CONCEPT D'EVALUATION

PLAN DE MESURE NATIONAL
PSYCHIATRIE STATIONNAIRE POUR ADULTES, AINSI QUE D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

Auteurs : Bureau ANQ
w hoch 2

Version : 1.1

Date : Août 2025

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

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

Sommaire

1 Siutation initiale 3
2 Méthodologie des mesures 3
2.1 Instruments de mesure et données supplémentaires 3
2.2 Moments des relevés 5
2.3 Définition du cas 5
2.4 Taille de l'échantillon 5
2.5 Critères d'inclusion et d'exclusion 6
3 Logistique des mesures 7
3.1 Transmission des données 7
3.2 Contrôle des données 7
3.2.1 Epuration des données 8
3.3 Conservation des données 9
3.4 Protection des données 10
4 Analyse des données 10
4.1 Méthode 11
4.2 Qualité des données 13
4.2.1 Taux de retour/valeurs attendues 13
5 Présentation des rapports 13
Bibliographie 15

1 SIUTATION INITIALE

Ce concept d'évaluation décrit comment évaluer les résultats des mesures réalisées en psychiatrie stationnaire pour adultes, ainsi qu'en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents. L'élaboration des concepts (concepts d'évaluation et de publication) a été réalisée en étroite collaboration entre l'ANQ (auparavant Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques), le Groupe Qualité Psychiatrie et l'institut d'analyse w hoch 2. Depuis 2018, w hoch 2 est mandaté par l'ANQ pour assurer l'accompagnement scientifique du relevé des données et évaluer les données collectées.

Le contrat qualité national, le règlement des données de l'ANQ, ainsi que les exigences générales envers les concepts d'évaluation et de publication constituent les bases des concepts de l'ANQ. L'élaboration des concepts de l'ANQ repose sur des processus définis et se base sur les versions précédentes, ainsi que les nouvelles conclusions issues des résultats des évaluations.

2 MÉTHODOLOGIE DES MESURES

Le relevé des données incombe à chaque clinique, qui jouit par ailleurs de la souveraineté sur ses données. Le format exact des données et les directives logistiques pour le relevé des données sont définis dans le manuel des mesures (psychiatrie pour adultes et psychiatrie d'enfants et d'adolescents) et dans la définition des données (psychiatrie pour adultes et psychiatrie d'enfants et d'adolescents) de l'ANQ.

2.1 INSTRUMENTS DE MESURE ET DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES

Le plan de mesure suivant (Figure 1) présente les instruments de mesure utilisés en psychiatrie pour adultes, ainsi qu'en psychiatrie d'enfants et d'adolescents afin de relever l'importance des symptômes (autoévaluation et évaluation par des tiers), ainsi que les mesures limitatives de liberté.

