

DÉFINITION DES DONNÉES :

SOMMAIRE ET FORMAT DE LA COLLECTE DES

DONNÉES| MESURES NATIONALES PSYCHIATRIE

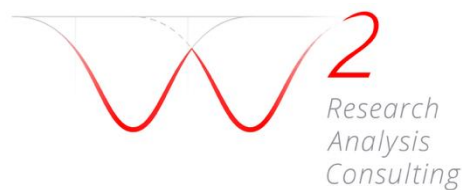
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENT-E-S

INDICATEURS MESURES SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE

Auteures et auteurs : Dr Benjamin Steinweg

Version : 8.3

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	5
3.3.1	HoNOSCA (admission et sortie)	6
3.3.2	HoNOSCA-SR (admission et sortie)	6
3.3.3	EFM (en continu)	7
3.3.4	Variables supplémentaires libres (par cas traité)	8
4	Logiciel de saisie et d'exportation des données	8
5	Échéances de livraison des données	8
6	Plausibilisation des données et possibilités de correction	9
7	Protection des données	9
8	Transmission des données à l'institut d'analyse	9
ANNEXE		10

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 d'enfants et d'adolescent-e-s 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 HoNOSCA « PH » : la mesure de l'intensité du cas est effectuée via le HoNOSCA, enregistré par la personne chargée du cas. La collecte est effectuée à l'admission et à la sortie. Les informations relatives aux valeurs HoNOSCA manquantes sont également enregistrées ici.
- 2 HoNOSCA-SR « PS » : lors de l'admission et de la sortie, l'intensité du cas est également évaluée à l'aide des HoNOSCA-SR (enregistrement par les patientes et patients). Les informations relatives aux valeurs HoNOSCA-SR 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 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 d'enfants et d'adolescent-e-s 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 (OFS), 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 d'enfant et de l'adolescent excluent les cas relevant de la psychiatrie adulte. La distinction n'est pas faite en fonction de l'âge, mais de l'institution participante (clinique/service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (tous les cas) ou clinique/service de psychiatrie adulte (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 [tables obligatoires](#) pour la livraison à l'ANQ avant d'être remis.

3.3 FORMAT DES DONNEES DE MESURE DE L'ANQ

Les cliniques enregistrent 4 types de données de mesure transmises à l'institut d'analyse (w hoch 2) sous forme de 4 fichiers séparés ou d'un fichier Excel comportant 4 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 HoNOSCA (admission et sortie)

Le HoNOSCA est enregistré une première fois dans les 2 semaines suivant l'admission. La collecte porte sur les 7 jours précédents. Le second HoNOSCA 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 HoNOSCA 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 HoNOSCA.

Pour chaque cas clôturé, l'ensemble de données contient deux lignes comportant chacune 20 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 HoNOSCA. En raison de la saisie externe du HoNOSCA, il ne devrait toutefois pas y avoir de dropout.
- Le 7^e champ contient la date de la collecte (ou la date du motif de défaut en cas de dropout).
- Les champs 8 à 20 contiennent les valeurs des 13 items du questionnaire HoNOSCA (seule la section A du questionnaire est prise en compte).

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

3.3.2 HoNOSCA-SR (admission et sortie)

Le HoNOSCA-SR est enregistré une première fois dans les 72 heures suivant l'admission. La collecte porte sur les 7 jours précédents. Le second HoNOSCA-SR doit être enregistré 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 HoNOSCA-SR 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 du HoNOSCA-SR sont documentées dans le [manuel de mesure ANQ](#).

Pour chaque cas clôturé, l'ensemble de données contient deux lignes PS comportant chacune 20 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 HoNOSCA-SR.
- Le 7^e champ contient la date de la collecte (ou la date du motif de défaut en cas de dropout).
- Les champs 8 à 20 contiennent les valeurs des 13 items du questionnaire du HoNOSCA-SR.

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 MLL 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, aucune indication n'est requise.

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 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 facile 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	10
Variables PH Ensemble de données (ligne HoNOSCA à l'admission et à la sortie)	10
Variables PS ensemble de données (ligne HoNOSCA_SR à l'admission et à la sortie)	12
Variables Ensemble de données FM (mesure restrictive de liberté par ligne)	14
Variables ZV (variable supplémentaire facultative ; ligne par cas)	14
Distinction entre hospitalisation et soins ambulatoires	15

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 HoNOSCA 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; 2; 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 HoNOSCA 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 du HoNOSCA (AAAAMMJJ)	N (8)	20130601		En cas de dropout, la date doit être indiquée lorsqu'un dropout se produit.
8	H1 - Comportement perturbateur, asocial ou agressif	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
9	H2 - Problèmes d'hyperactivité, d'attention et de concentration	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
10	H3 - Lésions auto-infligées non accidentelles	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
11	H4 - Troubles liés à l'abus d'alcool, de stupéfiants et de solvants	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
12	H5 - Troubles liés à des aptitudes scolaires ou linguistiques	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
13	H6 - Troubles liés à une maladie ou à un handicap physique	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
14	H7 - Troubles liés à des hallucinations, délires et sentiments anormaux	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.

