MANUEL DES MESURES
MESURES SPÉCIFIQUES À LA PSYCHIATRIE

PLAN DE MESURE NATIONAL PSYCHIATRIE STATIONNAIRE

Valable à partir de l'année de mesure 2027

Autrices et auteurs : Bureau de l'ANQ

Version : 1.2

Date : Octobre 2026

Les adaptations par rapport à la dernière version sont indiquées en gris

Weltpoststrasse 5 • 3015 Berne
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

Sommaire

1 Introduction ... 3

2 Aperçu du plan de mesure et des intruments de mesure ... 3

2.1 Données supplémentaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ... 5

3 Moments des relevés ... 6

3.1 Importance des symptômes ... 6

3.2 Mesures limitatives de liberté (MLL) ... 6

4 Instruments de mesure ... 7

4.1 Évaluation par des tiers avec HoNOS/HoNOSCA ... 7

4.1.1 Conventions d'évaluation de l'ANQ relatives aux questionnaires HoNOS/HoNOSCA 9

4.2 Autoévaluation avec BSCL/HoNOSCA-SR ... 9

4.3 Relevé des mesures limitatives de liberté ... 11

4.3.1 Problèmes fréquents du relevé des mesures limitatives de liberté ... 13

4.4 Relevé des chutes (mesure sans publication) ... 14

4.5 Gestion des valeurs manquantes ... 15

4.6 Utilisation des données pour les traitements individuels ... 16

5 Définition des cas ... 16

6 Qualité des donnes ... 17

6.1 Qualité des données, une base importante pour l'évaluation des données ... 17

6.2 Benchmark taux de retour des données ... 18

6.3 Contrôle de la qualité des données à linterne et par l'institut d'analyse ... 18

6.4 Possibilitées de soutien & formations pour les personnes chargées des relevés ... 18

7 Livraison des données ... 19

8 Résultats & publication ... 20

9 Protection des données ... 20

1 INTRODUCTION

L’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 faîtière des hôpitaux H+, l’association de branche des assureurs-maladie suisses prio.swiss, 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 se basent sur le concept de mise en œuvre de la psychiatrie pour adultes, ainsi que de la psychiatrie d’enfants et d’adolescents 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. Les cliniques psychiatriques comprennent les institutions qui, selon la typologie de l'Office fédéral de la statistique (OFS), relèvent des catégories K211 ou K212.

L’ANQ prescrit aux cliniques psychiatriques les mesures de la qualité à réaliser dans toute la Suisse sous forme de plans de mesure. Elle coordonne leur mise en œuvre, du relevé des données à la publication des résultats, 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 des cliniques de psychiatrie stationnaire dans le cadre d’un processus de soins, ainsi qu’aux personnes qui informent, motivent et aident les patientes et patients lorsqu’ils remplissent le questionnaire sur la qualité (autoévaluation). Vous trouverez des informations complémentaires sur le portail web de l’ANQ.

2 APERÇU DU PLAN DE MESURE ET DES INTRUMENTS DE MESURE

Les prescriptions relatives aux mesures s’appliquent à l’ensemble des patientes et patients de tous les secteurs. 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. En revanche, les patientes et patients majeurs hospitalisés dans des établissements de psychiatrie d’enfants et d’adolescents (p. ex. s'ils atteignent la majorité pendant leur séjour en

clinique) sont inclus dans la mesure réalisée en psychiatrie d'enfants et d'adolescents. L'intégration aux mesures ne se fait donc pas en fonction de l'âge, mais de l'institution participante.

La figure 1 fournit un aperçu des contenus du plan de mesure national Psychiatrie et des différents types de cliniques de psychiatrie pour adultes. Le plan de mesure Psychiatrie se présente sous la forme d'un relevé complet, c-à-d. qu'il convient de relever l'ensemble des patientes et patients admis pour un séjour stationnaire, indépendamment de la date de sortie prévue et d'autres caractéristiques telles que p. ex. l'âge, le diagnostic, le statut d'assurance ou l'origine.

