

CONCEPT D'ÉVALUATION

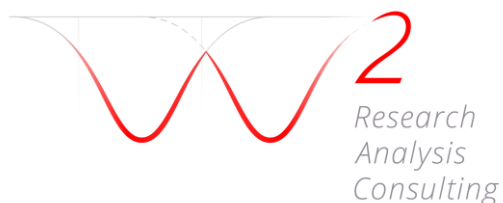
MESURES SPÉCIFIQUES À LA PSYCHIATRIE RÉALISÉES EN PSYCHIATRIE POUR ADULTES, AINSI QU'EN PSYCHIATRIE D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

Auteurs : Bureau de l'ANQ
Dr Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH

Version : 1.2

Date : Mai 2026

Les modifications apportées à la dernière version sont indiquées en gris



Sommaire

1.	Contexte.....	3
2.	Méthode de mesure.....	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	6
2.5	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	6
3.	Logistique des mesures.....	6
3.1	Transmission des données	6
3.2	contrôle des données.....	7
4.	Évaluation des données	8
4.1	nettoyage des données.....	8
4.2	Qualité des données	9
4.2.1	Explications sur la catégorisation des motifs de dropout	10
4.2.2	Taux de retour/valeurs attendues.....	10
4.3	Méthode	11
4.4	Conservation des données	13
4.5	Protection des données.....	14
4.6	Utilisation des données de mesure existantes à des fins d'analyses internes	14
5.	Présentation de résultats de mesure spécifiques aux cliniques	14
5.1	Présentation et types de graphiques utilisés.....	14
5.2	Accès aux résultats	15
6.	Présentation des résultats comparatifs nationaux.....	16
6.1	Présentation et types de graphiques utilisés.....	16
7.	Interprétation des résultats de mesure.....	17
	Bibliographie.....	18
	Mentions légales.....	19

1. CONTEXTE

Ce concept d'évaluation décrit l'analyse des résultats des mesures réalisées en psychiatrie pour adultes, ainsi qu'en psychiatrie d'enfants et d'adolescents (PEA). Les concepts (concepts d'évaluation et de publication) ont été élaborés en étroite collaboration entre l'ANQ, 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 et de l'évaluation des données collectées.

Le [contrat qualité national](#), le [règlement des données de l'ANQ](#), ainsi que les [exigences 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 s'appuie sur les versions précédentes, ainsi que les enseignements tirés des résultats des évaluations.

2. MÉTHODE DE MESURE

Le relevé des données relève de la responsabilité de chaque clinique, qui jouit également de la souveraineté sur ses données. Le format exact des données ainsi que les exigences logistiques relatives à la collecte des données sont définis dans le [manuel des mesures spécifiques à la psychiatrie](#) et dans la définition des données de l'ANQ ([psychiatrie pour adultes](#) ainsi que [psychiatrie d'enfants et d'adolescents](#)).

2.1 INSTRUMENTS DE MESURE ET DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES

Le plan de mesure ci-après (Figure 1) présente les instruments de mesure utilisés en psychiatrie de l'adulte, ainsi qu'en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence afin de relever l'importance des symptômes (autoévaluation et évaluation par des tiers), ainsi que les mesures limitatives de liberté (MLL).

