

---

# Manuel des mesures

## Psychiatrie stationnaire pour adultes

---

A partir de l'année de mesure **2024**

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

Version **8.0**

Publié le **14.05.2024**

## Sommaire

---

Codes couleur/journal des modifications.....	3
1. Introduction .....	4
2. Aperçu du plan de mesure .....	5
2.1. Données supplémentaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS) .....	6
3. Moments des relevés .....	7
3.1. Importance des symptômes (HoNOS, BSCL) .....	7
3.1.1. Délais de relevé à l'admission et à la sortie.....	7
3.1.2. Définition du cas.....	7
3.2. Mesures limitatives de liberté.....	8
4. Instruments de mesure .....	9
4.1. Evaluation par des tiers avec HoNOS.....	9
4.1.1. Conventions générales relatives au HoNOS.....	10
4.2. Autoévaluation à l'aide de la BSCL.....	10
4.3. Relevé des mesures limitatives de liberté (EFM) .....	12
4.3.1. Responsabilités et moment du relevé des EFM.....	13
4.3.2. Problèmes fréquents de relevé des EFM.....	14
4.4. Gestion des valeurs manquantes .....	14
4.5. Utilisation des données pour les traitements individuels.....	15
5. Qualité des données .....	16
5.1. Qualité des données, une base importante pour l'évaluation des données.....	16
5.2. Benchmark taux de retours des données .....	16
5.3. Formations pour le relevé des mesures .....	16
5.4. Contrôle de la qualité des données à l'interne et par l'institut d'analyse .....	16
5.5. Soutien pour les personnes chargées des relevés .....	17
6. Livraison des données.....	18
7. Evaluation .....	19
8. Protection des données.....	19
9. Littérature .....	19

## 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	MODIFIE AU	MOT-CLE
<b>JAUNE</b>	14.05.2024	Précision de la définition du cas
<b>PINK</b>	11.05.2023	Introduction du type de clinique Psychiatrie gériatrique/suspension de la BSCL pour le type de clinique Psychiatrie gériatrique/adaptations linguistiques et mise à jour graphique
<b>VERT</b>	01.08.2022	Harmonisation des délais de relevé à l'admission et à la sortie PA / PEA, valable dès le 01.01.2023
<b>BLEU</b>	01.05.2022	Consolidation des délais de relevé à l'admission et à la sortie



## 1. Introduction

---

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a été fondée en 2009 par tous les principaux partenaires du système de santé suisse sur la base de l'article 58 de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) jadis en vigueur. Les membres de l'ANQ sont l'association faitière des hôpitaux H+, les associations faitières des assureurs-maladie (santésuisse et curafutura), les assurances sociales fédérales (assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité), ainsi que les 26 cantons et la Principauté du Liechtenstein.

L'ANQ coordonne et réalise des mesures de la qualité dans les domaines des soins aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie stationnaires. Les mesures de la qualité réalisées en psychiatrie stationnaire pour adultes se basent sur le concept de mise en œuvre de la psychiatrie pour adultes de l'ANQ et ont été approuvées par l'ensemble des partenaires. La réalisation de ces mesures est obligatoire pour toutes les cliniques qui adhèrent au contrat qualité national.

L'ANQ prescrit aux cliniques psychiatriques les mesures de la qualité à réaliser dans toute la Suisse sous forme de plans de mesure nationaux. Elle coordonne leur mise en œuvre, du relevé des données à la publication des résultats à l'intention du grand public, en passant par l'évaluation et l'élaboration des rapports.

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

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](#).

## 2. Aperçu du plan de mesure

Les prescriptions relatives aux mesures s'appliquent à l'ensemble des patientes et patients de tous les secteurs de la psychiatrie stationnaire pour adultes. Les patientes et patients mineurs hospitalisés dans des unités de psychiatrie pour adultes sont traités et relevés comme des adultes dans le cadre des mesures de l'ANQ.

