

---

# Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données Psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents

---

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

01.01.2021 / Version 4.0

Ce document est disponible en français et allemand. Une version italienne n'a pas été élaborée, en l'absence d'institutions de psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents au Tessin. En cas de demande, l'ANQ procédera volontiers à la traduction du document en italien.



## 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

01 septembre 2020

nouveau code « Isolement pour raisons infectieuses/somatiques », valable à partir du 1.1.2021

## Sommaire

---

Introduction .....	4
1.1 Contexte des mesures nationales de la qualité des résultats en psychiatrie d'enfants et d'adolescents.....	4
1.2 À qui s'adresse ce manuel? .....	4
2 Aperçu du concept des mesures (que faut-il mesurer?) .....	4
3 Moments des relevés .....	5
3.1 Mesure à l'admission .....	5
3.2 Mesure à la sortie .....	6
3.3 Mesures limitatives de liberté .....	6
4 Instruments de mesure .....	6
4.1 Evaluation par des tiers avec HoNOSCA .....	6
4.2 Auto-évaluation à l'aide de HoNOSCA-SR .....	8
4.3 Relevé des mesures limitatives de liberté en psychiatrie d'enfants et d'adolescents (EFM-PEA) .....	9
4.4 Données OFS.....	12
4.5 Gestion des données manquantes .....	12
4.6 Utilisation des données pour les traitements individuels.....	12
5 Qualité des données .....	13
5.1 Qualité des données, condition essentielle à l'évaluation des données .....	13
5.2 Benchmark taux de retours des données.....	13
5.3 Formation pour le relevé des mesures .....	13
5.4 Contrôle de la qualité des données à l'interne et par l'ANQ .....	14
5.5 Soutien pour les personnes chargées des relevés.....	14
6 Livraison des données .....	14
7 Evaluation et rapport sur la qualité.....	15
8 Protection des données .....	15

## Illustrations

---

Figure 1: aperçu conception des mesures nationales de la qualité des résultats PEA ANQ	5
--	---

## Tableaux

---

Tableau 1: Codification des motifs de Drop-out pour HoNOSCA.....	7
Tableau 2: Codification de Drop-out pour HoNOSCA-SR.....	9
Tableau 3: Aperçu relevé des mesures limitatives de liberté (EFM-PEA).....	10
Tableau 4: Responsabilité et moment précis du relevé EFM.....	11

## Introduction

---

### 1.1 Contexte des mesures nationales de la qualité des résultats en psychiatrie d'enfants et d'adolescents

La loi fédérale sur l'assurance-maladie exige que les cliniques psychiatriques réalisent des mesures de la qualité des résultats. Sur cette base, l'ANQ – Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques – a donc défini et introduit des mesures nationales de la qualité. La mise en place des mesures nationales de la qualité des résultats en psychiatrie stationnaire pour adultes a débuté le 1er juillet 2012. Le 1er juillet 2013, ces mesures ont également été introduites en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents. L'introduction s'effectue en deux phases:

- Le 1er juillet 2013, les données de base OFS (y compris les données supplémentaires en psychiatrie) sont à relever, de même que l'indicateur outcome „Importance des symptômes“ à l'aide des instruments de mesure HoNOSCA et HoNOSCA-SR.
- Quant au relevé des mesures limitatives de liberté, il a débuté le 1er janvier 2014 à l'aide d'une version adaptée à la psychiatrie d'enfants et d'adolescents de l'instrument déjà utilisé en psychiatrie pour adultes EFM (EFM-PEA).

Les mesures de la qualité des résultats en psychiatrie d'enfants et d'adolescents reposent sur le concept de mise en oeuvre relatif à la psychiatrie d'enfants et d'adolescents de l'ANQ et font office de consensus entre les hôpitaux (Association nationale des hôpitaux H+ et associations psychiatriques, surtout SSPPEA) et les organes de financement (cantons, assureurs).

### 1.2 À 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 patients lorsqu'ils remplissent le questionnaire sur la qualité (auto-évaluation). L'objectif du manuel est d'offrir un aperçu rapide et succinct. Des informations complémentaires sont disponibles sur le [portail Internet de l'ANQ](#) sous la rubrique « Psychiatrie ».

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

---

Les prescriptions de mesure de l'ANQ s'appliquent à tous les patients de tous les secteurs de la psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents. Seul le relevé de l'auto-évaluation de l'importance des symptômes (HoNOSCA-SR) est exclu pour les patients âgés de moins de 14 ans.

