCA-SR
 - o Proportion de saisies correctement documentées pour les mesures limitatives de liberté
 - o Comparaisons annuelles de la qualité des données
 - Proportion de cas évaluable HoNOSCA pour les années en cours et écoulée
 - Proportion de cas évaluable HoNOSCA-SR 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:
 - 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.¹²
- 6. Méthodes (brève description)

¹¹ En raison du changement de la méthode d'évaluation, les résultats HoNOSCA et HoNOSCA-SR 2016 ne peuvent pas être comparés avec ceux des années précédentes.

¹² 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 HoNOSCA et HoNOSCA-SR ne sont pas adaptées (mesure différentielle de minimum 7 jours).

- Démarche
- Analyse des covariables
- Ajustement des risques
- Significativité des différences

7. Annexes

- Tableaux (valeurs illustrées sous forme graphique pour toutes les évaluations présentées dans la partie principale)
- Aides à la lecture
- Glossaire

4.2. Résumé „Rapport comparatif national“

Le résumé „Rapport comparatif national“ 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 leurs données, les cliniques reçoivent un retour individuel détaillé 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, HoNOSCA et HoNOSCA-SR
 - Explications sur la définition de la qualité des données
 - Proportion de cas évaluable pour les calculs HoNOSCA
 - Proportion de cas évaluable pour les calculs HoNOSCA-SR
 - Aperçu des réponses HoNOSCA (nombre de critères inconnus et réponses manquantes)
4. Drop-outs pour HoNOSCA et HoNOSCA-SR
 - Explications sur la catégorisation des motifs de drop-out
 - HoNOSCA: proportion de drop-outs (influençables & non influençables) à l’admission et à la sortie
 - HoNOSCA-SR: proportion de drop-outs (influençables & non influençables) à l’admission et à la sortie
 - HoNOSCA-SR: 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. Le rapport individuel fournit aux cliniques les résultats liés à leur échantillon clinique respectif et cryptés par échelles ou items et groupes de diagnostics. Les principaux résultats comparatifs 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 :
 - Importance des symptômes ajustée
 - Evaluation par des tiers: valeur de comparaison HoNOSCA
 - Autoévaluation: valeur de comparaison HoNOSCA-SR
 - 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:¹³
 - Importance des symptômes non ajustée
 - HoNOSCA: valeur à l'admission et différentielle, score global pour le groupe global et différencié par groupes de diagnostic principal
 - HoNOSCA: valeur à l'admission et différentielle des items individuels pour le groupe global et différencié par groupes de diagnostic principal
 - HoNOSCA-SR: valeur à l'admission et différentielle, score global pour le groupe global et différenciée par groupes de diagnostic principal
 - HoNOSCA-SR: 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 HoNOSCA et HoNOSCA-SR, toutes cliniques du même type confondues (valeur à l'admission et valeur différentielle)

¹³ 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 limitatives de liberté non ajustées
 - Nombre total de mesures limitatives de liberté (nombre et proportion de cas concernés)
 - Isolement ($\leq 4h$ et $> 4h$ combinées, $\leq 4h$, $> 4h$; nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
 - Immobilisation ($\leq 4h$ et $> 4h$ combinées, $\leq 4h$, $> 4h$; nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
 - Médication forcée, tous types combinés (nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
 - Médication forcée orale (unique, multiple; nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
 - Médication forcée injection (unique, multiple; nombre et proportion de cas concernés, fréquence/cas)
 - A titre de comparaison: proportion de cas présentant en moyenne au moins une mesure limitative de liberté par rapport à l'ensemble des cliniques participantes

4.5 Publication des résultats

La publication des rapports comparatifs nationaux annuels est du ressort de l'ANQ.¹⁴

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.

¹⁴ Voir le concept de publication relatif à la psychiatrie d'enfants et d'adolescents de l'ANQ.

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.

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 inexacitudes 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 HoNOSCA et HoNOSCA-SR.

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. Lieu de séjour avant l'admission
8. Instance responsable de l'hospitalisation
9. Durée du séjour
10. Type d'admission (planifiée, urgence...).

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 HoNOSCA, il s'applique également à la valeur de comparaison HoNOSCA-SR, ainsi qu'à la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté du EFM (avec polarisation inverse).