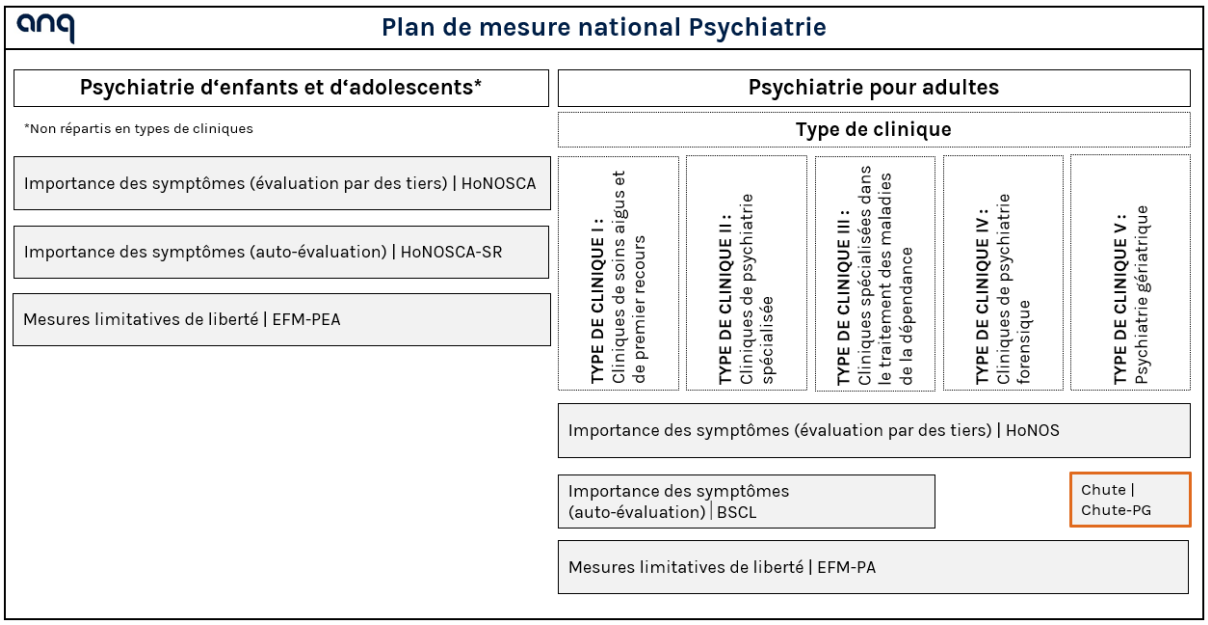


Figure 1 Plan de mesure national Psychiatrie

Remarques sur le plan de mesure national Psychiatrie :

- Il a été décidé de renoncer au relevé de l'autoévaluation de l'importance des symptômes (HoNOSCA-SR) pour les patientes et patients âgés de moins de 14 ans.
- 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.
- Des informations sur la stratification de la psychiatrie pour adultes sont disponibles sur le portail web de l'ANQ.
- Le relevé des chutes et de leurs conséquences en psychiatrie gériatrique est une mesure qui ne fait pas l'objet d'une publication des résultats, voir chapitre 4.4.

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

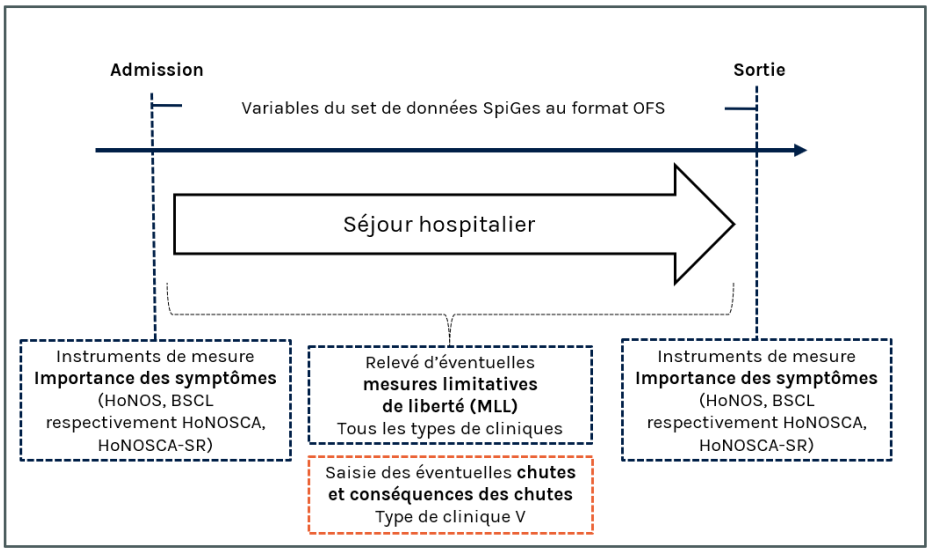


Figure 2 Aperçu de la conception des mesures nationales de la qualité de l'ANQ, réalisées en psychiatrie

