

Définition des données :

Contenu et format du relevé des données

Mesures nationales en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents

Indicateurs « Importance des symptômes » et « Mesures limitatives de liberté »

Décembre 2024, version 7.4 – Les adaptations par rapport à la version précédente sont indiquées en gris

Adresse de contact :

w hoch 2 GmbH
Research, Analysis & Consulting
Gurtenbrauerei 14
CH-3084 Wabern
analyse@whoch2.ch
+41 (0)31 536 39 39

Sommaire

Sommaire.....	2
1. Introduction.....	3
2. Aperçu et directives pour les données à relever.....	5
2.1. Six sets de données partiels.....	5
2.2. Définition des cas.....	5
3. Structure et format des données.....	6
3.1. Principes.....	6
3.2. Données médico-administratives OFS.....	7
3.3. HoNOSCA (admission et sortie).....	8
3.4. HoNOSCA-SR (admission et sortie).....	8
3.5. Mesures limitatives de liberté.....	9
3.6. Variables supplémentaires optionnelles.....	9
3.7. Informations sur les dropouts.....	9
4. Logiciel pour le relevé des données.....	10
5. Délais de livraison des données.....	10
5.1. Possibilité de correction.....	10
6. Plausibilisation des données.....	10
7. Protection des données.....	11
8. Transmission des données à l'institut d'analyse.....	11
Annexe.....	12
A1. Format du set de données minimal OFS (ligne MB).....	12
A2. Format des données supplémentaires Psychiatrie OFS (ligne MP).....	14
A3. Format relevé HoNOSCA (ligne PH).....	16
A4. Format relevé HoNOSCA-SR (ligne PS).....	18
A5. Format relevé des mesures limitatives de liberté (ligne MLL).....	20
A6. Format relevé des variables supplémentaires optionnelles (ligne ZV).....	20
A7. Exemples de livraison de données au format texte.....	21
A8. Distinction stationnaire/ambulatoire.....	22

1. Introduction

L'objectif de ce document est de décrire le contenu et le format du relevé des données de la « Mesure nationale de la qualité en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents » de l'ANQ, ayant débuté le 1er juillet 2013.

Contexte des mesures nationales de la qualité des résultats en psychiatrie

La loi suisse sur l'assurance-maladie oblige les cliniques psychiatriques à réaliser des mesures de la qualité. Sur cette base, des mesures nationales de la qualité sont coordonnées et réalisées par l'ANQ (auparavant : Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques). Les mesures de la qualité en psychiatrie stationnaire reposent sur le concept de mise en œuvre de l'ANQ et sont le résultat d'un consensus entre les fournisseurs de prestations (hôpitaux et cliniques) et les agents payeurs (cantons, assureurs).

A qui s'adresse le document ?

La présente définition des données contient surtout les aspects techniques des données requises et s'adresse ainsi avant tout aux responsables de projet ANQ des cliniques, mais aussi aux services informatiques en charge de la mise en œuvre technique.

Outre les informations techniques, l'ANQ propose les documents complémentaires détaillés ci-après. Pour les questions ayant trait à la mise en œuvre concrète, les responsables de projet et les personnes chargées de la saisie peuvent notamment se référer au manuel. Tous les documents sont disponibles sur le [portail web](#) de l'ANQ

<i>Nom du document</i>	<i>Thème</i>	<i>Groupe-cible</i>
FAQs	Questions fréquemment posées au sujet du relevé des données, des instruments, de la livraison des données et de l'évaluation	D'intérêt général
Manuel pour les cliniciens	Description concrète des données à saisir	Responsables de projet, personnes chargées de la saisie
Contrôle et validation des données	Directives techniques relatives à la livraison des données	Responsables de projet, spécialistes informatiques
Divers documents sur les instruments de mesure	Informations sur HoNOSCA, HoNOSCA-SR et EFM	Responsables de projet, spécialistes informatiques
Règlement des données	Traitement des données	D'intérêt général
Principes & modalités de décompte pour la psychiatrie stationnaire	Mise en œuvre du contrat qualité national : Modalités de décompte et de financement des mesures nationales	Responsables de projet, département des finances

Figure 1: Informations supplémentaires (aperçu des documents de mesure en psychiatrie ANQ)



Lien avec d'autres relevés de données et projets

Les présentes instructions pour le relevé des données en psychiatrie d'enfants et d'adolescents reposent sur les instructions s'appliquant au relevé des données en psychiatrie pour adultes réalisée dans le cadre du même projet. Les divergences par rapport au relevé des données en psychiatrie pour adultes sont mises en exergue dans ce texte par la mention **[PEA]**.

Une attention particulière a été accordée à une correspondance aussi élevée que possible avec d'autres relevés et projets parallèles afin d'optimiser l'exploitation des synergies et de restreindre le volume de travail à son strict minimum. Cela concerne les données recueillies dans le cadre de la Statistique médicale de l'OFS. La Statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS) constitue une partie du relevé de l'ANQ, de sorte à ce que les routines d'exportation et processus actuels puissent être utilisés. Pour des raisons de protection des données, la différence réside simplement dans la suppression de la date de naissance et du code de liaison anonyme, ainsi que dans l'ajout du numéro d'identification du cas FID et du numéro d'identification du patient/de la patiente PID.

