

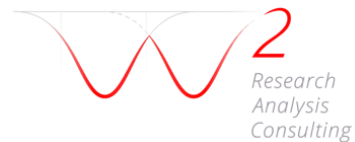
CONCEPT D'ÉVALUATION RÉADAPTATION

MESURES SPÉCIFIQUES À LA RÉADAPTATION

VERSION 8.0/2025

Validité : 8.0, valable à partir de l'année de mesure 2025 (remplace la version 7.0)

Date : Approuvé le 11.09.2025 par le Groupe Qualité Réadaptation et adopté sans procédure de consultation le 21.10.2025 par le comité de l'ANQ



JOURNAL DES MODIFICATIONS

Afin que vous disposiez d'un outil sans cesse actualisé, ce document est mis à jour en cours d'année si nécessaire. Le code couleur vous aide à identifier rapidement la ou les dernières modifications apportées.

| CODE COULEUR | MODIFIÉ AU | MOTS-CLÉS |
|--------------|---------------------------------|---|
| GRIS | Evaluation année de mesure 2025 | Adaptation de la définition de l'évaluabilité. Afin qu'un cas puisse être considéré comme « évaluable », la présence de l'instrument OP/AO n'est plus obligatoire. Introduction de la nouvelle plateforme <i>RehaCompass</i> pour la livraison des données, en remplacement de ReMoS. Spécification du calcul de la durée de séjour en jours. Précision de la définition du dropout. |

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Journal des modifications | 2 |
| Sommaire..... | 3 |
| 1. Situation de départ | 4 |
| 2. Relevé des données | 5 |
| 2.1 Méthode | 5 |
| 2.2 Instruments et mesures..... | 6 |
| 2.3 Autres données | 7 |
| 3. Préparation et transmission des données..... | 8 |
| 3.1 Préparation des données | 8 |
| 3.2 Transmission des données | 9 |
| 3.3 Protection des données et sécurité..... | 9 |
| 4. Méthode d'évaluation..... | 10 |
| 4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion..... | 10 |
| 4.2 Qualité des données | 10 |
| 4.3 Échantillon d'évaluation..... | 12 |
| 4.3.1 Calcul de la durée de séjour..... | 13 |
| 4.3.2 Score ADL | 13 |
| 4.4 Autres étapes avant l'évaluation nationale | 13 |
| 4.5 Évaluation descriptive..... | 14 |
| 4.6 Evaluation ajustée aux risques..... | 14 |
| 4.6.1 Indicateurs de résultats | 14 |
| 4.6.2 Ajustement aux risques | 16 |
| 4.7 Comparaisons annuelles | 18 |
| Bibliographie..... | 19 |
| Annexe A - Critères d'évaluation..... | 20 |
| Annexe B - Catégories de diagnostic..... | 26 |
| Mentions légales..... | 34 |

1. SITUATION DE DÉPART

Le présent concept d'évaluation décrit l'évaluation comparative nationale des données relevées pour les mesures spécifiques aux différents domaines du plan de mesure Réadaptation. Une attention particulière est accordée à l'ajustement aux risques, qui doit permettre une comparaison équitable des cliniques. L'élaboration du concept est le fruit d'une étroite coopération entre l'ANQ, le Groupe qualité Réadaptation et l'institut d'analyse Charité – Universitätsmedizin Berlin. Celui-ci a été chargé par l'ANQ d'assurer l'accompagnement scientifique du relevé des données et d'évaluer lesdites données.

- **La Charité – Universitätsmedizin Berlin** est chargée de l'accompagnement scientifique du plan de mesure Réadaptation, de l'évaluation comparative nationale des données relevées et de la présentation nationale des résultats.
- L'institut **w hoch 2** est responsable de la logistique des mesures, du développement et de l'exploitation de la plateforme en ligne *RehaCompass* (téléchargement, vérification et transmission des données), ainsi que du tableau de bord des résultats spécifiques aux différentes cliniques.

Le présent concept d'évaluation tient compte du [Contrat qualité national](#), du « [Règlement des données de l'ANQ](#) » ainsi que des « [Exigences envers les concepts d'évaluation de l'ANQ](#) ». Cette version sera adaptée si nécessaire – à l'aide des données des années de mesure suivantes, des résultats de l'évaluation associés, des retours des différents groupes d'acteurs et des éventuels futurs développements des mesures.

2. RELEVÉ DES DONNÉES

2.1 MÉTHODE

Toutes les cliniques de réadaptation ayant signé le contrat qualité national 2011 et ne disposant pas d'une dispense participent à la mesure nationale des résultats. Les cliniques de réadaptation relèvent les données de chaque patiente et patient admis pour un séjour stationnaire, indépendamment de la date de sortie prévue et d'autres caractéristiques telles que p. ex. âge, diagnostic, classe de traitement, origine ou hospitalisations multiples. La réalisation du relevé, la saisie et la transmission des données incombent aux cliniques participant au plan de mesure national Réadaptation. Les directives contraignantes relatives à la réalisation et à la documentation des mesures sont définies dans le [manuel des procédures et le manuel des données](#).

Pour les mesures des résultats, des résultats de traitement centraux (Outcomes) ont été définis, qui devront être comparés entre les cliniques à l'aide d'indicateurs de résultats appropriés. Le relevé des données des indicateurs de résultats est effectué à l'aide des instruments cités au chapitre 2.2. Dans ce contexte, une mesure est réalisée respectivement à l'admission et à la sortie. Les instruments utilisés sont des évaluations/questionnaires établis et validés, qui ont été développés pour collecter des Outcomes spécifiques à la santé. Les questionnaires contiennent un set de variables/items permettant de réaliser une évaluation standardisée des différents aspects de l'Outcome. Pour l'évaluation, les réponses sont agrégées et un score global ou différents sous-scores sont calculés pour l'Outcome concerné. Il existe trois types d'instruments de mesure en fonction du type de méthode de relevé :

- Clinician-Reported Outcome Measurements (ClinROMs) : une partie des instruments est utilisée en tant qu'évaluation par des tiers. L'évaluation des fonctions ou symptômes demandés dans l'instrument de mesure, ainsi que le remplissage des formulaires sont effectués par le personnel médical sur la base d'observations dans le cadre du quotidien clinique ou d'entretiens diagnostiques.
- Patient-Reported Outcome Measurements (PROMs) : ces instruments sont des autoévaluations. Les patientes et patients remplissent eux-mêmes les différents items du questionnaire.
- Tests de performance : des tests de performance standardisés font office de troisième catégorie d'instruments utilisés dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation. Ils permettent au personnel clinique de mesurer et de documenter l'Outcome/la performance d'une patiente, d'un patient dans un domaine spécifique (p. ex. capacité fonctionnelle physique) selon des directives définies.

Tant pour les questionnaires patients/PROM que pour les tests de performance, il est en principe possible de renoncer au test (non-réalisation de la mesure), étant donné que les patientes et patients doivent participer activement à ces méthodes de mesure. Une renonciation au test doit également être documentée. Les ClinROMs ne prévoient pas la possibilité de renoncer au test, car les patientes et patients ne jouent qu'un rôle passif dans cette forme de collecte de données.

2.2 INSTRUMENTS ET MESURES

La Figure 1 présente les instruments qui doivent obligatoirement être utilisés à l'admission et à la sortie pour les différents domaines de réadaptation. Par ailleurs, d'autres données nécessaires à l'évaluation (y compris l'ajustement aux risques) doivent être relevées et transmises pour chaque cas.

