

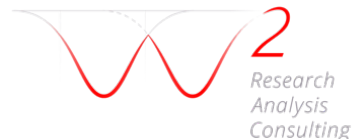
PLAN DE MESURE NATIONAL RÉADAPTATION MANUEL DES PROCÉDURES 2026

VERSION 11.0

Autrices et auteurs : Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Roman di Francesco, w hoch 2
Gaia Garuffi, ANQ
Stephan Tobler, ANQ
Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Version : 11.0, valable à partir du 01.01.2026 (remplace la version 10.1)

Date : approuvée le 11.09.2025, Groupe Qualité Réadaptation



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	11.09.2025 / valable à partir de l'année de mesure 2026	Reprise du format SpiGes y.c. définition des cas et sites
		Remplacement du MacNew Heart par PROMIS GH-10 en réadaptation cardiaque
		Démarche lors d'un changement d'instrument
		Adaptations pour la documentation des dropouts et valeurs manquantes
		<i>RehaCompass</i> en remplacement de l'application web <i>ReMoS</i>
		Petites adaptations rédactionnelles (dont modification du terme « mesures spécifiques aux différents domaines de réadaptation » en « mesures spécifiques à la réadaptation »)

Sommaire

1	Introduction.....	6
1.1	ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation.....	6
1.2	Aperçu du plan de mesure.....	6
1.2.1	Enquête auprès des patients.....	6
1.2.2	Mesures spécifiques à la réadaptation.....	7
1.2.3	Instruments soumis à licence.....	8
1.3	Qualité des données.....	9
1.4	Manuel des procédures.....	9
1.5	Manuel des données.....	10
1.6	FAQ – Frequently asked questions.....	10
1.7	Tâches des cliniques.....	11
1.7.1	Personnes responsables des mesures.....	11
1.7.2	Tâches inhérentes à l’enquête interdisciplinaire auprès des patientes et patients.....	11
1.7.3	Tâches inhérentes aux mesures des résultats spécifiques à la réadaptation.....	11
2	Règles générales de procédure pour les mesures.....	12
2.1	Critères d’inclusion/obligation de mesurer.....	12
2.2	Définition de cas.....	13
2.3	Directives pour le choix des instruments pour la mesure à l’admission et à la sor-tie dans les cliniques de réadaptation.....	14
2.3.1	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation gériatrique, en réadaptation en médecine interne, en réadaptation musculo-squelettique, neurologique et oncologique.....	14
2.3.2	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque.....	14
2.3.3	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire.....	15
2.3.4	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation paraplégiologique.....	15
2.3.5	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation psychosomatique.....	15
2.3.6	Directives pour les patientes et patients de tous les domaines de réadaptation.....	16
2.4	Exemption des mesures - Demande de dispense.....	16
2.5	Moments des relevés et période d’observation.....	17
2.6	Motifs d’exclusion (dropouts).....	18
2.7	Renonciation au test resp. non-réalisation de certaines mesures.....	18
2.8	Documentation de certaines valeurs manquantes.....	19

2.9	Réalisation et relevé des données des évaluations par des tiers, des autoévaluations (questionnaires patients) et du test de performance	19
2.9.1	Réalisation des mesures à l'admission et à la sortie	19
2.9.2	Saisie des données	20
2.9.3	Démarche lors d'un changement d'instrument	21
3	Documentation des objectifs de participation et de leur atteinte.....	22
3.1	Remarques préliminaires.....	22
3.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la documentation des objectifs de participation et l'évaluation de leur atteinte.....	22
3.2.1	Documentation des objectifs de participation.....	23
3.2.2	Evaluation de l'atteinte des objectifs de participation	24
3.3	Formulaire pour la documentation des objectifs.....	24
4	Instrument FIM®/MIF	25
4.1	Remarques préliminaires.....	25
4.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la FIM®/MIF	25
5	Indice de Barthel étendu (EBI)	27
5.1	Remarques préliminaires.....	27
5.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de l'EBI	27
6	Test de marche de 6 minutes	29
6.1	Remarques préliminaires.....	29
6.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de marche de 6 minutes.....	29
7	Promis Global health 10 (PROMIS GH-10)	31
7.1	Remarques préliminaires.....	31
7.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PROMIS GH-10	31
8	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).....	32
8.1	Remarques préliminaires.....	32
8.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CRQ	32
9	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	33
9.1	Remarques préliminaires.....	33
9.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du SCIM.....	33
10	Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)	34
10.1	Remarques préliminaires.....	34

10.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PHQ-15	34
11	Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9).....	35
11.1	Remarques préliminaires.....	35
11.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PHQ-9.....	36
12	Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7).....	36
12.1	Remarques préliminaires.....	36
12.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la GAD-7.....	37
13	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).....	37
13.1	Remarques préliminaires.....	37
13.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la CIRS	38
	Bibliographie	Fehler! Textmarke nicht definiert.
	Mentions légales.....	41

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 qualité national 2011. L'ANQ coopère à cet effet avec les partenaires suivants :

- La **Charité – Universitätsmedizin Berlin** est chargée de l'accompagnement scientifique du plan de mesure Réadaptation, de l'évaluation comparative nationale des données de mesure et de l'établissement des rapports sur les résultats de mesure nationaux.
- **w hoch 2** est responsable de la logistique des mesures, du développement et de l'exploitation de la plateforme en ligne *RehaCompass*, ainsi que du téléchargement des données et du tableau de bord des résultats spécifiques aux différentes cliniques. Dans le domaine de la réadaptation, w hoch 2 gère depuis des années la mesure de la satisfaction des patients et accompagne également la nouvelle mesure de l'expérience des patients en tant que centre de logistique des mesures.

1.2 APERÇU DU PLAN DE MESURE

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 domaines (cf. 1.2.2).

