
Plan de mesure national Réadaptation Manuel des procédures

La version 8.1 a été approuvée en juin 2021 par le Groupe Qualité Réadaptation. Elle est valable à partir du 01.07.2021 et remplace la version 8.0.

Version 8.1, 07/2021

Contact

Secrétariat ANQ

Domaine de spécialisation de la réadaptation

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

rehabilitation@anq.ch

Codes couleur/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. Les codes couleur vous aident à identifier rapidement les dernières modifications apportées.

Code couleur	Modifié au	Mot-clé
Jaune	01 janvier 2021	Introduction du nouveau plan de mesure valable dès 2021
Bleu	01 juillet 2021	Application web ReMoS – Nouvelle vérification des données et nouvelle transmission des données

Sommaire

1.	Introduction	5
1.1	ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation	5
1.2	Aperçu du plan de mesure Réadaptation	5
1.2.1	Enquête sur la satisfaction des patients	
1.2.2	Mesures spécifiques aux différents domaines	
1.3	Qualité des données	8
1.4	Manuel des procédures.....	9
1.5	Manuel des données	9
1.6	FAQ – Frequently asked questions	9
1.7	Tâches des cliniques.....	10
1.7.1	Personnes responsables des mesures	
1.7.2	Tâches inhérentes à l'enquête sur la satisfaction des patients interdisciplinaire	
1.7.3	Tâches inhérentes aux mesures des résultats spécifiques aux différents domaines	
2.	Règles générales de procédure pour les mesures	11
2.1	Collectif de patients et définition de cas	11
2.2	Directives pour le choix des instruments pour la mesure à l'admission et à la sortie dans les cliniques de réadaptation.....	11
2.2.1	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation gériatrique, en réadaptation en médecine interne, en réadaptation musculo-squelettique, neurologique ou oncologique	
2.2.2	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque	
2.2.3	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire	
2.2.4	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation paraplégologique	
2.2.5	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation psychosomatique	
2.2.6	Directives pour les patientes et patients de tous les domaines de réadaptation	
2.2.7	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pédiatrique	
2.3	Exemption des mesures - Demande de dispense	14
2.4	Moments des relevés et période d'observation	15
2.5	Motifs d'exclusion (dropouts)	16
2.6	Renonciation au test resp. non-réalisation de certaines mesures	17
2.7	Réalisation et relevé des données des évaluations par des tiers, tests de performance et autoévaluations (questionnaires patients)	18
2.7.1	Réalisation des mesures à l'admission et à la sortie	
2.7.2	Saisie des données	
3.	Documentation des objectifs de participation et de leur atteinte	20
3.1	Remarques préliminaires	20
3.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la documentation des objectifs de participation et l'évaluation de leur atteinte	21
3.2.1	Documentation des objectifs de participation	
3.2.2	Evaluation de l'atteinte des objectifs de participation	
3.3	Formulaire pour la documentation des objectifs	22
4.	Instrument FIM®/MIF.....	23
4.1	Remarques préliminaires.....	23
4.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du FIM®/MIF	24

5.	Indice de Barthel étendu (EBI)	25
5.1	Remarques préliminaires.....	25
5.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de l'EBI.....	25
6.	Test de marche de 6 minutes.....	27
6.1	Remarques préliminaires.....	27
6.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de marche de six minutes	27
7.	Bicyclette ergométrique	29
7.1	Remarques préliminaires.....	29
7.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de la bicyclette ergométrique	29
8.	MacNew Heart	30
8.1	Remarques préliminaires.....	30
8.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du MacNew Heart	30
9.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	31
9.1	Remarques préliminaires.....	31
9.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CRQ.....	31
10.	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	32
10.1	Remarques préliminaires.....	32
10.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du SCIM.....	32
11.	Patient Health Questionnaire (PHQ-15)	33
11.1	Remarques préliminaires.....	33
11.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PHQ-15.....	33
12.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	34
12.1	Remarques préliminaires.....	34
12.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du HADS.....	34
13.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	35
13.1	Remarques préliminaires.....	35
13.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la CIRS	35
14.	Impressum	36

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 des soins aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie en milieu stationnaire. Elle prescrit aux cliniques de réadaptation et unités de réadaptation des hôpitaux de soins aigus (ci-après : cliniques de réadaptation/cliniques) les mesures de la 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 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 pour la réadaptation stationnaire comprend l'enquête interdisciplinaire sur la satisfaction des patients (cf. 1.2.1), et les mesures de la qualité des résultats spécifiques aux différents domaines¹ (cf. 1.2.2)

1.2.1 Enquête 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. Le questionnaire de cinq questions utilisé depuis 2013 dans le domaine de la réadaptation a été retravaillé et contrôlé quant aux critères de qualité et à son aptitude 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 a été 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 six nouvelles questions portant sur les dimensions « qualité de traitement », « information/communication », « participation », « offre thérapeutique » et « gestion des sorties ». 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 2021, la mesure sera effectuée tous les deux ans.

Depuis les 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 ESOPÉ². A partir de 2019, w hoch 2³ est responsable de la coordination et de la communication en tant que centre de logistique des mesures. Par conséquent, les cliniques ne recevront plus le questionnaire bref de l'ANQ des instituts de sondage décentralisés, mais directement du nouveau centre de logistique des mesures, qui est également responsable du traitement et de la transmission des données à l'ESOPÉ.

¹ Répartition par domaines de réadaptation conforme à DefReha[®], version 2.0

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

³ w hoch 2 GmbH, Research, Analysis & Consulting (<https://www.w-hoch2.ch/>)

Le centre de logistique des mesures met à la disposition des cliniques un tableau de bord qui permet de gérer l'administration des mesures. Les questionnaires continuent d'être envoyés par la poste, mais les patientes et patients ont la possibilité de participer à l'enquête en ligne.

Avec w hoch 2 comme nouveau centre de logistique des mesures, il est possible d'exploiter les synergies pour des enquêtes supplémentaires et de mandater les instituts de sondage actuels pour des mesures complémentaires.

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

1.2.2 Mesures spécifiques aux différents domaines

Le plan de mesure national Réadaptation comprend dix différents instruments pour mesurer les résultats de traitement (instruments d'évaluation par des tiers et d'autoévaluation, ainsi que tests de performance). Par ailleurs, l'échelle des comorbidités (CIRS) est utilisée pour tous les domaines de réadaptation. Contrairement à la mesure de la satisfaction des patients, les mesures spécifiques aux différents domaines sont des relevés complets (sorties entre le 01.01 et le 31.12 de l'année de mesure).

