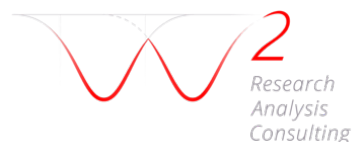


CONCEPT D'ÉVALUATION RÉADAPTATION

MESURES SPÉCIFIQUES À LA RÉADAPTATION 2026

Validité : 9.0, valable à partir de l'année de mesure 2026 (remplace la version 8.1)

Date : Approuvé le 18.05.2026 par le Groupe Qualité Réadaptation et adopté sans procédure de consultation le 26.05.2026 par le comité de l'ANQ



JOURNAL DES MODIFICATIONS

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

CODE COULEUR	MODIFIÉ AU	MOTS-CLÉS
GRIS	Evaluation année de mesure 2026	Adoption du format SpiGes, y compris la définition des cas et des sites
		Remplacement du MacNew Heart par le PROMIS GH-10 dans le domaine de la réadaptation cardiaque
		Adaptations concernant la documentation des dropouts et des données manquantes
		Annexe C – Indications pour le calcul des scores

Sommaire

1	Situation de départ.....	4
2	Relevé des données	5
2.1	Méthode.....	5
2.2	Instruments et mesures.....	6
2.3	Autres données.....	7
3	Préparation et transmission des données.....	8
3.1	Préparation des données.....	8
3.2	Transmission des données.....	9
3.3	Protection des données et sécurité	9
4	Méthode d'évaluation.....	10
4.1	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	10
4.2	Qualité des données.....	10
4.3	Échantillon d'évaluation.....	12
4.3.1	Calcul de la durée de séjour.....	13
4.3.2	Calcul des scores	13
4.3.3	Autres étapes avant l'évaluation nationale	13
4.4	Évaluation descriptive.....	14
4.5	Évaluation ajustée aux risques.....	14
4.5.1	Indicateurs de résultats.....	14
4.5.2	Ajustement aux risques.....	15
4.6	Utilisation des données de mesure existantes pour des analyses internes.....	18
	Bibliographie	19
	Annexe A – Critères d'évaluation.....	20
	Annexe B – Catégories de diagnostic	25
	Annexe C – Informations sur le calcul des scores	33
	Mentions légales.....	37

1 SITUATION DE DÉPART

Le présent concept d'évaluation décrit comment les données, relevées dans le cadre des mesures spécifiques à la réadaptation conformément au plan de mesure Réadaptation, sont analysées et comparées à l'échelle nationale. Une attention particulière est accordée à l'ajustement aux risques, qui doit permettre une comparaison équitable des cliniques. L'élaboration du concept est le fruit d'une étroite coopération entre l'ANQ, le Groupe qualité Réadaptation et les partenaires de coopération Charité – Universitätsmedizin Berlin et w hoch 2 GmbH.