2. Aperçu et directives pour les données à relever

2.1. Six sets de données partiels

Les données suivantes doivent être relevées au sein des cliniques :

- 1) Les données issues de la livraison obligatoire de la Statistique médicale de l'OFS (données minimales + données supplémentaires Psychiatrie). Outre le diagnostic principal, le sexe et l'âge, d'autres données doivent aussi servir à l'ajustement du case-mix dans la structure des patient-e-s afin de pouvoir réaliser des comparaisons aussi équitables que possible. Les données minimales et les données supplémentaires Psychiatrie doivent être mis à disposition dans deux fichiers de données (données minimales : 1 ligne de données par cas).
- 2) Données supplémentaires Psychiatrie (voir sous point 1 ; Psychiatrie données supplémentaires : 1 ligne de données par cas).
- 3) La mesure de l'intensité du cas s'effectue au moyen de HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) **[pour la PEA au lieu de HoNOS]**, qui est saisi par le/la responsable du cas. Ce relevé est réalisé à l'admission et à la sortie. Les informations relatives aux données HoNOSCA manquantes pour un cas sont aussi consignées ici. Les données pour l'admission et pour la sortie sont enregistrées dans un fichier de données (HoNOSCA : 2 lignes de données par cas, dont une pour l'admission et une pour la sortie).
- 4) A l'admission et à la sortie, l'intensité du cas est en outre relevée à l'aide de HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) **[pour la PEA au lieu de BSCL]** – relevé par les patient-e-s). Les informations relatives aux valeurs HoNOSCA-SR manquantes (telles que p.ex. le motif du dropout) sont également consignées à cet endroit (HoNOSCA-SR : 2 lignes de données par cas, dont une pour l'admission et une pour la sortie).
- 5) Relevé des mesures limitatives de liberté (MLL/EFM-KJP). Les mesures limitatives de liberté sont relevées depuis le 1er janvier 2014. Le relevé des données peut être réalisé par n'importe quel membre du personnel traitant, la responsabilité doit être directement réglée au sein de la clinique. Toutes les mesures doivent être saisies au fur et à mesure de leur application. Par instrument de mesure, une mesure correspond à une ligne de données dans le fichier de données, une mesure (donc 0 à n lignes de données par cas).

Variables supplémentaires optionnelles :

- 6) Les cliniques peuvent ajouter jusqu'à deux variables supplémentaires (libre choix) à leur set de données dans un sixième set de données partiel optionnel. L'utilisation de cette option est facultative. Cette fonction permet p. ex. d'attribuer aux cas de traitement leur service clinique ou leur participation à un programme d'intervention. Ces variables peuvent ensuite être utilisées pour des analyses spécifiques aux cliniques via le tableau de bord des résultats Vizer. Les cliniques sont libres de choisir le type de données optionnelles à intégrer. Il leur incombe toutefois de garantir la protection des données, p. ex. en s'abstenant d'inclure des informations permettant d'identifier les personnes, telles que les noms ou années de naissance.

Des informations détaillées figurent dans les définitions des données aux [annexes A.2 – A.8](#).

2.2. Définition des cas

Les cliniques fournissent des données pour tous les cas stationnaires traités dans leurs unités de psychiatrie d'enfants et/ou d'adolescents. La distinction entre les cas ambulatoires et stationnaires est détaillée dans [l'annexe A.8](#).

La définition du cas correspond à celle de l'OFS, comme elle est présentée dans le concept détaillé relatif à la Statistique médicale¹ En principe, il prévaut qu'une unité de relevé correspond à un cas de traitement. Sur la base de l'expérience du relevé 2018, il a été décidé de fixer la définition de cas sans le regroupement de cas selon TARPSY / SwissDRG² à partir du relevé 2019. C'est pourquoi les données ne doivent pas contenir des regroupements de cas selon TARPSY / SwissDRG.

Aucun cas de psychiatrie pour adultes n'est pris en compte dans le cadre de la « Mesure nationale de la qualité en psychiatrie stationnaire d'enfants et d'adolescents ». La délimitation ne se fait pas par l'âge, mais par l'institution participant aux mesures de la qualité (clinique/département de psychiatrie infantile et juvénile (tous les cas) ou clinique/département psychiatrique pour adultes (aucun cas)).

3. Structure et format des données

Les cliniques relèvent 6 types de données qui sont livrées à l'institut d'analyse (w hoch 2) dans 6 fichiers distincts (cf. [paragraphe 2](#)).

Ce chapitre décrit les principes de base du relevé des données ([paragraphe 3.1](#)) et les détails techniques des 6 sets de données ([paragraphes 3.2 à 3.4](#)).

3.1. Principes

3.1.1. Format des données

Les données sont relevées au niveau du cas. Les fichiers (données médico-administratives OFS, HoNOSCA, HoNOSCA-SR, mesures limitatives de liberté) doivent être fournies dans un format de données courant. A cet égard, une exportation au format texte (ASCII) semble indiquée puisqu'elle peut être effectuée à partir de presque n'importe quel logiciel. Pour la saisie des données dans MS-Excel, un modèle peut être téléchargé sur le portail web de l'ANQ. D'entente avec l'institut d'analyse, d'autres formats sont éventuellement possibles. Les différentes variables doivent être séparées de manière nette et homogène, soit par la touche de tabulation TAB, un point-virgule ou des barres verticales (en anglais « pipes », code ASCII 124 : « | »). Le CTRL (codes ASCII 13 et 10) est utilisé pour le retour de ligne.

3.1.2. Format de la date

L'indication de la date s'effectue au format AAAAMMJJ.

3.1.3. Variable de liaison (identification du cas et du patient/de la patiente)

Les cliniques garantissent l'interconnexion entre les données médico-administratives OFS, les évaluations de la gravité du cas HoNOSCA et HoNOSCA-SR et les données relatives aux mesures limitatives de liberté au moyen d'un **numéro d'identification univoque du cas** (FID). Le **numéro de cas interne** peut et doit être utilisé à cet effet dès lors qu'il identifie clairement le cas. Dans la négative (p.ex. si le numéro de cas interne n'indique que le numéro de séjour par patient/e), une combinaison entre le numéro du patient/de la patiente et le numéro de cas s'avère nécessaire.