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 ou d'un contrat AOS avec un assureur.

Les cliniques de réadaptation déterminent le domaine de réadaptation de chaque patiente/patient.

L'ANQ ne vérifie pas si les domaines de réadaptation choisis sont conformes aux mandats de prestations cantonaux/conventions tarifaires de la clinique. En principe, l'affectation d'une patiente/d'un patient à un domaine de réadaptation est primordiale pour déterminer les instruments à utiliser pour la mesure à l'admission et à la sortie. Se basant sur le document de définition « DefReha® version 2.0 », l'ANQ prévoit les domaines de réadaptation suivants :

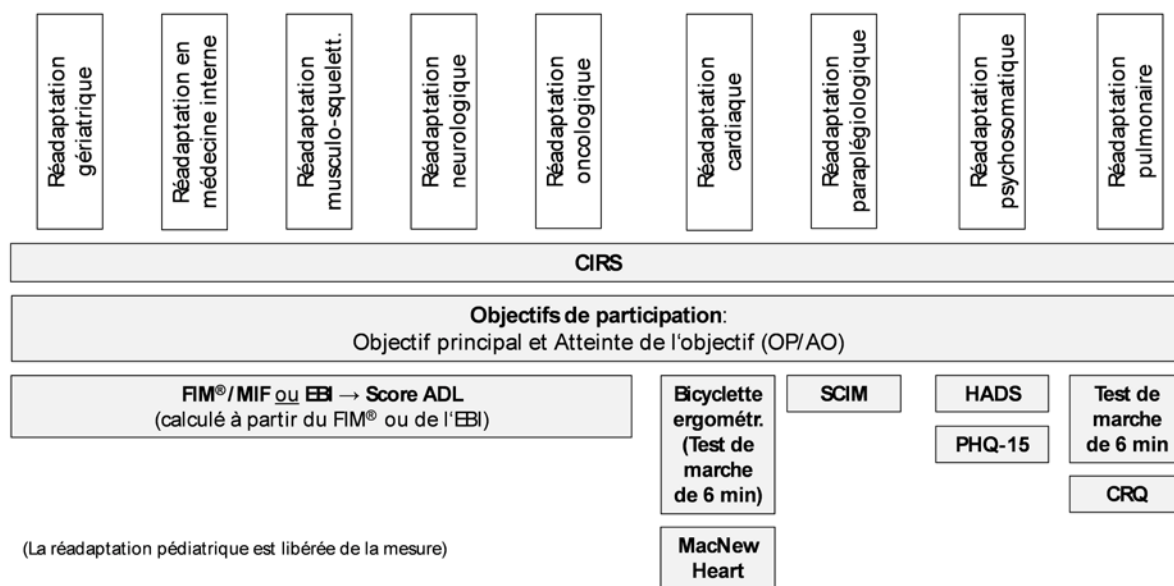
- Réadaptation gériatrique
- Réadaptation en médecine interne
- Réadaptation cardiaque
- Réadaptation musculo-squelettique
- Réadaptation neurologique
- Réadaptation oncologique
- Réadaptation pédiatrique⁴
- Réadaptation paraplégiologique
- Réadaptation psychosomatique
- Réadaptation pulmonaire

⁴ 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 des contenus du plan de mesure national Réadaptation pour les mesures spécifiques aux différents domaines de réadaptation. Pour chaque patiente et patient, il convient de réaliser un relevé à l'admission et à la sortie à l'aide des instruments définis pour chaque domaine de réadaptation (relevé complet), à l'exception de la CIRS qui est uniquement relevée à l'admission en réadaptation.

Figure 1 : Instruments de mesure par domaine de réadaptation

ANQ Plan de mesure national Réadaptation – Relevé de données par domaine de réadaptation



En plus de ces instruments pour mesurer les résultats de traitement, les cliniques sont tenues de collecter et de livrer les données supplémentaires ci-après à l'institut d'analyse – Charité Universitätsmedizin Berlin (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) :

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

Les instruments CRQ, FIM®/MIF, HADS et MacNew Heart sont soumis à licence. Les cliniques qui utilisent l'un des instruments susmentionnés dans le cadre du plan de mesure Réadaptation doivent passer par un processus d'octroi de licence. Ce processus administratif n'entraîne pas de coûts supplémentaires pour les cliniques. Les frais de licence sont supportés par l'ANQ. Les instruments peuvent uniquement être utilisés et évalués dans le cadre des mesures de la qualité de l'ANQ.

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 :

- 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. La participation aux formations de l'ANQ a pour objectif de garantir un transfert de connaissances au sein des cliniques.
- Prise en compte des recommandations élaborées par les groupes d'experts de l'ANQ au sujet des différents instruments. Les recommandations liées aux instruments EBI et FIM®/MIF sont disponibles sur le portail web de l'ANQ dans l'espace de [téléchargement sous Réadaptation](#) et révisées si nécessaire.
- 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, l'institut informe chaque clinique des problèmes constatés et leur adresse des recommandations pour améliorer la qualité de leurs données. A partir de l'année de mesure 2021, l'application web ReMoS (Rehabilitation Monitoring System) sera à la disposition des cliniques pour vérifier la qualité des données en cours d'année et transmettre les données à l'institut d'analyse conformément à la protection des données. Le tableau de bord remplace l'outil de test basé sur Excel utilisé à ce jour pour contrôler la qualité des données.

Les cliniques sont contractuellement obligées (contrat national de la qualité) d'appliquer les directives de l'ANQ. Elles sont responsables de la qualité des données livrées. Le but est d'inclure la totalité des patientes et patients dans les mesures de la qualité, d'atteindre le taux de participation le plus élevé possible (d'avoir le moins possible d'exclusions/de dropouts⁶ et d'interruptions du test) et d'obtenir un set de données aussi complet et plausible que possible.

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.

⁶ Dropout : 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).

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 dix instruments utilisés dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation pour mesurer les résultats de traitement. Il contient également les directives et les prescriptions relatives à l'utilisation de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Les données de la CIRS et d'autres données de la Statistique médicale sont nécessaires à l'évaluation ajustée aux risques (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 suisses utilisent les mêmes instruments. Ces derniers doivent par ailleurs être appliqués de la même manière (p. ex. instruction des patientes et patients lors de la remise des questionnaires tels que CRQ, HADS, MacNew Heart et PHQ-15 ; utilisation des instruments de mesure EBI, FIM®/MIF et SCIM par le personnel soignant ; protocole du déroulement du test de marche de 6 minutes ou de la bicyclette ergométrique). Les prescriptions temporelles pour la réalisation des enquêtes, tests et mesures doivent à ce titre être respectées.