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

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

2 RELEVÉ DES DONNÉES

2.1 MÉTHODE

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

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

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

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

2.2 INSTRUMENTS ET MESURES

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

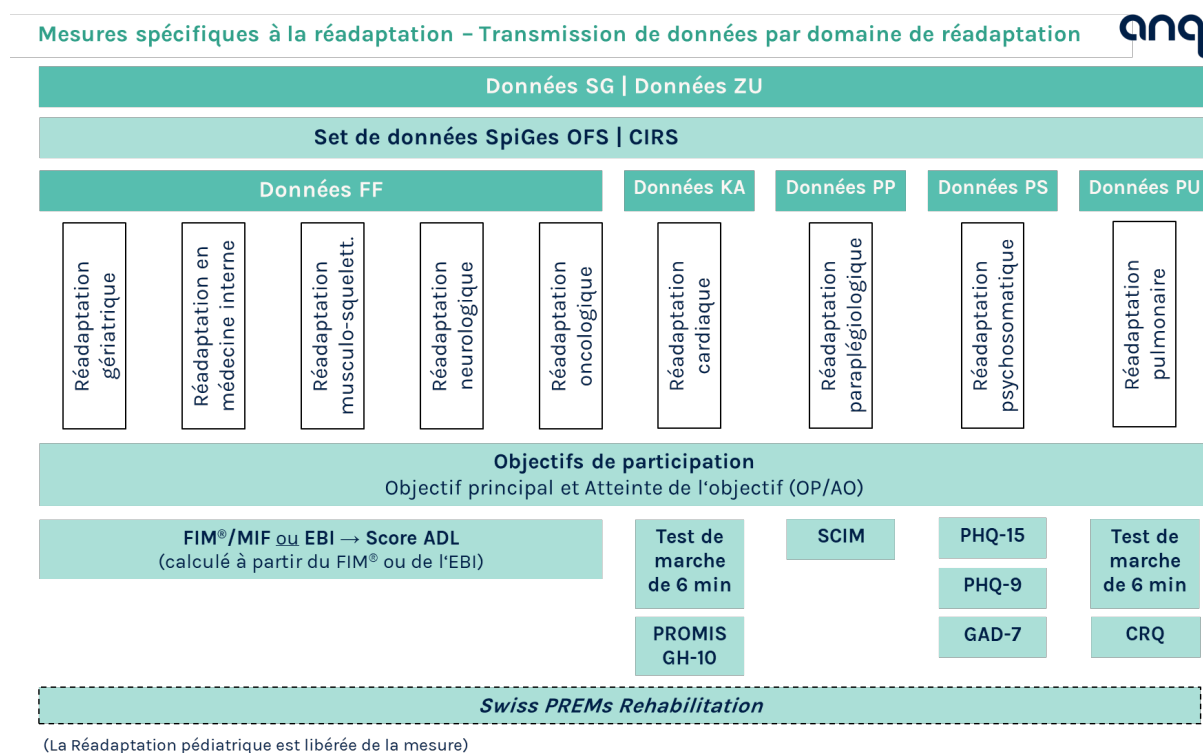


Figure 1 : Plan de mesure national Réadaptation

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

En réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique, chaque clinique choisit un instrument pour l'ensemble des patientes et patients afin que le personnel puisse relever leur capacité fonctionnelle. Le choix se porte ici sur l'instrument FIM®/MIF ou l'indice de Barthel étendu (EBI). Un score ADL (Activities of Daily Living) calculé à partir de la FIM®/MIF ou de l'EBI est utilisé pour la comparaison ajustée de la qualité des résultats des différentes cliniques. L'algorithme de conversion est décrit en détail à l'Annexe C – Informations sur le calcul des scores.

Dans la réadaptation cardiaque, le questionnaire patient PROMIS Global Health 10 (PROMIS GH-10) et le test de marche de 6 minutes (TM6M) sont utilisés comme indicateurs de résultat pour évaluer la qualité de vie liée à la santé et pour mesurer la capacité fonctionnelle physique.

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

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

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

2.3 AUTRES DONNÉES

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

- Set de données SpiGes réduit, que les cliniques sont déjà tenues de transmettre à l'Office fédéral de la Statistique médicale (OFS). Les données SpiGes propres aux cliniques, au format de l'OFS, contiennent notamment des caractéristiques sociodémographiques et informations sur le séjour en réadaptation. L'adoption du format SpiGes implique également l'adoption des définitions de cas et de site pour l'évaluation.
- Comorbidités : l'ampleur des comorbidités à l'admission en réadaptation est relevée à l'aide de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Linn et al., 1968).

Une description détaillée de tous les instruments utilisés figure dans le « [manuel des procédures](#) » correspondant à l'année de mesure concernée.

3 PRÉPARATION ET TRANSMISSION DES DONNÉES

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

3.1 PRÉPARATION DES DONNÉES

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

- Données relevées conformément au plan de mesure national (données de mesure spécifiques à la réadaptation)
- Données SpiGes spécifiques à chaque clinique au format de l'OFS
- Données supplémentaires pertinentes pour l'évaluation : comorbidités – relevé effectué à l'aide de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Mesures spécifiques à la réadaptation – Données à relever par cas			anq
Set de données SpiGes au format de l'OFS	Données supplémentaires	Données de la mesure spécifique aux différents domaines de réadaptation	
Fichier SG	Fichier ZU	Fichier FF, KA, PP, PS et PU	
	CIRS à l'admission	Réadaptation gériatrique, médecine interne, musculo-squelettique, neurologique, oncologique, cardiaque, paraplégiologique, psychosomatique ou pulmonaire Données de la mesure à l'admission Données de la mesure à la sortie (sélection des instruments)	

Figure 2 : Données par cas

Toutes les données des mesures de la qualité doivent être téléchargées chaque année par les cliniques sur la plateforme en ligne *RehaCompass*. Le format utilisé pour la transmission des données spécifiques à la réadaptation et des données supplémentaires est le format CSV, XLSX, TXT, DAT ou RDS avec un set de données par ligne. Les données SpiGes sont fournies au format XML.