Les cliniques psychiatriques sont des établissements classés par l'Office fédéral de la Statistique (OFS) sous les catégories typologiques K211 ou K212. Les cliniques et unités stationnaires délimitées sur le plan spatial et organisationnel de la psychiatrie d'enfants et d'adolescents participent à une mesure séparée.

 <b>Plan de mesure national Psychiatrie</b>								
<b>Psychiatrie d'enfants et d'adolescents*</b>	<b>Psychiatrie pour adultes</b>							
<b>Type de clinique</b>								
<p>*Non répartis en types de cliniques</p> <p>Indicator : Importance des symptômes (évaluation par des tiers) Instruments de mesure : HoNOSCA</p> <p>Indicator : Importance des symptômes (autoévaluation) Instruments de mesure : HoNOSCA-SR</p> <p>Indicator : Mesures limitatives de liberté Instruments de mesure : EFM-KJP</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>TYPE DE CLINIQUE I:</b> Cliniques de soins aigus et de premier recours</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>TYPE DE CLINIQUE II:</b> Cliniques spécialisées</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>TYPE DE CLINIQUE III:</b> Cliniques spécialisées dans le traitement des maladies de dépendance</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>TYPE DE CLINIQUE IV:</b> Cliniques de psychiatrie forensique</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>TYPE DE CLINIQUE V:</b> Psychiatrie gériatrique</td> </tr> </table> <p>Indicator : Importance des symptômes (évaluation par des tiers) Instruments de mesure : HoNOS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Indicator : Importance des symptômes (auto-évaluation) Instruments de mesure : BSCL</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Pas de sondage</td> </tr> </table> <p>Indicator : Mesures limitatives de liberté Instruments de mesure : EFM</p>	<b>TYPE DE CLINIQUE I:</b> Cliniques de soins aigus et de premier recours	<b>TYPE DE CLINIQUE II:</b> Cliniques spécialisées	<b>TYPE DE CLINIQUE III:</b> Cliniques spécialisées dans le traitement des maladies de dépendance	<b>TYPE DE CLINIQUE IV:</b> Cliniques de psychiatrie forensique	<b>TYPE DE CLINIQUE V:</b> Psychiatrie gériatrique	Indicator : Importance des symptômes (auto-évaluation) Instruments de mesure : BSCL	Pas de sondage
<b>TYPE DE CLINIQUE I:</b> Cliniques de soins aigus et de premier recours	<b>TYPE DE CLINIQUE II:</b> Cliniques spécialisées	<b>TYPE DE CLINIQUE III:</b> Cliniques spécialisées dans le traitement des maladies de dépendance	<b>TYPE DE CLINIQUE IV:</b> Cliniques de psychiatrie forensique	<b>TYPE DE CLINIQUE V:</b> Psychiatrie gériatrique				
Indicator : Importance des symptômes (auto-évaluation) Instruments de mesure : BSCL	Pas de sondage							

Figure 1 : Plan de mesure national Psychiatrie pour adultes

### Remarque sur le plan de mesure :

Les cliniques de psychiatrie forensique sont dispensées depuis le 01.01.2019 et les cliniques de psychiatrie gériatrique depuis le 01.01.2023 de la mesure de l'autoévaluation par les patientes et patients au moyen du questionnaire BSCL.

La Figure 2 ci-après présente les moments du relevé des données à collecter et à transmettre à l'ANQ sous forme graphique.