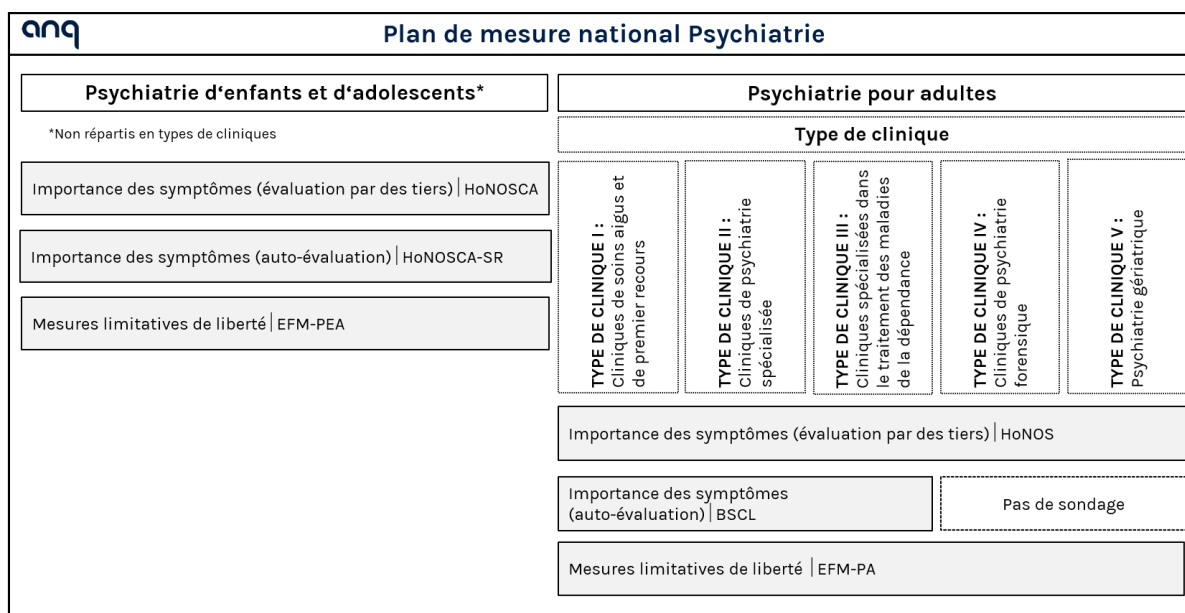


Figure 1 : Plan de mesure national Psychiatrie (valable depuis l'année de mesure 2023)

En psychiatrie de l'adulte, les cliniques sont stratifiées par type de clinique (cf. Figure 1 et Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.). 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 de l'adulte selon l'ANQ

Les données supplémentaires à relever ou à transmettre pour chaque 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. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.).

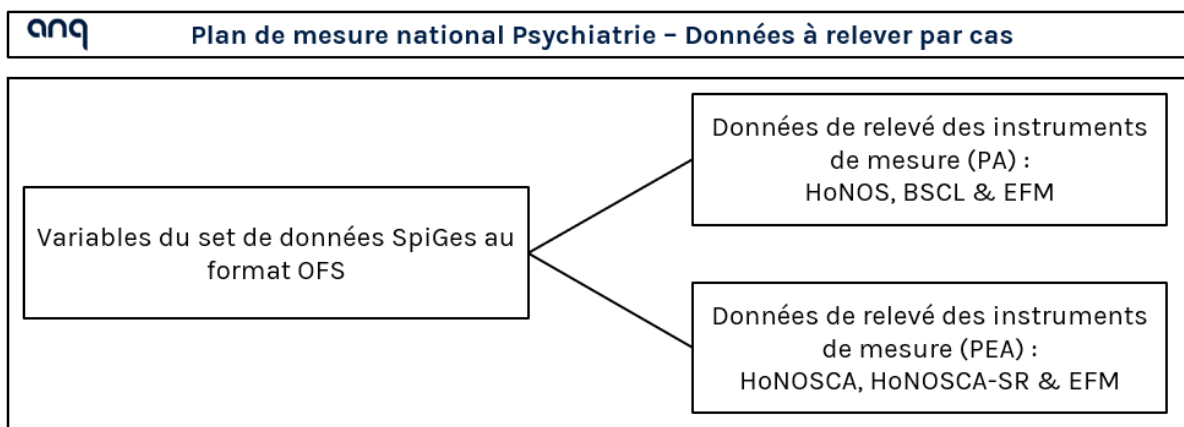


Figure 2 : Données à relever par cas

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).

Remarque : à partir de l'année de mesure 2026, l'ANQ adoptera, pour les mesures spécifiques à la psychiatrie, la définition du cas et du site selon TARPSY/SwissDRG AG, ainsi que le format conformément à SpiGes (OFS). À partir de cette année de mesure, le regroupement des cas dans un délai de 18 jours s'applique. En cas de transferts entre sites au sein d'un même groupe hospitalier, aucun nouveau cas n'est ouvert. Le cas est en effet attribué au site de sortie.

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 contenant des cas en dehors de la période de relevé. 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.

L'analyse prend en compte tous les cas admis au cours de la période considérée. Les cas ayant fait l'objet d'un séjour de courte durée (< 24 heures) ou présentant une qualité des données insuffisante sont exclus des comparaisons entre les 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 signalée clairement 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 MLL durant la période de relevé sont prises en compte dans la comparaison.