RehaCompass permet également de vérifier en cours d'année les données à transmettre conformément à la définition des données (cf. [manuel des données](#)) et d'obtenir des retours automatisés sur la qualité des données des cliniques. Cette démarche permet d'identifier rapidement les sources d'erreurs potentielles et d'améliorer la qualité des données au cours du processus de relevé. Les sets de données téléchargés précédemment sont automatiquement écrasés lors de tout nouveau téléchargement.

3.2 TRANSMISSION DES DONNÉES

Dans le cadre du traitement des données, les sets de données peuvent être téléchargés dans *RehaCompass* et faire l'objet d'un premier contrôle visant à vérifier la conformité aux critères formels (par exemple, le nombre de variables), puis d'un contrôle de la qualité du contenu. Les contrôles de la qualité visent en particulier à identifier les valeurs manquantes ou non plausibles. Des informations détaillées à ce sujet sont disponibles dans le [manuel des données](#) valable pour l'année de mesure concernée.

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

3.3 PROTECTION DES DONNÉES ET SÉCURITÉ

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

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

de w hoch 2 et de la Charité sont soumis au secret professionnel en vertu de leur contrat de travail. Techniquement, toutes les dispositions ont été prises afin que les données et résultats soient gérés dans des environnements hautement protégés et soient inaccessibles aux personnes non autorisées.

4 MÉTHODE D'ÉVALUATION

4.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

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

4.2 QUALITÉ DES DONNÉES

Afin d'obtenir des résultats valables et équitables lors de la comparaison entre les cliniques, la garantie de la meilleure qualité possible des données constitue un élément central de la mesure des résultats. Le critère déterminant pour une bonne qualité des données est une proportion élevée de cas intégralement documentés par rapport au nombre total de cas documentés qui ont été traités pendant la période d'observation. Pour chaque cas, les données de mesure devraient idéalement contenir des données de relevé complètes ou des informations sur les dropouts, resp. la renonciation au test, l'objectif étant en général d'obtenir de faibles taux de renonciation au test pour augmenter la pertinence des résultats. La qualité des données est évaluée globalement et pour les différents domaines de réadaptation, puis mise à disposition sur la plateforme en ligne *RehaCompass* avec des informations spécifiques à chaque clinique. Le calcul est effectué séparément pour chaque domaine de réadaptation.

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

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

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

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

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

Intégralement documentés :

- a: Cas évaluables : toutes les données requises sont disponibles dans un format correct et sans ambiguïté pour les analyses des résultats.
- b: Cas de dropout : la durée de séjour (cf. section 4.3.1) du cas de réadaptation stationnaire est inférieure à 7 jours ou les mesures n'ont pas pu être réalisées en raison d'une interruption inattendue du traitement (transfert de plus de 24h dans un hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande de la patiente ou du patient). Le fichier SpiGes est correctement documenté. À partir de l'année de mesure 2026, les cas de dropout ne seront identifiés qu'à partir des informations contenues dans le fichier SpiGes.
- c: Cas avec une renonciation au test : pour certains instruments de mesure (questionnaire patient, test de performance), une renonciation au test a été indiquée ou certains items, mais pas tous, ont été consignés comme manquants, de sorte qu'aucun score ne peut

être calculé. Pour ces instruments, il manque alors des données de mesure évaluables aux deux moments de mesure, toutes les autres informations requises sont toutefois complètes.

Incomplètement documentés :

- d: Cas non évaluables/erronés : il manque des données importantes des instruments de mesure et/ou du fichier SpiGes et/ou de la CIRS pour l'évaluation. Les critères justifiant un dropout ou une renonciation au test ne sont pas remplis.
- e: Cas erronés, mais évaluables : les fichiers de mesure contiennent des données erronées, mais qui peuvent néanmoins être évaluées, p. ex. :
 - a. Données erronées dans l'instrument OP/AO.
 - b. Donnée erronée 7 pour le mode de déambulation « fauteuil roulant » dans la FIM®/MIF, qui n'est pas prévu mais a été coté 6. Toutes les autres informations requises sont complètes.

Pour la réadaptation cardiaque, psychosomatique et pulmonaire, le taux de renonciation au test pour l'instrument concerné est également rapporté dans *RehaCompass*, en plus des proportions de cas évaluables, de cas de dropout et de cas incomplètement documentés.