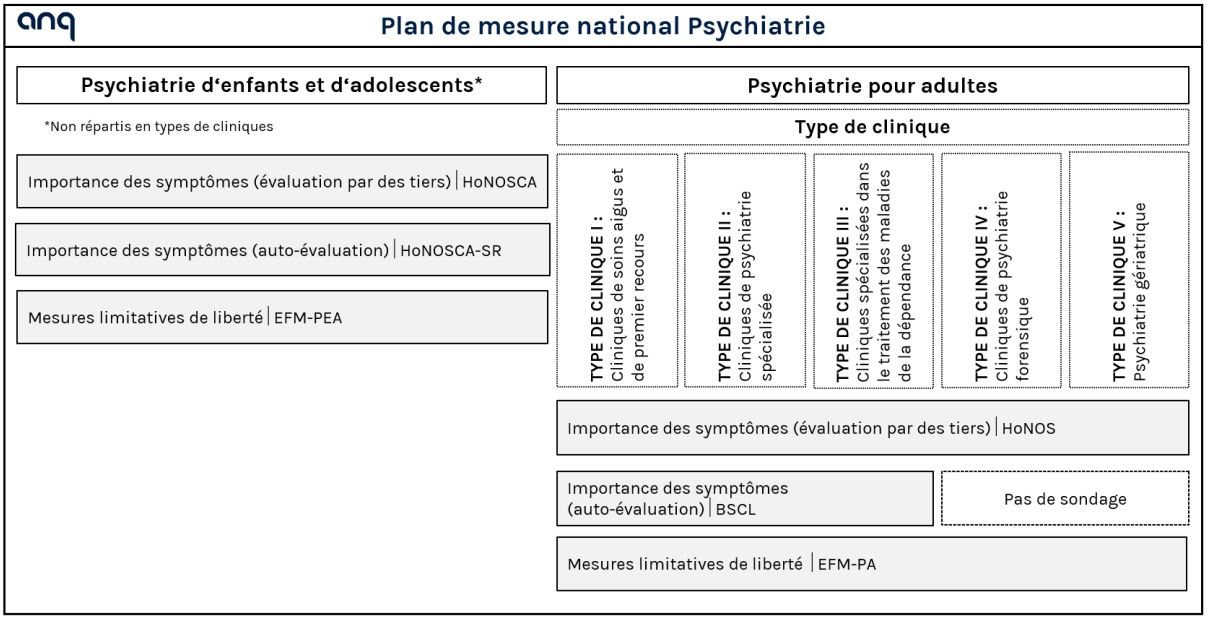

Figure 1 : Plan de mesure national Psychiatrie (valable depuis l'année de mesure 2023)

En psychiatrie pour adultes, les cliniques sont en outre stratifiées par type de clinique (cf. figure 1 et tableau 1). La stratification a été développée par l'ANQ afin de mieux comparer les différentes cliniques psychiatriques et faciliter le processus de benchmark. Vous trouverez des informations sur la stratification dans la fiche d'information Types de cliniques sur le portail web de l'ANQ.

TYPE DE CLINIQUE	DÉSIGNATION	INTRODUCTION
Type de clinique I	Cliniques de soins aigus et de premier recours (correspond aux soins aigus et complets)	Depuis l'année de mesure 2016
Type de clinique II	Cliniques de psychiatrie spécialisée (correspond à des soins spéciaux)	Depuis l'année de mesure 2016
Type de clinique III	Cliniques spécialisées dans le traitement des maladies de la dépendance	Depuis l'année de mesure 2016
Type de clinique IV	Cliniques de psychiatrie forensique	Depuis l'année de mesure 2019
Type de clinique V	Psychiatrie gériatrique	Depuis l'année de mesure 2023

Tableau 1 : Aperçu des types de cliniques de psychiatrie pour adultes selon l'ANQ

Les données supplémentaires à relever ou à transmettre par cas comprennent certaines variables **des données minimales, ainsi que les données supplémentaires Psychiatrie de la Statistique médicale**, qui doivent être obligatoirement relevées à l'attention de l'Office fédéral de la statistique (OFS) (cf. Figure 2).

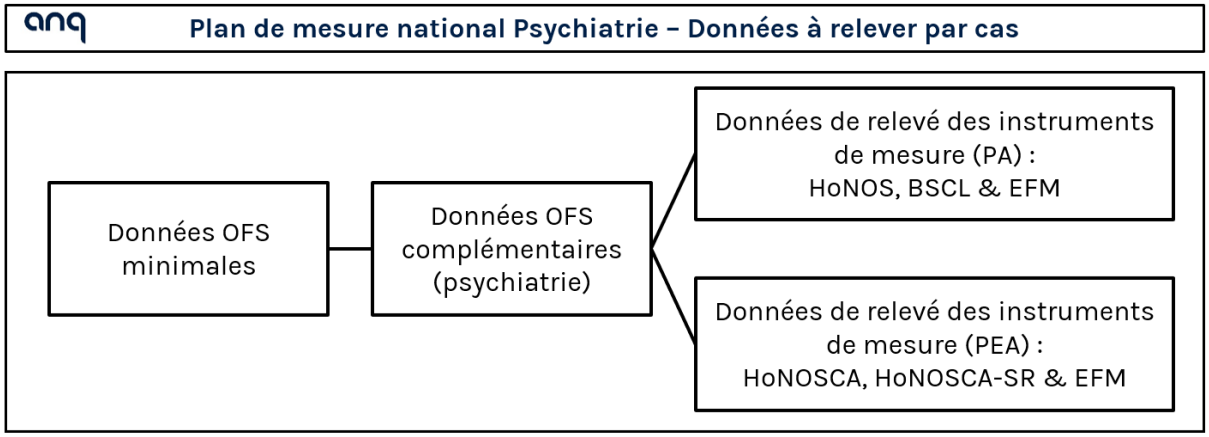

Figure 2 : Données à relever par cas

Les valeurs de l'importance des symptômes représentent des indicateurs spécifiques de la qualité des traitements dispensés mais n'englobent pas la qualité globale des traitements. Il n'est donc pas question de qualité de traitement mais de résultats de mesure « valeur différentielle ou réduction de l'importance des symptômes selon l'autoévaluation ou l'évaluation par des tiers ».