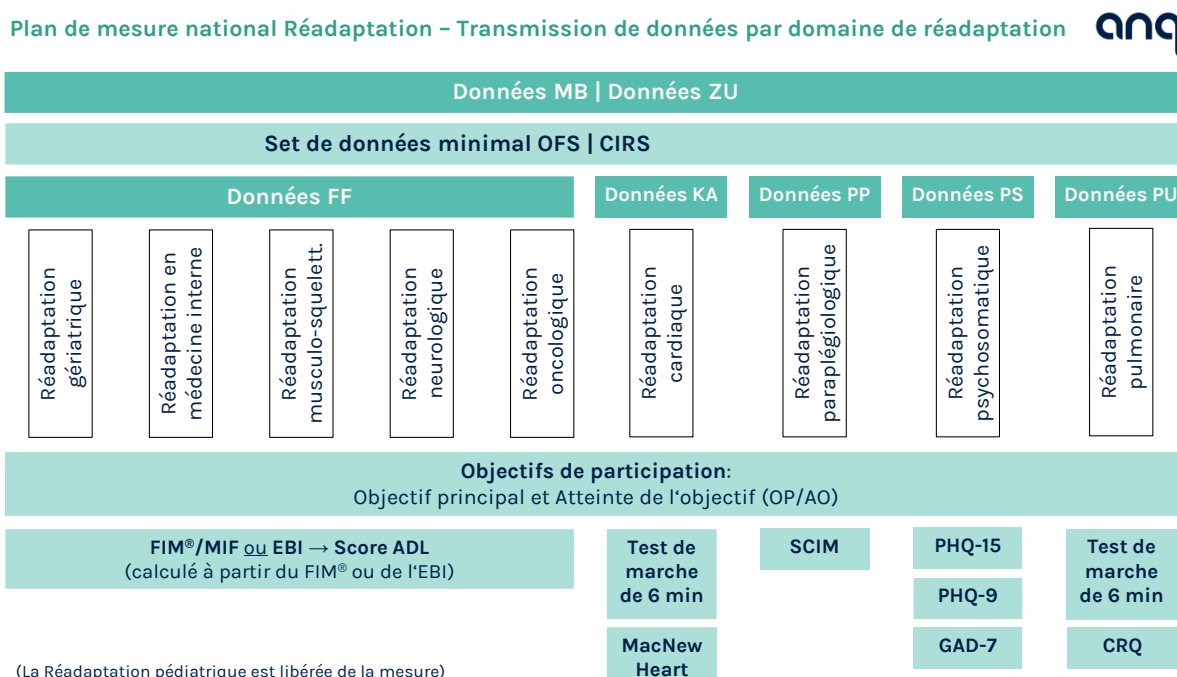


Figure 1 : Plan de mesure national Réadaptation 2025

Dans les neuf domaines de réadaptation, les objectifs de participation et leur atteinte (OP/AO) sont documentés pour chaque patiente et patient. Les instruments suivants sont en outre utilisés pour mesurer les résultats dans les différents domaines de réadaptation :

En réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique, chaque clinique choisit un instrument pour l'ensemble des patientes et patients afin que le personnel puisse relever leur capacité fonctionnelle. Le choix se porte ici sur

l'instrument FIM®/MIF ou l'indice de Barthel étendu (EBI). Un score ADL (Activities of Daily Living) calculé à partir de la FIM®/MIF ou de l'EBI est utilisé pour la comparaison ajustée de la qualité des résultats des différentes cliniques. L'algorithme de conversion est décrit en détail au chapitre 4.3.2.

Dans la réadaptation cardiaque, le questionnaire patient MacNew Heart et le test de marche de 6 minutes (TM6M) sont utilisés comme indicateurs de résultat pour évaluer la qualité de vie liée à la santé et pour mesurer la capacité fonctionnelle physique.

Dans la réadaptation paraplégologique, la Spinal Cord Independence Measure (SCIM) est utilisé comme indicateur de résultat pour mesurer la capacité fonctionnelle dans les domaines des soins personnels, de la respiration, du contrôle sphinctérien et de la mobilité chez les patientes et patients atteints d'une paraplégie médullaire/lésion de la moelle épinière.

Dans la réadaptation psychosomatique, les questionnaires patients Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) et - 15 (PHQ-15) ainsi que l'échelle de l'anxiété Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) sont utilisés.

Dans la réadaptation pulmonaire, le test de marche de 6 minutes pour mesurer la capacité fonctionnelle physique, ainsi que le questionnaire patient Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) pour mesurer la qualité de vie liée à la santé font office d'indicateurs de résultats.

2.3 AUTRES DONNÉES

Les autres données à relever ou à transmettre par cas comprennent :

- Données de la Statistique médicale de l'OFS : ces dernières sont déjà obligatoirement relevées par les cliniques pour la Statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les données minimales de l'OFS contiennent notamment des caractéristiques sociodémographiques et informations sur le séjour en réadaptation (Office fédéral de la statistique, 2020).
- Comorbidités : l'ampleur des comorbidités à l'admission en réadaptation est relevée à l'aide de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Linn et al., 1968). Pour les mesures de l'ANQ, la version complétée par une 14ème catégorie supplémentaire (« Troubles psychiques ») et le manuel associé sont utilisés (Salvi et al., 2008). Les versions allemande, française et italienne de cet instrument d'évaluation réservé à des tiers ont été élaborées par l'ANQ.

Une description détaillée de tous les instruments utilisés figure dans le « [manuel des procédures](#) ».

3. PRÉPARATION ET TRANSMISSION DES DONNÉES

Le relevé des données relève de la responsabilité de chaque clinique et s'effectue sous forme électronique. Les détails du relevé, du format et de la transmission des données sont décrits dans [le manuel des données de l'ANQ](#). Les données de l'ensemble des patientes et patients dont la sortie de réadaptation se situe dans la période de relevé définie (01.01. à 31.12.) doivent être incluses dans les sets de données. Les cliniques attribuent un numéro d'identification du cas unique aux sets de données, garantissant à la fois l'interconnexion entre les différents sets de données personnelles et la protection des données.

3.1 PRÉPARATION DES DONNÉES

Les cliniques de réadaptation relèvent différents types de données et les transmettent dans des fichiers séparés à l'institut d'analyse (cf. Figure 2) :

- Données relevées conformément au plan de mesure national (données de mesure spécifiques aux différents domaines de réadaptation)
- Données minimales de la Statistique médicale de l'OFS
- Données supplémentaires pertinentes pour l'évaluation : comorbidités – relevé effectué à l'aide de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Plan de mesure national Réadaptation – Données à relever par cas



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|---|
| Set de données minimal de l'OFS | Données supplémentaires | Données de la mesure spécifique aux différents domaines de réadaptation |
| Fichier MB | Fichier ZU | Fichier FF, KA, PP, PS et PU |
| | CIRS à l'admission | Réadaptation gériatrique, médecine interne, musculo-squelettique, neurologique, oncologique, cardiaque, paraplégiologique, psychosomatique ou pulmonaire Données de la mesure à l'admission Données de la mesure à la sortie (sélection des instruments) |

Figure 2 : Données par cas

Le format utilisé pour la transmission des données des différentes sources de données (données médico-administratives, données de mesure spécifiques à la réadaptation, données supplémentaires) est le format CSV, XLSX, TXT, DAT ou RDS avec un set de données par ligne.

3.2 TRANSMISSION DES DONNÉES

Toutes les données des mesures de la qualité doivent être téléchargées chaque année par les cliniques sur la plateforme en ligne *RehaCompass*. *RehaCompass* permet également de vérifier en cours d'année les données à transmettre conformément à la définition des données (cf. [manuel des données](#)) et d'obtenir des retours automatisés sur le format (p. ex. nombre de variables) et la qualité des données des cliniques. Les contrôles de la qualité visent en particulier à identifier les valeurs manquantes ou non plausibles. Des informations détaillées à ce sujet sont disponibles dans le [manuel des données au chapitre 8](#). Cette démarche permet d'identifier rapidement les sources d'erreurs potentielles et d'améliorer la qualité des données au cours du processus de relevé. Les sets de données téléchargés précédemment sont automatiquement écrasés lors de tout nouveau téléchargement.

Dans un délai allant de la fin de l'année de relevé à la date de transmission des données, les dernières données téléchargées sur *RehaCompass*, dont la qualité a été vérifiée, doivent être transmises définitivement. Les évaluations nationales et spécifiques aux différentes cliniques sont réalisées sur la base de ces données.

3.3 PROTECTION DES DONNÉES ET SÉCURITÉ

Dans toutes les phases du relevé, de la transmission, de l'analyse et de la publication des données, le respect des aspects juridiques de la protection des données est garanti. Le « [règlement des données de l'ANQ](#) » sert de base à cet effet. L'ANQ prend toutes les mesures nécessaires à la protection et à la sécurité des données (cf. [mesures de protection des données prises par l'ANQ](#)).