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 la Charité en collaboration avec l'ANQ, en tenant compte des directives des recueils de données actuels (OFS).

Le manuel des données définit le nombre et les spécifications des données relevées à l'aide des dix instruments du plan de mesure national Réadaptation utilisés pour mesurer les résultats de traitement, ainsi que des données supplémentaires nécessaires à l'évaluation (y compris l'ajustement des risques) (cf. section 2.0).

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 qui évite aux cliniques de se retrouver avec des informations manquantes (intégralité du set de données) et des 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).

1.6 FAQ – Frequently asked questions

Vous trouverez également des informations sur le relevé et la transmission des données ainsi que des informations spécifiques sur les différents instruments de mesure dans les FAQ sur le [portail web de l'ANQ](#).

1.7 Tâches des cliniques

1.7.1 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 mesures adéquates, notamment 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 et externe (p. ex. ANQ, institut d'analyse, sociétés informatiques) des mesures nationales de la qualité réalisées en réadaptation. 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) ou participer aux formations consacrées à différentes évaluations (voir aussi chap. 1.3).

1.7.2 Tâches inhérentes à l'enquête sur la satisfaction des patients **interdisciplinaire**

L'ANQ informe les cliniques au préalable des conditions cadres organisationnelles et méthodiques de l'enquête nationale auprès 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 le centre de logistique des mesures w hoch 2. L'enquête a lieu en avril et mai (à partir de l'année 2021, elle sera réalisée tous les deux ans). Les résultats individuels des cliniques sont disponibles au plus tard **à l'automne** de l'année de mesure.

Les résultats sont disponibles en ligne via un tableau de bord protégé par w hoch 2. Les cliniques sont directement informées par w hoch 2 de la disponibilité des données à consulter en ligne.

Il incombe ensuite à la coordination de projet interne d'intégrer ces résultats aux processus internes (processus de traitement, de gestion de la qualité et de pilotage)

1.7.3 Tâches inhérentes aux **mesures des résultats spécifiques aux différents domaines**

Quant aux **mesures spécifiques aux différents domaines**, les tâches internes suivantes doivent être coordonnées :

- adaptation des conditions organisationnelles (processus de traitement) et techniques (SIC, logiciel spécial) pour le relevé des données conformément aux directives de l'ANQ ;
- organisation et réalisation continues de formations internes du personnel soignant à l'utilisation des instruments (selon le principe « former les formateurs ») afin de standardiser l'utilisation des instruments et l'évaluation 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 via **ReMoS** à l'institut d'analyse la Charité, conformément aux directives de l'ANQ (cf. manuel des données, section 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, sociétés informatiques).

2. Règles générales de procédure pour les mesures

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 de prestations de réadaptation proposées et de la facturation (système tarifaire Réadaptation)⁷. 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 aux mesures ; pour des raisons formelles (contrat national de la qualité), elles doivent toutefois soumettre une demande de dispense à l'ANQ (cf. chapitre 2.3).

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, statut d'assurance, origine ou hospitalisations multiples.⁸

Un séjour unique d'un patient dans une clinique de réadaptation est considéré comme un cas de traitement. Le cas de traitement débute avec l'admission de la patiente/du patient et se termine avec le départ de la patiente/du patient ou la clôture du cas. Cette définition d'un cas de traitement sera conservée à l'avenir pour les mesures de l'ANQ. Les regroupements de cas selon les Règles et définitions pour la facturation des cas selon ST Reha (la réadmission dans les 18 jours est considérée comme un cas de traitement) ne sont *pas* reprises pour le domaine de la réadaptation.

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, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) (Conseil fédéral, 2002, état 01.01.2009). 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 pour le choix des instruments pour la mesure à l'admission et à la sortie dans les cliniques de réadaptation

Les chapitres suivants (2.2.1 à 2.2.6) énumèrent les instruments à utiliser pour les patientes et patients par domaine de réadaptation. Les chapitres 3 à 13 décrivent les différents instruments et les directives de l'ANQ pour la mise en œuvre pratique.

⁷ 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 (cf. OFS (2005) : Conception détaillée relative à la Statistique médicale des hôpitaux).

⁸ 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.

2.2.1 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation gériatrique, en réadaptation en médecine interne, en réadaptation musculo-squelettique, neurologique ou oncologique

Réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique ou oncologique :

Pour les patientes et patients de ces domaines de réadaptation, **deux instruments** doivent respectivement être utilisés à l'admission et à la sortie :

- **Objectifs de participation** : objectif principal (**OP**, uniquement à l'admission), atteinte de l'objectif (**AO**, uniquement à la sortie)
- **Instrument FIM®/MIF ou Indice de Barthel étendu (EBI)** (le choix est laissé à la clinique)

Les cliniques sont tenues d'utiliser exclusivement le FIM®/MIF ou l'EBI pour l'ensemble des patientes et patients des domaines de réadaptation susmentionnés. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques, tous instruments confondus, le score ADL est utilisé depuis les données de l'année 2016 pour la comparaison des résultats ajustée aux risques. Celui-ci est calculé à partir du FIM®/MIF ou de l'EBI à l'aide d'un algorithme de conversion.⁹

2.2.2 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque

Réadaptation cardiaque :

Pour les patientes et patients de ce domaine de réadaptation, **trois instruments** doivent respectivement être utilisés à l'admission et à la sortie :

- **Objectifs de participation** : objectif principal (**OP**, uniquement à l'admission), atteinte de l'objectif (**AO**, uniquement à la sortie)
- **Bicyclette ergométrique ou test de marche de 6 minutes** (selon l'état de santé)
- **MacNew Heart**

Selon l'état de santé des patientes et patients admis en réadaptation cardiaque, il convient d'effectuer le test de la bicyclette ergométrique ou celui de la marche de 6 minutes. La réalisation des mesures s'oriente aux directives dans l'ordre suivant :

- a. Lorsque l'état de santé de la patiente/du patient le permet, il y a lieu de réaliser le test de la bicyclette ergométrique 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 6 minutes est réalisé 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 6 minutes à l'admission, la mesure n'est pas réalisée. Le motif de la non-réalisation de la mesure doit être indiqué dans le test de marche prévu à l'admission. **Il en va de même pour la mesure à la sortie.**

⁹ 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 le site d'internet de l'ANQ (voir [téléchargements Réadaptation](#)).