Ce numéro d'identification univoque du cas doit apparaître dans toutes les lignes de données appartenant à un cas :

- Données minimales OFS (ligne MB, champ 51)
- Données supplémentaires Psychiatrie OFS (ligne MP, champ 35)

¹ [OFS](#)

² Voir « Swiss DRG – Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY », sections 3.2, 3.3.2 et 3.3.3

- Evaluation HoNOSCA à l’admission et à la sortie (ligne PH, champ 3)
- Evaluation HoNOSCA-SR à l’admission et à la sortie (ligne PS, champ 3)
- Mesures limitatives de liberté (ligne MLL, champ 3)

Par ailleurs, le lien entre les différents séjours d’un même patient/d’une même patiente dans la même clinique doit être garanti. L’identification du patient/de la patiente s’effectue par le **numéro d’identification interne univoque du patient/de la patiente** (PID). Ce numéro d’identification doit apparaître dans le set minimal de données de l’OFS (ligne MB, champ 52).

En l’absence de variable de liaison (FID), les données relevées ne pourront pas être intégrées dans l’évaluation !

3.2. Données médico-administratives OFS

Les données médico-administratives sont les données qui sont déjà relevées obligatoirement par les cliniques pour la [Statistique médicale de l’OFS](#). Pour la description détaillée des différentes variables, prière de se référer à la spécification des variables de la Statistique médicale.

Les données de la Statistique médicale décrivent chaque cas traité sur les plans de l’âge, du sexe, de la date d’admission, etc. Jusqu’à ce jour, toutes les cliniques ont déjà collecté ces données et les ont adressées à l’OFS. Ces données peuvent être relevées et exportées conformément aux processus en vigueur au sein de la clinique, p.ex. à l’aide du système informatique de la clinique. Etant donné que la spécification des données pour l’ANQ correspond en grande partie aux directives de l’OFS, aucune conversion n’est nécessaire. Il convient toutefois d’observer que la livraison des données doit avoir lieu nettement plus tôt que celle de l’OFS (voir à cet égard les [délais de livraison](#)). Il convient de veiller à ce que les données de la Statistique médicale à l’attention de l’ANQ comportent, en plus du numéro homogène d’identification du cas, le numéro d’identification du patient/de la patiente.

Les données du set minimal de données OFS (lignes MB) et les données supplémentaires Psychiatrie OFS (lignes MP) doivent être fournies. Pour l’ANQ, ces données sont envoyées sous forme de deux fichiers séparés dans lesquels chaque ligne est identifiée de manière unique avec le numéro d’identification, tandis que pour l’OFS, un seul fichier est requis. Les données de la Statistique médicale sont nécessaires pour tous les cas stationnaires.

3.2.1. Données minimales OFS

Chaque cas comporte une ligne MB avec **52 colonnes** :

- Chaque ligne contient les variables 0.1.V01 à 1.7.V11 de la Statistique médicale (OFS, variables de la Statistique médicale, spécifications valables dès 2018).
- Le **51^{ème} champ** comprend le numéro d’identification clair du cas FID. Ce numéro de liaison est nécessaire afin de pouvoir interconnecter les différentes lignes de données d’un cas.
- Le **52^{ème} champ** comporte le numéro d’identification clair du patient/de la patiente. Le PID est nécessaire afin de pouvoir identifier les patient-e-s lors de séjours récurrents dans la même clinique.

Une description détaillée du contenu de ces variables est disponible à [l’annexe A3](#).

3.2.2. Données supplémentaires Psychiatrie OFS

Chaque cas comporte une ligne MP avec **35 colonnes** :

- Chaque ligne contient des informations complémentaires sur le patient/la patiente, l’admission, le traitement et la sortie.
- Le **35^{ème} champ** comprend le numéro d’identification univoque du cas FID. Ce numéro de liaison est nécessaire afin de pouvoir interconnecter les différentes lignes de données d’un cas.

Une description détaillée du contenu de ces variables est disponible à l'[annexe A.3](#).

3.3. HoNOSCA (admission et sortie)

La mesure HoNOSCA est d'abord effectuée le plus tôt possible après l'entretien d'entrée et au plus tard 14 jours après l'admission. La mesure porte sur les 7 jours précédant l'admission. À la sortie, la mesure HoNOSCA est effectuée une nouvelle fois. La mesure a lieu si possible juste après l'entretien de sortie, au plus tôt 24 heures après la mesure à l'admission mais pas avant 7 jours précédant la sortie, et au plus tard 14 jours après la sortie. La mesure de sortie HoNOSCA porte sur les 7 derniers jours, ou dans le cas d'une durée de séjour plus courte, sur la période depuis la dernière mesure. Le relevé HoNOSCA se déroule conformément aux directives édictées par l'ANQ (cf. manuel). Dans le document « instrument HoNOSCA », vous trouverez un modèle du relevé HoNOSCA.

Pour chaque cas clôturé, le set de données contient **deux lignes PH** de respectivement **20 colonnes (une ligne pour le relevé à l'admission, une ligne pour le relevé à la sortie)** :

- Les champs 1 et 2 identifient le type de données et la clinique.
- Le **3ème champ** comprend le numéro d'identification clair du cas FID.
- Le 4ème champ spécifie si le relevé se rapporte à l'admission ou à la sortie ou à un autre temps.
- Les champs 5 et 6 servent à justifier un éventuel dropout, autrement dit l'absence de valeur HoNOSCA. En raison de la saisie du HoNOSCA par des tiers, les dropouts ne devraient en principe pas survenir.
- Le 7ème champ contient la date du relevé (ou la date de la raison du dropout).
- Les champs 8 à 20 contiennent les valeurs des 13 items du HoNOSCA (seule la partie A du questionnaire est saisie).

Une description détaillée du contenu de ces variables est disponible dans l'[annexe A.4](#).