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, du relevé des éventuelles mesures limitatives de liberté (MLL) et des incidents de chute en psychiatrie gériatrique pendant la durée de l'hospitalisation, les variables nécessaires à l'analyse des données 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) doit également figurer dans tous les fichiers transmis.

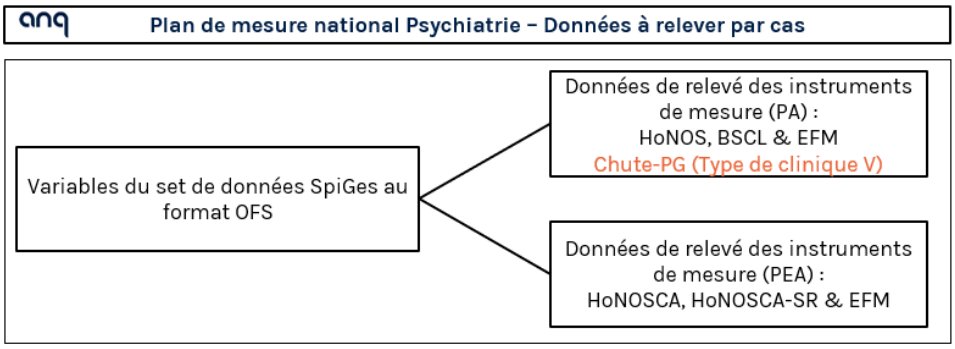


Figure 3 Aperçu des données à livrer par cas

3 MOMENTS DES RELEVÉS

3.1 IMPORTANCE DES SYMPTÔMES

Les saisies de routine à l'admission et à la sortie sont 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 pour les instruments de mesure de l'importance des symptômes

	Mesure à l'admission		**Mesure à la sortie**	
Instrument de mesure	Au plus tôt	Au plus tard	Au plus tôt	Au plus tard
HoNOS	Le jour de l'admission	3 jours après l'admission	3 jours avant la sortie	3 jours après la sortie
BSCL	Le jour de l'admission	3 jours après l'admission	3 jours avant la sortie	Le jour de la sortie
HoNOSCA	Le jour de l'admission	14 jours après l'admission	3 jours avant la sortie	3 jours après la sortie
HoNOSCA-SR	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 à la 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). Les questionnaires non remplis doivent être codés avec un motif de dropout. Il convient d'effectuer une distinction entre les dropouts influençables et non influençables (cf. chapitre 4).

3.2 MESURES LIMITATIVES DE LIBERTÉ (MLL)

Les mesures limitatives de liberté sont relevées tout au long de l'hospitalisation et le plus rapidement possible, en règle générale immédiatement lors de l'établissement de la prescription médicale ou dès que possible après la mesure.

Tableau 2 Responsabilités et moments du relevé des mesures limitatives de liberté (MLL)

TYPE DE MLL	RELEVÉ EFFECTUÉ PAR	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

4 INSTRUMENTS DE MESURE

4.1 ÉVALUATION PAR DES TIERS AVEC HONOS/HONOSCA

Le Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) a été publié en 1996 par le Royal College of Psychiatrists (RCPsych). Utilisé depuis 1998, le Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) pour les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans a également été développé par le RCPsych. Depuis 2026, tous les instruments de mesure HoNOS (y compris le HoNOSCA-SR) sont soumis à licence et payants. Les frais correspondants sont pris en charge par l'ANQ. Les instruments de relevé peuvent continuer à être utilisés sans autre autorisation dans le cadre des mesures nationales de la qualité de l'ANQ. Le HoNOS relève, au moyen de 12 items/le HoNOSCA au moyen de 13 items, les problèmes comportementaux, les handicaps, les 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 ». Les glossaires respectifs (HoNOS, HoNOS Older Adults et HoNOSCA) contiennent les conventions générales d'évaluation, ainsi que des recommandations complémentaires pour la saisie des différents items.