1.2.1 Enquête auprès des patients

Depuis 2025, le questionnaire bref de l'ANQ a été remplacé par un instrument d'enquête plus différencié. Le [Groupe Qualité \(GQ\) Expérience des patients](#) a opté pour le questionnaire canadien [CPES-IC](#). Ce document a été traduit, adapté aux spécificités des trois domaines de

spécialisation et vérifié quant à sa compréhensibilité et à son intégralité dans le cadre d'entretiens qualitatifs menés dans toutes les régions linguistiques de Suisse.

Le questionnaire adapté à la Suisse porte le titre **Swiss PREMs Rehabilitation** (Patient Reported Experience Measures) dans le domaine de la réadaptation. La première mesure de routine réalisée en réadaptation aura lieu en 2026. Vous trouverez de plus amples informations sur le [portail web de l'ANQ](#).

1.2.2 Mesures spécifiques à la réadaptation

Le plan de mesure national Réadaptation comprend 10 différents instruments pour mesurer les résultats de traitement (instruments d'évaluation par des tiers et d'autoévaluation, ainsi que test de performance). Par ailleurs, l'échelle des comorbidités (CIRS) est utilisée pour tous les domaines de réadaptation. Contrairement à la mesure de l'expérience des patients Swiss PREMs, les mesures spécifiques à la réadaptation sont des relevés complets (sorties entre le 01.01 et le 31.12 de l'année de mesure).

Se basant sur le document de définition « [DefReha© version 3.0](#) » (H+ Les hôpitaux de Suisse, 2020), l'ANQ prévoit les domaines de réadaptation suivants :

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

Remarque : Actuellement, l'ANQ ne prévoit aucune obligation de mesure pour les cliniques proposant des prestations de réadaptation pédiatrique. Pour des raisons formelles (contrat qualité national 2011 de l'ANQ), elles doivent toutefois soumettre une demande de dispense à l'ANQ (cf. 2.4).

La Figure 1 fournit un aperçu des contenus du plan de mesure national Réadaptation pour les 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 par domaine de réadaptation, à l'exception de la CIRS qui est uniquement relevée à l'admission en réadaptation.**

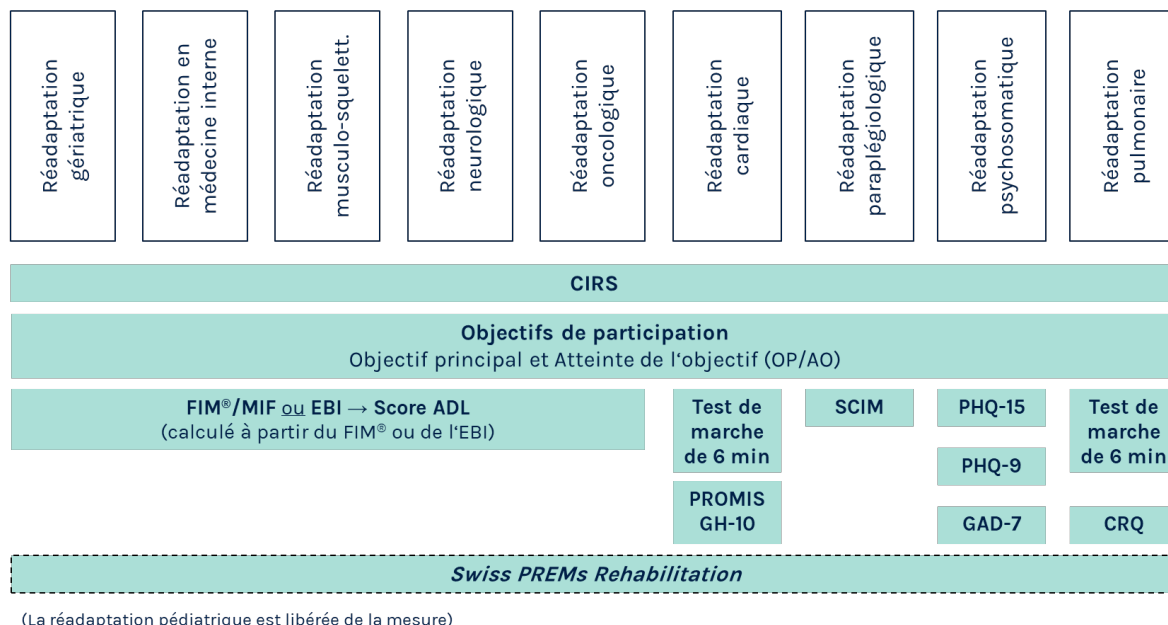


Figure 1 : Instruments de mesure par domaine de réadaptation

En plus de ces instruments permettant de mesurer les résultats de traitement, les cliniques sont tenues de collecter et de livrer les données supplémentaires ci-après, requises pour la description des caractéristiques des échantillons et pour l'ajustement des risques (voir [espace de téléchargement Réadaptation](#)) :

- Set de données réduit SpiGes conformément aux prescriptions de l'Office fédéral de la statistique (OFS), avec des variables à l'admission et à la sortie
- Données de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), à l'admission

1.2.3 Instruments soumis à licence

Les instruments CRQ, FIM®/MIF et PROMIS GH-10 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.

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 :

- Le présent **manuel des procédures** fournit des informations sur le contenu, ainsi que des directives pour le choix et l'utilisation des instruments en vue d'un processus de relevé standardisé dans les cliniques (cf. 1.4).
- Le **manuel des données** contient des précisions sur les données, leur logistique et leur logique de contrôle. Il sert surtout à assurer un relevé, une préparation et une livraison standardisés des données (cf. 1.5).
- 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 Réadaptation](#) et révisées si nécessaire. L'ANQ propose par ailleurs des formations aux instruments EBI et FIM®/MIF 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.
- 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). La qualité des données est également systématiquement contrôlée lors du téléchargement des données sur *Re-haCompass* (procédure automatisée). L'application web est à la disposition des cliniques pour vérifier la qualité des données en cours d'année.

