
Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3) Manuel des procédures

La version 6.1 a été approuvée en mars 2018 par le Groupe Qualité Réadaptation. Elle est valable à partir du 01.03.2018 et remplace la version 2018/01.

Version 6.1, 2018/03

Contact

Secrétariat ANQ

Domaine de spécialisation de la réadaptation

Dr. Luise Menzi (responsable Réadaptation), tél. +41 (0)31 511 38 44

rehabilitation@anq.ch



Sommaire

1.	Introduction	4
1.1.	ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation	4
1.2.	Aperçu du plan de mesure Réadaptation	4
1.2.1.	Module 1 : Enquête nationale sur la satisfaction des patients	5
1.2.2.	Modules 2 et 3 : mesures spécifiques à chaque domaine	6
1.3.	Qualité des données	9
1.4.	Manuel des procédures	10
1.5.	Manuel des données	11
1.6.	Tâches des cliniques	12
1.6.1.	Personnes responsables des mesures	12
1.6.2.	Tâches du module 1	12
1.6.3.	Tâches des modules 2 et 3	13
2.	Règles générales de procédure pour les mesures des modules 2 et 3	14
2.1.	Collectif de patients et définition de cas	14
2.2.	Directives relatives au choix des instruments pour les mesures à l'admission et à la sortie dans les cliniques de réadaptation	14
2.2.1.	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation musculo-squelettique	14
2.2.2.	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation neurologique	15
2.2.3.	Directives pour les patientes et patients présentant un autre besoin de réadaptation	15
2.2.4.	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque	16
2.2.5.	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire	17
2.2.6.	Relevé de données supplémentaires	17
2.3.	Demande de dispense	18
2.4.	Moments de la mesure et période d'observation	19
2.5.	Motifs d'exclusion (drop-outs)	20
2.6.	Interruption resp. non-réalisation d'une mesure	21
2.7.	Réalisation des mesures, relevé des données, tests de performance et autoévaluation (questionnaires patients)	22
2.7.1.	Réalisation des mesures à l'admission et à la sortie	22
2.7.2.	Saisie des données	23
3.	Documentation des objectifs de participation et de leur atteinte	24
3.1.	Remarques préliminaires	24
3.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la documentation des objectifs et l'évaluation de leur atteinte	25
3.2.1.	Documentation des objectifs de participation	25
3.2.2.	Évaluation de l'atteinte des objectifs de participation	26
3.3.	Formulaire pour la documentation des objectifs	26
4.	Instrument FIM [®] /MIF (FIM [®])	27
4.1.	Remarques préliminaires	27
4.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du FIM [®] /MIF	27
5.	Indice de Barthel étendu (EBI)	29



5.1.	Remarques préliminaires.....	29
5.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de l'EBI.....	29
6.	Test de marche de six minutes.....	31
6.1.	Remarques préliminaires.....	31
6.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de marche de six minutes.....	31
7.	Bicyclette ergométrique.....	33
7.1.	Remarques préliminaires.....	33
7.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de la bicyclette ergométrique.....	33
8.	MacNew Heart.....	34
8.1.	Remarques préliminaires.....	34
8.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du MacNew Heart.....	34
9.	Feeling-Thermomètre.....	35
9.1.	Remarques préliminaires.....	35
9.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du Feeling-Thermomètre.....	35
10.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).....	36
10.1.	Remarques préliminaires.....	36
10.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CRQ.....	36
11.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).....	37
11.1.	Remarques préliminaires.....	37
11.2.	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CIRS.....	37
12.	Impressum.....	38

1. Introduction

1.1. ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation

L'ANQ a pour but de coordonner et de réaliser des mesures de la qualité sur le plan national dans les domaines de la médecine somatique aiguë, de la réadaptation et de la psychiatrie en milieu stationnaire. Elle prescrit aux cliniques les mesures de qualité à réaliser dans toute la Suisse sous forme de plans de mesure. Elle coordonne leur mise en œuvre, du relevé des données à la publication des résultats à l'intention d'un large public, en passant par l'évaluation et la rédaction des rapports. En documentant la qualité (comparaison avec les valeurs de référence nationales), elle contribue à son développement et à son amélioration (statuts de l'ANQ du 24 novembre 2009). Le plan de mesure national Réadaptation est mis en place dans le domaine de la réadaptation en milieu stationnaire. Le plan de mesure national Réadaptation (y compris concept de mise en œuvre) et le financement ont été élaborés par l'ANQ et approuvés par ses partenaires (H+ - Les Hôpitaux de Suisse, assureurs et cantons). La réalisation des mesures est obligatoire pour toutes les cliniques qui adhèrent au contrat national de la qualité.

1.2. Aperçu du plan de mesure Réadaptation

Le plan de mesure actuel comprend un module général (module 1) et les modules propres à chaque domaine (modules 2 & 3)¹ :

- Module 1 : enquête nationale sur la satisfaction des patients en réadaptation (instrument bref).
- Module 2 : réadaptation musculo-squelettique et neurologique, ainsi qu'Autre réadaptation (documentation des objectifs et atteinte des objectifs, indice de Barthel étendu, instrument FIM®/MIF (FIM®)).
- Module 3 : réadaptation cardiaque et pulmonaire (test de marche de six minutes, bicyclette ergométrique, MacNew Heart, Feeling Thermomètre, Chronic Respiratory Questionnaire).

Lorsqu'un fournisseur de prestations n'est pas à même de réaliser les mesures pour des raisons objectives, il peut adresser une [demande de dispense](#) à l'ANQ.

¹. Le domaine „Autre réadaptation“ s'oriente actuellement aux prescriptions de mesure du module 2. A la demande des sociétés professionnelles, le Comité a indiqué en septembre 2012, dans sa déclaration d'intention, qu'il examinerait la possibilité d'ajouter au plan de mesure des modules destinés aux autres types de réadaptation (anciennement « réadaptation non spécifique d'organes »). L'ANQ se basera sur le document élaboré et adopté par H+, DefReha© Réadaptation stationnaire: domaines spécifiques et définitions.



1.2.1. Module 1 : Enquête nationale sur la satisfaction des patients

Depuis 2016, la satisfaction des patients est organisée de manière interdisciplinaire et réalisée depuis l'automne 2017 dans les trois domaines de spécialisation de l'ANQ. Suite au développement du questionnaire utilisé depuis 2016 en médecine somatique aiguë, le questionnaire de cinq questions utilisé auparavant dans le domaine de la réadaptation de l'ANQ a, lui aussi, été retravaillé. Un contrôle a été réalisé au niveau des critères de qualité et de l'aptitude du questionnaire à se prêter à des comparaisons nationales entre les cliniques. Le nouveau projet de questionnaire a été validé en 2017 dans le cadre d'une procédure test en deux étapes, à la fois qualitative et quantitative. Dans le cadre de la procédure test, un modèle d'ajustement des risques approprié a été étudié. Il sera utilisé pour la première fois pour l'évaluation des données de l'année 2018.

Le questionnaire retravaillé version 2.0 répond aux besoins des cliniques proposant des prestations de réadaptation grâce à l'intégration de questions portant sur les dimensions „qualité de traitement“, „information/communication“, „participation“, „offre thérapeutique“ et „gestion des sorties“. Le questionnaire final, y compris la communication associée, a été adressé aux cliniques à la fin du premier trimestre 2018. Comme par le passé, les patientes et patients quittant une clinique entre le 1er avril et le 31 mai de l'année civile concernée (mesure périodique) sont inclus dans la mesure.

A partir des données de l'année 2017, l'évaluation et l'élaboration des rapports de l'enquête sur la satisfaction des patients sont effectuées par l'institut ESOPE². Les cliniques de réadaptation choisissent comme d'habitude leur institut de sondage qui prépare et réalise l'enquête pour les différents établissements. La coordination nationale des instituts de sondage décentralisés est assurée par la Poste CH SA et Mecon mesure & consult GmbH. Les cliniques peuvent continuer à consulter leurs propres données, préparées par la Poste CH SA sur la plateforme SAS. L'organisation des mesures au sein des cliniques de réadaptation reste ainsi inchangée.

La publication, y compris la communication associée, est préparée par le secrétariat de l'ANQ. Les cliniques sont informées au préalable de la publication.

² Cellule Enquêtes de satisfaction et d'opinion des patient-e-s et des employé-e-s, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

1.2.2. Modules 2 et 3 : mesures spécifiques à chaque domaine

Pour les modules 2 et 3, le plan de mesure national Réadaptation comprend huit instruments (évaluation par des tiers ou autoévaluation). Le plan de mesure national Réadaptation s'applique à tous les établissements (cliniques, hôpitaux et services de réadaptation rattachés) disposant d'un mandat de prestations cantonal pour la réadaptation stationnaire.

Ce sont les cliniques de réadaptation qui déterminent l'indication de chaque patiente/patient (conformément à la garantie de paiement). En principe, l'indication de la patiente/du patient est primordiale pour déterminer les instruments à utiliser pour la mesure à l'admission et à la sortie. Se basant sur le document « DefReha© Version 1.01 », l'ANQ prévoit les indications suivantes :

- réadaptation musculo-squelettique (module 2a du plan de mesure),
- réadaptation neurologique (module 2b du plan de mesure),
- « autre réadaptation » (module 2 du plan de mesure)³,
- réadaptation cardiaque (module 3a du plan de mesure),
- réadaptation pulmonaire (module 3b du plan de mesure).

³ La catégorie « Autre réadaptation » comprend les domaines suivants : réadaptation gériatrique, réadaptation en médecine interne, réadaptation oncologique, réadaptation paraplégiologique, réadaptation psychosomatique et réadaptation pédiatrique. Actuellement, l'ANQ ne prévoit aucune obligation de mesure pour la réadaptation pédiatrique. Pour des raisons formelles, les cliniques proposant des prestations de réadaptation pédiatrique doivent soumettre une demande de dispense à l'ANQ.

La figure 1 fournit un aperçu du contenu du plan de mesure national Réadaptation et de ses différents modules. Pour chaque patiente/patient, il convient de réaliser un relevé à l'admission et à la sortie à l'aide des instruments définis pour chaque module (relevé complet).