2.2 MOMENTS DES RELEVÉS

L'importance des symptômes est relevée à l'admission et à la sortie (intervalle de minimum 24 heures) et les mesures limitatives de liberté lors de chaque application. Les données de la Statistique médicale sont compilées après chaque période de relevé et transmises à l'institut d'analyse.

2.3 DÉFINITION DU CAS

La définition du cas correspond à celle de l'OFS telle qu'elle est présentée dans le manuel des mesures (chapitre 3.1.2). En principe, une unité de relevé correspond à un cas de traitement. Sur la base de l'expérience de l'année de mesure 2018, le comité de l'ANQ a décidé en juillet 2019 d'adopter la définition de cas **sans** regroupement des cas selon TARPSY/SwissDRG (depuis l'année de mesure 2019). Les données ne doivent donc **pas** contenir de cas regroupés selon TARPSY/SwissDRG (réadmission dans les 18 jours au sein de la même clinique).

2.4 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Les cliniques livrent les données de tous les cas (relevé complet) traités en psychiatrie stationnaire durant la période de relevé respective. Les cliniques ont la possibilité de livrer des

sets de données avec des cas dont elles n'ont pas besoin, à savoir des cas ayant été admis avant le 01.07.2012 en psychiatrie pour adultes ou avant le 01.07.2013 en psychiatrie d'enfants et d'adolescents et sortis avant resp. après la période de référence. Cette démarche répond aux directives de l'OFS relatives à la livraison de tous les types de cas pour la Statistique médicale (définition du cas statistique « A », « B » ou « C » selon le concept détaillé de l'OFS), ceci afin de ne pas générer de travail supplémentaire pour les cliniques.

Pour l'évaluation des données, tous les cas pris en compte sont ceux admis dès le début des mesures le 01.07.2012 pour la psychiatrie pour adultes et dès le 01.07.2023 pour la psychiatrie d'enfants et d'adolescents et ayant quitté l'institution pendant la période de relevé. Les cas présentant une qualité de données insuffisante sont exclus des comparaisons cliniques.

Toutes les cliniques participant aux mesures sont intégrées dans la comparaison nationale. Une clinique présentant un faible nombre de cas bien documentés (N<30) est clairement signalée dans le rapport comparatif national en raison du haut degré d'incertitude des résultats calculés. Quant aux résultats relatifs aux mesures limitatives de liberté, seules les cliniques ayant appliqué au moins une mesure limitative de liberté durant la période de relevé sont prises en compte dans la comparaison.

2.5 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

La mesure nationale de la qualité réalisée en psychiatrie stationnaire pour adultes exclut en principe les cas relevant de la psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Depuis le 1er juillet 2013, des mesures spécifiques ont en effet été introduites dans les cliniques de psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Inversement, les cas relevant de la psychiatrie pour adultes sont en principe exclus de la psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents.

Les adolescents traités dans des unités de psychiatrie pour adultes sont intégrés dans la mesure réalisée en psychiatrie pour adultes et leurs données évaluées dans ce contexte. Les patientes et patients majeurs hospitalisés dans des institutions de psychiatrie d'enfants et d'adolescents (p. ex. atteinte de la majorité durant le séjour en clinique) sont toutefois inclus dans la mesure réalisée en psychiatrie d'enfants et d'adolescents. L'intégration dans les mesures ne dépend donc pas du critère de l'âge mais de l'institution participante.

3 LOGISTIQUE DES MESURES

3.1 TRANSMISSION DES DONNÉES

Les cliniques transmettent les données de mesure relatives à l'importance des symptômes et aux mesures limitatives de liberté, ainsi que les données de la Statistique médicale à l'institut d'analyse w hoch 2 via le tableau de bord « moniQ ». Chaque site clinique nomme une personne responsable de la transmission des données. Celle-ci reçoit de w hoch 2 un lien lui permettant de s'enregistrer sur moniQ. La personne responsable peut se connecter tout au long de l'année avec son adresse e-mail et le mot de passe qu'elle a choisi, télécharger des données et vérifier leur qualité. La personne responsable peut en outre autoriser d'autres utilisateurs à consulter les analyses de la qualité des données et les résultats.

Les retours sur l'exactitude du format et sur la qualité des données peuvent être consultés immédiatement dans le tableau de bord moniQ. Si des corrections sont nécessaires, il suffit de télécharger un nouveau set de données. Les données téléchargées précédemment sont alors automatiquement écrasées.