2.2.3 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire

Réadaptation pulmonaire :

Pour les patientes et patients de ce domaine de réadaptation, **trois instruments** doivent respectivement être utilisés à l'admission et à la sortie :

- **Objectifs de participation** : objectif principal (**OP**, uniquement à l'admission), atteinte de l'objectif (**AO**, uniquement à la sortie)
- **Test de marche de 6 minutes**
- **Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)**

Lorsque l'état de santé de la patiente/du patient ne permet pas un test de marche de 6 minutes à l'admission, la mesure n'est pas réalisée. Le motif de la non-réalisation de la mesure doit être indiqué dans le test de marche prévu à l'admission. Il en va de même pour la mesure à la sortie.

2.2.4 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation paraplégologique

Réadaptation paraplégologique :

Pour les patientes et patients de ce domaine de réadaptation, **deux instruments** doivent respectivement être utilisés à l'admission et à la sortie :

- **Objectifs de participation** : objectif principal (**OP**, uniquement à l'admission), atteinte de l'objectif (**AO**, uniquement à la sortie)
- **Spinal Cord Independence Measure (SCIM)**

2.2.5 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation psychosomatique

Réadaptation psychosomatique :

Pour les patientes et patients de ce domaine de réadaptation, **trois instruments** doivent respectivement être utilisés à l'admission et à la sortie :

- **Objectifs de participation** : objectif principal (**OP**, uniquement à l'admission), atteinte de l'objectif (**AO**, uniquement à la sortie)
- **Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)**
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

2.2.6 Directives pour les patientes et patients de tous les domaines de réadaptation

En outre, il convient de réaliser une mesure de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) à l'admission dans chaque domaine de réadaptation et le set de données minimales de la statistique de l'OFS doit être intégralement transmis à la Charité. Ces données à transmettre sont définies dans le manuel des données.

2.2.7 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pédiatrique

Réadaptation pédiatrique :

Pour les patientes et patients de ce domaine de réadaptation, il n'existe actuellement aucune obligation de mesure. Pour des raisons formelles, une demande de dispense doit être soumise.

2.3 Exemption des mesures - Demande de dispense

En principe, les cliniques doivent mettre en œuvre 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 par l'ANQ 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 (voir espace de [téléchargement sous Partenaires](#)). Cette requête expose les raisons pour lesquelles une ou plusieurs mesures prescrites ne peuvent pas être réalisées. **Le bureau de l'ANQ étudie la demande et statue sur l'exemption sur la base des critères de dispense définis.**

Il est possible de faire valoir les motifs objectifs suivants :

- Non-réalisation de la mesure suite à la fermeture de la clinique pendant l'année concernée
- Non-réalisation de la mesure, étant donné que l'établissement ne propose pas (ou ne propose plus dans le délai d'un an) 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).

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, 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 la clinique demanderesse.

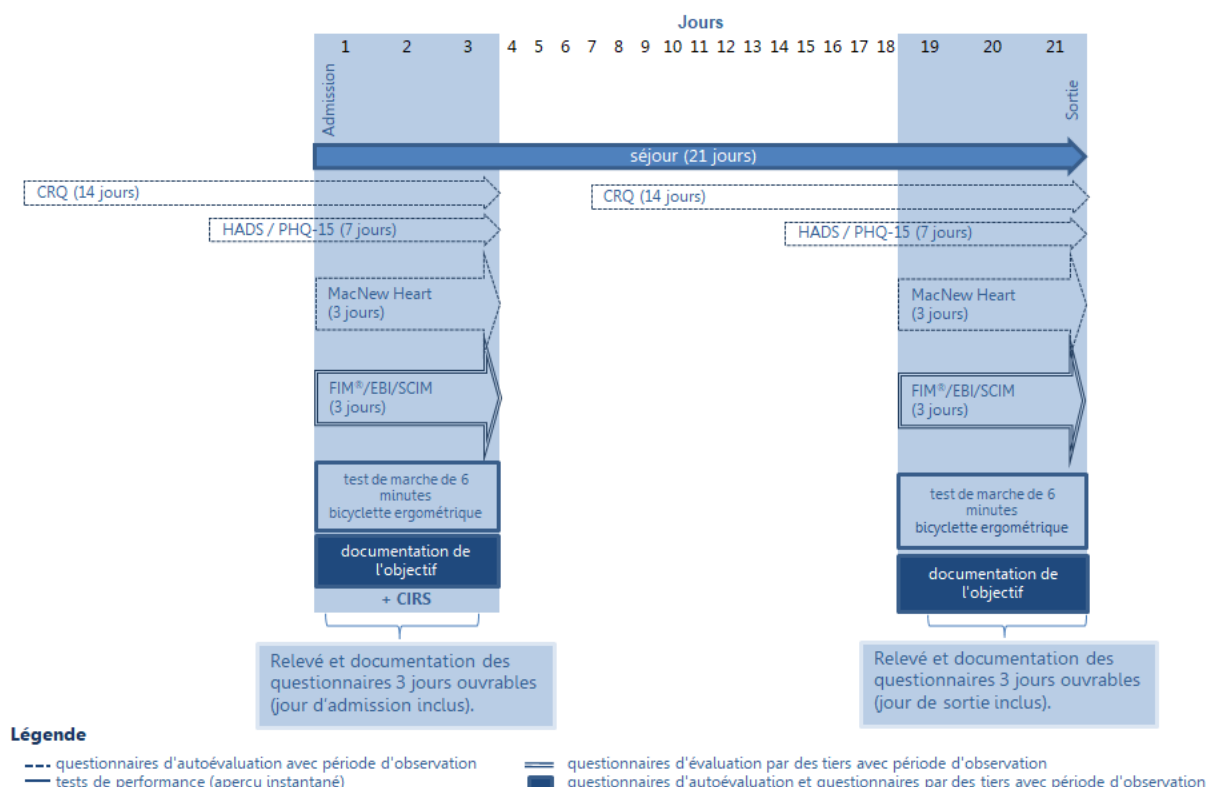
2.4 Moments des relevés et période d'observation

Les mesures à l'admission et à la sortie doivent en principe être effectuées le plus près possible du moment de l'admission ou de la sortie effective de la clinique.

La mesure à l'admission – y compris celle à l'aide de la CIRS - doit être réalisée dans un délai de trois jours ouvrables¹⁰ suivant l'admission (jour d'admission inclus). La mesure de sortie est également effectuée au plus tôt trois jours ouvrables avant la sortie (jour de sortie inclus). Les résultats des mesures se basent néanmoins sur différentes périodes d'observation.

