



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 des indicateurs « Importance des symptômes » et  
« Mesures limitatives de liberté »

Valable dès le 01.05.2022 / Version 6.2



## 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.

| Code couleur | Modifié au        | Mot-clé   |
|--------------|-------------------|---|
| Bleu         | 01 mai 2022       | Consolidation des délais de relevé à l'admission et à la sortie                                 |
| Aucun        | 01 janvier 2022   | Révision formelle / structure du texte, aucune modification apportée au contenu                 |
| Jaune        | 24 septembre 2020 | Nouveau code « Isolement pour raisons infectieuses/somatiques », valable à partir du 01.01.2021 |

## Sommaire

---

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Introduction .....</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1      | Contexte des mesures nationales de la qualité en psychiatrie.....                    | 5         |
| 1.2      | A qui s'adresse ce manuel? .....   | 5         |
| <b>2</b> | <b>Aperçu du concept des mesures (que faut-il mesurer ?).....</b>                    | <b>5</b>  |
| <b>3</b> | <b>Moments des relevés .....</b>   | <b>6</b>  |
| 3.1      | Importance des symptômes (HoNOS, BSCL) .....   | 6         |
| 3.1.1    | <i>Délais de relevé à l'admission et à la sortie .....</i>                           | <i>6</i>  |
| 3.1.2    | <i>Transferts.....</i>   | <i>7</i>  |
| 3.1.3    | <i>Changement de cas administratif.....</i>  | <i>7</i>  |
| 3.2      | Mesures limitatives de liberté .....   | 7         |
| <b>4</b> | <b>Instruments de mesure .....</b>   | <b>8</b>  |
| 4.1      | Evaluation par des tiers avec HoNOS .....  | 8         |
| 4.1.1    | <i>Règles générales pour le codage dans le cadre des évaluations avec HoNOS.....</i> | <i>8</i>  |
| 4.2      | Autoévaluation à l'aide de BSCL .....  | 13        |
| 4.3      | Relevé des mesures limitatives de liberté (EFM).....                                 | 14        |
| 4.3.1    | <i>Définition pour le relevé de mesures limitatives de liberté (EFM) .....</i>       | <i>15</i> |
| 4.3.2    | <i>Responsabilités et moment précis du relevé .....</i>                              | <i>17</i> |
| 4.3.3    | <i>Problèmes fréquents de relevé .....</i>   | <i>18</i> |
| 4.4      | Données OFS .....  | 18        |
| 4.5      | Gestion des valeurs manquantes.....  | 18        |
| 4.6      | Utilisation des données pour les traitements individuels.....                        | 19        |
| <b>5</b> | <b>Qualité des données .....</b>   | <b>19</b> |
| 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        |
| <b>6</b> | <b>Livraison des données .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>7</b> | <b>Evaluation .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>8</b> | <b>Protection des données .....</b>  | <b>21</b> |



## Illustrations

---

|  |   |
|--|---|
| Illustration 1: Aperçu conception des mesures nationales de la qualité en psychiatrie pour adultes de l'ANQ..... | 6 |
|--|---|

## Tableaux

---

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1: Codification des dropouts pour HoNOS .....                   | 8  |
| Tableau 2: Codification de dropout pour BSCL .....                      | 14 |
| Tableau 3: Aperçu relevé des mesures limitatives de liberté (EFM) ..... | 15 |
| Tableau 4: Responsabilité et moment précis du relevé MLL.....           | 17 |

## 1 Introduction

---

### 1.1 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.

La mise en œuvre des mesures de la qualité nationales axées sur les résultats en psychiatrie stationnaire pour adultes a débuté le 1er juillet 2012. Le 1er juillet 2013, les mesures de la qualité ont également été introduites en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents (l'indicateur importance des symptômes le 1er juillet 2013, l'indicateur mesures limitatives de liberté le 1er janvier 2014).

Les mesures de la qualité des résultats en psychiatrie stationnaire pour adultes se basent sur le concept de mise en œuvre « Psychiatrie pour adultes » de l'ANQ et font office de consensus entre les cliniques (associations des hôpitaux H+ et associations psychiatriques) et les financeurs (cantons, assureurs).

### 1.2 A qui s'adresse ce manuel?

Ce manuel s'adresse aux personnes chargées des mesures de la qualité de l'ANQ au sein de la psychiatrie pour adultes 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 web de l'ANQ](#) sous la rubrique « Domaines » -> « Psychiatrie ».

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

---

Les prescriptions relatives aux mesures s'appliquent à l'ensemble des patientes et patients de tous secteurs de la psychiatrie adulte hospitalière<sup>1</sup>. Les cliniques psychiatriques sont des établissements classés par l'Office fédéral de la Statistique sous les catégories typologiques K211 ou K212. Les cliniques et les unités stationnaires délimitées sur le plan spatial et organisationnel de psychiatrie infantile et juvénile participent à une mesure séparée.

