
Concept d'évaluation

Mesures nationales en Psychiatrie stationnaire pour adultes

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

14 juillet 2016 / version 6.1



Sommaire

Impressum	4
1. Contexte	5
2. Méthodes et 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	8
2.7. Stratification	8
3. Transfert et préparation des données	9
3.1. Protection des données	9
3.2. Livraison des données	10
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	15
4.4. Rapport individuel par clinique	15
4.4.1. Méthodologie	15
4.4.2. Aperçu du contenu – Rapport individuel par clinique	15
4.5. Publication des résultats	17
5. Evaluation	17
5.1. Ajustement des risques	17
5.2. Présentation des résultats des mesures et types de graphiques utilisés	18



5.2.1. Comparaison graphique des cliniques	18
5.2.2. Aperçu global	20
5.2.3. Comparaison annuelle des résultats de mesure	22
5.3. Présentation comparaison annuelle de la qualité des données	23
5.4. Analyse de la psychiatrie forensique	23
6. Littérature et documentation	25



Impressum

Titre	Concept d'évaluation: Mesures nationales en Psychiatrie stationnaire pour adultes (indicateurs „importance des symptômes“ et „mesures limitatives de liberté“)
Année	2016
Auteurs	Dr. Bernhard Bührlen, 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
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. Contexte

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.

En tant qu'institut d'analyse, le département Qualité et Processus des cliniques psychiatriques universitaires de Bâle (UPK) a été chargé par l'ANQ de développer un concept d'évaluation pour les mesures, de réaliser lesdites mesures et d'assurer leur suivi d'un point de vue scientifique. L'élaboration des concepts d'évaluation de l'ANQ repose sur des processus définis. Le contrat qualité national, le règlement des données de l'ANQ, ainsi que les exigences générales envers les concepts d'évaluation¹ constituent à ce titre les bases des concepts d'évaluation de l'ANQ.

Le présent concept d'évaluation reflète l'état actuel des travaux et se base sur les précédentes versions, élaborées et progressivement complétées à l'aide des données 2012-2014 relevées au sein des cliniques et des conclusions tirées des analyses. Cette version du concept d'évaluation tient compte des développements ultérieurs, notamment des retours des procédures de consultation réalisées en 2014 et 2016 auprès des partenaires de l'ANQ (H+ (cliniques psychiatriques), santésuisse (assurances-maladie et sociales) et CDS (cantons)), relatives à la stratification des résultats par variables structurelles et à l'évaluation non ajustée des mesures limitatives de liberté².

¹ Pour de plus amples informations méthodologiques: l'institut d'analyse a élaboré un rapport méthodologique à l'aide des données de l'année de mesure 2013 (20. 08.2015).

² En collaboration avec l'institut d'analyse, le groupe d'experts "Discussion des méthodes" créé en 2015 étudie à l'heure actuelle les éventuels développements futurs du procédé statistique; les recommandations de ces experts sont attendues à une date ultérieure et n'ont pas encore été prises en compte dans la présente version.



2. Méthodes et 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.³ 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 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 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, définitions 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)

³ www.anq.ch/psychiatrie/psychiatrie-pour-des-adultes/.

⁴ Information suite à la procédure de consultation 2014: 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 traitement⁶ 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.⁷

2.4. Moments des relevés

L'importance des symptômes est relevée à l'admission et à la sortie (intervalle minimum de 7 jours)⁸, 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 Statistique⁹. L'unité statistique est un cas de traitement.

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.

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 Remarque relative aux inputs de la procédure de consultation 2014: afin d'obtenir d'autres variables liées à la mesure de la qualité de traitement et / ou de la chaîne de soins, des relevés supplémentaires seraient requis, dont la réalisation n'est guère envisageable dans le cadre des mesures nationales.

7 Précision terminologique (résultats de « Différence ou réduction de l'importance des symptômes » au lieu de résultats de traitement) conformément à la procédure de consultation 2014.

8 Remarque relative aux retours de la procédure de consultation 2014: 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.

9 http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90752.pdf.

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 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.¹⁰

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. Stratification¹¹

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 „Centre de soins aigus et premier recours“ et „Psychiatrie spécialisée“ est réalisée sur le 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

¹⁰ Lorsqu'un patient quitte l'institution avant ou pendant la période de relevé, les données d'admission sont – comme pour l'OFS – livrées pour la période de relevé durant laquelle le patient a été admis (définition du cas statistique „B“ selon OFS). Quant à la période de relevé durant laquelle il a quitté l'établissement, il y a lieu de livrer les sets de données globaux complétés (données d'admission et de sortie; définition du cas statistique „A“ selon OFS). Quand un patient a été admis avant la période de relevé actuelle et qu'il a quitté l'institution après la période de relevé actuelle, seul un set de données minimal est fourni à l'ANQ (définition du cas statistique „C“ selon OFS).

