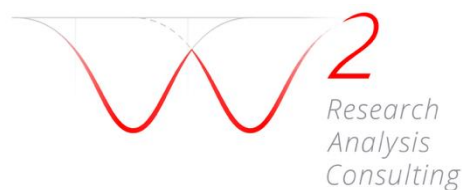


DÉFINITION DES DONNÉES : SOMMAIRE ET FORMAT DE LA COLLECTE DES DONNÉES | MESURES NATIONALES EN PSYCHIATRIE POUR ADULTES INDICATEURS MESURES SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE

Auteures et auteurs : Dr Benjamin Steinweg

Version : 9.3

Date : Juillet 2026



Adresse de contact :

w hoch 2 GmbH
Recherche, Analyses & Consulting
Effingerstrasse 15
3008 Bern
psy@w-hoch2.ch
031 536 39 39

Table des matières

1	Introduction	3
2	Aperçu et directives concernant les données à fournir	3
2.1	Ensembles de données à fournir	3
2.1.1	Fichier de données SpiGes au format XML	3
2.1.2	Données de mesure de l'ANQ au format CSV ou Excel	4
2.2	Définition des cas	5
3	Structure et format des données	5
3.1	Principes de base	5
3.2	Format du fichier de données SpiGes	5
3.3	Format des données de mesure de l'ANQ	6
3.3.1	HoNOS (admission et sortie)	6
3.3.2	BSCL (admission et sortie)	7
3.3.3	EFM (en continu)	7
3.3.4	Chute (en continu)	8
3.3.5	Variables supplémentaires libres (par cas traité)	8
4	Logiciel de saisie et d'exportation des données	9
5	Échéances de livraison des données	9
6	Plausibilisation des données et possibilités de correction	9
7	Protection des données	10
8	Transmission des données à l'institut d'analyse	10
ANNEXE		11

1 INTRODUCTION

Le présent document a pour objectif de décrire le contenu et la forme de la collecte et de la remise des données relatives aux mesures spécifiques à la psychiatrie pour adultes de l'ANQ. La présente définition des données contient principalement des aspects techniques relatifs aux données nécessaires et s'adresse donc en particulier aux chefs de projet ANQ dans les cliniques, mais aussi aux services informatiques concernés pour la mise en œuvre technique.

Outre les informations techniques, l'ANQ met à disposition d'autres documents. Pour toute question relative au contenu de la mise en œuvre concrète (collecte) des mesures, veuillez consulter le [manuel de mesure](#) et la [foire aux questions \(FAQ\)](#). Les spécifications relatives au codage figurent dans le document [Vérification et validation des données](#).

2 APERÇU ET DIRECTIVES CONCERNANT LES DONNEES A FOURNIR

2.1 ENSEMBLES DE DONNEES A FOURNIR

À partir de l'année de mesure 2026 (remise des données en 2027), les cliniques fourniront les données à collecter en deux formats différents.

2.1.1 Fichier de données SpiGes au format XML

Pour minimiser la charge de travail des cliniques, le fichier XML à créer pour la transmission des données à l'OFS peut être utilisé tel quel, sans modification, également pour la transmission des données à l'ANQ. Cela signifie que le même fichier de données SpiGes peut être téléchargé pour chaque clinique ou site hospitalier. Il remplace les deux ensembles de données OFS existants « Données minimales » et « Données complémentaires psychiatrie ».

Important :

- La transmission des ensembles de données de l'OFS non modifiées relève de la responsabilité des cliniques quant à la protection des données. Le fichier de données peut aussi être réduit aux tables les plus importantes pour les analyses de l'ANQ. Une liste des données à fournir obligatoirement à l'ANQ figure en [annexe](#) du présent document. Un fichier de données réduit doit également être fourni au format XML.

- Le fichier d'identificateurs SpiGes ne doit pas être fourni. Il contient des informations permettant d'identifier des personnes qui, pour des raisons de protection des données, ne peuvent être communiquées.

2.1.2 Données de mesure de l'ANQ au format CSV ou Excel

Les données relatives aux mesures spécifiques à la psychiatrie de l'ANQ doivent être fournies comme auparavant au format CSV ou Excel. Les ensembles de données requis sont décrits ci-dessous. Ces données peuvent être fournies sous forme de fichiers individuels ou d'un fichier Excel contenant une feuille de calcul par ensemble de données partielles. Le modèle de saisie des données mis à disposition sur le [portail web de l'ANQ](#) est utile pour une première vérification de l'exhaustivité et du format correct des données.