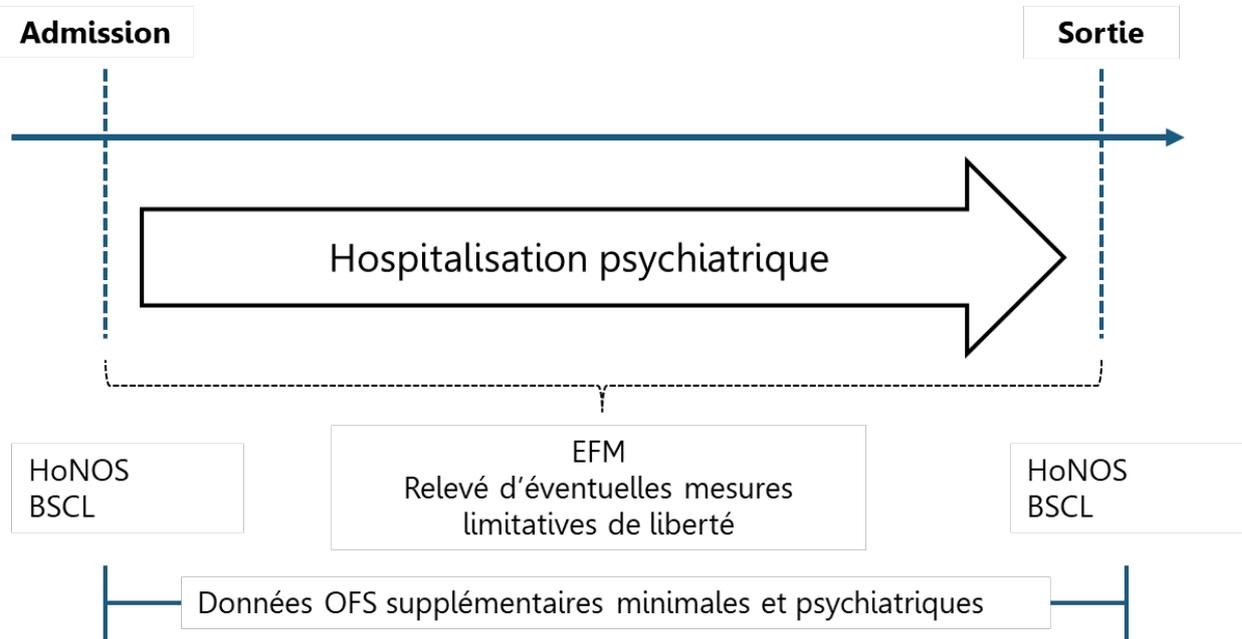


Figure 2 : Aperçu conception des mesures nationales de la qualité en psychiatrie pour adultes de l'ANQ

### 2.1. Données supplémentaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

En complément des relevés de l'importance des symptômes (évaluation par des tiers et autoévaluation) à l'admission et à la sortie et du relevé des éventuelles mesures limitatives de liberté (EFM) pendant la durée de l'hospitalisation, les variables nécessaires à l'analyse des données du domaine des séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes) (auparavant données de la statistique médicale - set de données minimal et données complémentaires Psychiatrie) doivent être transmises à l'institut d'analyse (cf. Figure 3). Le numéro d'identification du cas (FID) et le numéro d'identification unique de la patiente, du patient (PID - interne à la clinique) sont également requis.

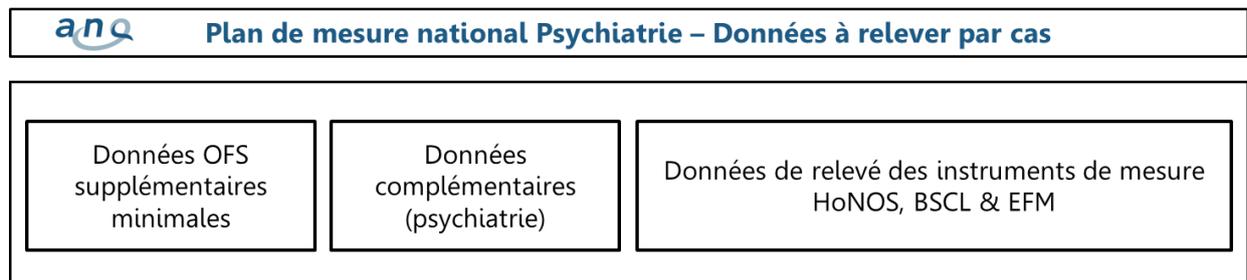


Figure 3 : Aperçu des données à relever et à transmettre

### 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 à l'aperçu des délais du Tableau 1. Les jours d'admission et de sortie sont respectivement ajoutés aux 3 jours suivant l'admission et aux 3 jours précédant la sortie.