Pour tous les autres domaines de réadaptation (réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique, oncologique et paraplégologique), **seuls** des instruments de mesure se présentant sous forme de relevés par des tiers (**ClinROMs**) sont utilisés. Etant donné qu'il n'est pas possible de documenter une renonciation au test pour ces instruments, les cas peuvent uniquement être attribués aux catégories a) evaluable, b) dropout, d) incomplet et e) erroné, mais evaluable.

L'Annexe A – Critères d'évaluation synthétise les critères d'évaluation relatifs à la qualité de la documentation et des données pour chaque domaine de réadaptation, ainsi que pour chaque source de données/instrument.

4.3 ÉCHANTILLON D'ÉVALUATION

Pour l'analyse des résultats, il convient d'évaluer tous les cas par instrument de mesure qui sont évaluables pour l'instrument de mesure concerné (qualité de la documentation correspondant aux catégories a ou e décrites à la section 4.2), ainsi que tous les cas qui sont soit évaluables pour tous les autres instruments de mesure, soit accompagnés d'une renonciation au test (catégories a, c ou e). La documentation complète de l'instrument OP/AO n'est pas obligatoire pour qu'un cas soit inclus dans l'évaluation des indicateurs de résultats. Cet instrument est évalué séparément s'il est correctement documenté et disponible avec les données SpiGes et CIRS.

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

4.3.1 Calcul de la durée de séjour

La durée du séjour est calculée à l'aide des formules suivantes :

Pour les cas sans transfert :

$$\text{Durée de séjour en jours} = (\text{date de sortie} - \text{date d'admission} - \text{jours de congé}) + 1$$

Pour les cas avec transfert :

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

Sont donc pris en compte dans le calcul de la durée de séjour le jour de l'admission, ainsi que chaque jour complet du séjour de réadaptation. En cas de transfert, le jour du transfert n'est pas pris en compte. Les jours de congé complets ne sont pas non plus pris en compte dans le calcul de la durée du séjour. Cette définition correspond au document « [Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, TARPSY et ST Reha](#) ».

4.3.2 Calcul des scores

Pour tous les instruments de mesure, des scores cumulés des mesures à l'admission et à la sortie sont calculés pour chaque cas à partir des valeurs mesurées au niveau des items. À cette fin, les items FIM® et EBI sont convertis en items ADL. Les scores des sous-échelles du PROMIS GH-10 sont convertis en scores T. Les détails des algorithmes de calcul de tous les scores figurent à l'Annexe C – Informations sur le calcul des scores.

4.3.3 Autres étapes avant l'évaluation nationale

Pour des raisons méthodologiques et à des fins d'ajustement aux risques, les caractéristiques rarement mentionnées pour certaines variables des données du fichier SpiGes sont regroupées en catégories (**regroupement des variables**). Cela vaut pour les variables nationalité (nationalitaet), prise en charge des soins de base (hauptleistungsstelle), séjour avant l'admission (eintritt_aufenthalt) et après la sortie (austritt_aufenthalt), ainsi que diagnostic principal à la sortie (diagnose_kode mit diagnose_id = 1). Les diagnostics principaux ont été

regroupés en catégories de diagnostics pour chaque domaine de réadaptation, conformément aux sous-chapitres correspondants de la CIM-10 (DIMDI, 2015). Certains chapitres de la CIM-10 ont été regroupés en raison du faible nombre de cas et après examen du contenu, de manière à garantir un nombre de cas suffisant dans la catégorie de diagnostic. L'Annexe B – Catégories de diagnostic contient une ventilation détaillée des diagnostics à la sortie, codés selon la CIM-10, et des groupes de diagnostic auxquels ils sont attribués.

4.4 ÉVALUATION DESCRIPTIVE

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

4.5 EVALUATION AJUSTÉE AUX RISQUES

4.5.1 Indicateurs de résultats

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

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

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

- **Evaluation FIM®/MIF et EBI :**

En réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique, les cliniques peuvent utiliser à choix la FIM®/MIF ou l'EBI pour mesurer la capacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne. Afin de pouvoir comparer

la qualité des résultats de toutes les cliniques d'un domaine de réadaptation – tous instruments confondus, le score ADL (Activities of Daily Living) est appliqué.