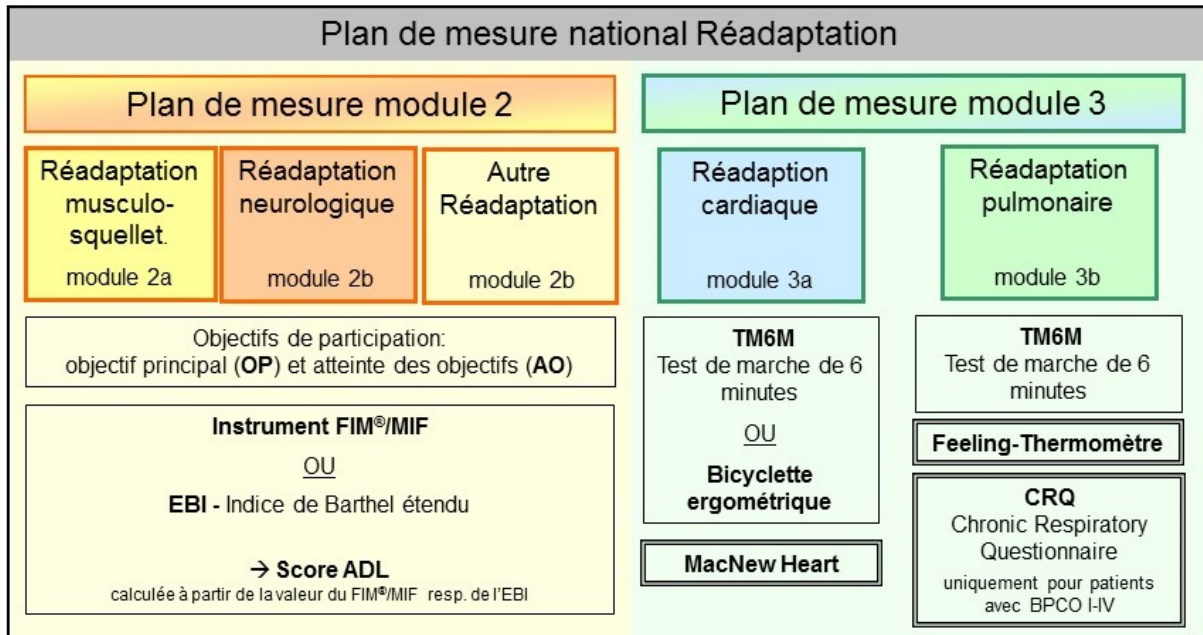


Figure 1. Plan de mesure national Réadaptation, modules 2 et 3

Pour chaque patient présentant une indication de réadaptation définie, les instruments à utiliser sont les suivants :

Réadaptation musculo-squelettique

Pour les patientes et patients présentant une indication de réadaptation musculo-squelettique, deux instruments sont utilisés à l'admission et à la sortie :

- Objectifs de participation : objectif principal uniquement à l'admission et atteinte des objectifs seulement à la sortie
- FIM®/MIF ou EBI (le choix est laissé à la clinique)

Réadaptation neurologique

Pour les patientes et patients présentant une indication de réadaptation neurologique, deux instruments sont utilisés à l'admission et à la sortie :

- Objectifs de participation : objectif principal uniquement à l'admission et atteinte des objectifs seulement à la sortie
- FIM®/MIF ou EBI (choix laissé à la clinique)

Réadaptation cardiaque

Pour les patientes et patients présentant une indication de réadaptation cardiaque, deux instruments sont utilisés à l'admission et à la sortie :

- Test de marche de six minutes ou bicyclette ergométrique (selon l'état de santé)

- MacNew Heart

Réadaptation pulmonaire

Pour les patientes et patients présentant une indication de réadaptation pulmonaire, deux ou trois instruments sont utilisés à l'admission et à la sortie :

- Test de marche de six minutes
- Feeling Thermomètre
- CRQ (seulement chez les patientes et patients avec BPCO I-IV)

Autre réadaptation

Pour les patientes et patients présentant une autre indication de réadaptation (réadaptation gériatrique, en médecine interne, oncologique, paraplégiologique, psychosomatique), le contenu des mesures de la qualité se base sur celui du module 2⁴. Pour l'ensemble des patientes et patients présentant une indication de réadaptation « autre », deux instruments du module 2 doivent en principe être utilisés à l'admission et à la sortie :

- objectifs de participation : objectif principal (seulement à l'admission) et atteinte des objectifs (seulement à la sortie);
- FIM®/MIF ou EBI (le choix est laissé à la clinique, mais il doit être identique pour l'ensemble des patientes et patients d'une même indication et d'une même clinique).

En plus de ces instruments, les cliniques sont tenues de relever les données complémentaires ci-après. Elles sont utilisées pour la description des caractéristiques de l'échantillon ainsi que pour l'ajustement des risques, et doivent être livrées à l'institut Charité à Berlin :

- données de la Statistique médicale de l'OFS : set de données minimal avec notamment âge, sexe, langue maternelle / nationalité, domicile / région, type de traitement, diagnostics;
- à l'admission : données du [Cumulative Illness Rating Scale \(CIRS\)](#).

⁴ Exception : le choix des instruments peut être modifié pour certaines indications du groupe « Autre réadaptation » sur demande de la clinique et après obtention d'une dispense de l'ANQ. Si la clinique n'a pas demandé de dispense, elle doit utiliser les instruments du module 2 cités pour tous les cas du groupe « Autre réadaptation ».

1.3. Qualité des données

Une qualité des données élevée est une condition essentielle à la fiabilité des conclusions, ainsi qu'à l'acceptation d'une présentation transparente des résultats comparatifs et des résultats propres à chaque clinique. Les mesures de l'ANQ suivantes contribuent à une qualité des données élevée :

- Prescription des instruments qui, pour la plupart, sont complétés par le personnel soignant. Cette démarche permet d'obtenir un taux de réponse élevé et des données complètes, même pour les patientes et patients issus de la migration et pour les personnes qui ne sont pas capables de remplir elles-mêmes l'instrument;
- Standardisation du processus de relevé dans les cliniques grâce aux prescriptions et aux directives décrites dans les manuels. Le manuel des données contient des précisions sur les données, leur logistique et leur logique de contrôle⁵; le manuel des procédures fournit des informations sur le contenu, ainsi que des directives pour le choix et l'utilisation des instruments. Les instruments sous licence sont présentés dans des manuels distincts, qui peuvent être obtenus séparément auprès de l'ANQ suite à l'acquisition de la licence;
- Fréquentation des formations de l'ANQ et transfert de connaissances adéquat au sein des cliniques. L'ANQ propose des formations dans les 3 régions linguistiques de Suisse, avec le soutien organisationnel de „H+ Bildung“ et „Espace Compétences“. Les formations de base consacrées p.ex. à des instruments de mesure spécifiques se basent sur le [concept de formation national Réadaptation, v 1.1](#) publié en 2017.
- Prise en compte des recommandations élaborées par les groupes d'experts de l'ANQ au sujet des différents instruments. Depuis début 2017, le groupe d'experts „Code de bonne pratique FIM®/MIF“ publie à intervalles réguliers des [recommandations liées au FIM®/MIF](#) (voir sous „Instruments de mesure – documents complémentaires modules 2 & 3“). Le groupe d'experts „Code de bonne pratique EBI“ débute son activité fin 2017. Les recommandations élaborées par ce groupe d'experts au sujet du relevé de l'EBI seront également communiquées aux cliniques.
- Contrôle de la qualité des données en deux étapes avec feedback : l'ANQ demande aux cliniques de saisir les données prioritairement par voie électronique, puis de les soumettre à un contrôle rudimentaire (logique de contrôle, contrôle manuel). L'institut d'analyse procède également à un contrôle systématique de la qualité des données. Il élabore chaque année un rapport individuel par clinique et un rapport comparatif national sur la qualité des données. En cas de qualité insuffisante (anomalies statistiques), l'institut informe chaque clinique des problèmes constatés et leur adresse des recommandations afin de leur permettre d'apporter les améliorations requises.

Les cliniques sont contractuellement obligées (contrat national de la qualité) d'appliquer les prescriptions de l'ANQ. Elles sont responsables de la qualité des données livrées. Il est dans leur intérêt que le taux de réponse soit élevé. Le but est d'inclure la totalité des patientes et patients dans les mesures de

⁵ La logique de contrôle rudimentaire comprend surtout des tests limités à un seul domaine (données complètes, valeurs valides), ainsi qu'un certain nombre de tests croisés pour la plausibilisation des données.

la qualité, d'atteindre le taux de participation le plus élevé possible (d'avoir le moins possible d'exclusions / de drop-outs⁶ et d'interruptions) et d'obtenir des sets de données aussi complets et plausibles que possible.

1.4. Manuel des procédures

Le manuel des procédures s'adresse au personnel soignant, ainsi qu'aux autres collaborateurs des cliniques qui informent, encouragent et aident les patientes et patients à remplir les instruments relatifs à la qualité. Il constitue la base des formations dispensées au sein des cliniques et sert de référence pour répondre aux éventuelles questions.

Le manuel des procédures décrit le contenu et expose les directives resp. prescriptions relatives aux huit instruments utilisés dans les modules 2 et 3 du plan de mesure national Réadaptation. Il contient également les directives et les prescriptions relatives à l'utilisation du Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), dont les données sont nécessaires à l'évaluation, au même titre que les autres données supplémentaires (cf. chapitre 1.5).

Le manuel des procédures et les manuels supplémentaires des instruments sous licence doivent garantir que le personnel soignant (et les collaborateurs supplémentaires) de toutes les cliniques de réadaptation utilisent exactement les mêmes instruments. Ces derniers doivent par ailleurs être appliqués exactement de la même manière (p. ex. instruction des patientes et patients lors de la remise des questionnaires tels que MacNew Heart et CRQ; utilisation des instruments de mesure EBI et FIM[®]/MIF par le personnel soignant; protocole du test de marche de six minutes ou de la bicyclette ergométrique). Les prescriptions temporelles pour la réalisation des enquêtes, tests et mesures doivent à ce titre être respectées.

Pour les modules 2 et 3, le manuel des procédures a été élaboré par l'ANQ avec le concours des auteurs de la série d'ouvrages « Evaluations en réadaptation » (tomes 1 à 3), ainsi que des responsables du projet⁷ ST-Reha⁸. Le manuel des procédures de l'ANQ sert en outre de base pour l'utilisation des instruments du projet ST-Reha. Les responsables du projet adressent aux cliniques ST-Reha des directives supplémentaires pour l'utilisation des instruments destinés au développement de la structure tarifaire.

⁶ Drop-out: exclusion d'une patiente resp. d'un patient du plan de mesure en raison d'une interruption inattendue du traitement (transfert de plus de 24h dans un hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande du patient) ou séjour planifié inférieur à 7 jours. Dans ces cas, les mesures de la qualité de l'ANQ ne peuvent resp. ne doivent pas être réalisées dans leur intégralité (cf. chapitre 2.5).

