

---

# 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“

Valable à partir du 01 août 2020

01 août 2020 / version 7.4



## Codes couleur / journal des modifications

---

Afin que vous disposiez d'un outil sans cesse actualisé, ce document est mis à jour en cours d'année si nécessaire. Les codes couleur vous aident à identifier rapidement les dernières modifications apportées. Les codes couleur sont réinitialisés une fois par an (en début d'année).

<b>Code couleur</b>	<b>Modifié au</b>	<b>Mot-clé</b>
Jaune	01 août 2019	Complément à la définition des cas, introduction cut-off taux de valeurs manquantes, tableau de bord moniQ, graphique mesures limitatives de liberté analogue PA & lien avec PAFA, changement du mode de relevé (>24h)
Bleu	01 août 2020	Ajout tableau de bord moniQ, condition nombre de cas suffisant pour présentation détaillée des mesures limitatives de liberté, ajout variable „domaine d'activité“

---

## Sommaire

---

Impressum.....	4
1. Situation initiale.....	5
2. Méthode du relevé des données.....	6
2.1. Relevé des données.....	6
2.2. Instruments de mesure.....	6
2.3. Indicateurs.....	6
2.4. Moments des relevés.....	7
2.5. Définition des cas.....	7
2.6. Taille de l'échantillon.....	7
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. Évaluation.....	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 graphiques des cliniques.....	16
5.3.2. Tableau d'aperçu global.....	17
5.3.3. Comparaison annuelle des résultats de mesure (ajustés).....	19
5.4. 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 adolescents Indicateurs. Importance des symptômes" et „Mesures limitatives de liberté"
Année	2020
Auteurs	w hoch 2 Research, Analysis & Consulting, Berne Basé sur les cliniques psychiatriques universitaires UPK Basel, Dr. Bernhard Büh- rlen, Simone McKernan et Dr. Evita Harfst avec le concours du Groupe Qualité Psychiatrie de l'ANQ, le groupe d'experts Dis- cussion des méthodes et le professeur Lutz Dümbgen et son équipe, Université de Berne, Département Mathématiques et Statistiques.
Mandante	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)
représentée par	Dr. Johanna Friedli, responsable Psychiatrie, ANQ
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Bureau Weltpoststrasse 5 3015 Berne <a href="http://www.anq.ch">www.anq.ch</a>

## 1. Situation initiale

---

La Suisse compte env. 32 cliniques et sites de psychiatrie 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 d'enfants et d'adolescents sur mandat des partenaires tarifaires que sont H+, santésuisse, curafutura, 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.

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

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

Le concept d'évaluation 7.3 a tenu compte des nouveautés apportées à la méthode d'évaluation statistique. Ces dernières ont été élaborées par un groupe d'experts de l'ANQ sur mandat du Groupe Qualité Psychiatrie. Les modifications ont été approuvées par le Comité de l'ANQ, ainsi que par les partenaires de l'ANQ (fournisseurs de prestations et agents payeurs) dans le cadre d'une consultation finale.

Quant à la nouvelle méthode d'évaluation statistique, il s'agit d'une analyse régressionnelle élargie par rapport au modèle actuel. Le nouveau modèle linéaire multiple tient compte des paramètres de qualité des différentes cliniques. Dorénavant, l'influence des covariables avec interactions est intégrée (modélisation des dépendances de covariables qui s'influencent mutuellement). Dans l'échelle, les valeurs de résultat sont 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 Mathématiques et Statistiques.

## 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. 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.

### 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 for Children and Adolescents \(HoNOSCA\)](#) ([glossaire 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-PEA](#)

Vous trouverez de plus amples informations sur le [portail 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 liberté<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 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.

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

## 2.4. Moments des relevés

L'importance des symptômes est relevée à l'admission et à la sortie (intervalle de minimum 24 heures), 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 de cas correspond à celle de l'Office fédéral de la statistique telle qu'elle est présentée dans la [conception détaillée pour la statistique médicale](#). En principe, une unité de relevé correspond à un cas de traitement. Sur la base de l'expérience de la mesure réalisée en psychiatrie pour adultes en 2018, il a été décidé<sup>2</sup>, d'adopter la définition de cas **sans** regroupement des cas selon TARPSY/Swiss-DRG pour l'année de mesure 2019. Les données ne doivent donc pas contenir de cas regroupés selon TARPSY/SwissDRG.