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.

---

<sup>1</sup> Les patients mineurs hospitalisés dans des unités de psychiatrie pour adultes sont traités et relevés comme des adultes dans le cadre des mesures. Dans les établissements spécialisés en psychiatrie d'enfants et d'adolescents, des mesures séparées sont réalisées.

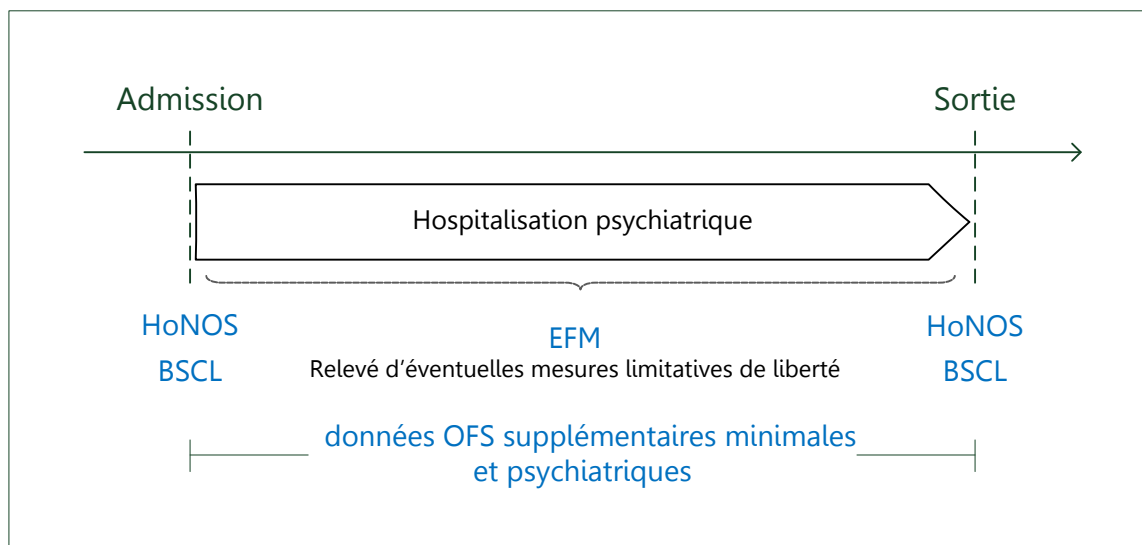


Illustration 1: Aperçu conception des mesures nationales de la qualité en psychiatrie pour adultes de l'ANQ

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 BSCL (par les patientes/patients).

### 3 Moments des relevés

#### 3.1 Importance des symptômes (HoNOS, BSCL)

##### 3.1.1 Délais de relevé à l'admission et à la sortie

Les saisies de routine à l'admission et à la sortie (HoNOS, BSCL) sont en principe effectuées **le plus proche possible** du moment de l'admission ou de la sortie effective de la clinique, mais au plus tôt /au plus tard conformément aux délais suivants :

| PSYCHIATRIE POUR ADULTES |                                 |                           |                         |                         |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| INSTRUMENT               | MESURE A L'ADMISSION            |                           | MESURE A LA SORTIE      |                         |
|                          | Au plus tôt                     | Au plus tard              | Au plus tôt             | Au plus tard            |
| HoNOS                    | A la suite du premier entretien | 3 jours après l'admission | 3 jours avant la sortie | 3 jours après la sortie |
| BSCL                     | A la suite du premier entretien | 3 jours après l'admission | 3 jours avant la sortie | Le jour de la sortie    |

Les mesures à l'admission et à la sortie permettent de relever l'état de la patiente/du patient au cours des 7 derniers jours (**période d'évaluation = 7 jours**). Lors de la mesure de sortie, l'exception suivante s'applique : si la période depuis le remplissage du formulaire d'admission est < 7 jours, l'évaluation porte uniquement sur la période depuis le remplissage du formulaire d'admission. Lors de l'évaluation, il y a toujours lieu de consigner **l'état le plus grave au cours de la période d'évaluation** (donc pas de moyenne durant cette période).

Le formulaire de sortie doit uniquement être rempli lorsqu'au moins 24 heures se sont écoulées depuis le remplissage du formulaire d'admission (>24h).<sup>2</sup> La mesure à la sortie est également réalisée si la patiente/le patient est décédé/e.

Les questionnaires non remplis doivent être codés avec un motif. Il convient d'effectuer une distinction entre les dropouts influençables et non influençables (cf. chapitre 4).