Le set de données final de l'année de mesure clôturée doit être transmis à w hoch 2 **entre janvier et le 7 mars au plus tard** après le téléchargement (le délai de livraison des données est identique chaque année). Cette étape peut également être effectuée dans le tableau de bord.

3.2 CONTRÔLE DES DONNÉES

Afin de garantir une qualité des données suffisante, plusieurs niveaux de contrôle des données sont requis. La première vérification (en particulier intégralité des cas) est directement assurée par la clinique participant à la mesure. Vous trouverez des explications détaillées sur les contrôles des données effectués dans les cliniques et par l'institut d'analyse dans le document Contrôle et validation pour la psychiatrie pour adultes et la psychiatrie d'enfants et d'adolescents.
L'institut d'analyse procède à des contrôles approfondis afin d'identifier en particulier les valeurs manquantes ou non plausibles. Les aspects suivants doivent notamment être vérifiés :

- Toutes les variables, telles que décrites dans la définition des données, sont-elles disponibles ?
- Chaque ligne de données dans chaque paquet de données contient-elle le numéro d'identification du cas (FID) ?
- HoNOS : y a-t-il des sets de données relevées à double pour un moment précis ?
- BSCL : y a-t-il des sets de données relevées à double pour un moment précis ?
- Relevé des mesures limitatives de liberté : des isolements ou immobilisations simultanés ou qui se recoupent ont-ils été enregistrés ?

3.2.1 Epuration des données

Les cas manquants en intégralité ne peuvent pas être identifiés dans le cadre des mesures de l'ANQ. La différence entre le nombre de cas annoncé à l'ANQ d'une part et à l'OFS d'autre part permettrait toutefois de les distinguer. Il existe donc une possibilité de contrôle indirecte.

Données minimales et données supplémentaires Psychiatrie de l'OFS

Les variables suivantes des données d'un cas individuel, qui doivent être relevées pour la Statistique médicale (données minimales et données supplémentaires Psychiatrie) de l'OFS, sont contrôlées comme covariables (valeurs perturbantes) quant à leur influence sur le résultat de mesure et utilisées pour l'ajustement des risques. En principe, les caractéristiques citées doivent être obligatoirement relevées pour l'OFS et il est attendu que ces données soient livrées en intégralité.

- Âge à l'admission
- Sexe
- Diagnostic principal (diagnostic de sortie)
- Importance des symptômes à l'admission
  (valeur à l'admission HoNOS/BSCL → ne font pas partie des données OFS)
- Placement à des fins d'assistance
- Nationalité
- Niveau de formation
- Etat civil
- Occupation avant l'admission
- Séjour avant l'admission
- Classe d'assurance (chambre commune, semi-privé, privé)
- Décision d'envoi
- Durée de séjour
- Nombre de diagnostics secondaires[1]
- Domaine d'activité

Les cas présentant au moins une valeur manquante pour l'une des variables sexe, âge ou diagnostic principal sont exclus des analyses de l'importance des symptômes. En présence d'une valeur manquante pour HoNOS/HoNOSCA ou BSCL/HoNOSCA-SR, le cas est exclu de l'analyse de l'instrument concerné. Les cas avec des séjours de courte durée (<24 heures) sont également exclus des comparaisons entre les cliniques. Vous trouverez de plus amples

[1] Sur mandat du groupe d'experts « *Troubles du développement intellectuel* », une analyse complémentaire a été réalisée à partir des résultats de l'année de mesure 2023 afin d'examiner l'influence de la prise en compte du contenu des diagnostics secondaires dans le modèle d'ajustement des risques. Il en ressort que la variance expliquée varie légèrement. D'un point de vue méthodologique, le modèle comportant moins de covariables a été privilégié en raison de sa capacité prédictive similaire. Il a donc été décidé de renoncer à la prise en compte du contenu des diagnostics secondaires.

informations dans le document Contrôle et validation des données pour la psychiatrie pour adultes et la psychiatrie d'enfants et d'adolescents.

Instruments de mesure HoNOS, HoNOSCA, BSCL et HoNOSCA-SR

Pour les instruments de mesure HoNOS, HoNOSCA, BSCL et HoNOSCA-SR, chaque cas doit idéalement englober des données relevées ou des informations liées aux dropouts (respectivement à l'admission et à la sortie). Le critère pour une bonne qualité des données est la proportion de cas bien documentés par rapport au nombre total de cas traités durant la période d'observation. Si cette proportion s'avère faible, alors les données cliniques obtenues seront vraisemblablement peu représentatives des patientes et patients traités dans la clinique concernée.