Les patients mineurs traités dans des unités de psychiatrie pour adultes sont intégrés dans les mesures de la psychiatrie pour adultes et sont donc considérés comme des adultes (cf. [Manuel: Mesures nationales de la qualité des résultats en psychiatrie stationnaire pour adultes](#)).

En complément aux relevés du set de données minimal et des données supplémentaires en psychiatrie conformément aux prescriptions de l'Office fédéral de la Statistique OFS, une auto-évaluation et une évaluation par des tiers de l'importance des symptômes sont réalisées pour la mesure de la qualité à l'admission et à la sortie. Les éventuelles mesures limitatives de liberté doivent être continuellement relevées tout au long du séjour hospitalier.

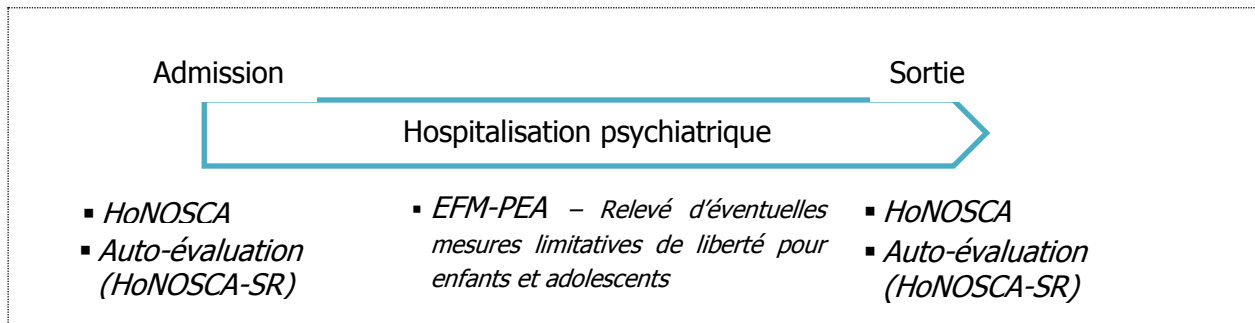


Figure 1: aperçu conception des mesures nationales de la qualité des résultats PEA ANQ

La „satisfaction des patients“ est également relevée à la sortie dans la plupart des cliniques. L'ANQ n'a pas encore élaboré de directives nationales dans ce domaine.

### 3 Moments des relevés

Les relevés de routine à l'admission et à la sortie sont en général réalisés directement après l'admission ou avant la sortie effective. L'évaluation (par des tiers et auto-évaluation) se rapportent toujours aux 7 jours précédant l'admission (la période d'évaluation concerne les symptômes pré-hospitaliers) et s'effectue au cours des deux premières semaines, si nécessaire en tenant compte des informations de tiers utiles à l'anamnèse (au plus tard après 14 jours).

En cas de transfert d'une unité à une autre au sein du même établissement ou au sein d'une unité de psychiatrie d'enfants et d'adolescents, aucune nouvelle mesure n'est réalisée. Un transfert d'une unité de psychiatrie d'enfants et d'adolescents à une unité de psychiatrie pour adultes au sein de la même institution exige la réalisation d'une nouvelle mesure à l'aide des instruments utilisés en psychiatrie pour adultes. En cas de vacances, aucune mesure n'est effectuée à l'admission et à la sortie. Lorsqu'une absence de la clinique est considérée comme une fin de traitement (clôture du cas et ouverture d'un nouveau dossier), les mesures à l'admission/à la sortie doivent être réalisées conformément aux prescriptions en vigueur.

Lors d'un changement de cas purement administratif (p.ex. en raison d'un changement de l'agent payeur), aucune mesure d'admission/de sortie n'est effectuée.

#### 3.1 Mesure à l'admission

La mesure à l'admission permet de consigner l'état du patient pour les 7 jours précédant l'admission. En d'autres termes, seuls les jours avant l'admission sont pris en compte pour l'évaluation. L'évaluation par des tiers est réalisée si possible à la suite de l'entretien d'admission, mais au plus tard dans les 14 jours suivant l'admission, l'auto-évaluation au plus tard dans les 72 heures, puisqu'il n'y aucune information de tiers utile à l'anamnèse à prendre en compte.

### 3.2 Mesure à la sortie

Le questionnaire de sortie doit uniquement être complété s'il y a un intervalle d'au moins 24h (>24h) depuis le remplissage du questionnaire d'admission<sup>1</sup>.

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.

L'évaluation par des tiers est réalisée si possible à la suite de l'entretien de sortie, au plus tôt 24 heures après le relevé à l'admission et 7 jours avant la sortie, au plus tard dans les 14 jours suivant la sortie. L'auto-évaluation est effectuée si possible à la suite de l'entretien de sortie, au plus tôt 24 heures après le relevé à l'admission et 7 jours avant la sortie, au plus tard dans les 72 heures, puisqu'il n'y aucune information de tiers utile à l'anamnèse à prendre en compte.