3.4. HoNOSCA-SR (admission et sortie)

La mesure HoNOSCA-SR est d'abord effectuée le plus tôt possible après l'entretien d'entrée et au plus tard 72 heures après l'admission du patient/de la patiente. La mesure porte sur les 7 jours précédant l'admission. À la sortie, la mesure HoNOSCA-SR est effectuée une nouvelle fois. La mesure a lieu si possible juste après l'entretien de sortie, au plus tôt 24 heures après la mesure à l'admission mais pas avant 7 jours précédant la sortie, et au plus tard 72 heures après la sortie. La mesure de sortie HoNOSCA-SR porte sur les 7 derniers jours, ou dans le cas d'une durée de séjour plus courte, sur la période depuis la dernière mesure. Le relevé HoNOSCA-SR se déroule conformément aux directives édictées par l'ANQ (cf. manuel).

Pour chaque cas clôturé, le set de données contient **deux lignes PS** de respectivement **20 colonnes (une ligne pour le relevé à l'admission, une ligne pour le relevé à la sortie)** :

- Les champs 1 et 2 identifient le type de données et la clinique.
- Le **3ème champ** contient le numéro d'identification clair du cas FID.
- Le 4ème champ spécifie si le relevé se rapporte à l'admission ou à la sortie.
- Les champs 5 et 6 justifient un éventuel Dropout, autrement dit l'absence de valeur HoNOSCA-SR.
- Le 7ème champ comprend la date du relevé (ou la date de la raison du dropout).
- Les champs 8 à 20 contiennent les valeurs des 13 items du HoNOSCA-SR.

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve à l'[annexe A.5](#).

3.5. Mesures limitatives de liberté

Les mesures limitatives de liberté sont relevées depuis le 1^{er} janvier 2014. Toutes les mesures limitatives de liberté appliquées pendant le traitement sont relevées. Il n'existe donc aucun motif de dropout. Lorsqu'aucune mesure limitative de liberté n'est appliquée pour un patient/une patiente, aucune donnée correspondante n'est relevée. Les mesures limitatives sont relevées par jour. Si deux mesures limitatives de liberté sont appliquées simultanément (p. ex. isolement et médication forcée), celles-ci doivent être saisies séparément et livrées dans des lignes séparées.

Les événements mentionnés dans [l'annexe A.6](#) correspondent au set minimal de données relatif aux mesures limitatives de liberté. Les mesures limitatives de liberté sont réalisées selon les dispositions et directives internes de la clinique.

Pour **chaque mesure limitative de liberté**, le set de données contient systématiquement **une ligne MLL de 8 colonnes** :

- Les champs 1 et 2 identifient le type de données et la clinique.
- Le **3ème champ** contient le numéro d'identification univoque du cas FID.
- Le 4ème champ spécifie le type de mesure limitative de liberté concerné.
- Les champs 5 et 6 contiennent des informations sur la date et l'heure du début de la mesure. Pour la médication forcée, il convient d'indiquer le moment à cet endroit.
- Les champs 7 et 8 contiennent des informations sur la date et l'heure de la fin de la mesure. Pour la médication forcée, aucune indication n'est requise à cet endroit.

3.6. Variables supplémentaires optionnelles

Pour chaque cas, le set de données contient une ligne avec au minimum 2 et au maximum 3 colonnes :

- Le champ 1 contient le FID unique permettant d'attribuer les informations optionnelles à un cas de traitement.
- Les champs 2 et 3 contiennent les valeurs de la première resp. deuxième variable supplémentaire.

3.7. Informations sur les dropouts

Pour HoNOSCA et HoNOSCA-SR, les informations relatives aux dropouts ou aux questionnaires manquants sont directement saisies dans les relevés ou tableaux d'évaluation correspondants. Ces derniers contiennent systématiquement un champ dans lequel le motif de l'absence doit être consigné. Quant aux autres sets de données partiels, aucun dropout ne peut survenir.

4. Logiciel pour le relevé des données

Les données pour la mesure comparative nationale doivent être fournies par les cliniques au format numérique. Etant donné que les diverses cliniques utilisent des systèmes informatiques différents, plusieurs procédures sont possibles. Dans tous les cas, la définition des données doit être respectée (cf. aussi exemples en annexe).

Afin de déterminer la démarche exacte à suivre, les responsables de projet de chaque clinique sont invités à prendre contact avec l'institut d'analyse.

5. Délais de livraison des données

Le délai pour la livraison définitive des données est fixé au **7 mars**. Les dates des livraisons des données doivent dans tous les cas être respectées. La totalité des données (y compris mesures d'admission et de sortie) des patient-e-s sortis durant la période de relevé est requise. Selon la routine d'exportation des données de chaque clinique, les données peuvent être fournies dans une des variantes suivantes :

- Données de tous les patient-e-s sortis durant la période de relevé concernée.
- Données de tous les patient-e-s admis à partir du 1.7.2013.
- Données de tous les patient-e-s actifs durant la période de relevé concernée.

5.1. Possibilité de correction

Avec l'introduction de la livraison de données via le tableau de bord moniQ à partir de l'année de mesure 2019, il sera possible d'exporter des données sur le serveur tout au long de l'année. Cela vous permettra de recevoir un retour d'information immédiat sur la qualité des données et sur les éventuelles corrections nécessaires concernant le format des données. Ainsi, vous pourrez apporter des corrections avant que les données ne soient finalement transférées à l'institut d'évaluation.

6. Plausibilisation des données

Afin de garantir une qualité des données suffisamment élevée, plusieurs niveaux de contrôle des données sont nécessaires. Le premier contrôle est directement réalisé dans la clinique participant aux mesures et les aspects suivants doivent alors être vérifiés :

- 5 paquets de données ont-ils été envoyés ?
- Les données sont-elles complètes, c-à-d :
 - Contiennent-elles tous les cas stationnaires étant traités dans la période de relevé ? (mais aucun cas ambulatoire)
 - Les relevés à l'admission et à la sortie sont-ils inclus (pour les cas complets) ?
- Toutes les variables détaillées dans la présente définition des données sont-elles intégrées ?
- Chaque ligne de données de chaque paquet de données comporte-t-elle le numéro d'identification du cas (FID) ?