- 1 HoNOS « PH » : la mesure de l'intensité du cas est effectuée via le HoNOS, enregistré par la personne chargée du cas. La collecte est effectuée à l'admission et à la sortie. Les informations relatives aux valeurs HoNOS manquantes sont également enregistrées ici.
- 2 BSCL « PB » : lors de l'admission et de la sortie, l'intensité du cas est également évaluée à l'aide du BSCL (enregistrement par les patientes et les patients). Les informations relatives aux valeurs BSCL manquantes, telles que le motif de dropout, sont également enregistrées ici.
- 3 EFM « MLL » : le recours à des mesures limitatives de liberté s'effectue au moyen de mesures de contrôle électronique. L'enregistrement peut être effectué par toutes les personnes chargées du traitement. La responsabilité à cet égard doit être réglementée au sein de la clinique. Toutes les mesures doivent être enregistrées en continu.
- 4 Chute « Sturz » (uniquement psychiatrie gériatrique) : au cours de l'année de mesure 2026, les premières mesures relatives aux chutes seront effectuées en psychiatrie gériatrique. Les chutes, leur horodatage et les informations relatives à leurs éventuelles conséquences sont enregistrées en continu.
- 5 Variables supplémentaires libre « ZV » (facultatives) : Deux variables supplémentaires librement définissables peuvent être fournies. Il est par exemple possible d'indiquer dans quel service chaque cas a été traité afin de pouvoir effectuer ultérieurement des analyses comparatives entre différents services. Contrairement aux années précédentes, les données SpiGes ne contiennent plus de numéro d'identification patient (PID). Il est donc possible de fournir ici un PID unique au sein de la clinique. Si cela est indiqué lors de la remise, les réadmissions dans le même établissement hospitalier peuvent être analysées.

Pour plus de précisions, veuillez-vous reporter aux définitions détaillées des données figurant dans l'[annexe](#).

Important :

Il incombe aux cliniques de ne pas fournir, via les variables supplémentaires libres, de caractéristiques permettant d'identifier des personnes, telles que la date de naissance.

2.2 DEFINITION DES CAS

Les cliniques fournissent des données pour tous les cas traités en hospitalisation dans leurs services destinés à la psychiatrie pour adultes et ayant quitté l'établissement pendant la période considérée. Une distinction entre les cas ambulatoires et hospitaliers figure à l'[annexe](#).

La définition des cas correspond à celle de l'Office fédéral de la statistique, telle qu'elle est présentée dans le [Concept détaillé pour la statistique médicale](#). Une unité de collecte correspond à un cas traité. À partir de l'année de mesure 2026, la définition des cas inclura également le regroupement des cas selon TARPSY/SwissDRG AG (voir [Règles et définitions relatives au décompte des cas](#)).

Les mesures nationales de la qualité en psychiatrie pour adultes excluent les cas relevant de la psychiatrie d'enfants et d'adolescent-e-s. La distinction n'est pas faite en fonction de l'âge, mais de l'institution participante (clinique/service de psychiatrie pour adultes (tous les cas) ou clinique/service de psychiatrie d'enfants et d'adolescent-e-s (aucun cas)).

3 STRUCTURE ET FORMAT DES DONNEES

3.1 PRINCIPES DE BASE

- Les données sont collectées au niveau des cas.
- Les dates sont indiquées au format AAAAMMJJ
- Les heures sont indiquées au format HHMM.
- Les données SpiGes doivent être remises au format XML.
- Les données de mesure de l'ANQ doivent être fournies au format CSV ou Excel.

3.2 FORMAT DU FICHIER DE DONNEES SPIGES

Le format du fichier de données à fournir correspond au fichier de données SpiGes devant également être fourni à l'OFS. Les [spécifications du projet SpiGes](#) s'appliquent en conséquence. Sur demande, le fichier de données SpiGes peut être réduit aux [variables](#) tables pour la livraison à l'ANQ avant d'être remis.