2.5 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les adolescent-e-s pris en charge dans des unités de psychiatrie de l'adulte sont inclus dans la mesure réalisée en psychiatrie de l'adulte, et leurs données évaluées dans ce contexte. À l'inverse, les patientes et patients majeurs hospitalisés dans des institutions de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (p. ex. atteinte de la majorité durant le séjour en clinique) sont inclus dans la mesure réalisée en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 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

À l'issue de la période de mesure, les cliniques transmettent à l'institut d'analyse w hoch 2, via le tableau de bord « moniQ », les données de mesure relatives à l'importance des symptômes et aux mesures limitatives de liberté, ainsi que les données de la Statistique médicale. moniQ offre de nombreuses possibilités d'analyse de la qualité des données.

Afin de garantir l'anonymat des données des cas et conformément au document *Définition des données* (PA | PEA), seules les informations nécessaires aux évaluations de l'ANQ doivent

être transmises à l'institut d'analyse. Il convient en effet d'éviter toute transmission d'informations susceptibles de compromettre cet anonymat. Ainsi, la date de naissance ne doit pas être communiquée ; seul l'âge à l'admission est requis.

Les retours relatifs à la conformité du format et à la qualité des données peuvent être consultés immédiatement dans le tableau de bord moniQ. Afin de permettre aux cliniques de vérifier leurs données de mesure tout au long de la période de collecte et de garantir ainsi une qualité élevée des données, moniQ reste à leur disposition tout au long de l'année. Si des corrections s'avèrent nécessaires, il suffit de télécharger un nouveau set de données. Les données précédemment transmises sont alors automatiquement remplacées.

Le set de données final de l'année de mesure écoulée doit être transmis à w hoch 2 entre le mois de janvier et **le 7 mars au plus tard** suivant le téléchargement (le délai de livraison des données est identique chaque année). Cette étape peut également être effectuée directement 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 concernant l'intégralité des cas) est directement assurée par la clinique participant à la mesure. Vous trouverez des explications détaillées sur les contrôles des données effectués au sein des cliniques et par l'institut d'analyse dans le document *Contrôle des données* ([PA](#) | [PEA](#)).

L'institut d'analyse procède à des contrôles approfondis afin d'identifier en particulier les valeurs manquantes ou non plausibles. Les éléments 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 set de données contient-elle le numéro d'identification du cas (FID) ?
- HoNOS/HoNOSCA : y a-t-il des sets de données relevés à double pour un moment précis ?
- BSCL/HoNOSCA-SR : y a-t-il des sets de données relevés à double pour un moment précis ?
- Relevé des mesures limitatives de liberté : des isollements ou immobilisations simultanés ou qui se recoupent ont-ils été enregistrés ?

4. ÉVALUATION DES DONNÉES

Conformément au principe de l'ANQ, les **analyses des mesures nationales de la qualité** sont réalisées **au niveau des sites**. Pour la psychiatrie d'enfants et d'adolescents, le comité de l'ANQ a décidé en octobre 2025, et sur demande de publier les résultats de mesure des différents sites cliniques sous l'égide du groupe hospitalier correspondant (site principal), notamment en raison de la petite taille des échantillons des sites individuels. Cette décision est mise en œuvre rétroactivement à partir de l'année de mesure 2025. L'ensemble des données est ainsi transmis par le siège du groupe hospitalier. Pour l'année de mesure 2025 (année de transition), les cliniques peuvent également transmettre les données séparément par site. Dans ce dernier cas, w hoch 2 regroupe les données en vue de leur publication. À partir de l'année de mesure 2026, il est possible de réaliser une analyse par site dans le tableau de bord des résultats Vizer grâce au téléchargement des variables supplémentaires.

4.1 NETTOYAGE 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 issues des données minimales et des données supplémentaires Psychiatrie de la Statistique médicale, qui doivent être collectées selon les directives de l'OFS, permettent notamment de procéder à une évaluation ajustée aux risques ; elles sont transmises via moniQ. L'OFS est tenu de collecter ces variables, ce qui permet de garantir l'intégralité des données.

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

Pour les instruments de mesure de l'importance des symptômes, 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 correctement documentés par rapport au nombre total de cas ayant quitté la clinique pendant la période de relevé. 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 cet instrument et exclu de l'évaluation.

Relevé des mesures limitatives de liberté (MLL)

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

- Immobilisation : > 2 semaines
- Maintien ferme (psychiatrie de l'adulte uniquement) : > 1 heure
- Mesure limitant la liberté de mouvement à la chaise (psychiatrie pour adultes uniquement) : > 8 heures
- Une durée négative (heure de début postérieure à l'heure de fin) est considérée comme invraisemblable pour tous les MLL.
- Pour tous les autres types de MLL, il n'y a pas de durée maximale quant à la durée plausible.