Pour les mesures HoNOSCA et HoNOSCA-SR, chaque cas devrait présenter des données relevées ou des motifs de dropout. Le critère pour une bonne qualité des données est la proportion de cas correctement documentés par rapport au nombre total de cas traités durant la période d'observation. Si

cette proportion s'avère faible, alors les données cliniques obtenues seront vraisemblablement peu représentatives des patient-e-s traités dans la clinique.

L'institut d'analyse procède à des contrôles détaillés ayant pour objectif d'identifier les valeurs manquantes et non plausibles. Une possibilité de contrôle indirecte subsiste donc à cet égard :

- Toutes les variables, telles que décrites dans la définition des données, sont-elles indiquées ?
- Chaque ligne de données dans chaque paquet de données contient-elle le numéro d'identification du cas (FID) ?
- HoNOSCA : y a-t-il des sets de données relevés à double pour un moment précis ?
- HoNOSCA-SR : y a-t-il des sets de données relevés à double pour un moment précis ?
- EFM : n'y a-t-il pas de mesures limitatives de liberté simultanées ou se recoupant, sauf dans le cas de médications forcées ?

7. Protection des données

Le relevé des données est soumis au concept de protection des données de l'ANQ.

Pour améliorer la sécurité en matière de protection des données, aucune information sur le code de liaison anonyme ou la date de naissance ne doit être transmise à l'institut d'analyse (w hoch 2) dans les données minimales de l'OFS, mais simplement l'âge au moment de l'admission, le FID et le PID.

8. Transmission des données à l'institut d'analyse

Depuis la période de mesure de 2019, les données sont transmises à w hoch 2 via le tableau de bord "[moniQ](#)". Pour chaque site de clinique, un responsable recevra un lien permettant de s'identifier sur moniQ. La personne responsable peut se connecter et exporter des données tout au long de l'année en utilisant son adresse électronique et son mot de passe. À partir du printemps 2020, des informations en direct sur l'exactitude du format et sur la qualité des données seront disponibles dans le tableau de bord. Après avoir effectué d'éventuelles corrections, un nouvel ensemble de données contenant ces corrections peut simplement être exporté. Les données initialement exportées seront ainsi automatiquement écrasées. Finalement, l'ensemble de données définitif doit être transféré à w hoch 2 via le tableau de bord au plus tard le 7 mars.

Lorsque les données sont entièrement ou partiellement saisies dans un logiciel spécialisé, la clinique devrait régler leur livraison. Le principe prévaut que les données sont la propriété de la clinique et qu'elles peuvent uniquement être transmises à l'institut d'analyse par le fournisseur du logiciel si une procuration spécifique lui a été délivrée.

Annexe

A1.Format du set de données minimal OFS (ligne MB)

Ligne MB		Set de données minimal			
No	Variable	Description	Format	Exemple	Remarque
1	0.1.V01	Type de relevé (set de données minimal)	AN (2) ³	MB	
2	0.1.V02	Numéro d'établissement (REE-satellite santé)	AN (8)	60611111	
3	0.1.V03	Site	AN (5)	8511A	A partir du 01.01.2018, l'indication de la variable du site est obligatoire.
4	0.1.V04	Canton	AN (2)	SZ	Sigle du canton OFS
5	0.2.V01	Code de liaison anonyme	AN (16)		Ne pas livrer en raison de la protection des données
6	0.2.V02	Définition du cas	AN (1)	A	A, B ou C
7	0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	N (1)	0	
8	0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	N (1)	1	Devrait être 1 seul en psychiatrie
9	0.3.V03	Questionnaire par groupes de patient-e-s	N (1)	0	
10	0.3.V04	Questionnaire cantonal	N (1)	1	
11	1.1.V01	Sexe	N (1)	1	
12	1.1.V02	Date de naissance	N (8)		Ne pas livrer en raison de la protection des données
13	1.1.V03	Age à l'admission	N (3)	25	
14	1.1.V04	Région de domicile	AN (4)		
15	1.1.V05	Nationalité	AN (3)	CHE	Une personne qui a la nationalité suisse et une autre nationalité (double nationalité), devrait être considérée comme un/e Suisse/Suisse. Si un étranger possède plusieurs nationalités, l'une de ces nationalités devra être sélectionnée. Pour les personnes en provenance de régions sans code pays existant (p. ex. Kosovo), il faut indiquer « OLC » (sans code pays). (p. 16)
16	1.2.V01	Date et heure de d'admission	N (10)	2010113009	Format AAAAMMJJhh
17	1.2.V02	Séjour avant l'admission	N (2)		Le code saisi pour 1.2.V02 doit concorder avec le premier caractère du code 3.2.V02. Champs de valeurs supplémentaires 55, 66, 83 et 84, valables à partir du 01.01.2017.
18	1.2.V03	Mode d'admission	N (1)		
19	1.2.V04	Décision d'envoi	N (1)		Le code saisi pour 1.2.V03 doit concorder avec le premier caractère du code 3.2.V01.
20	1.3.V01	Type de prise en charge	N (1)		

³ « AN (x) » : variable alphanumérique (lettres et/ou chiffres avec x caractères). « N (x) » : variable numérique (seulement chiffres avec x caractères).