RÉSULTAT/OUTCOME	INDICATEUR DE RÉSULTAT			DOMAINE DE RÉADAPTATION
	INSTRUMENT DE MESURE	MÉTHODE	VALEUR(S) DE RÉFÉRENCE	
Objectif de participation/ atteinte de l'objectif	Objectif de participation/ atteinte de l'objectif	Documentation	Fréquences d'atteinte : objectifs principaux, adaptation des objectifs, atteinte des objectifs	Tous
Capacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living – ADL)	Score ADL (calculé à partir de l'EBI et de la FIM®/MIF)	ClinROM	Score global	Géri, Inter, MSQ, Neuro, Onco
	Spinal Cord Independence Measure	ClinROM	Score global	Para
Performance physique	Test de marche de 6 minutes	Test de performance	Distance de marche maximale parcourue	Cardia, Pulmo
Qualité de vie liée à la santé, spécifique à l'indication	PROMIS GH-10	PROM	2 sous-scores	Cardia
	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	PROM	Score global	Pulmo
Atteinte liée à des symptômes somatiques	Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)	PROM	Score global	Psychosoma
Dépression	Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)	PROM	Score global	Psychosoma
Anxiété	Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)	PROM	Score global	Psychosoma

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

4.5.2 Ajustement aux risques

La comparaison visée de la qualité de traitement des différentes cliniques soulève des questions d'équité. Lors d'une comparaison de la qualité des résultats, il y a lieu de partir du principe que des cliniques présentant une proportion plus élevée de patientes et patients gravement atteints soient défavorisées par rapport aux cliniques présentant une clientèle moins gravement atteinte. En effet, les atteintes à l'admission ou des constellations

sociodémographiques divergentes viennent influencer la mesure. Ce risque, qui résulte d'un casemix différent, doit être pris en compte lors de l'évaluation à l'aide d'un contrôle statistique.

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

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

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

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

En règle générale, il convient d'effectuer un ajustement uniquement pour les variables qui a) ne peuvent pas être directement influencées par la clinique et b) qui, outre une importance statistique, présentent également une pertinence clinique. Pour déterminer si une variable est une valeur confondante et pourrait potentiellement provoquer une distorsion des résultats dans le cadre d'une comparaison clinique, il convient de réaliser un contrôle à l'aide de procédés de test statistiques. Par ailleurs, l'évaluation clinique revêt également une grande importance. Les variables présentées au Tableau 2 ont été choisies comme potentielles valeurs confondantes pour l'ajustement et ce, en fonction de leur influence clinique et statistique sur le résultat de traitement. La présélection de ces variables a été définie en collaboration avec le Groupe Qualité Réadaptation.

VALEURS CONFONDANTES POTENTIELLES	VARIABLES ASSOCIÉES	SOURCE
Caractéristiques démographiques	Sexe Âge	Données SpiGes au format de l'OFS
	Nationalité	Données SpiGes au format de l'OFS, variables regroupées (cf. chapitre 4.3.3)
Caractéristiques du séjour de réadaptation	Durée de traitement	Données SpiGes au format de l'OFS
	Classe de traitement Prise en charge des soins de base Séjour avant l'admission Séjour après la sortie Diagnostic principal	Données SpiGes au format de l'OFS, variables regroupées (cf. chapitre 4.3.3)
Statut à l'admission : degré de gravité de la limitation	Valeur d'admissionScore ADL (calculé à partir de la FIM®/MIF - ou de l'EBI) ...PROMIS GH-10 ...Test de marche de 6 minutes ...SCIM ...PHQ-15 ...PHQ-9 ...GAD-7 ...CRQ	Spécifique à la réadaptation : Évaluation / mesure en clinique selon le plan de mesure de réadaptation
Comorbidités	Valeur d'admission CIRS	Évaluation au sein de la clinique
Facteur clinique	Variable factorielle de la clinique	Numéro de la clinique

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

4.6 UTILISATION DES DONNÉES DE MESURE EXISTANTES POUR DES ANALYSES INTERNES

Conformément au [Règlement des données de l'ANQ](#), l'ANQ est autorisé à traiter toutes les données relatives aux mesures dans la mesure où cela est nécessaire à l'accomplissement de ses tâches. Si nécessaire, les données déjà collectées issues d'autres mesures (interdisciplinaires et/ou spécifiques à un domaine) peuvent donc être utilisées pour des analyses internes, par exemple pour vérifier et/ou perfectionner une méthode de mesure.