Conformément au contrat qualité national 2011 de l'ANQ, les cliniques sont contractuellement obligées 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 dropouts (cf. 2.6) et d'interruptions du test) et d'obtenir un set de données aussi complet et plausible que possible.

1.4 MANUEL DES PROCÉDURES

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

Le manuel des procédures décrit le contenu et expose les directives resp. prescriptions relatives aux 10 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 du set de données réduit SpiGes sont requises pour l'ajustement des risques (cf. 1.5).

Le manuel des procédures et d'autres documents relatifs aux relevés doivent garantir que le personnel soignant (et les collaborateurs supplémentaires) de toutes les cliniques de réadaptation 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 d'autoévaluation tels que CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9 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). 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.

Le manuel des données définit le nombre et les spécifications des données relevées à l'aide des 10 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. 2).

Il définit également les variables de liaison (numéro d'identification du cas, FID) 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 différents instruments (cf. 1.3).

1.7.2 Tâches inhérentes à l'enquête interdisciplinaire auprès des patientes et patients

L'ANQ informe les cliniques au préalable des conditions cadres organisationnelles et méthodiques de l'enquête nationale auprès des patientes et 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 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 à la réadaptation

Quant aux mesures spécifiques à la réadaptation, 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 l'application web *RehaCompass*, conformément aux directives de l'ANQ (cf. manuel des données).
- Clarifications, p. ex. demandes de licences pour les instruments du plan de mesure Réadaptation protégés par licence via rehabilitation@anq.ch.

2 RÈGLES GÉNÉRALES DE PROCÉDURE POUR LES MESURES

2.1 CRITÈRES D'INCLUSION/OBLIGATION DE MESURER

Comme décrit dans l'introduction, l'obligation de participer aux mesures s'applique à toutes les cliniques qui ont adhéré au contrat qualité national 2011 de l'ANQ. Toutes les institutions de réadaptation sont donc incluses dans les mesures du plan de mesure Réadaptation de l'ANQ, quel que soit le type de prestations stationnaires. En règle générale, ces cas sont traités via la structure tarifaire ST Reha. Une exception s'applique à la paraplégologie et à la réadaptation précoce à compter du 01.01.2024, car celles-ci continuent d'être répertoriées dans le plan de mesure Réadaptation, bien qu'elles soient facturées selon la structure tarifaire SwissDRG. Quant à l'obligation de participer aux mesures, le nombre de cas et l'existence d'autres mandats de prestations ne jouent aucun rôle. 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 ou origine (**relevé complet**).

Réalisée au sein de la clinique de réadaptation, la détermination du domaine de réadaptation pour chaque cas de traitement est essentielle pour consigner les instruments de mesure corrects. L'ANQ ne vérifie pas si les domaines de réadaptation choisis correspondent aux mandats de prestations cantonaux/conventions tarifaires de la clinique. Cette démarche relève de la responsabilité des cliniques et des agents payeurs.

Les données de l'ensemble des patientes et patients dont la sortie de réadaptation se situe dans la période de relevé définie (du 01.01. au 31.12.) doivent être incluses dans les sets de données conformément aux directives de l'ANQ en vigueur.

2.2 DÉFINITION DE CAS

À partir de l'année de mesure 2026, l'ANQ reprendra intégralement les règles et définitions relatives à la définition des cas, aux sites/transferts et au regroupement des cas conformément à l'OFS (concept détaillé SpiGes) **et à SwissDRG SA** (règles et définitions relatives à la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha).

La **définition d'un cas** stationnaire 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), qui a également été reprise par l'OFS et SwissDRG SA. Selon cette ordonnance, une unité de relevé (cas) correspond à un traitement stationnaire avec un séjour d'au moins 24 heures dans une clinique pour un examen, un traitement et des soins. Les séjours de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé pendant une nuit ou un transfert vers une (autre) clinique est effectué, sont également considérés comme des traitements stationnaires. Il en va de même en cas de décès.

Une clinique disposant de **plusieurs sites** est considérée comme une seule clinique selon SwissDRG SA. Par conséquent, les **transferts** entre différents sites d'une même clinique ne sont donc pas considérés comme des transferts. Pour les mesures spécifiques à la réadaptation, cela signifie qu'aucun nouveau cas n'est ouvert en cas de transfert entre deux sites du même groupe de cliniques. Le cas de la patiente/du patient est transmis avec le site de sortie. Cette règle s'applique également aux transferts internes entre services d'un même établissement (d'un même site).

En principe, chaque réadmission est considérée comme un nouveau cas, sauf si un **regroupement de cas** est appliqué. Un tel regroupement est effectué lorsqu'une réadmission ou un transfert vers la même clinique avec le même RCG de base survient dans les 18 jours suivant la sortie. Cette règle s'applique aussi aux réadmissions ou transferts multiples (toujours à partir du premier transfert). Dans de tels cas, aucune nouvelle mesure à la sortie et à l'admission n'est requise. L'évaluation d'un cas regroupé inclut les **données de la mesure à l'admission du premier cas** et les **données de la mesure à la sortie du dernier cas**. Exception : pour les cas s'étendant sur deux années civiles, aucun regroupement des cas n'est appliqué.