3.3 FORMAT DES DONNEES DE MESURE DE L'ANQ

Les cliniques enregistrent 5 types de données de mesure transmises à l'institut d'analyse (w hoch 2) sous forme de 5 fichiers séparés ou d'un fichier Excel comportant 5 feuilles de calcul distinctes. Comme séparateurs, utiliser de manière uniforme des tabulations, des points-virgules ou des barres verticales (code ASCII 124 : « | »). Le CRLF (codes ASCII 13 et 10) marque un saut de ligne.

Pour interconnecter les données issues des différents ensembles de données, chaque ligne de données doit impérativement contenir le numéro d'identification unique du cas au sein du site (nom de la variable : jusqu'à présent « FID », désormais « fall_id »). Celui-ci correspond au fall_id contenu dans le fichier de données SpiGes.

3.3.1 HoNOS (admission et sortie)

Le HoNOS est enregistré une première fois dans les 72 heures suivant l'admission. La collecte porte sur les 7 jours précédents. Le second HoNOS doit être enregistré au plus tard 3 jours après la sortie. Un délai d'au moins 24 heures doit être respecté entre la mesure d'admission et la mesure de sortie. La collecte HoNOS à la sortie porte sur les 7 jours précédant la sortie ou, pour les séjours plus courts, sur la période écoulée depuis la dernière collecte. De plus amples informations et directives concernant la saisie du HoNOS sont documentées dans le [Manuel de mesure ANQ](#). Le portail web de l'ANQ contient également les glossaires et les grilles d'évaluation pour HoNOS et HONOS 65+ (personnes âgées).

Pour chaque cas clôturé, l'ensemble de données contient deux lignes comportant chacune 21 colonnes (une pour la mesure d'entrée et une pour la mesure de sortie) :

- Les champs 1 et 2 identifient le type de données et la clinique.
- Le 3^e champ contient le numéro d'identification unique du cas fall_id (anciennement FID).
- Le 4^e champ précise si la collecte porte sur l'entrée ou la sortie ou sur un autre moment de mesure.
- Les champs 5 et 6 justifient un éventuel dropout, c'est-à-dire la non-collecte du HoNOS. En raison de la saisie externe du HoNOS, il ne devrait toutefois pas y avoir de dropout.
- Le 7^e champ contient la date de la collecte.
- Les champs 8 à 21 contiennent les valeurs des 12 items du questionnaire du HoNOS.

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve en [annexe](#) de ce document.

3.3.2 BSCL (admission et sortie)

La BSCL est enregistrée une première fois dans les 72 heures suivant l'admission. La collecte porte sur les 7 jours précédents. La seconde BSCL doit être enregistrée avant la sortie. Un délai d'au moins 24 heures doit être respecté entre la mesure d'admission et la mesure de sortie. La collecte BSCL à la sortie porte sur les 7 jours précédents ou, pour les séjours plus courts, sur la période écoulée depuis la dernière collecte. De plus amples informations et directives concernant la saisie des BSCL sont documentées dans le [Manuel de mesure ANQ](#). L'instrument de mesure soumis à licence peut être commandé auprès du bureau de l'ANQ (psychiatrie@anq.ch).

Pour chaque cas clôturé, l'ensemble de données contient deux lignes comportant chacune 82 colonnes (une pour la mesure d'entrée et une pour la mesure de sortie) :

- Les champs 1 et 2 identifient le type de données et la clinique.
- Le 3^e champ contient chaque numéro d'identification unique du cas fall_id (anciennement FID).
- Le 4^e champ indique si la collecte porte sur l'entrée ou la sortie.
- Les champs 5 et 6 justifient un éventuel dropout, c'est-à-dire la non-collecte du BSCL.
- Le 7^e champ contient la date de la collecte.
- Les champs 8 à 60 contiennent les valeurs des 53 items du questionnaire du BSCL.

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve en [annexe](#) de ce document.

3.3.3 EFM (en continu)

Toutes les mesures limitatives de liberté prises pendant le traitement sont consignées. Il n'y a donc aucun motif de dropout. Aucune donnée n'est collectée si aucune mesure limitative de liberté n'est appliquée à une patiente ou un patient. Si deux mesures limitatives de liberté sont appliquées simultanément (p. ex. isolement et médication contre le gré), elles doivent être enregistrées séparément. Les mesures limitatives de liberté sont saisies conformément aux directives fournies par l'ANQ dans son [Manuel de mesure](#).