¹¹ La demande d'intégrer les variables structurelles (caractéristiques des cliniques) aux évaluations afin de réduire l'hétérogénéité observée en psychiatrie (regroupement de cliniques similaires) a été soumise à l'ANQ à de nombreuses reprises par des cliniques. Elle a également été fréquemment citée dans le cadre de la procédure de consultation du concept d'évaluation et concept de publication 2014. Suite à la recommandation finale du groupe d'experts "variables structurelles" créé à cet effet, les commissions de l'ANQ ont accédé à la requête par une stratification selon 3 types de cliniques identifiés.

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'observation¹²
8. Etablissement disposant d'unités fermées facultatives¹³
9. Possibilité de suivis 1:1

Les 9 critères sont relevés par l'ANQ auprès des cliniques¹⁴; 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 sans vérification par l'ANQ.

3. 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.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ En octobre 2015, une enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des cliniques psychiatriques, durant laquelle les critères ont été relevés.



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. Ces dernières ont été reconfirmées début 2015:

- Valeur attendue HoNOS: 80%
- Valeur attendue BSCL: 40%¹⁵
- 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.¹⁶

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“.¹⁷

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.

¹⁵ Le souhait exprimé dans le cadre de la procédure de consultation 2014 de relever - pour le BSCL - les motifs de drop-outs avec la distinction influençables / non influençables a été refusé par l'ANQ: le taux de retour de 40% tient déjà compte du taux de retour réalistement attendu pour l'autoévaluation, il est d'ailleurs atteint par de nombreuses cliniques. Le taux de retour a été fixé au sein du Groupe Qualité Psychiatrie de l'ANQ dans lequel des organes de financement et experts des cliniques sont représentés. La décision a été prise sur la base des données disponibles et des valeurs de référence de la littérature spécialisée et d'autres pratiques de relevé. Elle a été approuvée par le Comité de l'ANQ. La valeur fixée est contrôlée périodiquement.

¹⁶ 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.

¹⁷ <http://www.anq.ch/psychiatrie/>.



L'institut d'analyse procède à des contrôles approfondis afin d'identifier également 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?
- 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 BSCL¹⁸), 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 élaborés¹⁹:

- a) National
 - Rapport comparatif national (avec évaluations séparées pour les 3 types de cliniques cf. 2.7.)

¹⁸ Brooks 2000, Franke 2000.

¹⁹ Pour la psychiatrie forensique, des rapports séparés sont élaborés à titre d'essai sur la base des données 2014 et 2015; un contrôle sera ensuite réalisé quant à l'applicabilité et à l'utilité d'une telle démarche.



- Résumé „Rapport comparatif national“ (avec évaluations séparées pour les 3 types de cliniques cf. 2.7.)
 - 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 cf. 2.7.)
 - 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.²⁰

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.²¹

4.1.2. Aperçu du contenu – Rapport comparatif national²²

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 (différence entre les mesures à l'admission et à la sortie) de l'année en cours (y compris indication du niveau de significativité correspondant)
Tableau récapitulatif de tous les niveaux de significativité des valeurs moyennes globales ajustées de toutes les cliniques
 - Evaluation par des tiers: valeur différentielle HoNOS
 - Autoévaluation: valeur différentielle BSCL
 - Mesures limitatives de liberté

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

21 Suite aux besoins identifiés lors de la procédure de consultation, le rapport comprend dès 2015 davantage de textes descriptifs et d'explications afin d'améliorer la compréhension des résultats.

22 Adaptation de la structure du rapport conformément à la procédure de consultation 2014 p.ex. résultats clés en début de rapport, données OFS pour décrire l'échantillon et aides à la lecture en fin de document.

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 du niveau de significativité correspondant.