⁷ ST-Reha est l'abréviation utilisée pour "Système tarifaire réadaptation", la structure tarifaire nationale pour la réadaptation stationnaire développée par SwissDRG SA. ST-Reha a été élaboré de 2011-2015 par H+ en collaboration avec la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) sur mandat de SwissDRG (cf. http://www.hplus.ch/fr/prestations/tarifs/autres_tarifs_stationnaires/st_reha/).

⁸ Gilbert Büsching, Hansjörg Lüthi, Detlef Marks, Peter Oesch, Stefan Schädler, ainsi que Markus Tschanz et Jan Kool pour le projet ST-Reha.

1.5. Manuel des données

Le manuel des données s'adresse aux responsables de projet internes et aux responsables informatiques des cliniques qui mettent en place les conditions techniques nécessaires à l'intégration des mesures de la qualité dans les processus de traitement, de gestion de la qualité et de pilotage.

Ce document est élaboré par l'institut d'analyse - la faculté de médecine la Charité à Berlin (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) – en collaboration avec l'ANQ, en tenant compte des directives relatives à des projets en cours (ST-Reha) et aux recueils de données actuels (OFS).

Le manuel des données définit le nombre et les spécifications des données relevées à l'aide des huit instruments des modules 2 et 3 du plan de mesure national Réadaptation, ainsi que des données supplémentaires nécessaires à l'évaluation (notamment l'ajustement des risques) (cf. section 1.2.2).

Il définit également les variables de liaison (numéro d'identification du cas et du patient, FID/PID) qui assurent l'interconnexion des différentes données d'un cas, ainsi qu'une logique de contrôle visant à éviter aux cliniques d'avoir des informations manquantes (intégralité du set de données) et saisies clairement erronées (validité des informations) dans le cadre du processus de saisie. Il contient enfin les directives relatives à la livraison des données (nombre, format et périodicité).

Le manuel des données de l'ANQ sert également de base pour les données utilisées dans le cadre du projet ST-Reha. Les responsables du projet envoient aux cliniques ST-Reha des informations supplémentaires sur le nombre de données et leurs modalités de livraison.

1.6. Tâches des cliniques

1.6.1. Personnes responsables des mesures

Les cliniques sont responsables de l'intégration des mesures de l'ANQ et de leurs résultats dans les processus internes de traitement, de gestion de la qualité et de pilotage. Afin d'assurer une mise en œuvre durable des processus d'amélioration, il est important que tous les échelons hiérarchiques témoignent de leur adhésion à la qualité et reconnaissent la nécessité d'introduire les modifications requises, notamment par la mise à disposition des ressources nécessaires.

L'ANQ recommande aux cliniques de nommer des personnes responsables des mesures et de leur confier la coordination interne, mais aussi externe (p. ex. ANQ, institut d'analyse, sociétés informatiques) des mesures de la qualité des modules 1 à 3. Afin de pouvoir assumer cette tâche de coordination et dispenser des formations internes, les collaborateurs des cliniques peuvent se référer aux manuels du domaine de la réadaptation (manuels des procédures et des données de l'ANQ). Une offre de formation en deux étapes (voir aussi chap. 1.3) est également à leur disposition.

1.6.2. Tâches du module 1

L'ANQ informe les cliniques au préalable des conditions cadres organisationnelles et méthodiques de l'enquête sur la satisfaction des patients. La direction de projet interne est ensuite chargée de clarifier les questions organisationnelles au sein de la clinique, le cas échéant en collaboration avec l'institut de sondage. L'enquête a lieu en avril et mai. Les résultats individuels des cliniques sont disponibles au plus tard au mois d'octobre de l'année de mesure. Les résultats sont mis à disposition par la Poste CH AG sur la plateforme SAS en ligne protégée. Les cliniques sont directement informées par la Poste CH AG de la disponibilité des données en ligne. Il incombe ensuite à la coordination de projet interne d'intégrer ces résultats aux processus internes (traitement, gestion de la qualité et pilotage).

1.6.3. Tâches des modules 2 et 3

Les collaborateurs des cliniques disposent des formations de l'ANQ, ainsi que du manuel des procédures et du manuel des données pour assumer les tâches de coordination et dispenser les formations internes.

Quant aux mesures de la qualité prévues dans les modules 2 et 3, les tâches internes suivantes doivent être coordonnées :

- adaptation des conditions (processus de traitement) organisationnelles et techniques (SIC, logiciel spécial) pour le relevé des données conformément aux directives de l'ANQ;
- organisation et réalisation de formations internes du personnel soignant à l'utilisation des instruments (selon le principe « former les formateurs ») et de leur formation continue afin de standardiser l'utilisation et l'évaluation des instruments à l'interne (validité et fiabilité inter-évaluateurs); communication générale interne (p. ex. intégration des résultats dans les processus internes) et externe;
- transmission électronique des données à l'institut d'analyse, la faculté de médecine la Charité à Berlin (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) conformément aux directives de l'ANQ (cf. manuel des données, chapitre 9)
- clarifications (p. ex. demandes de licences pour les instruments du plan de mesure Réadaptation protégés par licence via rehabilitation@anq.ch) et réponse aux demandes de tiers (ANQ, institut d'analyse Charité Berlin, sociétés informatiques).

2. Règles générales de procédure pour les mesures des modules 2 et 3

2.1. Collectif de patients et définition de cas

Les établissements disposant d'un mandat de prestations cantonal pour la réadaptation sont inclus dans les mesures, indépendamment du type d'offre de prestations et du décompte (système tarifaire Réadaptation)⁹. Quant à l'obligation de participer aux mesures de l'ANQ, le nombre de cas et l'existence d'autres mandats de prestations ne jouent aucun rôle. A l'heure actuelle, les cliniques ne proposant que des prestations pédiatriques ne sont pas tenues de participer; pour des raisons formelles (contrat national de la qualité), elles doivent toutefois demander une dispense à l'ANQ (cf. chapitre 2.3).

Les cliniques de réadaptation relèvent les données de l'ensemble des patientes et patients admis dès le 1^{er} janvier 2013 pour un séjour stationnaire, indépendamment de la date de sortie prévue et d'autres critères tels que p.ex. âge, diagnostic, statut d'assurance, origine ou hospitalisations multiples.¹⁰

Afin de distinguer les cas ambulatoires des cas stationnaires, l'ANQ s'oriente à l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) (Conseil fédéral, 2002). En vertu de l'ordonnance, les hospitalisations pour des examens, des traitements ou des soins de 24 heures au minimum sont considérées comme des traitements stationnaires. Il en va de même des hospitalisations plus courtes lorsque le patient meurt, qu'il occupe un lit durant une nuit (règle du passage de minuit) ou qu'il est transféré dans un autre hôpital. Les séjours en clinique de nuit ou de jour ne sont pas inclus dans les mesures.

2.2. Directives relatives au choix des instruments pour les mesures à l'admission et à la sortie dans les cliniques de réadaptation

2.2.1. Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation musculo-squelettique

Le choix des instruments du présent plan de mesure national Réadaptation s'oriente aux directives de l'ANQ. Ces dernières garantissent l'utilisation des mêmes instruments dans des situations similaires

⁹ Les catégories de l'OFS ne peuvent pas servir de critère pour l'inclusion de la clinique dans les mesures. Elles utilisent en effet une typologie des cliniques et des types d'activités qui ne permettent pas de satisfaire aux objectifs des mesures de la qualité. Le relevé et la catégorisation des établissements pour la Statistique médicale des hôpitaux sont basés sur la systématique des activités économiques obligatoires pour la statistique officielle suisse et les pays de l'Union européenne. Le classement dans les différentes catégories se fait dans un second temps, compte tenu de la typologie hiérarchique répondant à l'objectif d'exploitation et à l'offre de prestations principale. Cette typologie ne présente aucun lien avec les typologies cantonales, les listes d'hôpitaux ou les mandats de prestations (comparaisons OFS (2005) : Conception détaillée relative à la Statistique médicale des hôpitaux).

¹⁰ Pour l'évaluation, l'ANQ se base sur la typologie des cas établie par l'OFS. Chaque cas relevé est identifié à l'aide des dates d'admission et de sortie. Les cas les plus fréquents, les « cas A », ont une date de sortie comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année de mesure, au terme de laquelle il est possible de calculer la durée de traitement et les indicateurs de résultats. Les « cas B », correspondant aux patientes et patients admis pendant l'année du relevé mais dont le traitement n'est pas terminé au 31 décembre de la même année, ne sont pas pris en compte pour l'évaluation, car il n'est pas possible de calculer leur durée de séjour ni les indicateurs de résultats. La définition de cas de l'OFS compte également des « cas C » (patientes et patients de longue durée), pour lesquels la date d'admission se situe avant le 1^{er} janvier de l'année de mesure et le traitement s'étend au-delà du 31 décembre de cette même année. Ces patientes et patients, quoique recensés dans la statistique de l'OFS avec une durée de séjour de 365 jours, ne sont pas pris en compte dans les évaluations de l'ANQ, puisque les indicateurs de la qualité des résultats ne peuvent pas être calculés.

liées aux caractéristiques de patientes et patients (indication selon garantie de paiement) (cf. figure 1, chapitre 1.2.2).

Pour les patientes et patients pour lesquels une réadaptation musculo-squelettique est indiquée (avec la garantie de paiement correspondante), les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont documentés, ainsi que l'instrument FIM[®]/MIF (FIM[®]) ou l'indice de Barthel étendu (EBI) relevés à l'admission et à la sortie. Les cliniques doivent par ailleurs uniquement utiliser le FIM[®]/MIF ou l'EBI pour ces patientes et patients. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques, tous instruments confondus, le score ADL sera utilisé à partir des données de l'année 2016 pour la comparaison des résultats ajustée aux risques. Celui-ci peut être calculé à partir du FIM[®]/MIF resp. de l'EBI¹¹ à l'aide d'un algorithme de conversion. A l'admission, une mesure est en outre réalisée à l'aide du Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) et le set de données minimal de la Statistique médicale de l'OFS doit être transmis dans son intégralité à la Charité (cf. figure 1, chapitre 1.2.2). Les données supplémentaires sont définies dans le manuel des données et sont disponibles sur le site de l'ANQ, dans les [FAQ](#).