Tableau 1 : Aperçu des délais de relevé Psychiatrie pour adultes

	Mesure à l'admission		Mesure à la sortie	
	Au plus tôt	Au plus tard	Au plus tôt	Au plus tard
<b>HoNOS</b>	Le jour de l'admission	3 jours après l'admission	3 jours avant la sortie	3 jours après la sortie
<b>BSCL</b>	Le jour de l'admission	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 (>24 heures) (validité à partir du 01.01.2020). 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 pour le dropout. Il convient d'effectuer une distinction entre les dropouts influençables et non influençables (cf. chapitre 4).

##### 3.1.2. Définition du cas

La **définition du cas de l'ANQ** correspond à celle de l'OFS, telle qu'elle est présentée dans la [conception détaillée de la statistique médicale](#) - une unité de mesure correspond à un cas de traitement. Un cas de traitement est défini comme le traitement d'une patiente ou d'un patient fondé sur un diagnostic principal établi dans le même hôpital – si un autre a lieu sur la base d'un autre diagnostic principal, il faut considérer celui-ci comme un nouveau cas de traitement. Pour chaque cas de traitement, une mesure avec HoNOS et une autre avec BSCL sont requises en début et en fin de traitement.

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'un service à un 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 à nouveau les mesures à la sortie/à l'admission comme décrit ci-dessus.

Selon la définition, toute absence doit en principe être considérée comme une sortie du cas et tout nouveau traitement ou tout transfert vers un autre site comme un nouveau cas. Il faut donc toujours procéder à une mesure à la sortie et à une nouvelle mesure à l'admission. Une absence qui ne nécessite pas de mesure à la sortie et à l'admission s'applique uniquement lorsque les trois conditions suivantes sont remplies

- L'absence ne dure pas plus de 24 heures.
- D'un point de vue clinique, le personnel soignant considère que le séjour après l'absence constitue la poursuite du même cas de traitement qu'avant l'absence.
- Il n'y a pas de changement de site.

Par conséquent, il est possible de renoncer à la mesure supplémentaire à l'admission et à la sortie en cas d'**absence d'une durée inférieure à 24 heures** pour un examen ou un traitement spécial dans une autre clinique ou un congé/des vacances.

Lors d'un **changement de cas purement administratif** 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 (OFS).

Sur la base de l'expérience de la mesure 2018, le comité de l'ANQ a décidé la même année de définir les cas sans regroupement de cas (réadmission dans les 18 jours) 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 « Relevé de mesures limitatives de liberté » (EFM) est **en règle générale** complété **immédiatement avec la prescription médicale**. Pour les limitations du mouvement à la chaise ou au lit, le formulaire est complété **à l'application de la mesure**.

## 4. Instruments de mesure

### 4.1. Evaluation par des tiers avec HoNOS

Le HoNOS a été publié en 1996 par le Royal College of Psychiatrists (RCPsych). L'instrument de relevé peut être utilisé sans autre autorisation dans le cadre des mesures nationales de la qualité de l'ANQ. L'instrument relève, au moyen de 12 items, les problèmes comportementaux, les troubles associés à une maladie physique ou à un handicap, divers symptômes et l'aptitude à établir des relations sociales qui peuvent souvent survenir chez les personnes souffrant d'une maladie psychique. L'importance des symptômes est évaluée sur une échelle de 0 « pas de problème » à 4 « problème grave à très grave ».