Tableau récapitulatif de tous les niveaux de significativité des valeurs moyennes de toutes les cliniques, **pour chaque type de clinique.**

- Nombre 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)²³
- 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.²⁴

- Comparaisons annuelles de la qualité des résultats²⁵

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 présentant les valeurs moyennes globales non ajustées **pour chaque type de clinique:**

- Importance des symptômes:
Valeur HoNOS à l'admission et différentielle²⁶
Valeur BSCL à l'admission et différentielle
- Mesures limitatives de liberté (à partir des données 2014):
Nombre de cas avec au moins une mesure limitative de liberté

4. Qualité des données (évaluation au sein du groupe global, sans subdivision par types de cliniques)

- Proportion de cas évaluable pour calculs HoNOS
- Proportion de cas évaluable pour calculs BSCL
- Proportion de saisies correctement documentées pour les mesures limitatives de liberté
- Comparaisons annuelles de la qualité des données
 - Proportion de cas évaluable HoNOS pour les années en cours et écoulée
 - Proportion de cas évaluable 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

23 Le maintien ferme n'est relevé qu'à partir des données 2016.

24 Conformément à la procédure de consultation 2014, le rapport entre les MLL et les PAFA est mis en exergue.

25 En raison de la nouvelle subdivision d'après les trois types de cliniques, les résultats 2015 ne peuvent pas être comparés avec ceux des années précédentes.

26 Complète les valeurs à l'admission HoNOS et BSCL suite à la procédure de consultation 2014.

5. Description des échantillons et du case-mix (évaluation avec subdivision par types de cliniques):

Description des variables utilisées pour l'ajustement des risques des indicateurs de l'importance des symptômes²⁷ (p.ex. démographie des patients, répartition des diagnostics, durée de séjour, importance des symptômes à l'admission, PAFA, évent. autres critères²⁸). Désormais, la proportion des traitements de courte durée est également mise en exergue par rapport au nombre global de traitements par clinique.²⁹

6. Méthodes (brève description)

- Démarche
- Analyse des valeurs confusionnelles
- Ajustement des risques
- Signification 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“, 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.

²⁷ En référence à la procédure de consultation 2014, la durée de séjour est également présentée avec la valeur moyenne, en sus de la médiane.

²⁸ Ces variables sont testées quant à leur pertinence pour la comparaison des cliniques et – le cas échéant – présentées dans le rapport comparatif.

²⁹ Remarque relative à la procédure de consultation 2014: 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 (mesure différentielle de minimum 7 jours).

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 (nombre de critères inconnus et 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 : valeurs illustrées sous forme graphique 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. Les cliniques reçoivent les résultats des items et échelles, ainsi que des groupes de diagnostics de leur propre échantillon. 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**:³⁰
 - Importance des symptômes ajustée (résultat de mesure correspond à la différence entre le relevé à l'admission et celui à la sortie)
 - Evaluation par des tiers: valeur différentielle HoNOS
 - Autoévaluation: valeur différentielle BSCL

³⁰ Suite aux retours de la procédure de consultation 2014, des évaluations supplémentaires sont en cours de discussion pour la gérontopsychiatrie 65*.

- 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:³¹
 - Importance des symptômes ajustée
 - HoNOS: valeur à l'admission et différentielle, score global pour le groupe global et différenciée par groupes de diagnostic principal³²
 - HoNOS: valeur à l'admission et différentielle des items individuels pour le groupe global et différenciée par groupes de diagnostic principal³³
 - 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)
 - 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**

31 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. A des fins de service et de transparence et ce, à partir des données 2014, l'ANQ a décidé de transmettre en sus des données brutes livrées également les données après traitement et préparation. Ces dernières comprennent à la fois les valeurs des échelles et les valeurs non ajustées aux risques.

32 Complète les valeurs à l'admission suite à la procédure de consultation 2014.

33 Différenciation des valeurs des items resp. des échelles également par groupes de diagnostic conformément à la procédure de consultation 2014.



Rapport entre le nombre de mesures limitatives de liberté du type de cliniques concerné et le nombre de placements à des fins d'assistance au cours de l'année de mesure respective.³⁴

4.5. Publication des résultats

La publication des rapports comparatifs nationaux annuels est du ressort de l'ANQ.³⁵

Les rapports individuels des cliniques ne sont pas publiés.

5. Evaluation

5.1. Ajustement des risques

Afin de permettre des comparaisons de la qualité des résultats **de l'importance des symptômes** aussi équitables que possible, les paramètres calculés doivent être épurés de l'influence des valeurs perturbantes sur lesquelles la clinique ne peut exercer aucune influence. La composition du collectif de patients traités en fait principalement partie (le „case-mix“).