4.2 QUALITÉ DES DONNÉES

Une qualité suffisante des données est une condition préalable à l'obtention de résultats pertinents. Pour la représentation de la qualité des données, l'ANQ définit des exigences relatives aux données de mesure et aux variables (données MB et MP) conformément aux prescriptions de l'OFS. Les cas sont ensuite classés en fonction de la qualité de leurs données pour chaque instrument de mesure de l'importance des symptômes (cf. Tableau 2).

Des explications détaillées concernant la représentation de la qualité des données et leur catégorisation sont disponibles au chapitre 5 du document « Contrôle des données » ([PA](#) | [PEA](#)).

CATÉGORIE	REMARQUES
Complet (évaluable)	<p>a: <u>Variables OFS (données MB et MP)</u> : toutes les variables sont complètes.</p> <p>b: <u>Données de mesure</u> : données de mesure complètes à l'admission et à la sortie, ou au maximum 3 items manquants pour les instruments HoNOS(CA) resp. 13 items pour BSCL ; et/ou pour HoNOS, la variable H8 « Type » manque. Le questionnaire n'est pas codé comme dropout.</p>
Incomplet (évaluable)	<p>a: <u>Variables OFS (données MB et MP)</u> : les principales variables¹ des sets de données de l'OFS sont disponibles ; les autres variables comportent des valeurs manquantes ou non valides.</p> <p>b: <u>Données de mesure</u> : date du relevé manquante ; en outre, au maximum 3 items manquants pour les instruments HoNOS(CA) resp. 13 items pour BSCL ; et/ou, pour HoNOS, la variable H8 « Type » manque. Le questionnaire n'est pas codé comme dropout.</p>

¹ Les principales variables sont définies par l'ANQ. Leur présence est la condition minimale requise pour pouvoir évaluer un cas. Ces variables sont répertoriées au chapitre 5 du document « Contrôle des données ».

Insuffisant (non évaluable)	<p>a: <u>Variables OFS (données MB et MP)</u> : les données ne sont pas évaluables, car au moins une des variables principales est manquante ou non valide.</p> <p>b: <u>Données de mesure</u> : plus de 3 items manquants pour les instruments HoNOS(CA) resp. 13 items pour BSCL.</p>
Saisie manquante (non évaluable)	<p>a: <u>Variables OFS (données MB et MP)</u> : le numéro d'identification du cas (FID) manque.</p> <p>b: <u>Données de mesure</u> : le FID ou l'information relative à l'admission ou à la sortie manque dans le questionnaire.</p>
Dropout	<p>a: <u>Données de mesure</u> : le questionnaire est codé comme « dropout ».</p>

Tableau 1 : Catégories des informations sur la qualité des données

4.2.1 Explications sur la catégorisation des motifs de dropout

Les motifs de dropout sont décrits dans le [manuel des mesures](#) et dans le document « Contrôle des données » pour la [psychiatrie de l'adulte](#), ainsi que pour la [psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence](#). Ils sont classés en deux catégories : les dropouts influençables et les dropouts non influençables. Les dropouts influençables doivent être réduits autant que possible. Les dropouts non influençables sont pris en compte dans le calcul du taux de retour.

4.2.2 Taux de retour/valeurs attendues

Afin d'améliorer la qualité des données, l'ANQ a défini des valeurs attendues pour les taux de retour des mesures spécifiques à la psychiatrie, en vigueur depuis l'année de mesure 2016. Ces mesures ont été adaptées à partir de 2025. Depuis lors, la catégorie « évaluable - incomplet » n'est plus prise en compte dans le calcul du taux de retour.

- **Évaluation par des tiers : mesure à l'admission : 100 % ; paire admission/sortie complète : 90 %**

Afin qu'une paire admission-sortie soit considérée comme complète, toutes 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 90%.

- **Autoévaluation : paire admission/sortie complète : 60 %**

Afin qu'une paire admission-sortie soit considérée comme complète, toutes 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 incomplets : 0 %**

Les cas pour lesquels des variables centrales des données minimales (données MB) et

des données supplémentaires Psychiatrie (données MP) font défaut ne sont plus pris en compte pour obtenir la valeur attendue à partir de l'année de mesure 2025.