La transmission des données des cliniques à w hoch 2 se fait par téléchargement électronique via la plateforme en ligne *RehaCompass*. Seuls les collaboratrices et collaborateurs des cliniques enregistrés, dont les identifiants de connexion sont en outre sécurisés par une authentification à deux facteurs, ont accès à la plateforme. Les données téléchargées sur la plateforme en ligne sont stockées sur des serveurs suisses. Les données finales importées dans *RehaCompass* sont transmises par w hoch 2 depuis un environnement d'échange de données via une connexion sécurisée à la Charité pour évaluation. Les données sont cryptées à l'aide du numéro d'identification du cas, la règle d'attribution n'étant pas connue de w hoch 2 et de la Charité, mais définie et gérée par les cliniques. Il est ainsi impossible d'identifier des personnes physiques. Les processus techniques relatifs au téléchargement et au contrôle des données sont conformes aux normes actuelles en matière de protection des données prévues par la loi sur la protection des données (LPD). Les collaboratrices et collaborateurs compétents de w hoch 2 et de la Charité sont soumis au secret professionnel en vertu de leur contrat de travail. Techniquement, toutes les dispositions ont été prises afin que les données et résultats

soient gérés dans des environnements hautement protégés et soient inaccessibles aux personnes non autorisées.

4. MÉTHODE D'ÉVALUATION

4.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

La mesure se présente sous forme de relevé complet : les cliniques de réadaptation et hôpitaux de soins aigus proposant des prestations de réadaptation livrent les données de l'ensemble des patientes et patients traités en milieu stationnaire pendant la période du relevé, et ayant quitté l'établissement au cours de l'année concernée (01.01.-31.12.). L'unité de relevé est un cas de traitement. Un cas de traitement est un séjour individuel d'une patiente ou d'un patient dans une clinique de réadaptation, conformément à la définition de l'OFS et telle qu'elle est décrite dans le [manuel des procédures](#). Les cas qui ne correspondent pas à cette définition sont exclus du traitement des données. Seules les données de l'ensemble des patientes et patients âgés de 16 ans et plus sont prises en compte dans l'évaluation. Par ailleurs, les cas sont exclus du traitement des données si la clinique concernée a livré moins de 10 cas pour un domaine de réadaptation.

4.2 QUALITÉ DES DONNÉES

Sur la base de critères de qualité définis, les données relevées (cf. chapitre 2) sont analysées au regard de la qualité de la documentation et de leur évaluabilité. La dernière étape des analyses de la qualité des données consiste à identifier la proportion de cas avec des données intégralement évaluables à des fins d'analyse comparative des résultats.

En collaboration avec le Groupe Qualité Réadaptation, il a été décidé que les données intégralement évaluables suivantes doivent être disponibles afin de pouvoir être intégrées dans les analyses des résultats :

- Données de tous les instruments de mesure (resp. à l'admission et à la sortie), exception : OP/AO
- Données minimales de l'OFS
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (uniquement à l'admission)
- Indication par la clinique du domaine de réadaptation selon « DefReha®, version 3.0 » (H+ Les Hôpitaux de Suisse, 2020) dans lequel la patiente ou le patient a été traité. L'attribution d'une patiente/d'un patient à un domaine de réadaptation est réalisée au sein de la clinique.

Les cas livrés sont attribués aux catégories a) à e) suivantes :

Intégralement documentés :

- a: Cas évaluable : toutes les données requises sont disponibles pour les analyses des résultats.
- b: Cas de dropout : la durée de séjour (cf. section 4.3.1) du cas de réadaptation stationnaire est inférieure à 7 jours ou les mesures n'ont pas pu être réalisées 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 de la patiente ou du patient).
- c: Cas avec une renonciation au test : pour certains instruments de mesure (questionnaire patient, test de performance), une renonciation au test a été indiquée ou certains items, mais pas tous, ont été consignés comme manquants, de sorte qu'aucun score ne peut être calculé. Pour ces instruments, il manque alors des données de mesure évaluable aux deux moments de mesure, toutes les autres informations requises sont toutefois complètes.

Incomplètement documentés :

- d: Cas non évaluable/erronés : il manque des données importantes des instruments de mesure et/ou de la statistique OFS et/ou de la CIRS pour l'évaluation.
- e: Cas erronés, mais évaluable : certaines données sont erronées, mais peuvent néanmoins être évaluées, p. ex. :
 - a. Données erronées dans l'instrument OP/AO, mais permettant néanmoins de déduire l'objectif principal et l'atteinte de l'objectif.
 - b. Donnée erronée 7 pour le mode de déambulation « fauteuil roulant » dans la FIM®/MIF, qui n'est pas prévu mais a été coté 6.

Pour les domaines de réadaptation dans lesquels des questionnaires patients (Patient-reported outcome measures - PROM) et/ou des tests de performance sont utilisés (réadaptation cardiaque, psychosomatique et pulmonaire), les cas présentant des données évaluable pour l'instrument concerné sont pris en compte, indépendamment du fait qu'une renonciation au test ait été documentée pour l'un des autres instruments. Pour ces domaines de réadaptation, le taux de renonciation au test pour l'instrument concerné est également rapporté, en plus des proportions de cas évaluable, de cas de dropout et de cas incomplètement documentés.

Pour tous les autres domaines de réadaptation (réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique, oncologique et paraplégiologique), **seuls** des instruments de mesure se présentant sous forme de relevés par des tiers (**ClinROMs**) sont utilisés (pas de tests de performance ni de PROM). Etant donné qu'il n'est pas possible de documenter

une renonciation au test pour ces instruments, les cas peuvent uniquement être attribués aux catégories a) évaluable, b) dropout et d) incomplet.

L'Annexe A – Critères d'évaluation synthétise les critères d'évaluation relatifs à la qualité de la documentation et des données pour chaque domaine de réadaptation, ainsi que pour chaque source de données/instrument. Afin d'obtenir des résultats valables et équitables lors de la comparaison entre les cliniques, la garantie de la meilleure qualité possible des données constitue un élément central de la mesure des résultats. Le critère déterminant pour une bonne qualité des données est une proportion élevée de cas intégralement documentés par rapport au nombre total de cas documentés qui ont été traités pendant la période d'observation. Pour chaque cas, les données de mesure devraient idéalement contenir des données de relevé complètes ou des informations sur les dropouts, resp. la renonciation au test, l'objectif étant en général d'obtenir de faibles taux de renonciation au test pour augmenter la pertinence des résultats.

Le contrôle de la qualité des données se fait à plusieurs niveaux. A l'échelle clinique, un contrôle des données devrait être réalisé à la fois lors de la saisie des données et avant leur transmission à l'institut d'analyse. L'objectif des prescriptions du manuel des données est de veiller à ce que les données requises soient livrées de manière aussi complète que possible, sans erreur et codées de manière uniforme. Le [manuel des données](#) définit les spécifications des données à relever (plages de valeurs, caractéristiques et définition des valeurs manquantes). La logique de contrôle définie doit être prise en compte par les cliniques lors de la saisie des données afin d'éviter des données manquantes (intégralité du set de données) et erreurs manifestes. Avant la transmission des données, les cliniques doivent par ailleurs vérifier si toutes les informations requises pour chaque cas sont disponibles dans leur intégralité.

Pour chaque année de mesure, les résultats des indicateurs de la qualité des données des différents domaines de réadaptation sont calculés et présentés pour chaque clinique sur la plateforme en ligne *RehaCompass*. Ces indicateurs évaluent notamment l'exhaustivité, la plausibilité et l'évaluabilité des sets des données transmis. Le calcul est effectué séparément pour chaque domaine de réadaptation.