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<sup>er</sup> 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 en clinique) 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<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Décision du Comité de l'ANQ du 09.07.2019

<sup>3</sup> Pour l'évaluation des données 2019, un taux de valeurs manquantes avec un cut-off de 0.1% est désormais prescrit pour toutes les variables de l'OFS qui ne doivent pas être obligatoirement déclarées. Les rares cliniques présentant plus de 0,1% de valeurs manquantes pour ces variables seront signalées dans les graphiques des résultats. Ces mesures permettent de poursuivre l'amélioration de la comparabilité.

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.

## 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

w hoch 2 met à la disposition de chaque clinique un lien de téléchargement protégé par mot de passe qui permet de transmettre les données directement à l'institut d'analyse. Cette procédure garantit une sécurité maximale des données et réduit la charge administrative des cliniques. Il est donc recommandé de livrer les données via le portail de téléchargement de l'institut d'analyse.

Il est également possible d'envoyer les données sur CD par courrier recommandé ou par Email (p.ex. cryptées dans une archive ZIP codé à l'aide d'un mot de passe communiqué au préalable par téléphone ou par Email séparé à l'adresse : [analyse@whoch2.ch](mailto:analyse@whoch2.ch)).

Pour un cryptage efficace des fichiers, il existe des programmes gratuits tels que 7-zip.

Lorsque les données ou une partie des données sont saisies à l'aide d'un logiciel spécialisé, la clinique doit régler la livraison des données. Le principe prévaut que les données sont la propriété de la clinique et peuvent uniquement être transmises à l'institut d'analyse par le fournisseur du logiciel si une autorisation spécifique a été accordée par la clinique.

### 3.3. Qualité des données

#### 3.3.1. Taux de retour / valeurs attendues

Sur la base du manuel relatif aux mesures réalisées en psychiatrie (cf. [portail de l'ANQ](#)), ainsi qu'aux taux de retour réellement atteints, l'ANQ a défini des valeurs attendues au niveau de la qualité des données et les a redéfinies à partir de la livraison des données 2017 (données 2016)<sup>4</sup>:

- Valeur attendue HoNOSCA: 90%
- Valeur attendue HoNOSCA-SR: 60%

---

<sup>4</sup> 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.



- Sets de données manquants ou erronés: 0%<sup>5</sup>
- 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.<sup>6</sup>
- Pour l'évaluation des données 2019, un taux de valeurs manquantes avec un cut-off de 0.1% est désormais prescrit pour toutes les variables de l'OFS qui ne doivent pas être obligatoirement déclarées. Les rares cliniques présentant plus de 0,1% de valeurs manquantes pour ces variables seront signalées dans les graphiques des résultats. Ces mesures permettent de poursuivre l'amélioration de la comparabilité.

### 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](#)”.

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 pour des variables telles que sexe, âge ou diagnostic principal utilisées pour l'ajustement du case-mix ou requises pour des affectations entraînent l'exclusion de l'ensemble du cas

<sup>5</sup> 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.”

<sup>6</sup> 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.

(cf. [Contrôle et validation des données](#)). 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.

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 ([à générer directement via le tableau de bord moniQ](#))

Les messages clés sont publiés sur internet dans le cadre d'une comparaison des cliniques.<sup>7</sup>

### 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)
  - Importance des symptômes  
Graphique présentant les résultats ajustés des cliniques (valeur de comparaison<sup>8</sup>) 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
    - Evaluation par des tiers: valeur de comparaison HoNOSCA

---

<sup>7</sup> Cf. [concept de publication PEA](#) de l'ANQ.

<sup>8</sup> 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

- Mesures limitatives de liberté

Graphique présentant les résultats des cliniques pour la proportion de cas concernés (càd. cas avec au moins une mesure limitative de liberté) sans ajustement des risques et indication de la significativité statistique.