Les valeurs manquantes pour les données relevées au moyen des instruments de mesure ne sont pas remplacées. A partir d'un nombre défini d'items manquants pour un instrument de mesure (**plus de 3 items** pour HoNOS, HoNOSCA et HoNOSCA-SR, **plus de 13 items** pour BSCL), le cas n'est pas analysé pour l'instrument de mesure concerné et exclu de l'évaluation.

Relevé des mesures limitatives de liberté

En 2023, le Groupe Qualité Psychiatrie a fixé des durées maximales pour certaines mesures limitatives de liberté afin d'en vérifier la plausibilité. Les données suivantes relatives à la durée des mesures sont désormais considérées comme incorrectement documentées ou non plausibles et sont signalées dans le tableau de bord moniQ :

- Immobilisation : >2 semaines
- Maintien ferme (psychiatrie pour adultes uniquement) : >1 heure
- Mesure limitant la liberté de mouvement à la chaise (psychiatrie pour adultes uniquement) : >8 heures
- Pour tous les autres types de mesures limitatives de liberté, il n'y a pas de durée maximale quant à la durée plausible.

En outre, une durée négative (heure de début après heure de fin) est également considérée comme non plausible pour toutes les mesures limitatives de liberté appliquées en psychiatrie pour adultes et en psychiatrie d'enfants et d'adolescents.

3.3 CONSERVATION DES DONNÉES

Une fois traitées, les données spécifiques aux cliniques sont chaque année mises à la disposition des cliniques concernées par l'institut d'analyse w hoch 2 après la fin des évaluations via le tableau de bord moniQ. Le recueil de données épuré, contenant des données personnelles et cliniques pseudonymisées, est conservé en toute sécurité par w hoch 2 dans le respect de la plus haute protection des données.

3.4 PROTECTION DES DONNÉES

Le relevé satisfait aux exigences du règlement sur les données de l'ANQ. L'ANQ prend toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection et la sécurité des données (cf. Mesures de protection des données ANQ). Afin de garantir un meilleur anonymat des données des cas, seules les données requises par l'ANQ pour ses évaluations - conformément au document Définition des données - doivent être transmises à l'institut d'analyse. Il faut notamment éviter de transmettre des informations qui pourraient compromettre l'anonymat des données des cas. Aucune date de naissance ne doit ainsi être transmise, mais uniquement l'âge à l'admission.

Au sein de l'institut d'analyse, tous les collaborateurs ayant accès aux données cliniques sont contractuellement soumis au secret professionnel. D'un point de vue technique, les données et résultats ne peuvent pas être consultés par des personnes non habilitées, même au sein de l'institut d'analyse.

4 ANALYSE DES DONNÉES

Les termes suivants sont prioritairement utilisés dans la description de la méthode d'évaluation et brièvement expliqués ci-après :

Paramètre de qualité : le paramètre de qualité d'une clinique est la valeur de résultat épurée de l'influence des covariables. Il correspond à la différence de l'importance des symptômes attendue entre l'admission et la sortie, si tous les cas du groupe global étaient traités au sein de la clinique observée.

Valeur de comparaison : la valeur de comparaison pour une clinique est la différence entre son paramètre de qualité et la valeur moyenne (pondérée par le nombre de cas) du paramètre de qualité des autres cliniques.

Covariables : les covariables ou valeurs perturbantes sont les variables dont l'influence a été supprimée du paramètre de qualité afin de pouvoir comparer les résultats des cliniques.

Valeur différentielle : la valeur différentielle résulte de la simple comparaison de l'importance des symptômes à l'admission et à la sortie. Elle n'est pas ajustée, donc pas épurée de l'influence des valeurs perturbantes.

Intervalles de confiance : les intervalles de confiance décrivent la plage de valeurs dans laquelle le paramètre de qualité estimé et ajusté aux risques d'une clinique évolue avec une probabilité de 95%. Les intervalles de confiance simples présentent un intérêt pour chaque clinique. Afin de pouvoir faire des déclarations simultanées par-delà toutes les cliniques, les intervalles de confiance simultanés sont requis, puisque ces derniers tiennent compte du calcul de nombreuses valeurs de comparaison (en lieu et place d'une seule).