Remarques importantes concernant la paraplégiologie et la réadaptation précoce :

- Pour les cas paraplégiologiques, aucune séparation du cas n'est effectuée entre la phase aiguë et la phase de réadaptation. Il s'agit donc d'un seul et même cas de traitement comportant une mesure à l'admission et à la sortie.
- En ce qui concerne la réadaptation précoce, il convient de noter que l'application du plan de mesure Réadaptation de l'ANQ ne s'applique qu'aux cliniques de réadaptation spécialisées et que les cas de réadaptation précoce doivent être enregistrés avec une mesure à l'admission/à la sortie. Dès que la patiente ou le patiente entre dans la phase de

réadaptation (sous la structure tarifaire ST Reha), un nouveau cas complet doit être ouvert et une mesure à l'admission/à la sortie effectuée selon le schéma habituel.

2.3 DIRECTIVES POUR LE CHOIX DES INSTRUMENTS POUR LA MESURE À L'ADMISSION ET À LA SORTIE DANS LES CLINIQUES DE RÉADAPTATION

Les chapitres suivants (2.3.1 à 2.3.6) 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.

2.3.1 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation gériatrique, en réadaptation en médecine interne, en réadaptation musculo-squelettique, neurologique et 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 la FIM®/MIF ou l'EBI pour l'ensemble des patientes et patients des domaines de réadaptation susmentionnés. Les passages de l'EBI à la FIM®/MIF ou inversement ne sont possibles qu'au début de l'année de mesure (au 01.01.20XX), c'est-à-dire que les cliniques ne peuvent pas changer d'instrument en cours d'année. Les changements prévus doivent être communiqués à l'ANQ en temps utile. 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 de la FIM®/MIF ou de l'EBI à l'aide d'un algorithme de conversion. 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 de la 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 [espace de téléchargement Réadaptation](#)).

2.3.2 Directives pour les patientes et patients admis en 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)
- **Test de marche de 6 minutes**
- **PROMIS GH-10**

Lorsque l'état de santé de la patiente ou du patient ne permet pas de réaliser le test de marche de 6 minutes à l'admission, il convient de documenter correctement la renonciation au test/non réalisation (indication de la date du test, distance parcourue= « 0 », motif de la renonciation au test/non réalisation= « 3 », cf. 6.2. Il en va de même pour la mesure à la sortie.

2.3.3 Directives pour les patientes et patients admis en 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 ou du patient ne permet pas de réaliser le test de marche de 6 minutes à l'admission, il convient de documenter correctement la renonciation au test/non réalisation (indication de la date du test, distance parcourue= « 0 », motif de la renonciation au test/non réalisation= « 3 » (cf. 6.2). Il en va de même pour la mesure à la sortie.

2.3.4 Directives pour les patientes et patients admis en 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)**

2.3.5 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation psychosomatique

Pour les patientes et patients de ce domaine de réadaptation, **quatre 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)**
- **Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)**

- **Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)**

2.3.6 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 de transmettre le **set de données réduit SpiGes** conformément aux prescriptions de l'OFS. Ces données supplémentaires à transmettre sont définies dans le manuel des données.

2.4 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 qualité national 2011 (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 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.

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 à l'ANQ.

2.5 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 3 jours ouvrables suivant l'admission (jour d'admission inclus). La mesure de sortie est également effectuée au plus tôt 3 jours ouvrables avant la sortie (jour de sortie inclus). 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.

Les résultats des mesures se basent néanmoins sur différentes périodes d'observation (cf. Figure 2).