Le questionnaire d'évaluation HoNOS est utilisé pour les mesures de la qualité de l'ANQ dans tous les types de cliniques de psychiatrie pour adultes. Le glossaire HoNOS est utilisé pour la psychiatrie pour adultes. L'utilisation du glossaire HoNOS Older Adults est recommandée aux cliniques de psychiatrie gériatrique (type de clinique V). Les deux glossaires se distinguent

uniquement par la terminologie utilisée (adaptée aux adultes resp. aux personnes âgées). Le HoNOSCA est utilisé pour les mesures de la qualité de l'ANQ, réalisées en psychiatrie d'enfants et d'adolescents.

Les instruments d'évaluation HoNOS/HoNOSCA doivent être complétés par des tiers. L'évaluation par des tiers à l'aide des questionnaires HoNOS/HoNOSCA 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 (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 s'applique pas à 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/HoNOSCA à l'admission, il n'existe pas de motifs de non-réalisation légitimes. La seule exception pour ne pas effectuer une mesure HoNOS/HoNOSCA à la sortie s'applique aux cas avec une sortie dans les 24 heures suivant la mesure à l'admission. En effet, une telle période d'évaluation s'avère trop courte pour tirer des conclusions pertinentes.

Tableau 3 Codage des motifs de non-réalisation (dropouts) pour HoNOS/HoNOSCA à la sortie

CODE	MOTIF	REMARQUE
1	Sortie dans les 24 heures suivant la mesure HoNOS/HoNOSCA à l'admission (période de mesure trop courte)	Uniquement accepté pour la mesure HoNOS/ HoNOSCA à la sortie
2	Autres	A utiliser uniquement à titre exceptionnel et doit être complété par un texte libre explicatif
Note : Une sortie imprévue, un non-retour de vacances ou un décès ne sont pas des motifs de dropout. Le personnel soignant chargé de la gestion du cas remplit les HoNOS/HoNOSCA dans les 3 jours suivant la sortie ou le décès.		

4.1.1 Conventions d'évaluation de l'ANQ relatives aux questionnaires HoNOS/HoNOSCA

Les conventions générales d'évaluation relatives aux questionnaires HoNOS/HoNOSCA ont été complétées par les conventions de l'ANQ dans le cadre de révisions réalisées par le *groupe d'experts HoNOS/HoNOSCA*. Les conventions d'évaluation de l'ANQ ci-après servent à la saisie correcte des questionnaires HoNOS/HoNOSCA pour les mesures de l'ANQ :

- Période d'évaluation : La période de référence a été adaptée pour toutes les versions linguistiques aux derniers 7 jours. Dans le cas d'un séjour de moins de 7 jours, la période d'évaluation pour la mesure de sortie se rapporte au temps écoulé depuis la mesure d'admission (au moins 24 heures).
- Degré de gravité pour un item : Lorsque vous ne parvenez pas à déterminer clairement de 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 »).
- L'évaluation est toujours descriptive : C'est-à-dire qu'elle est indépendante d'un groupe de troubles ou d'un traitement médicamenteux.
  Exemple : une patiente, un patient suit un traitement médicamenteux pour des troubles du sommeil. Lorsqu'au moment de l'évaluation, celui-ci ne souffre plus de troubles du sommeil, alors cet item est coté « 0 » dans HoNOS, indépendamment du lien entre le sommeil et la médication.

4.2 AUTOÉVALUATION AVEC BSCL/HONOSCA-SR

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 admis en psychiatrie forensique (depuis le 01.01.2019), ainsi que ceux admis en psychiatrie gériatrique (depuis le 01.01.2023) sont exclus de la mesure de l'autoévaluation au moyen de la BSCL.

Dans les cliniques de psychiatrie d'enfants et d'adolescents, le HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) est utilisé pour l'autoévaluation de l'importance des symptômes. A l'aide de 13 items, il permet de relever les problèmes physiques et psychiques subjectivement ressentis par les enfants et adolescents. L'importance des symptômes est évaluée sur une échelle allant de 0 « pas du tout » à 4 « extrêmement ».