4.1 MÉTHODE

Afin d'obtenir des comparaisons de la qualité des résultats de l'importance des symptômes aussi équitables que possible, les paramètres de qualité de chaque clinique et l'influence des valeurs perturbantes sur lesquelles la clinique ne peut pas exercer d'influence, sont estimés à partir des données. La composition du collectif de patientes et patients traités fait principalement partie des valeurs perturbantes (le « casemix »). Les covariables à relever obligatoirement et qui sont utilisées pour l'ajustement des risques sont documentées au chapitre 3.2.1.

Le paramètre de qualité respectif d'une seule clinique décrit la différence de l'importance des symptômes attendue entre l'admission et la sortie, si tous les cas du groupe global étaient traités dans cet établissement. La prise en compte des valeurs perturbantes permet un ajustement des risques, de sorte à pouvoir comparer les cliniques présentant des casemix divergents.

L'estimation du paramètre de qualité avec ajustement des risques s'effectue au moyen d'un procédé d'analyse régressionnelle. Il s'agit d'un modèle de régression linéaire multiple utilisant la qualité des résultats de l'importance des symptômes comme variable cible (Response), la clinique traitante comme facteur et les différentes valeurs perturbantes comme covariables. Pour ces dernières, les interactions de premier ordre sont aussi prises en compte selon la taille de la base de données.

Le modèle de régression tient compte des fluctuations aléatoires au cas par cas et d'autres inexactitudes lors du relevé de la qualité des résultats de l'importance des symptômes. Les paramètres de qualité estimés des cliniques constituent à ce titre des approximations par rapport aux paramètres de qualité réels. La procédure d'ajustement des risques est expliquée en détail dans le document du même nom.

Au final, l'intérêt est de constater l'importance de la différence entre le paramètre de qualité de chaque clinique et la valeur moyenne – pondérée par nombre de cas – des paramètres de qualité de toutes les autres cliniques. Pour ces valeurs de comparaison, il est possible de calculer des valeurs estimées et intervalles de confiance. En d'autres termes, on obtient simultanément pour chaque clinique un intervalle qui englobe la valeur de comparaison réelle avec un degré de certitude préétabli (de 95%).

Cette démarche permet ainsi de tenir compte de l'inévitable inexactitude des valeurs de comparaison estimées. Pour les cliniques dont l'intervalle de confiance ne contient pas la valeur zéro, il est possible de partir du principe – avec le degré de certitude préétabli – qu'elles présentent des résultats de mesure supérieurs à la moyenne (si la limite inférieure de l'intervalle est supérieure à zéro) ou inférieurs à la moyenne (si la limite supérieure est inférieure à zéro).

Pour cette analyse des données, il convient de préciser qu'il s'agit d'une évaluation des résultats des cliniques en comparaison directe, basée sur les échantillons respectifs. Il n'est

nullement question d'une comparaison avec un outcome « Importance des symptômes » objectif et neutre, puisqu'il n'existe pas pour les instruments HoNOS/HoNOSCA et BSCL/HoNOSCA-SR.

L'évaluation des mesures limitatives de liberté n'est pas ajustée aux risques comme décrit précédemment pour l'importance des symptômes. Avant la première publication transparente du relevé des mesures limitatives de liberté, le Groupe Qualité Psychiatrie de l'époque s'était prononcé contre un ajustement des risques.

L'un des principaux arguments contre cet ajustement des risques résidait dans les différentes modalités et conditions des cliniques. Certaines cliniques sont p. ex. tenues d'admettre des patientes et patients en situation d'urgence, soumis à une décision de placement à des fins d'assistance (PAFA) ou présentant un risque élevé de mise en danger de soi ou d'autrui. Il faut également tenir compte des différents concepts cliniques. Si certaines cliniques appliquent des mesures limitatives de liberté plus fréquentes et plus courtes, d'autres préfèrent des mesures plus longues mais moins fréquentes. Les résultats des mesures doivent donc toujours être interprétés dans leur contexte - moins de mesures limitatives de liberté ne rime pas automatiquement avec meilleure qualité de traitement. Afin de mieux tenir compte de ces différentes conditions, les critères structurels ont été discutés, suivis d'une stratification par types de cliniques pour améliorer la comparabilité.