Ligne MB Set de données minimal					
No	Variable	Description	Format	Exemple	Remarque
21	1.3.V02	Classe	N (1)		
22	1.3.V03	Séjour en soins intensifs	N (4)	0	Heures pleines
23	1.3.V04	Vacances, congés administratifs (heures révolues)	N (4)		Lorsqu'un patient/une patiente quitte l'institution pendant plus de 24 heures mais qu'un lit reste réservé (en raison de congés ou de sorties d'essai en psychiatrie), alors il convient d'indiquer un congé administratif. L'indication contient la somme totale en heures.
24	1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts	AN (4)	M500	
25	1.4.V02	Prise en charge des soins de base	N (1)		
26	1.5.V01	Date et heure de sortie	N (10)		Format AAAAMMJJhh
27	1.5.V02	Décision de sortie	N (1)		Ceci inclut les décisions de sortie « d'un commun accord ». Une distinction sera faite entre « à l'initiative du traitant » et « d'un commun accord » selon la variable 3.5.V01 du jeu de données MP. Le code saisi pour 3.5.V01 doit concorder avec le premier caractère du code 3.5.V01.
28	1.5.V03	Séjour après la sortie	N (2)		Le code saisi pour 1.5.V03 doit concorder avec le premier caractère du code 3.5.V02. Changements de codification et de définition (4, 44, 55, 66), valables à partir du 01.01.2017.
29	1.5.V04	Prise en charge après la sortie	N (1)		Le code saisi pour 1.5.V04 doit concorder avec le premier caractère du code 3.5.V03.
30	1.6.V01	Diagnostic principal	AN (6)	F101	La codification est effectuée selon les directives de l'OFS, cotation sans points.
31	1.6.V02	Complément au diagnostic principal	AN (6)		
32	1.6.V03	1er diagnostic supplémentaire	AN (6)		
...	1.6.V0...	...	AN (6)		
39	1.6.V10	8e diagnostic supplémentaire	AN (6)		
40	1.7.V01	Traitement principal	AN (5)		
41	1.7.V02	Début du traitement principal	N (10)		Format AAAAMMJJ
42	1.7.V03	1er traitement supplémentaire	AN (5)		
...	1.7.V...	...	AN (5)		
50	1.7.V11	9ème traitement supplémentaire	AN (5)		
51	FID	Numéro d'identification univoque du cas FID	AN (16)	1122334455	Numéro de cas interne
52	PID	Numéro d'identification univoque du patient/de la patiente PID	AN (16)	xx11yy22zz33	Numéro d'identification univoque du patient/de la patiente interne

A2.Format des données supplémentaires Psychiatrie OFS (ligne MP)

Ligne MP		Données supplémentaires Psychiatrie			
No	Variable	Description	Format	Exemple	Remarque
1	3.1.V01	Type de relevé (données supplémentaires Psychiatrie)	AN (2)	MP	
2	3.2.V01	Etat civil	N (1)		
3	3.2.V02	Séjour avant l'admission (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette information doit concorder avec 1.2.V02. Changements de codification et de définition (50, 55, 83, 84), valables à partir du 01.01.2017.
4	3.2.V03	Travail à temps partiel	N (1)		Occupation avant admission : plusieurs réponses possibles
5	3.2.V04	Travail à plein temps	N (1)		
6	3.2.V05	Non occupé(e) ou au chômage	N (1)		
7	3.2.V06	Travail ménager à son domicile	N (1)		
8	3.2.V07	En formation (école, apprentissage, études)	N (1)		
9	3.2.V08	Programme de réadaptation	N (1)		
10	3.2.V09	AI, AVS ou autre rente	N (1)		
11	3.2.V10	Travail dans un cadre protégé	N (1)		
12	3.2.V11	Inconnu	N (1)		
13	3.2.V12	Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée	N (1)		
14	3.3.V01	Décision d'envoi (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette information doit concorder avec 1.2.V04. Les codes 35 et 38 pour les prises en charge semi-hospitalières ne sont plus permis depuis le 01.01.2020 car ce type de prise en charge n'existe plus.
15	3.3.V02	Entrée volontaire ou non?	N (1)		A partir du 1er janvier 2013, le concept de « Privation de libertés à des fins d'assistance (PLAFA) » est remplacé par celui de « Placement à des fins d'assistance (PAFA) ». Les entrées avec un PAFA sont non volontaires. C'est pourquoi cette variable ne doit plus être remplie.
16	3.3.V03	Placement à des fins d'assistance (PAFA)	N (1)		
17	3.4.V01	Nombre de jours / de consultations	N (4)		A partir du 01.01.2019, cette variable ne doit plus être remplie.
18	3.4.V02	Traitement	N (2)		
19	3.4.V03	Neuroleptiques	N (1)		Thérapie psychopharmacotique : plusieurs réponses possibles
20	3.4.V04	Neuroleptiques-dépôt	N (1)		
21	3.4.V05	Antidépresseurs	N (1)		
22	3.4.V06	Tranquillisants	N (1)		
23	3.4.V07	Hypnotiques	N (1)		
24	3.4.V08	Antiépileptiques	N (1)		
25	3.4.V09	Lithium	N (1)		

Ligne MP Données supplémentaires Psychiatrie					
No	Variable	Description	Format	Exemple	Remarque
26	3.4.V10	Thérapie de substitution (p.ex. méthadone)	N (1)		
27	3.4.V11	Usage d'antagonistes (p.ex. antabuse, némexine)	N (1)		
28	3.4.V12	Antiparkinsoniens	N (1)		
29	3.4.V13	Autres	N (1)		
30	3.4.V14	Médicaments pour le traitement de douleurs physiques	N (1)		
31	3.5.V01	Décision de sortie (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette information doit concorder avec 1.5.V02.
32	3.5.V02	Séjour après sortie (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette information doit concorder avec 1.5.V03. Changements de codification et de définition (40, 44, 55, 66), valables à partir du 01.01.2017.
33	3.5.V03	Prise en charge après sortie (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette information doit concorder avec 1.5.V04.
34	3.5.V04	Domaine d'activité	N (1)	2	Cette variable est obligatoire. 1=Psychiatrie générale 2=Pédopsychiatrie 3=Psychiatrie gériatrique 4=Maladies de la dépendance 5=Science forensique
35	FID	Numéro d'identification univoque du cas FID	AN (16)	1122334 455	Numéro de cas interne

(*Psychiatrie*) en *italique* signifie que cette information sert à l'approfondissement d'une indication qui est déjà saisie dans le set de données minimal de la Statistique médicale.