2.2.2. Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation neurologique

Pour les patientes et patients pour lesquels une réadaptation neurologique est indiquée (avec la garantie de paiement correspondante), les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont documentés, ainsi que le FIM[®]/MIF ou l'indice de Barthel étendu (EBI) relevés à l'admission et à la sortie. Les cliniques doivent uniquement utiliser le FIM[®]/MIF ou l'EBI pour ces patientes et patients. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques, tous instruments confondus, le score ADL ajusté aux risques est utilisé, calculé à partir du FIM[®]/MIF resp. de l'EBI¹² à l'aide d'un algorithme de conversion. A l'admission, une mesure est en outre réalisée à l'aide du CIRS et le set de données minimal de la Statistique médicale de l'OFS doit être transmis dans son intégralité à la Charité (cf. figure 1, chapitre 1.2.2). Les données supplémentaires sont définies dans le manuel des données et sont disponibles sur le site de l'ANQ, dans les [FAQ](#).

2.2.3. Directives pour les patientes et patients présentant un autre besoin de réadaptation

Pour les patientes et patients pour lesquels un autre type de réadaptation¹³ est indiqué, le présent manuel des procédures fait office de solution transitoire (cf. chapitre 1.2.2). Pour ces patientes et patients, les objectifs de participation et leur atteinte sont donc documentés, et le FIM[®]/MIF ou l'EBI relevés en sus. Les cliniques doivent uniquement utiliser le FIM[®]/MIF ou l'EBI¹⁴ pour les patientes et patients présentant la même indication de réadaptation. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques, tous instruments confondus, le score ADL ajusté aux risques est utilisé, calculé à

¹¹ L'algorithme de conversion du score ADL pour la comparaison commune de la qualité des résultats de toutes les cliniques de réadaptation, indépendamment de l'utilisation du FIM[®]/MIF ou de l'EBI, a été développé et validé par l'institut Charité sur mandat de l'ANQ. Le rapport final est disponible sur: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf.

¹² L'algorithme de conversion du score ADL pour la comparaison commune de la qualité des résultats de toutes les cliniques de réadaptation, indépendamment de l'utilisation du FIM[®]/MIF ou de l'EBI, a été développé et validé par l'institut Charité sur mandat de l'ANQ. Le rapport final est disponible sur: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf.

¹³ „Autre réadaptation“ comprend les domaines de réadaptation suivants: réadaptation gériatrique, réadaptation en médecine interne, réadaptation oncologique, réadaptation paraplégiologique, réadaptation psychosomatique, réadaptation pédiatrique.

¹⁴ Exception: pour certains groupes d'indication du type de réadaptation „Autre réadaptation“, la/les clinique/s peuvent demander un changement de l'instrument à utiliser, en soumettant une requête de dispense, à approuver par l'ANQ (cf. chapitre 2.3 également). Tant qu'une clinique n'a pas soumis une demande de dispense, les instruments du module 2 mentionnés doivent être utilisés pour tous les cas du type de réadaptation „Autre réadaptation“.

partir du FIM®/MIF resp. de l'EBI¹⁵ à l'aide d'un algorithme de conversion. A l'admission, une mesure est en outre réalisée à l'aide du CIRS. Pour chaque patiente/patient, le set de données minimal de la Statistique médicale de l'OFS doit être transmis dans son intégralité à la Charité (cf. figure 1, chapitre 1.2.2). Les données supplémentaires sont définies dans le manuel des données et sont disponibles sur le site de l'ANQ, dans les [FAQ](#).

2.2.4. Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque

Selon l'état de santé des patientes et patients pour lesquels une réadaptation cardiaque est indiquée (avec la garantie de paiement correspondante), un test de marche de six minutes ou un test de bicyclette ergométrique est réalisé. Les directives sont appliquées dans l'ordre suivant :

- a. Lorsque l'état de santé de la patiente/du patient le permet, le test de la bicyclette ergométrique est préférable au test de marche de six minutes à l'admission. Le test de la bicyclette ergométrique doit être renouvelé à la sortie.
- b. Lorsque l'état de santé de la patiente/du patient ne permet pas la bicyclette ergométrique, le test de marche de six minutes est privilégié à l'admission et réitéré à la sortie.
- c. Lorsque l'état de santé de la patiente/du patient ne permet pas un test de marche de six minutes à l'admission, la mesure n'est pas réalisée. Le test de marche de six minutes est néanmoins obligatoire à la sortie.

A l'admission, une mesure est en outre réalisée à l'aide du Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Pour chaque patiente/patient, le set de données minimal de la Statistique médicale de l'OFS doit être transmis dans son intégralité à la Charité (cf. figure 1, chapitre 1.2.2). Les données supplémentaires sont définies dans le manuel des données et sont disponibles sur le site de l'ANQ, dans les [FAQ](#).

¹⁵ L'algorithme de conversion du score ADL pour la comparaison commune de la qualité des résultats de toutes les cliniques de réadaptation, indépendamment de l'utilisation du FIM®/MIF ou de l'EBI, a été développé et validé par l'institut Charité sur mandat de l'ANQ. Le rapport final est disponible sur: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf

2.2.5. Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire

Pour les patientes et patients pour lesquels une réadaptation pulmonaire est indiquée (avec la garantie de paiement correspondante), un test de marche de six minutes est réalisé à l'admission, avant d'être réitéré à la sortie. Lorsque l'état de la patiente/du patient ne permet pas d'effectuer un test de marche de six minutes à l'admission, la mesure n'est pas réalisée. Le motif de la non-réalisation de la mesure devrait être consigné dans le test de marche prévu à l'admission. Le test de marche de six minutes est néanmoins obligatoire à la sortie.

Le Feeling Thermomètre est utilisé en sus pour les patientes et patients pulmonaires. Quand une broncho-pneumopathie chronique obstructive (CIM J44) de grade 1 à 4 (BPCO I-IV) constitue la raison principale de l'hospitalisation, le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) est également employé à l'admission et à la sortie. A l'admission, une mesure est en outre réalisée à l'aide du CIRS. Pour chaque patiente/patient, le set de données minimal de la Statistique médicale de l'OFS doit être transmis dans son intégralité à la Charité (cf. figure 1, chapitre 1.2.2). Les données supplémentaires sont définies dans le manuel des données et sont disponibles sur le site de l'ANQ, dans les [FAQ](#).

2.2.6. Relevé de données supplémentaires

Comme déjà mentionné, les cliniques doivent relever, en plus des données du CIRS, les données supplémentaires (set de données minimal de la Statistique médicale de l'OFS) définies dans le manuel des données (cf. chapitre 5.4).

2.3. Demande de dispense

Le contrat national de la qualité prévoit que les hôpitaux et les cliniques réalisent toutes les mesures prescrites par le plan de mesure pour leurs domaines respectifs. Lorsqu'un fournisseur de prestations est dans l'impossibilité de réaliser l'une des mesures prescrites pour des raisons objectives, il doit, en vertu du contrat national de la qualité (paragraphe III, al. 4), adresser [une demande de dispense](#) écrite à l'ANQ pour les mesures de la qualité des résultats concernées. Cette requête expose les raisons pour lesquelles une ou plusieurs mesures prescrites ne peuvent pas être réalisées et présente les mesures alternatives mises en place. Le Comité de l'ANQ statue sur la demande et y répond par écrit.

Afin qu'un hôpital ou une clinique soit dispensé d'une mesure en principe indispensable, il est nécessaire d'obtenir une demande de dispense de la part de l'ANQ :

L'ANQ accorde une dispense pour les motifs objectifs suivants :

- Non-réalisation de la mesure suite à la fermeture de l'hôpital ou de la clinique pendant l'année concernée
- Non-réalisation de la mesure, étant donné que l'hôpital ou la clinique ne propose pas les prestations couvertes par la mesure
- Motifs de dispense propres à certains domaines

L'ANQ n'accorde pas de dispenses pour d'autres motifs (tels que faible nombre de cas, manque de personnel ou de ressources financières, ou encore mesure mal adaptée). En outre, l'ANQ estime que les cliniques doivent utiliser les instruments définis dans le plan de mesure – y compris en dehors des domaines de réadaptation précités (musculo-squelettique, neurologique, cardiaque et pulmonaire).

Exceptionnellement, l'ANQ peut associer l'octroi d'une dispense à l'obligation de proposer une mesure alternative et de présenter un concept adéquat pour le relevé des données, l'évaluation et l'établissement des rapports.

Si l'ANQ a refusé la dispense, l'hôpital ou la clinique doit réaliser la mesure prévue par le plan de mesure conformément aux directives de l'ANQ. Tant que la décision définitive n'est pas rendue, la demande de dispense a un effet suspensif quant à la mise en œuvre de la mesure concernée au sein de l'institution demanderesse.

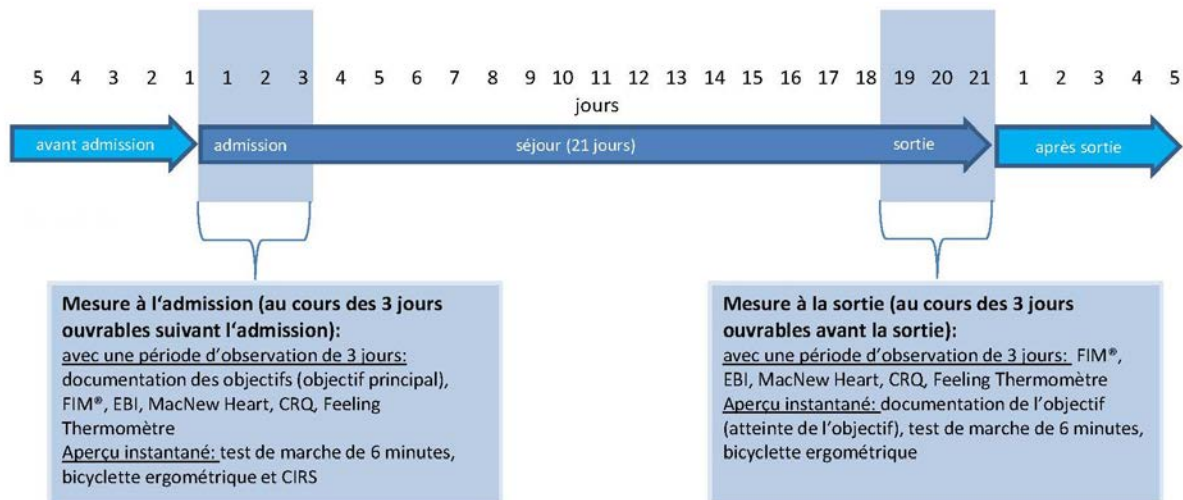
2.4. Moments de la mesure et période d'observation

Les mesures à l'admission et à la sortie (FIM®/MIF, EBI, test de marche de six minutes, bicyclette ergométrique, MacNew Heart, Feeling Thermomètre, CRQ, CIRS) doivent en principe être effectuées le plus près possible du moment de l'admission ou de la sortie effective.