A l'instar de HoNOS/HoNOSCA, la personne chargée de la gestion du cas est chargée de remettre la BSCL/le HoNOSCA-SR 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 (s'applique uniquement 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 de la patiente/du patient à participer 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 le formulaire – 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, il est obligatoire de coder un motif de non-réalisation (**dropout**) listé dans le tableau ci-après (Tableau 4).

Tableau 4 Codage des motifs de non-réalisation de la mesure BSCL/HoNOSCA-SR

CODE	MOTIFS DE NON-RÉALISATION (MOTIFS DU 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/HoNOSCA-SR 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. Ces 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.

La BSCL est concédée sous licence par la société Hogrefe Verlag, son utilisation est donc payante. Les **frais de licence** pour l'utilisation de la BSCL dans le cadre des mesures de l'ANQ sont pris en charge par l'ANQ. La licence comprend la création d'une version imprimée et d'une version électronique. La licence octroyée pour les mesures a été étendue pour permettre la réalisation de mesures individuelles dans chaque clinique.

Le HoNOSCA-SR est disponible en allemand, français, italien et anglais. Ces versions ont été vérifiées et approuvées par l'ANQ. Une traduction dans d'autres langues et leur mise à disposition ne sont pas prévues pour l'instant (voir explications sur les versions linguistiques de la BSCL).

4.3 RELEVÉ DES MESURES LIMITATIVES DE LIBERTÉ

Le relevé des mesures limitatives de liberté (MLL) 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 MLL figurent sur le plan de mesure Psychiatrie pour adultes de l'ANQ depuis le début des mesures en 2012 et sur le plan de mesure Psychiatrie d'enfants et d'adolescents depuis 2024.

Les MLL 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**, càd. 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, de l'avis des proches ou du souhait de la représentante ou du représentant légal. Si la volonté de la patiente ou du patient n'est pas clairement identifiable, par exemple en cas de démence, c'est la volonté présumée qui prévaut. Si la personne s'oppose néanmoins à la volonté présumée qui a été déterminée ou refuse de la mettre en œuvre, cela doit être considéré comme une MLL. 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)[1]. 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. Le tableau ci-après (Tableau 5) fournit un aperçu des données à relever à l'attention de l'ANQ en psychiatrie pour adultes et en psychiatre d'enfants et d'adolescents.

Tableau 5 Aperçu du relevé des mesures limitatives de liberté (EFM)

TYPE DE MLL	DOMAINE	CATÉGORIE	PÉRIODE/MOMENT PRÉCIS
Isolement	☒ Psychiatrie pour adultes	• Psychiatrique • Infectieux/somatique[2]	Début & fin : date et heure
	☒ Psychiatrie d'enfants et d'adolescents	Pas de distinction	Début & fin : date et heure

[1] 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)

[2] A l'image des mesures limitatives de liberté, les isolements pour des raisons infectieuses/somatiques sont appliqués contre la volonté de la patiente ou du patient.

Immobilisation	☒ Psychiatrie pour adultes ☒ Psychiatrie d'enfants et d'adolescents		Début & fin : date et heure
Médication forcée	☒ Psychiatrie pour adultes ☒ Psychiatrie d'enfants et d'adolescents	• Orale • Injection	Moment précis Date et heure
Maintien ferme	☒ Psychiatrie pour adultes ☐ Psychiatrie d'enfants et d'adolescents		Début & fin : date et heure
Limitation du mouvement à la chaise	☒ Psychiatrie pour adultes ☐ Psychiatrie d'enfants et d'adolescents		Début & fin : date et heure
Limitation du mouvement au lit	☒ Psychiatrie pour adultes ☐ Psychiatrie d'enfants et d'adolescents		Début & 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.

Les responsabilités quant au relevé des mesures limitatives de liberté doivent être réglées conformément au Tableau 2. Pour autant qu'elles aient fait leurs preuves, les éventuelles responsabilités déjà existantes divergeant du Tableau 2 doivent être conservées.