- **Mesures limitatives de liberté : aucune valeur attendue**

Les mesures limitatives de liberté (MLL) définies doivent être documentées de manière complète et continue. La responsabilité de l'intégralité des données transmises incombe aux cliniques, puisqu'il n'existe actuellement aucun moyen de vérifier leur intégralité. Pour les cas documentés, la qualité des données a toujours été très élevée dans l'ensemble des cliniques. Afin de garantir l'établissement de rapports concis et clairs, il a été décidé de renoncer à la publication de la qualité des données relatives aux MLL par clinique. Si des anomalies sont constatées au cours du processus d'évaluation, les cliniques concernées sont contactées en concertation entre l'ANQ, w hoch 2 et, le cas échéant, le Groupe Qualité Psychiatrie.

4.3 MÉTHODE

Afin d'obtenir des comparaisons de la qualité des résultats de l'importance des symptômes aussi équitables que possible, les paramètres de qualité spécifiques à chaque clinique et l'influence des valeurs perturbantes sur lesquelles la clinique ne peut pas exercer d'influence, sont estimés simultanément à partir des données. Parmi ces variables perturbantes figure en premier lieu la composition du collectif de patientes et patients hospitalisés (le « casemix »). Les variables utilisées pour l'ajustement aux risques proviennent en grande partie des sets de données MB et MP de l'OFS. Il est obligatoire de relever **l'âge à l'admission, le sexe et le diagnostic principal**. Si l'une de ces trois variables fait défaut, aucun ajustement aux risques n'est possible – le cas est alors exclu de l'analyse. D'autres variables utilisées pour l'ajustement aux risques sont énumérées ci-après :

- Nombre de diagnostics secondaires²
- Durée du séjour³
- Séjour avant l'admission
- Domaine de traitement
- Occupation avant l'admission
- Niveau de formation
- Décision d'envoi
- Placement à des fins d'assistance (PAFA) à l'admission
- Nationalité

² À la demande du groupe d'experts « Santé des personnes atteintes de troubles du développement intellectuel », une analyse complémentaire a été réalisée à partir des résultats de l'année de mesure 2023 afin d'évaluer l'influence de l'intégration des diagnostics secondaires dans le modèle d'ajustement aux 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 d'une puissance prédictive similaire, et l'intégration des diagnostics secondaires a donc été écartée.

³ La durée du séjour est calculée à partir des dates d'admission et de sortie.

- Classe d'assurance (chambre commune, semi-privé, privé)
- État civil
- Importance des symptômes à l'admission
(valeur à l'admission HoNOS/HoNOSCA/BSCL/HoNOSCA-SR → ne font pas partie des données de l'OFS)

Le paramètre de qualité d'une clinique spécifique décrit la différence de l'importance des symptômes attendue entre l'admission et la sortie, si tous les cas du groupe global étaient traités uniquement dans cette institution. La prise en compte des variables perturbantes permet un ajustement aux risques, de sorte à pouvoir comparer les cliniques présentant un cas-mix différent. L'estimation des paramètres de qualité avec ajustement aux risques est réalisée à l'aide d'une méthode d'analyse de régression. Il s'agit d'un modèle de régression linéaire multiple utilisant la qualité des résultats (réduction de l'importance des symptômes) comme variable cible (Response), la clinique traitante comme facteur et les différentes valeurs perturbantes comme facteurs de confusion. Pour ces dernières, les interactions de premier ordre sont également prises en compte selon la taille de la base de données. Toutefois, en fonction des données disponibles, les modèles varient selon les différents types de cliniques et les années de mesure en ce qui concerne les facteurs de confusion effectivement pris en compte. 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 méthode d'ajustement aux risques est expliquée en détail dans le document [Guide de lecture des graphiques et de l'ajustement aux risques](#) ; des informations complémentaires sur des modèles spécifiques peuvent être obtenues auprès de l'institut d'analyse w hoch 2.

Au final, l'intérêt est de constater l'ampleur de la différence entre le paramètre de qualité de chaque clinique et la valeur moyenne - pondérée par le 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 des 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 l'échantillon annuel. Il n'est nullement question d'une comparaison avec un benchmark des résultats pour l'outcome « Importance

des symptômes » objectif et neutre, puisque celui-ci n'existe pas pour les instruments HoNOS/HoNOSCA et BSCL/HoNOSCA-SR.