A3.Format relevé HoNOSCA (ligne PH)

Ligne PH		Ligne HoNOSCA à l'admission et à la sortie				
No	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	4.01.V01	Type de relevé	AN (2)	PH	PH	
2	4.01.V02	Numéro d'établissement (REE-satellite santé)	AN (8)	60611111		
3	FID	Numéro d'identification clair du cas FID	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	4.01.V04	Moment du relevé (admission/sortie)	N (1)	1	1; 2; 3	1=Admission 2=Sortie 3=Autres (ni admission ni sortie)
5	4.01.V05	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	4.01.V06	Précision pour « autre » motif de Dropout	AN (40)	Texte libre expliquant le motif du Dropout		A n'utiliser qu'à de rares exceptions
7	4.02.V00	Date du relevé du HoNOSCA (AAAAMJJ)	N (8)	20130601		En cas de dropout, la date doit être indiquée lorsqu'un dropout se produit.
8	4.02.V01	H1 – Comportement perturbateur, asocial ou agressif	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu / non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
9	4.02.V02	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	4.02.V03	H3 - Lésions auto-infligées non accidentelles	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu / non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.
11	4.02.V04	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	4.02.V05	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	4.02.V06	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.

Ligne PH		Ligne HoNOSCA à l'admission et à la sortie				
No	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
14	4.02.V07	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	4.02.V08	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	4.02.V09	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	4.02.V10	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	4.02.V11	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	4.02.V12	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	4.02.V13	H13 – Faible participation scolaire	N (1)	2	0-4; 9	9= inconnu / non applicable En cas de dropout, ne rien remplir.

A4.Format relevé HoNOSCA-SR (ligne PS)

Ligne PS		Ligne HoNOSCA-SR à l'admission et à la sortie				
No	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	5.01.V01	Type de relevé	AN (2)	PS	PS	
2	5.01.V02	Numéro de l'établissement (REE-satellite santé)	AN (8)	60611111		
3	FID	Numéro d'identification clair du cas FID	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	5.01.V04	Moment du relevé (admission/sortie)	AN (1)	1	1; 2	1=Admission, 2=Sortie
5	5.01.V05	Code de dropout	N (1)		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 HoNOSCA-SR 7=Sortie imprévue ou non-retour d'un congé 8=Autres (à n'utiliser qu'à de rares exceptions)
6	5.01.V06	Précision pour « autre » motif de dropout	AN (40)	Texte libre expliquant le motif du Drop		Si code Dropout =8
7	5.02.V00	Date du relevé du HoNOSCA-SR (AAAAMJJ)	N (8)	20130601		Dans le cas d'un dropout, la date doit être indiquée lorsque la cause du dropout s'est produite.
8	5.02.V01	H1 – Comportement perturbateur, asocial ou agressif	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
9	5.02.V02	H2 – Problèmes d'hyperactivité, d'attention et de concentration	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
10	5.02.V03	H3 - Lésions auto-infligées non accidentelles	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
11	5.02.V04	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	5.02.V05	H5 – Troubles liés à des aptitudes scolaires ou linguistiques	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
13	5.02.V06	H6 – Troubles liés à une maladie ou à un handicap physique	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
14	5.02.V07	H7 – Troubles liés à des hallucinations, délires et sentiments anormaux	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
15	5.02.V08	H8 – Troubles liés à des symptômes somatiques d'origine non organique	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
16	5.02.V09	H9 – Troubles liés à des symptômes émotionnels et associés	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.

Ligne PS		Ligne HoNOSCA-SR à l'admission et à la sortie				
No	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
17	5.02.V10	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	5.02.V11	H11 – Troubles liés aux soins personnels et à l'indépendance	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
19	5.02.V12	H12 – Troubles liés à la vie familiale et aux relations familiales	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.
20	5.02.V13	H13 – Faible participation scolaire	N (1)	2	0-4	En cas de dropout, ne rien remplir.

A5.Format relevé des mesures limitatives de liberté (ligne MLL)

Ligne MLL		Ligne EFM lors de l'ordonnance/de l'application d'une mesure limitative de liberté				
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	8.01.V01	Type de relevé	AN (2)	MLL	MLL	
2	8.01.V02	Numéro d'établissement (REE-satellite santé)	AN (8)	70611111		
3	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	8.01.V04	Type de mesure limitative de liberté	N (1)		1-4, 11	1= Isolements pour des raisons psychiatriques 2= Immobilisation 3=Médication malgré la résistance du patient/de la patiente, orale 4=Médication malgré la résistance du patient/de la patiente, injection 11= Isolements dus à des raisons infectieuses / somatiques
5	8.01.V05	Date de la mesure limitative de liberté (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		
6	8.01.V06	Heure du début de la mesure limitative de liberté (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	
7	8.01.V07	Date de la fin de la mesure limitative de liberté (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		Toutes les MLL sauf médicaments forcés
8	8.01.V08	Heure de la fin de la mesure limitative de liberté (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Toutes les MLL sauf médicaments forcés

A6.Format relevé des variables supplémentaires optionnelles (ligne ZV)

Ligne ZV		Ligne ZV pour l'utilisation optionnelle de variables supplémentaires				
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN (16)	1122334455		Numéro de cas interne
2		Variable supplémentaire 1	Libre	Service A	Texte libre	Optionnel
3		Variable supplémentaire 2	Libre	Intervention		Optionnel

A7.Exemples de livraison de données au format texte

Les numéros en couleurs sont les numéros de cas de 3 exemples de cas.

