



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données Psychiatrie stationnaire pour adultes

Mesures nationales de la qualité des indicateurs « Importance des symptômes » et « Mesures limitatives de liberté »

Valable dès le 01.01.2021 / Version 6.0



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).

Code couleur	Modifié au	Mot-clé
Jaune	24 septembre 2020	nouveau code « Isolement pour raisons infectieuses/somatiques », valable à partir du 1.1.2021

Sommaire

1	Introduction	4
2	Aperçu du concept des mesures (que faut-il mesurer ?).....	4
3	Moments précis des relevés	5
3.1	Mesure à l'admission	6
3.2	Mesure à la sortie	6
3.3	Mesures limitatives de liberté	7
4	Instruments de mesures.....	7
4.1	Evaluation par des tiers avec HoNOS	7
4.2	Autoévaluation à l'aide de BSCL	12
4.3	Relevé des mesures limitatives de liberté (EFM).....	14
4.4	Données OFS.....	18
4.5	Gestion des données manquantes	18
4.6	Utilisation des données pour les traitements individuels.....	19
5	Qualité des données	19
5.1	Qualité des données, base importante pour l'évaluation des données	19
5.2	Benchmark taux de retours des données.....	19
5.3	Formation pour le relevé des mesures	20
5.4	Contrôle de la qualité des données à l'interne et par l'ANQ	20
5.5	Soutien pour les personnes chargées des relevés.....	20
6	Livraison des données	20
7	Evaluation et rapport sur la qualité.....	21
8	Protection des données	21

Illustrations

Illustration 1: Aperçu conception des mesures nationales de la qualité en psychiatrie ANQ ...5

Tableaux

Tableau 1:	Codification des Drop-out pour HoNOS	8
Tableau 2:	Codification de Drop-out pour BSCL.....	13
Tableau 3:	Aperçu relevé des mesures limitatives de liberté (EFM)	15
Tableau 4:	Responsabilité et moment précis du relevé EFM.....	17



1 Introduction

Contexte des mesures nationales de la qualité en psychiatrie

La loi fédérale sur l'assurance-maladie exige que les cliniques psychiatriques réalisent des mesures de la qualité des résultats. L'ANQ – l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques – a donc défini des mesures nationales de la qualité. Les mesures de la qualité des résultats en psychiatrie hospitalière se basent sur le concept de mise en œuvre de l'ANQ et font office de consensus entre les hôpitaux (associations des hôpitaux H+ et associations psychiatriques) et les financeurs (cantons, assureurs).

A qui s'adresse ce manuel?

Ce manuel s'adresse aux personnes chargées des mesures de la qualité des résultats ANQ dans le cadre d'un processus de soins (évaluation par des tiers), ainsi qu'aux personnes qui informent, motivent et aident les patientes et patients lorsqu'ils remplissent le questionnaire sur la qualité (autoévaluation). L'objectif du manuel est d'offrir un aperçu rapide et succinct. Vous trouverez des informations complémentaires sur le [portail Internet](#) de l'ANQ sous la rubrique „Psychiatrie“.

2 Aperçu du concept des mesures (que faut-il mesurer ?)

Les prescriptions relatives aux mesures s'appliquent à tous les patient-e-s de tous secteurs de la psychiatrie adulte hospitalière¹. Les cliniques psychiatriques sont des établissements classés par l'Office fédéral de la Statistique sous les catégories typologiques K211 ou K212. Les cliniques ou les unités stationnaires de psychiatrie infantile et juvénile participent à une mesure séparée. L'unité de relèvement est le cas traité (le cas médical).

En plus des mesures relatives aux données minimales et complémentaires en psychiatrie selon les prescriptions de l'Office Fédéral de la Statistique, une mesure de la qualité à l'admission et à la sortie doit s'accompagner d'une évaluation par des tiers et d'une autoévaluation de l'importance des symptômes. Les éventuelles mesures limitatives de liberté doivent être relevées tout au long de la durée de l'hospitalisation.

¹ Les patients mineurs hospitalisés dans des unités de psychiatrie pour adultes sont traités comme des adultes dans le cadre des mesures et relevés conformément à la méthodologie décrite dans ce manuel. Dans les établissements spécialisés en psychiatrie d'enfants et d'adolescents, des mesures séparées sont réalisées.

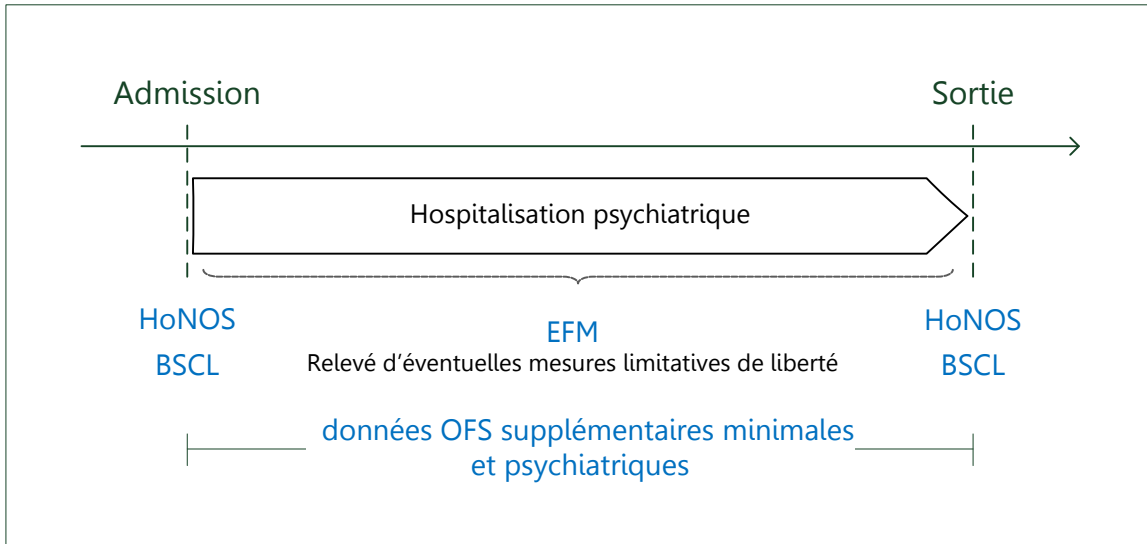


Illustration 1: Aperçu conception des mesures nationales de la qualité en psychiatrie ANQ

Par ailleurs, les cliniques mesurent la „satisfaction des patients » à la sortie. Pour de plus amples informations, merci de vous référer au concept élaboré par l’ANQ et au manuel relatif aux mesures de la satisfaction des patients, publié par l’institut d’enquête w hoch 2 GmbH.