Les informations des patientes et patients (autoévaluation) pour les questionnaires HADS, MacNew Heart et PHQ-15 (durée d'observation de 3 ou 7 jours) ont été adaptées pour les mesures de l'ANQ. Pour le CRQ, la période d'observation correspond aux directives du manuel (période d'observation de 14 jours). Les observations du personnel soignant des 3 derniers jours (évaluation par des tiers) servent également de base pour la fixation de l'objectif du traitement et les réponses aux questions de l'EBI, resp. du FIM®/MIF et du SCIM. Conformément à la durée d'observation de 3 jours, le relevé de ces instruments ne devrait être effectué que le troisième et dernier jour de la période d'observation. En revanche, les résultats du test de marche de 6 minutes, du test de la bicyclette ergométrique, de l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de la CIRS représentent une « photographie instantanée » des patientes et patients à un moment donné (relevé à l'admission et à la sortie).

Figure 2: Moments des relevés et périodes d'observation



¹⁰ Définition de « dans un délai de 3 jours ouvrables » : pour compter les 3 jours ouvrables, il ne faut pas oublier que le dimanche est le seul jour de repos. Le samedi compte comme jour ouvrable.

2.5 Motifs d'exclusion (dropouts)

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 à l'admission et à la sortie de réadaptation.

Ce n'est qu'en cas d'interruption imprévue 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 de l'ANQ et traité comme « dropout », 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 dropouts. 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 dropout, ainsi que la date du dropout (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 est traitée comme une sortie par la clinique (clôture du cas et ouverture d'un nouveau dossier), des mesures doivent être effectuées à la sortie. En cas de réadmission (ouverture d'un nouveau dossier), les mesures à l'admission sont à réitérer.

Si la patiente/le patient revient en réadaptation stationnaire après un transfert (plus de 24h), un nouveau dossier est ouvert. Il convient de réitérer les mesures à l'admission et à la sortie (voir chapitre 2.1).

Lors d'un changement de cas purement administratif (p.ex. en raison d'un changement d'agent payeur), aucune mesure n'est réalisée à la sortie ou à l'admission.

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 nouveau dossier est ensuite ouvert et les mesures à l'admission sont réalisées conformément à la nouvelle indication.

2.6 Renonciation au test resp. non-réalisation de certaines mesures

Les motifs d'une renonciation au test (non-réalisation d'une mesure) sont propres à chaque mesure et, contrairement aux motifs d'exclusion (dropout), n'entraînent aucune exclusion de la patiente/du patient du programme de mesure.

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 de renonciation pour les tests de performance et les questionnaires patients, mais pas pour les mesures réalisées avec la CIRS, l'EBI, le FIM®/MIF et le SCIM, ainsi que la documentation de l'objectif principal et de son atteinte.

Il est nécessaire de préciser le motif de renonciation pour chaque questionnaire patient resp. chaque test de performance. Les potentiels motifs de non-réalisation suivants sont disponibles :

Tableau 1: Formulaire des motifs de renonciation pour les questionnaires patients (CRQ, HADS, MacNew Heart et PHQ-15) et tests de performance (test de marche de 6 minutes et bicyclette ergométrique)

Motifs de renonciation/de non-réalisation du test [une seule citation]	
<input type="checkbox"/>	Refus par la patiente/le patient, malgré encouragement et soutien
<input type="checkbox"/>	Compétences linguistiques insuffisantes
<input type="checkbox"/>	La patiente, 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 6 minutes et bicyclette ergométrique), les motifs d'interruption doivent être indiqués dans les formulaires respectifs (raison pour laquelle le test de performance a été arrêté resp. interrompu). Cette indication est obligatoire pour la bicyclette ergométrique ; pour le test de marche de 6 minutes, il suffit d'indiquer un motif d'interruption lorsque la durée de marche de 6 minutes n'a pas été atteinte.

2.7 Réalisation et relevé des données des évaluations par des tiers, tests de performance et autoévaluations (questionnaires patients)

Dans le manuel des procédures, l'ANQ fournit aux cliniques les instructions relatives à la réalisation pratique. Outre les instructions du manuel des procédures, l'ANQ met à disposition les formulaires de relevé pour les instruments d'évaluation par des tiers (CIRS, EBI, FIM®/MIF, SCIM), les formulaires pour les tests de performance (test de marche de 6 minutes, bicyclette ergométrique), ainsi que les questionnaires patients pour les instruments d'autoévaluation (CRQ, HADS, MacNew Heart, PHQ-15) et la documentation des objectifs (objectif de participation, atteinte de l'objectif). Les documents sont disponibles dans l'espace de [téléchargement sous Réadaptation](#).

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

La clinique est chargée de la réalisation des mesures (CIRS, EBI, FIM®/MIF, SCIM), de la documentation des objectifs, des tests de performance (test de marche, bicyclette ergométrique), de la remise des questionnaires patients (CRQ, HADS, MacNew Heart, PHQ-15) et de la saisie des données associée.

Toutes les mesures à l'admission sont réalisées et documentées dans un délai de 3 jours ouvrables. Il en va de même pour les mesures à la sortie (cf. section 2.4)

Quant aux questionnaires complétés directement par les patientes et patients (CRQ, HADS, MacNew Heart, PHQ-15), ces derniers doivent être remis à l'admission (en règle générale au cours du premier entretien), mais au plus tard 3 jours ouvrables après celle-ci (jour d'admission inclus). Si nécessaire, la patiente/le patient reçoit des instructions supplémentaires. La remise du questionnaire à la sortie s'effectue au plus tôt 3 jours ouvrables avant la sortie (jour de sortie inclus), normalement pendant l'entretien de sortie. Si la patiente/le patient n'a pas encore retourné le questionnaire la veille de la sortie, la clinique lui rappelle - avant qu'elle/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 (CRQ, HADS, MacNew Heart, PHQ-15). 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 de relevé des données (papier, électronique 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 à la bonne patiente/au bon patient (code-barres, numéro de cas univoque).

Pour les mesures (CIRS, EBI, FIM®/MIF, SCIM), la documentation des objectifs et les tests de performance, 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, section 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 fausses données. L'ANQ déconseille de saisir les données des mesures, de la documentation des objectifs et des tests de performance sur papier pour les reporter ensuite dans un système électronique (risque d'erreurs de copie).

Pour la saisie des données des questionnaires patients (CRQ, HADS, MacNew Heart, PHQ-15), 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 saisies.

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 Charité par voie électronique via ReMoS, 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 du traitement au sein des équipes interprofessionnelles/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 (organisation ayant 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 d'attester du succès de la réadaptation (indicateur de qualité). 12 cliniques ont participé au développement et à la mise en place du concept basé sur des critères de qualité axés sur les processus.