Lorsqu'aucune mesure limitative de liberté n'est appliquée de manière générale ou au cours d'une période de relevé précise, alors aucune donnée spécifique n'est à relever. Le cas échéant, il convient de confirmer lors du processus de téléchargement dans moniQ (en cochant une case), qu'aucune mesure limitative de liberté n'a été appliquée pendant la période de relevé. Il n'est pas possible de télécharger un fichier de données vide.

4.3.1 Problèmes fréquents du relevé des mesures limitatives de liberté

Omission du relevé

Chaque clinique nomme une personne responsable du respect des directives et du relevé complet des MLL. Pour toute demande de clarification, celle-ci fera office de personne de contact pour l'institut d'analyse. La concordance entre les prescriptions médicales documentées et le relevé des MLL 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 sont 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).

4.4 RELEVÉ DES CHUTES (MESURE SANS PUBLICATION)

À partir du 01.01.2026, l'ANQ pilote le relevé des *chutes et de leurs conséquences* exclusivement dans les cliniques de psychiatrie gériatrique (type de clinique V).

La mesure est conçue de manière analogue aux mesures spécifiques à la psychiatrie décrites dans le manuel des mesures et se présente également sous forme de relevé complet. Les mêmes dispositions s'appliquent en matière de qualité des données, de contrôle des données, de livraison des données (date de référence : 07.03), de protection des données et de définition des cas.

Etant donné qu'il s'agit d'une mesure pilote, les résultats ne feront pas l'objet d'une publication transparente et comparative.

Le relevé des chutes et de leurs conséquences pendant le séjour stationnaire s'effectue conformément à la définition et aux spécifications élaborées par l'ANQ en collaboration avec des expertes et experts. Le Tableau 6 présente une vue d'ensemble des données à collecter, des moments des relevés et des responsabilités. Vous trouverez de plus amples informations dans le « concept de chute en psychiatrie gériatrique ».

Tableau 6 Saisie des chutes (module, moment précis et responsabilité)

SAISIE		MOMENT DE LA SAISIE	SAISIE PAR*	DROPOUT
Chute ☐ Saisie par événement	Moment de la chute Date et heure	Immédiatement après la chute	Médecin, psychologue, infirmier/ère ou autre thérapeute autorisé(e)	Toutes les chutes survenues, ainsi que leurs

Conséquences de la chute ☐ Oui ☐ Non		Immédiatement après avoir constaté les conséquences de la chute	Médecin, psychologue, infirmier/ère ou autre thérapeute autorisé(e)	conséquences, pendant le séjour en clinique et au cours de la période d'enquête, doivent être relevées. **Aucun** motif de dropout ne s'applique.

*La saisie peut être effectuée par tout le personnel soignant, la responsabilité doit être réglée au sein de la clinique.

Les documents Définition des données PA, ainsi que Contrôle et validation des données PA ont été complétés conformément au relevé des chutes et précisent le format et les données supplémentaires nécessaires à la transmission correcte des données.

4.5 GESTION DES VALEURS MANQUANTES

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

- Omissions de saisie (p. ex. omission de demander l'état civil),
- 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 sur 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 les HoNOS/HoNOSCA et également la BSCL/le HoNOSCA-SR que la patiente ou le patient ne présente pas de problème dans ce domaine ; la valeur « 9 » admise dans les HoNOS/HoNOSCA 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.

Lors du calcul des mesures HoNOS/HoNOSCA, les items avec la valeur « 9 » sont traités comme des saisies manquantes. Une estimation est effectuée sur la base des items observés, ce qui permet de comparer les valeurs des questionnaires HoNOS/HoNOSCA à l'admission et à la sortie. Si, par exemple, la valeur « 9 » a été attribuée une seule fois, les 11 autres valeurs sont additionnées, divisées par 11 et multipliées par 12. Cette démarche permet de comparer les valeurs HoNOS/HoNOSCA à l'admission et à la sortie. Important : un maximum de 3 items manquants avec la valeur « 9 » est autorisé.

4.6 UTILISATION DES DONNÉES POUR LES TRAITEMENTS INDIVIDUELS

En règle générale, les mesures de l'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 et devraient d'ailleurs être appliquées. Le cas échéant, les données relevées à l'aide des instruments HoNOS/HoNOSCA et/ou BSCL/HoNOSCA-SR 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 de l'ANQ visent en effet l'obtention de données comparatives nationales, ainsi que la publication de rapports cliniques.