La psychiatrie forensique est dispensée à partir du 01.01.2019 de la mesure de l’auto-évaluation (patients) BSCL.

3 Moments précis des relevés

Les relevés de routine à l’admission et à la sortie (HoNOS, BSCL) sont réalisés en principe **le plus proche possible** du moment de l’admission ou de la sortie effective de la clinique, mais au plus tard 3 jours après l’admission resp. au plus tôt 3 jours avant la sortie. 1 jour équivaut à 24 heures. La mesure à l’admission doit donc être réalisée au cours des 72 heures suivant le moment de l’admission. Idéalement, le relevé doit être effectué le plus tôt possible et, si possible, au cours de l’entretien d’admission.

La période d’évaluation comprend les 7 derniers jours, à moins que le temps écoulé depuis le remplissage du questionnaire d’admission soit < 7 jours, auquel cas le temps écoulé depuis le remplissage du questionnaire d’admission est évalué indépendamment de sa durée.

Lors d’un transfert d’une unité à une autre au sein du même établissement, aucune nouvelle mesure n’est effectuée. En cas de congé, les mesures à l’admission et à la sortie ne sont pas réalisées pour autant qu’aucun règlement interne quant au décompte des prestations ne stipule une clôture du dossier. Lorsqu’une absence de la clinique est toutefois traitée comme une fin du traitement (clôture du dossier et ouverture d’un nouveau dossier), les mesures à l’admission et à la sortie doivent être réalisées comme décrit ci-dessus.

Lors d’un changement purement administratif (p.ex. en raison d’un changement du répondant des coûts), aucune mesure n’est effectuée à la sortie / à l’admission. Les cas administratifs sont regroupés

par les cliniques dans un seul cas de traitement de manière similaire à la procédure pour livrer les données à l'Office fédéral de la Statistique. Par cas de traitement, une mesure avec le HoNOS et une autre avec le BSCL sont requises en début et en fin de traitement. La définition de cas correspond à celle de l'office fédéral de la statistique telle que présentée dans le concept détaillé de la statistique médicale². Une unité de mesure correspond à un cas de traitement. Sur la base de l'expérience de l'évaluation 2018, il a été décidé³ de définir les cas sans regroupement de cas selon TARPSY / Swiss-DRG de l'année de mesure 2019. Les données ne doivent donc pas contenir de cas regroupés conformément à TARPSY / SwissDRG.

3.1 Mesure à l'admission

Lors de la mesure à l'admission, le statut du patient au cours des 7 derniers jours est évalué. En d'autres termes, les jours avant l'admission sont également pris en compte. L'état le plus grave doit être consigné au cours de la période d'évaluation (donc pas de moyenne au cours de cette période). L'évaluation par des tiers et l'autoévaluation sont effectuées tout de suite après l'admission, **si possible après le premier entretien avec le responsable du cas**, mais au plus tard 3 jours après l'admission.

Les mesures ANQ doivent être réalisées pour tous les patients, même s'ils devraient a priori résider moins de sept jours au sein de la clinique. Les raisons sont les suivantes:

- *Motifs de Drop-out non influençables:*
Sortie dans les 24 heures (uniquement à la sortie), sortie dans les 24 heures mais sans code de Drop-out correct, période de mesure trop courte, langue, trop malade, décès, trop jeune, sortie non planifiée.
- *Motifs de Drop-out influençables:*
Refus du patient/de la patiente, autre motif (avec et sans spécification), codage erroné comme „Sortie dans les 24 heures” ou „Trop jeune”, code invalide (non défini), questions répondues mais marquées comme Drop-out.
Ces motifs devraient être restreints au strict minimum (surtout refus du patient et „autres” motifs), ou être totalement évités (les restants).

3.2 Mesure à la sortie

L'évaluation par des tiers et l'autoévaluation à la sortie sont effectuées **si possible à la suite de l'entretien de sortie** (le dernier entretien avec le responsable du cas). En règle générale, elles se déroulent le jour de la sortie. Dans tous les cas, le relevé peut avoir lieu au plus tôt 3 jours avant la sortie. Lors de sorties non planifiées, l'évaluation par des tiers (HoNOS) doit être réalisée au plus vite, et au plus tard 3 jours après la sortie (càd. en général en l'absence de la patiente/du patient).

Le questionnaire de sortie doit uniquement être rempli s'il y a un intervalle d'au moins 24h (>24h) entre le questionnaire d'admission et le questionnaire de sortie.⁴

² OFS

³ Décision du comité du 9 juillet 2019

⁴ Valable à partir du 1er janvier 2020

La période d'évaluation comprend les 7 derniers jours, à moins que le temps écoulé depuis le remplissage du questionnaire d'admission soit < 7 jours, auquel cas le temps écoulé depuis le remplissage du questionnaire d'admission est évalué indépendamment de sa durée.

3.3 Mesures limitatives de liberté

Les mesures limitatives de liberté sont relevées tout au long de l'hospitalisation et le plus rapidement possible. En cas d'isolement, d'immobilisation, et de médication forcée, un formulaire (électronique) „Relevé de mesures limitatives de liberté » est **en règle générale** complété **immédiatement avec la prescription médicale** ". Pour les mesures de sécurité sur une chaise ou au lit, le formulaire est complété **à l'application de la mesure**.

4 Instruments de mesures

4.1 Evaluation par des tiers avec HoNOS

L'évaluation par des tiers avec HoNOS mesure plusieurs domaines problématiques au cours des 7 derniers jours. Un changement de l'état du patient peut souvent être observé pendant ces 7 jours. Dans ce cas, il convient de consigner l'état le plus grave (manifestation la plus grave) pendant la période de mesure et il ne faut pas répondre par rapport à l'état moyen du patient. Lors d'un séjour de moins de 7 jours, la période d'évaluation pour la mesure de sortie se rapporte au temps écoulé depuis le remplissage du questionnaire d'admission, indépendamment de sa durée (au moins 24 heures).