La mesure à l'admission – y compris celle à l'aide du CIRS - doit être réalisée dans un délai de trois jours ouvrables¹⁶ suivant l'admission (jour d'entrée inclus). La mesure de sortie est également effectuée au plus tôt trois jours ouvrables avant la sortie (jour de sortie inclus). Les résultats des relevés se basent néanmoins sur différentes périodes d'observation.

Les informations fournies par les patientes et patients dans le MacNew Heart, le Feeling Thermomètre et le CRQ¹⁷ reposent sur une période d'observation de trois jours. Les observations du personnel soignant des trois derniers jours (évaluation par des tiers) servent également de base pour la fixation de l'objectif du traitement et les réponses aux questions du FIM®/MIF et de l'EBI. En revanche, les résultats du test de marche de six minutes, du test de la bicyclette ergométrique, de l'évaluation de l'atteinte des objectifs et du CIRS représentent une « photographie instantanée » des patientes et patients à un moment donné (relevé à l'admission et à la sortie).

Figure 2 : Moments de la mesure et périodes d'observation



Afin d'harmoniser le relevé au niveau national, les moments du relevé et les périodes d'observation des divers instruments ont été adaptés aux conditions cadres des mesures et homogénéisés dans les cliniques de réadaptation (mesure à l'admission et à la sortie quelle que soit la durée du traitement).

¹⁶ Définition de « dans un délai de trois jours ouvrables » : pour compter le nombre de jours ouvrables, il ne faut pas oublier que le dimanche est le seul jour de repos. Le samedi compte comme jour ouvrable.

¹⁷ Le questionnaire CRQ est utilisé pour une période d'observation de 14 jours.

2.5. Motifs d'exclusion (drop-outs)

Les mesures à l'admission et à la sortie prévues par le plan de mesure Réadaptation doivent obligatoirement être réalisées auprès de l'ensemble des patientes et patients admis en réadaptation.

Ce n'est que lors d'une interruption inattendue du traitement (transfert de plus de 24h dans un autre hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande du client) que le dossier est clôturé pour la mesure ANQ et traité comme "drop-out", puisqu'il n'est pas possible de compléter les mesures.

Les patientes et patients dont la sortie est planifiée dans les 7 jours suivant l'admission sont également codés comme drop-outs. Pour ces cas, il a été décidé de renoncer à une mesure à la sortie, en raison de la courte durée de séjour.

Dans la documentation de la mesure, il convient de consigner un drop-out, ainsi que la date du drop-out (jour de l'interruption du traitement resp. sortie de réadaptation).

Lors du transfert d'un service à un autre au sein du même établissement, les mesures à l'admission ou à la sortie ne sont pas effectuées si l'indication reste inchangée. Il en va de même si la patiente ou le patient part en vacances, pour autant que le cas n'ait pas été clôturé et qu'un nouveau dossier n'ait pas été ouvert (selon les modalités de facturation de la clinique). En revanche, lorsqu'une absence de la clinique est traitée comme une sortie (clôture du cas et réouverture de dossier), les mesures à la sortie doivent être effectuées. En cas de réadmission (nouveau dossier), les mesures à l'admission sont à réitérer.

Si le patient revient en réadaptation stationnaire après un transfert, un nouveau dossier est ouvert. Il convient de réitérer les mesures à l'admission et à la sortie.

Lors d'une réadmission purement administrative (p. ex. en raison d'un changement d'agent payeur), les mesures à l'admission ou à la sortie ne doivent pas être réalisées.

En cas de changement d'indication au cours du séjour clinique, le cas doit être clôturé avec l'ancienne indication à l'aide des mesures de sortie prévues. Un autre dossier est ensuite ouvert et les mesures à l'admission sont réalisées conformément à la nouvelle indication.

2.6. Interruption resp. non-réalisation d'une mesure

Les motifs d'interruption (non-réalisation d'une mesure) sont propres à chaque mesure et, contrairement aux motifs d'exclusion (drop-out), n'entraînent pas l'exclusion de la patiente/du patient du programme des mesures.

Lorsqu'une mesure ne peut pas être réalisée pour une raison inhérente à celle-ci, qu'une patiente ou un patient refuse de participer ou qu'il a été décidé d'y renoncer pour des raisons médicales, des mesures supplémentaires à l'admission ou à la sortie doivent être effectuées. Il en va de même pour les omissions : lorsqu'une clinique a par exemple omis d'effectuer une mesure à l'admission, elle doit en principe réaliser les éventuelles autres mesures à l'admission ou à la sortie.

Il est possible de faire valoir des motifs d'interruption pour les tests de capacité fonctionnelle et les questionnaires patients, mais pas pour les mesures réalisées avec le FIM®/MIF, l'EBI et le CIRS, ainsi que la documentation des objectifs et de leur atteinte.

Il est nécessaire de préciser le motif de l'interruption pour chaque instrument patient et chaque test de capacité fonctionnelle. Les potentiels motifs d'interruption suivants sont à disposition :

Tableau 1. Formulaire des motifs d'interruption pour les questionnaires patients (MacNew Heart, CRQ, Feeling Thermomètre) et tests de performance (test de marche de six minutes, bicyclette ergométrique)

Motifs d'interruption / de non-réalisation [une citation]	
<input type="checkbox"/>	Refus par le patient, malgré encouragement et soutien
<input type="checkbox"/>	Compétences linguistiques insuffisantes
<input type="checkbox"/>	Le patient est trop malade pour réaliser le test ou répondre au questionnaire
	Autres, merci de préciser : _____ (p.ex. omission par la clinique)

De plus, pour les tests de performance (test de marche de six minutes, bicyclette ergométrique), les motifs d'interruption doivent être indiqués dans les formulaires respectifs (raison pour laquelle le test a été terminé resp. interrompu). Cette indication est obligatoire pour la bicyclette ergométrique ; pour le test de marche de six minutes, le motif doit être indiqué quand la durée des six minutes n'a pas été atteinte.

2.7. Réalisation des mesures, relevé des données, tests de performance et autoévaluation (questionnaires patients)

Dans le manuel des procédures, l'ANQ fournit aux cliniques les instructions relatives à la réalisation pratique, les instruments de relevé (formulaires) pour les mesures ([FIM®/MIF](#), [EBI](#), [CIRS](#)), les tests de performance ([test de marche de six minutes](#), [bicyclette ergométrique](#)), les enquêtes de satisfaction écrites ([MacNew Heart](#), [Feeling Thermomètre](#), [CRQ](#)) et la documentation des objectifs ([objectif de participation](#), [atteinte de l'objectif](#)) en trois langues (F, D, I).

2.7.1. Réalisation des mesures à l'admission et à la sortie

La clinique est chargée de la réalisation des mesures (FIM®/MIF, EBI, CIRS), de la documentation des objectifs, des tests de performance (test de marche, bicyclette ergométrique), de la remise des questionnaires patients (MacNew Heart, Feeling Thermomètre, CRQ) et de la saisie des données. En fonction de l'organisation interne, ces tâches incombent au médecin, à un thérapeute ou au personnel infirmier.

Pour les mesures (FIM®/MIF, EBI, CIRS), la réalisation et la documentation des tests de performance et de la documentation des objectifs doivent être réalisées dans les trois jours ouvrables suivant l'admission (jour d'admission inclus) et les trois jours précédant la sortie (cf. chapitre 2.4).

Quant aux questionnaires complétés directement par les patientes et patients (MacNew Heart, Feeling Thermomètre, CRQ), ces derniers doivent être remis à l'admission (en règle générale au cours du premier entretien), mais au plus tard trois jours ouvrables après celle-ci (jour d'admission inclus). Si nécessaire, le patient reçoit des instructions supplémentaires. La remise du questionnaire à la sortie s'effectue au plus tôt trois jours ouvrables avant la sortie (jour de sortie inclus), normalement pendant l'entretien de sortie. Si le patient n'a pas encore retourné le questionnaire la veille de la sortie, la clinique lui rappelle - avant qu'il ne quitte l'établissement - de bien vouloir le remplir. Le questionnaire doit obligatoirement être complété au sein de la clinique.

En principe, les patientes et patients – quels que soient leur diagnostic et leurs compétences linguistiques – doivent être encouragés à remplir le questionnaire (MacNew Heart, Feeling Thermomètre, CRQ). L'ANQ souhaite expressément que les patientes et patients le remplissent eux-mêmes, mais les autorisent à le compléter avec l'aide du personnel soignant. Il y a lieu de s'assurer que ce dernier n'influe pas sur les réponses aux questions.

2.7.2. Saisie des données

Quel que soit le type d'enquête (papier, en ligne dans le SIC ou un logiciel spécial), la clinique doit s'assurer que les données des mesures, les tests et les questionnaires écrits puissent être attribués au bon patient (code-barres, numéro de cas univoque).

Pour les mesures (FIM[®]/MIF, EBI, CIRS), les tests de performance et la documentation des objectifs, l'ANQ recommande - dans un souci de qualité des données - la saisie électronique des réponses (SIC, logiciel spécial), parallèlement à un contrôle de celles-ci (cf. manuel des données, chapitre 7). La saisie électronique des données permet d'éviter de reporter ultérieurement les résultats des tests ou les réponses dans un système électronique (scannage, saisie manuelle des données), de contrôler l'intégralité des données et les saisies erronées, ainsi que de corriger les données fausses. L'ANQ déconseille de saisir les données des mesures, des tests de performance et de la documentation des objectifs sur papier pour les reporter ensuite dans un système électronique (risque d'erreurs de copie).

Pour la saisie des données des questionnaires patients (MacNew Heart, Feeling Thermomètre, CRQ), l'ANQ recommande - dans un souci de qualité des données - de saisir les réponses directement dans les appareils électroniques des cliniques (tablette, ordinateur). La saisie électronique directe des données (combinée à une logique de contrôle rudimentaire) permet d'éviter de reporter ultérieurement les réponses dans un système électronique (scannage ou saisie manuelle des données) et de contrôler l'intégralité des données.

Si les patientes et patients ne rendent pas leur questionnaire ou si la qualité des données est insuffisante, il convient de compléter les données d'entente avec les personnes concernées.

Les données relevées sont transmises à l'institut d'analyse par voie électronique, conformément aux directives du manuel des données de l'ANQ.

3. Documentation des objectifs de participation et de leur atteinte

3.1. Remarques préliminaires

La documentation des objectifs de participation constitue le principal contenu d'un mandat de prestations dans le domaine de la réadaptation. Elle favorise l'utilisation d'un langage et d'objectifs communs pour la planification de la thérapie au sein des équipes interdisciplinaires de réadaptation.