5 DÉFINITION DES CAS

À partir de l'année de mesure 2026, l'ANQ reprendra intégralement les règles et définitions relatives à la définition des cas, aux sites/transferts et au regroupement des cas conformément à l'OFS (concept détaillé SpiGes) et à SwissDRG SA (règles et définitions relatives à la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY).

La **définition d'un cas** stationnaire s'oriente à l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), qui a également été reprise par l'OFS et SwissDRG SA. Selon cette ordonnance, une unité de relevé (cas) correspond à un **traitement stationnaire** avec un séjour d'au moins 24 heures dans une clinique pour un examen, un traitement et des soins. Les séjours de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé pendant une nuit ou un transfert vers une (autre) clinique est effectué, sont également considérés comme des traitements stationnaires. Il en va de même en cas de décès.

Une clinique disposant de plusieurs **sites** est considérée comme une seule clinique selon SwissDRG SA. Par conséquent, les **transferts** entre différents sites d'une même clinique ne sont donc pas considérés comme des transferts. Pour les mesures spécifiques à la psychiatrie, cela signifie qu'aucun nouveau cas n'est ouvert en cas de transfert entre deux sites du même groupe de cliniques. Le cas de la patiente/du patient est transmis avec le site de sortie. Cette règle s'applique également aux transferts internes entre services d'un même établissement (d'un même site). Une exception est prévue pour les transferts au sein d'une unité de psychiatrie d'enfants et d'adolescents vers une unité de psychiatrie pour adultes d'une même

clinique ou inversement. Dans ce cas, de nouvelles mesures doivent être réalisées à l'aide des instruments de relevé propres à la nouvelle unité.

En principe, chaque réadmission est considérée comme un nouveau cas, sauf si un **regroupement de cas** est appliqué. Un tel regroupement est effectué lorsqu'une réadmission ou un transfert vers la même clinique avec le même Major Diagnostic Categories (MDC) survient dans les 18 jours suivant la sortie. Cette règle s'applique aussi aux réadmissions ou transferts multiples. Dans de tels cas, aucune nouvelle mesure à la sortie et à l'admission n'est requise. L'évaluation d'un cas regroupé inclut les données de la mesure à l'admission du premier cas et les données de la mesure à la sortie du dernier cas.

Le traitement dans une clinique/un service de psychiatrie forensique et dans une clinique/un service de psychiatrie non forensique constitue une **exception au regroupement des cas**. En effet, le regroupement des cas ne s'applique pas – il en va de même pour les cas s'étendant sur deux années civiles.

Dans les autres « cas » ci-après, aucune mesure à la sortie et à l'admission n'est requise :

- Lorsqu'une patiente ou un patient est réadmis **en l'espace de moins de 24 heures** dans le même site ou dans un site appartenant au même groupe de cliniques et que le personnel soignant considère, d'un point de vue clinique, que le séjour après l'absence s'inscrit dans la poursuite du même cas de traitement : aucune mesure à la sortie ou à l'admission n'est réalisée. Cela vaut en particulier pour les absences dues à des examens spéciaux ou à des traitements dans d'autres cliniques.
- **Congé administratif** : il est question de congé administratif lorsqu'une patiente ou un patient quitte la clinique pendant plus de 24 heures (>24 h), tout en gardant un lit réservé (pour congé/vacances ou une sortie d'essai).

6 QUALITÉ DES DONNES

6.1 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.

6.2 BENCHMARK TAUX DE RETOUR 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 complètent 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.

6.3 CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES À LINTERNE 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.

Les documents « Définition des données PA | PEA » et « Contrôle et validation des données PA | PEA » fournissent une aide exhaustive aux cliniques pour la vérification interne des données. Ils présentent également le contrôle des données effectué par l'institut d'analyse.

6.4 POSSIBILITÉES DE SOUTIEN & FORMATIONS 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 pour relever l'importance des symptômes (évaluation par des tiers). L'ANQ propose des formations internes aux cliniques pour les instruments d'évaluation par des tiers HoNOS et HoNOSCA.

Les formations s'adressent au personnel des cliniques chargé de la saisie des données. Dans certains cas, certaines représentants des différentes cliniques participent également à ces formations afin de pouvoir ensuite transmettre en interne les connaissances acquises au personnel soignant ou aux personnes chargées de la saisie.