4.3 ÉCHANTILLON D'ÉVALUATION

Pour l'analyse des résultats, il convient d'évaluer tous les cas évaluable par instrument de mesure qui présentent, pour tous les autres instruments de mesure, une qualité de documentation correspondant aux catégories a, b, c ou e décrites à la section 4.2 et pour lesquels toutes les variables requises du modèle d'ajustement (données OFS, CIRS) sont disponibles. La documentation complète de l'instrument OP/AO n'est pas obligatoire pour qu'un cas soit inclus dans l'évaluation des indicateurs de résultats. Cet instrument est évalué séparément s'il est correctement documenté et disponible avec les données OFS et CIRS.

Les données des cas de dropout ou des cas incomplètement documentés sont en principe exclues des analyses des résultats.

Les échantillons de cliniques présentant moins de 50 cas évaluables (par domaine de réadaptation et instrument de mesure) sont pris en compte dans les analyses. Les résultats de ces cliniques sont toutefois dûment marqués, puisque la pertinence des résultats est limitée en raison du faible nombre de cas. Les cliniques présentant moins de 10 cas sont incluses dans les analyses globales, mais ne sont pas présentées dans les graphiques des indicateurs de résultats. En présence d'un aussi petit nombre de cas, les résultats sont en effet soumis à de fortes fluctuations aléatoires.

4.3.1 Calcul de la durée de séjour

La durée du séjour est calculée à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Durée de séjour en jours} = \text{date de sortie} - \text{date d'admission}$$

Sont donc pris en compte dans le calcul de la durée de séjour le jour de l'admission, ainsi que chaque jour complet du séjour de réadaptation. Les jours de congé sont également pris en compte. Le jour de la sortie et les jours de transfert ne sont pas pris en compte dans le calcul de la durée de séjour.

4.3.2 Score ADL

Afin de pouvoir réaliser une comparaison équitable de la qualité des résultats par-delà toutes les cliniques, indépendamment de l'instrument utilisé (FIM®/MIF ou EBI), des expertes et experts ont développé un algorithme de conversion, le score ADL (Activities of Daily Living). Celui-ci a été empiriquement validé, avant d'être finalisé et approuvé au sein d'un atelier d'experts (Brünger et al., 2017). L'algorithme de conversion repose sur l'affectation d'items de la FIM®/MIF et de l'EBI similaires, ainsi que sur les catégories de réponse compatibles au sein des items affectés. 15 des 16 items de l'EBI et tous les items de la FIM®/MIF ont été intégrés dans le score ADL. 0 à 4 points peuvent être atteints par item. Au niveau de l'échelle, le score ADL comprend une plage de valeurs de 0 à 60 points en additionnant 15 affectations d'items. Le score ADL ne remplace pas la FIM®/MIF ou l'EBI, mais sert uniquement à la comparaison de la qualité des résultats, indépendamment de l'utilisation de la FIM®/MIF ou de l'EBI. Pour le calcul et l'utilisation du score ADL, la condition est d'utiliser le même instrument de mesure (FIM®/MIF ou EBI) à l'admission et à la sortie pour chaque patiente/patient.

4.4 AUTRES ÉTAPES AVANT L'ÉVALUATION NATIONALE

Pour des raisons méthodologiques et à des fins d'ajustement aux risques, les caractéristiques rarement mentionnées pour certaines variables des données minimales de l'Office fédéral de

la statistique sont regroupées en catégories (**regroupement des variables**). Cela vaut pour les variables nationalité, prise en charge des soins de base, séjour avant l'admission et après la sortie, ainsi que diagnostic principal à la sortie. Les diagnostics principaux ont été regroupés en catégories de diagnostics pour chaque domaine de réadaptation, conformément aux sous-chapitres correspondants de la CIM-10 (DIMDI, 2015). Certains chapitres de la CIM-10 ont été regroupés en raison du faible nombre de cas et après examen du contenu, de manière à garantir un nombre de cas suffisant dans la catégorie de diagnostic. L'Annexe B – Catégories de diagnostic contient une ventilation détaillée des diagnostics à la sortie, codés selon la CIM-10, et des groupes de diagnostic auxquels ils sont attribués.

4.5 ÉVALUATION DÉSCRIPTIVE

L'évaluation descriptive présente d'une part les caractéristiques sociodémographiques du casemix comme p. ex. l'âge, le sexe et la nationalité et d'autre part les caractéristiques médicales du casemix, telles que la fréquence des différents groupes de diagnostic au sein d'un domaine de réadaptation resp. d'un échantillon d'évaluation, ainsi que l'ampleur des comorbidités. Les caractéristiques descriptives sont évaluées à la fois au sein de l'échantillon global respectif et en comparaison clinique. Une autre priorité de la description des données réside dans la présentation des valeurs non ajustées des indicateurs de résultats (valeurs brutes) à l'admission et à la sortie.

L'évaluation de l'instrument « objectif de participation/atteinte de l'objectif » se déroule, elle aussi, uniquement sous forme descriptive.

4.6 EVALUATION AJUSTÉE AUX RISQUES

4.6.1 Indicateurs de résultats

Pour les mesures de la qualité des résultats, les valeurs agrégées (scores globaux) des instruments de mesure utilisés sont prioritairement analysées. Pour certains indicateurs de résultats, la valeur de référence évaluée est une valeur unique (p. ex. test de performance). Le Tableau 1 liste les indicateurs de résultats des instruments du plan de mesure national, utilisés pour les mesures comparatives des résultats des différentes cliniques.

A cette fin, les indicateurs de résultat listés sont évalués ajustés aux risques – le résultat de traitement dans le score global respectif est estimé en tenant compte du casemix et du statut à l'admission. En tant que variable dépendante dans les comparaisons des résultats ajustés aux risques, seule la valeur à la sortie (« Outcome ») est utilisée.

En accord avec le Groupe Qualité Réadaptation, des dispositions particulières ont été prises pour l'évaluation de certains indicateurs de résultats :

- **Evaluation FIM®/MIF et EBI :**

En réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique, les cliniques peuvent utiliser à choix la FIM®/MIF ou l'EBI pour mesurer la capacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques d'un domaine de réadaptation – tous instruments confondus, le score ADL (Activities of Daily Living) est appliqué.

| RÉSULTAT/OUTCOME | INDICATEUR DE RÉSULTAT | | | DOMAINE DE RÉADAPTATION |
|--|---|---------------------|--|-------------------------------|
| | INSTRUMENT DE MESURE | MÉTHODE | VALEUR(S) DE RÉFÉRENCE | |
| Objectif de participation/ atteinte de l'objectif | Objectif de participation/ atteinte de l'objectif | Documentation | Fréquences d'atteinte : objectifs principaux, adaptation des objectifs, atteinte des objectifs | Tous |
| Capacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living - ADL) | Score ADL (calculé à partir de l'EBI et de la FIM®/MIF) | ClinROM | Score global | Géri, Inter, MSQ, Neuro, Onco |
| | Spinal Cord Independence Measure | ClinROM | Score global | Para |
| Performance physique | Test de marche de 6 minutes | Test de performance | Distance de marche maximale parcourue | Cardia, Pulmo |
| Qualité de vie liée à la santé, spécifique à l'indication | MacNew Heart | PROM | Score global | Cardia |
| | Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) | PROM | Score global | Pulmo |
| Atteinte liée à des symptômes somatiques | Patient Health Questionnaire - 15 (PHQ-15) | PROM | Score global | Psychosoma |
| Dépression | Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) | PROM | Score global | Psychosoma |
| Anxiété | Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) | PROM | Score global | Psychosoma |

Tableau 1 : Indicateurs de résultats, plan de mesure national Réadaptation

4.6.2 Ajustement aux risques

La comparaison visée de la qualité de traitement des différentes cliniques soulève des questions d'équité. Lors d'une comparaison de la qualité des résultats, il y a lieu de partir du principe que des cliniques présentant une proportion plus élevée de patientes et patients gravement atteints soient défavorisées par rapport aux cliniques présentant une clientèle moins gravement atteinte. En effet, les atteintes à l'admission ou des constellations sociodémographiques divergentes viennent influencer la mesure. Ce risque, qui résulte d'un casemix différent, doit être pris en compte lors de l'évaluation à l'aide d'un contrôle statistique.