Parallèlement, l'ANQ a développé et mis en place un concept reposant sur l'approche de la capacité fonctionnelle (sans intégration du processus de fixation des objectifs) en réadaptation musculo-squelettique. 13 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 la réadaptation musculo-squelettique à celui de la réadaptation neurologique. Pour introduire le plan de mesure Réadaptation en 2011, les commissions de l'ANQ ont décidé, sur la base des expériences positives, de prescrire la documentation des objectifs comme directive de mesure pour la réadaptation gériatrique, la réadaptation en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique. **À partir de 2021, la documentation des objectifs sera recueillie par-delà tous les domaines de réadaptation.**

3.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la documentation des objectifs de participation 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 soient fixés et, si nécessaire, adaptés de manière adéquate :

- les objectifs de participation sont choisis de telle sorte à créer les conditions nécessaires à leur atteinte au cours du séjour stationnaire ;
- les objectifs de participation tiennent compte de l'ensemble des ressources, des facteurs contextuels¹¹ et du potentiel de réadaptation de la patiente/du patient ;
- la participation de la patiente/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).

L'objectif de participation est relevé avec les patientes et patients à l'admission en réadaptation (en règle générale au cours du premier entretien). Une adaptation de l'objectif de participation au cours du séjour de réadaptation est documentée au moyen du formulaire d'atteinte de l'objectif.

Pour les mesures spécifiques aux différents domaines, seul l'objectif de participation *principal* doit être consigné. Cet objectif de participation prioritaire est évalué. Outre l'objectif de participation principal, il existe d'autres objectifs liés aux besoins de réadaptation individuels. Ceux-ci sont relevés et évalués au sein des cliniques.

¹¹ 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 („Capacity”) des patientes/patients est décrite au moment de la sortie, en tenant compte des facteurs contextuels (facteurs favorisant, barrières). Cela signifie que :

- les exigences quant à l'atteinte des objectifs de participation sont définies et documentées en interne ;
- la participation des patientes et patients 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 et 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

4.1 Remarques préliminaires ¹²

Au regard des aides existantes, l'instrument FIM[®]/MIF (aussi : le FIM[®]) mesure pour différents diagnostics la capacité fonctionnelle dans le domaine des actes ordinaires de la vie quotidienne (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 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, 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 pour illustrer la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Au début des mesures, l'ANQ disposait de deux versions validées de l'instrument, la française et l'allemande. La version italienne, qu'elle avait utilisée durant le projet pilote, a été adaptée en conséquence.

Les droits d'auteur appartiennent à *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDSMR) à New York, un département de l'UB Foundation Activities Inc. qui fait partie de l'Université 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. En signant la convention d'utilisation des données de l'ANQ, les cliniques se déclarent prêtes à utiliser l'instrument FIM[®]/MIF exclusivement aux fins des mesures de l'ANQ. Les cliniques qui souhaitent utiliser le FIM[®]/MIF doivent s'adresser directement à l'ANQ.

¹² M. Verra, dans : Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, tome, 2: Bewegungsapparat, p. 323 - 328.

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 qui connaissent le manuel du FIM®/MIF, sont chargées de compléter le FIM®/MIF. Chaque item du FIM®/MIF doit être évalué. L'évaluation est effectuée même lorsqu'une activité n'est pas réalisée. En cas de doute, l'évaluation la plus sévère (valeur inférieure) est déterminante (p.ex. en cas de fluctuations de la capacité fonctionnelle au cours de la journée).

Depuis janvier 2015, les items supplémentaires liés à la déambulation (item 12) et à la communication (items 14 et 15) doivent également être évalués. Pour la déambulation, il convient d'évaluer le même mode de déambulation à l'admission et à la sortie. Lorsque le **mode de sortie** est **incertain** pour l'item L 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) sont *évalués à l'admission depuis 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)¹³.

Une évaluation est effectuée même lorsqu'une activité ne peut pas être réalisée. L'évaluation d'une capacité fonctionnelle est assurée en priorité par l'observation directe, et si possible pas sur la base d'informations transmises. La performance réellement fournie est évaluée et non pas la potentielle capacité fonctionnelle. Pour des descriptions détaillées des champs d'application, merci de se référer au manuel FIM®/MIF¹⁴, ainsi qu'aux recommandations complémentaires du groupe d'experts de l'ANQ « Code de bonne pratique FIM®/MIF » (voir [téléchargements Réadaptation](#))

¹³ Les recommandations relatives au relevé de l'item L peuvent être consultées sur le site internet de l'ANQ (voir [téléchargements Réadaptation](#))

¹⁴ Pour les mesures de l'ANQ réalisées en réadaptation, il convient d'utiliser les versions de l'ANQ traduites du manuel original du UDSMR « The FIM System Clinical Guide, version 5.2 » (2013).

5. Indice de Barthel étendu (EBI)

5.1 Remarques préliminaires ¹⁵

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. Il peut s'agir d'aides physiques, mais aussi d'aides verbales tels que rappels, encouragements, supervision, ainsi que moyens auxiliaires.

Compte tenu des aides existantes, l'EBI mesure la capacité fonctionnelle pour divers actes ordinaires de la vie quotidienne (16 items). La patiente/le patient doit toujours être évalué/e pour tous les items. L'évaluation de chaque item est réalisée indépendamment de celle des autres items.

Les actes ordinaires de la vie quotidienne 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 intégrant six items supplémentaires de nature principalement cognitive (compréhension, expression, résolution de problèmes, etc.). La cotation des divers items a en outre été adaptée de sorte 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. Par rapport au FIM®/MIF, il requiert nettement moins de formation et son remplissage nécessite un peu moins de temps.

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 différente, la première cotation de la patiente/du patient avec l'EBI s'effectue au plus tard trois jours après l'admission¹⁶.

- 1) Etant donné que l'indice doit être lu de manière très attentive en raison des opérationnalisations (càd. des descriptions très détaillées des items), les pronoms masculins (il, lui, son, etc.) ont été privilégiés afin de faciliter la compréhension et la fluidité du texte. Il va de soi que les patientes et les patients des deux sexes sont concernés.
- 2) Chaque patiente/patient doit être coté/e par item, de façon à refléter l'ampleur réelle de la dépendance dans le domaine concerné. En cas de doute, l'évaluation la plus sévère (valeur inférieure) est déterminante. Exception : lorsque la patiente/le patient n'a pas besoin d'aide au regard de sa limitation, elle/il est coté/e au score maximal.

Exemple : lorsqu'une patiente/un patient très malvoyant/e n'a pas besoin d'aide en raison de sa totale immobilité, elle/il est coté/e au score maximal (4) à l'item 16 Vue/Négligence.