Pour chaque mesure limitative de liberté, l'ensemble de données contient une ligne comportant 8 colonnes :

- Les champs 1 et 2 identifient le type de données et la clinique.
- Le 3^e champ contient chaque numéro d'identification unique du cas fall_id (anciennement FID).
- Le 4^e champ précise le type de mesure limitative de liberté.
- Les champs 5 et 6 contiennent des informations sur la date et l'heure du début de la mesure. En cas de médication contre le gré, la date est indiquée ici.

- Les champs 7 et 8 contiennent des informations sur la date et l'heure de fin de la mesure. En cas de médication contre le gré, ces champs restent vides.

Toutes les mesures limitatives de liberté sont enregistrées dans le même format, avec la date et l'heure de début et de fin de la mesure. Seules les données relatives à la médication contre le gré ne sont pas enregistrées.

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve en [annexe](#) de ce document.

3.3.4 Chute (en continu)

Toutes les chutes et leurs conséquences sont consignées pendant le traitement. Il n'y a donc aucun motif de dropout. En l'absence de chute, aucune donnée à ce sujet n'est collectée. Pour chaque chute enregistrée, l'horodatage de sa survenue ainsi que ses conséquences ou l'absence de conséquences sont consignés. L'enregistrement des chutes s'effectue selon les directives fournies par l'ANQ dans son [Manuel de mesure](#) et dans le [Concept relatif aux chutes](#).

Pour chaque chute, l'ensemble de données contient une ligne avec 4 colonnes :

- Le 1^{er} champ contient chaque numéro d'identification unique du cas fall_id (anciennement FID).
- Les champs 2 et 3 contiennent des informations sur la date et l'heure de la chute.
- Dans le champ 4, il faut indiquer s'il y a eu une chute.

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve en [annexe](#) de ce document.

3.3.5 Variables supplémentaires libres (par cas traité)

Pour l'analyse de problématiques supplémentaires spécifiques à leur établissement, les cliniques peuvent fournir jusqu'à deux variables supplémentaires librement définissables. Il est par exemple possible d'indiquer dans quel service chaque cas a été traité afin de pouvoir effectuer ultérieurement des analyses comparatives entre différents services. L'une des deux variables peut également être servir à indiquer un numéro d'identification personnel (PID) unique au sein de la clinique. Si cela est marqué en conséquence dans moniQ, l'analyse des réadmissions est possible.

Pour chaque cas clôturé, l'ensemble de données contient une ligne avec 2 ou 3 colonnes :

- Le champ 1 contient le numéro d'identification unique du cas fall_id (anciennement FID).
- Le champ 2 contient les informations relatives à la première variable supplémentaire libre.
- Le champ 3 contient les informations relatives à la deuxième variable supplémentaire libre.

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve en [annexe](#) de ce document.

4 LOGICIEL DE SAISIE ET D'EXPORTATION DES DONNEES

Les données pour la mesure comparative nationale doivent être fournies par les cliniques sous forme numérique. Comme chaque clinique utilise son propre système informatique, différentes procédures sont possibles. Dans tous les cas, la définition des données doit être respectée. La mise en œuvre d'une routine d'exportation dans le système d'information hospitalier (SIC) par les fournisseurs de logiciels constitue la procédure la plus directe et la moins sujette aux erreurs.

5 ÉCHEANCES DE LIVRAISON DES DONNEES

La date limite pour la remise définitive des données est fixée au 7 mars. Les dates limites pour la transmission des données doivent être respectées dans tous les cas. Les données de tous les patientes et patients ayant quitté l'hôpital pendant la période considérée sont nécessaires. En fonction de la routine d'exportation des données de la clinique, les données transmises pourront être les suivantes :

- Données de l'ensemble des patientes et patients sorti-e-s durant la période considérée.
- Données de l'ensemble des patientes et patients admis-e-s à partir du 01.07.2012
- Données des patientes et patients actif-ve-s durant la période considérée.

6 PLAUSIBILISATION DES DONNEES ET POSSIBILITES DE CORRECTION

Afin de garantir une qualité suffisante des données, plusieurs niveaux de vérification sont nécessaires. Le premier examen doit être effectué directement dans la clinique participante.