Tableau récapitulatif de tous les écarts significatifs par rapport à la valeur de référence pour chaque clinique (en cas de nombre de cas suffisant):

- Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté
- Isolement (intensité (fréquence\*durée)/cas)
- Immobilisation (intensité (fréquence\*durée)/cas)
- Médication malgré la résistance du patient (orale et injection combinées, fréquence/cas)

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

- Comparaisons annuelles de la qualité des résultats

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
  - Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté

#### 4. Qualité des données

- Proportion de cas évaluable pour calculs HoNOSCA
- Proportion de cas évaluable pour calculs HoNOSCA-SR
- Proportion de saisies correctement documentées pour les mesures limitatives de liberté
- Comparaisons annuelles de la qualité des données
  - Proportion de cas évaluable HoNOSCA pour les années en cours et précédente
  - 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.

#### 6. Méthodes (brève description)

- 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 (influçables & non influçables) 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:<sup>9</sup>
  - 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

---

<sup>9</sup> 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.

- A titre de comparaison: moyenne des scores totaux non ajustés HoNOSCA et HoNOSCA-SR, toutes les cliniques confondues (valeur à l'admission et valeur différentielle)
- Mesures limitatives de liberté non ajustées
  - Nombre total de mesures limitatives de liberté (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 malgré la résistance du patient (orale et injection combinées, orale, injection; 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<sup>10</sup>.

Les rapports individuels des cliniques ne sont pas publiés.

## 5. Évaluation

---

### 5.1. Terminologie

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

#### Paramètre de qualité

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

#### Valeur de comparaison

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

#### Covariables

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

#### Valeur différentielle

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

---

<sup>10</sup> Cf. [concept de publication PEA de l'ANQ](#).

## 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...)
11. Nombre de diagnostics secondaires.

## 12. Domaine d'activité

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

#### 5.3.1. Comparaison graphiques 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).

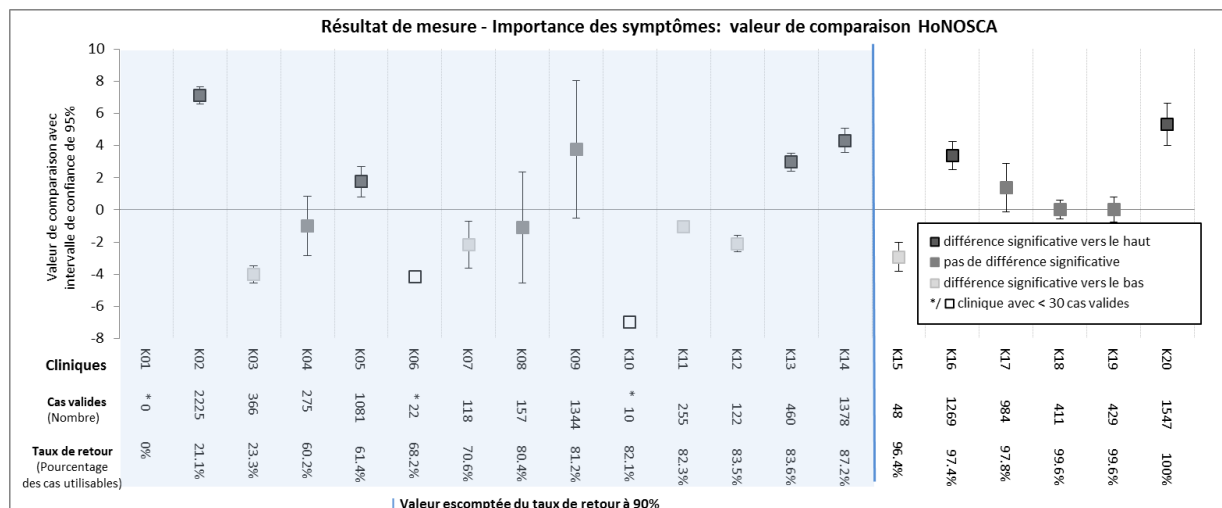


Figure 1: Exemple d'une illustration présentant les valeurs de comparaison de la mesure de l'importance des symptômes HoNOSCA (analogue à HoNOSCA-SR, EFM sans ajustement des risques et sans présentation du taux de retour).