BIBLIOGRAPHIE

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

ANNEXE A – CRITÈRES D'ÉVALUATION

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

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

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

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

ÉVALUABILITÉ				
Qualité de la documentation	Documentation complète			Erronées/incomplètes
Qualité des données Données/instruments individuels	Évaluable	Renonciation au test	Dropout	
Données SG	Complet <i>et</i>		SG complet	Incomplètes <i>ou</i>
CIRS	Complet <i>et</i>			Incomplètes <i>ou</i>
ClinROMs (FIM®/MIF ou EBI, SCIM)	Complet <i>resp.</i>	-		Incomplètes <i>ou</i>
PROMs et tests de performance (TM6M, CRQ, PROMIS GH-10, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7)	Complet <i>ou</i>	Renonciation au test		Incomplètes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Données complètes	Données concernant le changement de l'objectif et de l'atteinte de l'objectif sont complètes et plausibles, date du relevé est disponible
Données erronées/incomplètes	Données concernant l'atteinte de l'objectif sont incomplètes/non plausibles et/ou date du relevé manque
Données manquent intégralement	Pas de données AO disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées

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

PROMIS GH-10 (FICHIER KA)	
Les variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : date du relevé, PROMIS GH-10 1 - 10, indication renonciation au test	
Données complètes	Date du relevé est disponible et les 2 sous-scores sont calculables, c.-à-d. par sous-score, tous les items doivent être disponibles
Renonciation au test	Données concernant la renonciation au test sont disponibles ou certains items, mais pas tous, ont été enregistrés comme missings, de sorte qu'aucun score ne peut être calculé
Données erronées/incomplètes	Au moins 1 sous-score ne peut pas être calculé (uniquement missings ou trop de valeurs non valables) et/ou date du relevé manque
Données manquent intégralement	Pas de données PROMIS GH-10 disponibles, mais d'autres données du cas ont été livrées

Tableau A8 : Critères d'évaluation pour le PROMIS GH-10

SPIGES AU FORMAT DE L'OFS (FICHIER SG)	
Les 12 variables suivantes sont nécessaires pour l'analyse : FID, sexe, âge, nationalité, date d'admission, séjour avant admission, classe de traitement, centre de prise en charge des coûts, date de sortie, décision de sortie, séjour après la sortie, diagnostic principal	
Données complètes	Les 12 variables sont disponibles
Données erronées/incomplètes	Au moins 1 des 12 variables est erronée ou manque

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE B – CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC

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

Tableau B1 : Catégories de diagnostic – réadaptation gériatrique

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

Tableau B2 : Catégories de diagnostic – réadaptation en médecine interne

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

Tableau B3 : Catégories de diagnostic – réadaptation cardiaque

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

Tableau B4 : Catégories de diagnostic – réadaptation musculo-squelettique

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

Tableau B5 : Catégories de diagnostic – réadaptation neurologique

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

Tableau B6 : Catégories de diagnostic – réadaptation oncologique

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

Tableau B7 : Catégories de diagnostic – réadaptation paraplégiologique

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

Tableau B8 : Catégories de diagnostic – réadaptation psychosomatique

CATÉGORIES DE DIAGNOSTIC	CODES CIM-10 ATTRIBUÉS (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) *	NOMS ABRÉGÉS UTILISÉS
Grippe et pneumopathie †	J09-J18, A01.0, A02.2, A21.2, A22.1, A37, A42.0, A43.0, A48.1, A49.2, A69.8, A70, A78, B01.2, B05.2, B06.8, B25.0, B37.1, B38.0-B38.2, B39, B44.0, B44.1, B58.3, B59, B65, B77.8, G00, I00, O29.0, O74.0, O89.0, P23, P35.0	Grippe & pneumopathie
BPCO avec VEF1 <35%	J44.00, J44.10, J44.80, J44.90	BPCO avec VEF1 <35%
BPCO avec VEF1 ≥35% et <50%	J44.01, J44.11, J44.81, J44.91	BPCO avec VEF1 ≥35% et <50%
BPCO avec VEF1 ≥50% ou inconnu	J44.02-J44.09, J44.12-J44.19, J44.82-J44.89, J44.92-J44.99	BPCO avec VEF1 ≥50% ou inconnu
Autres maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	J40-J43, J45-J47, A15, A16, P25, Q33.4, T79.7, T81.8	Autres maladies chroniques voies respiratoires inférieures
Autres maladies des voies respiratoires	J00-J06, J30-J39, J60-J99, I26-I28	Autres maladies voies respiratoires
Maladies oncologiques des voies respiratoires	C00-C14, C30-C39, C45.0, C45.9, C47.0, C47.3, C49.0, C49.3, C76.0, C76.1, C77.0, C78.0-CC78.4, C85.2, D00, D14.2-D14.4, D15.2, D15.7, D15.9	Maladies oncologiques voies respiratoires
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants	Autres maladies
† Catégorie de référence dans l'ajustement aux risques * Les codes CIM-10 Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z87.0, Z90.2, Z91.0, Z94.2 et Z94.3 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 du tableau ci-dessus.		