L'ajustement des risques s'effectue au moyen d'un procédé d'analyse régressionnelle. L'estimation de la valeur du résultat attendue pour chaque cas en fonction des caractéristiques des variables confusionnelles est réalisée sur la base des données de l'échantillon global. Cette valeur escomptée est comparée avec la valeur réellement obtenue pour chaque cas traité, la différence est intitulée „valeur résiduelle“. Les influences des variables perturbantes ont en effet été extraites des valeurs brutes. Cette démarche permet d'obtenir des valeurs comparables pour les différentes cliniques, puisqu'elles tiennent compte des particularités de la structure des patients.

Le processus d'évaluation appliqué aux deux mesures de l'importance des symptômes est la régression linéaire multiple. Les valeurs résiduelles de la clinique concernée supérieures à la moyenne de toutes les cliniques signalent un niveau de qualité élevé, puisque le résultat est meilleur que celui attendu sur la base des critères de cas. Il convient de préciser qu'il s'agit d'une évaluation des résultats des cliniques, comparées entre elles et au sein de l'échantillon respectif. Il n'est nullement question d'une comparaison avec un outcome objectif neutre « Importance des symptômes », puisque ce dernier fait défaut pour BSCL et HoNOS.

Les variables suivantes des données d'un cas individuel sont contrôlées quant à leur influence sur le résultat de mesure et à la nécessité de l'ajustement des risques:

1. Age à l'admission
-

³⁴ Suite à la procédure de consultation 2014, le rapport entre les MLL et les PAFA est mis en exergue.

³⁵ Voir le concept de publication relatif à la psychiatrie pour adultes de l'ANQ.

2. Genre
3. Diagnostic principal (diagnostic de sortie)³⁶
4. Degré de gravité de la maladie à l'admission³⁷
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.

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

5.2.1. Comparaison graphique des cliniques

La présentation des résultats des comparaisons entre les cliniques s'effectue sous forme de graphiques de barres d'erreurs, sachant que **pour l'indicateur de l'importance des symptômes**, la différence entre le résultat de mesure attendu et réel est illustrée sur l'ordonnée (valeurs résiduelles standardisées).

L'exemple de l'illustration ci-après se réfère à HoNOS, il s'applique également aux évaluations:³⁸

- Évaluation par des tiers: valeur différentielle HoNOS ajustée (résultat de mesure moyen)
- Autoévaluation : valeur différentielle BSCL ajustée (résultat de mesure moyen)
- Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté **non ajustés** (avec polarisation inverse)

³⁶ Remarque relative aux inputs de la procédure de consultation 2014: les diagnostics secondaires ne peuvent pas encore être intégrés à l'analyse en raison d'une qualité des données insuffisante.

³⁷ Retours de la procédure de consultation 2014: la justification méthodologique quant à l'intégration du degré de gravité à l'admission est décrite dans le rapport méthodologique.

³⁸ Conformément aux feedbacks de la procédure de consultation 2014, les graphiques ont été adaptés, en veillant à ne pas recourir aux classements ou valeurs appréciatives.

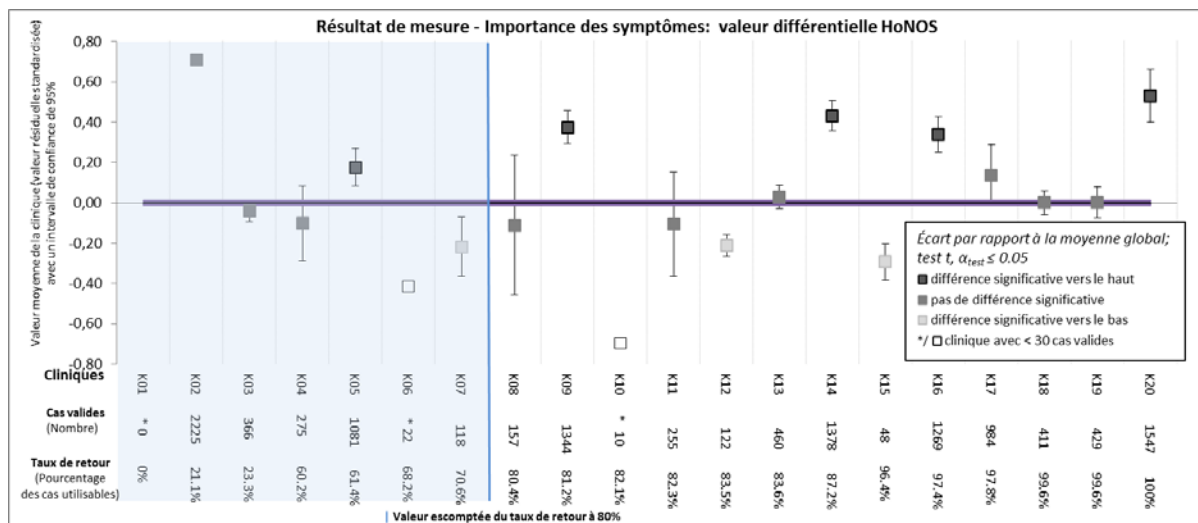


Illustration 1: Exemple d'une figure présentant les valeurs différentielles de la mesure de l'importance des symptômes (analogue à BSCL, EFM **sans ajustement des risques** et sans présentation du taux de retour).