Le responsable du cas est chargé de l'évaluation par des tiers avec HoNOS. Il peut s'agir soit :

- du médecin/psychologue responsable du cas ou
- de l'infirmier/de l'infirmière responsable du cas (s'applique uniquement aux cliniques dans lesquelles le personnel soignant est en charge de la gestion des cas). Il n'est pas question du « modèle de personnel soignant de référence », mais de la personne chargée des soins directement prodigués et de la coordination du traitement supplémentaire par cas.

Le modèle évaluateurs, consistant en la réalisation des mesures par des personnes qui ne sont pas responsables de la gestion des cas et ne sont pas impliquées dans le processus de soins, ne doit pas être employé pour ces mesures.

Une évaluation par des tiers est en principe toujours possible et obligatoire pour tous les patients – indépendamment du diagnostic, de l'âge, de l'état et de la situation actuelle, etc. Pour la mesure HoNOS à l'admission, il n'existe pas de motifs d'abandon légitimes. La seule exception pour ne pas effectuer une mesure HoNOS à la sortie est le cas où une sortie se fait dans les 24 heures suivant la mesure à l'admission puisque les périodes de référence du sondage (les dernières 24 heures) se recouperaient fortement.

Dans des situations particulières, il convient de prendre en compte les consignes suivantes:

<ul style="list-style-type: none"> • Sortie imprévue • Pas de retour des vacances • Décès 	Pas de motifs de Drop-out, la personne responsable du cas effectuée une mesure HoNOS dans les 3 jours suivant la sortie/le décès
--	--

Codification des Drop-out pour HoNOS (codes de Drop-out):

1	Sortie dans les 24 heures suivant la mesure HoNOS à l'admission, période de mesure trop courte	Uniquement accepté pour la mesure HoNOS à la sortie
2	Autres	À sélectionner rarement en cas d'exception, doit être complété par des explications dans l'espace dédié à cet effet

Tableau 1: Codification des Drop-out pour HoNOS

Règles générales pour le codage dans le cadre des évaluations avec HoNOS

Les conventions générales d'évaluation de l'ANQ ci-après relatives au HoNOS sont identiques à celles du document „Questionnaire d'évaluation intégré HoNOS, échelle HoNOS avec glossaire intégré et conventions générales d'évaluation ANQ“ du 28.01.2014. Il s'agit de la présentation du HoNOS avec des conventions générales d'évaluation intégrées, qui se prêterait également aux formations internes.

En règle générale, les points suivants s'appliquent à HoNOS:

- Lorsque vous ne parvenez pas à déterminer clairement le degré de gravité pour un item (p.ex. „2“ ou „3“), alors il convient – dans le doute – de toujours opter pour le degré de gravité le plus élevé (dans cet exemple, le „3“).
- Dans HoNOS, les cotations sont décrites dans les langues nationales. A ce titre, certains items peuvent contenir plusieurs descriptions qui font toujours office d'options valables (liées par le terme « ou »), c.à.d. qu'une seule de ces descriptions par cotation suffit pour satisfaire à cette cotation. La cotation est également admise en présence d'un exemple analogue.
- L'évaluation est toujours descriptive, c.à.d. qu'elle est indépendante d'un groupe de troubles ou d'un traitement médicamenteux. Exemple: traitement médicamenteux des troubles du sommeil; lorsqu'au moment de l'évaluation le patient ne souffre pas de troubles du sommeil, alors cet item est coté „0“, indépendamment du lien entre le sommeil et la médication.
- Dans l'évaluation HoNOS, toutes les informations disponibles doivent être prises en compte, donc ne pas uniquement celles provenant directement du patient mais également d'autres sources (famille, travailleurs sociaux, médecin traitant, psychologue, etc.). L'infirmier ou clinicien s'interroge quant à la plausibilité et décide, sur cette base, de l'évaluation concrète à donner. Si des informations controversées peu plausibles proviennent de diverses sources, alors les contradictions doivent être clarifiées. Les contradictions qui ne peuvent pas être clarifiées dans un délai de trois jours sont cotées „9“ (inconnu).
- Si possible, ne pas attribuer la valeur 9 à plus de trois items, puisque la totalité du questionnaire est ensuite exclue de l'évaluation!

Conventions générales d'évaluation relatives à divers items du HoNOS

Item 1: Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

- Inclure toute agression quelle qu'en soit la cause (e.g. drogues, alcool, démence, psychose, dépression, etc.).
- Un comportement étrange doit être traité de manière distincte et consigné dans l'item 6 (Troubles liés aux hallucinations et délires).
- Il convient également de consigner dans cet item la désinhibition sexuelle et la résistance active/agressive contre les mesures appliquées.

Item 2: Lésions auto-infligées non accidentelles

- **Attention:** cet item inclut la suicidalité **et** les lésions intentionnellement auto-infligées sans intentions suicidaires.
- Les blessures accidentelles (dues p.ex. à une démence ou à une déficience mentale sévère) **ne** sont **pas** incluses; les problèmes cognitifs sont évalués à l'échelle 4 et les blessures à l'échelle 5
- *Ne pas inclure les maladies ou blessures directement imputables à la consommation d'alcool évaluées dans l'échelle 3 (e.g. une cirrhose du foie ou une blessure suite à une conduite en état d'ivresse sont cotées dans l'échelle 5).

Item 3: Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool

- Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à la consommation d'alcool ou de drogues, cotés dans l'échelle 1.
- Ne pas inclure les maladies ou handicaps physiques dus à l'alcool ou aux drogues, cotés dans l'échelle 5.
- Toute maladie physique ou handicap physique dû à la consommation d'alcool ou de drogues n'est pas coté ici mais dans l'item 5.
- La consommation incontrôlée de médicaments ou dosages non prescrits (abus de médicaments) doit également être intégrée dans cet item. La prise de médicaments prescrits à raison du dosage prescrit ne doit pas être incluse, même si l'ordonnance semble problématique.
- Lorsqu'une nette dépendance à l'alcool ou aux drogues (craving) est dénotée, mais qu'en raison des conditions protégées, la consommation n'est pas possible, coter 3 („Nette dépendance à l'alcool ou aux drogues“). Si la nette dépendance n'est qu'occasionnelle, il convient de coter 1 ou 2 selon la situation.
- La notation „4“ équivaut à des problèmes graves dus à l'alcool ou aux drogues, la nette dépendance ne peut pas être maîtrisée.