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

Clinique	HoNOSCA	HoNOSCA-SR
	Valeur de comparaison	Valeur de comparaison
K01		
K02		
K03	#	
K04		
K05		
K06		
K07		
K08		
K09		*
K10		
K11		#
K12		

Légende
différence significative vers le haut
pas de différence significative
* < 30 cas valides => aucune significativité calculée
différence significative vers le bas
# Taux de retour inférieur à 90% (HoNOSCA) respectivement 60% (HoNOSCA-SR)
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 évaluable,

signalées par une \* et illustrées par un champ blanc, aucune significativité n'est présentée. Les cliniques avec un taux de retour inférieur à la valeur attendue sont signalées par une # et encadrées en bleu.

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

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

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

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

Le deuxième tableau récapitulatif présente les résultats détaillés des mesures limitatives de liberté, relevées à l'aide de l'EFM (en cas de nombre de cas suffisant):

- Proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté (MLL)
- Isolement (intensité (fréquence\*durée)/cas)
- Immobilisation (intensité (fréquence\*durée)/cas)
- médication malgré la résistance du patient (orale et injection fréquence/cas)

Clinique	MLL	Isolement	Immobilisation	Médec. malgré r.
	Nombre de cas concernés	intensité / cas	intensité / cas	fréquence / cas
K01				
K02				
K03				
K04				
K05				
K06				
K07				
K08				*
K09			*	*
K10			*	*
K11		*		
K12				

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

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

Pour les mesures limitatives de liberté, un champ gris foncé indique une proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté nettement inférieure à la moyenne des cliniques ayant relevé au moins une mesure limitative de liberté, et un champ gris clair une proportion de cas avec au moins

une mesure limitative de liberté nettement supérieure à la moyenne globale. Un champ gris moyen signifie que la proportion de cas avec au moins une mesure limitative de liberté ne se distingue pas significativement de la moyenne globale sur le plan statistique.

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

- Isolement (intensité (fréquence\*durée)/cas)
- Immobilisation (intensité (fréquence\*durée)/cas)
- Médication malgré la résistance du patient (orale et injection fréquence/cas)