### **3.1.2 Transferts**

Lors d'un transfert entre deux sites, une mesure à l'admission/à la sortie doit être effectuée dans les deux sites. Lors d'un transfert d'une unité à une autre au sein du même établissement (du même site), aucune nouvelle mesure n'est réalisée. En cas de congé/vacances, aucune mesure n'est effectuée à la sortie/à l'admission. En revanche, lorsqu'une absence de la clinique est traitée comme une clôture de cas et une ouverture de nouveau cas, il convient de réaliser les mesures à la sortie/à l'admission comme décrit ci-dessus.

### **3.1.3 Changement de cas administratif**

Lors d'un changement de cas purement administratif (p.ex. en raison d'un changement de l'agent payeur), aucune mesure n'est réalisée à la sortie/à l'admission. Les cas administratifs sont regroupés par les cliniques dans un seul cas de traitement à des fins de livraison des données à l'Office fédéral de la statistique. Pour chaque cas de traitement, une mesure avec le HoNOS et une autre avec le BSCL sont requises en début et en fin du 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 médicale<sup>3</sup>. En principe, une unité de mesure correspond à un cas de traitement. Sur la base de l'expérience de la mesure 2018, il a été décidé de définir les cas sans regroupement de cas selon TARPSY / SwissDRG à partir de l'année de mesure 2019. Les données ne doivent donc pas contenir de cas regroupés conformément à TARPSY / SwissDRG.

## **3.2 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 » (EFM) 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**.

---

<sup>2</sup> Valable à partir du 1er janvier 2020

<sup>3</sup> OFS

## 4 Instruments de mesure

### 4.1 Evaluation par des tiers avec HoNOS

La/le responsable du cas est chargé/e 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 toujours possible et obligatoire pour l'ensemble des patientes et 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 puisqu'une telle période d'évaluation serait trop courte pour tirer des conclusions pertinentes.

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

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sortie imprévue</li> <li>• Pas de retour des vacances</li> <li>• Décès</li> </ul> | Il ne s'agit pas de motifs de dropout, la personne responsable du cas effectue une mesure HoNOS dans les 3 jours suivant la sortie/le décès |
|--|---|

Codification des dropouts pour HoNOS (codes de dropout):

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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 dropouts pour HoNOS

#### 4.1.1 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, la patiente/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 de la patiente/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 cotation « 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 l'ensemble de nos patientes et 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 patientes et 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 de la patiente/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 patientes et 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 BSCL<sup>4</sup>

A l'instar de HoNOS, la/le responsable du cas est chargé/e de remettre le BSCL et de motiver les patientes et patients. Il s'agit soit

- du médecin/psychologue responsable du cas ou
- de l'infirmière/de l'infirmier 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 à participer de la patiente/du patient font si possible partie intégrante du premier entretien, respectivement de l'entretien de sortie avec la/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 patientes et patients.

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 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 l'ensemble des patientes et patients 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 autoévaluation pertinente ne pourra en résulter.

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

---

<sup>4</sup> La psychiatrie légale est dispensée à compter du 01.01.2019 à partir de la mesure de l'auto-évaluation (patients) BSCL.

S'il **n'est pas possible d'obtenir une autoévaluation BSCL**, il est obligatoire de coder un des motifs de non-réalisation (**motifs de dropout**) suivants.

|   |   |
|---|---|
| 1 | Refus de la patiente/du patient (malgré motivation et aide)   |
| 2 | Connaissances linguistiques insuffisantes   |
| 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 dropout 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 dropouts du questionnaire patients BSCL étaient dus à des problèmes linguistiques et que ces cas présentent une hétérogénéité linguistique très élevée. Etant donné que cette situation de départ ne requiert aucune action immédiate, 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 lorsque la patiente/le patient présente un risque élevé de mise en danger de soi ou d'autrui.

Les mesures limitatives de liberté 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)<sup>5</sup>. 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 Gérontologie](#)).

<sup>5</sup> 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)

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.

| 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>6</sup></li> </ul> | Début<br>Date et heure         | Fin<br>Date et heure |
| Immobilisation                         |   | Début<br>Date et heure         | Fin<br>Date et heure |
| Médication forcée                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orale</li> <li>Injection</li> </ul>                                      | Moment précis<br>Date et heure |                      |
| Maintien ferme                         |   | Début<br>Date et heure         | Fin<br>Date et heure |
| Mesure de sécurité chaise              |   | Début<br>Date et heure         | Fin<br>Date et heure |
| Mesure de sécurité Lit                 |   | Début<br>Date et heure         | Fin<br>Date et heure |

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

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

Une mesure limitative de liberté est **par définition appliquée contre la volonté de la patiente/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 de la patiente/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 la patiente/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 patientes et patients âgés, une attitude autoritaire (« attitude menaçante ») peut être suffisante.

#### Isolement

Un isolement, qui doit être obligatoirement relevé dans le cadre des mesures de la qualité de l'ANQ, est une mise à l'écart dans une chambre individuelle fermée. La patiente/le patient est seul/e 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).