Le HoNOS est utilisé pour les mesures de la qualité de l'ANQ dans tous les types de cliniques de psychiatrie pour adultes. Le HoNOS - adultes en âge de travailler - est relevé dans le cadre de la psychiatrie pour adultes. L'utilisation du HoNOS - adultes âgés (65+) - est recommandée aux cliniques de psychiatrie gériatrique (type de clinique V). Les deux variantes se distinguent uniquement par la terminologie utilisée (adaptée aux adultes resp. aux personnes âgées).

Le HoNOS est un instrument d'évaluation à compléter par des tiers. L'évaluation par des tiers avec HoNOS incombe à la personne chargée de la gestion du cas. Il peut s'agir soit :

- du médecin/psychologue chargé de la gestion du cas ou
- de l'infirmier/de l'infirmière chargé/e de la gestion 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 chargées 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 de non-réalisation légitimes. La seule exception pour ne pas effectuer une mesure HoNOS à la sortie s'applique au cas où une sortie se fait dans les 24 heures suivant la mesure à l'admission. En effet, une telle période d'évaluation serait trop courte pour tirer des conclusions pertinentes.

Tableau 2 : Codage des motifs de non-réalisation (dropouts) pour HoNOS à la sortie

Code	Motif	Remarque
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	A utiliser uniquement à titre exceptionnel et doit être complété par un texte libre explicatif.
<b>Note :</b>		
Une sortie imprévue, un non-retour de vacances ou un décès ne sont pas des motifs de dropout. Le personnel soignant <b>chargé de la gestion du cas</b> remplit le HoNOS dans les 3 jours suivant la sortie ou le décès.		

#### 4.1.1. Conventions générales relatives au HoNOS

Les conventions générales d'évaluation de l'ANQ ci-après relatives au HoNOS sont identiques dans les deux glossaires du HoNOS et du HoNOS 65+ et pour la feuille de score sur le [portail web de l'ANQ](#). Les documents se prêtent en particulier aux formations internes avec les conventions générales d'évaluation intégrées.

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

- Lorsque la valeur de l'item ne peut pas être clairement déterminée (p. ex. « 2 » ou « 3 »), il convient de toujours consigner l'état le plus grave (ici : « 3 »).
- L'évaluation est toujours réalisée sur la base des symptômes visibles et indépendamment d'un autre groupe de troubles ou d'un traitement médical.  
Exemple : une patiente ou un patient présente des troubles du sommeil traités par des médicaments. Lorsqu'aucun trouble du sommeil n'est identifié au moment de l'évaluation, l'item respectif du HoNOS doit être coté « 0 ».
- Pour chaque état observé, une seule parmi plusieurs descriptions des symptômes suffit à justifier ce degré de gravité.  
Remarque : dans le HoNOS, les degrés de gravité font l'objet d'une description linguistique. Les descriptions contiennent plusieurs exemples de symptômes. La présence d'un seul ou de plusieurs des exemples de symptômes cités suffit à justifier le degré de gravité.
- L'évaluation doit toujours tenir compte de toutes les informations disponibles.  
Remarque : il convient de tenir compte à la fois des informations fournies par la patiente ou le patient, et de celles provenant d'autres sources et personnes (proches, médecins traitants, travailleurs sociaux, etc.). Le personnel soignant décide de la cotation sur la base de ces informations et de leur plausibilité. Les éventuelles contradictions et controverses doivent être clarifiées. Les données contradictoires qui ne peuvent pas être clarifiées dans un délai de 3 jours sont cotées comme inconnues « 9 ».
- Dans la mesure du possible, ne pas attribuer la valeur « 9 » (inconnu) à plus de trois items, puisque le questionnaire sera exclu de l'évaluation.
- La période de référence a été adaptée aux 7 derniers jours dans toutes les versions linguistiques.  
Remarques : en cas de séjour inférieur à 7 jours, la période d'évaluation lors de la mesure à la sortie se réfère au temps écoulé depuis la mesure à l'admission (au moins 24 heures).
- Le HoNOS prévoit uniquement un motif de dropout régulier à la sortie (séjour de courte durée <24 heures). Le motif de dropout « Autres » ne doit être utilisé qu'à de rares exceptions et doit être complété par un texte libre explicatif.