Les arguments à l'encontre d'un ajustement des risques étaient assortis de raisons méthodologiques et communicationnelles. D'une part, il s'est avéré que la performance prédictive des prédicteurs des mesures limitatives de liberté était faible. L'ajustement des risques n'entraîne donc que de faibles changements. D'autre part, l'objectif est en principe d'éviter les mesures limitatives de liberté et de les réduire au strict minimum. A cette fin, il est nécessaire de disposer de résultats de mesure compréhensibles et interprétables dans le cadre de la comparaison des cliniques. Contrairement au relevé de l'importance des symptômes, l'indicateur principal des mesures limitatives de liberté se limite à deux valeurs : le cas de traitement est concerné par au moins une mesure limitative de liberté - oui ou non. Il faudrait donc procéder à un ajustement des risques au moyen d'une régression logistique. Cette démarche statistique est toutefois difficile à comprendre et à interpréter. Les avantages de disposer de résultats compréhensibles l'emportent donc sur les effets d'un ajustement des risques.

Afin de pouvoir placer le nombre de mesures limitatives de liberté dans le contexte du case-mix d'une clinique, le rapport comparatif national cite toutefois la corrélation avec le nombre de placements à des fins d'assistance (PAFA) au moment de l'admission en clinique.

4.2 QUALITÉ DES DONNÉES

4.2.1 Taux de retour/valeurs attendues

Une augmentation du taux de retour permet d'obtenir une base de données plus pertinente, ce qui profite à toutes les cliniques en raison d'une comparabilité plus fiable. L'ANQ a fixé des valeurs attendues pour les taux de réponse des mesures réalisées en psychiatrie (valables depuis l'année de mesure 2016) :

- **Évaluation par des tiers : mesure à l'admission : 100% ; paire admission-sortie complète : 90%.**
  Afin qu'une paire admission-sortie soit considérée comme complète, les variables centrales des données minimales de l'OFS et des données supplémentaires Psychiatrie de l'OFS doivent être disponibles. De même, les dropouts légitimes non influençables sont pris en compte dans le calcul de ces 90%.
- **Autoévaluation : paire admission-sortie complète : 60%.**
  Afin qu'une paire admission-sortie soit considérée comme complète, les variables centrales des données minimales de l'OFS et des données supplémentaires Psychiatrie de l'OFS doivent être disponibles. De même, les dropouts non influençables sont pris en compte dans le calcul de ces 60%.
- **Sets de données manquants ou erronés : 0%.**
  Aucune valeur n'est attendue pour le relevé des mesures limitatives de liberté, puisqu'il n'est actuellement pas possible de vérifier l'intégralité des données. Toutefois, chaque mesure limitative de liberté doit être relevée.
  Suite à l'évaluation des données 2019, un taux de valeurs manquantes avec un cut-off de 0,1% est désormais prescrit pour toutes les variables de l'OFS qui ne doivent pas obligatoirement être déclarées selon l'ANQ. Les rares cliniques présentant plus de 0,1% de valeurs manquantes pour ces variables sont indiquées en dessous des graphiques des résultats. Cette mesure permet de poursuivre l'amélioration de la comparabilité.

5 PRÉSENTATION DES RAPPORTS

L'établissement de rapports a pour but principal d'informer tous les partenaires de l'ANQ et le public intéressé. Chaque année, un rapport global est établi pour la psychiatrie pour adultes, ainsi que pour la psychiatrie d'enfants et adolescents (**rapport comparatif national**) avec des présentations comparatives des résultats et de la qualité des données. Le rapport comparatif national contient des évaluations comparatives des cliniques sur les indicateurs relevés.

De plus, un **rapport comparatif spécifique à chaque clinique** est mis à la disposition des institutions participantes. Dans leur rapport individuel, les cliniques peuvent consulter leurs

résultats spécifiques, cryptés par échelles ou items et groupes de diagnostics. Les principaux résultats sont ainsi plus compréhensibles et peuvent être utilisés à l'interne à des fins d'amélioration de la qualité.

Depuis 2024, les cliniques disposent d'une nouvelle version du **tableau de bord des résultats**. Ce dernier leur permet d'effectuer des évaluations supplémentaires à l'aide de leurs propres données.

En outre, toutes les cliniques reçoivent un **rapport national sur la qualité des données**, qui contient des évaluations comparatives de la qualité des données des cliniques**.** Les **rapports sur la qualité des données spécifiques aux différentes cliniques** peuvent également être générés directement via le tableau de bord moniQ.

La publication des rapports comparatifs nationaux annuels relève de la responsabilité de l'ANQ. Les rapports comparatifs spécifiques aux différentes cliniques et le rapport national sur la qualité des données ne sont pas publiés (cf. Figure 3).