Item 4: Troubles cognitifs

- Les problèmes de mémoire, d'orientation et de la pensée doivent être cotés ici, indépendamment du diagnostic posé, donc également p.ex. en cas de: troubles d'apprentissage, démence, schizophrénie etc.
- Les problèmes temporaires dus à la consommation d'alcool / de drogues (p.ex. gueule de bois) ne doivent pas être cotés ici mais dans l'item 3.

- Exemples: difficultés à trouver son chemin, à comprendre des phrases compliquées, à parler, à reconnaître des proches parents; à perdre des affaires, problèmes de mémoire à court terme, communication.
- Les troubles de la pensée formelle sont également illustrés dans cet item.

Item 5: Troubles associés à une maladie physique ou un handicap

- Les maladies ou handicaps qui limitent ou entravent le déplacement, ou réduisent la vue ou l'audition, ou qui interfèrent autrement avec le fonctionnement de la personne doivent être consignés dans cet item, indépendamment de leur cause (p.ex. troubles de coordination ou faiblesse avec risque de chute, besoin d'aides à la marche, alitement, douleur).
- Inclure les effets secondaires des médicaments ; les effets de drogues ou d'alcool ; les handicaps physiques dus à des accidents ou les blessures liées à des troubles cognitifs, à la conduite en état d'ivresse, etc.
- Ne pas inclure les troubles mentaux ou comportementaux cotés dans l'échelle 4.

Item 6: Troubles liés aux hallucinations et délires

- Inclure les hallucinations et les délires sans tenir compte du diagnostic.
- Inclure les comportements étranges ou bizarres liés à des hallucinations ou des délires.
- Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à des symptômes psychotiques, codés à l'échelle 1.
- Les troubles du moi sont également illustrés ici.
- Les symptômes négatifs marqués ne doivent pas être cotés ici, mais doivent être cotés dans l'item 8 sous J=Autres, si ces derniers prédominent le tableau clinique.

Item 7: Troubles liés à l'humeur dépressive

- **Ne pas** inclure l'hyperactivité ou l'agitation, cotées dans l'échelle 1.
- **Ne pas** inclure les idéations suicidaires ou les tentatives de suicide, évaluées dans l'échelle 2.
- **Ne pas** inclure les délires ou les hallucinations, cotées à l'échelle 6.
- Les pertes de l'élan vital **ne** sont **pas** illustrées ici mais – si elles prédominent le tableau clinique – dans l'échelle 8.

Item 8: Autres troubles mentaux et comportementaux

- L'item 8 du HoNOS doit être complété comme suit (algorithme obligatoire):
 1. La première étape consiste à déterminer le problème principal dans l'item 8 (= principal problème psychique ou comportemental qui n'a pas encore été illustré dans les items 1-7). Il s'agit à nouveau de sélectionner dans la liste fournie le principal problème qui s'est manifesté au cours des 7 derniers jours. Lorsqu'à la sortie, un autre problème prédomine par rapport à l'admission, alors ce nouveau problème doit être évalué.
 2. Seul ce problème et uniquement celui-ci est ensuite évalué

3. A l'item 8, il n'y a donc pas lieu de cumuler plusieurs troubles mais d'évaluer exclusivement le principal problème psychique ou comportemental qui n'a pas encore été illustré dans les items 1-7.
- Outre les exemples de syndromes/troubles suivants (A phobie; B anxiété; C obsessionnel-compulsif; D lié au stress; E dissociatif; F somatoforme; G alimentaire; H sommeil; I sexuel), il convient d'illustrer sous „J Autre” p.ex. les pertes de l'élan vital ou symptômes négatifs lorsqu'ils prédominent clairement le tableau clinique. La catégorie D=lié au stress ne doit pas être utilisée (puisque cela s'applique à tous nos patients et ne discrimine pas l'item).

Item 9: Problèmes pour établir des relations sociales significatives

- Inclure les problèmes (dans la famille et/ou dans un réseau social plus large) dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations négatives, destructrices ou nuisibles.
- Les problèmes relationnels dus à un manque de distance sont à consigner dans "Problèmes nets pour établir ou maintenir des relations sociales significatives (échelle 2)".
- N'oubliez pas d'intégrer des informations provenant de relations établies avec p.ex. des médecins, le personnel de soin ou d'autres patients.

Item 10: Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne

- Évaluer le niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, (ex. problèmes avec les soins personnels de base comme manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes ; évaluer aussi les tâches complexes comme la gestion du budget, l'organisation du logement, l'occupation et les loisirs, la mobilité et l'utilisation des transports, les achats, le développement personnels, etc.).
- Lors de l'évaluation du degré de gravité, il convient de partir de la norme statistique. Pour les personnes limitées dans leur capacité fonctionnelle résidant depuis longtemps dans une institution de soins dans laquelle les déficits sont compensés par le personnel de soin, il convient toutefois d'évaluer le handicap personnel réel comparé avec la population saine.
- Un manque de motivation pour recourir à des ressources d'entraide doit être inclus lorsque cela contribue à diminuer le niveau global de fonctionnement, p.ex. en cas de désintérêt pour la vie hors domicile.
- Ne pas inclure l'absence de possibilité de pratiquer des habiletés et compétences, évaluées dans les échelles 11-12.
- Des problèmes dans le domaine des soins en cas d'incontinence ou d'autres troubles divers doivent être illustrés dans cet item, l'incontinence ou d'autres troubles physiques doivent, quant à eux, être cotés dans l'item 5.

Item 11: Problèmes liés aux conditions de vie (logement)

- Cet item s'intéresse aux conditions de vie au domicile du patient, et non pas à celles en milieu clinique. Les conditions de vie au domicile doivent également être illustrées lors de l'évaluation de sortie. Dans de nombreux cas, aucune modification ne sera apportée par rapport à l'évaluation à l'admission. Si des changements significatifs sont néanmoins survenus au cours du séjour hospitalier (p.ex. résiliation du bail de l'appartement, changement d'institution de soins, trouver un logement après un sans-abrisme préalable, etc.), les nouvelles conditions doivent être illustrées lors de la mesure de sortie.

- Il convient d'évaluer la sévérité des problèmes liés à la qualité des conditions de vie, combinée à l'appartement. Les besoins matériels de base sont-ils comblés (chauffage, lumière, hygiène)?
- N'évaluez pas le niveau du handicap fonctionnel mais uniquement la qualité des conditions environnementales. Les handicaps fonctionnels sont cotés dans l'item 10.