Chaque clinique est représentée par une valeur moyenne avec son intervalle de confiance de 95% (IC). A ce titre, les valeurs résiduelles de l'échantillon complet avec l'intervalle de confiance sont indiquées à titre de référence. Il est possible d'identifier rapidement si chaque clinique se situe dans la moyenne (la barre d'erreur de la clinique recoupe la référence globale) ou si elle se situe dans les valeurs inférieures ou supérieures (la barre d'erreur complète de la clinique se situe au-dessous ou au-dessus des valeurs de référence globales).

Pour les deux mesures de l'importance des symptômes, les valeurs positives 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 de manière significative de la moyenne sur le plan statistique. Quant aux cliniques présentant moins de 30 cas évaluables³⁹ 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

³⁹ Conformément aux résultats de la procédure de consultation, augmentation du nombre minimum de cas évaluables de n=20 à n=30.

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, mettant en exergue la clinique concernée à l'aide d'un code couleur.

5.2.2. 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 le niveau de significativité) s'applique aux évaluations suivantes:

- Évaluation par des tiers: valeur différentielle HoNOS
- Autoévaluation : valeur différentielle BSCL

Cli- nique	HoNOS	BSCL
	Valeur différen- tielle	Valeur différen- tielle
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 80% (HoNOS) respectivement 40% (BSCL)
n'a pas livré des données

Illustration 2: Exemple de l'aperçu global des résultats sous forme de tableau

Pour les deux mesures de l'importance des symptômes et sur la base du niveau de significativité défini, un champ gris foncé met en exergue un résultat de mesure de la clinique concernée nettement supérieur à la moyenne 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. Quant à HoNOS et BSCL, les valeurs résiduelles standardisées et significativités sont également présentées en annexe sous forme de tableau. Il s'agit d'informations



statistiques complémentaires aux résultats d'analyse, permettant leur interprétation 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)

Illustration 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, l'intervalle de confiance de 95%, la valeur t, ainsi que la significativité de l'écart par rapport à la valeur moyenne globale, sont présentés en annexe dans un 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)

5.2.3. Comparaison annuelle des résultats de mesure

Outre l'évaluation transversale comparative des cliniques, une analyse longitudinale comparative des données sur plusieurs années est réalisée dès la 2^{ème} année de mesure selon la même méthode d'analyse⁴⁰. 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 différentielle HoNOS
- Autoévaluation: valeur différentielle BSCL