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.

7 LIVRAISON DES DONNÉES

Les données SpiGes doivent être transmises à l'institut d'analyse par site (burnr). Si un site compte plusieurs types de cliniques, les données de mesure doivent être transmises séparément pour chaque type de clinique. Une exception s'applique aux cliniques proposant à la fois des services de psychiatrie pour adultes et de psychiatrie gériatrique. Ces cliniques doivent également télécharger deux ensembles de données : un pour la psychiatrie gériatrique et un pour la psychiatrie pour adultes. Les cliniques sont toutefois libres de séparer elles-mêmes les données en deux ensembles distincts ou de télécharger deux fois le même ensemble de données. Dans ce cas, la séparation sera alors effectuée automatiquement par w hoch 2. Le critère d'affectation des cas est la variable « Domaine de traitement ». Les cas pour lesquels la valeur « Psychiatrie gériatrique » a été indiquée ici sont affectés à la psychiatrie gériatrique. Les cas pour lesquels un autre domaine de traitement a été indiqué ou pour lesquels cette information fait défaut sont affectés aux autres cas de psychiatrie pour adultes. Cette exception ne s'applique qu'à ce type de clinique. Les données de mesure provenant d'autres types de cliniques situées sur un même site doivent impérativement être fournies séparément pour être transmises à l'institut d'analyse

Toutes les données des patientes et patients quittant une 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 chaque 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), resp. du 01.07.2013 (début des mesures de l'ANQ en psychiatrie d'enfants et d'adolescents).

La définition des cas selon l'OFS et SwissDRG SA (voir chapitre 5) a été reprise pour les données de mesure et les données SpiGes. En cas de regroupement de cas, les données de mesure

contiennent le même FID que dans l'ensemble de données SpiGes, ainsi que la mesure à l'admission du premier séjour et la mesure à la sortie du dernier séjour.

Depuis la période de mesure 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.

L'ensemble de données définitif doit être transféré du tableau de bord vers « w hoch 2 » au plus tard le **7 mars de l'année suivante**.

8 RÉSULTATS & PUBLICATION

Pour chaque année de mesure, les résultats font l'objet d'une publication transparente et comparative entre les cliniques sur le portail web de l'ANQ. En outre, divers documents de publication tels que des infographies, des explications sur les graphiques et l'ajustement des risques, etc. sont publiés sur le portail web. Vous trouverez des informations détaillées dans les concepts d'évaluation et de publication.

De plus, les cliniques ont la possibilité de consulter des analyses individuelles spécifiques à leur établissement dans le tableau de bord des résultats Vizer, d'y réaliser leurs propres analyses (diverses options) et de les comparer à des benchmarks nationaux.

9 PROTECTION DES DONNÉES

Le règlement sur les données de l'ANQ, version 2.0, s'applique aux mesures réalisées en psychiatrie pour adultes et en psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Il stipule que « les hôpitaux et les cliniques ont la responsabilité de recueillir des données correctes et complètes conformément aux dispositions sur la protection des données, ainsi que de les transmettre dans les délais prévus. [...] Les hôpitaux et les cliniques pseudonymisent ou anonymisent les données personnelles conformément aux directives fixées par l'ANQ pour la mesure concernée (p. ex. concept de mesure) avant de les transmettre à l'ANQ ou aux partenaires de coopération de l'ANQ désignés par cette dernière. [...] » (art. 5). Par ailleurs, les personnes responsables prennent les mesures organisationnelles et techniques nécessaires pour protéger la confidentialité, la disponibilité et l'intégrité des données, ainsi que pour garantir la traçabilité de leur

traitement ; elles tiennent compte notamment des exigences prévues par les dispositions fédérales et cantonales en matière de protection des données qui leur sont applicables.

La livraison des données à l'ANQ dans le cadre des mesures nationales de la qualité répond à une obligation légale prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La transmission des données repose ainsi sur une base légale et le consentement des patientes et patients n'est donc pas nécessaire du point de vue de la protection des données. De même, aucun consentement général (general consent) des patientes et patients n'est requis au sens de la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH), car cette mesure ne relève pas du champ d'application de la LRH.