Item 12: Problèmes liés à l'occupation et aux activités

- Évaluer le niveau global de problèmes liés à la qualité de l'environnement de jour. Y a-t-il de l'aide pour s'adapter aux handicaps, et des possibilités pour maintenir ou améliorer les compétences et les activités occupationnelles et de loisir ? Considérer les facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'absence d'une équipe qualifiée, le manque d'accès à des services de soutien (ex. personnel et équipement de centres de jour, ateliers, clubs sociaux, etc.).
- Ne pas évaluer le niveau du handicap fonctionnel lui-même, évalué à l'échelle 10.
- A l'image de l'item 11, il convient d'évaluer les conditions de vie de l'environnement habituel des patients (donc pas celles de la clinique). L'évaluation de sortie se référera donc souvent aux conditions avant l'admission en clinique, à moins que les conditions de vie n'aient évolué au cours du séjour hospitalier (p.ex. licenciement professionnel, quitter une institution de soins, organisation d'un nouveau poste dans un atelier protégé etc.)
- Les conditions de vie liées aux conditions de logement ne doivent pas être illustrées ici mais à l'item 11.

4.2 Autoévaluation à l'aide de BSCL⁵

A l'instar de HoNOS, le responsable du cas est chargé de **remettre le BSCL et de motiver les patient-e-s**. Il s'agit soit

- du médecin/psychologue responsable du cas ou
- de l'infirmier/de l'infirmière responsable du cas (ne s'applique que lorsque le personnel soignant de la clinique est chargé de la gestion des cas).

La remise du questionnaire et la motivation du patient/de la patiente font si possible partie intégrante du premier entretien, respectivement de l'entretien de sortie avec le responsable du cas.

Il est possible de proposer de l'aide pour remplir le formulaire – pour autant que cela s'avère nécessaire (p.ex. lors de problèmes de langue ou de compréhension). L'aide ne doit toutefois en aucun cas influencer les patient-e-s.

La formulation suivante est à adopter pour la **motivation à l'admission** (rester fidèle au contenu):

«L'autoévaluation de vos maux, problèmes et symptômes à l'aide de ce questionnaire fournit des informations importantes pour la planification thérapeutique et permet également un contrôle des soins dispensés. Elle est donc très importante. Je vous remercie de bien vouloir compléter le formulaire suite à ce premier entretien et de me le remettre personnellement ou au bureau de l'unité de soins. Je vous invite à vous adresser à l'un(e) des collaborateurs (trices) de l'équipe si vous rencontrez des problèmes

⁵ La psychiatrie légale est dispensée à compter du 01.01.2019 à partir de la mesure de l'auto-évaluation (patients) BSCL.

lorsque vous complétez le questionnaire. Nous vous aidons volontiers. Nous discuterons ensuite du questionnaire que vous avez bien voulu compléter, merci beaucoup !»

La formulation suivante est à adopter pour la **motivation à la sortie** (rester fidèle au contenu):

«L'autoévaluation réitérée de vos maux, problèmes et symptômes à la sortie de la clinique à l'aide du questionnaire que vous connaissez déjà permet un contrôle du succès des soins dispensés. Elle est donc très importante. Je vous remercie de bien vouloir compléter le formulaire suite à cet entretien de sortie et de me le remettre personnellement ou au bureau de l'unité de soins. Je vous invite à vous adresser à l'un(e) des collaborateurs(trices) de l'équipe si vous rencontrez des problèmes lorsque vous complétez le questionnaire. Nous vous aidons volontiers, merci beaucoup !»

En principe, il faut tenter de motiver tous les patient-e-s à compléter le BSCL – indépendamment du diagnostic, de l'âge, de l'état et de la situation actuelle, etc. – à moins qu'il soit évident qu'aucune auto-évaluation pertinente ne pourra en résulter.

L'autoévaluation structurée de la situation personnelle est une composante importante du diagnostic clinique et forme une base primordiale pour la planification thérapeutique future. Lorsque cela s'avère possible, la perception personnelle du patient devrait être comparée à l'évaluation par des tiers avant d'être toutes deux discutées avec le patient. La planification thérapeutique dûment fondée repose ainsi sur cette démarche.

S'il **n'est pas possible d'obtenir une autoévaluation BSCL**, il est obligatoire de toujours saisir un des **codes des Drop-out** suivants.

1	Refus du patient/de la patient-e (malgré motivation et aide)
2	Connaissances linguistiques insuffisantes (les questionnaires sont disponibles en allemand, français et italien)
3	La patiente / le patient est trop malade pour effectuer une autoévaluation (psychose ou démence grave, maladie physique très grave)
4	Décès
5	La patiente / le patient est trop jeune (<14 ans) pour comprendre le questionnaire
6	Sortie dans les 24 heures. suivant la mesure BSCL à l'admission, période de mesure trop courte
7	Sortie spontanée, non planifiée ou non-retour des vacances
8	Autres: à préciser dans le champ de texte prévu à cet effet

Tableau 2: Codification de Drop-out pour BSCL

Le BSCL est à disposition en allemand, français, italien et anglais. Les quatre versions du BSCL peuvent être utilisées partout en Suisse. Ces versions sont „ANQ-approved“. Jusqu'à nouvel ordre, l'ANQ ne mettra pas de **versions linguistiques** validées supplémentaires du BSCL à disposition: les évaluations spécifiques des données de la mesure ANQ „psychiatrie stationnaire pour adultes“ réalisées ont montré que seul un nombre restreint de Drop-outs du questionnaire patients BSCL étaient dus à des problèmes linguistiques et que ces derniers présentent une hétérogénéité linguistique très élevée. Il est incontestable que les mesures ANQ doivent également répondre aux besoins des migrants. Cette situation de départ ne requérant néanmoins pas d'actions immédiates, que la société Hogrefe ne met pas à disposition des versions linguistiques supplémentaires du BSCL et que l'élaboration de traductions validées



s'avère très laborieuse, l'ANQ se contente pour l'instant des quatre versions linguistiques en allemand, français, italien et anglais.

Le BSCL est protégé par les droits de licence de la société Hogrefe, et son utilisation payante. Les **frais de licence** pour l'utilisation du BSCL dans le cadre des mesures ANQ sont réglés par l'ANQ. La licence de mesure a été étendue à la possibilité de réaliser des mesures du déroulement à l'échelle individuelle clinique.