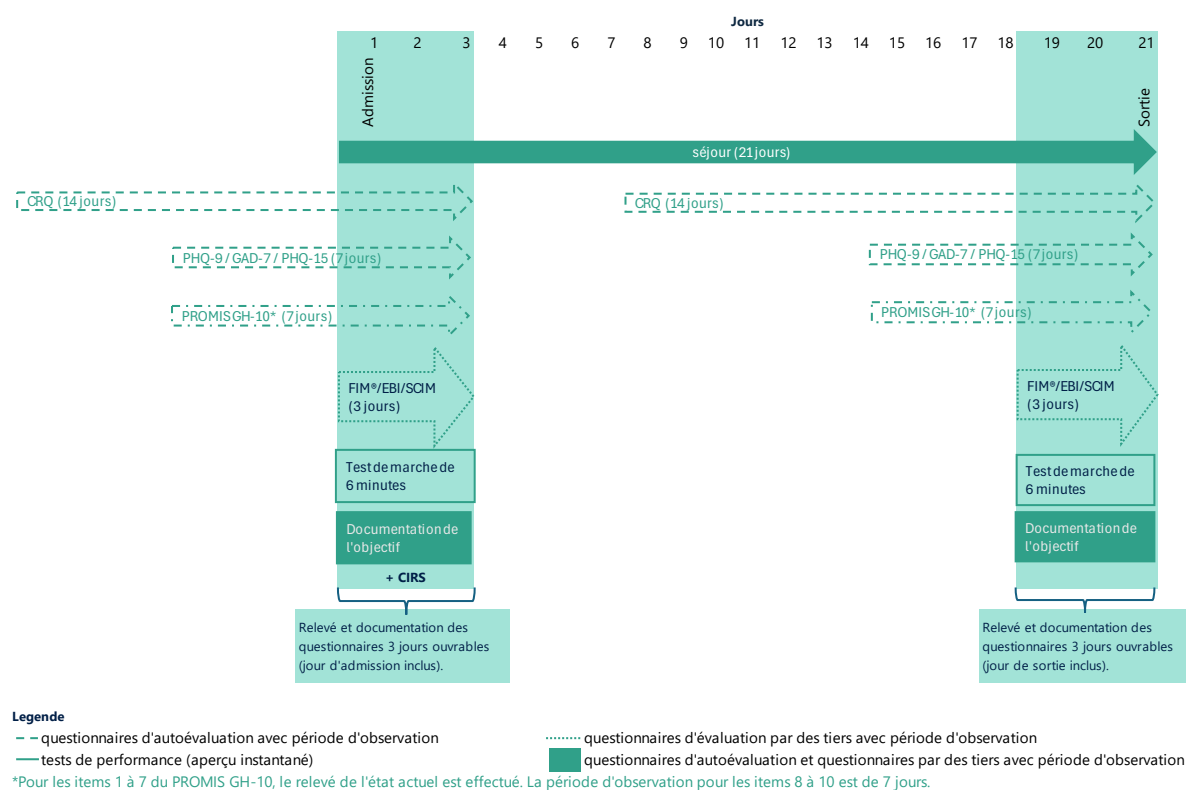


Figure 2 : Moments des relevés et période d'observation

Les informations des patientes et patients (autoévaluation) pour les instruments PHQ-15, PHQ-9 et GAD-7 (période d'observation d'une durée de 7 jours) ont été adaptées pour les mesures de l'ANQ. Les items 1-7 du PROMIS GH-10 relèvent l'état de santé actuel, pour les items 8-10, la période d'observation est de 7 jours. 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. de la 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, 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).

2.6 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. **A partir de 2026**, les cliniques **n'auront plus besoin d'indiquer la survenue d'un dropout et sa date** (jour de l'interruption du traitement, resp. de la sortie de réadaptation). Les dropouts sont désormais définis et évalués sur la base des données disponibles.

2.7 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 le test de performance et les questionnaires patients, mais pas pour les mesures réalisées avec la CIRS, l'EBI, la 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. le test de performance. Les potentiels motifs de non-réalisation suivants sont disponibles :

MOTIFS DE RENONCIATION/DE NON-RÉALISATION DU TEST [UNE SEULE CITATION]	
☐	Refus par la patiente/le patient, malgré encouragement et soutien
☐	Compétences linguistiques insuffisantes
☐	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)

Tableau 1 : Formulaire des motifs de renonciation pour les questionnaires patients (CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9 et PHQ-15) et test de performance (test de marche de 6 minutes)

De plus, pour le test de marche de 6 minutes, un motif d'interruption doit être indiqué (raison pour laquelle le test a été arrêté resp. interrompu prématurément). Cette indication est obligatoire pour le test de marche de 6 minutes lorsque la durée de marche de 6 minutes n'a pas été atteinte.

2.8 DOCUMENTATION DE CERTAINES VALEURS MANQUANTES

En l'absence de certaines valeurs pour les instruments de mesure, p. ex. parce que la patiente ou le patient n'a pas répondu à toutes les questions et qu'il n'est plus possible d'obtenir les réponses manquantes, la documentation dans les systèmes cliniques et lors de l'exportation doit être systématiquement codée comme **N/A**.

2.9 RÉALISATION ET RELEVÉ DES DONNÉES DES ÉVALUATIONS PAR DES TIERS, DES AUTOÉVALUATIONS (QUESTIONNAIRES PATIENTS) ET DU TEST DE PERFORMANCE

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), le formulaire pour le test de performance (test de marche de 6 minutes), ainsi que les questionnaires patients pour les instruments d'autoévaluation (CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9 et PHQ-15) et la documentation des objectifs (objectif de participation, atteinte de l'objectif). Les documents sont disponibles dans l'[espace de téléchargement Réadaptation](#) (instruments sous licence uniquement sur demande).

2.9.1 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, du test de performance (test de marche de 6 minutes), de la remise

des questionnaires patients (CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9 et 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. 2.5).

Quant aux questionnaires complétés directement par les patientes et patients (CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9 et 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, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9 et 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.

2.9.2 Saisie des données

Quel que soit le type de relevé des données (en ligne ou questionnaire papier), la clinique doit s'assurer que les données des mesures, tests et 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 le test 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 du test 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, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9 et PHQ-15), l'ANQ recommande - dans un souci de qualité des données - une saisie numérique (saisie des réponses dans les propres terminaux de la clinique tels que 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. A noter que les questionnaires patients sous licence sont soumis à des conditions de licence particulières qui ne sont pas couvertes par l'ANQ.

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 via l'application web *Re-haCompass*, conformément aux directives du manuel des données de l'ANQ.

2.9.3 Démarche lors d'un changement d'instrument

L'objectif est que la qualité des données soit le moins possible affectée par un changement d'instrument d'une année civile à l'autre. Veuillez tenir compte des informations suivantes :

- L'obligation de réaliser les mesures s'applique en principe à compter du 01.01 d'une année civile, c-à-d. que toutes les nouvelles admissions doivent être mesurées à l'aide des instruments adaptés.
- Pour les cas admis au cours du dernier trimestre de l'année précédente, et dont le séjour devrait se prolonger sur l'année suivante, il est recommandé d'utiliser les nouveaux instruments dès l'admission. Cela vaut en particulier pour les nouvelles admissions à partir du 01.12 - d'expérience, 2/3 des cas dépassent en effet la durée de séjour initialement prévue.

Remarque : les cas prolongés, mesurés à l'aide des anciens instruments, ne peuvent pas être inclus dans les analyses de la nouvelle année civile, car le domaine de spécialisation Réadaptation de l'ANQ applique une logique basée sur la date de sortie pour l'attribution des données aux années de mesure. Il faut donc s'attendre à une baisse du nombre de cas, bien que celle-ci soit en général minime selon les expériences.

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. Depuis 2021, la documentation des objectifs est 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 contextuels et du potentiel de réadaptation de la patiente/du patient. 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 favorisant) 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 ;
- 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 à la réadaptation, 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.

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 et 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 3 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

Au regard des aides existantes, l'instrument FIM[®]/MIF (aussi : la FIM[®]) mesure pour différents diagnostics la capacité fonctionnelle dans le domaine des actes ordinaires de la vie quotidienne (ADL), à savoir soins personnels, contrôle des sphincters, transferts, déambulation, communication, ainsi que capacités relationnelles et cognitives (Keith et al., 1987; Oesch et al., 2017). 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).