¹⁵ M. Verra, dans : Oesch, P. (2017): *Assessments in der Rehabilitation*, tome 2: *Bewegungsapparat*, p. 323 - 328.

¹⁶ Définition de « dans un délai de 3 jours ouvrables » : pour compter les 3 jours ouvrables, il ne faut pas oublier que le dimanche est le seul jour de repos. Le samedi compte comme jour ouvrable.

- 3) Il peut y avoir des chevauchements dans la cotation, comme le montre l'exemple ci-après : le transfert physique joue un rôle à la fois à l'item 5 (« Transfert du fauteuil roulant au lit et inversement ») et aux items 8 (« Utilisation des toilettes ») et 4 (« Se baigner/se doucher/se laver le corps »). Les patientes et patients qui présentent p.ex. un score inférieur pour l'item 5 obtiendront donc souvent aussi un score inférieur pour les deux autres items (8 et 4).
- 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, il importe donc peu que la patiente/le patient ait besoin d'aide pour des raisons physiques, cognitives ou motivationnelles. Par exemple, 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 fonctionnellement autonome si elle/s'il réalise la tâche sans aide et dans un laps de temps acceptable. Le « laps de temps acceptable » est défini par l'équipe interprofessionnelle/interdisciplinaire en fonction de la situation individuelle du patient. Il convient notamment de tenir compte du temps supplémentaire requis au regard de l'âge ou d'une limitation physique/psychologique. L'indice pour les laps de temps acceptables, mentionné au point 7 de l'instruction liée au test, est négligeable.

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 3 jours.

D'autres descriptions d'utilisation détaillées, élaborées par le groupe d'experts « Code de bonne pratique EBI » de l'ANQ, sont disponibles sur le site internet (voir téléchargements Réadaptation).

6. Test de marche de 6 minutes

6.1 Remarques préliminaires¹⁷

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 ce moment que le test de marche de 6 minutes a vu le jour, destiné aux 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 6 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 (p.ex. celui de 12 minutes). Pour la réalisation en Suisse, les standards internationaux de l'American Thoracic Society (ATS) et de l'European Respiratory Society (ERS) sont recommandés¹⁸.

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

La réalisation pratique du test peut être déléguée à un/e physiothérapeute dûment formé/e. Les instructions de l'ANQ relatives au test doivent être respectées. Le test de marche de 6 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 6 minutes, merci de 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 la patiente/le patient est alité/e ou confiné/e à sa chambre, le test n'est pas réalisé. La raison de la non-réalisation est consignée dans le test de marche prévu 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 circulation colorés. D'autres types de parcours sont également autorisés (p.ex. marcher en rond dans une salle de gymnastique).

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 6 minutes. L'instruction est : « Marchez autant de mètres que possible pendant les 6 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ Les standards internationaux de l'American Thoracic Society (ATS) et de la European Respiratory Society (ERS) sont disponibles sous <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/FWT-Tech-Std.pdf>

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, forte 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. de renonciation au 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 6 minutes à la sortie, la mesure à la sortie doit dans tous les cas être effectuée.

Les mesures à l'admission ou 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 préliminaires¹⁹

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 resp. enregistrés en permanence pendant la réalisation de l'effort 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 une 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, merci de 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 lorsqu'elle/il est limité/e par l'épuisement ou divers autres symptômes durant l'effort. En cas de problème cardiaque (troubles du rythme, ischémies), de détresse respiratoire ou d'épuisement, le test est interrompu.

Le protocole d'effort standard minimum s'oriente principalement au *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.

¹⁹ 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 **liée à la santé**, 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 (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 au moins à 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, anglaise, 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 raccourci la période d'observation à trois jours et révisé la version française pour ses mesures de la qualité.

Les patientes et patients ont besoin d'une vingtaine de minutes pour remplir le questionnaire. Pour des informations générales sur l'utilisation du questionnaire MacNew Heart, merci de se référer au chapitre 2.7.

9. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

9.1 Remarques préliminaires²⁰

Le CRQ a été développé en 1987 par G. Guyatt et coll. au Canada. Il s'agit d'un questionnaire qui mesure la **qualité de vie liée à la santé** de patientes et patients atteints de maladies respiratoires chroniques. Il se prête donc parfaitement au premier examen clinique et à la documentation des résultats du traitement. Si le CRQ s'améliore, on peut en conclure que la patiente/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/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.à.d. la version allemande validée pour la Suisse et les versions française et italienne. La durée d'observation du CRQ est de 14 jours.

Le questionnaire d'autoévaluation 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 = « Limitation maximale » et 7 = « 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 au moins à 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.

9.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CRQ

Les patientes et patients ont besoin d'une trentaine de minutes pour remplir l'instrument. Pour des informations générales sur l'utilisation du questionnaire CRQ, merci de se référer au chapitre 2.7.

²⁰ Ce paragraphe s'inspire de l'article de G. Büsching dans Büsching et al. (2009) « Assessments in der Rehabilitation: tome 3: Kardiologie und Pneumologie ».

10. Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

10.1 Remarques préliminaires²¹

Le score SCIM mesure l'indépendance fonctionnelle dans les domaines des soins personnels, de la respiration, du contrôle sphinctérien et de la mobilité des patientes et patients atteints d'une paralysie médullaire (QSL)/d'une lésion de la moelle épinière (Itzkovich et al. 2007). Il décrit l'indépendance fonctionnelle, en particulier pour les personnes atteintes d'une paralysie médullaire, de sorte que les domaines « Respiration » et « Gestion des sphincters – vessie et intestin » font l'objet d'une description différenciée dans le cadre du domaine étendu « Contrôle sphinctérien », Par ailleurs, il a été décidé de renoncer à la description des items cognitifs.

Sur un total de 19 items, 0 à maximum 15 points peuvent être atteints par item. La valeur totale du SCIM est calculée par l'addition des différents items et peut comprendre des valeurs entre 0 (indépendance fonctionnelle minimale) et 100 (indépendance fonctionnelle maximale). La pondération des 19 items est basée sur des évaluations d'experts.

Le développement du SCIM a débuté en Israël en 1994. La première version (SCIM I) a été publiée en 1997, des versions révisées ont suivi en 2001 (SCIM II) et en 2007 (SCIM III). Il existe également des validations pour le SCIM III et le SCIM self-report.