Les méthodes d'analyse de régression sont un standard courant pour l'ajustement (contrôle) du casemix lors de comparaisons cliniques. Ces procédés tiennent compte des influences de variables personnelles pertinentes, comme par exemple l'atteinte à l'admission dans le cadre d'une estimation linéaire. Les régressions évaluent une variable (dépendante) à expliquer (dans ce cas la valeur de sortie de l'indicateur de résultat) à l'aide de variables (indépendantes) explicatives, comme par exemple l'âge et le sexe. Le présent concept d'évaluation tient compte des modifications apportées à la méthode de l'ajustement aux risques. Outre les caractéristiques de la composition de l'échantillon (casemix) qui font office de variables explicatives, le modèle d'évaluation pour la comparaison des résultats ajustés aux risques tient désormais compte d'une variable factorielle pour chaque clinique (facteur clinique). Les valeurs de résultats sont présentées dans l'échelle en fonction des valeurs de référence de l'instrument de mesure concerné. Le rapport « Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen » (Comparaisons de la qualité des institutions psychiatriques – document disponible en allemand) (Dümbgen et al., 2016) et le [rapport technique détaillé \(en anglais\)](#) (Dümbgen, 2016) du Prof. Lutz Dümbgen, Université de Berne, Département Mathématiques et Statistiques, présentent une description détaillée du modèle statistique appliqué.

A l'aide d'une régression linéaire multiple, un paramètre de qualité (aussi : valeur attendue de la clinique) est estimé pour chaque clinique. Le paramètre de qualité est une valeur de résultat épurée de l'influence des valeurs confondantes pour chaque clinique. Il représente le résultat du traitement de la clinique calculé dans le score ADL à la sortie, si tous les cas de l'échantillon global (de toutes les cliniques) avaient été traités dans cette clinique.

Pour la comparaison des cliniques, les paramètres de qualité des cliniques sont corrélés. A cette fin, des valeurs comparatives sont calculées à partir de la différence entre le paramètre de qualité d'une clinique et la valeur moyenne des paramètres de qualité des autres cliniques, pondérée en fonction du nombre de cas. Cette valeur comparative permet de réaliser une comparaison équitable des cliniques, puisque les structures de patients divergentes (casemix) et les caractéristiques des différentes cliniques (facteur clinique) sont prises en compte. Un intervalle de confiance de 95% est calculé pour les valeurs comparatives des cliniques, qui contient la valeur comparative inconnue réelle avec une probabilité définie de 95%.

Si l'intervalle de confiance appartenant à la valeur comparative d'une clinique est supérieur à zéro, alors cette clinique a obtenu un meilleur résultat qu'il n'aurait pu être attendu au regard de sa structure de patients et en comparaison avec les autres cliniques. Inversement, une valeur comparative avec un intervalle de confiance inférieur à zéro signifie que la clinique a atteint une qualité des résultats significativement inférieure aux attentes au regard de sa structure de patients et en comparaison avec les autres cliniques.

En règle générale, il convient d'effectuer un ajustement uniquement pour les variables qui a) ne peuvent pas être directement influencées par la clinique et b) qui, outre une importance statistique, présentent également une pertinence clinique. Pour déterminer si une variable est une valeur confondante et pourrait potentiellement provoquer une distorsion des résultats dans le cadre d'une comparaison clinique, il convient de réaliser un contrôle à l'aide de procédés de test statistiques. Par ailleurs, l'évaluation clinique revêt également une grande importance.

L'objectif d'un modèle statistique pour l'ajustement aux risques n'est pas d'expliquer, c.à.d. de niveler les variations des résultats des différentes cliniques à l'aide d'un nombre de variables aussi élevé que possible, mais d'utiliser pour l'ajustement uniquement les variables qui, d'un point de vue clinique et statistique, nuisent à une comparaison équitable de la qualité des résultats.

Les variables présentées au Tableau 2 ont été choisies comme potentielles valeurs confondantes pour l'ajustement et ce, en fonction de leur influence clinique et statistique sur le résultat de traitement. La présélection de ces variables a été définie en collaboration avec le Groupe Qualité Réadaptation.

| VALEURS CONFONDANTES POTENTIELLES | VARIABLES ASSOCIÉES | SOURCE |
|--|---|---|
| Caractéristiques démographiques | Sexe Âge Nationalité | Statistique de l'OFS : données minimales de la statistique médicale |
| Caractéristiques du séjour de réadaptation | Durée de traitement Classe de traitement Prise en charge des soins de base Séjour avant l'admission Séjour après la sortie Diagnostic principal selon CIM-10 | Statistique de l'OFS : données minimales de la statistique médicale |
| Statut à l'admission : degré de gravité de la limitation | Valeur d'admissionScore ADL (calculé à partir de la FIM®/MIF - ou de l'EBI) ...MacNew Heart ...Test de marche de 6 minutes ...SCIM | Spécifique à la réadaptation : évaluation/mesure en clinique selon le plan de mesure de réadaptation |

| | | |
|------------------|---|-----------------------------------|
| | ...PHQ-15 ...PHQ-9 ...GAD-7 ...CRQ | |
| Comorbidités | Valeur d'admission CIRS | Evaluation au sein de la clinique |
| Facteur clinique | Variable factorielle de la clinique | Numéro de la clinique |

Tableau 2 : Valeurs confondantes, plan de mesure Réadaptation et sources de données

4.7 COMPARAISONS ANNUELLES

La répartition des caractéristiques de l'échantillon (casemix) et de la qualité des données, ainsi que les résultats de la qualité ajustés aux risques sont résumés en comparaison annuelle. Dans un souci d'amélioration constante de la qualité, il est possible de vérifier l'efficacité des mesures visant à améliorer la qualité. La présentation des comparaisons annuelles de la qualité des résultats veille à ce que les valeurs clés de la qualité des résultats communiquées soient calculées selon la même méthode d'ajustement que celle de l'année de rapport actuelle. Lors de l'interprétation de la qualité des résultats, il convient de noter qu'aucune déclaration ne peut être faite au sujet d'une amélioration ou d'une détérioration significative observée de la qualité des résultats par rapport à l'année précédente. Les calculs des valeurs ajustées sont basés sur les échantillons des années de relevé respectives et ne peuvent donc pas être directement corrélés.

BIBLIOGRAPHIE

- Brünger, M., Köhn, S., Schlumbohm, A., & Spyra, K. (2017). *Entwicklung und Validierung eines ADL-Überföhrungsalgorithmus auf Basis von FIM® und EBI ANQ*.
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2020*.
- DIMDI. (2015). *ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. WHO.
- Dümbgen, L. (2016). *(Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical Report 78*. University of Bern, Institute of Mathematical Statistics and Actuarial Science.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A., & Strähl, C. (2016). *Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen*. Universität Bern.
- H+ Die Spitäler der Schweiz. (2020). *DefReha® - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 3.0*.
- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, 16(5), 622-626.
- Salvi, F., Miller, M. D., Grilli, A., Giorgi, R., Towers, A. L., Morichi, V., Spazzafumo, L., Mancinelli, L., Espinosa, E., Rappelli, A., & Dessi-Fulgheri, P. (2008). A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 56(10), 1926-1931.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x>

ANNEXE A – CRITÈRES D'ÉVALUATION

Critères d'évaluation de la qualité de la documentation et des données par cas

Afin qu'un cas puisse être inclus dans les analyses des résultats, il doit être marqué comme « évaluable ».

Un cas évaluable et intégralement documenté comprend les données MB complètes, les données CIRS complètes et, en fonction du domaine de réadaptation, les données de mesure complètes requises (cf. [manuel de données](#)).