<sup>6</sup> 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.

Pour tous les isolements, 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 isolements au sens d'un « Time out » qui se déroulent dans le cadre d'un programme thérapeutique approuvé par la patiente/le patient ne sont pas relevés, étant donné que la mise en danger de soi et d'autrui ne s'applique pas.<sup>7</sup>.

### **Immobilisation**

L'immobilisation, à consigner obligatoirement dans le cadre des mesures de la qualité de l'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 de l'ANQ, consiste à administrer un ou plusieurs médicaments sous forme d'injection ou par voie orale, clairement contre la volonté de la patiente/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 / injection) et le moment précis sont relevés et ce, lors de chaque application, même si elles sont prescrites à plus long terme (cf. 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 la patiente/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 de la patiente/du patient. Ce maintien ferme est appliqué contre la volonté de la patiente/du patient.

Le maintien ferme, une méthode autonome pour calmer la patiente/le patient, est défini comme la « maîtrise ou le maintien d'une patiente/d'un patient par des collaborateurs ». Le maintien ferme correspond à ce titre à une immobilisation physique et signifie ainsi l'immobilisation de la patiente/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.

Pour chaque maintien ferme, il convient de relever le moment du début et de la fin de la mesure. 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. « »

---

<sup>7</sup> L'enfermement de courte durée est saisi sous isolement.



### 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 de l'ANQ, consistent à restreindre la liberté de mouvement, à savoir de fixer un plateau à la chaise, d'attacher la patiente/le patient à un fauteuil (roulant), d'immobiliser le fauteuil roulant ou d'asseoir la patiente/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 de l'ANQ, consistent à restreindre la liberté de mouvement, à savoir d'apposer des barrières de lit, d'attacher la patiente/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 la patiente/le patient de tomber du lit et qui sont apposées contre sa volonté sont des mesures de sécurité au lit. Elles peuvent par exemple être appliquées de temps à autre la nuit ou chaque nuit durant une période définie. L'immobilisation correspond au ligotage utilisé en psychiatrie aiguë. Elle est 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 de la patiente/du patient.

#### 4.3.2 Responsabilités et moment précis du relevé

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

| Type de MLL  | Personne chargée du relevé           | Moment précis   |
|--|--------------------------------------|---|
|  |                                      | En principe: relevé 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-atriques spécifiques à caractère régulier peuvent être relevées au préalable dans un souci de gain de temps |

Tableau 4: Responsabilité et moment précis du relevé MLL

Pour autant qu'elles aient fait leurs preuves, les éventuelles responsabilités déjà existantes divergeant du tableau 4 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.

#### **4.3.3 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. Celle-ci 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'analyse.

## 4.5 Gestion des valeurs manquantes

Différentes raisons sont à l'origine de valeurs 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 la patiente/le patient souffre d'une seule maladie),
- Pour les questionnaires patients : pas d'indications de la part de la patiente/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 la patiente/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'une patiente/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 ce que les données relevées auprès d'une patiente/d'un patient puissent 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 / le relevé par la personne responsable du cas et ainsi utilisées pour la planification des soins. Lorsque cela s'avère possible, elles devraient être discutées avec la patiente/le patient. Il en va de même pour les valeurs à la sortie qui servent à l'évaluation du traitement et à la planification de la sortie.

L'élaboration d'instruments adéquats pour le calcul des valeurs d'échelle et l'éventuelle 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 et l'intégralité des données**,
- une **bonne formation** des personnes en charge des évaluations/qui motivent et informent les patientes/patients pour l'autoévaluation et
- **la 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 et des données supplémentaires Psychiatrie. Le calcul des 90% tient également compte des dropouts non influençables et légitimes.
- **Autoévaluation: relevé complet à l'admission et à la sortie: 60%.** Les données complètes comprennent des variables importantes des données de base MedStat et des données supplémentaires Psychiatrie. Le calcul des 60% tient également compte des dropouts 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 – la patiente/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 (formations domaine Psychiatrie).

### 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 de relevé, 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 formatrices/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 d'une année de mesure doivent **toujours être livrées le 07.03. de l'année suivante**. Concrètement, les données doivent être livrées aux dates limites suivantes:

Toutes les données des patientes/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 l'ensemble des patientes et patients ayant quitté la clinique pendant la période de relevé concernée.
- Les données de l'ensemble des patientes et patients actifs pendant la période de relevé concernée.
- Les données de l'ensemble des patientes et 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, une/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. Depuis le printemps 2020, des retours immédiats sur l'exactitude du format et la qualité des données sont 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 postal recommandé ou par e-mail à l'adresse: [analyse@who2.ch](mailto:analyse@who2.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

---

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. 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 patientes et patients. La gestion des données est exposée dans [le règlement des données](#) de l'ANQ.