Lors de sorties non planifiées, l'évaluation par des tiers (HoNOSCA) doit idéalement être réalisée immédiatement mais au plus tard 3 jours après la sortie (càd. en général en l'absence de la patiente/du patient). Cette règle s'applique également lorsque la patiente/le patient est décédé/e.

### 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 malgré la résistance du patient, un formulaire (électronique) „Relevé de mesures limitatives de liberté » (EFM-PEA) est **en règle générale** complété **immédiatement avec la prescription médicale** ”.

## 4 Instruments de mesure

---

### 4.1 Evaluation par des tiers avec HoNOSCA

L'évaluation par des tiers avec HoNOSCA mesure plusieurs domaines problématiques au regard des 7 jours précédant l'admission. Un changement de l'état du patient peut souvent être observé au cours de ces 7 jours. Le cas échéant, l'objectif n'est pas de définir une valeur moyenne mais de consigner l'état le plus grave (manifestation la plus prononcée) pendant la période d'évaluation. 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).

La personne chargée du cas est responsable de l'évaluation par des tiers avec HoNOSCA. 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).

---

<sup>1</sup> Valable à partir du 1er janvier 2020

Le modèle évaluateurs (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 peut pas être utilisé 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 HoNOSCA à l'admission, il n'existe pas de motifs d'abandon légitimes. La seule exception pour ne pas effectuer une mesure HoNOSCA à la sortie est lorsque cette dernière se fait dans les 24 heures suivant la mesure à l'admission puisque les périodes de référence de l'enquête (les derniers 24 heures) se recouperaient.

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sortie non planifiée</li> <li>• Pas de retour des vacances</li> <li>• Décès</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de motifs de Drop-out</li> <li>• La personne responsable du cas consigne le HoNOSCA dans les 3 jours suivant la sortie/le décès</li> </ul>
---	---

Codification des Drop-outs pour HoNOSCA (codes de Drop-out) à la sortie:

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

Tableau 1: Codification des motifs de Drop-out pour HoNOSCA

### Conventions d'évaluation liées à HoNOSCA

- Lorsque vous ne parvenez pas à vous décider clairement pour le degré de gravité d'un item (p.ex. „2” ou „3”), alors il convient – dans le doute - de toujours consigner la manifestation la plus grave (dans le cas présent, le „3”).
- Dans HoNOSCA, les graduations sont décrites textuellement. Pour chaque graduation, plusieurs descriptions sont proposées. Chaque description fait office d'option (options liées par « ou »), c.à.d. qu'une seule des différentes descriptions proposées par graduation suffit à satisfaire cette graduation.
- L'évaluation doit toujours être descriptive, c.à.d. indépendamment d'un groupe de troubles ou d'un traitement médical ou encore du temps investi pour pallier un comportement problématique. Cela s'applique en particulier aux items suivants:
  - Item 3 „Lésions auto-infligées non accidentelles”, saisir le code „0” lorsque le comportement ne se manifeste pas, indépendamment du temps investi pour palier au comportement dans le cadre du traitement, puis saisir le code „3” lorsqu'une résolution et par celle-ci une tendance suicidaire est dénotée (suicidalité aiguë).
  - Item 4 „Troubles liés à l'abus d'alcool, de substances et de solvants”: idem, seule la consommation effective est codée, non pas le temps requis pour y pallier.

- Pour l'évaluation HoNOSCA, toutes les informations disponibles doivent être prises en compte, donc les éléments provenant du patient mais aussi d'autres sources (parents / proches, travailleurs sociaux, médecin traitant, psychologue, etc.). Le personnel soignant s'interroge quant à la plausibilité et décide ensuite de l'évaluation concrète à donner. En présence d'informations de plusieurs sources, qui s'avèrent être controversées et qui ne peuvent guère être plausibilisées, les contradictions doivent être clarifiées. Celles qui ne sont pas clarifiées au cours des 14 jours suivant l'admission sont codées comme inconnues „9”.
- Item 13 „Faible fréquentation scolaire”: seul le refus scolaire ou l'absentéisme sont codés, indépendamment de la forme de la formation (en clinique). D'autres motifs (p.ex. psychoses) entraînant l'absence scolaire sont codées avec „0”.

## 4.2 Auto-évaluation à l'aide de HoNOSCA-SR

A l'instar de HoNOSCA, le responsable du cas est chargé de la remise du HoNOSCA-SR et de la motivation du patient. 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).