Les conventions d'évaluation des différents items sont présentées dans [l'instrument de mesure](#).

#### 4.2. Autoévaluation à l'aide de la BSCL

A l'aide de 53 items, l'instrument de relevé Brief Symptom Checklist (BSCL) évalue la gêne subjective ressentie par les patientes et patients quant à des symptômes physiques et psychiques. L'importance des symptômes en tant qu'autoévaluation est relevée sur une échelle de 0 « pas du tout » à 4 « énormément ».

La BSCL est utilisée en psychiatrie pour adultes. Les patientes et patients de la psychiatrie forensique (depuis le 01.01.2019), ainsi que ceux de la psychiatrie gériatrique (depuis le 01.01.2023) sont exclus de la mesure de l'autoévaluation au moyen de la BSCL.

A l'instar de HoNOS, la personne chargée de la gestion du cas est chargée de remettre la BSCL et de motiver les patientes et patients. Il s'agit soit :

- du médecin/psychologue chargé de la gestion du cas ou

- de l'infirmière/de l'infirmier chargé/e de la gestion du cas (ne s'applique que lorsque le personnel soignant de la clinique est chargé de la gestion des cas; ne concerne pas le « modèle de personnel soignant de référence »).

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 personne chargée de la gestion 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 la 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.

**S'il n'est pas possible d'obtenir une autoévaluation BSCL**, il est obligatoire de coder un motif de non-réalisation (**dropout**) listé dans le tableau ci-après (Tableau 3).

Tableau 3 : Codage des motifs de non-réalisation de la BSCL

Code	Motifs de non-réalisation (motifs de dropout)
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 à l'aide d'un texte libre explicatif

La BSCL peut être utilisée en allemand, français, italien et anglais. Les quatre versions ont été vérifiées et approuvées par l'ANQ. Jusqu'à nouvel ordre, l'ANQ ne mettra pas de **versions linguistiques** validées supplémentaires de la BSCL à disposition : les évaluations spécifiques des données de la mesure ANQ « psychiatrie stationnaire pour adultes » réalisées à ce jour 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 le donneur de licence Hogrefe Verlag ne met pas à disposition des versions linguistiques supplémentaires de la 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.

La BSCL est protégée par les droits de licence de la société Hogrefe Verlag, et son utilisation est payante. Les **frais de licence** pour l'utilisation de la BSCL dans le cadre des mesures de l'ANQ sont supportés par l'ANQ. La licence comprend l'élaboration d'une version imprimée et d'une version électronique. La licence de mesure a été étendue à la possibilité de réaliser des mesures du déroulement à l'échelle individuelle des cliniques.

#### 4.3. Relevé des mesures limitatives de liberté (EFM)

Le relevé des mesures limitatives de liberté (EFM) a été élaboré par l'ANQ en collaboration avec des expertes et experts et se base sur le projet pilote du Service national de coordination et d'information pour la promotion de la qualité dans les hôpitaux (CIQ - une organisation qui a précédé l'ANQ) des années 2008-2010. Les EFM figurent sur le plan de mesure Psychiatrie pour adultes de l'ANQ depuis le début des mesures en 2012.

Les mesures limitatives de liberté (EFM) sont rarement appliquées en psychiatrie et, le cas échéant, lors de rares exceptions dûment justifiées, à savoir lorsque la patiente ou le patient présente un risque élevé de mise en danger de soi ou d'autrui.

Une mesure limitative de liberté est **par définition appliquée contre la volonté de la patiente/du patient**, c.à.d. contre un refus verbal et/ou non verbal ou contre un refus clair et net d'être isolé, immobilisé, ligoté, 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, des consentements antérieurs ou de l'avis des proches. Si la volonté de la patiente ou du patient n'est pas clairement identifiable, p. ex. en cas de démence, la volonté présumée est déterminante.