10.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du SCIM

L'instrument SCIM est un instrument d'évaluation destiné à des tiers. Les patientes et patients sont observés dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Différents items sont évalués par le personnel clinique, si nécessaire en consultation avec la patiente ou le patient. L'évaluation dure env. 30 minutes. Elle est également réalisée lorsqu'une activité ne peut pas être effectuée. En cas de doute, l'évaluation la plus sévère (valeur inférieure) est déterminante.

²¹ M. Wirz, dans : Schädler, S. et al (2020): Assessments in der Rehabilitation, tome 1: Neurologie, p. 109-113.

11. Patient Health Questionnaire (PHQ-15)

11.1 Remarques préliminaires

Le module PHQ-15 est une version abrégée du Patient Health Questionnaire (questionnaire de santé pour les patients) développé par Pfizer dans les années 1990. Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation qui mesure la gêne occasionnée par des symptômes somatiques à l'aide de 15 items (Kroenke et al., 2002). Pour chaque item, trois options de réponse sont proposées : « pas du tout gêné(e) » (codé avec « 0 »), « un peu gêné(e) » (codé avec « 1 ») et « très gêné(e) » (codé avec « 2 »). Pour l'évaluation, la valeur des scores de l'échelle est calculée. Celle-ci peut comprendre des valeurs entre 0 point (symptomatologie la plus faible) et 28 points pour les hommes ou 30 points pour les femmes (symptomatologie la plus sévère). Pour calculer la valeur des scores de l'échelle, seuls 3 items peuvent présenter des valeurs manquantes. Les valeurs manquantes sont remplacées par la valeur moyenne des autres items.

L'ANQ utilise les traductions librement accessibles sur le site internet du [PHQ](#).

11.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PHQ-15

Contrairement au manuel, la dernière semaine (7 jours) sert de base à l'évaluation de la gêne. La période d'observation du PHQ-15 est ainsi adaptée à celle du HADS.

En général, l'ANQ n'inclut pas l'item « Douleurs menstruelles » dans le calcul de la valeur des scores de l'échelle, en raison de la période d'observation adaptée par rapport à la version originale. Pour les femmes et les hommes, la valeur des scores de l'échelle est donc calculée sur un total de 14 points, de sorte à obtenir une valeur maximale de 28 points dans le PHQ-15.

12. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

12.1 Remarques préliminaires²²

Le Hospital and Depression Scale (HADS) est un questionnaire d'autoévaluation permettant de mesurer et de distinguer l'anxiété et la dépression chez les patientes et patients souffrant de maladies physiques ou de troubles physiques (éventuellement psychogènes). Il peut servir de méthode de dépistage et être utilisé pour la détermination dimensionnelle de la sévérité, également dans le cadre de l'évaluation de l'évolution.

L'autoévaluation permet de mesurer la sévérité de la symptomatologie anxieuse (HADS-A) et dépressive (HADS-D) au cours de la semaine écoulée, relevée sur deux sous-échelles comportant chacune sept items. La valeur du score total peut servir pour mesurer la détresse psychologique générale. La sélection et la formulation des items tiennent en particulier compte des exigences spécifiques d'un setting dicté par la maladie physique. L'accent est uniquement mis sur les symptômes anxiodépressifs psychiques afin d'éviter les confusions causées par la comorbidité somatique.

Les items des deux échelles HADS-D et HADS-A sont alternés. Il existe respectivement quatre réponses possibles, qui sont codées avec des valeurs de 0 à 3. Il convient de noter que les items ont des polarités différentes (« de 0 à 3 » et « de 3 à 0 »). Afin d'éviter les erreurs de transmission dans les cliniques, tous les items sont codés avec les valeurs de 0 à 3 et transmis à l'institut d'analyse la Charité (pour plus d'informations, voir le manuel des données, Annexe F). Au cours de la préparation et de l'analyse des données, les items en question sont recodés par la Charité.

Les valeurs des scores des échelles sont calculées en additionnant les 7 items par échelle et peuvent donc atteindre des valeurs entre 0 point (symptomatologie la plus faible) et 21 points (symptomatologie la plus sévère). Selon le manuel, une seule valeur manquante est autorisée par échelle pour calculer la valeur du score total. Les valeurs manquantes sont remplacées par la valeur moyenne des autres items. La version originale en anglais a été développée en 1983 (Zigmond et al. 1983). Les droits d'auteur de la version allemande sont détenus par Hans Huber Verlag, ceux des autres versions linguistiques par GL Assessment. L'ANQ a acquis les droits d'utilisation du questionnaire (allemand, anglais, français et italien) pour les mesures de la qualité de l'ANQ. Pour des raisons de droits d'auteur, l'ANQ adresse le questionnaire directement aux cliniques dûment enregistrées. En signant la convention d'utilisation des données de l'ANQ, les cliniques acceptent d'utiliser l'échelle HADS exclusivement aux fins des mesures de l'ANQ.

12.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du HADS

Les patientes et patients ont besoin de maximum 5 minutes pour remplir le questionnaire.

²² M. Verra, dans : Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, tome 2: Bewegungsapparat, p. 323 - 328.
C. Herrmann-Lingen, dans : Bengel, J. et al (2008): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation, p. 232 - 235.

13. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

13.1 Remarques préliminaires

L'échelle des comorbidités « Cumulative Illness Rating Scale (CIRS²³) » 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'un 14^e item relatif 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).

La 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 est corrélée avec la mortalité, la fréquence et la durée des traitements hospitaliers, les réadmissions 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.

13.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la CIRS

En règle générale, la CIRS est remplie à l'admission par le corps médical traitant; un relevé à la sortie n'est pas prévu pour les mesures de la qualité de l'ANQ. Une personne expérimentée aura besoin d'une dizaine de minutes pour remplir la CIRS. Les réponses reposent sur le dossier médical, l'examen physique et une anamnèse complète.

Pour l'utilisation de la CIRS, merci de se référer au manuel respectif selon Salvi et al. (2008)²⁴. D'autres informations générales sur l'application de la CIRS sont fournies au chapitre 2.7.

²³ La même abréviation est utilisée pour le Cumulative Illness Rating Scale et pour le Critical Incident Reporting System.

²⁴ 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)).

14. Impressum

Titre	Manuel des procédures version 8.1
Année	2021
Auteurs	Dr. Luise Menzi (ANQ), Muriel Haldemann (ANQ) et Stefanie Köhn (Charité)
Groupe Qualité	Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr med. Stefan Goetz, Klinik St. Katharinenthal, Spital Thurgau Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) PD Dr med. Anke Scheel, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil Dr med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid Stephan Tobler, Kliniken Valens Dr med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos Gavin Brupbacher, Oberwaid AG, St. Gallen Dr med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon
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)