Si, à l'exception de la documentation de l'instrument OP/AO, toutes les autres données requises sont complètes pour un cas, celui-ci reste marqué comme évaluable, mais non intégralement documenté (cf. chapitre 4.2).

| ÉVALUABILITÉ | | | | |
|---|------------------------|----------------------|------------|-----------------------|
| Qualité de la documentation | Documentation complète | | | Erronées/incomplètes |
| Qualité des données Données/instruments individuels | Évaluable | Renonciation au test | Dropout | |
| Données MB | Complet <i>et</i> | - | MB complet | Incomplètes <i>ou</i> |
| CIRS | Complet <i>et</i> | - | | Incomplètes <i>ou</i> |
| ClinROMs (FIM®/MIF ou EBI, SCIM) | Complet <i>resp.</i> | - | | Incomplètes <i>ou</i> |
| PROMs et tests de performance (TM6M, CRQ, MacNew Heart, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7) | Complet <i>ou</i> | Renonciation au test | | Incomplètes |

Tableau A1 : Critères d'évaluabilité (tous les instruments)

Critères d'évaluation de la qualité des données pour les données/instruments individuels, par ordre alphabétique

| CIRS – CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (FICHER ZU) | |
|---|---|
| Mesure à l'admission Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, CIRS 1 - 14 | |
| Données complètes | Date du relevé et CIRS 1 - 14 sont disponibles |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | CIRS 1 - 14 sont incomplètes (pas de valeur manquante (missing)/valeur non valable permise) et/ou date de relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données CIRS disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A2 : Critères d'évaluation pour l'échelle Cumulative Illness Scale (CIRS)

| CRQ – CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (FICHER PU) | |
|---|--|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, CRQ 1 - 20, indication renonciation au test, indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé disponible et les 4 sous-scores sont calculables (par sous-score au moins 3 valeurs valables, score total est calculé à partir des sous-scores) |
| Renonciation au test | Données concernant la renonciation au test sont disponibles ou certains items, mais pas tous, ont été enregistrés comme missings, de sorte qu'aucun score ne peut être calculé |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | Au moins 1 sous-score ne peut pas être calculé (moins de 3 valeurs valables par sous-dimension ou uniquement missings) et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données CRQ disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A3 : Critères d'évaluation pour le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

| EBI – INDICE DE BARTHEL ÉTENDU (FICHER FF) | |
|--|---|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, EBI 1 - 16, indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé et EBI 1-16 sont disponibles |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | EBI 1-16 sont incomplètes (pas de valeur manquante (missing)/non valable permise) et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données EBI disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A4 : Critères d'évaluation pour l'indice de Barthel étendu (EBI)

| FIM®/MIF – FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FICHIER FF) | |
|--|---|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, FIM®/MIF 1 – 21 (18 items principaux, 3 items secondaires), indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé et FIM®/MIF 1-21 sont disponibles, données à l'admission et à la sortie sont identiques pour l'item supplémentaire (V13) |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | FIM®/MIF 1-21 sont incomplètes (pas de valeur manquante (missing)/non valable permise) et/ou date du relevé manque et/ou données à l'admission et à la sortie ne sont pas identiques pour l'item supplémentaire (V13) |
| Données manquent intégralement | Pas de données FIM®/MIF disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A5 : Critères d'évaluation pour la Functional Independence Measure (FIM®/MIF)

| GAD-7 – GENERALIZED ANXIETY DISORDER (FICHIER PS) | |
|--|--|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, GAD-7 1 – 7, indication renonciation au test, indication dropout | |
| Données complètes | Date de relevé disponible et score total pouvant être calculé (maximum 1 missing autorisé) |
| Renonciation au test | Données concernant la renonciation au test sont disponibles ou certains items, mais pas tous, ont été enregistrés comme missings, de sorte qu'aucun score ne peut être calculé |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | Le score total ne peut pas être calculé (moins de 6 valeurs valides ou seulement des missings) et/ou la date de relevé est manquante |
| Données manquent intégralement | Pas de données GAD-7 disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A6 : Critères d'évaluation pour l'échelle de l'anxiété Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

| OP / AO – OBJECTIF PRINCIPAL / ATTEINTE DE L’OBJECTIF (FICHER FF, KA, PP, PS, PU) | |
|--|---|
| OP – OBJECTIF PRINCIPAL | |
| Mesure à l’admission Les variables suivantes sont nécessaires pour l’analyse : date du relevé, indication objectif principal (OP) incl. besoin d’assistance, indication dropout | |
| Données complètes | Indications OP sont complètes et date du relevé est disponible |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | Indication OP est disponible, besoin d’assistance n’est pas correctement spécifié et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données OP disponibles, mais d’autres données du cas ont été livrées |
| AO – ATTEINTE DE L’OBJECTIF | |
| Mesure à la sortie Les variables suivantes sont nécessaires pour l’analyse : date du relevé, indication adaptation de l’objectif, atteinte des objectifs (AO), indication dropout | |
| Données complètes | Données concernant le changement de l’objectif et de l’atteinte de l’objectif sont complètes et plausibles, date du relevé est disponible |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | Données concernant l’atteinte de l’objectif sont incomplètes/non plausibles et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données AO disponibles, mais d’autres données du cas ont été livrées |

Tableau A7 : Critères d’évaluation pour l’objectif principal/l’atteinte de l’objectif (OP/AO)

| MACNEW HEART (FICHER KA) | |
|--|--|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l’analyse : date du relevé, MacNew 1 - 27, indication renonciation au test, indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé est disponible et les 3 sous-scores sont calculables, c.-à-d. par sous-score, au moins 50% des items doivent être disponibles (hors MacNew 27) |
| Renonciation au test | Données concernant la renonciation au test sont disponibles ou certains items, mais pas tous, ont été enregistrés comme missings, de sorte qu’aucun score ne peut être calculé |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | Au moins 1 sous-score ne peut pas être calculé (uniquement missings ou trop de valeurs non valables) et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données MacNew disponibles, mais d’autres données du cas ont été livrées |

Tableau A8 : Critères d’évaluation pour le MacNew Heart

| DONNÉES MB - DONNÉES DE LA STATISTIQUE MÉDICALE/SET DE DONNÉES MINIMAL (FICHIER MB) | |
|--|---|
| Les 12 variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse: FID, sexe, âge, nationalité, date d'admission, séjour avant admission, classe de traitement, centre de prise en charge des coûts, date de sortie, décision de sortie, séjour après la sortie, diagnostic principal | |
| Données complètes | Les 12 variables sont disponibles |
| Données erronées/incomplètes | Au moins 1 des 12 variables est erronée ou manque |
| Données manquent intégralement | FID disponible, pas de données MB disponibles, mais données de mesure ont été livrées pour le cas |

Tableau A9 : Critères d'évaluation pour les données de la statistique médicale (données MB)

| PHQ-15 - PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (FICHIER PS) | |
|---|--|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, PHQ 1 - 15, indication renonciation au test, indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé est disponible et le score global peut être calculé (max. 3 missings permises) |
| Renonciation au test | Données concernant la renonciation au test sont disponibles ou certains items, mais pas tous, ont été enregistrés comme missings, de sorte qu'aucun score ne peut être calculé |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | Le score global ne peut pas être calculé (moins de 12 valeurs valables ou uniquement missings) et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données PHQ-15 disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A10 : Critères d'évaluation pour le Patient Health Questionnaire - 15 (PHQ-15)

| PHQ-9 - PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (FICHIER PS) | |
|--|--|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, PHQ 9 1 - 9, indication renonciation au test, indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé est disponible et le score global peut être calculé (max. 2 missings permises) |
| Renonciation au test | Données concernant la renonciation au test sont disponibles ou certains items, mais pas tous, ont été enregistrés comme missings, de sorte qu'aucun score ne peut être calculé |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | Le score global ne peut pas être calculé (moins de 7 valeurs valables ou uniquement missings) et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données PHQ-9 disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A11 : Critères d'évaluation pour le Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)

| SCIM – SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (FICHER PP) | |
|---|---|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, SCIM 1 - 19, indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé et MIF 1-19 sont disponibles |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | SCIM 1-19 sont incomplètes (pas de valeur manquante (missing)/valeur non valable permise) et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données SCIM disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A12 : Critères d'évaluation pour la Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

| TM6M – TEST DE MARCHÉ DE 6 MINUTES (FICHER KA, PU) | |
|--|--|
| Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, TM6M 1 - 4 (distance parcourue, temps de marche en minutes, utilisation d'un auxiliaire de marche, administration d'oxygène), motif d'interruption, indication renonciation au test TM6M, indication dropout | |
| Données complètes | Date du relevé et TM6M 1-4 et motif d'interruption du test (durée <06:00 min.) sont disponibles ou motif de renonciation 3 (« patient trop malade ») et indication de 0 mètre pour la distance parcourue |
| Renonciation au test | Données concernant la renonciation au test (motif 1, 2 ou 4) sont disponibles |
| Dropout | Le cas est codé comme dropout |
| Données erronées/incomplètes | (Certaines) données TM6M 1-4 manquent/ne sont pas valables, motif d'interruption du test manque (lorsque durée <06:00 min.), motif de renonciation au test 3 sans indication de 0 mètre pour la distance parcourue et/ou date du relevé manque |
| Données manquent intégralement | Pas de données TM6M disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées |

Tableau A13 : Critères d'évaluation pour le test de marche de 6 minutes (TM6M)

ANNEXE B – CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL)* | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|--|--|--|
| Tumeurs | C00-D48 | Tumeurs |
| Troubles mentaux et du comportement | F00-F99 | Troubles mentaux & comportement |
| Maladies du système nerveux, maladies de l'œil et de l'oreille | G00-G99; H00-H95; I60-I69 | Maladies système nerveux, œil & oreille |
| Maladies de l'appareil circulatoire | I00-I59, I70-I99 | Maladies appareil circulatoire |
| Maladies de l'appareil respiratoire | J00-J99 | Maladies appareil respiratoire |
| Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, maladies de l'appareil digestif et de l'appareil génito-urinaire † | E00-E90; K00-K93; N00-N99 | Maladies métaboliques, appareil digestif & génito-urinaire |
| Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif | M00-M99 | Maladies système ostéo-articulaire & muscles |
| Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs | R00-R94 | Symptômes & résultats, non classés ailleurs |
| Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes | S00-T98 | Lésions traumatiques & empoisonnements |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques | | |
| * Les codes CIM-10 Z00.0, Z03.9, Z43.4, Z44.1, Z45.01, Z46.3, Z47.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z65, Z72.0, Z74.1, Z74.2, Z74.8, Z75.8, Z76.8, Z85.8, Z86.7, Z87.3, Z89.5, Z90.4, Z92.4, Z94.0, Z94.4, Z95.2, Z95.1, Z95.3, Z95.81, Z96.60, Z96.64, Z96.65, Z96.68, Z98.1, Z98.2 ou Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau. | | |

Tableau B1 : Catégories de diagnostic – réadaptation gériatrique

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) * | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|---|---|--|
| Maladies infectieuses et parasitaires | A00-B99 | Maladies infectieuses & parasitaires |
| Tumeurs | C00-D48 | Tumeurs |
| Maladies de l'appareil circulatoire | I00-I59, I70-I99 | Maladies appareil circulatoire |
| Maladies de l'appareil respiratoire | J00-J99 | Maladies appareil respiratoire |
| Maladies de l'appareil digestif | K00-K93 | Maladies appareil digestif |
| Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, lésions et complications | M00-M99, S00-T14, T80-T89 | Maladies système ostéo-articulaire & muscles, lésions & complication |
| Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs | R00-R94 | Symptômes & résultats, non classés ailleurs |
| Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques | E00-E90 | Maladies endocriniennes, nutritionnelles & métaboliques |
| Maladies de l'appareil génito-urinaire | N00-N99 | Maladies appareil génito-urinaire |
| Maladies du système nerveux, maladies de l'œil et de l'oreille | G00-G99, H00-H95, I60-I69 | Maladies système nerveux, œil & oreille |
| Troubles mentaux et du comportement | F00-F99 | Troubles mentaux & comportement |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques | | |
| * Les codes CIM-10 Z43.2, Z43.3, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z54.8, Z85.0, Z90.6, Z93.3, Z94.4, Z95.4, Z98.0 et Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau. | | |

Tableau B2 : Catégories de diagnostic - réadaptation en médecine interne

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) * | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|--|--|--|
| Cardiopathie ischémique chronique | I25, Q24.5 | Cardiopathie ischémique chronique |
| Autres cardiopathies ischémiques | I20-I24 | Autres cardiopathies ischémiques |
| Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale | I34, Q23.2, Q23.3 | Atteintes non rhumatismales valvule mitrale |
| Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique | I35, Q23.0, Q23.1, Q23.4-Q23.9 | Atteintes non rhumatismales valvule aortique |
| Autres formes de cardiopathies | I30-I33, I36-52, A01.0, A18.8, A36.8, A39.5, A52.0, A54.8, B26.8, B37.6, B57.0, B57.2, B58.8, B65, D86.8, E63.9, E05.0, E85, J09, J10.8, J11.8, M05.3, M10.0, M32.1, N18, O08.8, O75.4, O90.3, O99.4, Q20-28, R00, R57.0, R94.3, S26, Z94.1, Z94.3 | Autres formes cardiopathies |
| Maladies des artères, artérioles et capillaires | I70-I79, D22, G45.9, K55.0, M30-36, N28.0, Q82.5 | Maladies artères, artérioles & capillaires |
| Autres cardiopathies | I00-I15, I26-I28, I60-I69, I80-I99, A67.2, B74, D15.1, F01, G08, G10, G25.5, G45, G90.3, K75.1, L03, L04, N50.8, O22, O26.5, O87.8, Q82.0, Q88, R03.1, R57.9, R59, S06, S25, S35, S45, S55, S65, S75, S85, S95, T80-T82 | Autres cardiopathies |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques | | |
| * Les codes CIM-10 Y57, Y84.9, Z46.8, Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z94.1, Z95, Z86.7, Z96.9 et Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 du tableau ci-dessus. | | |

Tableau B3 : Catégories de diagnostic - réadaptation cardiaque

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) * | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|---|---|--|
| Coxarthrose † | M16 * | Coxarthrose |
| Gonarthrose | M17 * | Gonarthrose |
| Autres arthropathies | M00-M15, M18-M25 * | Autres arthropathies |
| Dorsopathies | M40-M54* | Dorsopathies |
| Ostéopathies et chondropathies | M80-M94* | Ostéopathies & chondropathies |
| Atteintes systémiques du tissu conjonctif | M30-M36* | Atteintes systémiques tissu conjonctif |
| Affections des tissus mous | M60-M79* | Affections tissus mous |
| Autres maladies musculo-squelettiques | M95-M99, R26, R52* | Autres maladies musculo-squelettiques |
| Lésions traumatiques | S02, S12, S13, S20.2, S22, S23, S28, S29, S30.0, S32, S33, S40.0, S42, S43, S46-S49, S50.0, S50.1, S52, S53, S56-S59, S60.0-S60.2, S62, S63, S65-69, S70.0, S70.1, S72, S73, S75-79, S80.0, S80.1, S82, S83, S86-S89, S90.0-S90.3, S92, S93, S96-99, T02-T08, T09.05, T09.2, T09.5-T09.9, T10, T11.05, T11.2, T11.5-T11.9, T12, T13.05, T13.2, T13.5-T13.9, T14.05, T14.2, T14.3, T14.6-T14.9, T79.6, T81, T90-T94 * / ** | Lésions traumatiques |
| Complications de prothèses, implants ou greffes orthopédiques, propres à une réimplantation ou amputation | T84, T87* | Complications après implantation, amputation |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants* | Autres maladies |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques * Les codes CIM-10 Z44.0, Z44.1, Z46.7, Z47, Z48, Z50.1, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89, Z96.6, Z96.9, Z96.88, Z98.1 et Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau. ** Les codes CIM-10 V99, W49.9, X59.9, X84.9, Y09.9, Y34.9, Y35.7, Y36.9, Y69, Y82.8 et Y84.9 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 des chapitres S et T comme indiqué dans le tableau. | | |