15	H8 – Troubles liés à des symptômes somatiques d’origine non organique	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
16	H9 – Troubles liés à des symptômes émotionnels et associés	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
17	H10 – Troubles liés aux relations avec d’autres personnes du même âge	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
18	H11 – Troubles liés aux soins personnels et à l’indépendance	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
19	H12 – Troubles liés à la vie familiale et aux relations familiales	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu/non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
20	H13 – Faible participation scolaire	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 HoNOSCA à l'admission et à la sortie)

Variables PS ensemble de données (ligne HoNOSCA_SR à l'admission et à la sortie)

NO	DESCRIPTION	FORMAT	EXEMPLE	PLAGE DE VALEURS	REMARQUES
1	Type de relevé	AN (2)	PS	PS	
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)		0-8	0=Pas de Dropout (valeur standard/par défaut) 1=Refus patient 2=Langue 3=Trop malade 4=Décès 5=Trop jeune

					6= Sortie en l'espace de 24 h après le relevé d'admission HoNOSCA-SR 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 Drop		Si code dropout=8
7	Date du relevé du HoNOSCA-SR (AAAAMMJJ)	N (8)	20130601		Dans le cas d'un dropout, la date doit être indiquée lorsque la cause du dropout s'est produite.
8	H1 - Comportement perturbateur, asocial ou agressif	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
9	H2 - Problèmes d'hyperactivité, d'attention et de concentration	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
10	H3 - Lésions auto-infligées non accidentelles	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
11	H4 - Troubles liés à l'abus d'alcool, de stupéfiants et de solvants	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
12	H5 - Troubles liés à des aptitudes scolaires ou linguistiques	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
13	H6 - Troubles liés à une maladie ou à un handicap physique	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
14	H7 - Troubles liés à des hallucinations, délires et sentiments anormaux	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
15	H8 - Troubles liés à des symptômes somatiques d'origine non organique	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
16	H9 - Troubles liés à des symptômes émotionnels et associés	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
17	H10 - Troubles liés aux relations avec d'autres personnes du même âge	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
18	H11 - Troubles liés aux soins personnels et à l'indépendance	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
19	H12 - Troubles liés à la vie familiale et aux relations familiales	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.

20	H13 – Faible participation scolaire	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
----	-------------------------------------	-------	---	-----	-------------------------------------

Tableau 3: Variables PS ensemble de données (ligne HoNOSCA-SR 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)	70611111		
3	Numéro d'identification univoque du cas fall_id	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	Type de mesure limitative de liberté	N (1)		1-4	1=Isolements 2=Immobilisation 3=Médication malgré la résistance du patient, orale 4=Médication malgré la résistance du patient, injection
5	Date de la mesure limitative de liberté (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		
6	Heure du début de la mesure limitative de liberté (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	
7	Date de la fin de la mesure limitative de liberté (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		Toutes les MLL sauf médicaments forcés
8	Heure de la fin de la mesure limitative de liberté (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Toutes les MLL sauf médicaments forcés

Tableau 4: Variables ensemble de données FM (mesure restrictive de liberté 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 5: 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) :

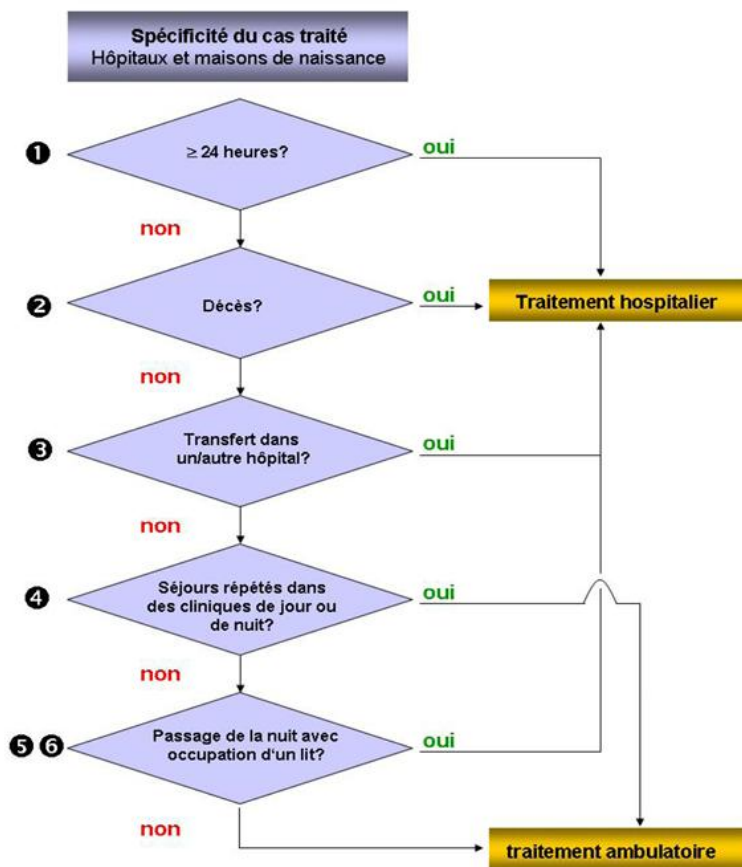


Figure 1 : Processus décisionnel stationnaire ou ambulatoire

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 ».