La FIM[®]/MIF, développée en 1983 par un groupe de travail dirigé par le Prof. V. Granger aux Etats-Unis, devait surtout refléter le besoin en soins. La 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 la FIM[®]/MIF et ses documents associés. Pour des raisons de propriété intellectuelle, l'ANQ adresse aux cliniques enregistrées, à leur demande, la version mise en page de l'instrument et les documents, dès qu'elles ont accompli les démarches administratives pour se procurer une licence individuelle. Les cliniques qui souhaitent utiliser la FIM[®]/MIF doivent s'adresser directement à l'ANQ.

4.2 DIRECTIVES DE L'ANQ POUR LA RÉALISATION PRATIQUE DE LA FIM[®]/MIF

Le personnel soignant a besoin de 15 à 30 minutes pour remplir la 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 de la FIM[®]/MIF, sont chargées de compléter la FIM[®]/MIF.

Chaque item de la 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 de l’item L Déambulation, de l’item N Compréhension et de l’item O Expression doivent également être évalués.

Conformément aux directives du donneur de licence, le mode de déambulation doit être identique à l’admission et à la sortie. Dans le quotidien clinique, le mode de déambulation peut toutefois changer entre l’admission et la sortie, ce qui ne peut pas toujours être prédit avec certitude. L’ANQ a complété la spécification du mode de déambulation par l’option de réponse **incertain** pour l’item supplémentaire. Lorsque le **mode de sortie** est **incertain** pour l’item L à l’admission, càd. s’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 cotés à l’admission depuis 2018 et transmis à l’institut Charité. Lorsqu’un changement de mode clair est constaté au cours du séjour de réadaptation, alors seul le mode de déambulation prédominant à la sortie est coté à la sortie. Dans tous les autres cas, les deux modes sont cotés à la sortie et transmis à la Charité (cf. aussi manuel des données). L’essentiel est que la spécification « **incertain** » soit saisie à l’admission et à la sortie, même si un mode de déambulation prédomine clairement à la sortie.

Si la marche et le fauteuil roulant sont utilisés à parts égales à l’admission, il convient de choisir la réponse **les deux** pour l’item supplémentaire de l’item L. La marche est alors évaluée étant donné qu’elle reflète mieux la charge en soins. À la sortie, le mode de déambulation **les deux** doit à nouveau être choisi et la capacité à marcher doit être réévaluée. La spécification du mode de déambulation **les deux** - rare dans le quotidien clinique - est une exigence du donneur de licence.

Vous trouverez de plus amples informations sur l’évaluation de l’item L dans les recommandations liées aux items FIM®/MIF dans l’[espace de téléchargement Réadaptation](#).

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®/MIF, ainsi qu’aux recommandations complémentaires du groupe d’experts FIM®/MIF de l’ANQ, voir l’[espace de téléchargement Réadaptation](#).

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). Pour des raisons de propriété intellectuelle, l’ANQ adresse la documentation directement aux cliniques enregistrées.

5 INDICE DE BARTHEL ÉTENDU (EBI)

5.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

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 (Oesch et al., 2017). Etant donné que l'indice de Barthel mesure surtout les capacités motrices, Prosiegel et al. l'ont complété en intégrant 6 items supplémentaires de nature principalement cognitive (compréhension, expression, résolution de problèmes, etc.) (1996). La cotation des divers items a en outre été adaptée de sorte à passer d'une échelle de réponses à 4 niveaux (0 à 3) à une échelle à 5 niveaux (0 à 4). Au total, les 16 activités permettent d'atteindre au maximum 64 points.

L'EBI représente une alternative sans licence à la FIM®/MIF. Il comporte un certain nombre de questions semblables à celles de la FIM®/MIF et lui est fortement corrélé. Par rapport à la 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 3 jours après l'admission (cf. 2.5).

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 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.
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 EBI de l'ANQ, sont disponibles sur le site internet (voir [espace de téléchargement Réadaptation](#)).

6 TEST DE MARCHE DE 6 MINUTES

6.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

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 (Balke, 1963). 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 (Büsching et al., 2009; Cooper, 1968).

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 recommandés.

6.2 DIRECTIVES DE L'ANQ POUR LA RÉALISATION PRATIQUE DU TEST DE MARCHE DE 6 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 2.9.

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 suffisante. 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 3 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.

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

La mesure à l'admission ou à la sortie peut être répétée 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 PROMIS GLOBAL HEALTH 10 (PROMIS GH-10)

7.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

À partir du 01.01.2026, le PROMIS Global Health 10 (PROMIS GH-10) remplacera le MacNew Heart pour l'enquête sur la qualité de vie liée à la santé réalisée en réadaptation cardiaque. Le PROMIS GH-10 est un questionnaire générique permettant d'évaluer la qualité de vie liée à la santé. Il s'applique à un grand nombre de pathologies et est largement utilisé dans la recherche médicale internationale (Pak et al., 2021). Les questions, formulées de manière générale, permettent aux patientes et patients d'évaluer subjectivement leur propre santé en termes de qualité de vie, de fatigue, de douleurs, de stress émotionnel et de santé sociale.

Avec ses 10 items, le questionnaire présente une longueur raisonnable. À partir de 8 des 10 items, il est possible de calculer deux sous-scores : un score de santé physique générale (Physical Health Score, PHS) et un score de santé mentale (Mental Health Score, MHS). Pour calculer les scores, les valeurs des points (1-5) sont additionnées pour obtenir un score total brut (5-20), qui est ensuite converti en score T. Afin de pouvoir calculer le score, il faut avoir répondu aux 4 items de chaque catégorie.