Tableau B4 : Catégories de diagnostic – réadaptation musculo-squelettique

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) * | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|--|--|---|
| Maladies inflammatoires du système nerveux central† | G00-G09, A17, A32.1, A39.1-A39.4, A39.9, A40, A41, A52.1, A52.3, A69.2, A80-A89, B00.3, B00.4, B01.0, B01.1, B02.0, B02.1, B02.2, B05.0, B05.1, B06.0, B15.0, B16.0, B16.2, B19.0, B26.1, B50.0, B58.2, B69.0, B90.0, B94.1, F07.1 | Maladies inflammatoires SNC |
| Affections dégénératives du système nerveux et analogues | G10-G32, B91, E51.2, E53.8, F00-F05, F06.7, R25-R29 | Affections dégénératives SN & analogues |
| Affections démyélinisantes du système nerveux central | G35-G37 | Affections démyélinisantes SNC |
| Affections épisodiques et paroxystiques du système nerveux | G40-G47 | Affections épisodiques & paroxystiques SN |
| Affections des nerfs, des racines et plexus nerveux, spondylopathies, autres dorsopathies | G50-G59, M45-M49, M50-M54, R51, R52 | Affections nerfs & spondylopathies |
| Polynévrites et autres affections du système nerveux périphérique | G60-G64 | Polynévrites & autres affections SN périphérique |
| Maladies de la jonction neuro-musculaire et des muscles | G70-G73 | Maladies jonction neuro-musculaire |
| Paralysie cérébrale et autres syndromes paralytiques | G80-G83 | Paralysie cérébrale & autres syndromes paralytiques |
| Autres affections du système nerveux | G90-G99, H81, Q00-Q07, Q85, R41-R44, R47-R49 | Autres affections SN |
| Maladies cérébrovasculaires | I60-I69 | Maladies cérébrovasculaires |
| Lésions traumatiques | S01-S08, S12-S14, S22-S24, S32-S34, S42-S44, S52-S54, S62-S64, S72-S74, S82-84, S92-94, T01-T14, T79, T90.1-T90.9, T91.1, T92.1, T91.3 | Lésions traumatiques |
| Tumeurs du système nerveux | C70-C72, C79.3-C79.5, D32, D33, D35.1-D35.5, D36.1 | Tumeurs SN |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques | | |
| * * Les codes CIM-10 V99, X59.9, Y57, Y84.9, Z43.0, Z44.1, Z45.1, Z46.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z73, Z86, Z87, Z89, Z90, Z96.9, Z98.2 et Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 du tableau ci-dessus. | | |

Tableau B5 : Catégories de diagnostic - réadaptation neurologique

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|--|---|---|
| Tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal supérieur et du foie | C15, C16, C22-25 | Tumeurs malignes tractus gastro-intestinal supérieur & foie |
| Tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal inférieur † | C17-C21, C26 | Tumeurs malignes tractus gastro-intestinal inférieur |
| Tumeurs malignes des organes respiratoires | C30-C39 | Tumeurs malignes organes respiratoires |
| Tumeurs malignes des organes génitaux | C51-C68 | Tumeurs malignes organes génitaux |
| Tumeurs malignes du sein | C50 | Tumeurs malignes sein |
| Tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés | C81-C96 | Tumeurs malignes tissus lymphoïde & hématopoïétique |
| Autres maladies malignes | C00-C14, C40-C49, C69-C80, C97, D00-D09 | Autres maladies malignes |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques | | |

Tableau B6 : Catégories de diagnostic - réadaptation oncologique

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL)* | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|---|--|--------------------------|
| Paralysies chroniques † | G82, G83 | Paralysies chroniques |
| Maladies du système nerveux | G00-G81, G90-G99 | Maladies système nerveux |
| Décubitus | L89 | Décubitus |
| Lésions traumatiques | S/T | Lésions traumatiques |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques | | |
| * Les codes CIM-10 V99, X59.9, Y57, Y84.9, Z43.4, Z44.1, Z45.1, Z46.7, Z46.8, Z47, Z48, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89.5, Z89.9, Z90.3, Z96.6, Z96.88, Z96.9, Z98.2 et Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou le premier diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau. | | |

Tableau B7 : Catégories de diagnostic - réadaptation paraplégologique

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) * | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|---|---|--|
| Troubles de la dépendance † | F10-F19 | Troubles de la dépendance |
| Troubles affectifs sans épisode actuel sévère | F30-F39 sans F31.4, F32.2-8 et F33.2-3 | Troubles affectifs sans épisode actuel sévère |
| Épisode (actuel) de dépression sévère | F31.4, F32.2-8, F33.2-3 | Épisode (actuel) de dépression sévère |
| Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie | Z73 | Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie |
| Troubles neurotiques et liés à des facteurs de stress | F40-F44, F46-F48 | Troubles neurotiques & liés à des facteurs de stress |
| Troubles somatoformes | F45 | Troubles somatoformes |
| Maladies musculo-squelettiques, autres symptômes non classés ailleurs | M, R00-R50, R52-R69 | Maladies musculo-squelettiques & autres symptômes non classés ailleurs |
| Céphalées | R51, G43, G44 | Céphalées |
| Autres maladies psychiques et somatiques | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies psychiques & somatiques |
| † Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques | | |
| * Les codes CIM-10 Z03.8, Z65 et Z72.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou le premier diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau. | | |

Tableau B8 : Catégories de diagnostic - réadaptation psychosomatique

| CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC | CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) * | NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS |
|--|---|--|
| Grippe et pneumopathie † | J09-J18, A01.0, A02.2, A21.2, A22.1, A37, A42.0, A43.0, A48.1, A49.2, A69.8, A70, A78, B01.2, B05.2, B06.8, B25.0, B37.1, B38.0-B38.2, B39, B44.0, B44.1, B58.3, B59, B65, B77.8, G00, I00, O29.0, O74.0, O89.0, P23, P35.0 | Grippe & pneumopathie |
| BPCO avec VEF1 <35% | J44.00, J44.10, J44.80, J44.90 | BPCO avec VEF1 <35% |
| BPCO avec VEF1 ≥35% et <50% | J44.01, J44.11, J44.81, J44.91 | BPCO avec VEF1 ≥35% et <50% |
| BPCO avec VEF1 ≥50% ou inconnu | J44.02-J44.09, J44.12-J44.19, J44.82-J44.89, J44.92-J44.99 | BPCO avec VEF1 ≥50% ou inconnu |
| Autres maladies chroniques des voies respiratoires inférieures | J40-J43, J45-J47, A15, A16, P25, Q33.4, T79.7, T81.8 | Autres maladies chroniques voies respiratoires inférieures |
| Autres maladies des voies respiratoires | J00-J06, J30-J39, J60-J99, I26-I28 | Autres maladies voies respiratoires |

| | | |
|--|---|---|
| Maladies oncologiques des voies respiratoires | C00-C14, C30-C39, C45.0, C45.9, C47.0, C47.3, C49.0, C49.3, C76.0, C76.1, C77.0, C78.0-CC78.4, C85.2, D00, D14.2-D14.4, D15.2, D15.7, D15.9 | Maladies oncologiques voies respiratoires |
| Autres maladies | Tous les codes CIM-10 restants | Autres maladies |
| <p>† Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques</p> <p>* Les codes CIM-10 Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z87.0, Z90.2, Z91.0, Z94.2 et Z94.3 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 du tableau ci-dessus.</p> | | |

Tableau B9 : Catégories de diagnostic - réadaptation pulmonaire

MENTIONS LÉGALES

| | |
|-----------------------------------|--|
| Titre principal et sous-titres | Plan de mesure national Réadaptation. Concept d'évaluation 2025, version 8.0 |
| Année | 2025 |
| Autrices et auteurs | Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Philipp Kronenberg, w hoch 2 Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin |
| Contact adresse de correspondance | rehabilitation@anq.ch reha@w-hoch2.ch anq-messplan@charité.de |
| Groupe Qualité Réadaptation | Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Berner Klinik Montana Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden Susanne Pannek-Rademacher, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Anke Scheel-Sailer, Berner Reha Zentrum Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Marianne Steimle, H+ Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG |
| Mandate, représentée par | Stephan Tobler, Responsable Réadaptation |
| Copyright | ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin w hoch 2 GmbH Effingerstrasse 15 3008 Berne |
| Mode de citation | ANQ, le centre national de compétence pour les mesures de la qualité dans les hôpitaux et cliniques, Berne ; Charité – Universitätsmedizin Berlin ; w hoch 2 GmbH, Berne (2025) : Plan de mesure national Réadaptation. Concept d'évaluation, version 8.0 |