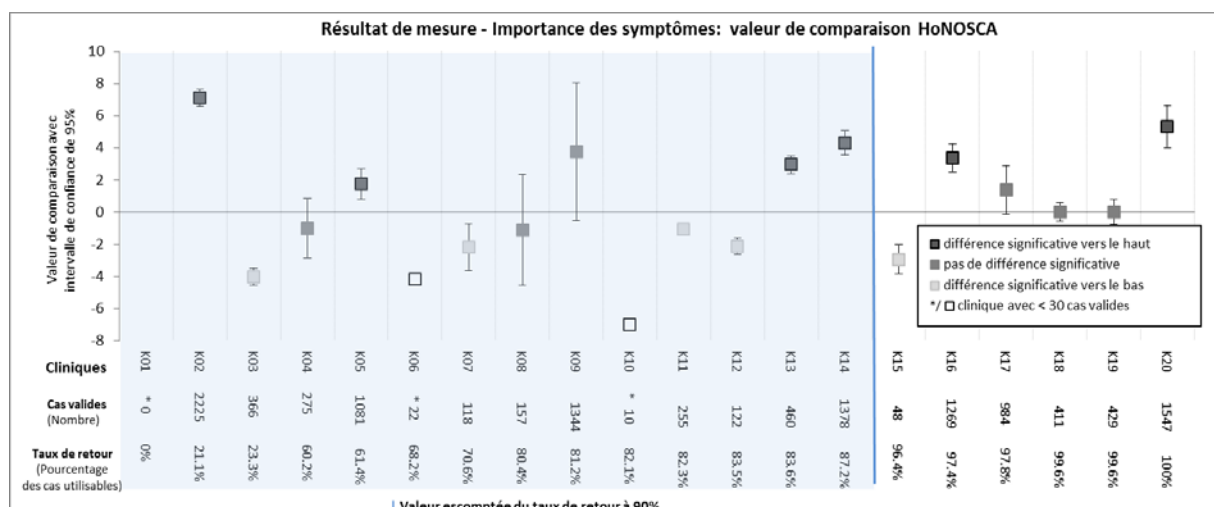


Figure 1: Exemple d'une illustration présentant les **valeurs de comparaison** de la mesure de l'importance des symptômes HoNOSCA (analogue à HoNOSCA-SR, EFM sans ajustement des risques et sans présentation du taux de retour).

Chaque clinique est représentée par sa valeur de comparaison (pour HoNOSCA et HoNOSCA-SR) 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.

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 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 HoNOSCA
- Autoévaluation : valeur de comparaison HoNOSCA-SR
- Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté (MLL)

Clinique	HoNOSCA	HoNOSCA-SR	MLL	Légende
	Valeur de comparaison	Valeur de comparaison	Nombre de cas concernés	
K01				différence significative vers le haut (pour mesures limitatives vers le bas)
K02				
K03	#			pas de différence significative
K04				* < 30 cas valide
K05				
K06				différence significative vers le bas (pour mesures limitatives vers le haut)
K07				
K08				# Taux de retour inférieur à 90% (HoNOSCA) respectivement 60% (HoNOSCA-SR)
K09		*		
K10				selon information de la clinique aucun cas concerné
K11		#		
K12				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 met en exergue un résultat de mesure de la clinique concernée 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.

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 globale de l'ensemble des cliniques 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.

5.3.3. Comparaison annuelle des résultats de mesure (ajustés)

Outre l'évaluation transversale comparative des cliniques, une analyse longitudinale comparative des données est réalisée sur plusieurs années.¹⁵ 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 HoNOSCA, elle est également valable pour les trois évaluations suivantes (ajustées avec intervalle de confiance):

- Evaluation par des tiers: valeur de comparaison HoNOSCA
- Autoévaluation: valeur de comparaison HoNOSCA-SR

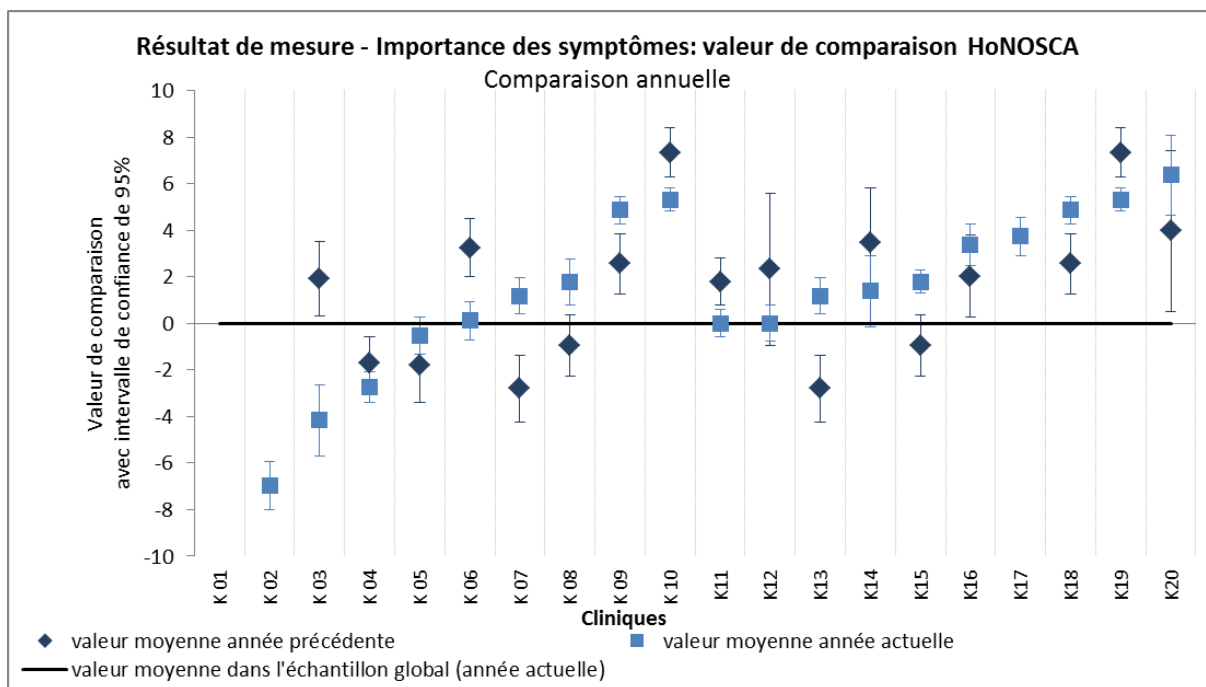


Figure 3: Exemple d'illustration de la comparaison annuelle des résultats de mesure