A nouveau, la remise du HoNOSCA-SR (y.c. la motivation) n'est pas du ressort de personnes n'étant ni responsables de la gestion de cas ni impliquées dans le processus de soins.

La remise du questionnaire et la motivation du patient 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 patients.

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

*«L'auto-évaluation de vos/tes 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/te 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/t'invite à vous/t'adresser à l'un(e) des collaborateurs(trices) de l'équipe si vous rencontrez/tu rencontres des problèmes lorsque vous complétez/tu complètes le questionnaire. Nous vous/t'aidons volontiers, merci beaucoup !»*

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

*«L'auto-évaluation réitérée de vos/tes maux, problèmes et symptômes à la sortie de la clinique à l'aide du questionnaire que vous connaissez/tu connais déjà, permet un contrôle du succès des soins dispensés. Elle est donc très importante. Je vous/te 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/t'invite à vous/t'adresser à l'un(e) des collaborateurs(trices) de l'équipe si vous rencontrez/tu rencontres des problèmes lorsque vous complétez/tu complètes le questionnaire. Nous vous/t'aidons volontiers, merci beaucoup !»*



En principe, il faut tenter de motiver tous les patients à compléter le HoNOSCA-SR – 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.

Pour l'admission et la sortie, il existe des motifs de Drop-out non influençables légitimes qui peuvent donc être déclarés en tant que tel, de même que des motifs de Drop-out influençables (non légitimes):

Les patients âgés de moins de 14 ans sont systématiquement exclus de l'auto-évaluation (cf. motif de Drop-out 5).

S'il n'est pas possible d'obtenir une auto-évaluation HoNOSCA-SR, il est obligatoire de toujours saisir les codes des Drop-outs suivants.

1	Refus du patient, de la patiente (malgré motivation et aide)
2	Connaissances linguistiques insuffisantes (les questionnaires sont disponibles en allemand et français)
3	Le patient est trop malade pour effectuer une auto-évaluation (psychose, maladie physique très grave)
4	Décès
5	Le patient est trop jeune (env. <14 ans) pour comprendre le questionnaire
6	Sortie dans les 24 heures suivant la mesure HoNOSCA-SR 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 HoNOSCA-SR

Le HoNOSCA-SR peut être utilisé en allemand et en français à l'échelle nationale. Ces versions sont « ANQ approved ». D'autres versions linguistiques ne doivent pas être remises.

#### 4.3 Relevé des mesures limitatives de liberté en psychiatrie d'enfants et d'adolescents (EFM-PEA)

Les mesures limitatives de liberté sont rarement appliquées en psychiatrie d'enfants et d'adolescents et, le cas échéant, à 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). 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](#)).

Les mesures limitatives de liberté prises en compte dans la mesure ANQ de la qualité des résultats en psychiatrie englobent l'isolement, l'immobilisation et la médication malgré la résistance du patient. Le tableau ci-après fournit un aperçu des données à relever à l'attention de l'ANQ.

Type de mesures limitatives de liberté	Catégorie	Période ou moment précis	
Isolement	<ul style="list-style-type: none"> <li>psychiatriques</li> <li>infectieuses / somatiques<sup>2</sup></li> </ul>	Début Date et heure	Fin Date et heure
Immobilisation		Début Date et heure	Fin Date et heure
Médication malgré la résistance du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orale</li> <li>Injection</li> </ul>	Moment précis Date et heure	

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

### 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 et/ou de prendre des médicaments; 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 d'intoxications ou d'états confusionnels, la volonté présumée est déterminante pour savoir s'il s'agit d'une mesure limitative de liberté. Dans le doute, la mesure est à discuter de manière interdisciplinaire et avec des proches (en général les parents détenteurs de l'autorité parentale) ou représentant légal. La définition de l'ANQ de la médication orale forme à ce titre une exception à la règle puisque cette dernière n'est documentée que lorsqu'elle est clairement administrée «malgré la résistance du patient».

### 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.<sup>3</sup> 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 isolements, il convient de saisir le moment du début et de la fin de la mesure. Les interruptions jusqu'à deux heures ne sont pas prises en compte (les soins corporels, cigarettes, promenades, tentatives de levée de la mesure, etc.). Des isolements 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.

### Immobilisation

L'immobilisation, à consigner obligatoirement dans le cadre des mesures de la qualité ANQ, consiste à attacher une personne à un lit. Les immobilisations partielles telles que les attelles de bras, gants ou casques en cas de risque de morsure chez les patients représentant un danger pour eux-mêmes et autrui sont consignés comme immobilisation. Pour toutes les immobilisations, le début et la fin de la mesure

<sup>2</sup> A l'instar des autres mesures limitatives de liberté, les isolements infectieux / somatiques sont appliqués contre la volonté de la patiente / du patient. Voir aussi Définition mesures limitatives de liberté.