4.3 Relevé des mesures limitatives de liberté (EFM)

Les mesures limitatives de liberté sont rarement appliquées en psychiatrie et, le cas échéant, lors de rares exceptions dûment justifiées, à savoir lorsqu'il existe un risque élevé de mise en danger de soi ou d'autrui en raison de la maladie psychique du patient.

Elles sont soumises à différentes conditions cadres légales (Code civil suisse - Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation – et les dispositions cantonales d'introduction et d'exécution qui y sont liées, ainsi que les bases légales cantonales)⁶. Il existe de nombreux débats éthiques liés à cette thématique et des lignes directrices élaborées par des sociétés spécialisées (cf. telles que „Mesures de contrainte en médecine [2005], réédition 2015“ de l'Académie suisse des Sciences médicales ASSM ou les directives relatives aux différentes mesures destinées à restreindre la liberté de mouvements **de la Société suisse de Gériatrie**).

Les mesures limitatives de liberté prises en compte dans la mesure ANQ de la qualité des résultats en psychiatrie englobent l'isolement, l'immobilisation, la médication forcée, le maintien ferme, ainsi que des mesures de sécurité spécifiques à l'âge avancée comme p.ex. la table de sécurité, monter des barrières de lit ou utiliser des couvertures ZEWI.

Le tableau ci-après fournit un aperçu des données à relever à l'attention de l'ANQ.

⁶ Cf. Nouveau CO (entre en vigueur dès le 1.1.2013), surtout art. 19 let. C nouveau CO (capacité de discernement), art. 377ss. nouveau CO (Représentation pour des mesures médicales), 383ss. nouveau CO (Mesures limitatives de liberté), 433ss. nouveau CO (Traitement médical sans consentement)

Type de mesures limitatives de liberté	Catégorie	Période ou moment précis	
		Début Date et heure	Fin Date et heure
Isolement	<ul style="list-style-type: none"> psychiatriques infectieuses / somatiques⁷ 	Début Date et heure	Fin Date et heure
Immobilisation		Début Date et heure	Fin Date et heure
Médication forcée	<ul style="list-style-type: none"> Orale Injection 	Moment précis Date et heure	
Maintien ferme		Début Date et heure	Fin Date et heure
Mesure de sécurité chaise		Début Date et heure	Fin Date et heure
Mesure de sécurité Lit		Début Date et heure	Fin Date et heure

Tableau 3: Aperçu relevé des mesures limitatives de liberté (EFM)

Définition pour le relevé de mesures limitatives de liberté (EFM)

Une mesure limitative de liberté est par définition appliquée contre la volonté du patient, c.à.d. contre un refus verbal ou non verbal, à savoir le refus clair et net d'être isolé, immobilisé, maintenu fermement et/ou de prendre des médicaments, d'être bloqué au lit avec des barrières de lit ou d'être assis en position basse; cela indépendamment de la virulence du refus, de la capacité de discernement, d'un consentement antérieur aux mesures limitatives de liberté ou de l'opinion des proches. Si la volonté du patient n'est pas claire, p.ex. en cas de démence, la volonté présumée est déterminante. Dans le doute, la mesure est à discuter de manière interdisciplinaire et avec des proches ou personnes chargées de représenter le patient.

Un autre aspect indispensable est l'initiation d'une mesure limitative de liberté basée sur un rapport de force prédominant (maîtrise par la force), ou par la menace d'une maîtrise par la force. Vis-à-vis de patient-e-s âgé-e-s, une attitude autoritaire (« attitude menaçante ») peut être suffisante.

Isolement

Un isolement, qui doit être obligatoirement relevé dans le cadre des mesures de la qualité ANQ, est une mise à l'écart dans une chambre individuelle fermée. Le patient est seul dans la chambre et ne peut pas en sortir. Une distinction est faite entre l'isolement dû à une indication psychiatrique et l'isolement dû à une indication infectieuse / somatique (p.ex. norovirus, COVID-19 ou SARM).

Pour tous les isollements, il convient de saisir le moment du début et de la fin de la mesure. Des interruptions jusqu'à deux heures ne sont pas prises en compte (les soins corporels, cigarettes, promenades etc. ou tentatives de levée de la mesure). Des isollements au sens d'un „Time out“ qui se déroulent dans le cadre d'un programme thérapeutique approuvé par le patient ne sont pas relevés, étant donné que la mise en danger de soi et d'autrui ne s'applique pas.⁸

⁷ A l'instar des autres mesures limitatives de liberté, les isollements infectieux / somatiques sont appliqués contre la volonté de la patiente / du patient. Voir aussi Définition mesures limitatives de liberté.

⁸ L'enfermement de courte durée est saisi sous isolement.

Immobilisation

L'immobilisation, à consigner obligatoirement dans le cadre des mesures de la qualité ANQ, consiste à attacher une personne à un lit. L'immobilisation appliquée pour raison de sécurité (des couvertures ZEWI etc.) est notée sous le point correspondant.

Pour toutes les immobilisations, le début et la fin de la mesure sont relevés. Des interruptions jusqu'à deux heures ne sont pas prises en compte (les soins corporels, cigarettes, promenades etc. ou tentatives de levée de la mesure). Les immobilisations prescrites à plus long terme comptent comme une seule mesure et sont relevées avec un début et une fin concrets.

Médication forcée

Une médication forcée, à consigner obligatoirement dans le cadre des mesures de la qualité ANQ, consiste à administrer un ou plusieurs médicaments sous forme d'injection ou par voie orale, clairement contre la volonté du patient, avec ou sans immobilisation. La médication forcée orale signifie qu'une injection forcée imminente sera faite si le médicament n'est pas ingéré.

Pour toutes les médications forcées, le type (voie orale ou injection) et le moment précis sont relevés et ce, lors de chaque application, même si elles sont prescrites à plus long terme et conservent leur caractère « forcé » (voir à ce sujet la définition « Mesures limitatives de liberté »).

En cas d'immobilisation > 30 min. pour administrer une médication forcée (p.ex. dans le cadre d'une infusion), les deux mesures doivent être consignées séparément.

Maintien ferme

Depuis plusieurs années, certaines cliniques pratiquent une nouvelle méthode de limitation des mouvements, le dénommé maintien ferme visant à calmer le patient. Dans de nombreux cas, elle permet d'éviter l'immobilisation, méthode bien plus invasive. Un tel maintien ferme s'accompagne d'une communication valorisante structurée et entraîne, dans la plupart des cas, un rapide apaisement du patient. Ce maintien ferme est appliqué contre la volonté du patient ou de la patiente.