Les directives de l'ANQ et les prescriptions relatives aux instruments se basent sur les expériences tirées du projet pilote de la CIQ (nom de l'organisation qui a précédé l'ANQ) et son développement ultérieur au cours des années 2010 et 2011.

En réadaptation neurologique, l'ANQ a réalisé de 2007 à 2009 un projet pilote sur la documentation des processus de fixation des objectifs (y compris atteinte des objectifs) fondé sur la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé). Il consistait à relever l'atteinte des objectifs du traitement afin de mettre en évidence le succès de la réadaptation (indicateur de qualité). Douze cliniques ont participé au développement et à la mise en place du concept sur la base de ces critères de qualité axés sur les processus.

Parallèlement, l'ANQ a développé et mis en place un concept reposant sur la capacité fonctionnelle (sans intégration du processus de fixation des objectifs) en réadaptation musculo-squelettique. Treize cliniques y ont participé. Le concept axé sur les résultats a permis de mettre en évidence le succès de la réadaptation en évaluant le maintien et l'amélioration de la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne et professionnelle (indicateur de qualité).

Grâce aux expériences tirées de ces deux projets pilotes, l'ANQ a poursuivi fin 2009 le développement de la démarche basée sur la CIF : elle a adapté le concept de réadaptation musculo-squelettique à celui de la réadaptation neurologique. Au printemps 2011, le groupe qualité Réadaptation a recommandé l'introduction du concept commun dans l'ensemble de la Suisse, au vu des résultats positifs constatés.

3.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la documentation des objectifs et l'évaluation de leur atteinte

Les cliniques de réadaptation définissent leurs processus internes pour la documentation des objectifs de participation et l'évaluation de leur atteinte conformément aux directives de l'ANQ et en appliquant la documentation des objectifs de la CIF.

3.2.1. Documentation des objectifs de participation

Les processus internes de la clinique garantissent que les objectifs de participation du séjour en réadaptation sont fixés correctement et adaptés si nécessaire :

- les objectifs de participation sont choisis de sorte à pouvoir être atteints au cours du séjour stationnaire;
- ils tiennent compte de l'ensemble des ressources, des facteurs contextuels¹⁸ et du potentiel de réadaptation de la patiente/du patient;
- la participation du patient au processus de fixation des objectifs est décidée et documentée en interne;
- les objectifs de participation tiennent compte des ressources temporelles et financières durant le séjour stationnaire;
- le processus de fixation des objectifs est documenté de manière claire dans le dossier patient (définition systématique des objectifs secondaires et contrôle systématique de leur atteinte).

Pour les mesures des résultats, il suffit de noter l'objectif de participation principal (garantie de paiement). Les cliniques sont néanmoins libres de fixer plusieurs objectifs de participation aux patientes et patients pour leur séjour stationnaire (p. ex. un objectif lié au domicile et un objectif socioculturel).

¹⁸ Les facteurs contextuels sont toutes les caractéristiques de la vie d'une patiente/d'un patient. Ils englobent tous les facteurs environnementaux et personnels influant sur sa santé. L'environnement de la patiente/du patient comprend p. ex. le domicile, la famille, le poste de travail, l'école mais aussi le système de santé et le système social. Ces derniers exercent une influence sous forme de facteurs matériels (tels que logement, trajets à pied, moyens auxiliaires, médicaments, revenu), de facteurs sociaux (soutien de ou relations avec la famille, les amis, les employeurs, les spécialistes du système de santé et du système social, etc.) et de positions personnelles (p. ex. attitude/opinion, valeurs et convictions familiales, amicales ou sociales). Les facteurs personnels englobent les caractéristiques d'une personne : âge, sexe, formation, style de vie, motivation et prédisposition génétique. Les facteurs environnementaux et personnels peuvent exercer une influence positive et favorable (facteurs favorisants) sur la santé et donc sur le déroulement de la réadaptation. Il convient par conséquent de les identifier le plus rapidement possible et de mettre à profit leur effet bénéfique (concept des ressources de la réadaptation). Les facteurs contextuels peuvent aussi avoir un effet négatif ou inhibiteur.

3.2.2. Evaluation de l'atteinte des objectifs de participation

Les processus internes garantissent que les objectifs sont évalués de la manière la plus objective possible et que la capacité fonctionnelle de la patiente/du patient est décrite à la sortie, en tenant compte des facteurs contextuels (facteurs favorisants, barrières). Cela signifie que :

- les exigences quant à l'atteinte des objectifs sont définies et documentées en interne;
- la participation du patient au processus d'évaluation correspondant est décidée et documentée en interne.

3.3. Formulaire pour la documentation des objectifs

La documentation des objectifs, ([objectif de participation](#), [atteinte de l'objectif](#)), y compris l'évaluation de leur atteinte, a été testée et utilisée dans le cadre du projet pilote réalisé dans les trois langues nationales. La version allemande de la documentation des objectifs (y compris atteinte des objectifs) a été adaptée et retraduite suite aux expériences tirées du développement du projet pilote et de la mise en œuvre du plan de mesure national Réadaptation.

4. Instrument FIM[®]/MIF (FIM[®])

4.1. Remarques préliminaires¹⁹

L'instrument FIM[®]/MIF (le FIM[®]) mesure pour différents diagnostics – compte tenu des aides existantes – les troubles de la capacité fonctionnelle dans le domaine des actes ordinaires de la vie (AOV), à savoir soins personnels, contrôle des sphincters, transferts, déambulation, communication, ainsi que capacités relationnelles et cognitives (Keith et al. 1987). Il consiste à évaluer régulièrement les divers actes ordinaires de la vie quotidienne à l'aide d'une échelle allant de 1 à 7. Au total, le nombre de points obtenus varie entre 18 (= assistance totale) et 126 (indépendance complète).

Le FIM[®]/MIF se prête à une utilisation stationnaire en clinique. Le test, développé en 1983 par un groupe de travail dirigé par le Prof. V. Granger aux Etats-Unis, devait surtout refléter le besoin en soins. Le FIM[®]/MIF est, avec l'indice de Barthel, l'instrument de mesure le plus utilisé au monde.

L'ANQ disposait de deux versions validées, la française et l'allemande. La version italienne, qu'elle avait utilisée durant le projet pilote, a été adaptée en conséquence. Les trois versions française, allemande et italienne sont identiques à celles utilisées dans le cadre du projet pilote ST-Reha.

Les droits d'auteur appartiennent à Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR) à New York, une organisation de l'Université de l'Etat de Buffalo. L'ANQ a acquis les droits d'utilisation de l'instrument et d'autres documents protégés afin de les utiliser dans le cadre de ses mesures de la qualité. Seules les cliniques enregistrées sont habilitées à utiliser le FIM[®]/MIF et ses documents associés. Pour des raisons de propriété intellectuelle, l'ANQ adresse aux cliniques enregistrées, à leur demande, la version mise en page de l'instrument et les documents, dès qu'elles ont accompli les démarches administratives pour se procurer une licence individuelle. Les cliniques qui souhaitent utiliser le FIM[®]/MIF doivent s'adresser directement à l'ANQ.

4.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du FIM[®]/MIF

Le personnel soignant a besoin de 15 à 30 minutes pour remplir le FIM[®]/MIF. Les évaluations se basent sur l'observation des AOV durant les activités quotidiennes au sein de la clinique.

Des personnes dûment formées, familières du manuel exhaustif du FIM[®]/MIF, sont chargées de compléter le FIM[®]/MIF. L'évaluation est réalisée même lorsqu'une activité n'est pas possible. Depuis janvier 2015, les items secondaires « Marche, fauteuil roulant » (item 12) et « Communication » (items 14 et 15) doivent également être évalués. Pour l'item 12, le même mode de déambulation est évalué à l'admission et à la sortie.

Lorsque le **mode de sortie** est **incertain/problématique** à l'admission, c.à.d. lorsqu'il n'est pas possible d'évaluer si le mode de déambulation principalement utilisé évoluera au cours de la réadaptation, les deux modes (Marche et fauteuil roulant) seront *évalués à l'admission dès 2018* et transmis à l'institut Charité. Lorsqu'un changement de mode évident est constaté au cours du séjour de réadaptation, alors seul le mode de déambulation prédominant à la sortie est évalué à la sortie. Dans tous les autres cas, les deux modes sont évalués à la sortie et transmis à la Charité (voir aussi manuel des données, section 1.3).

¹⁹ Ce chapitre s'inspire de l'article de H. Lüthi dans Schädler et al. (2009) : Assessments in der Rehabilitation: Tome 1: Neurologie.



Une évaluation est effectuée même lorsqu'une activité ne peut pas être réalisée. L'évaluation d'une capacité fonctionnelle est évaluée en priorité par l'observation directe, et non pas à l'aide d'informations transmises. La performance réellement fournie est consignée et non pas la capacité fonctionnelle possible. Pour des descriptions détaillées des champs d'application, se référer au manuel FIM[®]/MIF²⁰, ainsi qu'aux [recommandations complémentaires du groupe d'experts de l'ANQ „Code de bonne pratique FIM[®]/MIF](#) (voir sous „Instruments de mesure – documents complémentaires modules 2 & 3”).

²⁰ Pour les mesures ANQ réalisées en réadaptation, les versions de l'ANQ traduites du manuel original du UDSMR „The FIM System Clinical Guide, version 5.2” (2013) sont utilisées.

5. Indice de Barthel étendu (EBI)

5.1. Remarques préliminaires²¹

L'EBI sert avant tout à déterminer le plus précisément possible le degré de dépendance de l'aide d'autrui chez les patientes et patients neurologiques. Il peut s'agir d'aides physiques, mais aussi d'aides verbales tels que rappels, encouragements et supervision, ou de moyens auxiliaires.

Compte tenu des aides existantes, l'EBI mesure les troubles de la capacité fonctionnelle pour divers actes ordinaires de la vie (16 items). La patiente/le patient doit toujours être évalué pour tous les items, mais indépendamment les uns des autres.

Les actes ordinaires de la vie sont régulièrement évalués à l'aide d'une échelle de réponses allant de 0 à 4. Etant donné que l'indice de Barthel mesure surtout les capacités motrices, Prosiegel et al. (1996) l'ont complété en y ajoutant six items de nature principalement cognitive (compréhension, expression, résolution de problèmes, etc.). La cotation des divers items a en outre été adaptée de façon à passer d'une échelle de réponses à quatre niveaux (0 à 3) à une échelle à cinq niveaux (0 à 4). Au total, les 16 activités permettent d'atteindre au maximum 64 points.