Le questionnaire est issu du système de mesure PROMIS® (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System), le plus grand système de mesure modulaire pour les caractéristiques de santé rapportées par les patientes et patients. Les droits d'auteur appartiennent à la [PROMIS Health Organization \(PHO\)](#). L'ANQ a acquis les droits d'utilisation du questionnaire (versions allemande, anglaise, française et italienne) et d'autres matériels protégés par les droits d'auteur dans le cadre des mesures de la qualité de l'ANQ. Seules les cliniques dûment enregistrées auprès de l'ANQ sont autorisées à utiliser le PROMIS GH-10 et les documents associés. Pour des raisons de droits d'auteur, l'ANQ fournit directement les documents aux cliniques enregistrées.

7.2 DIRECTIVES DE L'ANQ POUR LA RÉALISATION PRATIQUE DU PROMIS GH-10

Les items 1 à 7 du PROMIS GH-10 permettent d'évaluer l'état actuel de la patiente ou du patient, tandis que la période d'observation pour les items 8 à 10 est de 7 jours. Il faut environ 10 minutes aux patientes et patients pour remplir le questionnaire. D'autres informations générales sur l'utilisation du PROMIS GH-10 sont présentées au chapitre 2.9.

8 CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (CRQ)

8.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

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) (Büsching et al., 2009).

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.

8.2 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 2.9.

9 SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)

9.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

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; Schädler et al., 2020). 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.

9.2 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.

10 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 15 (PHQ-15)

10.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Le module PHQ-15 est une version abrégée du Patient Health Questionnaire (questionnaire de santé pour les patientes et 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 K 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 de la PHQ](#).

10.2 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 PHQ-9 et de la GAD-7.

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.

11 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 9 (PHQ-9)

11.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

L'instrument de mesure Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sera supprimé fin 2023. Il a été remplacé depuis 01.01.2024 par le module de la symptomatologie dépressive Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) et l'échelle de la symptomatologie anxieuse Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7).

Le PHQ-9 est un questionnaire d'autoévaluation permettant de mesurer 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 dépressive au cours de la semaine écoulée, relevée sur une échelle comportant 9 items. 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 dépressifs psychiques afin d'éviter les confusions causées par la comorbidité somatique.

Quatre possibilités de réponse sont disponibles, codées avec des valeurs de 0 à 3. 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 Charité (pour de plus amples informations, cf. manuel des données, Annexe F). Dans le cadre du traitement et de l'analyse des données, les items correspondants sont recodés par la Charité.

La somme des scores de l'échelle est calculée en additionnant les 9 items et peut atteindre des valeurs comprises entre 0 point (symptomatologie la plus faible) et 27 points (symptomatologie la plus sévère). Selon le manuel, au maximum deux valeurs manquantes sont autorisées pour calculer la valeur du score total. Les valeurs manquantes sont remplacées par la valeur moyenne des autres items.

Le module de la symptomatologie dépressive PHQ-9 fait partie de la famille du Patient Health Questionnaire (questionnaire de santé pour les patientes et patients), qui a été développé dans les années 1990 par Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B.W. Williams, Dr Kurt Kroenke et leurs collègues avec des fonds de Pfizer (Kroenke & Spitzer, 2002). En raison de sa brièveté et de sa validité de construction et de critère, le PHQ-9 est considéré comme un instrument attrayant pour évaluer la sévérité des troubles dépressifs (Kroenke et al., 2001).

Les instruments PHQ-9, PHQ-15 et GAD-7 sont accessibles au public. Aucune autorisation de reproduction, de traduction, d'affichage ou de diffusion n'est requise. L'ANQ utilise les traductions du [site web du PHQ](#) qui sont librement accessibles.

11.2 DIRECTIVES DE L'ANQ POUR LA RÉALISATION PRATIQUE DU PHQ-9

La période d'observation pour le PHQ-9 est de 7 jours. Le remplissage de l'instrument par les patientes et patients nécessite 5 minutes au maximum. D'autres informations générales sur l'utilisation du PHQ-9 sont décrites au chapitre 2.9.

12 GENERALIZED ANXIETY DISORDER – 7 (GAD-7)

12.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Depuis le 01.01.2024, l'échelle de l'anxiété Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7) a remplacé l'instrument de mesure HADS pour relever les symptômes anxieux. La GAD-7 est un questionnaire d'autoévaluation destiné à évaluer l'anxiété chez les patientes et patients souffrant de maladies physiques ou de troubles physiques (éventuellement psychogènes). La GAD-7 est utilisée à la fois comme méthode de dépistage des troubles anxieux et pour déterminer le degré de sévérité des symptômes anxieux.

Il s'agit d'une autoévaluation de l'intensité des symptômes anxieux au cours de la semaine écoulée sur une échelle de 7 items. Le choix et la formulation des items tiennent particulièrement compte des exigences spécifiques d'un environnement déterminé par une maladie physique. L'accent est mis uniquement sur les symptômes anxieux d'ordre psychique afin d'éviter toute confusion avec la comorbidité somatique.

Quatre possibilités de réponse sont disponibles, codées avec des valeurs de 0 à 3. Afin d'éviter des erreurs de transmission dans les cliniques, tous les items sont codés avec des valeurs de 0 à 3 et transmis à l'institut d'analyse Charité (pour de plus amples informations, cf. manuel des données, annexe F). Dans le cadre du traitement et de l'analyse des données, les items correspondants sont recodés par la Charité.

La somme des scores de l'échelle est calculée en additionnant les 7 items et peut atteindre des valeurs comprises entre 0 point (symptomatologie la plus faible) et 21 points (symptomatologie la plus sévère). Selon le manuel, au maximum une valeur manquante est autorisée pour calculer la valeur du score total. Les valeurs manquantes sont remplacées par la valeur moyenne des autres items.