Le maintien ferme, une méthode autonome pour calmer le patient, est défini comme la "maîtrise ou le maintien d'un patient par des collaborateurs". Le maintien ferme correspond à ce titre à une immobilisation physique et signifie ainsi l'immobilisation du patient par le maintien ferme exercé par une ou plusieurs personnes. Cette forme de mesure contraignante exclut expressément le recours à des systèmes mécaniques utilisés pour l'immobilisation. Un maintien ferme de courte durée (< 30 minutes) pour administrer une médication forcée ou réaliser une immobilisation n'est pas consigné séparément comme maintien ferme.

Mesures de sécurité d'immobilisation sur une chaise

Les mesures de sécurité d'immobilisation sur une chaise, à relever obligatoirement dans le cadre des mesures de la qualité ANQ, consistent à restreindre la liberté de mouvement, à savoir de fixer un plateau à la chaise, d'attacher le patient à un fauteuil (roulant), d'immobiliser le fauteuil roulant ou d'asseoir le patient sur un canapé très bas. Des interruptions jusqu'à deux heures ne sont pas prises en compte (les soins corporels, cigarettes, promenades etc.).

Pour toutes les mesures de sécurité d'immobilisation sur une chaise, l'heure et la date du début et de la fin de l'application sont relevées.

Mesures de sécurité d'immobilisation au lit

Les mesures de sécurité d'immobilisation au lit, à relever obligatoirement dans le cadre des mesures de la qualité ANQ, consistent à restreindre la liberté de mouvement, à savoir d'apposer des barrières de lit, d'attacher le patient au lit ou à utiliser des couvertures ZEWI. Les lits de soins bas et matelas équipés de détecteurs-avertisseurs ne sont pas relevés en tant que mesures limitatives de liberté dans le cadre des mesures ANQ. Ces mesures sont en général appliquées la nuit. Des interruptions jusqu'à deux heures ne sont pas prises en compte.

Pour toutes les mesures de sécurité d'immobilisation au lit, l'heure et la date du début et de la fin de l'application sont relevées.

Distinction entre les mesures de sécurité au lit et les immobilisations

Les barrières de lit et sangles visant à empêcher le patient de tomber du lit et qui sont apposées contre sa volonté sont des mesures de sécurité au lit. Elles peuvent être appliquées de temps à autre la nuit ou p.ex. chaque nuit durant une période définie. Les immobilisations et le ligotage sont utilisés en psychiatrie aiguë. Ils sont en général de courte durée et à caractère unique avec un début et une fin définis. Ces mesures sont appliquées en cas de situation extraordinaire et contre la volonté du patient.

Responsabilité et moment précis du relevé

Les responsabilités et les moments précis pour le relevé des mesures limitatives de liberté (EFM) sont définis comme suit:

	<i>Personne chargée du relevé</i>	<i>Moment précis</i>
		En principe: le plus vite possible
Isolement, Immobilisation, médication forcée, maintien ferme	Médecin en charge de la prescription	En même temps que le début et la fin de la prescription
Mesures de sécurité lit ou chaise	Personnel soignant	Le plus proche possible de la mesure, le jour même de l'application
		Les mesures géro-psycho- triques spécifiques à caractère ré- gulier peuvent être relevées au préalable dans un souci de gain de temps

Tableau 4: Responsabilité et moment précis du relevé EFM

Des éventuelles responsabilités déjà existantes, pour autant qu'elles aient fait leurs preuves, doivent être conservées.

Lorsque aucune mesure limitative de liberté n'est appliquée de manière générale ou au cours d'une période de relevé précise, alors aucune donnée spécifique n'est à relever. Le cas échéant, il convient

d'informer l'institut d'évaluation lors de la livraison des données qu'aucune mesure limitative de liberté n'a été appliquée.

Problèmes fréquents de relevé

Omission du relevé

Chaque clinique nomme une personne responsable du respect des directives et du relevé complet des mesures limitatives de liberté. Cette personne devra également être la personne de contact pour l'institut d'évaluation pour toute demande de clarification. La concordance entre les prescriptions médicales documentées et le relevé des mesures limitatives de liberté (EFM) devrait être régulièrement contrôlée à l'interne à l'aide d'échantillons représentatifs.

Données relevées à double

Des structures organisationnelles adéquates doivent permettre de palier au relevé de mesures limitatives de liberté à double (p.ex. par des services aux horaires différents).

Relevé de la fin de la mesure

Le danger subsiste que le début d'une mesure soit relevé, mais que sa fin soit omise. Les cliniques doivent instaurer des structures de contrôle adéquates afin d'éviter ces éventuelles omissions.

4.4 Données OFS

Les données utilisées sont celles de la Statistique médicale qui sont déjà relevées au sein de la clinique. Elles sont adressées à l'institut d'évaluation, ainsi qu'à l'Office fédéral de la Statistique (OFS). Par ailleurs, il convient d'indiquer le numéro d'identification du cas (FID) et le numéro d'identification interne du patient (PID). Pour des questions spécifiques, merci de bien vouloir vous adresser à l'institut d'évaluation.

4.5 Gestion des données manquantes

Différentes raisons sont à l'origine de données manquantes, en particulier:

- Omissions de saisie (p.ex. l'état civil a été omis),
- Absence de cette manifestation (il n'y a p.ex. pas de diagnostic secondaire car le patient souffre d'une seule maladie),
- Pour les questionnaires patients : pas d'indications de la part du patient (pour des motifs divers, non connus)

Pour tous les cas précités, la variable respective doit être laissée vide („manquant“). Cela signifie que la clinique ne dispose d'aucune information au sujet de cette variable. Cette valeur „manquante“ doit être dissociée des valeurs „0“ et „9“. Ces dernières sont associées à des significations spécifiques (la valeur „0“ signifie p.ex. pour le HoNOS et également le BSCL que le patient ne présente pas de problème dans ce domaine; la valeur „9“ admise dans HoNOS signifie „ne peut être évalué/ne s'applique pas“ ce qui est p.ex. le cas lorsqu'un patient ne peut pas répondre à une question spécifique.