Dans le doute, la mesure est à discuter de manière interdisciplinaire et avec les proches ou personnes chargées de représenter la patiente/le patient. 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>1</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 » de l'Académie suisse des Sciences médicales ([SAMW](#)) ou les « directives relatives aux différentes mesures destinées à restreindre la liberté de mouvement » de [Gérontologie CH](#)).

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 les limitations du mouvement à la chaise ou au lit. Le tableau ci-après (Tableau 4) fournit un aperçu des données à relever à l'attention de l'ANQ.

Tableau 4 : Aperçu du relevé des mesures limitatives de liberté (EFM)

Type de EFM	Catégorie	Période ou moment précis	
Isolement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychiatrique</li> <li>Infectieux/somatique</li> </ul>	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"> <li>Orale</li> <li>Injection</li> </ul>	Moment précis Date et heure	
Maintien ferme		Début Date et heure	Fin Date et heure
Limitation du mouvement à la chaise		Début Date et heure	Fin Date et heure
Limitation du mouvement au lit		Début Date et heure	Fin Date et heure

Des informations sur les différentes mesures sont disponibles dans l'instrument de relevé des mesures limitatives de liberté (EFM) sur le [portail web de l'ANQ](#).

#### 4.3.1. Responsabilités et moment du relevé des EFM

Les responsabilités et moments précis du relevé des mesures limitatives de liberté doivent être réglés conformément au Tableau 5. Pour autant qu'elles aient fait leurs preuves, les éventuelles responsabilités déjà existantes divergeant du Tableau 5 doivent être conservées.

<sup>1</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)

Tableau 5 : Responsabilités et moments du relevé des EFM

Type de EFM	Personne chargée du relevé	Moment précis
Isolement, Immobilisation, médication forcée, maintien ferme	Médecin en charge de la prescription	En même temps que le début et la fin de la prescription
Limitation du mouvement au lit ou à la chaise	Personnel soignant	Le plus proche possible de la mesure, le jour même de l'application
		Les mesures géronto-psychiatriques spécifiques à caractère régulier peuvent être relevées au préalable dans un souci de gain de temps

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'analyse lors de la livraison des données qu'aucune mesure limitative de liberté n'a été appliquée.

#### 4.3.2. Problèmes fréquents de relevé des EFM

##### **Omission du relevé**

Chaque clinique nomme une personne responsable du respect des directives et du relevé complet des mesures limitatives de liberté. Celle-ci fera office de personne de contact pour l'institut d'analyse 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. A cet effet, le Groupe qualité Psychiatrie a fixé des limites supérieures pour certaines mesures limitatives de liberté à partir de l'année de mesure 2023. Ces limites seront prises en compte lors des analyses de la qualité des données sur la plateforme en ligne moniQ. Après avoir téléchargé les données, les cliniques peuvent obtenir un retour détaillé sur les MLL incorrectement documentées (cf. également le [concept d'évaluation de la psychiatrie stationnaire pour adultes](#)).

#### 4.4. 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 ou 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 la BSCL que la patiente ou 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 ou un patient ne peut pas répondre à une question spécifique.

#### 4.5. 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 ou 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 chargée de la gestion du cas et ainsi utilisées pour la planification des soins. Lorsque cela s'avère possible, elles devraient être discutées avec la patiente ou 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, une 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 retour suffisant et l'intégralité des données**,
- une **bonne formation** des personnes en charge des évaluations/qui motivent et informent les patientes et 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 centrales du set de données SpiGes (auparavant set de données minimal de l'OFS et données complémentaires Psychiatrie de l'OFS). Le calcul des 90% tient également compte des dropouts non influençables.
- **Autoévaluation : relevé complet à l'admission et à la sortie : 60%**. Les données complètes comprennent des variables centrales du set de données SpiGes (auparavant set de données minimal de l'OFS et données complémentaires Psychiatrie de l'OFS). Le calcul des 60% tient également compte des dropouts non influençables.
- **Sets de données manquants ou insuffisants : 0%**.