Pour l'importance des symptômes, l'évaluation des mesures limitatives de liberté n'est pas ajustée aux risques comme décrit précédemment. 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 aux risques.

L'un des principaux arguments contre cet ajustement aux 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 aux 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 aux 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 aux 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 aux risques.

4.4 CONSERVATION DES DONNÉES

Une fois les évaluations terminées, les données traitées spécifiques aux cliniques sont mises deux fois par an à la disposition des cliniques concernées par l'institut d'analyse w hoch 2 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 des règles de protection des données.

4.5 PROTECTION DES DONNÉES

Le relevé satisfait aux exigences du [règlement des 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 de l'ANQ](#)). w°hoch°2 héberge les données sur des serveurs cryptés en Suisse.

Afin de garantir la protection et la sécurité des données, des accords écrits relatifs au traitement des données en sous-traitance ont été conclus entre w°hoch°2 (en tant qu'institut d'analyse) et l'ANQ. Ces accords régissent le traitement des données sensibles et documentent les mesures de sécurité techniques et organisationnelles mises en place. Ils sont en outre contraignants pour toutes les personnes concernées au sein des institutions.

Au sein de l'institut d'analyse, l'ensemble des collaboratrices et 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.

4.6 UTILISATION DES DONNÉES DE MESURE EXISTANTES À DES FINS D'ANALYSES INTERNES

Conformément au [règlement des données de l'ANQ](#), l'ANQ est habilitée à traiter l'ensemble des données collectées dans le cadre des mesures de la qualité, étant donné que ce traitement est nécessaire à l'accomplissement de ses tâches et missions. Si nécessaire, les données recueillies dans le cadre d'autres mesures (interdisciplinaires et/ou spécifiques à un domaine particulier) peuvent également être utilisées à des fins d'analyses internes, par exemple pour vérifier une méthode de mesure ou en poursuivre le développement.

5. PRÉSENTATION DE RÉSULTATS DE MESURE SPÉCIFIQUES AUX CLINIQUES

5.1 PRÉSENTATION ET TYPES DE GRAPHIQUES UTILISÉS

Dans **le tableau de bord moniQ**, les cliniques ont un aperçu détaillé de la qualité de leurs données.

Depuis 2024, les cliniques disposent également du **tableau de bord des résultats Vizer**, qui leur permet de consulter tout au long de l'année leurs propres résultats par site.

Les cliniques ont accès à un ensemble d'analyses de base déjà préconfigurées. Pour les indicateurs de l'importance des symptômes, les valeurs à l'admission et à la sortie, ainsi que les variations entre ces deux moments sont présentées par groupe de diagnostics principaux. Un graphique comparatif permet de comparer les autoévaluations et les évaluations par des tiers de l'importance des symptômes. La proportion de cas traités ayant fait l'objet d'au moins une mesure limitative de liberté est présentée à la fois de manière globale et par diagnostic principal. En outre, cinq graphiques décrivent le case-mix en fonction du diagnostic principal, du placement à des fins d'assistance, de l'âge et du sexe.

Par ailleurs, le tableau de bord permet de réaliser un grand nombre d'analyses personnalisées en combinant les variables disponibles de différentes manières. Il est par exemple possible d'effectuer des analyses de résultats par groupe de diagnostics et par instance d'admission. Pour les années de mesure écoulées, les valeurs de référence (benchmarks) respectives peuvent être affichées pour chaque analyse, ce qui facilite l'interprétation des résultats de chaque clinique.

Grâce à la possibilité d'intégrer des variables supplémentaires spécifiques à chaque clinique dans leur propre set de données, les institutions peuvent également réaliser des analyses sur mesure, par exemple par service. Ces analyses complémentaires permettent de mieux comprendre les résultats principaux et d'exploiter plus efficacement les résultats dans le cadre des démarches internes d'amélioration de la qualité.

Les résultats peuvent être présentés sous forme de différents types de graphiques, tels que des diagrammes à barres et pyramidaux, des boxplots ou des tableaux. Les analyses réalisées peuvent être partagées avec d'autres personnes grâce à l'attribution de droits d'accès. Les analyses peuvent également être exportées sous forme de fichiers image aux formats .svg et .png pour être intégrés dans des rapports ou présentations.