La remise des données via le Dashboard moniQ permet, dès le printemps de l'année de mesure en cours, de téléverser les données sur le serveur afin d'obtenir immédiatement un retour d'information sur leur qualité et sur les éventuelles corrections à apporter à leur format. Cela permet d'apporter des corrections en temps utile avant que les données ne soient définitivement transmises à l'institut d'analyse.

L'institut d'analyse procède à des vérifications supplémentaires, visant notamment à détecter les valeurs manquantes et non plausibles.

7 PROTECTION DES DONNEES

La collecte est soumise à la politique de confidentialité de l'ANQ.

Pour garantir une meilleure sécurité en matière de protection des données, aucune donnée permettant d'identifier une personne, telle que le numéro AVS ou la date de naissance, ne doit être transmise à l'institut d'analyse. Accorder une attention particulière à l'utilisation de variables offrant une grande liberté de format, telles que les variables supplémentaires facultatives, afin que les cliniques puissent honorer leur responsabilité en matière de protection des données.

8 TRANSMISSION DES DONNEES A L'INSTITUT D'ANALYSE

Les données sont transmises à l'institut d'analyse w hoch 2 via le dashboard moniQ. À cet effet, chaque site doit désigner un ou une responsable qui reçoit un lien pour procéder à l'enregistrement sur moniQ. Tout au long de l'année, cette personne pourra se connecter à l'aide de son adresse e-mail et du mot de passe qu'elle aura choisi et téléverser des données. Le tableau de bord affiche en temps réel des commentaires sur l'exactitude du format et la qualité des données. Il est possible de téléverser un nouveau jeu de données après d'éventuelles corrections. Les données précédemment téléversées sont alors automatiquement écrasées. Dans un deuxième temps, l'ensemble de données final doit être transféré du tableau de bord à w hoch 2 au plus tard le 7 mars.

ANNEXE

Tables à fournir obligatoirement du fichier de données SpiGes	11
Variables PH Ensemble de données (ligne HoNOS à l'admission et à la sortie)	11
Variables PB Ensemble de données (ligne BSCL à l'admission et à la sortie)	13
Variables Ensemble de données FM (mesure restrictive de liberté par ligne)	17
Variables Sturz (événement de chute par ligne)	18
Variables ZV (variable supplémentaire facultative ; ligne par cas)	19
Distinction entre hospitalisation et soins ambulatoires	19

Tables à fournir obligatoirement du fichier de données SpiGes

NOM
Administratif
Diagnostics
Psychiatrie
Mouvement du patient

Tableau 1: Tables à fournir obligatoirement du fichier de données SpiGes

Variables PH Ensemble de données (ligne HoNOS à l'admission et à la sortie)

NO	DESCRIPTION	FORMAT	EXEMPLE	PLAGE DE VALEURS	REMARQUES
1	Type de relevé	AN (2)	PH	PH	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	Numéro d'identification univoque du cas fall_id	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	Moment du relevé (admission/sortie)	N (1)	1	1-3	1=Admission 2=Sortie 3=Autres (ni admission ni sortie)
5	Code dropout	N (1)	0	0; 1; 2	0=Pas de dropout (valeur standard/par défaut) 1=Sortie en l'espace de 24 h après le relevé d'admission HoNOS 2= Autres
6	Précision pour « autre » motif de dropout	AN (40)	Texte libre expliquant le motif du dropout		A n'utiliser qu'à de rares exceptions

7	Date du relevé HoNOS (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		En cas de dropout, la date doit être indiquée lorsqu'un dropout se produit.
8	H1 – Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
9	H2 – Lésions auto-infligées non accidentelles	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
10	H3 – Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
11	H4 – Troubles cognitifs	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
12	H5 – Troubles associés à une maladie physique ou un handicap	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
13	H6 – Troubles liés aux hallucinations et délires	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
14	H7 – Troubles liés à l'humeur dépressive	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
15	H8 – Autres troubles mentaux et comportementaux	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
16	H8 – En présence d'autres troubles mentaux et comportementaux, indiquez le type de troubles : A Phobie, B Peur, C Pensées obsessionnelles/actes compulsifs, D Stress psychique / tension, E Dissociation, F Trouble somatoforme, G Alimentation, H Sommeil, I Sexuel, J Autres (préciser)	AN (1)	a	a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, « 0 »	Pas de réponses multiples possibles ; « 0 » = « pas des autres troubles mentaux et comportementaux » En cas de dropout, ne rien remplir.
17	H8 - Autres : précision	AN (40)	Texte libre		Texte libre pour donner des précisions si H8=j (autres) En cas de dropout, ne rien remplir.