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 ou le patient n'ayant en effet pas encore quitté l'établissement – sont épurés par l'institut d'analyse. Ils n'apparaissent pas dans le taux de retours des données.

### 5.3. Formations pour le relevé des mesures

Les formations sont dispensées selon le principe de l'effet multiplicateur. Les expertes et experts forment les représentantes et représentants des cliniques qui, à leur tour, instruisent le personnel soignant/personnel chargé des relevés de la clinique concernée. L'ANQ propose des formations internes dispensées au sein des cliniques ([Formations domaine Psychiatrie](#)).

### 5.4. Contrôle de la qualité des données à l'interne et par l'institut d'analyse

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 dans moniQ (ce contrôle peut être effectué en cours d'année par chaque clinique). Les cliniques devraient prendre des mesures d'amélioration 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 responsables de projet internes. L'ANQ recommande de former le personnel clinique ou des personnes sélectionnées, p. ex. les cadres, pour relever l'importance des symptômes (évaluation par des tiers). L'ANQ propose des formations internes aux cliniques pour l'instrument d'évaluation par des tiers HoNOS. De plus amples informations à ce sujet sont disponibles sur le [portail web de l'ANQ](#).

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

## 6. Livraison des données

---

Les données par site doivent être fournies à l'institut d'analyse. Les données du type de clinique « Psychiatrie gériatrique » des sites qui proposent à la fois des services destinés à la psychiatrie pour adultes et à la psychiatrie gériatrique constituent une exception. Il convient de les traiter comme des sites séparés dans le cadre de la livraison des données sur moniQ et à des fins de comparaison par l'ANQ. Dans ces cas, les sets de données doivent donc être téléchargés une fois pour le site de psychiatrie gériatrique et une fois pour le site comportant tous les autres cas de psychiatrie pour adultes. Les cliniques sont libres de séparer elles-mêmes les données en deux sets de données distincts ou de confier la séparation automatisée à w hoch 2. Le critère d'attribution des cas est la variable « domaine de traitement ». Les cas pour lesquels un autre domaine de traitement a été indiqué ou pour lesquels cette information fait défaut sont attribués aux autres cas de psychiatrie pour adultes. Les données d'une année de mesure doivent **toujours être livrées jusqu'au 07.03. de l'année suivante.**

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

En fonction du 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 01.07.2012 (début des mesures de l'ANQ en psychiatrie pour adultes).

Depuis la période de mesure de 2019, les données sont transmises à l'institut d'analyse w hoch 2 via le tableau de bord « moniQ ». À cette fin, une personne 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. Depuis le printemps 2020, des retours immédiats sur l'exactitude du format et la qualité des données sont disponibles dans le tableau de bord. Les données précédemment téléchargées sont automatiquement écrasées.

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

## 7. Evaluation

---

Un rapport comparatif national est élaboré et publié chaque année pour la psychiatrie stationnaire pour adultes. Celui-ci contient des évaluations comparatives des cliniques quant à la qualité des mesures de l'importance des symptômes et des mesures limitatives de liberté. Vous trouverez des informations détaillées dans le document « [Concept d'évaluation de la psychiatrie stationnaire pour adultes](#) ».

## 8. Protection des données

---

Les données des mesures de la qualité fournies à l'ANQ ne permettent pas d'identifier une patiente ou un patient. La gestion des données est exposée dans [le règlement des données](#) de l'ANQ.

## 9. Littérature

---

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. (2023). *Brief-Symptom-Checklist*. Consulté sur <https://www.testzentrale.de/shop/brief-symptom-checklist.html>

Royal College of Psychiatrists (RCPsych). (2023). *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. Consulté sur <https://www.rcpsych.ac.uk/events/in-house-training/health-of-nation-outcome-scales?searchTerms=honos>