4.6 Utilisation des données pour les traitements individuels

En règle générale, les mesures ANQ ont été conçues de sorte à pouvoir être utilisées pour les traitements individuels (facultatif), et devraient d'ailleurs être appliquées. Le cas échéant, les données relevées avec HoNOS et/ou BSCL sont visualisées directement après la saisie ou après le relevé par les responsables de cas et ainsi utilisées pour la planification des soins. Lorsque cela s'avère possible, elles devraient être discutées avec le patient. Il en va de même pour les valeurs à la sortie pour l'évaluation du traitement notamment.

L'élaboration d'instruments adéquats pour le calcul des valeurs d'échelle et éventuellement la présentation sous forme de diagrammes incombent aux cliniques. Les mesures ANQ visent en effet l'obtention de données comparatives nationales, ainsi que la publication de rapports cliniques.

5 Qualité des données

5.1 Qualité des données, base importante pour l'évaluation des données

Une qualité des données suffisante permet de garantir l'obtention de résultats pertinents. Pour ce faire, les éléments principaux à prendre en compte sont

- L'obtention d'un **taux de restitution suffisant/de l'intégralité des données**,
- une **bonne formation** des personnes en charge des évaluations/qui motivent et informent les patient-e-s et
- **une vérification interne** de la plausibilité des données relevées.

5.2 Benchmark taux de retours des données

Les taux suivants sont attendus:

- **Evaluation par des tiers:** mesure à l'admission: 100%; **relevé complet à l'admission et à la sortie: 90%**. Les données complètes englobent des variables importantes des données de base MedStat & des données supplémentaires Psychiatrie. Le calcul des 90% tient également compte des Drop-outs non influençables, et donc légitimes.
- **Autoévaluation: relevé complet à l'admission et à la sortie: 60%**. Les données complètes comprennent des variables importantes des données de base MedStat & des données supplémentaires Psychiatrie. Le calcul des 60% tient également compte des Drop-outs non influençables.
- **Sets de données manquants ou insuffisants : 0%**.

Sur la base des résultats de mesure concrets, l'ANQ adapte les retours de données attendus et informe les cliniques de cette éventuelle adaptation du retour de données fixé.

Les taux de retours obtenus par les cliniques sont soumis à un benchmark et publiés.

Les sets de données incomplets en raison du moment de livraison des données –le patient n'ayant en effet pas encore quitté l'établissement – sont épurés par l'institut d'évaluation. Ils n'apparaissent pas dans le taux de retours des données.

5.3 Formation pour le relevé des mesures

Les formations sont dispensées selon le principe de l'effet multiplicateur. Les experts forment les formateurs des cliniques qui, à leur tour, instruisent le personnel soignant / personnel chargé des relevés de la clinique concernée. L'ANQ propose des formations régulières.

5.4 Contrôle de la qualité des données à l'interne et par l'ANQ

Afin que la qualité des données soit satisfaisante, les données sur la qualité relevées doivent être soumises à un contrôle interne minutieux et précoce. En cas de problèmes rencontrés lors des relevés, des contre-mesures doivent être prises dans les domaines concernés.

L'intégralité et la plausibilité des données fournies par les cliniques sont vérifiées par l'institut d'analyse. L'ANQ prend des mesures adéquates liées aux relevés lorsque la qualité des données est insuffisante.

L'annexe au document „Définition des données“, intitulé „Contrôle et validation des données“ fournit une aide exhaustive pour le contrôle interne des données. Le document présente également le contrôle des données effectué par l'institut d'analyse.

5.5 Soutien pour les personnes chargées des relevés

En cas de problèmes, il convient de contacter dans un premier temps les formateurs internes, ainsi que les responsables de projet internes.

Pour tout problème lié à la qualité des données et/ou à la saisie technique, l'institut d'analyse et le bureau ANQ (responsable psychiatrie) se tiennent à votre entière disposition.

6 Livraison des données

Les données doivent être fournies à l'institut d'évaluation sous forme électronique. Les données doivent **toujours être livrées le 07.03. de l'année respective en cours**. Concrètement, les données doivent être livrées aux dates limites suivantes:

Toutes les données des patients quittant la clinique au cours de la période de relevé sont requises (y compris mesures à l'admission et à la sortie).

Selon le mode d'exportation de la clinique, les données peuvent être livrées selon une des variantes suivantes:

- Les données de tous les patients ayant quitté la clinique pendant la période de relevé concernée.
- Les données de tous les patients actifs pendant la période de relevé concernée.
- Les données de tous les patients ayant été admis à partir du 1.7.2012 (début des mesures ANQ en psychiatrie pour adultes).



Depuis la période de mesure de 2019, les données sont transmises à w hoch 2 via le tableau de bord "moniQ". À cette fin, un responsable par site de clinique reçoit un lien pour s'inscrire à moniQ. La personne responsable peut se connecter et télécharger des données tout au long de l'année en utilisant son adresse électronique et son mot de passe. À partir du printemps 2020, des informations en direct sur l'exactitude du format et la qualité des données seront disponibles dans le tableau de bord. Après d'éventuelles corrections, un nouvel ensemble de données peut être téléchargé facilement. Les données précédemment téléchargées sont automatiquement écrasées. Finalement, l'ensemble de données final doit être transféré du tableau de bord à l'écran 2 au plus tard le 7 mars.

L'alternative est d'envoyer les données sur un CD par courrier recommandé ou par Email à l'adresse : analyse@whoch2.ch (le cas échéant p.ex. dans un fichier ZIP crypté, accompagné d'un mot de passe transmis par courrier séparé ou téléphone).

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

Lorsque les données sont entièrement ou partiellement saisies dans un logiciel spécialisé, la clinique devrait régler leur livraison. Le principe prévaut que les données sont la propriété de la clinique et qu'elles peuvent uniquement être transmises à l'institut d'analyse par le fournisseur du logiciel si une procuration spécifique lui a été délivrée.

7 Evaluation et rapport sur la qualité

Un rapport annuel « Rapport comparatif national Psychiatrie pour adultes » sur la qualité en Psychiatrie est élaboré et publié. Ce dernier contient des analyses de la qualité des résultats comparant les cliniques pour toutes les régions linguistiques de Suisse. Vous trouverez les détails dans le document „Concept d'évaluation Psychiatrie stationnaire pour adultes”.

8 Protection des données

Les données qualité fournies à l'ANQ ne permettent pas d'identifier les patient-e-s. La gestion des données est exposée dans les règles de gestion des données de l'ANQ.