Ajustement aux risques

Toutes les données présentées et évaluables dans le tableau de bord des résultats Vizer ne sont pas ajustées aux risques. L'ajustement aux risques nécessite en effet la disponibilité des données complètes d'une année de mesure pour l'ensemble des cliniques comparées. Les comparaisons des cliniques ajustées aux risques sont donc établies une fois par an, après la fin de la période de mesure, puis publiées sur le portail web de l'ANQ. Cette démarche peut entraîner des écarts entre les comparaisons officielles publiées et les résultats calculables dans Vizer.

5.2 ACCÈS AUX RÉSULTATS

En règle générale, un accès administrateur est attribué à chaque institution. Les cliniques ont également la possibilité d'octroyer des droits d'utilisateur à d'autres personnes. L'accès

administrateur permet de créer de nouvelles analyses et de modifier celles qui existent déjà. Il permet également d'inviter d'autres personnes en tant qu'utilisatrices et utilisateurs. Quant aux accès utilisateurs, ils permettent de consulter les analyses existantes.

6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS COMPARATIFS NATIONAUX

6.1 PRÉSENTATION ET TYPES DE GRAPHIQUES UTILISÉS

Les principaux résultats relatifs à l'importance des symptômes (évaluation par des tiers et autoévaluation), ainsi qu'aux mesures limitatives de liberté sont publiés, pour chaque type de clinique, sous forme de **graphiques comparatifs** sur le portail web de l'ANQ. Cette présentation permet de visualiser de manière optimale la répartition de la valeur comparative ajustée aux risques et de mettre en évidence à la fois le positionnement relatif d'une clinique par rapport aux autres cliniques du même type et son écart par rapport à la valeur de référence (benchmark).

En psychiatrie de l'adulte, les mesures limitatives de liberté font en outre l'objet d'une représentation sous forme de **matrice comparative** sur le portail web de l'ANQ. Celle-ci permet de comparer la fréquence ou l'intensité relative d'application des différents types de mesures au sein des sites cliniques. Afin de tenir compte des différences d'application en termes de fréquence et de durée, les comparaisons reposent, selon le type de mesure, soit sur la fréquence d'utilisation, soit sur une valeur d'intensité (fréquence × durée).

En complément des graphiques et matrices comparatifs, les types de graphiques et tableaux ci-après sont utilisés dans le cadre du rapport national afin de présenter de manière transparente les résultats de mesure, ainsi que d'autres paramètres descriptifs du relevé :

- Diagrammes en colonnes
- Diagrammes à barres
- Graphiques linéaires
- Tableaux structurés

Les graphiques supplémentaires permettent ainsi de représenter les répartitions, les évolutions dans le temps, ainsi que les comparaisons d'une caractéristique entre différentes unités. Ils contribuent notamment à une meilleure compréhension et à contextualiser les résultats.

7. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE MESURE

Les résultats des mesures spécifiques à la psychiatrie servent à documenter l'importance des symptômes et à relever les mesures limitatives de liberté. Les valeurs de l'importance des symptômes constituent des indicateurs individuels de la qualité des traitements dispensés, mais elles ne reflètent pas l'ensemble de cette qualité. Les résultats doivent déclencher des processus d'amélioration au sein de chaque clinique. Pour une interprétation technique correcte des résultats, il convient de tenir compte des limites méthodologiques, décrites en détail dans le document interdisciplinaire « [Informations pour l'interprétation des résultats de mesure de l'ANQ](#) ». Par ailleurs, le [glossaire de l'ANQ](#) décrit les principaux concepts des mesures de l'ANQ.

BIBLIOGRAPHIE

Références relatives 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. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.
- Garraida, 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., Garraida, 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 méthodologiques

- Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical Report, IMSV, University of Bern.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen. Abschlussbericht im Auftrag der ANQ Expertengruppe Methodendiskussion.
- 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.

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titre	Concept d'évaluation Mesures spécifiques à la psychiatrie réalisées en psychiatrie pour adultes, ainsi qu'en psychiatrie d'enfants et d'adolescents
Année	2026
Auteurs	Muriel Haldemann, ANQ Berne Denise Steinhauser, ANQ Berne Dr Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH
Contact, adresse de correspondance	psychiatrie@anq.ch
Mandat confié par l'ANQ, représentée par	Muriel Haldemann, responsable du domaine Psychiatrie
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne
Mode de citation	ANQ, Berne ; w hoch 2 (2026) : Concept d'évaluation. Mesures spécifiques à la psychiatrie réalisées en psychiatrie pour adultes, ainsi qu'en psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Année de mesure 2025