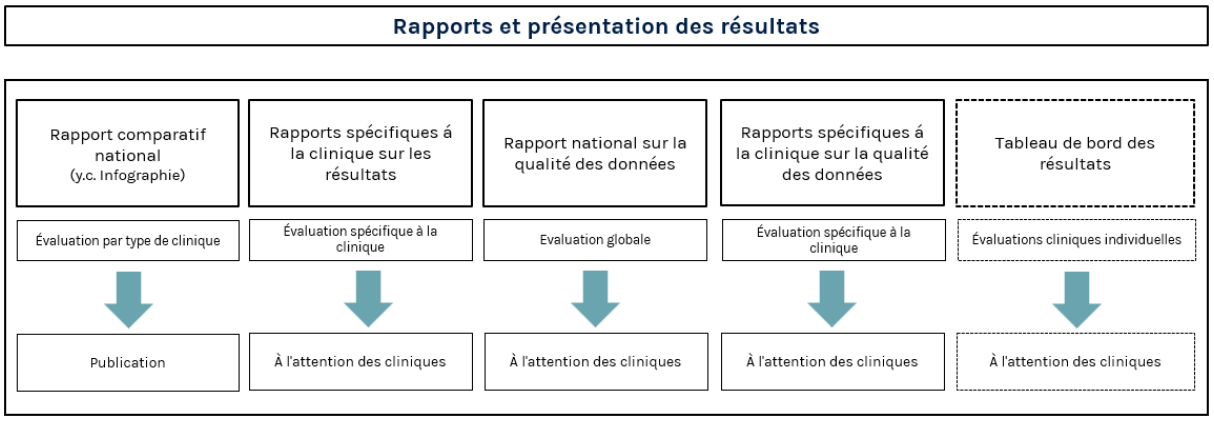

Figure 3 : Aperçu des rapports de l'ANQ dans le domaine de la psychiatrie

Les données de mesure relevées sont publiées sur le portail web de l'ANQ à des fins de comparaison entre les cliniques. Pour la publication des résultats et l'établissement des rapports (rapport comparatif national et spécifique à chaque clinique), les données de mesure de la psychiatrie pour adultes sont subdivisées selon 5 types de cliniques.

Le contenu des différents rapports sur les résultats, y.c. les graphiques et le tableau de bord des résultats, sont décrits en détail dans le concept de publication.

BIBLIOGRAPHIE

Références aux instruments de mesure

Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., …Schulz, H. (2010). The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 19(1), 50-62. doi:10.1002/mpr.305

Bonsack, C., Borgeat, F., & Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 160(7), 483-488. doi:10.1016/s0003-4487(02)00208-1

Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: Validation in relation to patient derived measures. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 34, 504-511.

Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M. Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). The British Journal of Psychiatry, 174(5), 424-427. doi:10.1192/bjp.174.5.424

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psycho-logical Medicine, 13(03), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017

Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Ge-sellschaft, Göttingen.

Garralda, M.E., Yates, P. & Higginson I. (2000). Child and adolescent mental health service use: HoNO-SCA as an outcome measure. British Journal of Psychiatry, 177, 52–58.

Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Diagnostica, 48(1), 28-36. doi:10.1026//0012-1924.48.1.28

Gowers, S., Harrington, R., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA). British Journal of Psychiatry, 174, 413–416.

Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. British Journal of Psychiatry, 180, 266-269.

Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. British Journal of Psychiatry, 180, 266-269.

Hanssen-Bauer, K., Gowers, S., Aalen, O.O., Bilenberg, N., Brann, P., Garralda, E., Merry, S. & Heyerdahl, S. (2007b). Cross-national reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. Adm Policy Mental Health, 34, 513-518.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. The British Journal of Psychiatry, 172(1), 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11

Références à la méthodologie

Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical report 78, IMSV, University of Bern.

Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). Comparaisons de la qualité des institutions psychiatriques (uniquement en allemand). Rapport final sur mandat du groupe d'experts Discussion des méthodes de l'ANQ.

Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., & Jäckel, W. H. (2004). Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 98(8), 655-662.

Kuhl, H.-C., Krneta, D., Warnke, I., Herdt, J., Cassidy, C., von Allmen, U., & Rössler, W. (2008). Freiwilliges Benchmarking der Psychiatrischen Universitätskliniken Basel, Bern und Zürich. Methodisches Vorgehen und Erfahrungsbericht. Psychiatrie 1, 37-40.