Tableau B9 : Catégories de diagnostic – réadaptation pulmonaire

ANNEXE C – INFORMATIONS SUR LE CALCUL DES SCORES

Score ADL

- A l'aide d'un algorithme de conversion, un score ADL commun (Activities of Daily Living) est calculé à partir de la FIM®/MIF resp. de l'EBI. Il sert à 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. Le score ADL a été développé et validé par l'institut Charité – Universitätsmedizin Berlin sur mandat de l'ANQ.
- La condition pour convertir la FIM®/MIF resp. l'EBI en score ADL : tous les items de l'un des deux instruments doivent être disponibles.
- Le score ADL est calculé à partir de l'attribution des items de la FIM®/MIF resp. de l'EBI à une valeur du score ADL. 15 des 16 items de l'EBI et tous les items de la FIM®/MIF ont été intégrés dans le score ADL. Un aperçu de l'algorithme de conversion du score ADL est présenté dans l'annexe du rapport final sur le développement et la validation du score ADL. Le rapport final est disponible :

version en allemand :

https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Abschlussbericht_ADL_Algorithmen.pdf

version en anglais :

https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf

- Par item du score ADL, 0 à 4 points peuvent être atteints. Au niveau de l'échelle, le score ADL comprend une plage de valeurs de 0 à 60 points en additionnant les cotations attribuées aux 15 items.
- Valeur minimale du score ADL : 0 (Assistance totale).
- Valeur maximale du score ADL : 60 (Indépendance complète).
- REMARQUE : le score ADL ne remplace pas la FIM®/MIF ou l'EBI, mais sert exclusivement à la comparaison de la qualité des résultats, indépendamment de l'utilisation la FIM®/MIF ou l'EBI.

CRQ : Chronic Respiratory Questionnaire

- Calcul du score global CRQ = moyenne du nombre de points pour les scores des différents domaines (4 sous-échelles)
- 4 sous-échelles peuvent être créées (dyspnée, fatigue, humeur, maîtrise de la maladie), il convient de répondre à minimum 50% des items de chaque sous-échelle afin de pouvoir déterminer le sous-score.

- Codage des items : 1 - 7 (« 1=limitation maximale » à « 7=aucune limitation »)
- Valeur minimale score global : 1 (limitation extrême)
- Valeur maximale score global : 7 (aucune limitation)
- Le manuel CRQ (sous licence) fournit des informations supplémentaires sur le calcul des scores. Les cliniques enregistrées pour le module/instrument de mesure concerné peuvent obtenir ces informations auprès de l'ANQ.

CIRS : Cumulative Illness Rating Scale

- Calcul du score global CIRS (indice de morbidité) = somme des 14 items, tous les items doivent être disponibles, aucune valeur manquante n'est acceptée
- Codage des items : 0 - 4 (« aucun problème » à « problème très grave »)
- Valeur minimale score global : 0 (pas de comorbidité)
- Valeur maximale score global : 56 (potentielle comorbidité maximale)
- D'autres chiffres-clé peuvent être calculés (indice de sévérité sur le plan somatique, indice de comorbidité)

EBI : Indice de Barthel étendu

- Calcul du score global EBI = somme des 16 items, tous les items doivent être disponibles, aucune valeur manquante n'est acceptée
- Codage items : 0 - 4
- Valeur minimale score global : 0 (assistance totale)
- Valeur maximale score global : 64 (indépendance complète)

Instrument FIM®/MIF

- Calcul du score global FIM®/MIF = somme des 18 items (les items MIF_12_2, MIF_14_2 et MIF_15_2 sont des items de spécification et ne sont pas pris en compte dans le calcul du score), tous les items doivent être disponibles, aucune valeur manquante n'est acceptée
- Codage items : 1 - 7
- Valeur minimale score global : 18 (assistance totale)
- Valeur maximale score global : 126 (indépendance complète)
- 2 sous-échelles peuvent être créées (motricité, cognition)
- Le manuel FIM®/MIF (sous licence) fournit des informations supplémentaires sur le calcul des scores. L'ANQ met le document à disposition des cliniques enregistrées pour le module/l'instrument de mesure respectif.

GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder – 7

- Calcul du score global : calcul d'une valeur totale des scores de l'échelle par-delà les 7 items
- Au maximum 1 valeur manquante autorisée, remplacement de la valeur manquante par la valeur moyenne des autres items
- Codage items : 0 - 3
- Valeur minimale du score global : 0 (symptomatologie la plus faible)
- Valeur maximale du score global : 21 (symptomatologie la plus sévère)

PHQ-15 : Patient Health Questionnaire – 15 (module « symptômes somatiques »)

- Calcul du score global : calcul d'une valeur des scores de l'échelle par-delà les 14 items (exclusion de l'item « Douleurs menstruelles » pour tous les cas)¹
- Au maximum 3 valeurs manquantes autorisées, remplacement des valeurs manquantes par la valeur moyenne des autres items
- Codage items : 0 - 2
- Valeur minimale du score global : 0 (symptomatologie la plus faible)
- Valeur maximale du score global : 28 (symptomatologie la plus sévère)

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire – 9 (module « symptômes dépressifs »)

- Calcul du score global : calcul d'une valeur totale des scores de l'échelle par-delà les 9 items
- Au maximum 2 valeurs manquantes autorisées, remplacement des valeurs manquantes par la valeur moyenne des autres items
- Codage items : 0 - 3
- Valeur minimale du score global : 0 (symptomatologie la plus faible)
- Valeur maximale du score global : 27 (symptomatologie la plus sévère)

PROMIS GH-10

- Les échelles de l'item PROMIS_10 sont intégrées sous forme recodée dans le calcul du score (valeur élevée = bon niveau de fonctionnement, cf. [PROMIS GH-10 Scoring Manual](#))
- 2 scores de sous-échelles distincts :

¹ Pour des raisons de contenu, le calcul du score global du PHQ-15 pour les mesures de l'ANQ diverge des recommandations d'évaluation des auteurs. L'item « Douleurs menstruelles » n'est pas non plus inclus dans le calcul du score pour les femmes. La raison réside dans la réduction de la période d'observation de 4 semaines à 1 semaine pour la mesure de l'ANQ.

- Score de santé physique (PHS) : somme des items 3, 7, 9, 10
- Score de santé mentale (MHS) : somme des items 2, 4, 5, 8
- Les items 1 et 6 ne sont pas pris en compte dans le calcul du score
- Valeur minimale du score PHS : 4 (fonctionnement physique minimal)
- Valeur maximale du score PHS : 20 (capacité fonctionnelle physique maximale)
- Valeur minimale du score MHS : 4 (capacité fonctionnelle mentale minimale)
- Valeur maximale du score MHS : 20 (capacité fonctionnelle mentale maximale)
- Les scores totaux PHS et MHS sont convertis en scores T à l'aide des tables de conversion des scores T pour les échelles PROMIS v1.0/v1.1/v1.2 – Global Health (cf. annexe 1 du PROMIS GH-10 Scoring Manual).
- Un score T de 50 correspond au niveau de fonctionnement moyen de la population générale, 10 points correspondant à un écart-type.

SCIM : Spinal Cord Independence Measurement

- Calcul du score global SCIM = somme des 19 items, tous les items doivent être disponibles, aucune valeur manquante autorisée
- Codage items : 0 - 15
- Valeur minimale du score global : 0 (indépendance fonctionnelle minimale)
- Valeur maximale du score global : 100 (indépendance fonctionnelle maximale)

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titres	Plan de mesure national Réadaptation. Concept d'évaluation Réadaptation. Mesures spécifiques à la réadaptation 2026, version 9.0
Année	2026
Autrices et auteurs	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Philipp Kronenberg, w hoch 2 Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Contact adresse de correspondance	rehabilitation@anq.ch reha@w-hoch2.ch anq-messplan@charité.de
Groupe Qualité Réadaptation	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Berner Klinik Montana Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden Susanne Pannek-Rademacher, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Anke Scheel-Sailer, Berner Reha Zentrum Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Marianne Steimle, H+ Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Mandate, représentée par	Stephan Tobler, Responsable Réadaptation
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin w hoch 2 GmbH Effingerstrasse 15 3008 Berne
Mode de citation	ANQ, Berne ; Charité – Universitätsmedizin Berlin ; w hoch 2 GmbH, Berne (2026) : Plan de mesure national Réadaptation. Concept d'évaluation Réadaptation. Mesures spécifiques à la réadaptation 2026, version 9.0.