### 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. 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

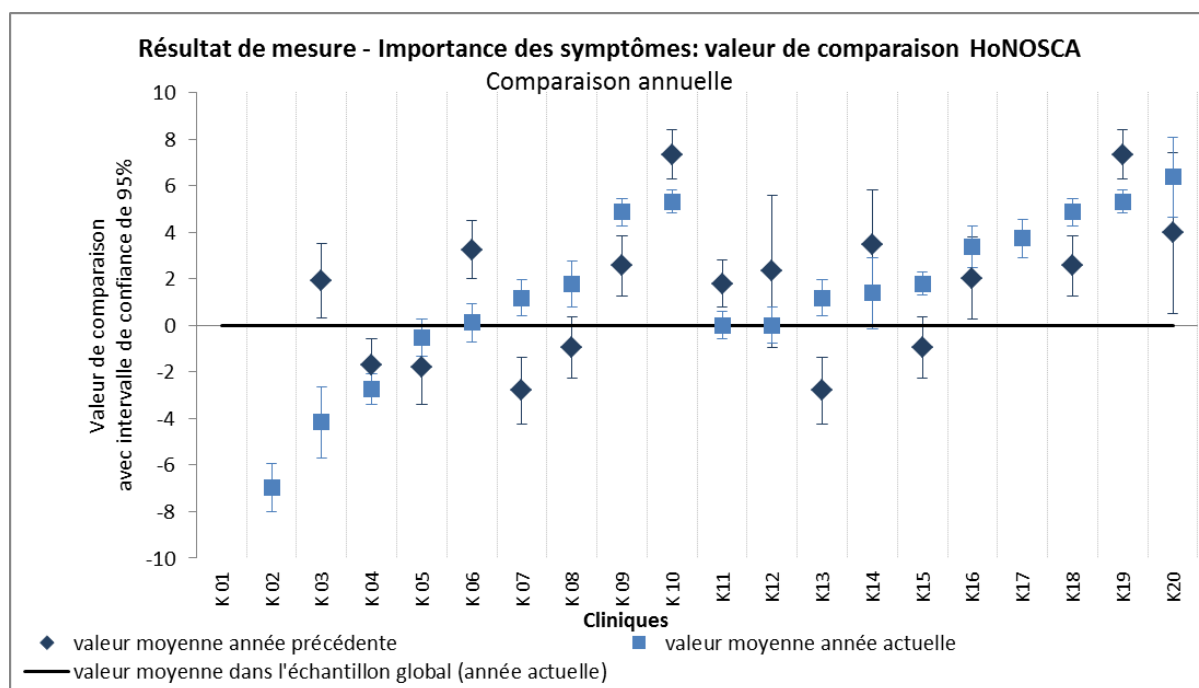


Figure 4: Exemple d'illustration de la comparaison annuelle des résultats de mesure

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.

#### 5.4. Présentation comparaison annuelle de la qualité des données

La présentation de la qualité des données est également réalisée en comparant deux années consécutives. L'aperçu graphique global présente à ce titre la qualité des données de l'année précédente sous forme de barre; la valeur de l'année actuelle est indiquée par un losange de couleur: le bleu foncé 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 du HoNOSCA-SR et de l'EFM-PEA (sans valeur attendue).

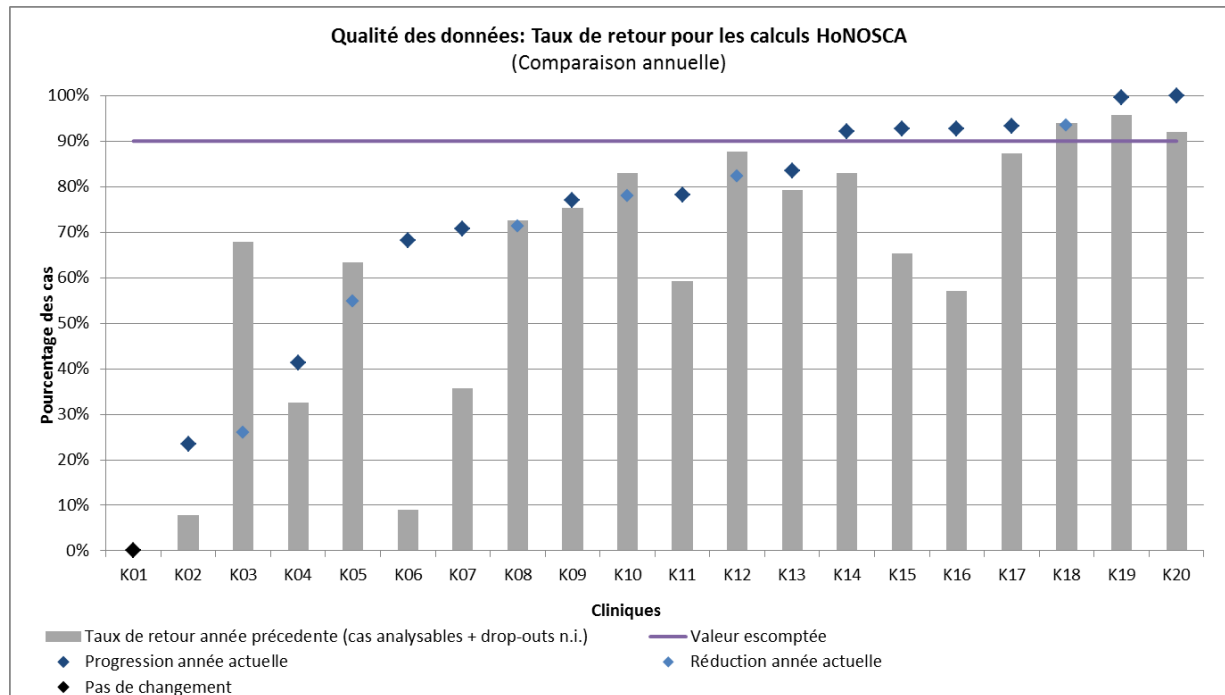


Figure 5: Exemple de figure de la comparaison annuelle de la qualité des données

## 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.

Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). [Comparaisons de la qualité des institutions psychiatriques](#) (uniquement en allemand). *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