<sup>3</sup> L'enfermement de courte durée est saisi sous isolement.

sont relevés. Les interruptions jusqu'à deux heures ne sont pas prises en compte (les soins corporels, cigarettes, promenades, tentatives de levée de la mesure, etc.). Les immobilisations prescrites à plus long terme comptent comme une seule mesure et sont relevées avec un début et une fin concrets. Tenir un patient ou par exemple enrrouler un patient avec des draps dans le contexte d'une gestion de l'agressivité ou des «packs» ne sont pas considérés comme une mesure limitative de liberté dans le cadre des relevés ANQ.

### **Médication malgré la résistance du patient**

Une médication malgré la résistance du patient, 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 orale malgré la résistance du patient signifie qu'une injection forcée imminente sera faite si le médicament n'est pas ingéré. Les mesures contraignantes par voie orale et celles par injection sont distinguées dans le cadre des relevés de l'ANQ.

Pour toutes les médications malgré la résistance du patient 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 malgré la résistance du patient (p.ex. dans le cadre d'une infusion), les deux mesures doivent être consignées séparément.

### **Compléments au relevé des mesures limitatives de liberté**

Une mesure limitative de liberté est également relevée en présence de directives psychiatriques anticipées à cet égard, puisque les mesures appliquées sont relevées indépendamment de leur base légale. Le relevé des mesures limitatives de liberté à l'aide de l'EFM-PEA n'a pas la prétention de satisfaire à l'ensemble des directives légales en matière de documentation.

### **Responsabilité et moment précis du relevé**

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

	<i>Personne chargée du relevé</i>	<i>Moment précis</i>
		En principe: le plus vite possible
Isolement, Immobilisation, Médication malgré la résistance du patient	Médecin en charge de la prescription	En même temps que le début et la fin de la prescription

*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.

Lorsqu'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).

## 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

Diverses raisons sont à l'origine de valeurs manquantes, en particulier:

- oubli de saisir les données,
- manifestation inexistante (il n'y a p.ex. pas de diagnostic secondaire car le patient ne souffre que d'une seule maladie),
- pour les questionnaires d'auto-évaluation: champs non remplis par le patient (pour diverses raisons non identifiables).

Pour tous ces cas, la variable correspondante doit être laissée vide („missing“). Cela signifie qu'il n'y pas d'informations au sujet de cette variable.

Cette valeur „missing“ est à distinguer des valeurs „0“ et „9“. Ces dernières sont associées à des explications précises: pour HoNOSCA et HoNOSCA-SR, la valeur „0“ signifie que le patient ne présente pas de problème dans ce domaine; la valeur „9“ - acceptée dans HoNOSCA - signifie „inconnu / non applicable“, ce qui peut p.ex. survenir 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 HoNOSCA et/ou HoNOSCA-SR 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, condition essentielle à 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 retours suffisant/de l'intégralité des données,
- une bonne formation des personnes chargées des évaluations/qui motivent et informent les patients et
- une plausibilisation interne 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.
- Auto-évaluation: 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 les 07.03. de l'année suivante.**

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 d'enfants et d'adolescents).

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 clinique reçoit un lien pour s'enregistrer dans 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 de la qualité des données sont disponibles dans le tableau de bord. Une fois les éventuelles corrections apportées, il suffit de télécharger un nouveau set de données. Les données précédemment téléchargées sont automatiquement écrasées.

Dans un deuxième temps, le set de données final doit être transféré à w hoch 2 au plus tard le 7 mars depuis le tableau de bord.

Il est également possible d'envoyer les données sur CD par courrier recommandé ou par e-mail (p.ex. cryptées dans une archive ZIP et avec un mot de passe adressé séparément ou communiqué par téléphone à l'adresse : [analyse@whoch2.ch](mailto:analyse@whoch2.ch)).



Pour un cryptage efficace des fichiers, il existe des programmes gratuits tels que p.ex. 7-zip. Si les données ou une partie de celles-ci sont saisies via un logiciel spécialisé, la clinique doit prendre les dispositions nécessaires pour 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 la clinique a donné une autorisation spécifique à cet effet.

## 7 Evaluation et rapport sur la qualité

---

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

## 8 Protection des données

---

Les données de la qualité fournies à l'ANQ ne permettent pas d'identifier les patientes et les patients. La gestion des données est exposée dans les règles de gestion des données de l'ANQ.