18	H9 - Problèmes pour établir des relations sociales significatives	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
19	H10 - Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
20	H11 - Problèmes liés aux conditions de vie (logement)	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
21	H12 - Problèmes liés à l'occupation professionnelle et aux activités quotidiennes	N (1)	2	0-4, 9	9=inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.

Tableau 2: Variables PH ensemble de données (ligne HoNOS à l'admission et à la sortie)

Variables PB Ensemble de données (ligne BSCL à l'admission et à la sortie)

NO	DESCRIPTION	FORMAT	EXEMPLE	PLAGE DE VALEURS	REMARQUES
1	Type de relevé	AN (2)	PB	PB	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	Numéro d'identification univoque du cas fall_id	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	Moment du relevé (admission/sortie)	AN (1)	1	1; 2	1=Admission, 2=Sortie
5	Code dropout	N (1)	0	0-8	0=Pas de dropout (valeur standard/par défaut) 1=Refus du patient/de la patiente 2=Langue 3=Trop malade 4=Décès 5=Trop jeune 6=Sortie en l'espace de 24 h après le relevé d'admission BSCL 7=Sortie imprévue ou non-retour d'un congé 8=Autres (à n'utiliser qu'à de rares exceptions)
6	Précision pour « autre » motif de dropout	AN (40)	Texte libre expliquant le motif du dropout		Si code dropout=8

7	Date du relevé du BSCL (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		Dans le cas d'un dropout, la date doit être indiquée lorsque la cause du dropout s'est produite.
8	B1 – Je me sens nerveux(se) et/ou je sens comme un tremblement intérieur	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
9	B2 – J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
10	B3 – J'ai l'idée que quelqu'un d'autre peut contrôler mes pensées	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
11	B4 – J'ai le sentiment que les autres sont responsables de la plupart de mes troubles	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
12	B5 – J'ai des difficultés à me rappeler des choses	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
13	B6 – Je suis facilement contrarié(e) ou irrité(e)	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
14	B7 – J'ai des douleurs au cœur ou dans la poitrine	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
15	B8 – Je suis pris(e) de peur dans les espaces découverts ou dans les rues	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
16	B9 – Je pense en finir avec la vie	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
17	B10 – J'ai l'impression qu'on ne peut pas avoir confiance dans la plupart des gens	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
18	B11 – J'ai un mauvais appétit	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
19	B12 – Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
20	B13 – J'ai des explosions de colère que je ne peux contrôler	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.

21	B14 – Je me sens seul(e), même quand je suis avec d'autres gens	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
22	B15 – Je me sens bloqué(e) devant la moindre chose à faire	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
23	B16 – J'ai un sentiment de solitude	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
24	B17 – J'ai le cafard	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
25	B18 – Je ne m'intéresse à rien	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
26	B19 – Je suis rempli d'un sentiment de peur	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
27	B20 – Je suis facilement blessé(e) ou offensé(e)	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
28	B21 – J'ai l'impression que les gens sont inamicaux envers moi ou ne m'aiment pas	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
29	B22 – Je me sens inférieur(e) aux autres	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
30	B23 – J'ai des nausées ou envie de vomir	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
31	B24 – J'ai l'impression d'être observé(e) par les autres et qu'on parle de moi	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
32	B25 – J'ai du mal à m'endormir	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
33	B26 – Je suis obligé(e) de vérifier et revérifier ce que je fais	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
34	B27 – J'ai des difficultés à prendre des décisions	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
35	B28 – J'ai peur de voyager en autobus, en train ou en métro	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
36	B29 – J'ai des difficultés à respirer	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
37	B30 – J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.