Les comparaisons annuelles de la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté (sans ajustement des risques) font l'objet d'une présentation similaire à partir des données de l'année 2016.

¹⁵ 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.

5.1. 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 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 HoNOSCA s'applique au même titre aux évaluations de la qualité des données de l'HoNOSCA-SR et de l'EFM-PEA (sans valeur attendue).

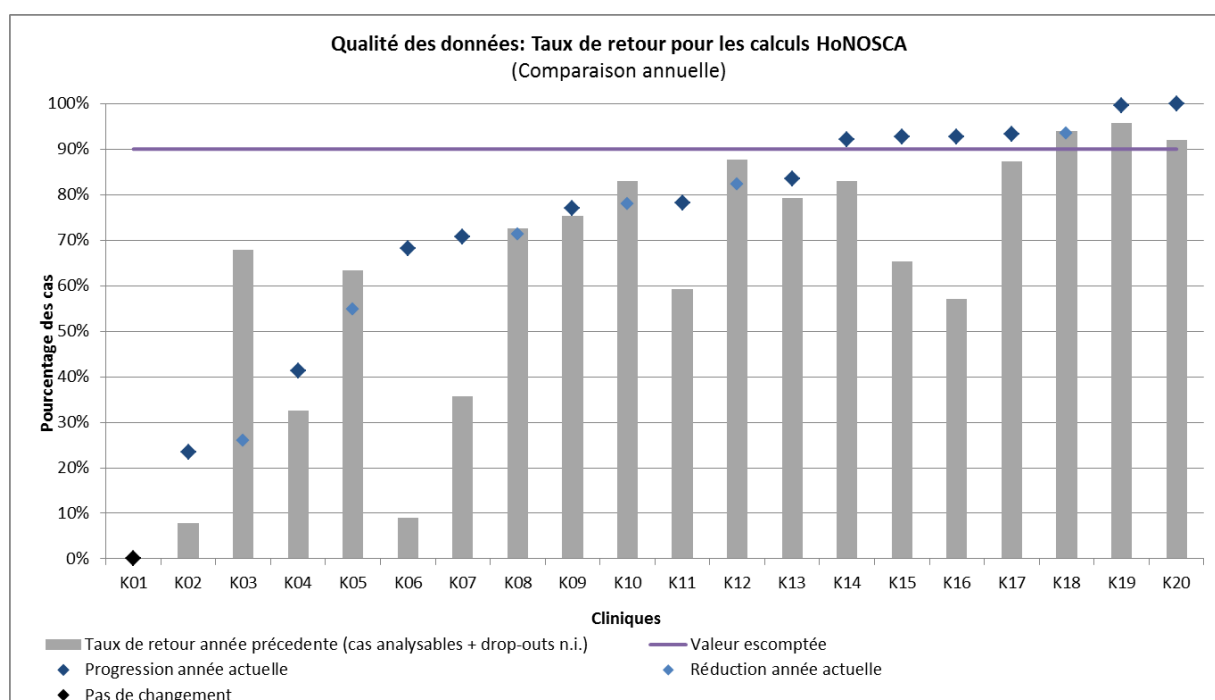


Figure 4: Exemple de figure de la comparaison annuelle de la qualité des données

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.
- 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.
- Garralda, M.E., Yates, P. & Higginson I. (2000). Child and adolescent mental health service use: HoNOSCA as an outcome measure. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.
- Gowers, S., Harrington, R., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA). *British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. *British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Hanssen-Bauer, K., Gowers, S., Aalen, O.O., Bilenberg, N., Brann, P., Garralda, E., Merry, S. & Heyerdahl, S. (2007b). Cross-national reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. *Adm Policy Mental Health*, 34, 513-518.
- 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., 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

EFM PEA – Instrument de relevé Mesures limitatives de liberté en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents. *ANQ*, 1 décembre 2015 (version 3).

HoNOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents. Fiche d'évaluation en allemand et français. *ANQ*, 22 juin 2016.

HoNOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents. Glossaire pour l'évaluation de HoNOSCA en allemand et français. *ANQ*, 22 juin 2016 (version 1.1).

HoNOSCA-SR – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating. Autoévaluation pour enfants et adolescents en allemand et français. *ANQ*, 13 août 2013.

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

Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données. Mesures de la qualité nationales en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents. *ANQ*, 1 janvier 2017 (version 3.1).

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