L'EBI représente une alternative sans licence au FIM®/MIF. Il comporte un certain nombre de questions semblables à celles du FIM®/MIF et lui est fortement corrélé. Il requiert moins de formation et moins de temps pour le remplir.

5.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de l'EBI

Les observations des patientes et patients constituent la base pour remplir l'EBI et, le cas échéant, les informations complémentaires fournies par la famille ou celles contenues dans le dossier médical. Il faut une quinzaine de minutes pour compléter l'EBI. La personne chargée de l'évaluation doit avoir été formée à la réalisation pratique du test (résumé des observations) et respecter les consignes.

Même si la recommandation est différente²², la première cotation de la patiente/du patient avec l'EBI²³ s'effectue au plus tard trois jours après l'admission.

- 1) Etant donné que l'indice doit être lu de manière très attentive en raison des opérationnalisations (c'est-à-dire des descriptions très détaillées des items), les pronoms masculins (il, lui, etc.) ont été privilégiés afin de faciliter la compréhension et la fluidité du texte. Il va de soi que les patients des deux sexes sont concernés.
- 2) Chaque patiente/patient doit être coté/e par item, de façon à refléter l'importance réelle de la dépendance dans le domaine concerné.

Exemple : un patient totalement incontinent (incontinence urinaire et anale) mais porteur d'un cathéter permanent et de protections n'utilise pas les toilettes. Par conséquent, il n'a pas besoin d'aide pour le domaine « Utilisation des toilettes » (item VIII) et obtient le score maximal pour cet item (à savoir 4). Des situations similaires peuvent se présenter pour les items XV (« Mémoire / apprentissage / orientation ») et XVI (« Vue / négligence ») p. ex. lorsqu'un patient désorienté ou très malvoyant n'a pas besoin d'aide dans ce domaine puisqu'il est de

²¹ Ce paragraphe s'inspire de l'article de S. Schädler dans Schädler et al. Assessments in der Rehabilitation: tome 1: Neurologie (2009).

²² D'après Schädler et al. (2009), la cotation d'un patient ne se justifie qu'après une semaine.

²³ Cf. également note de bas de page 17

toute façon totalement immobile (et ne présente donc pas le risque de s'enfuir ou de se heurter à des obstacles).

- 3) Il peut y avoir des chevauchements dans la cotation, comme le montre l'exemple ci-après : le transfert physique joue un rôle à l'item V (« Transfert du fauteuil roulant au lit et inversement ») et aux items VIII (« Utilisation des toilettes ») et IV (« Se baigner / se doucher / se laver le corps »). Les patientes et patients qui présentent p. ex. un score bas pour l'item 5 obtiendront donc souvent un score plus bas pour les deux autres items (VIII et IV).
- 4) La cotation des items doit refléter ce qu'une patiente/un patient fait réellement et non pas ce qu'elle/il serait capable de faire. Lors de la cotation, peu importe donc que la patiente/le patient ait besoin d'aide pour des raisons physiques, cognitives ou motivationnelles. Une patiente/un patient très peu motivé/e peut donc parfaitement nécessiter une aide physique considérable.
- 5) Une patiente/un patient peut uniquement être considéré/e comme autonome sur le plan fonctionnel si elle/s'il réalise la tâche sans aide et dans un laps de temps acceptable. Lorsque ce temps est dépassé, la cotation doit relever l'importance de l'aide nécessaire pour que la patiente/le patient puisse exécuter la tâche dans un temps acceptable. Une valeur de référence pour les temps acceptables est indiquée dans l'indice en minutes ou en heures pour les items pour lesquels une telle indication est justifiée.
Exemple : un patient qui a besoin de 2 heures pour s'habiller seul obtiendrait à l'item III un score de 2 s'il parvenait à s'habiller avec une aide minime en une trentaine de minutes. S'il a besoin d'une aide complète pour s'habiller en 30 minutes, il obtient le score le plus bas, soit 0.

L'EBI a déjà été utilisé dans les trois langues dans le cadre du projet pilote de l'ANQ. La version française a été traduite par deux personnes différentes, indépendantes l'une de l'autre. Les traductions ont été comparées et corrigées. Afin de répondre aux exigences des mesures de la qualité de l'ANQ, la période d'observation a par ailleurs été réduite à trois jours. L'instrument est identique à celui utilisé dans le cadre du projet pilote ST-Reha.

6. Test de marche de six minutes

6.1. Remarques préliminaires²⁴

L'évaluation de la capacité fonctionnelle physique repose en général uniquement sur l'anamnèse, avec des questions telles que « Combien de marches pouvez-vous monter ? » ou « Quelle distance pouvez-vous parcourir ? ». Certains patients et patientes ne sont pas capables d'indiquer correctement le nombre de marches montées ou la distance parcourue. Au début des années 60, Balke a mis au point un test simple permettant d'évaluer la capacité fonctionnelle en mesurant une distance parcourue pendant un temps déterminé. Cooper a ensuite développé un test de terrain de 12 minutes afin de pouvoir évaluer le niveau de santé physique de personnes en bonne santé. C'est à partir de là que le test de marche de six minutes a vu le jour pour les patientes et patients atteints de maladies des voies respiratoires incapables de réaliser le test de marche de 12 minutes. Le test mesure la capacité fonctionnelle en mètres sur la base de la distance maximale parcourue en six minutes. D'après les scientifiques, il est facile à réaliser et bien toléré, et permet de mieux illustrer la capacité fonctionnelle quotidienne que d'autres tests de marche (celui de 12 minutes p. ex.). Pour la réalisation en Suisse, les standards internationaux de l'American Thoracic Society (ATS) et de l'European Respiratory Society (ERS) sont recommandés²⁵.

6.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de marche de six minutes²⁶

La réalisation pratique du test peut être déléguée à un physiothérapeute dûment formé. Les instructions de l'ANQ relatives au test doivent être respectées. Le test de marche de six minutes dure 15 à 20 minutes (y compris la préparation, la réalisation et le suivi). Pour des informations générales sur l'utilisation du test de marche de six minutes, se référer au chapitre 2.7.

Pour les patientes et patients souffrant de problèmes cardiaques ou respiratoires, deux conditions préalables sont à respecter : une résistance physique (attestée par une prescription médicale) et une mobilité suffisantes. Si le patient est alité ou confiné à sa chambre, le test ne s'applique pas. La raison de la non-réalisation est à noter dans la documentation du test de marche à l'admission.

Le test devrait être réalisé dans un lieu doté d'une assistance d'urgence et permettant de marcher librement sur une distance de 30 mètres. La distance parcourue est marquée tous les trois mètres et les points de demi-tour signalés à l'aide de cônes de chantier colorés. D'autres types de parcours sont autorisés (p. ex. marcher en rond dans une salle de gymnastique).

²⁴ Ce paragraphe s'inspire de l'article de Peter Oesch et Peter Van Wittenberge dans Büsching et al. (2009) « Assessments in der Rehabilitation: tome 3: Kardiologie und Pneumologie ».

²⁵ Cf. <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/FWT-Tech-Std.pdf>

²⁶ Cf. note de bas de page précédente.

L'instruction de départ marque le début des 6 minutes au terme desquelles la distance parcourue est consignée. La patiente/le patient reçoit l'instruction de marcher le plus loin possible en l'espace de six minutes. L'instruction est : « Marchez autant de mètres que possible pendant les six prochaines minutes; vous pouvez faire des pauses, mais vous ne devez pas courir ». Pendant le test, la patiente /le patient peut recevoir les informations suivantes : « Vous vous débrouillez très bien, il vous reste (tant de) minutes », « Continuez ainsi, il vous reste la moitié du temps », etc. Les encouragements par d'autres phrases ou un quelconque langage corporel ne sont pas autorisés. Si la patiente/le patient fait une pause pendant les 6 minutes, le chronomètre ne doit pas être arrêté, resp. la durée ne peut pas être complétée par le temps de pause. La patiente/le patient peut faire sa pause assis/e ou debout et est encouragé/e toutes les 30 secondes à poursuivre sa marche, si cela lui est possible. Il est recommandé de documenter le temps de pause.

Le test doit être interrompu si la sécurité de la patiente/du patient ne peut plus être garantie ou si l'un des symptômes suivants se manifeste : douleurs thoraciques, détresse respiratoire, épuisement ou douleurs au niveau de l'appareil locomoteur.

La mesure à l'admission ou à la sortie peut être réitérée durant la période d'admission ou de sortie lorsque la patiente/le patient était en particulièrement mauvaise forme le jour du test (vertiges ou nausées). Le meilleur des deux résultats est alors relevé.

Lorsque la patiente/le patient n'est pas à même de réaliser le test de marche de 6 minutes en raison de sa condition physique (p.ex. alité/e), alors il convient d'indiquer „0” pour la distance parcourue. Quant au motif de non-réalisation resp. d'interruption du test, il y a lieu de consigner le motif 3: „La patiente/le patient est trop malade pour réaliser le test ou être interrogé/e”. Il en va de même pour la mesure à la sortie. Les autres motifs de non-réalisation du test sont à indiquer conformément au manuel des données.

Lorsque la mesure à l'admission n'est pas réalisable en raison d'une mauvaise condition physique, mais que l'état du patient s'améliore au cours de la réadaptation permettant la réalisation du test de marche de six minutes à la sortie, la mesure à la sortie doit dans tous les cas être effectuée.

Les mesures à l'admission et à la sortie doivent être réalisées avec les auxiliaires de marche habituels et la médication actuelle (y compris l'administration d'oxygène) au moment du relevé.

7. Bicyclette ergométrique

7.1. Remarques préliminaires²⁷

L'ECG d'effort sur la bicyclette ergométrique est un examen de routine permettant d'évaluer le débit sanguin du myocarde et, ce faisant, la fonction des artères coronaires, mais aussi la résistance générale et la tension artérielle à l'effort. L'ECG et la tension artérielle sont contrôlés et enregistrés en permanence pendant que l'effort est réalisé sous surveillance médicale, ce qui présente un intérêt diagnostique et pronostique important.

7.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de la bicyclette ergométrique

Pour les patientes et patients souffrant de problèmes cardiaques ou respiratoires, deux conditions préalables sont à respecter : une résistance physique (attestée par une prescription médicale) et une mobilité suffisantes. Le test devrait être réalisé dans un lieu doté d'une assistance d'urgence et effectué sous surveillance médicale. Afin de garantir une validité et fiabilité optimales, les appareils doivent être régulièrement calibrés. Le test dure environ une heure (y compris la préparation, la réalisation et le suivi). Pour des informations générales sur l'utilisation du test de la bicyclette ergométrique, se référer au chapitre 2.7.