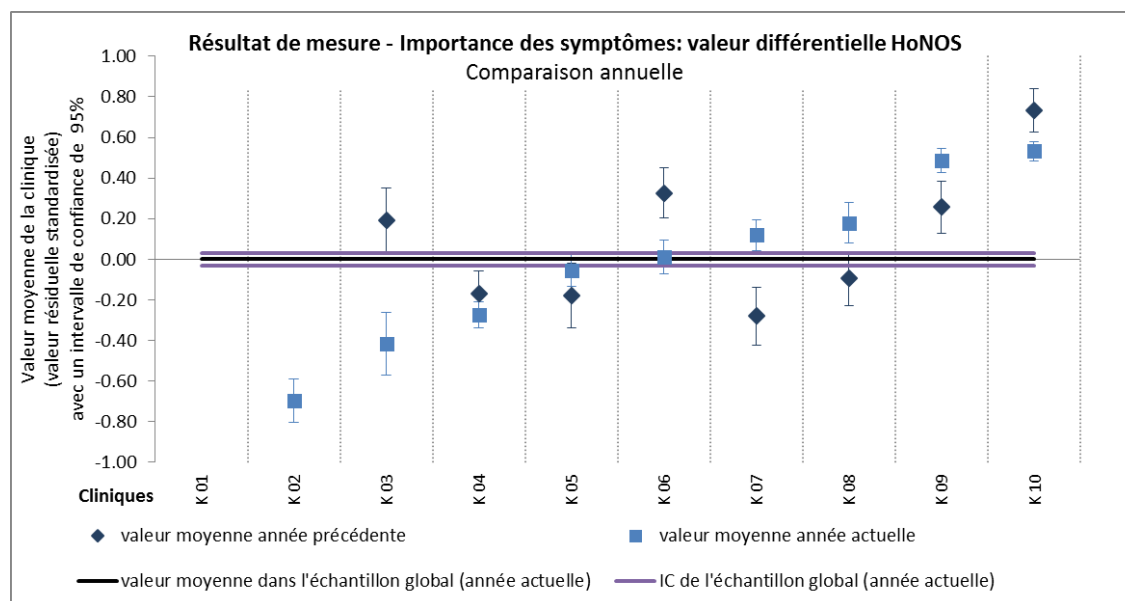


Illustration 4: Exemple d'illustration de la comparaison annuelle des résultats de mesure

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.

40 Les données 2016 ne peuvent pas être comparées avec celles des années précédentes, puisque les comparaisons entre les cliniques sont désormais réalisées d'après trois types de cliniques.

5.3. 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 BSCL s'applique au même titre aux évaluations de la qualité des données de BSCL et de l'EFM (sans valeur attendue).

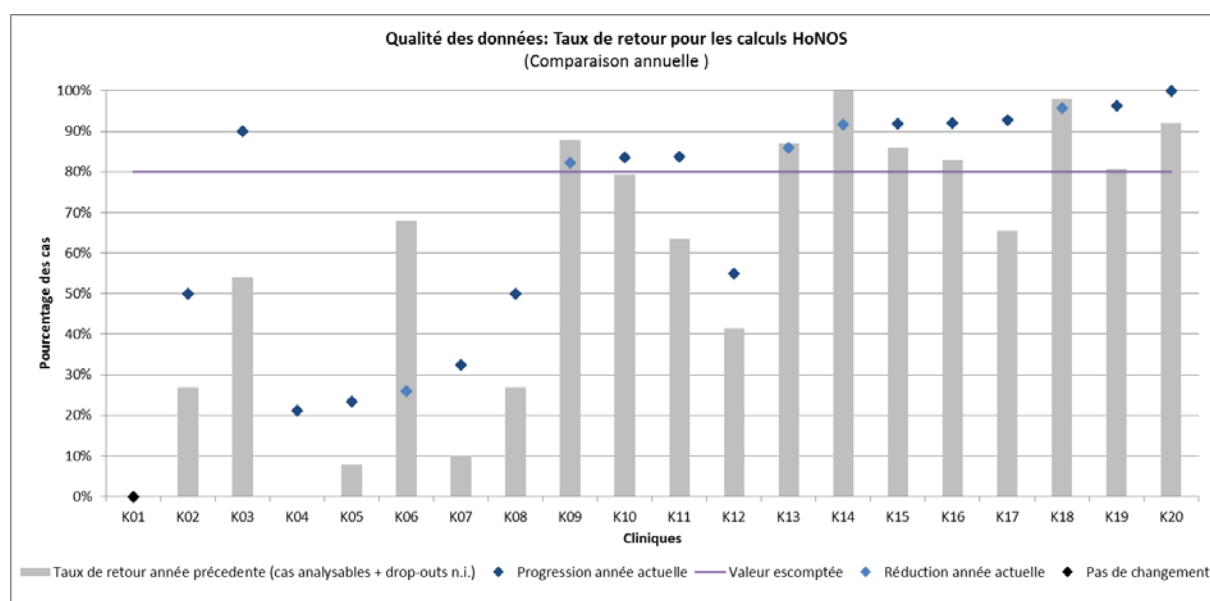


Illustration 5: Exemple d'illustration comparaison annuelle de la qualité des données

5.4. Analyse de la psychiatrie forensique⁴¹

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

41 Pour la psychiatrie forensique, des rapports séparés sont élaborés à titre d'essai sur la base des données 2014 et 2015; un contrôle sera ensuite réalisé quant à l'applicabilité et à l'utilité d'une telle démarche.



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.

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

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*, 11 juin 2012 (version 2).

EFM – Instrument de relevé Mesures limitatives de liberté. *ANQ*, 11 juin 2012 (version 2).

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*, 19 décembre 2013 (version 3).

Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données. Mesures de la qualité nationales en psychiatrie stationnaire pour adultes. *ANQ*, 28 janvier 2014 (version 3).

Variables de la Statistique médicale. Spécifications valables depuis le 1.1.2012. *Office fédéral de la Statistique OFS*, juillet 2011.