Grâce au numéro du cas, il est possible d'interconnecter les informations d'un même cas dans les sets de données.

```
MB|12345678|1234C|ZH||A|0|1|0|0|2||61|7000|CHE|2012073017|M500|.....|5050286|34986734|
MB|12345678|1234C|ZH||A|0|1|0|0|2||67|1024|CHE|2012010307|M500|.....|5050297|34986737|
MB|12345678|1234C|ZH||B|0|1|0|0|2||46|7050|NON|2012122315|M500|.....|5050292|349867389|
```

```
MP|9|11|1|0|0|0|0|0|0|0|2||11|1|1|12|1|1|0|0|0|0|1|0|0|0|0|0|1|20|11|23|1|5050286|
MP|9|12|0|0|1|0|0|0|0|0|0|9|3|1|2|2|2|6|0|0|0|1|0|1|0|0|0|0|0|1|11|12|28|2|5050297|
MP|2|11|0|1|0|0|0|0|0|0|0|3|11|1|1|9|1|1|0|0|0|0|1|0|0|0|0|0|0||3|5050292|
```

```
PH|12345678|5050286|1|0||20120730|2|4|4|1|2|1|4|1|4|1|3|4|4|
PH|12345678|5050286|2|0||20120806|2|2|1|2|1|2|3|0|2|4|2|1|
PH|12345678|5050297|1|0||20120103|2|4|3|3|4|4|3|0|4|4|2|2|1|
PH|12345678|5050297|2|0||20120125|2|0|3|1|4|2|3|0|3|1|0|2|1|
PH|12345678|5050292|1|0||20121223|4|3|2|2|4|2|2|3|1|4|2|2|3|
PH|12345678|5050292|2|0||20121231|3|3|4|3|3|4|4|2|2|4|1|1|3|
```

```
PS|12345678|5050286|1|0||20120730|0|4|4|1|2|1|4|1|2|1|3|4|3|
PS|12345678|5050286|2|0||20120806|3|2|2|1|2|1|2|3|0|2|4|2|1|
PS|12345678|5050297|1|0||20120103|2|4|3|3|4|4|3|0|1|4|2|2|2|
PS|12345678|5050297|2|0||20120125|1|0|3|1|4|2|3|0|3|1|0|2|0|
PS|12345678|5050292|1|0||20121223|4|3|2|2|4|2|2|3|2|4|2|2|3|
PS|12345678|5050292|2|0||20121231|2|3|4|3|3|4|4|2|0|4|1|1|2|
```

```
FM|12345678|5050286|1|20120730|1330|20120730|1700|
FM|12345678|5050286|2|20120806|1100|20120807|0900|
FM|12345678|5050292|20120606|0900|20120618|1000|
FM|12345678|5050292|11|20120806|1100|20120807|0900|
```

A8. Distinction stationnaire/ambulatoire

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 2) :

Explications des critères de délimitation

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

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

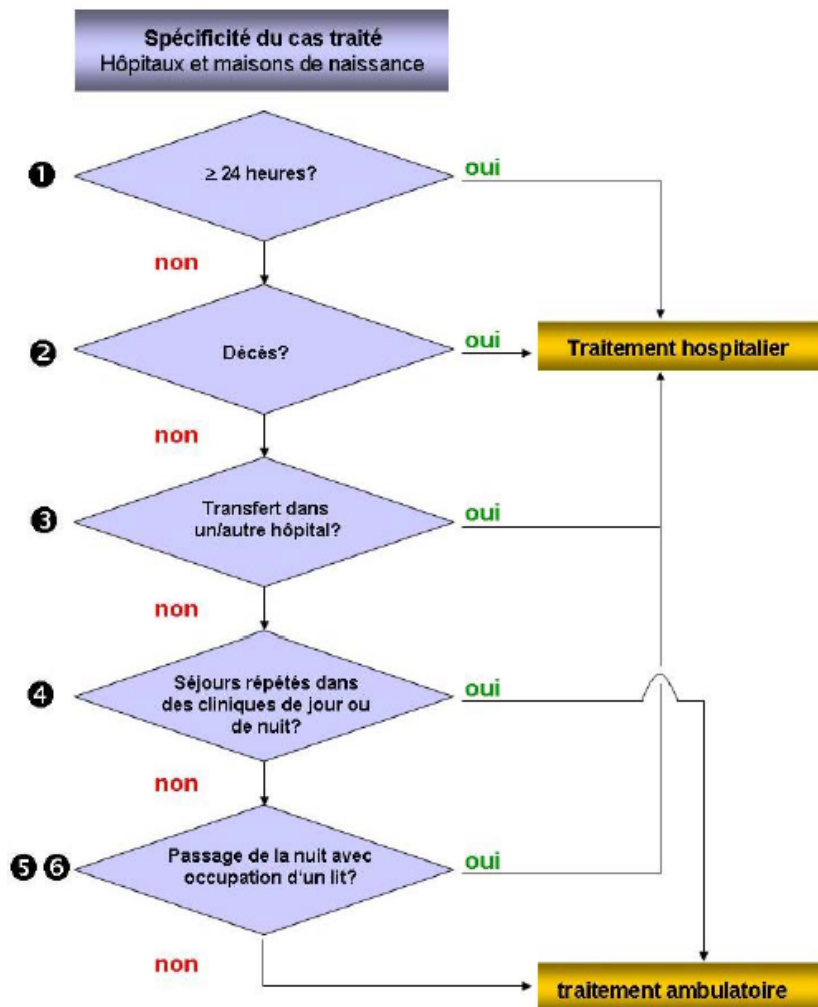
Le critère ❸ « transfert dans un/autre hôpital » clarifie la question, à savoir si le patient/la patiente a été transféré/e dans un autre hôpital ou d'une maison de naissance dans un hôpital.

Le critère ❹ « 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 traitements ambulatoires.

Le critère ❺ de « 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 dans la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ❻ « 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 nécessite 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 ❺ « nuit » et ❻ « 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 ».



© H+ Les Hôpitaux de Suisse

Graphique : H+ ©

Figure 2 : Processus décisionnel stationnaire ou ambulatoire