La GAD-7 a été développée par le groupe de travail qui avait déjà conçu le Patient Health Questionnaire (PHQ) à la fin des années 1990 (Spitzer et al., 2006). La GAD-7 n'est pas uniquement sensible au trouble anxieux généralisé (TAG), mais présente également une bonne sensibilité et spécificité pour trois autres troubles anxieux courants (trouble panique, trouble anxieux social et trouble de stress post-traumatique) (Kroenke et al., 2010).

12.2 DIRECTIVES DE L'ANQ POUR LA RÉALISATION PRATIQUE DE LA GAD-7

Contrairement au manuel, la dernière semaine (7 jours) sert de base à l'évaluation des atteintes. La période d'observation de la GAD-7 est ainsi alignée sur celle du PHQ-9 et du PHQ-15. Le temps de remplissage du questionnaire par les patientes et patients est de 5 minutes maximum. D'autres informations générales sur l'utilisation de la GAD-7 sont décrites au chapitre 2.9.

13 CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (CIRS)

13.1 REMARQUES PRÉLIMINAIRES

L'échelle des comorbidités « Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) » a été conçue par Linn et al. en 1968 afin de représenter de manière exhaustive toutes les maladies de patientes et patients polymorbides (Linn et al., 1968). Miller et Towers ont retravaillé la version CIRS selon Linn et al. (1968) pour la compléter par l'adjonction d'un 14e item relatif aux troubles psychiques et comportementaux (Miller et al., 1992). La version CIRS de Salvi et al. (2008) utilisée par l'ANQ se base sur la version de Miller et Towers (1992). Remarque importante : la même abréviation est utilisée pour le Cumulative Illness Rating Scale et pour le Critical Incident Reporting System.

La CIRS permet d'évaluer 14 systèmes organiques sur une échelle à 5 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). D'autres informations générales sur l'application de la CIRS sont fournies au chapitre 2.9.

BIBLIOGRAPHIE

- Balke, B. (1963). *A Simple Field Test for the Assessment of Physical Fitness*. CARI Report 63-18.
- Büsching, G., Hilfiker, R., Mangold, F., Messmer, G., Van Oort, E., Schädler, S., Schefer, M., Schenker, M., Wettstein, M., & Van Wittenberge, P. (2009). *Assessments in der Rehabilitation: Kardiologie und Pneumologie: Vol. Band 3* (2009th ed.).
- Cooper, K. H. (1968). A Means of Assessing Maximal Oxygen Intake: Correlation Between Field and Treadmill Testing. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 203(3), 201–204.
<https://doi.org/10.1001/jama.1968.03140030033008>
- H+ Les hôpitaux de Suisse. (2020). *DefReha © Réadaptation stationnaire: Définition et exigences minimales DefReha © 3.0*.
https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha_c_/DefReha_3.0_f_datiert.pdf
- Itzkovich, M., Gelernter, I., Biering-Sorensen, F., Weeks, C., Laramée, M. T., Craven, B. C., Tonack, M., Hitzig, S. L., Glaser, E., Zeilig, G., Aito, S., Scivoletto, G., Mecci, M., Chadwick, R. J., El Masry, W. S., Osman, A., Glass, C. A., Silva, P., Soni, B. M., ... Catz, A. (2007). The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: Reliability and validity in a multi-center international study. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), 1926–1933.
<https://doi.org/10.1080/09638280601046302>
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). *The functional independence measure: a new tool for rehabilitation*. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6–18.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4).
- Kroenke K, Spitzer R.L., & Williams J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266.
- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative Illness Rating Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 622–626. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1968.tb02103.x>
- Miller, M. D., Paradis, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Stack, J. A., Rifai, A. H., Mulsant, B., & Reynolds III, C. F. (1992). *Rating Chronic Medical Illness Burden in Geropsychiatric Practice and Research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale*.
- OCP. (2002). *Ordonnance du 3 juillet 2002 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)*.
- Oesch, P., Hilfiker, R., Keller, S., Kool, J., Luomajoki, H., Schädler, S., Tal-Akabi, A., Verra, M., & Widmer Leu, C. (2017). Assessments in der Rehabilitation: Bewegungsapparat. In *Assessments in der Rehabilitation: Vol. Band 2*.

- Pak, S. S., Miller, M. J., & Cheuy, V. A. (2021). Use of the PROMIS-10 global health in patients with chronic low back pain in outpatient physical therapy: a retrospective cohort study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00360-8>
- Prosiegel, M., Böttiger, S., & Schenk, T. (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie Und Rehabilitation*, 2(1), 7–13.
- Salvi, F., Miller, M. D., Grilli, A., Giorgi, R., Towers, A. L., Morichi, V., Spazzafumo, L., Mancinelli, L., Espinosa, E., Rappelli, A., & Dessì-Fulgheri, P. (2008). A manual of guidelines to score the modified Cumulative Illness Rating Scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1926–1931. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x>
- Schädler, S., Kool, J., Lüthi, H., Detlef, M., Oesch, P., Pfeffer, A., & Wirz, M. (2020). Assessments in der Rehabilitation: Neurologie. *Assessments in Der Rehabilitation: Neurologie*. <https://doi.org/10.1024/85889-000>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titres	Plan de mesure national Réadaptation. Manuel des procédures 2026, version 11.0
Année	2025
Autrices et auteurs	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Contact adresse de correspondance	rehabilitation@anq.ch
Groupe Qualité Réadaptation	Michela Battelli, EOC Faudo Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic 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
Mandante représentée par	Stephan Tobler, responsable Réadaptation
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissen- schaft 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 qua- lité dans les hôpitaux et cliniques, Berne ; Charité – Univer- sitätsmedizin Berlin ; w hoch 2, Berne (2025) : Plan de mesure national Réadaptation. Manuel des procédures 2026, version 11.0