La patiente/le patient est installé/e sur une bicyclette ergométrie en position semi-couchée ou assise. Durant l'effort, l'activité cardiaque est enregistrée et contrôlée. La patiente/le patient est encouragé/e oralement pendant l'effort, ainsi que lorsqu'elle/il est limité/e par l'épuisement ou divers autres symptômes. En cas de problème cardiaque (troubles du rythme, ischémie), de détresse respiratoire ou d'épuisement, le test est interrompu.

Le protocole d'effort standard minimum s'inspire principalement du *Statement on cardiopulmonary exercise testing* de l'ATS/ACCP (2003) :

- phase de préparation et d'échauffement : 3 minutes de repos; en option 3 minutes supplémentaires de pédalage à vide;
- phase de résistance : 6 à 12 minutes, augmentation de l'intensité de 5 à 30 watts/minute;
- phase de récupération optionnelle : 10 minutes de repos supplémentaires avec 3 minutes de pédalage à vide.

²⁷ Ce paragraphe s'inspire de l'article d'Olivier Pantet, Pierre Monney, Nicole Aebischer dans *Swiss Medical Forum* 2012 (29-30): 578-584, ainsi que de celui de G. Büsching dans Büsching et al. (2009) *Assessments in der Rehabilitation: tome 3: Kardiologie und Pneumologie*.

8. MacNew Heart

8.1. Remarques préliminaires

L'enquête sur la qualité de vie des patientes et patients atteints d'une maladie cardiaque réalisée à l'aide du questionnaire MacNew Heart est mondialement reconnue. Elle comporte 27 questions et reflète les domaines fonctionnels physique, émotionnel et social, ainsi que l'importance des symptômes, pendant les trois derniers jours précédant l'enquête, sur une échelle à sept niveaux (de 1 = très limité à 7 = pas du tout limité).

A partir des 27 items, il est possible de calculer trois échelles secondaires (scores secondaires qualité de vie physique, émotionnelle et sociale) et un score total par-delà tous les items. Pour calculer le score, le nombre de points moyen est établi pour chaque score secondaire resp. pour le score total (somme des points / nombre de questions répondues). Pour pouvoir calculer le score, il faut avoir répondu à au moins 50% des items de chaque sous-catégorie.

Les droits d'auteur appartiennent à la *MacNew.Org*. L'ANQ a acquis les droits d'utilisation du questionnaire (versions allemande, française et italienne) et d'autres documents sous licence dans le cadre de ses mesures de la qualité. Seules les cliniques enregistrées sont habilitées à utiliser le MacNew Heart et les documents associés. Pour des raisons de propriété intellectuelle, l'ANQ adresse la documentation directement aux cliniques enregistrées.

8.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du MacNew Heart

Avec l'autorisation du porteur de la licence, l'ANQ a, pour ses mesures de la qualité, raccourci la période d'observation à trois jours et révisé la version française.

Il faut une vingtaine de minutes aux patientes et patients pour remplir le questionnaire. Pour des informations générales sur l'utilisation du questionnaire MacNew Heart, se référer au chapitre 2.7.

9. Feeling-Thermomètre

9.1. Remarques préliminaires

Le Feeling Thermomètre est un instrument qui mesure l'état de santé général au cours des sept derniers jours à l'aide d'une échelle visuelle analogique dont la forme est celle d'un thermomètre. Les échelles visuelles analogiques sont utilisées en priorité pour relever les perceptions subjectives de la patiente/du patient, le plus souvent dans la recherche sur la douleur et les thérapies de la douleur. Les extrémités de l'échelle de réponses correspondent à des états extrêmes tels que « Pas de douleur » ou « Douleur insoutenable » ou, dans le cas du Feeling Thermomètre, « Meilleur état de santé imaginable » et « Pire état de santé imaginable ». La patiente/le patient indique son sentiment subjectif en cochant le niveau choisi (ligne du thermomètre).

9.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du Feeling-Thermomètre

Il faut environ deux minutes aux patientes et patients pour remplir le questionnaire. Pour des informations générales sur l'utilisation du questionnaire Feeling Thermomètre, se référer au chapitre 2.7.

L'ANQ a organisé une traduction professionnelle du Feeling Thermomètre en français et italien. Les traductions ont été comparées et corrigées et la période d'observation réduite à trois jours pour répondre aux exigences des mesures de la qualité de l'ANQ.

L'échelle des réponses (échelle visuelle analogique) est représentée sous la forme d'un thermomètre. Afin de garantir la comparabilité des résultats, le thermomètre utilisé pour les mesures de la qualité de l'ANQ devrait mesurer environ 20 cm.

10. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

10.1. Remarques préliminaires²⁸

Le CRQ a été développé en 1987 par G. Guyatt et coll. au Canada. Il s'agit d'un questionnaire qui mesure les limitations fonctionnelles physiques et psycho-émotionnelles des patientes et patients atteints de maladies respiratoires chroniques. A ce titre, il se prête parfaitement à l'examen clinique détaillé et à la documentation des résultats du traitement. Si le CRQ s'améliore, on peut en conclure que le patient a gagné en qualité de vie quotidienne (indépendamment d'une éventuelle amélioration de la fonction respiratoire).

Le CRQ est disponible en plusieurs versions (questionnaire de la personne qui réalise l'entretien, questionnaire patient avec ou sans questions standardisées relatives à la dyspnée). En Suisse, le CRQ le plus utilisé comprend les questions sur la dyspnée. L'ANQ utilise les versions du CRQ-SAS (questionnaire avec les questions standard sur la dyspnée) fournies par le porteur de la licence, c'est-à-dire la version allemande validée pour la Suisse et les versions française et italienne. La durée d'observation du CRQ est de 14 jours (cf. note de bas de page 17).

L'instrument comporte 20 questions réparties en 4 domaines : 5 sur les activités qui entraînent une dyspnée chez des personnes atteintes de problèmes respiratoires, 4 sur la fatigue, 7 sur l'humeur et 4 sur la maîtrise de la maladie. Les réponses aux questions sont indiquées à l'aide d'une échelle à sept niveaux, pour laquelle 1 correspond à la limitation maximale et 7 à aucune limitation. La période d'observation de deux semaines a été conservée pour satisfaire aux exigences des mesures de la qualité de l'ANQ.

Pour obtenir le score total, le nombre de points moyen est calculé pour chaque domaine (somme des points / nombre de questions). La moyenne des scores des divers domaines donne le score total final. Pour pouvoir calculer le score, la patiente/le patient doit avoir répondu à au moins 50% des items de chaque sous-catégorie.

Les droits de licence sont détenus par la McMaster University (Canada). L'ANQ a acquis les droits d'utilisation de l'instrument (versions allemande, française et italienne) et d'autres documents sous licence utilisés dans le cadre de ses mesures de la qualité. Seules les cliniques enregistrées sont habilitées à utiliser le CRQ et les documents associés. Pour des raisons de propriété intellectuelle, l'ANQ adresse la documentation directement aux cliniques enregistrées.

10.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CRQ

Il faut une trentaine de minutes aux patientes et patients pour remplir l'instrument. Pour des informations générales sur l'utilisation du questionnaire CRQ, se référer au chapitre 2.7.

²⁸ Ce paragraphe s'inspire de l'article de G. Büsching dans Büsching et al. (2009) « Assessments in der Rehabilitation: tome 3: Kardiologie und Pneumologie ».

11. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

11.1. Remarques préliminaires

L'échelle des comorbidités "Cumulative Illness Rating Scale (CIRS²⁹) a été conçue par Linn et al. en 1968 afin de représenter de manière exhaustive toutes les maladies de patientes et patients polymorbides. Miller et Towers ont retravaillé la version CIRS selon Linn et al. (1968) en 1991 pour la compléter par l'adjonction d'une 14^e catégorie relative aux troubles psychiques et comportementaux. La version CIRS de Salvi et al. (2008) utilisée par l'ANQ se base sur la version de Miller et Towers (1991).

Le CIRS permet d'évaluer 14 systèmes organiques sur une échelle à cinq niveaux allant de 0 à 4 (0 = « aucun problème » à 4 = « problème très grave »). Le score total est de 56 points au maximum. L'instrument est conforme à celui utilisé dans le cadre du projet de ST-Reha.

L'échelle des comorbidités CIRS est corrélée avec la mortalité, la fréquence et la durée des hospitalisations, les réhospitalisations stationnaires, le nombre de médicaments consommés, les anomalies des résultats laboratoires, les limitations fonctionnelles liées à des activités et le temps de survie après des tumeurs sans aggravation. Elle est utilisée en médecine de réadaptation pour évaluer le résultat du traitement.

11.2. Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CIRS

Le CIRS n'est rempli qu'à l'admission; un relevé à la sortie n'est pas prévu pour les mesures de la qualité de l'ANQ. Une personne entraînée aura besoin d'une dizaine de minutes pour remplir le CRQ. Les réponses reposent sur le dossier médical de la patiente/du patient et les observations.

Pour l'utilisation du CIRS, se référer au manuel respectif selon Salvi et al. (2008)³⁰. D'autres informations générales sur l'application du CIRS sont fournies au chapitre 2.7.

²⁹ La même abréviation est utilisée pour le Cumulative Illness Rating Scale et pour le Critical Incident Reporting System.

³⁰ Salvi et al. Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale, Appendix S1 (ANQ, traduction). (Article original publié en 2008, J Am Geriatr Soc, 56 (10)).

12. Impressum

Titre	Manuel des procédures, version 6.1
Année	2018
Auteurs	ANQ, Dr Luise Menzi, Stephanie Studer & Stefanie Köhn (Charité)
Groupe Qualité	PD Dr. med. Stefan Bachmann, cliniques Valens Annette Egger, Département de la santé de Bâle-Ville Dr. med. Ruth Fleisch, clinique Schloss Mammern Dr. med. Stefan Goetz, Hôpital Fribourgeois Angelina Hofstetter, H+ Barbara Lüscher, MHA, service central des tarifs médicaux LAA (SCTM) Dr. med. Pierre-André Rapin, Institution de Lavigny Dr. med. Isabelle Rittmeyer, Zürcher Rehasentrum Davos Dr. Gianni Roberto Rossi, Clinica Hildebrand, Brissago Klaus Schmitt, Centre suisse des paraplégiques Nottwil Dr. med. Thomas Sigrist, clinique Barmelweid Stephan Tobler, cliniques Valens Dr. med. Marcel Weber, Stadtspital Triemli, Zurich
Contact	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Dr. Luise Menzi, responsable Réadaptation ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Berne T 031 511 38 44, luise.menzi@anq.ch / www.anq.ch
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)