38	B31 – Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car ils m'effraient	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
39	B32 – J'ai l'impression que mon esprit est vide	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
40	B33 – J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
41	B34 – Je pense que je devrais être puni(e) pour mes péchés	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
42	B35 – J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
43	B36 – J'ai des difficultés de concentration	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
44	B37 – J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
45	B38 – J'ai l'impression d'être tendu(e)	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
46	B39 – J'ai des idées de mort ou idées de mourir	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
47	B40 – J'ai envie de battre, de blesser ou de faire mal aux gens	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
48	B41 – J'ai des envies de mettre en pièces, casser des objets	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
49	B42 – Je me sens très gêné(e) vis-à-vis des autres	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
50	B43 – Je me sens mal à l'aide dans la foule, par exemple dans les magasins ou au cinéma	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.

51	B44 – Je ne me sens jamais proche de quelqu'un	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
52	B45 – J'ai des bouffées de terreur ou de panique	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
53	B46 – Je me dispute fréquemment	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
54	B47 – Je me sens nerveux(se) quand on me laisse seul(e)	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
55	B48 – J'ai l'impression que les autres n'apprécient pas à sa juste valeur ce que je fais	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
56	B49 – Je me sens si énervé(e) que je ne peux rester assis(e)	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
57	B50 – Je me sens bon(ne) à rien	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
58	B51 – Je pense que les gens profiteraient de moi si je les laissais faire	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
59	B52 – Je me sens coupable	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
60	B53 – Je pense que quelque chose va mal dans mon esprit	N (1)		0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.

Tableau 3: Variables PB ensemble de données (ligne BSCL à l'admission et à la sortie)

Variables Ensemble de données FM (mesure restrictive de liberté par ligne)

NO	DESCRIPTION	FORMAT	EXEMPLE	PLAGE DE VALEURS	REMARQUES
1	Type de relevé	AN (2)	MLL	MLL	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	Numéro d'identification univoque du cas fall_id	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	Type de mesure limitative de liberté	N (2)		1-5, 7, 10, 11	1=Isolements pour des raisons psychiatriques 2=Immobilisation 3=Médication forcée orale

					4=Médication forcée injection 5=Limitations du mouvement à la chaise 7=Limitations du mouvement au lit 10=Maintien ferme 11=Isolements dus à des raisons infectieuses/somatiques
5	Date du début ou date de la mesure limitative de liberté (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		Pour tous les MLL
6	Heure du début de la mesure limitative de liberté (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Uniquement pour isolement, immobilisation, Maintien ferme et médication forcée (Type= 1, 2, 3, 4 ou 10) Pour toutes les MLL
7	Date de la fin de la mesure limitative de liberté (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		Uniquement pour isolement, immobilisation et maintien ferme (Type= 1, 2 ou 10) Pour toutes les MLL sauf médication forcée
8	Heure de la fin de la mesure limitative de liberté (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Uniquement pour isolement, immobilisation et Maintien ferme (Type= 1, 2 ou 10) Pour toutes les MLL sauf médication forcée

Tableau 4: Variables ensemble de données FM (mesure restrictive de liberté par ligne)

Variables Sturz (événement de chute par ligne)

NO	DESCRIPTION	FORMAT	EXEMPLE	PLAGE DE VALEURS	REMARQUES
1	Numéro d'identification univoque du cas fall_id	N (16)	1122334455		Numéro de cas interne
2	Date de la chute (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		
3	Heure de la chute (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	
4	Conséquence de la chute oui/non	N (1)	0	0,1,9	0=sans séquence de chute 1=avec séquence de chute 9=inconnu

Tableau 5: Variables chute (événement de chute par ligne)

Variables ZV (variable supplémentaire facultative ; ligne par cas)

NO	DESCRIPTION	FORMAT	EXEMPLE	PLAGE DE VALEURS	REMARQUES
1	Numéro d'identification univoque du cas fall_id	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
2	Variable supplémentaire 1		Team XY		
3	Variable supplémentaire 2		treatment I		

Tableau 6: Variables ZV (variable supplémentaire facultative ; ligne par cas)

Distinction entre hospitalisation et soins ambulatoires

La distinction entre les traitements stationnaires et ambulatoires se base sur « 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) (Conseil fédéral 2002).

Art. 3 Traitement stationnaire

Sont réputés traitements stationnaires au sens de l'art. 49, al. 1 de la LAMal, les séjours pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance :

- a. d'au moins 24 heures ;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit ;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital ;
- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital ;
- e. en cas de décès.

Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6 de la LAMal, les traitements qui ne sont pas réputés stationnaires. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de ces définitions, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante (voir Figure 1) :

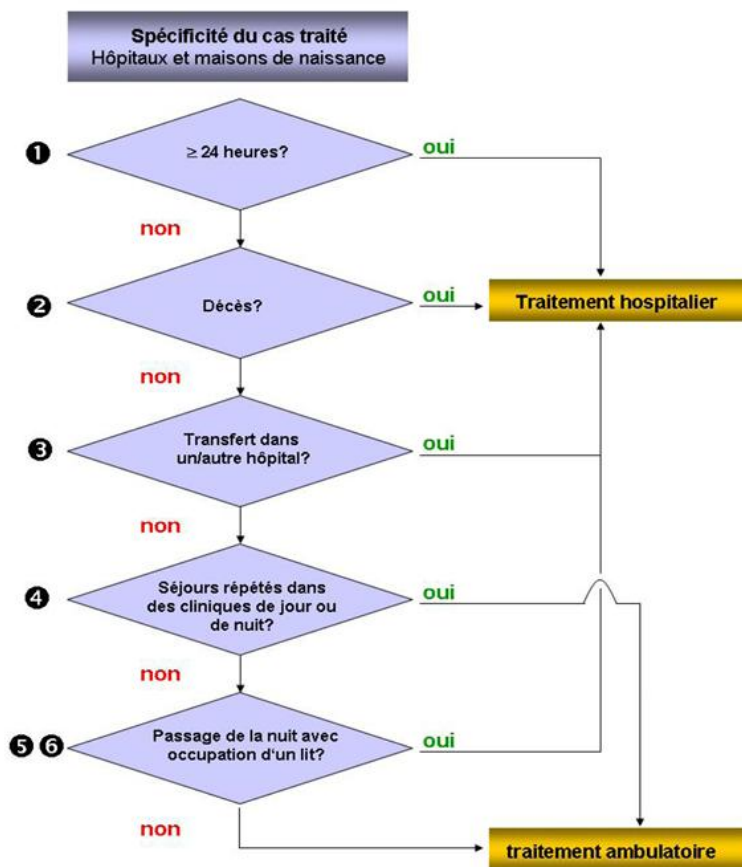


Figure 1 : Processus décisionnel stationnaire ou ambulatoire

Explications des critères de délimitation

Le critère 1 « ≥ 24 heures » signifie que le patient/la patiente reste au minimum 24 heures dans l'hôpital ou dans la maison de naissance.

Le critère 2 « décès » clarifie la question, à savoir si le patient/la patiente est décédé/e.

Le critère 3 « transfert dans un/autre hôpital » clarifie la question, à savoir si le patient/la patiente a été transféré/e dans un autre hôpital ou d'une maison de naissance dans un hôpital.

Le critère 4 « Séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit » est une décision médicale et fait partie intégrante du plan thérapeutique d'un patient/d'une patiente. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit dans le domaine de la psychiatrie, ainsi que les séjours répétés dans le cadre d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme

par exemple chimiothérapies ou radiothérapies, dialyses, traitements de la douleur à l'hôpital ou physiothérapies, sont considérés comme des traitements ambulatoires.

Le critère 5 « nuit » est mesuré et saisi à l'aide de la règle du passage de minuit. En d'autres termes, le critère est rempli lorsqu'un patient/une patiente se trouve à l'hôpital ou à la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère 6 « utilisation d'un lit » : un patient/une patiente occupe un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Le lit réservé aux femmes ayant accouché est assimilé au lit d'unité de soins. Le traitement de patient-e-s qui nécessitent uniquement le service d'urgence ou la chambre de naissance (appelée à l'hôpital également salle d'accouchement), aussi bien de jour que de nuit, est considéré comme ambulatoire.

Les critères 5 « nuit » et 6 « utilisation d'un lit » sont indissociables. En d'autres termes, pour qu'un traitement de moins de 24 heures soit saisi et/ou facturé en tant que traitement stationnaire, il doit satisfaire tant au critère « nuit » qu'au critère « utilisation d'un lit ».